



Universidade Católica Portuguesa Centro Regional de Braga

Dependência Funcional: Implicações ao nível da Depressão Geriátrica

Dissertação de Mestrado apresentada à
Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de mestre em **Psicologia
Clínica e da Saúde**

Andreia Sofia Marques Costa



FACULDADE DE FILOSOFIA
SETEMBRO 2012



Universidade Católica Portuguesa Centro Regional de Braga

Dependência Funcional: Implicações ao nível da Depressão Geriátrica

Dissertação de Mestrado apresentada à
Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de mestre em **Psicologia
Clínica e da Saúde**

Andreia Sofia Marques Costa

Sob a Orientação da Prof.^a Doutora **Eleonora Cunha
Veiga e Costa**



FACULDADE DE FILOSOFIA
SETEMBRO 2012

Agradecimentos

Neste espaço gostaria de expressar o meu agradecimento as todos aqueles que estiveram presentes e me apoiaram nesta caminhada e que, direta ou indiretamente, contribuíram para dar forma ao meu sonho e poder levar a bom porto a realização deste trabalho.

À Professora Doutora Eleonora Costa, minha orientadora, pelo apoio, recetividade, sábia orientação e disponibilidade dispensadas ao longo da realização deste trabalho.

Aos meus pais, o meu mais profundo e sincero agradecimento, por me darem a possibilidade de continuar a estudar, mesmo apesar das dificuldades, pelo apoio e amor incondicional, pela presença e incentivo constantes, pela dedicação de toda uma vida e por fazerem de mim a pessoa que sou hoje.

À minha irmã, pelo apoio e amizade, pelos momentos de descontração, pela admiração demonstrada que faz com me empenhe mais a cada dia, por tudo o que temos vindo a partilhar.

Ao Rui, pela força e convicção com que sempre acreditou em mim, pela paciência, pelo apoio incondicional e constante demonstração de amor, onde encontro a minha felicidade todos os dias.

À minha família, em especial aos meus avós, pelo amor que me transmitem, pelos deliciosos momentos de convívio, pelo apoio prestado, por estarem sempre presentes, por serem o meu porto de abrigo.

Às minhas amigas, que mesmo não estando sempre presentes, sempre me deram a mão e me apoiaram, pela partilha de saber, pela amizade e momentos de descontração que me proporcionaram.

Resumo

Numa sociedade cada vez mais envelhecida, aliada a um aumento da esperança média de vida, as limitações na capacidade funcional são uma realidade cada vez mais presente.

Deste modo, o presente estudo estudou a associação entre dependência funcional e depressão geriátrica num conjunto indivíduos idosos através de um desenho correlacional e exploratório. Foi estudada uma amostra de 72 idosos, utentes da Unidade de Cuidados Continuados Integrados (UCCI) do hospital da Misericórdia de Vila Verde. Os principais resultados evidenciaram que existe uma correlação estatisticamente significativa e inversa entre capacidade funcional e depressão ($r = -.864$, $p < 0.01$). Os resultados demonstraram ainda que a dependência nas ABVD's implicam níveis de depressão mais elevados comparativamente com a dependência nas AIVD's. Constatou-se ainda que não existem diferenças de género ao nível da depressão geriátrica e que um suporte social positivo implica baixos níveis de depressão.

Palavras-chave: Envelhecimento, Depressão geriátrica, dependência funcional, suporte social e diferenças de género.

Abstract

In an increasingly aging society, combined with an increase in life expectancy, functional capacity constraints are a reality increasingly present.

Thus, this study examined the association between functional dependence and geriatric depression in the elderly set through a drawing correlational and exploratory. A sample of 72 elderly users of Continuous Care Unit (UCCI) Mercy Hospital of Greenville. The main results showed that there is a statistically significant inverse correlation between functional ability and depression ($r = - .864$, $p < 0.01$). The results also showed that the dependence in BADL's imply higher levels of depression compared to the dependence on the AIVD's. It was further observed that there are no gender difference al level of geriatric depression and social support implies low positive levels of depression.

Keywords: Aging, geriatric depression, functional dependency, social support and gender differences

Índice

| | |
|--|-----------|
| Agradecimentos | i |
| Resumo..... | ii |
| Abstract | iii |
| índice..... | iv |
| Índice de Gráficos..... | vi |
| Índice de Quadros..... | vii |
| Índice de Siglas..... | viii |
| | |
| Introdução..... | 13 |
| | |
| Parte I- Enquadramento Teórico | 17 |
| Capítulo I- Envelhecimento | 18 |
| 1.1- O fenómeno do Envelhecimento..... | 19 |
| 1.2- Definição..... | 20 |
| 1.3. - Abordagem Multidimensional do Envelhecimento..... | 22 |
| 1.3.1. – Envelhecimento Biológico..... | 22 |
| 1.3.2. – Envelhecimento Cronológico..... | 25 |
| 1.3.3. - Envelhecimento Psicológico..... | 26 |
| Capítulo II- Capacidade Funcional..... | 29 |
| 2.1. - Definição..... | 30 |
| 2.2. – Autonomia, Dependência e Independência | 32 |
| 2.3. - Avaliação da Capacidade Funcional | 35 |
| 2.4. - Capacidade funcional e depressão..... | 37 |
| Capítulo III- Depressão | 40 |
| 3.1.- Definição..... | 41 |
| 3.2.- Epidemiologia | 43 |
| 3.3.- Diagnóstico | 45 |
| 3.4.- Sintomas | 46 |
| 3.5.- Etiologia..... | 47 |
| 3.6.- Depressão Geriátrica | 50 |

| | |
|---|-----------|
| Parte II- Investigação Empírica | 53 |
| Capítulo I- Metodologia..... | 54 |
| 1.1 Objetivos | 55 |
| 1.2 Design | 56 |
| 1.3 Hipóteses..... | 56 |
| 1.4 Variáveis | 57 |
| 1.5 Seleção e Recolha de Dados | 57 |
| 1.6. Características da Amostra..... | 58 |
| 1.7 Instrumentos de Avaliação..... | 60 |
| 1.7.1 Questionário Sociodemográfico..... | 60 |
| 1.7.2 Índice de Barthel | 60 |
| 1.7.3 Índice de Lawton-Brody..... | 62 |
| 1.7.4 Escala de Depressão Geriátrica..... | 63 |
| 1.8 Análise dos Dados | 65 |
| Capítulo II- Apresentação dos Resultados..... | 67 |
| 2.1 Resultados dos testes de hipóteses | 68 |
| 2.2 Análises exploratórias..... | 72 |
| Capítulo III- Discussão dos Resultados..... | 75 |
| Capítulo IV- Conclusão Integrativa e Implicações Futuras | 82 |
| | |
| Bibliografia..... | 85 |
| ANEXOS | 92 |

Índice de Gráficos

Gráfico 1. Resultados da associação entre capacidade funcional e depressão

Gráfico 2. Resultados da associação entre capacidade funcional (AIVD's) e depressão

Gráfico 3. Resultados da associação entre capacidade funcional (ABVD's) e depressão

Índice de Quadros

- Quadro 1.** Características sociodemográficas da amostra
- Quadro 2.** Resultado da análise da Fidelidade do índice de Barthel (*alfa de Cronbach*)
- Quadro 3.** Resultado da análise da Validade do índice de Barthel
- Quadro 4.** Resultado da análise da Fidelidade do índice de Lawton e Brody (*alfa de Cronbach*)
- Quadro 5.** Resultado da análise da Validade do índice de Lawton e Brody
- Quadro 6.** Resultado da análise da Fidelidade do índice da EDG (*alfa de Cronbach*)
- Quadro 7.** Resultado da análise da Validade da EDG
- Quadro 8.** Resultados do estudo da normalidade e homogeneidade das variáveis intervalares
- Quadro 9.** Resultado do coeficiente de correlação de *Spearman* das variáveis depressão e capacidade Funcional
- Quadro 10.** Resultado do coeficiente de correlação de *Spearman* das variáveis Depressão e Capacidade Funcional (AIVD's)
- Quadro 11.** Resultado do coeficiente de correlação de *Spearman* das variáveis Depressão e Capacidade Funcional (ABVD's)
- Quadro 12.** Resultado do teste U de Mann-Whitney para as variáveis Depressão e Género
- Quadro 13.** Resultado do teste U de Mann-Whitney para as variáveis Depressão e Suporte Social
- Quadro 14.** Resultados da análise exploratória

Índice de Siglas

ABVD's- Atividades Básicas de Vida Diária

AIVD's- Atividades Instrumentais de Vida Diária

APA- American Psychiatric Association (Associação Americana de Psiquiatria)

AVC- Acidente Vascular Cerebral

CID- Classificação Internacional de Doenças

CIF- Classificação Internacional de Funcionalidade

DEPRES- Depression Research in European Society (pesquisa da depressão na sociedade europeia)

DSM- *Diagnostic and Statistical Manual of mental disorder* (manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais)

INE- Instituto Nacional de Estatística

OMS- Organização Mundial de Saúde

UCCI- Unidade de Cuidados Continuados Integrados

ULDR- Unidade de Longa duração e Reabilitação

UMDR- Unidade de Média Duração e Reabilitação

Introdução

Introdução

Atualmente, em todo o mundo, tem-se assistido a um aumento de esperança média de vida, pelo que se tornou frequente viver aos 80-90 anos, o que constituiu, no século XXI, uma transição demográfica major nunca antes presenciada (Crews, 2007).

No início do século XX a população idosa a nível mundial correspondia a cerca de 1%, no entanto com o avançar do tempo o cenário tem vindo a modificar-se e, atualmente, há evidências de que o número de pessoas a nível mundial com 65 anos ou mais corresponde a 6,2%. Assim sendo, estima-se que em 2050 que o numero de pessoas idosas corresponda a um quinto da população mundial (Neto & Ponte, 2002).

Como se pode constatar a população idosa corresponde cada vez mais a uma grande “fatia” da população total, pelo que ocupa cada vez mais um lugar de relevo no que concerne à prática clínica da Psicologia.

O envelhecimento humano traduz-se num processo universal, dinâmico e irreversível, sobre o qual, fatores ambientais, biológicos, sociais e psicológicos exercem forte influência (Duca *et al*, 2009). Assim sendo, é importante fazer a distinção de três conceitos no que concerne à temática do envelhecimento, sendo eles, o envelhecimento biológico, respeitante ao estado orgânico e funcional dos diversos órgãos, sistemas e aparelho, o cronológico, que respeita à idade oficial, e o psicológico, que pode ser independente quer do organismo quer da idade (Fernandes, 2000).

Neste sentido, é possível constatar que o processo de envelhecimento é influenciado por fatores intrínsecos, mas também por fatores de ordem extrínseca. Nesta linha de pensamento, torna-se igualmente relevante referir que cada indivíduo envelhece de um modo particular, diferente de todos os outros, consoante o estilo de vida adotado.

Este crescente envelhecimento, aliado à maior longevidade e o aumento de doenças crónico-degenerativas, resultam numa redução progressiva da autonomia e da capacidade funcional do indivíduo idoso.

Neste sentido, a funcionalidade traduz-se em várias atividades que podem subdividir-se em Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD's), que englobam atividades de autocuidado, tais como, lavar-se, vestir-se, utilizar sanitários, transferir-se de posição, controlo dos esfíncteres e comer, e Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD's), voltadas para a integração do indivíduo no meio ambiente, sendo elas, cozinhar, fazer compras, usar o telefone, auto administração de medicação, gerir o

próprio dinheiro e realizar tarefas domésticas (Marcolin & Dalacorte, 2008; Paúl & Fonseca, 2005).

É importante referir a existência de uma panóplia de fatores que podem ser considerados de risco para o evoluir de uma condição que possa ser considerada como situação de dependência funcional. Alguns desses fatores são a incontinência urinária, problemas ao nível da audição, cegueira na consequente de diabetes, insuficiência cardíaca, doença pulmonar obstrutiva crónica, défice cognitivo e alterações dos membros superiores e inferiores (Marcolin & Dalacorte, 2008).

A perda da capacidade de executar determinadas tarefas consideradas essenciais na prática diária induz a uma sobrecarga emocional que na maioria das vezes resulta no diagnóstico de depressão.

De facto, a relação entre capacidade funcional e depressão vem sendo cada vez mais estudada, e há estudos que comprovam a relação entre depressão e dependência funcional (Maciel & Guerra, 2006). Diversos autores constataram que à medida que os idosos se vão tornando mais dependentes fisicamente tendem a ficar mais deprimidos, independentemente da idade e do género (Lima, Silva & Ramos, 2009; Katt, Speranza, Shore, Saenz e Witta (2006).

É importante referir que o termo depressão refere-se à perturbação clínica com os critérios de episódio depressivo major. Neste sentido a depressão é caracterizada pelo humor depressivo ou perda de interesse, em quase todas as atividades, durante um período de tempo nunca inferior a duas semanas. O indivíduo deve também sentir, pelo menos, quatro dos seguintes sintomas adicionais: alterações de peso ou apetite; alterações do sono; mudanças ao nível da atividade psicomotora; diminuição da energia; sentimentos de desvalorização pessoal ou culpa; dificuldade em pensar ou concentrar-se ou em tomar decisões; ou pensamentos recorrentes a propósito da morte ou ideação suicida, planos ou tentativa de suicídio (APA, 2000).

Embora a depressão seja um tema abundantemente estudado ainda não se conseguiu constatar uma causa exata para a depressão. Numa perspetiva biopsicossocial, Wilkinson, Moore e Moore (2004), sustentam que existe um conjunto de fatores que contribuem como precipitantes e de manutenção da depressão por meio de mecanismos bioquímicos e psicológicos. Na ótica dos autores, são exemplos desses fatores algumas doenças físicas, uma possível base genética, acontecimentos de vida stressantes, e no que concerne mais concretamente à depressão geriátrica são apontados fatores com a reforma e a viuvez.

Nestes sentido, e atendendo ao tema do presente estudo, revela-se imprescindível abordar a depressão geriátrica. Assim sendo, a depressão geriátrica constitui um motivo de hospitalização tão frequente quanto a demência. O quadro clínico desencadeado é habitualmente similar com o que se pode encontrar em outras faixas etárias, sendo, no entanto, menos comum o sentimento de culpa e incapacidade grave e mais frequente certas características como a hipocondria, agitação, sintomas obsessivos e medo de indigência (Santos, 2002).

Pode então constatar-se que envelhecimento, capacidade funcional e depressão são conceitos relacionados entre si, que merecem ser estudados.

No que respeita à estrutura da exposição do presente estudo, a primeira parte incide sobre o enquadramento teórico visando descrever o processo do envelhecimento, a capacidade funcional e a depressão e o modo como todos estes pontos se relacionam. A segunda parte aborda as dimensões respeitantes à metodologia da parte empírica do trabalho, focando os objetivos, *design* de estudo, hipóteses, variáveis, procedimentos de seleção e recolha de dados e caracterização da amostra. Apresenta ainda os instrumentos de avaliação utilizados, procedimentos da análise dos dados, apresentação dos resultados do teste de hipóteses, passando pela discussão, culminado com a conclusão que foca as implicações dos resultados, indica as limitações do presente estudo, fornece linha orientadoras para estudos futuros e para a delineação de futuras intervenções.

Parte I
Enquadramento Teórico

Capítulo I
Envelhecimento

1.1. O Fenómeno do Envelhecimento

Atualmente, em todo o mundo, tem-se assistido a um aumento de esperança média de vida, pelo que se tornou frequente viver aos 80-90 anos, o que constituiu, no século XXI, uma transição demográfica major nunca antes presenciada (Crews, 2007). No início do século XX a população idosa a nível mundial correspondia a cerca de 1%, no entanto com o avançar do tempo o cenário tem vindo a modificar-se e, atualmente, há evidências de que o número de pessoas a nível mundial com 65 anos ou mais corresponde a 6,2% (Neto & Ponte, 2002). De facto, em todo mundo, pode constatar-se uma transição demográfica, passando de um padrão de elevada mortalidade e elevada fertilidade para um padrão de baixa mortalidade e baixa fertilidade. Não obstante, estima-se que em 2050, 16% da população mundial ter mais de 65 anos, repercutindo este facto um enorme impacto nos níveis de dependência (OMS, 2001).

Em Portugal, paralelamente aos países desenvolvidos, conheceu, a partir da segunda metade do século XX, um processo de envelhecimento demográfico resultado da diminuição das taxas de fertilidade. Este facto, aliado ao aumento da esperança média de vida, teve como consequência o aumento da população idosa, passando de 8% em 1960 para 16% da população portuguesa em 2001 e 17% em 2005, prevendo-se um aumento para 20% em 2020 (Nazareth, 2007; Gonçalves & Carrilho, 2007). Atualmente, e de acordo com o Instituto Nacional de Estatística (INE), a população idosa em Portugal representa 17.9 % da população total (INE, 2009).

Paralelamente, a este aumento da população idosa, a população jovem diminuiu de 26% para 16% do total da população entre 1960 e 2005, prevendo-se que atinja os 13% em 2050. Não obstante, o Índice de Longevidade (proporção da população com idade superior a 75 anos no total da população idosa) aumentou de 33% em 1960 para 44% em 2005 e excederá os 50% do total da população idosa em 2050. Também o Índice de Dependência nos idosos passará de 26 para 58 idosos por cada 100 indivíduos em idade ativa e o Índice de Envelhecimento passará de 115 para 243 idosos por cada 100 jovens. Deste modo, pode constatar-se que Portugal assiste a um ritmo de crescimento acelerado da população idosa e da população muito idosa muito superior ao da população total, quer a nível do período retrospectivo, quer no período em projeção (Gonçalves & Carrilho, 2007).

A melhoria nas condições socioeconómicas e os progressos na medicina permitiram o aumento da longevidade, que se encontra associada a uma maior

prevalência de doenças crónicas e dependência. Perante este facto, assistiu-se a uma maior consciencialização da comunidade científica no que concerne aos problemas da população idosa e à importância da manutenção da sua qualidade de vida (Sequeira, 2007). Diante da problemática associada ao envelhecimento da população e das consequências advindas, realça-se a importância da necessidade do estudo do envelhecimento com o intuito de responder às questões que surgem associadas a esta temática.

1.2 Definição

O envelhecimento da população é um fenómeno cada vez mais frequentemente observado na grande maioria dos países. Deste modo, e de acordo com Organização Mundial de Saúde (OMS; cit in Oliveira 2008), pode considerar-se velho, aquele que já completou 65 anos.

A literatura sugere que o envelhecimento trás consigo mudanças na vida que quem o vive. De facto, Cícero (1998; cit in Oliveira, 2008) abordou quatro pontos que considera serem as queixas de que se lamentam os idosos e que podem funcionar como mitos, quer nos próprios idosos quer nos outros, no que respeita à terceira idade. O primeiro ponto abordado pelo autor é o distanciamento da administração dos negócios, cessação das atividades, exclusão social. Contudo, os idosos podem tornar-se úteis em variados campos. Um outro ponto abordado por Cícero (1998; cit in Oliveira, 2008) na sua obra “De Senectute”, é a ideia de que a velhice debilita o corpo e reduz as forças físicas. No entanto, e na opinião do autor, o declínio físico pode ser compensado com o cultivo da mente e do carácter. A ideia de que o envelhecimento impede o desfrutar de quase todos gozos e reduz o prazer sensual, é também foco da atenção de Cícero (1998; cit in Oliveira 2008). Porém, e na ótica do autor, tal declínio pode significar uma maior promoção da razão e da virtude. Por último, a concepção de que a velhice aproxima da morte, contudo, e de acordo com Cícero (1998; cit in Oliveira, 2008), a morte pode significar libertação e imortalidade.

No que concerne à definição do envelhecimento, esta tem-se revelado problemática devido à complexidade de todo processo.

De acordo com Robert (1995), o envelhecimento pode caracterizar-se pela perda progressiva da capacidade do organismo para se adaptar às condições variáveis do seu

ambiente. Nesta linha de pensamento, e de acordo com o mesmo autor, todos os mecanismos implícitos ao processo de envelhecimento apresentam o seguinte conjunto de características: são, de um modo geral, comuns a inúmeros organismos, nocivos, irreversíveis e progressivos.

Ainda no que respeita à definição de envelhecimento, Fernandes (2002, p.25) defende que *“Apesar da dificuldade de definir com exatidão “velhice”, podemos dizer que a mesma não é uma doença, mas sim a comprovação de que houve suficiente saúde para a atingir. Se é bem verdade que o idoso, tal como todo o ser humano saudável, permanece em equilíbrio com o meio, também é verdade que os dois extremos de vida são caracterizados por resistência à agressão. Trata-se, sobretudo, da noção de que a velhice não é sinónimo de doença ou incapacidade, mas sim de uma menor capacidade orgânica e psíquica, pelo agravamento dos fenómenos escleróticos e atrofiadores do sistema regulador do organismo”*.

Um outro autor que deu o seu com tributo para a definição do conceito de envelhecimento foi Zimerman (2000, p.21) ao sustentar que *“Envelhecer pressupõe alterações físicas, psicológicas e sociais no indivíduo. Tais alterações são naturais e gradativas. É importante salientar que essas transformações são gerais podendo se verificar em idades mais precoces ou mais avançadas e em maior ou menor grau, de acordo com as características genéticas de cada indivíduo e, principalmente, com o modo de vida de cada um.”*

Um outro ponto interessante a ser abordado quando se fala em envelhecimento é a distinção entre senilidade e senescência. Filho (2002) faz esta distinção, sustentando que a senescência corresponde ao conjunto de alterações orgânicas, funcionais e morfológicas que decorrem na sequência do processo de envelhecimento. No que respeita à senilidade, o mesmo autor preconiza que esta se prende com alterações determinadas pelas afeções patológicas que afetam o indivíduo idoso com frequência.

No entanto, a distinção entre estes dois conceitos revela-se, por vezes, uma tarefa árdua, dado que existem situações em que se torna complicado determinar se uma dada situação é uma manifestação de senilidade ou de senescência. Deste modo, é exigido dos profissionais um diagnóstico rigoroso, de modo a que se proceda à distinção do que é normal do que é patológico.

Neste sentido, Robert (1995) preconiza que o envelhecimento é pautado pela progressiva incapacidade do organismo para se adaptar às condições variáveis do seu ambiente. De acordo com o autor, os mecanismos implicados no processo de

envelhecimento são progressivos, nocivos, irreversíveis e, geralmente comuns a inúmeros organismos. Nesta linha de pensamento, pode inferir-se que estamos perante um processo de envelhecimento quando a homeostasia e equilíbrio do organismo deixam de ser perfeitos.

De acordo com a revisão bibliográfica efetuada pode afirmar-se a existência de três conceitos no que concerne à temática do envelhecimento, sendo eles, o envelhecimento biológico, respeitante ao estado orgânico e funcional dos diversos órgãos, sistemas e aparelho, o cronológico, que respeita à idade oficial, e o psicológico, que pode ser independente quer do organismo quer da idade (Fernandes, 2000).

Assim sendo, é possível constatar que o processo de envelhecimento é influenciado por fatores intrínsecos, mas também por fatores de ordem extrínseca. Nesta linha de pensamento, torna-se igualmente relevante referir que cada indivíduo envelhece de um modo particular, diferente de todos os outros, consoante o estilo de vida adotado. Assim sendo, fatores como, a profissão (distinção entre trabalho intelectual e manual), se casou, se teve filhos, existência de acontecimentos traumáticos, escolaridade, condição social, existência de doenças, hábitos tóxicos (tabaco, álcool, drogas), tipo de alimentação, prática de exercício físico, entre outros, tornam-se importantes uma vez influenciam todo o processo de envelhecimento (Fernandes, 2002).

Um outro autor que deu o seu contributo para a temática do envelhecimento foi Levet (1998). O autor sustenta a existência de distintas formas de envelhecer, isto é, segundo o sexo e a classe social à qual o indivíduo pertence, segundo a cultura (que difere de sociedade para sociedade), segundo a situação económica do país (é diferente envelhecer num país rico ou num país em vias de desenvolvimento) e segundo a geografia (envelhecer na cidade é diferente de envelhecer no campo).

Posto isto, de seguida serão abordados os diferentes “tipos” de envelhecimento e outros aspetos considerados importantes e influentes em todo o processo de envelhecimento.

1.3. - Abordagem Multidimensional do Envelhecimento

1.3.1. – Envelhecimento Biológico

O organismo de um indivíduo, desde que é concebido até à sua morte, passa por diversas fases e pelas suas conseqüentes transformações: desenvolvimento, maturidade e envelhecimento (Netto & Ponte, 2002).

No que respeita à definição de envelhecimento, ao longo da pesquisa bibliográfica efetuada foi possível averiguar que existe uma pluridade de definições.

Na análise de Mailloux-Poirier (1995), o envelhecimento sob o ponto de vista da biologia “*é um fenómeno multidimensional resultante da ação de vários mecanismos: disfunção do sistema imunológico, programação genética, lesões celulares, modificações ao nível da molécula do ADN e controlo neuro-endócrino da atividade genética.*”

Já na ótica de Netto e Borgonovi (2002) o envelhecimento pode definir-se como um “*processo dinâmico e progressivo, no qual há modificações morfológicas, fisiológicas, bioquímicas e psicológicas, que determinam perda progressiva da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, ocasionando maior vulnerabilidade e maior incidência de processos patológicos, que terminam por levá-lo à morte.*”

Nesta linha de pensamento e de acordo com Curb (1990; cit in Correia, 2003) o envelhecimento tendo como base a biologia do indivíduo pode ser dividido em quatro grupos, sendo eles, 1) perda total da função; 2) diminuição da função associada à perda de unidades anatómicas, embora as restantes sejam capazes de assegurar a função; 3) incapacidade de manter a função apesar de perdas proporcionalmente escassas de unidades anatómicas; 4) utilização de mecanismos de adaptação diferentes dos habituais.

Ainda no que concerne à definição de envelhecimento, Wattis e Curran (2008) preconizam que “este consiste numa transformação progressiva do organismo que acarreta um aumento da probabilidade do risco de doença, incapacidade e morte.

Ladislav Robert (1994) sustenta que não existe ainda uma teoria detalhada que explique o envelhecimento do organismo e das populações a todos os níveis de estudo. O autor preconiza a existência de dois tipos de teorias que se propõe explicar o envelhecimento: as teorias deterministas e as teorias estocásticas. No que concerne às teorias deterministas, estas defendem que, ao envelhecimento, estão subjacentes mecanismos controlados pelo genoma; já para as teorias estocásticas, o envelhecimento resulta do desgaste fisiológico, sendo que, os tecidos do organismo possuem uma resistência limitada (Roberts, 1994).

O envelhecimento a nível biológico é, de um modo geral, uma evolução variável, da qual resultam um conjunto variado de transformações. De facto, com o envelhecimento é possível constatar que o declínio das funções do organismo ocorre

numa grande variabilidade de áreas do organismo (Robert, 1994). Pode assim afirmar-se que o envelhecimento é marcado por um declínio da qualidade e agilidade das funções exercidas pelos órgãos, perda de alguma flexibilidade dos tecidos, perda de capacidade funcional das células, declínio ao nível do sistema cardiovascular, sistema respiratório, dos ossos e das articulações, aparelho digestivo, órgãos dos sentidos, entre outros (Wattis & Curran, 2008). É igualmente importante ressaltar que as alterações e consequente declínio não ocorrem todas ao mesmo ritmo, pelo que, pode inferir-se que o padrão de declínio entre os diversos órgãos é heterogéneo.

O envelhecimento biológico atravessa por uma série de modificações a vários níveis: ao nível do paladar e do olfato; ao nível da visão, da audição; alterações do sono (oscilações); alterações da temperatura; do peso e do metabolismo; alterações das necessidades energéticas e ao nível da sexualidade (Correia, 2003).

No que respeita ao sistema nervoso central, as transformações enumeradas na literatura, são a atrofia do cérebro (perda de peso e diminuição de volume); aparecimento de placas senis; degenerescência neurofibrilar; diminuição da neuroplasticidade e mortalidade neuronal (Fontaine, 2000).

Na ótica de García (2002), não podemos denegar que envelhecer conduz a uma diminuição do rendimento por parte dos órgãos, aumentando, deste modo, o risco de doença. Também para Veras (2003) a prevalência de doenças do foro crónico-degenerativo é bastante expressiva entre indivíduos idosos. De acordo com o mesmo autor, envelhecer sem nenhuma doença crónica revela-se mais uma exceção do que uma regra.

Posto isto, e de acordo com a literatura, pode afirmar-se que as principais doenças metabólicas são a diabetes *mellitus* e o hipotiroidismo, e ao nível das doenças da pele, as escaras de decúbito e as úlceras de estase. Existem também outras doenças mais habitualmente constatadas na idade mais avançada, tais como, problemas do ritmo cardíaco, a hipotensão e hipertensão arterial, perturbações ósseas e musculares, tremores, quedas, incontinência (urinária e fecal), alterações da pele, senilidade, demência, depressão, doença de Alzheimer, AVC (Acidente Vascular Cerebral) e perturbações do foro psiquiátrico.

A literatura segue a existência de um conjunto de transformações orgânicas, que não podem ser consideradas doença, mas sim fatores indicativos do avançar do tempo, tais como, cabelos brancos, reflexos mais lentos, rugas, postura encurvada, diminuição da potência e da atividade sexual, entre outros (Gatto, 2002).

Sumariamente, pode afirmar-se que são muitos os fatores que contribuem para o processo de envelhecimento e que despoletam a diminuição das capacidades físicas e sensoriais, e conseqüentemente a um declínio no bem-estar do indivíduo idoso.

1.3.2. – Envelhecimento Cronológico

A avaliação do envelhecimento humano tendo como base a idade é sustentada pelo facto de esta ser um parâmetro fiável, fácil de medir e comum a todos os seres humanos. Deste modo, e para efeitos de classificação cronológica, é usual seguir a classificação do gabinete de recenseamento dos Estados Unidos da América. De acordo com esta classificação, os idosos com idade igual ou superior aos 65 anos e inferior aos 74 são designados de idosos jovens. Já as pessoas com idade igual ou superior aos 75 anos e inferior aos 84 são apelidados de idosos. No que concerne às pessoas cuja idade seja igual ou superior a 85 anos, esta são consideradas muito idosas (Oliveira, 2008).

Costa (1998, p.32) sustenta que *“Todos nós, dentro da nossa cultura, nascemos em determinado dia, mês e ano, e isso nos fornece uma idade real, tomando por base a comparação (subtração) da data de nascimento com a data atual. Portanto, a idade cronológica é aquela que consta a partir da nossa certidão de nascimento e que não pode ser negada (presumindo-se a veracidade dos dados constantes nessa certidão)”*.

De acordo com Oliveira (2008), existem ainda outros autores que diferenciam, por décadas, quatro patamares de velhice, sendo que, velhos jovens (60-69 anos), velhos de meia-idade (70-79 anos), velhos-velhos (80-89 anos), e velhos muito velhos (a partir dos 90 anos de idade). Por seu turno, Imaginário (2004) preconiza que os idosos jovens”- com idade igual ou superior a 65 anos e até aos 74; “idosos-idosos”- com idade igual ou superior a 75 anos e até aos 84 e “muito idosos”- com idade igual ou superior a 85 anos .

Na ótica de Arantes (2003), a idade cronológica constitui um estereótipo, a partir do qual se classifica um indivíduo como jovem, de meia-idade ou idoso, daí originando diferentes papéis ou oportunidades na estrutura social. No entanto, não é possível estabelecer conceitos universalmente aceitáveis e uma terminologia globalmente padronizada para envelhecimento, até porque é inevitável que o conceito carregue consigo um conjunto de conotações políticas e ideológicas dentro de cada sociedade concreta.

Um outro autor que deu o seu contributo nesta área de “divisões” da velhice foi Lidz (1983; cit in Oliveira, 2008). Este autor aponta para três fases de envelhecimento sendo elas, idoso, senescência e senilidade. Na primeira fase, idoso, não se verificam grandes alterações psicossomáticas - o indivíduo, apesar de já ter assado à reforma, sente-se válido. No que concerne à segunda fase, senescência, podem verificar-se algumas alterações orgânicas e psicológicas significativas, passando o idoso a necessitar de ajuda. Na terceira fase, senilidade, o idoso torna-se, quase que, totalmente dependente.

Contudo, estes marcos cronológicos, podem gerar alguma controvérsia, visto que são unicamente baseados na idade cronológica. Deste modo, e conforme abordado anteriormente, há que preconizar, aquando a divisão da velhice em patamares, outras dimensões, tais como, idade biológica (níveis de maturidade física e estado de saúde), idade psicológica (relacionada com o desenvolvimento cognitivo-emotivo, com a capacidade de adaptação, de aprendizagem e de motivação) e idade social (status, papeis, funções a desempenhar) (Oliveira, 2008).

1.3.3. - Envelhecimento Psicológico

O envelhecimento engloba uma panóplia de fenómenos, tais como a personalidade, o autoconceito, as reações emocionais, o controlo, as estratégias de coping, entre outros (Fonseca, 2005). A capacidade de o indivíduo idoso se adaptar à sua existência passada e presente e às condições ambientais que o rodeiam vai ditar o equilíbrio psíquico do idoso (Ballone, 2004). Por seu turno, o seu potencial de adaptação vai depender dos recursos adquiridos ao longo da sua vida (Fonseca, 2005). Assim sendo, se a adaptação do indivíduo em fases anteriores da sua vida tiver sido bem-sucedida, a probabilidade de envelhecer de um modo mais adaptado é maior (Ballone, 2004).

De acordo com Ballone (2004), o envelhecimento acarreta duas alterações afetivas, sendo elas, a “incontinência emocional” e a “labilidade emocional”. No que concerne à primeira, esta traduz-se pela facilidade que o indivíduo idoso tem em produzir reações intensas sob o ponto de vista afetivo, e uma conseqüente incapacidade para as controlar. No que respeita à labilidade emocional, esta caracteriza-se pelas mudanças súbitas de humor.

Na ótica de Teixeira (2006), a forma como o ser humano gere as dificuldades vai modificando com o passar dos anos, pelo que, a reordenação das prioridades pessoais e as mudanças das estratégias de *coping* são comuns ao envelhecimento normal. Deste modo, tal como Paúl (2006) aborda, é possível constatar-se a existência de dois tipos *coping*, o assimilativo e o acomodativo, que permitem o indivíduo idoso manter um sentimento de controlo e autoeficácia na sua vida. No que respeita ao *coping* assimilativo, segundo Paúl (2006), este tem por finalidade diminuir as perdas por meio de esforços compensatórios, isto é, o idoso procura transformar uma situação percebida como menos positiva numa situação mais adequada aos seus objetivos de vida; no que concerne ao *coping* acomodativo, que consiste na reestruturação dos objetivos, adaptando-os às suas limitações (Paúl, 2006).

Um outro dado emergente da literatura prende-se com o locus de controlo (atribuições causais dadas a determinadas circunstâncias), que pode ser interno (o sujeito sente que possui o controlo da situação) ou externo (o sujeito considera que a situação não se encontra sob o seu controlo) (Fontaine, 2000). Nesta linha de pensamento, Paúl (2006) sustenta a ideia de que, em idades mais avançadas, existe a tendência para uma elevação do locus de controlo externo. O mesmo autor atribui este aumento à perda de autonomia por parte do idoso, como é o caso da institucionalização, e às transformações orgânicas que caracterizam o avançar da idade e as quais o indivíduo não controla.

Um outro ponto importante a abordar aquando a temática do envelhecimento psicológico é a personalidade e a sua estabilidade ou não estabilidade ao longo da vida. A literatura sugere a existência de algumas abordagens que se centram em torno desta temática, tais como a abordagem psicométrica, a desenvolvimentista, entre outras. Relativamente à abordagem psicométrica, esta preconiza a personalidade como uma estrutura homogénea que se mantém estável. Por seu turno, a abordagem psicométrica sustenta a ideia de que a personalidade é alvo de mudanças estruturais que ocorrem ao longo do ciclo de vida (Fontaine, 2000). Posto isto, torna-se relevante referir que a abordagem psicométrica se subdivide no modelo de inspiração psicanalítica de Jung e no modelo psicossociológico de Erikson (Fontaine, 2000). Na sua teoria, e relativamente ao envelhecimento, Jung sustenta a existência de quatro conceitos, extroversão, introversão, masculinidade e feminilidade, que traduzem duas tendências fundamentais que determinam a evolução do indivíduo no decorrer do ciclo de vida. O primeiro conceito, extroversão, caracteriza a atitude do indivíduo para com o mundo

exterior, em contraponto, o segundo, introversão, o indivíduo volta-se para o mundo interior e para as experiências mentais de carácter subjetivo. Com efeito, Jung preconiza que a extroversão caracteriza a juventude, pelo que a introversão é característica da segunda metade da vida. Deste modo, uma das tendências sustentadas por Jung, reside no facto de, por volta do meio da vida ser possível constatar uma inversão, que conduz o indivíduo a um novo equilíbrio. Assim sendo, a segunda metade da vida caracteriza-se por um forte aumento da introversão, pelo que o indivíduo se centra no balanço da vida e na análise dos sentimentos pessoais. Uma outra tendência referida por Jung faz referência ao par feminilidade-masculinidade, e de acordo com este todos nós possuímos uma dupla personalidade (masculina e feminina). Com efeito, durante o período da infância, desenvolvemos uma e inibimos a outra. Para Jung, na segunda metade da vida seria libertada a expressão (masculinidade ou feminilidade) reprimida, conduzindo a um *“melhor equilíbrio entre a expressão do nosso eu real e a pressão dos estereótipos sociais”*.

Capítulo II
Capacidade Funcional

2.1. - Definição

Nas últimas décadas tem-se assistido a um aumento da esperança média de vida e consequentemente a uma população cada vez mais envelhecida. A maior longevidade e o aumento de doenças crónico-degenerativas, resultam numa redução progressiva da autonomia e da capacidade funcional do indivíduo idoso. Deste modo, o presente capítulo incide na capacidade funcional fazendo a definição da mesma, distingue autonomia, dependência e independência, aborda a avaliação da capacidade funcional e a relação desta com a depressão.

Em 1980, a Organização Mundial de Saúde definiu a incapacidade funcional como a dificuldade na execução de tarefas típicas do dia-a-dia, devido a uma deficiência orgânica (OMS, 2003; *cit in* Cunha, Cintra, Cunha, Couto & Giacomini, 2009).

Já na ótica de Fillenbaum (1986; *cit in* Paúl & Fonseca, 2005) o conceito de funcionalidade está relacionado com a autonomia na realização de tarefas do dia-a-dia, necessárias a todos os indivíduos, que asseguram que seja possível que o indivíduo viva sozinho.

Na perspetiva de Correia (2003), por capacidade funcional deve entender-se a autonomia na execução de tarefas correntes, necessárias a qualquer indivíduo, as quais podem ser alteradas como consequência de situações patológicas ou envelhecimento.

Para Bonardi, Souza e Moraes (2007) a incapacidade resulta de um processo dinâmico e progressivo em consequência de doenças crónico-degenerativas e de mudanças fisiológicas que surgem associadas ao processo de envelhecimento. Nesta linha de pensamento, e de acordo com os mesmos autores, a incapacidade funcional diz respeito às restrições de um indivíduo para a realização das atividades de vida diária, induzindo o indivíduo à dependência.

Na ótica de Del Duca, Silva e Hallal (2009), a dependência funcional pode caracterizar-se como a incapacidade de realizar qualquer atividade dentro da extensão normal para a vida humana, ou seja, é a restrição para desempenhar tarefas de prática frequente e necessárias a todos os indivíduos.

De acordo com Botelho e colaboradores (1994; *cit in* Lessa *et al*, 1994) a capacidade funcional pode definir-se como a capacidade de execução atual e habitual de tarefas. Para os mesmos autores, as tarefas que se incluem numa definição de capacidade funcional são: tomar banho, vestir, usar a sanita, levantar da cama,

continência/incontinência, comer, andar, usar o telefone, utilizar os transportes, fazer compras, fazer refeições, fazer a lida da casa, tomar medicamentos e gerir o dinheiro.

De acordo com a mesma autora, existem determinados critérios com vista à classificação dos indivíduos em graus de autonomia, tanto física como instrumental. Deste modo, os indivíduos são classificados como independentes (grau um e dois) ou dependentes (grau três e quatro). Assim sendo, o grau um corresponde a indivíduos com capacidade de executar as tarefas do dia-a-dia, sendo o grau dois constituído por indivíduos que necessitam de ajuda menor, em pelo menos uma tarefa. Ainda nesta temática, o grau três corresponde a indivíduos que necessitam de ajuda maior em pelo menos uma tarefa do dia-a-dia, sendo que o grau quatro engloba indivíduos incapazes de executar pelo menos uma tarefa.

A funcionalidade traduz-se em várias atividades que podem subdividir-se em Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD's), que englobam atividades de autocuidado, tais como, lavar-se, vestir-se, utilizar sanitários, transferir-se de posição, controlo dos esfíncteres e comer, e Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD's), voltadas para a integração do indivíduo no meio ambiente, sendo elas, cozinhar, fazer compras, usar o telefone, auto administração de medicação, gerir o próprio dinheiro e realizar tarefas domésticas (Marcolin & Dalacorte, 2008; Paúl & Fonseca, 2005).

No que concerne às AIVD's existem autores que defendem a importância de distinguir entre as tarefas que implicam saúde física e força e tarefas que implicam recursos cognitivos complexos (Patrick, Johnson, Turner & Brown, 2004). Na ótica dos autores, as AIVD's físicas incluem tarefas domésticas e fazer compras, por seu turno, as AIVD's cognitivas incluem o uso do telefone, toma de medicamentos e gestão de finanças. Esta distinção revela-se importante devido ao facto de, por exemplo, indivíduos com incapacidade nas AIVD's físicas são capazes de continuar integrados na sociedade com recurso à ajuda de um terceiro (uma empregada doméstica, por exemplo), contrariamente, a incapacidade nas AIVD's cognitivas implica, na maioria das vezes, a integração num lar (Patrick, Johnson, Turner & Brown, 2004).

De acordo com a literatura, existe uma panóplia de fatores que podem ser considerados de risco para o evoluir de uma condição que possa ser considerada como situação de dependência funcional.

Nesta linha de pensamento, Marcolin e Dalacorte (2008), sustentam que, em idosos com problemas ao nível da audição, incontinência urinária, défice cognitivo e alterações dos membros superiores e inferiores, é possível constatar limitações na

capacidade funcional, pelo que, pode inferir-se que são mais dependentes sob o ponto de vista funcional.

Também Cigolle, Langa, e Kabeto (2007) deram o seu contributo no que concerne aos fatores de risco na capacidade funcional. De acordo com os autores, problemas como quedas, baixo índice de massa corporal, tonturas, incontinência urinária, défices cognitivos, alterações de índole visual ou auditiva são fatores que reduzem o potencial funcional do indivíduo, tornando-os mais dependentes.

Ainda nesta temática, Johnson, Lui e Yeffe (2007) constataram que indivíduos idosos com défice cognitivo apresentavam maior deterioração na realização de tarefas, o que induz a uma maior probabilidade de declínio da capacidade funcional.

Por seu turno, Bonardi, Souza e Moraes (2007) apontam diversos fatores preditores de incapacidade funcional, sendo eles, o AVC, as limitações resultantes de doenças como insuficiência cardíaca, doenças articulares, doença pulmonar obstrutiva crónica, amputações, osteoporose, cegueira na consequente de diabetes e doença de Alzheimer.

Para Edwards (2001) fatores como a hipertensão, doenças cardiovasculares, alterações músculo-esqueléticas, problemas psíquicos e alterações da densidade óssea, da força muscular e da resistência a fraturas induzem à perda de autonomia. O autor acrescenta ainda que o declínio da cognição, por meio do detrimento de algumas capacidades intelectuais, tais como o tempo de reação, velocidade de aprendizagem e a memória, induz de igual modo à dependência funcional.

Podemos assim concluir que a capacidade funcional é marcada pelas limitações no desempenho de tarefas essenciais ao dia-a-dia. Não obstante, e conforme supracitado, é de referir a existência de uma panóplia de fatores de risco que têm o seu contributo no declínio da capacidade funcional de um indivíduo.

2.2. - Autonomia , Dependência e Independência

A capacidade funcional de um indivíduo é analisada através da aptidão ou não aptidão deste para manter funções de cuidados pessoais e atividades instrumentais que possibilitam a manutenção da sua vida diária (Serra, 2006). O autor preconiza que idosos saudáveis não possuem dificuldades em realizar o tipo de tarefas

supramencionadas, excluindo indivíduos que possuem graves limitações de saúde física ou mental e de índole sensorial.

A autonomia pode ser definida como a capacidade percebida para lidar, controlar e tomar decisões no quotidiano e de acordo com regras e preferências sociais (OMS, 2002). Por seu turno, a perda de autonomia consiste na incapacidade do indivíduo fazer escolhas por si próprio de acordo com as suas regras e valores e dirigir a sua conduta (Fernandes, 2002).

No que concerne à independência, não sendo esta sinónimo de autonomia, pode definir-se como a capacidade de realizar funções relacionadas com a vida diária, possibilitando ao indivíduo viver na comunidade sem ajuda ou com ajuda parcial de outros (OMS, 2002). Sousa, Figueiredo e Cerqueira (2004), fazendo referência à importância da independência para os mais velhos, sustentam que esta é sinónimo de capacidade de cuidarem de si próprios, sem dependerem de outros para tarefas de cuidados pessoais, tarefas domésticas, terem poder de decisão e liberdade nas suas escolhas e, muito importante, não se sentirem como sendo um fardo ou uma obrigação para os outros.

Por sua vez, a dependência refere-se à situação de incapacidade de executar por si mesmo as atividades de vida diária. Na ótica de Phaneuf (1993) a dependência consiste na incapacidade do indivíduo para adotar comportamentos, por si mesmo e sem qualquer ajuda, que lhe possibilite a satisfação das suas necessidades. Ainda nesta temática, Fernandes (2002) sustenta que a dependência nos idosos aparece mais frequentemente aquando a presença de determinadas situações que impedem o indivíduo de satisfazer as suas necessidades, tais como, a falta de apoio e afeto familiar, o isolamento e a solidão que acarreta a perda de familiares e amigos, a inatividade advinda da reforma ou perda de forças, alteração do estatuto social e perda de prestígio e a passividade devido ao facto de não terem compromissos.

Torna-se relevante realçar que autonomia e independência constituem conceitos distintos, mas relacionados. Neste sentido, a autonomia e dependência podem coexistir quando um indivíduo preserva a capacidade de decisão e de execução (Gouveia, 2008). De acordo com a mesma autora, pode também ocorrer uma outra situação, sendo que pode constatar-se uma perda de independência embora o indivíduo mantenha a autonomia, ou seja, o indivíduo mantém a capacidade de decisão mas não a capacidade de execução. Ainda nesta linha de pensamento, e considerando uma outra situação possível, pode ocorrer a perda de autonomia com a independência preservada, isto é, a

capacidade de execução está presente, no entanto o indivíduo não mantém a capacidade de decisão de acordo com as regras e valores pessoais. Por último, uma outra hipótese consiste na perda, em simultâneo, da autonomia e da independência, na qual o indivíduo perdeu a capacidade de execução e de decisão, o que induz à dependência total de outros.

O tema envelhecimento é pautado pela associação entre envelhecimento e dependência. Este facto é considerado por alguns autores um estereótipo, dado que grande parte da dependência advém de patologias e não são um efeito direto da idade, pelo que, um indivíduo em idade precoce pode, de igual modo, ser dependente. Também Sousa, Figueiredo e Cerqueira (2004, p.48) sustentam que *“é corrente associar velhice a dependência; (...) algumas pessoas mostram declínio no seu estado de saúde e nas competências cognitivas, precocemente, enquanto outras vivem saudáveis até os 80 anos e mesmo 90 anos. Na verdade qualquer declínio precoce reflete patologia e não os efeitos da idade ou seja a dependência não é um elemento que caracteriza apenas esta fase da vida”*.

Deste modo, é de salientar que quer a doença, quer o processo de senescência podem estar associados com a idade não sendo, no entanto, determinados por esta (Crews, 2007; Sousa, Figueiredo & Cerqueira, 2006).

Na perspectiva de Sousa, Galante e Figueiredo (2003) pode considerar-se a existência de três tipos de dependência, sendo elas, a estruturada, a física e a comportamental. No que concerne à dependência estruturada, é um tipo de dependência na qual o significado do valor do ser humano é determinado, primeiramente, pela inclusão no processo produtivo (na terceira idade evidencia-se a dependência gerada pela perda de emprego). Relativamente à dependência física, esta consiste na incapacidade funcional do indivíduo executar tarefas de vida diária. Por seu turno, a dependência comportamental, esta é *“com frequência antecedida pela dependência física, é socialmente induzida independentemente do nível de competência do idoso, o meio espera incompetência “* (p.365).

Assim sendo, importa referir que todo o indivíduo tem necessidade de ajuda para satisfação das suas necessidades. No entanto, devido ao processo de envelhecimento, os indivíduos idosos exigem uma atenção especial, pelo que, se torna de extrema importância promover o bem-estar do idoso, dedicar-lhe atenção e estabelecer uma relação de ajuda de modo a solucionar os seus problemas (Sousa, 2008).

Posto isto, é de salientar a importância do desenvolvimento de estratégias de prevenção da dependência, mesmo antes de esta se instalar na vida do idoso. Deste modo, preservar-se-á a sua dependência mantendo a qualidade de vida.

2.3. - Avaliação da Capacidade Funcional

A avaliação do estado de saúde dos indivíduos idosos com recurso, somente, a estatísticas de mortalidade, pode não constituir um retrato real e detalhado das condições de vida e de saúde dessa população, dado que não espelha a elevada incidência de situações que interferem na sua qualidade de vida sem, no entanto, serem responsáveis pela sua morte. A importância da inclusão de indicadores de morbilidade que abordem também as incapacidades tendo sido cada vez mais indiscutível, uma vez que traduzem o impacto da doença/incapacidade sobre a família, o sistema de saúde e a qualidade de vida dos idosos (Sousa, 2008).

Neste sentido, aquando a avaliação da população geriátrica, torna-se indispensável incidir sob o ponto de vista funcional. Nesta linha de pensamento, a avaliação funcional pode ser caracterizada como uma tentativa sistematizada de medir, de um modo objetivo, os níveis em que um indivíduo é capaz de executar determinadas atividades ou funções em áreas distintas, empregando habilidades diversas para o desempenho das tarefas da vida quotidiana e para o estabelecer de interações sociais (Sousa, 2008). Na ótica de Veríssimo (2006), a avaliação funcional consiste recolha e posterior interpretação de dados que possibilitam avaliar o nível da capacidade funcional do indivíduo, entendendo-se por capacidade funcional a capacidade do indivíduo para a execução das atividades de vida diária. Nesta linha de pensamento, Paúl e Fonseca (2005) sustentam que a avaliação da funcionalidade deve ser elaborada tendo em conta o que o indivíduo faz no seu dia-a-dia e com os meios que tem ao seu dispor, e que deve ainda ser relacionada com fatores mentais e/ou físicos e com fatores extrínsecos, de ordem social, ambiental e económica, que interfiram na função.

Ainda nesta temática, Ermida (1996) preconiza que a avaliação funcional inserida na avaliação geriátrica possui como objetivo fulcral a avaliação da capacidade do idoso para o desempenho de atividades que lhe possibilitem a viver de um modo autónomo e independente no meio em que se encontra inserido. Neste sentido a

avaliação da funcionalidade possui como objetivo primordial a identificação de perturbações funcionais, físicas, mentais e sociais de modo a que possa ser efetuado um plano de intervenção que incida sobre a manutenção e possível recuperação das capacidades (Stuck et al, 1993; *cit in* Paúl & Fonseca, 2005). Deste modo, e de acordo com Ermida (2006), este tipo de avaliação é realizada com o intuito de avaliar o grau de autonomia/independência e a deterioração funcional, melhorar o diagnóstico e o prognóstico da situação, prevenir riscos e complicações definir o tipo de cuidados, adequar e otimizar o plano de cuidados, estabelecer estratégias de Prevenção e avaliar a necessidade de institucionalização.

Assim sendo, torna-se indispensável abordar a Classificação Internacional da Funcionalidade (CIF), que surgiu com o intuito de classificar a funcionalidade, a incapacidade e a saúde. Farias e Buchalla (2003) sustentam que para este modelo, a incapacidade funcional de um indivíduo não é apenas resultado de uma deficiência orgânica, mas sim da interação entre diversos fatores entre os quais, a deficiência que o indivíduo apresenta, a limitação à participação em atividades de cariz social, a restrição das atividades habitualmente praticadas, fatores pessoais e de ordem ambiental que exercem influencia no desempenho das atividades de vida diárias. Na análise dos mesmos autores, todos estes fatores podem funcionar com facilitadores ou barreiras ao estado funcional de um indivíduo. Esta possibilita relacionar condições de saúde, fatores pessoais e ambientais, as alterações funcionais e /ou orgânicas, bem como as suas consequências no grau de atividade dos indivíduos (Paúl & Fonseca, 2005). A avaliação da funcionalidade vai resultar numa classificação dicotómica (dependência ou independência do indivíduo). Tal como Paúl e Fonseca (2005) preconizam, e tendo em vista uma eventual evolução da disfunção, pode revelar-se vantajoso categorizar esta dicotomia em quatro níveis, sendo eles, independência, autonomia, dependência e incapacidade. No primeiro nível, independência, o indivíduo não recorre a qualquer apoio; no segundo nível, autonomia, existe o recurso a apoios mecânicos; a dependência constitui o terceiro nível, havendo neste nível o recurso a terceiros; o quarto e último nível, incapacidade, é caracterizado pelo apoio de terceiros, apoio este que substitui a função (Paúl & Fonseca, 2005).

2.4. - Capacidade funcional e depressão

A perda da capacidade de executar determinadas tarefas consideradas essenciais à prática diária induz a uma sobrecarga emocional que na maioria das vezes resulta no diagnóstico de depressão.

De facto, a relação entre capacidade funcional e depressão vem sendo cada vez mais estudada, e há estudos que comprovam a relação entre depressão e dependência funcional (Maciel & Guerra, 2006). Lima, Silva e Ramos (2009) constataram à medida que os idosos se vão tornando mais dependentes fisicamente tendem a ficar mais deprimidos, independentemente da idade e do género.

Num estudo longitudinal realizado, indivíduos idosos com acentuado declínio na capacidade funcional evidenciaram índices de depressão mais elevados (Patrick, Johnson, Turner & Brown, 2004).

Também Katt e colaboradores (2006) corroboram a relação entre capacidade funcional e depressão, sustentando que dificuldades ou incapacidade no desempenho das AIVD's ou ABVD's contribui para a diminuição do bem-estar dos indivíduos idosos, podendo este facto induzir ao aparecimento de sintomas depressivos.

No que concerne às AIVD's, por se tratar de tarefas mais complexas que requerem uma maior elaboração e coordenação, qualquer alteração que indique limitação na capacidade de as realizar gera um sentimento negativo que pode induzir a um episódio depressivo (Maciel & Guerra, 2006).

É importante salientar que, de acordo com Nybo, Gaist, Jeune, McGue, Vaupel e Christensen (2001), os indivíduos idosos consideram que uma boa saúde física é importante para continuar a viver, não considerando que esta seja determinante no seu bem-estar emocional. No entanto, num estudo realizado com 1695 idosos, Katt, Speranza, Shore, Saenz e Witta (2009) concluíram que embora os indivíduos tenham a percepção de que a sua condição física não interfere no seu bem-estar emocional, tal não se verifica. No seu estudo, os autores descobriram que quando os problemas de saúde se manifestam e começam a ser impeditivos para que o indivíduo realize as suas atividades de vida diária, isto implica um risco para o bem-estar dos idosos, mais concretamente um risco para o despoletar de sintomas depressivos.

De acordo com Cairney, Faulkner, Veldhuizen e Wade (2009) a saúde física está associada um menor sofrimento mental. Para os autores, um indivíduo com capacidade funcional preservada possui menor probabilidade de vivenciar sentimentos

de angústia e de depressão. Outros autores acrescentam que a saúde física tem sido frequentemente associada a distúrbios psicológicos e transtornos psiquiátricos, sustentando que as limitações na capacidade de execução de atividades de vida diária estão fortemente associadas a sintomas depressivos (Cairney, Faught & Hay, 2005).

Outros autores que deram o seu contributo para esta temática são Weinberger e Whitbourne (2010). Os autores sustentam a existência de uma relação bidirecional entre capacidade funcional e depressão. Esta relação foi interpretada à luz da Teoria do Processamento da Identidade (Whitbourne, 1986) que nos indica que as diferenças individuais no processamento da identidade desempenham um papel importante e que indivíduos que vivenciam o processo de envelhecimento com limitações no funcionamento físico são propensos a demonstrar sensibilidade ao *feedback* negativo, o que induz a forte probabilidade de experienciarem baixa autoestima, desespero e sentimentos de angústia e inutilidade (Weinberger & Whitbourne, 2010).

Um achado interessante foi a influência do *coping* pró-ativo na capacidade funcional e, conseqüentemente, na depressão. Greenglass, Fiksenbaum e Eaton (2006) preconizam que o *coping* pró-ativo induz a uma menor dependência funcional uma vez que um indivíduo idoso pró-ativo considera o desempenho de atividades diárias como um desafio e não como um fator *stressor*. Deste modo, para os autores, as atividades de vida diárias são interpretadas, não como ameaças, mas como oportunidades de se utilizarem conhecimentos e capacidades a fim de se alcançar a independência. Assim sendo, há uma maior percepção de independência sob o ponto de vista funcional, o que reduz a probabilidade do surgimento de sintomas depressivos (Greenglass, Fiksenbaum & Eaton, 2006). Os autores acrescentam que este estilo de *coping* se caracteriza pela iniciativa individual, otimismo e determinação. O indivíduo pró-ativo toma a iniciativa quando confrontado com *stressores* e mobiliza recursos (Greenglass, Schwarzer & Taubert, 1999). Por seu turno, a depressão é marcada pela auto-culpa, pessimismo, deficiência pessoal para a prevenção e comportamento auto-destrutivo (Burns, 1999). Assim sendo, os autores afirmam que o estilo de *coping* pró-ativo é inconsistente com a depressão (Greenglass, Fiksenbaum & Eaton, 2006).

Contudo, é importante referir que ao longo da pesquisa bibliográfica efetuada foi possível constatar que a maioria dos estudos incide sobre o impacto da depressão na capacidade funcional dos indivíduos, traduzindo-se este facto numa menor quantidade de estudos que focam as repercussões da dependência funcional na depressão. Perante

este facto, o presente estudo revela-se uma mais-valia na medida em que vem acrescentar investigação a uma vertente menos estudada.

Capítulo III
Depressão

De acordo com a OMS (2003), o conceito de saúde é definido como um estado completo de bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade. Neste abrangente conceito de saúde, são tidos em conta termos como o bem-estar, consciência de autonomia, autoeficácia e competência, bem como o reconhecimento da habilidade, sendo que, estes fatores estão diretamente implicados na realização do potencial intelectual e emocional de um indivíduo. Deste modo, a Saúde Mental consiste num estado de bem-estar no qual o indivíduo reconhece as suas próprias competências, sentindo-se capaz de gerir o *stress* do quotidiano, é produtivo a nível profissional e ainda, contribui para a sua comunidade (OMS, 2003). Nesta linha de pensamento, e na ótica de Anaut (2005), não ter saúde mental consiste em sofrer de alguma psicopatologia, sendo este conceito definido como o estudo, a teoria e psicologia das formas de sofrimento, independentemente de quais sejam as suas causas.

A depressão apresenta uma sintomatologia multifacetada sendo que o modo como esta se manifesta varia de indivíduo para indivíduo (Schotte, Bossche, Doncker, Claes & Cosyns, 2006). Esta acarreta várias consequências, pelo que se torna de extrema importância compreender melhor esta psicopatologia.

Neste sentido, o presente capítulo tem como objetivo definir a depressão, fornecer linha orientadoras para o seu diagnóstico, expor os sintomas e as suas causas e abordar a depressão no idoso.

3.1.- Definição

A classificação das perturbações mentais sempre constituiu uma necessidade ao longo da história da saúde mental, tendo, no entanto, surgido dificuldades em acordar as perturbações que deverão ser incluídas e os critérios de acordo com os quais devem ser organizadas (APA, 2000). Deste modo, ao longo da história da saúde mental surgiu uma panóplia de classificações, umas abrangendo categorias mais reduzidas, outras incluindo critérios excessivos e confusos.

Salienta-se que o termo Depressão surgiu no século XVIII através de Samuel Johnson com o intuito de classificar “espíritos negativos” ou “inferiores” (Rousseau, 2000). Por seu turno, uma escola de psiquiatria de orientação mais clínica surgiu no final do século XIX, rapidamente se destacou por meio dos trabalhos de Kraepelin, os quais ainda estão, na sua essência, na base das classificações atuais (Maia, 2001).

Posteriormente à 2ª Guerra Mundial, com as constantes oposições entre escolas europeias e americanas, aleadas aos problemas na aceitação da 6ª da sexta revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID), os autores americanos desenvolveram um modo de classificação alternativa, Diagnostic Statistical Manual (DSM) publicada em 1952 (Maia, 2001). No decorrer dos anos, as classificações da CID e do DSM evoluíram de modo independente mas de um modo mutuamente consciente.

É importante referir que, e de acordo com a APA (2000), o termo depressão refere-se à perturbação clínica com os critérios de episódio depressivo major. Neste sentido a depressão é caracterizada pelo humor depressivo ou perda de interesse, em quase todas as atividades, durante um período de tempo nunca inferior a duas semanas. O indivíduo deve também sentir, pelo menos, quatro dos seguintes sintomas adicionais: alterações de peso ou apetite; alterações do sono; mudanças ao nível da atividade psicomotora; diminuição da energia; sentimentos de desvalorização pessoal ou culpa; dificuldade em pensar ou concentrar-se ou em tomar decisões; ou pensamentos recorrentes a propósito da morte ou ideação suicida, planos ou tentativa de suicídio.

Na ótica de Gordilho (2002, p.204) a depressão apresenta-se como um *“distúrbio da área afetiva ou do humor, com forte impacto funcional em qualquer faixa etária, reconhecidamente de natureza multifatorial, envolvendo inúmeros aspetos de ordem biológica, psicológica e social.”*

Para Wilkinson, Moore e Moore (2005) a depressão pode ser definida como o exacerbar das sensações diárias que acompanham a tristeza. Na ótica dos autores, a depressão constitui uma perturbação de humor cuja gravidade e variedade dos sintomas é variável e que é usualmente acompanhada por uma panóplia de sintomas a nível mental e físico. Assim sendo, a depressão é acompanhada por um conjunto de sintomas, entre os quais se pode identificar o humor triste persistente, perturbações de sono, perda de interesse ou prazer pelas atividades habituais, diminuição da energia e fadiga, perda de apetite ou peso, diminuição da eficiência, autorrecriminação e culpa, incapacidade de concentração e tomada de decisões, postura e gestos característicos, diminuição do desejo e das funções sexuais, irritabilidade, agitação e lentidão (APA, 2006; Wilkinson, Moore & Moore, 2005).

Na análise de Lurie (2007), a depressão pode afetar o comportamento do indivíduo de distintas formas, podendo esta ter repercussões a curto, médio e longo prazo. No primeiro caso, a curto prazo, o indivíduo procura a solidão, ficando a maior parte do tempo em casa. Por seu turno, a médio prazo, a depressão pode induzir à

formação de pensamentos de desvalorização. A longo prazo, pode induzir a que o indivíduo tenha um mau desempenho em diversas áreas da sua vida.

Lurie (2007) ressalva a importância de distinguir depressão de outros estados que por vezes afetam o indivíduo, tais como a tristeza, o pesar e o luto. Para o autor, aquando a compreensão da depressão, torna-se *“tão importante saber o que não é, como o que é”*.

Posto isto, torna-se igualmente importante ressaltar a existência de certos fatores que funcionam como fatores de risco para a depressão.

Nesta linha de pensamento, Woodford (2009) preconiza que os episódios depressivos são mais frequentemente encontrados em indivíduos com doenças crónicas, especialmente em doenças neurodegenerativas. Assim sendo, estima-se que cerca de 20 a 40% dos indivíduos com Alzheimer e em cerca de 50% dos indivíduos com Parkinson tenha tido um episódio depressivo. Ainda nesta temática, em indivíduos que sofrem AVC, a prevalência de depressão nos dois anos seguintes ao incidente é de 30%.

Ainda de acordo com o mesmo autor, pode preconizar-se que a existência de fatores que funcionam como precipitantes de uma depressão, tais como, acontecimentos de vida, falecimento de um ente-querido, aparecimento de uma doença grave, entre outros.

Não obstante, para Costa (2009) o isolamento, a reforma, sentimento de perda, o aumento da esperança de vida e a crescente incapacidade são fatores que podem igualmente ser considerados como fatores de risco para a depressão.

3.2.- Epidemiologia

Ao falar em epidemiologia torna-se importante abordar dois conceitos essenciais: a incidência e a prevalência. São ambas medidas de frequência da ocorrência de uma dada doença, que envolvem espaço e tempo, avaliando, no entanto, aspetos diferentes.

No que concerne à incidência, e de acordo com Menezes e Santos (1999), esta consiste numa medida longitudinal que avalia o número de novos casos de determinada doença surgidos no mesmo período e local, indicando a intensidade com que a doença acontece numa população. Na perspetiva do autor, a incidência mede a probabilidade de ocorrência de novos casos de determinada doença na população.

No que respeita à prevalência, esta consiste numa medida transversal, indicadora da qualidade daquilo que prevalece num determinado momento, sendo, deste modo, uma medida estática que indica o número de casos (novos e existentes) num determinado momento (Menezes & Santos, 1999).

As taxas de incidência e prevalência da depressão variam de país para país devido às múltiplas culturas e métodos de avaliação da depressão.

Num estudo de prevalência realizado ao longo de 12 meses nos Estados Unidos da América por Nierenberg, Sussman e Trivedi (2003) constatou-se que a depressão atingia, nesse ano, 10.3% com uma prevalência ao longo da vida de 17.1%, o que vai ao encontro da ideia de que, ao longo da vida, cerca de uma em cinco mulheres e um em dez homens experienciam um episódio clinicamente significativo de depressão. Também Silva (2011) sustenta que as mulheres possuem duas vezes mais probabilidade de sofrerem de depressão, quando comparadas com indivíduos do género masculino. No entanto, quando abordamos a depressão mais grave verifica-se que a probabilidade atinge igualmente ambos os géneros.

Schotte e colaboradores (2006), num outro estudo epidemiológico designado Depression Research in European Society (DEPRES) constataram uma prevalência a seis meses de 17% de episódios depressivos. Atualmente, e na ótica de Schotte e colaboradores, a incidência da depressão está em constante ascendência, sendo que se espera que o número de indivíduos com perturbações mentais aumente com o envelhecimento de população. De acordo com a organização mundial de saúde (2006, *cit in* Woodford, 2009), anualmente, 9.5% das mulheres e 5.8% dos homens em todo o mundo sofrem um episódio depressivo. Deste modo, no que concerne à incidência da depressão, pode afirmar-se que esta tem vindo a aumentar, sendo que, por cada mil indivíduos surgem entre quatro a 20 novos casos de depressão por ano.

De acordo com o OMS (2007) a depressão é tao comum que afeta 121 milhões de pessoas em todo o mundo, sendo, deste modo, uma das principais causas de incapacidade. De facto, a depressão é a perturbação mental mais frequente, sendo passível de afetar indivíduos independentemente da faixa etária. No caso de não ser convenientemente diagnosticada e tratada pode constituir um fator que induz ao suicídio (Gonçalves & Fagulha, 2004; Silva, 2011). A OMS (2003) corrobora este facto alertando para o facto de mais de 150 milhões de pessoas no mundo inteiro já sofreram uma depressão em algum momento da sua vida e perto de um milhão comete suicídio todos os anos, a grande maioria com sintomatologia depressiva bem evidente. Nesta

linha de pensamento, estudos recentes afirmam que, logo a seguir às doenças cardiovasculares, a depressão constitui a segunda causa de morte no Séc.XXI (Silva, 2011).

De acordo com a literatura, a incidência tem vindo a aumentar entre a população mais jovem, mas também entre o sexo masculino. (Gusmão, Xavier, Heitor, Bento & Caldas de Almeida, 2005).

No que respeita à depressão major, a prevalência varia entre dois a três por cento no género masculino e cinco a nove por cento no género feminino. Por seu turno, a perturbação distímica, possui uma prevalência de três por cento na população mundial, sendo que a probabilidade de ocorrência da mesma é duas a três vezes superior nas mulheres do que nos homens. Relativamente à prevalência da depressão bipolar, esta apresenta valores mais baixos (cerca de 1%) (Gonçalves & Fagulha, 2004).

No que concerne à população mundial, é possível constatar que as taxas de depressão no género masculino aumentam com a idade; por seu turno, no género feminino as taxas de prevalência e incidência de depressão variam com a idade, sendo que as taxas mais elevadas são constatadas na faixa etária dos 35 aos 45 anos. Ainda a nível mundial, a incidência de depressão é mais elevada em indivíduos solteiros comparativamente com indivíduos casados (Wilkinson, Moore & Moore, 2003). Ainda nesta temática, e de acordo com Silva (2011), a depressão é mais frequentemente diagnosticada em indivíduos entre os 24 e os 44 anos de idade.

No que concerne a Portugal, a prevalência da depressão varia entre 16.9 e 18.4% (Gusmão, Xavier, Heitor, Bento & Caldas de Almeida, 2005). De acordo com o 3º censo psiquiátrico realizado em 2001 a depressão era a segunda patologia mais frequentemente diagnosticada com uma percentagem de 14.9% em 2525 indivíduos (Bento, Carreira & Heitor, 2001).

3.3.- Diagnóstico

O diagnóstico de depressão requer a presença de um conjunto de sintomas e características que variam de indivíduo para indivíduo-

Assim sendo, e na ótica de Fernández (2010) o diagnóstico de depressão assenta em dimensões simultâneas, as quais englobam 24 sintomas, estando presentes as mesmas em cada dimensão. De acordo com o autor, as quatro dimensões, sendo elas, humor anedónico, anergia, descomunicação e ritmopatia, fornecem um conjunto de

sintomas que estão presentes num estado depressivo precoce. No que concerne à dimensão Humor anedónico, esta engloba os sintomas, tais como, incapacidade de experimentar prazer e alegria; diminuição do apego à vida ou ideias suicidas; amargura ou desespero com tendência ao choro; desvalorização ou subestimação própria em forma de ideias de indignidade ou inferioridade, sensação de incapacidade somática ou psíquica, ou sentimento de culpa; opressão pré-cordial; e dores localizadas nas costas, cabeça ou em outras zonas do corpo. Por seu turno, a dimensão anergia engloba igualmente seis sintomas, sendo eles, apatia ou aborrecimento, falta de concentração, cisma sobre a mesma ideia ou presença de indecisões, diminuição da atividade habitual no trabalho ou distrações, disfunção sexual e distúrbios digestivos. No que respeita à dimensão descomunicação, esta é representada por sintomas tais como, falar pouco ou não escutar, retraimento familiar ou social, descuido no arranjo pessoal e vestuário, sensação de desconfiança ou solidão, surtos de mau humor ou enervamento, abandono de leituras, rádio ou televisão. Por último, a dimensão ritmopatia é constituída pelos sintomas crises de fome voraz, perda de apetite ou peso, pesadelos noturnos, sonhos sombrios ou despertar precoce, dificuldades em conciliar o sono, grande oscilação dos sintomas ao longo do dia e assinaláveis diferenças entre o período da manhã e da tarde.

Não obstante, Fernández (2010) sustenta que é evidente que estamos perante um estado depressivo se se verificar, por um período mínimo de 14 dias, a presença de dois sintomas agrupados na mesma dimensão ou três sintomas provenientes de duas ou mais dimensões.

Ainda no que concerne ao diagnóstico de depressão, Nunes (2008) preconiza que para efetuar o diagnóstico da mesma torna-se necessário verificar, por um período não inferior a duas semanas consecutivas, um humor depressivo, assim como pelo menos quatro dos seguintes sintomas: falta de interesse, agitação ou lentificação psicomotora, sentimentos de culpa, ideias suicidas, alterações do sono, diminuição do apetite ou pouca energia.

3.4.- Sintomas

Na análise de Ballone (2006) os sintomas mais frequentemente encontrados, e considerados os primeiros sinais de depressão, prendem-se com queixas físicas e alterações ao nível do sono.

Já na ótica de Zimerman (2000, p.80) a “tristeza, falta de motivação, desanimo, perturbações de sono, perturbação na vontade, desinteresse, perda de apetite, somatização, dores físicas, irritabilidade, dificuldade de concentração, perda de gosto pela vida” são os sintomas mais relevantes apresentados por indivíduos deprimidos.

Não obstante, Nunes (2008) sustenta que os sintomas depressivos podem subdividir-se em sintomas de índole psíquica e sintomas físicos. No que concerne aos sintomas de ordem psíquica, a autora considera o humor triste, falta de prazer com a vida, sensação de falta de valor, sensação de solidão, sentimento de abandono, vontade de estar sozinho, ausência de momentos de alegria e sensibilidade interpessoal à rejeição. Para a autora constituem igualmente sintomas de índole psíquica a indecisão, ansiedade, falta de concentração, hipervigilância, agitação, antecipação do perigo, opressão no peito, irritação, alucinações, lentidão, preocupação excessiva, desesperança, culpa, ideação suicida e ilusões hipocondríacas.

No que concerne aos sintomas de ordem física, Nunes (2008) considera importante o choro fácil, perda de apetite/perda de sono, aumento de apetite, cansaço generalizado, cansaço dos membros, diminuição do interesse sexual, dificuldades ao nível do sono, dormir demasiado, impressão de cabeça oca, dores de cabeça, tonturas, dores abdominais, dores lombares e o mal-estar generalizado.

Pode, deste modo, constar-se que existem variados sintomas associados à depressão.

3.5.- Etiologia

De acordo com a literatura não existe uma causa exata para a depressão. Numa perspectiva biopsicossocial, Wilkinson, Moore e Moore (2004), sustentam que existe um conjunto de fatores que contribuem como precipitantes e de manutenção da depressão por meio de mecanismos bioquímicos e psicológicos. Na ótica dos autores, são exemplos desses fatores algumas doenças físicas, uma possível base genética, acontecimentos de vida stressantes, e no que concerne mais concretamente à depressão geriátrica são apontados fatores com a reforma e a viuvez.

De acordo com a revisão de literatura, a química cerebral e corporal assume um papel importante na predisposição e manutenção da depressão. De facto, o sistema

nervoso central de um indivíduo é constituído por 40 neurotransmissores, sendo a serotonina e a noradrenalina os estudados em associação com a depressão. Este facto vai ao encontro do que é citado por Wilkinson, Moore e Moore (2004). Nos seus estudos, estes autores constataram que um défice de noradrenalina ao nível sináptico está associado à depressão. A noradrenalina possui um importante papel no controlo da ativação do cérebro e do corpo. Outra descoberta destes autores consiste no facto de que um défice de serotonina está fortemente associado à presença de depressão. Este neurotransmissor está envolvido no controlo do humor, do ciclo sono/vigília e da agressividade.

Posto isto, pode inferir-se que o tratamento da depressão passa por aumentar os níveis de serotonina e noradrenalina ao nível das fendas sinápticas. Contudo, esta tarefa revela-se, na maioria das vezes, árdua, dado que estas alterações bioquímicas levam tempo, tanto no seu desenvolvimento como a serem repostas. Assim sendo, este facto ajuda a explicar a demora na atuação dos antidepressivos administrados com o intuito de tratar a depressão (Wilkinson, Moore & Moore, 2004).

Um outro fator, fortemente apontado como causa da depressão é a doença física. Nesta linha de pensamento, Wilkinson, Moore e Moore (2004), sustentam que a depressão pode surgir no decorrer de uma condição física. De acordo com os autores, existe uma panóplia de causas físicas para a depressão, entre as quais, as doenças neurológicas, mais concretamente a doença de Parkinson, esclerose múltipla, AVC, epilepsia e demência. Acrescentam ainda fatores como doenças malignas, como o cancro no pulmão, tumores cerebrais e cancro no pâncreas. Os autores consideram ainda as doenças endócrinas, mais particularmente, o hipertiroidismo, síndrome de Cushing e a doença de Addison, doenças renais, como a insuficiência renal e hemodiálise, e infeções, nomeadamente gripe e períodos pós-gripe, hepatite, mononucleose infecciosa, brucelose e zona. Ainda relativamente às causas físicas da depressão, os autores consideram a anemia e os efeitos secundários advindos da medicação administrada ao indivíduo (Wilkinson, Moore & Moore, 2004).

Ainda na temática da doença física como causa da depressão, Barreto (2006) preconiza a doença física pode conduzir à depressão por três vias: *“Em primeiro lugar, a patologia somática pode estar diretamente na origem dos sintomas depressivos: é o caso das doenças tiroideias, das enfermidades neurodegenerativas (doenças de Alzheimer, Parkinson, Huntington...) e de algumas neoplasias. Pode, por outro lado, conduzir à depressão através e por causa do sofrimento físico e da incapacidade*

funcional que essas doenças provocam, como acontece com a maioria das doenças cardíacas e reumáticas. Por último, podem ser os medicamentos usados que estão a contribuir direta ou indiretamente para a depressão” (p.247).

Uma outra causa reside nos fatores genéticos e ambientais, existem evidências de que estes possuem relevante influência quando se fala em depressão. De facto, estudos realizados com gémeos e famílias, juntamente com estudos recentes desenvolvidos na área da genética molecular, fornecem evidências para a contribuição hereditária na etiologia da depressão (Rosa & Martín, 2007). Deste modo, os autores preconizam que as crises de depressão em idades mais tardias, mais concretamente entre os 55-65 anos no homem e 50-60 anos nas mulheres, são aquelas em que o peso genético é considerado maior. Os estudos em gémeos estimam que a possibilidade de herdar um diagnóstico de depressão major ao longo da vida é de 33- 45% (Rosa & Martín, 2007).

De acordo com a revisão bibliográfica efetuada, há autores que sustentam que os idosos sentem uma carga desproporcionada de *stress* perante acontecimentos ou mudanças como o início repentino de uma doença física, a reforma, ou a morte do cônjuge, que constituem causas da depressão geriátrica (Rosa & Martín, 2007).

Na ótica de Sousa, Figueiredo e Cerqueira (2004) a reforma acarreta transformações no que respeita ao modo de viver. Esta caracteriza-se pela desocupação de papéis sociais ativos e surge como a abertura da porta de acesso à velhice, especialmente devido ao facto do estatuto de reformado ser frequentemente associado à perda de importância social e de poder.

Não obstante, Figueiredo (2007) acrescenta que a reforma, numa sociedade orientada por regras económicas muito marcada pelo produtivismo, acarreta a diminuição de rendimentos económicos, a perda de contactos sociais e a maior parte do tempo livre. Assim sendo, muitas vezes o indivíduo reformado é visto pela sociedade como alguém socialmente inútil.

Ainda nesta temática, Rosa e Martín (2007) sustentam que a perda de rendimentos e de um papel social ativo na sociedade é passível de induzir à desmoralização, diminuição da autoestima e a um aumento do risco de distúrbios depressivos.

Um outro fator de relevância que pode ser considerado causa de depressão geriátrica é viuvez. Nesta linha de pensamento, Sousa, Figueiredo e Cerqueira (2004) preconizam que a viuvez constitui um fator consistentemente ligado à solidão e

isolamento social numa diversidade de contextos e culturas, o que é passível de induzir à depressão.

Posto isto, pode inferir-se que a etiologia da depressão, mais concretamente a depressão no idoso, apresenta múltiplas causas que formam o contexto propício para o seu aparecimento.

3.6.- Depressão Geriátrica

De acordo com a análise de Costa (2009) existe uma variedade de transformações que o envelhecimento acarreta que podem induzir a um estado de depressão, tais como, a reforma, o isolamento, o sentimento de perda, a crescente perda de capacidade, entre outras.

Na perspetiva de Santos (2002), a depressão geriátrica constitui um motivo de hospitalização tão frequente quanto a demência. O quadro clínico desencadeado é habitualmente similar com o que se pode encontrar em outras faixas etárias, sendo, no entanto, menos comum o sentimento de culpa e incapacidade grave e mais frequente certas características como a hipocondria, agitação, sintomas obsessivos e medo de indigência.

Deste modo, a OMS sustenta que a depressão major em indivíduos com mais de 65 anos tem uma prevalência de 2 a 4%. Por seu turno, aquando a abordagem da depressão em redes de cuidados continuados este número ascende aos 15%, e em casos de internamento hospitalar agudo a prevalência sobe para os 40%.

No que respeita à depressão geriátrica, esta torna-se mais difícil de diagnosticar do que a depressão que incide em indivíduos mais novos. O que ocorre é que a depressão geriátrica é muitas vezes subdiagnosticada ou mesmo negligenciada, uma vez que se tende a achar este estado compreensível devido às inúmeras perdas de que o indivíduo idoso é alvo (de saúde, dos relacionamentos, da independência, os rendimentos, entre outras) (Lima, Silva & Ramos, 2009; Wattis & Curran, 2008). Nesta linha de pensamento, existem outros fatores que contribuem para o facto de a depressão ser frequentemente subdiagnosticada nos indivíduos idosos, como por exemplo, a denominada sobreposição de sintomas por doença física e por depressão, ou seja, os sintomas inerentes à depressão confundem-se com os sintomas característicos da doença

física (insónias, fadiga, perda de peso e apetite) (Wattis & Curran, 2008). De facto, Liu e colaboradores (1997; *cit in* Lima *et al*, 2009), desenvolveram um estudo numa comunidade rural chinesa e constataram que a prevalência de sintomas relativos à depressão correspondia ao dobro do valor adquirido através de diagnóstico clínico.

Também Barroso e Tapadinhas (2006) referem que a depressão geriátrica é pouco reconhecida. Os autores sustentam que esta situação ocorre frequentemente na presença de condições médicas gerais ou doenças neurológicas, cujas manifestações são similares a sintomas depressivos (por exemplo, falta de energia, fadiga, cansaço, diminuição da libido). Os idosos ainda toldam o diagnóstico quando não evidenciam sintomas como humor deprimido ou tristeza e enfatizam irritabilidade, ansiedade, dificuldades cognitivas e sintomas somáticos.

Na perspectiva de Derogatis e Wise (1989, *cit in* Wilkinson, Moore & Moore, 2004) existe um conjunto de fatores responsáveis pela incapacidade de diagnosticar a depressão. De acordo com os autores não são raras as vezes em que as depressões surgem mascaradas por sintomas somáticos ou em que são considerados como uma reação de desalento relativamente a uma condição clínica. Outros fatores que contribuem para a dificuldade em diagnosticar a depressão prendem-se com o facto de determinadas atitudes e comportamentos serem erroneamente interpretadas como atitudes negativas ou serem interpretadas à luz de uma demência.

Nesta linha de pensamento, Wilkinson, Moore e Moore (2004) preconizam que a dificuldade que, por vezes, surge em diagnosticar a depressão nos idosos advém do facto de se considerar que os sintomas são próprios da idade avançada e se serem muitas vezes confundidos com uma situação de demência, pelo que, se revela crucial a distinção entre depressão e demência. Deste modo, Derogatis e Wise (1989) sustentam a existência de um conjunto de fatores que possibilitam esta distinção, entre eles, o modo como os sintomas surgem, défice cognitivo, memória /compreensão, sensação de sofrimento, autoimagem e sintomas somáticos. No que concerne á depressão, esta tem início relativamente rápido, o défice cognitivo é flutuante, ou seja, pode variar, responde ao tratamento, o indivíduo deprimido tem a perceção de que está a sofrer, a sua autoimagem revela-se negativa e os sintomas somáticos são típicos da depressão. Por seu turno, na demência, o aparecimento é insidioso, o défice cognitivo é permanente, o indivíduo vai respondendo ao tratamento de um modo progressivo ou não responde, o utente não tem noção do seu sofrimento, a sua autoimagem não permanece afetada e os sintomas somáticos revelam-se atípicos, à exceção do sono.

Posto isto, torna-se importante ressaltar que a depressão leva a pessoa a um estado considerado grave, muitas vezes associado a uma elevada mortalidade e morbidade se não for convenientemente tratada. Assim sendo, torna-se de extrema importância o reconhecimento da depressão na terceira idade (Wattis & Curran, 2008).

Parte II
Investigação Empírica

Capítulo I

Metodología

No presente capítulo pretende proceder-se à descrição da metodologia a ser adotada para a realização da investigação, apresentando as hipóteses a testar, tendo por base a resenha bibliográfica apresentada que conduziu à formação da seguinte questão: Haverá alguma relação entre a Dependência Funcional e Depressão na terceira idade? Este capítulo apresenta também o objetivo de estudo, a identificação da amostra, os seus critérios de inclusão e o procedimento de recolha de dados. Por último, pretende-se igualmente identificar as variáveis estudadas, os instrumentos utilizados, bem como as suas características psicométricas, e a análise estatística que se pretende efetuar.

1.1 Objetivos

O exponencial aumento da população envelhecida coloca em evidência a problemática relacionada com o envelhecimento. Uma das questões mais preocupantes centra-se na capacidade dos idosos para desenvolverem as atividades de vida diárias de um modo autónomo. A maior longevidade e o aumento de doenças crónico-degenerativas, resultam numa redução progressiva da autonomia e da capacidade funcional do indivíduo idoso. Estas mudanças implicam uma adaptação a um novo modo de vida, que, nem sempre, o indivíduo é capaz de acompanhar. Estas contrariedades contribuem para a diminuição da saúde mental dos indivíduos. Neste sentido, revela-se importante estudar o impacto destas mudanças na vida de quem as vivência.

Assim sendo, o objetivo primordial do presente estudo consiste em avaliar o impacto que as limitações na capacidade funcional exercem sobre a saúde mental dos indivíduos idoso, mais concretamente na depressão. Paralelamente, a associação entre suporte social e depressão, e diferenças de género na depressão também constituem objetivos do presente estudo.

1.2 Design

O presente estudo trata-se de um estudo exploratório, descritivo, correlacional, transversal, com desenho (*design*) entre-sujeitos (*between-subjects*), com uma abordagem quantitativa (Field, 2009).

Neste estudo os factos são observados, registados, analisados, classificados e interpretados, sem que o investigador tenha qualquer tipo de interferência, de modo a poder retirar informações precisas sobre a frequência de ocorrência de um determinado fenómeno. Por tudo isto, e pelo facto de pretender descrever factos e fenómenos de uma determinada realidade, trata-se de um estudo exploratório e descritivo.

É também um estudo correlacional, uma vez que se pretende avaliar de que modo e em que grau determinados fenómenos se relacionam, não havendo, portanto, manipulação da variável independente. Neste estudo em particular, pretende-se avaliar o impacto da dependência funcional na depressão geriátrica, ou seja, pretende-se estabelecer relações entre as variáveis, confirmando assim o cariz correlacional do estudo.

Trata-se de um estudo transversal, dado que apenas existe um único momento de avaliação.

A presente investigação assenta numa abordagem quantitativa, visto que utiliza a linguagem matemática para descrever as causas de um fenómeno e as relações existentes entre as variáveis. Por seu turno, é através da abordagem quantitativa que se prevê a mensuração de variáveis preestabelecidas e se procura verificar e explicar a sua influência sobre outras variáveis, mediante a análise da frequência de incidências e de correlações estatísticas. Deste modo, cabe ao investigador descrever, explicar e prever.

No que concerne ao *design* do estudo, este possui um *design* entre – sujeitos, já que é feito com indivíduos diferentes que se encontram na mesma situação.

1.3 Hipóteses

Hipótese 1: Prevê-se que os sujeitos com menor capacidade funcional apresentem níveis de depressão mais elevados;

Hipótese 2: Prevê-se uma relação mais forte entre baixos níveis de depressão e menor capacidade funcional nas ABVD's comparativamente com a relação entre baixos níveis de depressão e capacidade funcional nas AIVD's.

Hipótese 3: Prevêem-se diferenças de género nos níveis de depressão, sendo que o sexo feminino apresenta maiores níveis de depressão.

Hipótese 4: Prevê-se que os indivíduos com suporte social mais elevado apresentam níveis de depressão mais baixos comparativamente com os indivíduos que não possuem suporte social.

1.4 Variáveis

Variável Dependente: Depressão

Variáveis Independentes: Capacidade funcional, ABVD's, AIVD's, género, Suporte social percebido.

Variáveis Clínicas: capacidade funcional

Variáveis Psicossociais: depressão, suporte social

Variáveis Sócio-demográficas: idade, sexo, escolaridade, estado civil, profissão/antiga profissão, situação profissional (ativo/reformado), agregado familiar, suporte percebido.

1.5 Seleção e Recolha de Dados

De modo a articular os objetivos de investigação, efetua-se de seguida a descrição dos principais momentos. Antes de efetuar a aplicação dos instrumentos selecionados, foi pedida autorização aos autores dos instrumentos a aplicar. Paralelamente, foi também redigido um pedido de autorização ao Provedor da Santa Casa da Misericórdia de Vila Verde para a recolha de dados no local abaixo indicado.

Com o intuito de testar as hipóteses propostas e atendendo aos objetivos do presente estudo, foram recolhidos dados de 72 utentes.

Os critérios de inclusão foram os seguintes: ter idade igual ou superior a 65 anos e não superior a 80; não ter qualquer tipo de déficit cognitivo; ser utente das unidades de cuidados continuados do Hospital da Misericórdia de Vila Verde (Unidade de Média Duração de Reabilitação-UMDR e Unidade de Longa Duração de Reabilitação-ULDR), o que implica terem problemas ao nível da capacidade funcional. Os critérios de exclusão consistiam em: ter déficit cognitivo, ter doença oncológica e múltiplas condições psicopatológicas comórbidas. Os presentes critérios de inclusão e exclusão possuem como base o princípio de maximizar o controlo de determinados aspetos passíveis de influenciar as variáveis em estudo.

Assim sendo, recorreu-se a uma amostra aleatória, não probabilística de conveniência, de modo a garantir a representatividade da amostra relativamente a diferentes sujeitos que se encontram em contextos semelhantes. No que respeita a termos éticos, a participação dos sujeitos na presente investigação será voluntária, sendo entregue a cada um dos participantes um consentimento informado (anexo 1) constando informação sobre o âmbito e finalidade da investigação, garantindo a confidencialidade e a possibilidade de desistência em qualquer momento da investigação se o participante assim o entender.

1.6. Características da Amostra

O quadro 1 tem como objetivo efetuar a caracterização sociodemográfica dos participantes do presente estudo.

Analisando o quadro 1 pode constatar-se que a amostra é constituída por 72 indivíduos, sendo que 34 participantes (47.2%) são do sexo masculino e 38 (52.3) são do sexo feminino. A idade dos participantes varia entre 60 e os 80, com uma média de 70,9 e um desvio padrão de 5,7. A maioria dos participantes, 29 (40.3%) é casada. Dos restantes, 5 (6.9%) é solteiro(a), 8 (11.1%) são divorciados, 27 (37.5%) são viúvos e os restantes 3 (4.2%) não se encaixam em nenhuma das categorias anteriores.

No que concerne às habilitações literárias, 14 (19.4%) dos participantes são analfabetos, 27 (37.5%) possuem o 4º ano, 17 (23.6%) tem o 6º ano, 5 (6.9%) estudaram

até ao 9ºano. Ainda ao nível da escolaridade, 5 (6.9%) dos participantes possui o 12º ano e 4 (5.6%) estudou no ensino superior. Do total da amostra, 19 (26.4%) trabalhou no setor primário, 20 (27.8%) trabalhou no setor secundário e 33 (45.8) exerceu a sua profissão no setor terciário. Atualmente, todos eles de encontram reformados. 33 (45.8) participantes no estudo vivem no meio rural, pelo que 39(54.2) habita no meio urbano.

Quadro 1 – Caraterização Sociodemográfica da Amostra (N=72)

| Variáveis | n | % | M | D.P. |
|-----------------------------------|----------|----------|----------|-------------|
| Sociodemográficas | | | | |
| Idade | 72 | 100 | 70,9 | 5,7 |
| Género | | | | |
| Masculino | 34 | 47,2 | | |
| Feminino | 38 | 52,3 | | |
| Estado Civil | | | | |
| Solteiro | 5 | 6,9 | | |
| Casado | 29 | 40,3 | | |
| Viúvo | 27 | 37,5 | | |
| Divorciado | 8 | 11,1 | | |
| Outros | 3 | 4,2 | | |
| Habilitações Literárias | | | | |
| Analfabeto | 14 | 19,4 | | |
| 4º ano | 27 | 37,5 | | |
| 6º ano | 17 | 23,6 | | |
| 9º ano | 5 | 6,9 | | |
| 12º ano | 5 | 6,9 | | |
| ensino superior | 4 | 5,6 | | |
| Profissão/antiga Profissão | | | | |
| Setor Primário | 19 | 26,4 | | |
| Setor Secundário | 20 | 27,8 | | |
| Setor Terciário | 33 | 45,8 | | |
| Situação Profissional | | | | |
| Ativo | 0 | 0 | | |
| Reformado | 72 | 100 | | |
| Residência | | | | |
| Rural | 33 | 45,8 | | |
| Urbano | 39 | 54,2 | | |
| Agergado Familiar | | | | |
| Sozinho | 21 | 29,2 | | |
| Casal | 18 | 25 | | |
| Casal e filho(s) | 20 | 27,8 | | |
| Com outros familiares | 11 | 15,3 | | |
| Outros | 2 | 2,8 | | |
| Suporte Social Percebido | | | | |
| Sim | 54 | 75 | | |
| Não | 18 | 25 | | |

Do total dos participantes, 21 (29.2%) vive sozinho, 18 (25%) vive com o cônjuge, 20 (27.8%) coabita com o cônjuge e com o(s) filho(s), 11 (15.3%) vive com

outros familiares e 2 (2.8%) não se encaixam nas categorias anteriormente referidas (vivendo com um amigo ou num lar p.e.).

Por fim, dos 72 participantes, 54 (75%) percebeu ter bom suporte social, enquanto 18 (25%) afirma não ter suporte social.

1.7 Instrumentos de Avaliação

A seguir são apresentados os instrumentos aplicados aos participantes do estudo. É importante ressaltar que, embora a maioria dos instrumentos possa ser auto preenchida, os mesmos foram administrados e preenchidos pela investigadora.

1.7.1 Questionário Sociodemográfico

O questionário sociodemográfico, elaborado para o presente estudo, possui como objetivo primordial recolher um conjunto de informações tais como, a idade, género, nível de escolaridade, entre outros, que possibilitam caracterizar o participante (anexo 2).

1.7.2 Índice de Barthel (Wade & Collin, 1988, adaptado à população portuguesa por Araújo, Pais Ribeiro, Oliveira, & Pinto, 2007).

O Índice de Barthel foi desenvolvido por Wade e Collin, (1988) com o intuito de avaliar a dependência/independência dos indivíduos para a realização de dez atividades básicas de vida diária (ABVD), nomeadamente, comer, higiene pessoal, uso dos sanitários, tomar banho, vestir e despir, controlo dos esfíncteres, deambular, transferência da cadeira para a cama, subir e descer escadas (anexo 3). De acordo com Sequeira (2007), cada atividade apresenta entre duas a quatro opções de resposta, que correspondem a níveis de dependência distintos (0 corresponde à dependência total, e 5, 10 ou 15 pontos correspondem a diferentes níveis de independência).

Na versão original da escala a pontuação varia de 0-100 (com intervalos de 5 pontos). A pontuação mínima de zero corresponde a máxima dependência e a máxima de 100 equivale a independência total.

A adaptação para a população portuguesa é baseada na escala original, sendo o índice constituído por duas partes que se subdividem em 15 itens na totalidade. Uma das partes corresponde ao nível da autonomia, constituído por nove itens, a outra corresponde o nível de mobilidade, composto por seis itens. A pontuação máxima é de 100 pontos, o que traduz um elevado grau de independência. Esta pontuação total está igualmente subdividida em duas partes em que 53 dos possíveis pontos correspondem ao nível de autonomia e os restantes (47) correspondem ao nível da mobilidade. Considera-se que os valores entre 60 e 61 estão definidos como sendo o limiar entre a dependência e a independência funcional dos sujeitos avaliados. A escala pode ser preenchida através da observação direta, de registos clínicos ou ainda ser auto ministrada. Pretende avaliar se o doente é capaz de desempenhar determinadas tarefas independentemente.

Na escala original verificou-se uma elevada consistência interna ($\alpha = .92$). No estudo de validação desta escala à população portuguesa, Araújo, Pais Ribeiro, Oliveira e Pinto (2007), obtiveram uma consistência interna elevada ($\alpha = .96$), que sugere uma boa fidelidade deste instrumento.

Quadro 2. Resultados da análise da Fidelidade do índice de Barthel (N=72)

| Cronbach's Alpha | Cronbach's Alpha Based on Standardized Items | N of Items |
|------------------|--|------------|
| ,956 | ,959 | 10 |

No presente estudo, o instrumento revelou um alfa de Cronbach de .96 que se traduz numa elevada consistência interna. No que concerne à validade, obteve-se um valor de significância no teste de esfericidade de .000 e um KMO de .86 que traduz um valor ótimo para a presente amostra.

Quadro 3. Resultados da análise da Validade do índice de Barthel (N=72)

| | | |
|--|--------------------|----------|
| Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy. | | ,861 |
| Bartlett's Test of Sphericity | Approx. Chi-Square | 1035,807 |
| | df | 45 |
| | Sig. | ,000 |

1.7.3 Índice de Lawton-Brody (Lawton & Brody, 1969; 1988, adaptado à população portuguesa por Azeredo & Matos, 2003).

A escala de Lawton e Brody foi desenvolvida com o intuito de avaliar a capacidade funcional dos indivíduos idosos na execução das atividades instrumentais de vida diárias. Estamos perante um instrumento que avalia o nível de independência da pessoa idosa e a execução de tarefas adaptativas ou necessárias para a vida independente na comunidade. Avalia oito categorias diferentes: capacidade de utilizar o telefone; fazer compras; preparar refeições; realizar tarefas domésticas; lavar roupa; usar meios de transportes; responsabilizar-se pela sua medicação e lidar com os assuntos económicos (anexo 4).

Na adaptação à população portuguesa, a escala permite classificar os indivíduos como dependentes ou independentes. As atividades são pontuadas entre zero, um e dois, sendo que zero corresponde a sem ou grave perda de autonomia, um indica que necessita de ajuda e dois significa indivíduo autónomo ou com ligeira perda de autonomia. A escala apresenta gradientes cujos extremos são total independência e total dependência (Azeredo & Matos, 2003).

Os autores da versão portuguesa converteram a escala em três grupos na mesma proporção em que apresenta cada item e consideraram os seguintes pontos de corte para população portuguesa: 0-5 significa dependência grave ou total; de 6-11 moderada dependência; de 12-16 ligeira dependência ou independente.

Na escala original apresenta uma elevada consistência interna ($\alpha = .96$). Na versão adaptada à população portuguesa a escala revela igualmente uma elevada consistência interna indicada pelo valor do alfa de Cronbach de .94.

Quadro 4. Resultados da análise da Fidelidade do índice de Lawton e Brody (N=72)

| | Cronbach's Alpha Based on Standardized Items | N of Items |
|------------------|--|------------|
| Cronbach's Alpha | .827 | 8 |

No presente estudo, o valor encontrado do alfa de Cronbach é .83, o que se traduz numa elevada consistência interna. No que respeita à validade, o teste de

esfericidade apresenta um valor de significância de .000 e um KMO de .90 que traduz uma excelente validade do instrumento.

Quadro 5- Resultados da análise da Validade do índice de Lawton e Brody (N=72)

| | | |
|--|--------------------|---------|
| Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy. | | ,899 |
| Bartlett's Test of Sphericity | Approx. Chi-Square | 782,911 |
| | df | 28 |
| | Sig. | ,000 |

1.7.4 Escala de Depressão Geriátrica (Yesavage et al., 1983; Adaptado à população portuguesa por Veríssimo, 1988)

A escala de depressão geriátrica foi desenvolvida com o intuito de avaliar a depressão em idosos e indicar a severidade da depressão (anexo 5).

A escala é constituída por 30 itens, todos de índole dicotómica, ou seja, apenas com duas alternativas de resposta (Sim ou Não), aos quais são atribuídos os valores 0 ou 1. As respostas sim dos itens 2, 3, 4, 6, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 20, 22, 23, 24, 25, 26, e 28 são cotadas com valor de 1, e às respostas Não dos itens 1, 5, 7, 9, 15, 19, 21, 27, 29 e 30 é igualmente atribuído o valor de 1. O resultado da escala é composto pelo somatório do total de alternativas escolhidas, pelo que o valor mínimo será zero, indicando ausência de depressão, e o valor máximo 30, indicando depressão grave. A classificação do tipo de depressão é fornecida em conformidade com a pontuação total do sujeito sendo que, os valores situados entre 0-10 corresponde ausência de depressão, pontuações iguais ou superiores a 11 indicam depressão ligeira e valores superiores a 23 correspondem a depressão grave (Veríssimo, 1988; *cit in* Fernandes, 2000).

A validação para a população portuguesa foi desenvolvida por Veríssimo (1988) na “Avaliação diagnóstica dos Síndromes Demenciais”, proposta no serviço de neurologia e neurocirurgia do Hospital S. João do Porto. (1988, *cit in* Araújo, 2005). De

acordo com Barroso (2008), a escala de depressão geriátrica constitui um bom instrumento de medida, com elevada consistência interna ($\alpha = .94$).

A escala pode ser aplicada pelo entrevistador ou auto-aplicada, no entanto em casos de alteração de visão, défice de motivação, entre outro, deve ser o entrevistador a proceder à aplicação.

Na versão original a Escala de Depressão Geriátrica apresenta uma elevada consistência interna ($\alpha = .96$) e na escala validada para a população portuguesa por Veríssimo (1988) apresenta um alfa de Cronbach de .94, o que traduz uma elevada consistência interna.

Quadro 6. Resultado da análise da Fidelidade da Escala de Depressão Geriátrica (N=72)

| Cronbach's Alpha | Cronbach's Alpha Based on Standardized Items | N of Items |
|------------------|--|------------|
| .913 | .910 | 30 |

No presente estudo, obteve-se um alfa de Cronbach de .91 que indica boa consistência interna. Relativamente à validade, o teste de esfericidade apresenta um valor de significância de .000 e um KMO de .74 que revela boa validade do instrumento.

Quadro 7. Resultados da análise da Validade da Escala de Depressão Geriátrica (N=72)

| | |
|--|--------------------|
| Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy. | .736 |
| Bartlett's Test of Sphericity | Approx. Chi-Square |
| | 1660,699 |
| | Df |
| | 435 |
| | Sig. |
| | .000 |

1.8 Análise dos Dados

Posteriormente à recolha dos dados, os mesmos foram lançados numa base de dados informática e processados pelo programa estatístico SPSS (Statistical Package for Social Sciences, versão 17.0). Os dados relativos à caracterização da amostra foram obtidos a partir da estatística descritiva, análises de distribuições e frequências. Primeiramente, para determinar a aplicação de estatística paramétrica ou não paramétrica, efetuaram-se, para variáveis de natureza intervalar, análises estatísticas relativas à natureza da distribuição da amostra, utilizando o teste de *Kolmogorov-Simimov (K-S)*, além da significância do teste da homogeneidade das variâncias, estudo de medidas descritivas (assimetria e curtose), utilizando, também métodos gráficos como o histograma e o gráfico de *Q-Q Plots e Box-plot*.

O seguinte quadro apresenta os resultados do teste de normalidade e homogeneidade das variáveis intervalares Depressão e Capacidade Funcional.

Quadro 8. Resultados do Estudo da Normalidade e Homogeneidade das variáveis intervalares

| Variáveis | Teste de Normalidade | | Teste de Homogeneidade | |
|----------------------|----------------------|-------------------|------------------------|--------------|
| | K-S (sig.) | Assimetria (sig.) | Curtose (sig.) | Teste Levene |
| Depressão | .000 | -.216 | -1.344 | .047 |
| Capacidade Funcional | .000 | -.154 | -1.137 | .047 |

No que concerne à variável intervalar depressão, o resultado do K-S apresentou um valor de significância de .000. Assim sendo, o resultado do teste é significativo ($.000 < .05$) o que indica que não há normalidade na distribuição dos dados, o que viola os pressupostos dos testes paramétricos. Relativamente às medidas descritivas, a assimetria apresenta um valor de -.216 que representa distribuição assimétrica enviesada à direita, e a curtose assume o valor de -1.344 que representa uma distribuição platicúrtica (achatada e de extremidades curtas). Através do histograma (anexo 6) pode confirmar-se a não normalidade da distribuição. A partir do gráfico *QQ-plots* (anexo 6) pode constatar-se que os dados não se distribuem em linha razoavelmente direita, o que indica que não há normalidade na distribuição. Ainda no gráfico *Box-plot* (anexo 6) pode verificar-se a ausência de *outliers*.

Posto isto, todos os dados são convergentes no sentido em que estamos perante uma distribuição não normal dos dados.

No que concerne à variável intervalar capacidade funcional, o resultado do K-S apresentou um valor de significância de .000. Assim sendo, o resultado do teste é significativo ($.000 < .05$) o que indica que não há normalidade na distribuição dos dados, o que viola os pressupostos dos testes paramétricos. Relativamente às medidas descritivas, a assimetria apresenta um valor de $-.154$ que representa distribuição assimétrica enviesada à direita, e a curtose assume o valor de -1.137 que representa uma distribuição platicúrtica (achatada e de extremidades curtas), o que traduz uma distribuição dos dados não normal. Analisando o histograma (anexo 7) pode confirmar-se que os dados não seguem uma distribuição normal. A partir dos gráficos *QQ-plots* (anexo 7) pode verificar-se que os dados não seguem uma linha razoavelmente direita, que seria o indicado de uma distribuição normal, o que não se verifica. Da análise do gráfico *Box-plot* (anexo 7) pode confirma-se a inexistência de *outliers*.

O teste de homogeneidade, executado através do teste de *Levene*, obteve um valor de significância de .047, o que indica que as variâncias diferem, o que traduz a violação dos pressupostos da estatística paramétrica.

Posto isto, não estando cumpridos os critérios para utilização de testes paramétricos, neste estudo serão utilizados testes não paramétricos.

Neste sentido, de modo a testar a hipótese 1 foi utilizado o coeficiente de correlação de *Spearman* com o intuito de explorar a relação entre depressão e capacidade funcional, bem como medir o grau de associação entre as variáveis e descrever a força e a direção de relação entre ambas.

No que concerne à hipótese 2, recorreu-se ao coeficiente de correlação de *Spearman* com o intuito de medir a relação existente entre depressão e capacidade funcional nas ABVD's, bem como a relação entre Depressão e capacidade funcional nas AIVD's. A finalidade consiste em averiguar se existe diferença de intensidade entre as duas relações, e apurar qual a relação mais forte.

Relativamente à hipótese 3, foi utilizado o teste de *Mann-Whitney* de modo a averiguar se existem diferenças nos níveis de depressão com base no género dos participantes.

No que respeita à hipótese 4, recorreu-se ao teste de *Mann-Whitney* com o intuito de apurar a existência de diferenças nos níveis de depressão tendo em conta o facto dos indivíduos que percecionam ter suporte social ou não.

Capítulo II
Apresentação dos resultados

2.1 Resultados dos testes de hipóteses

Nesta secção serão apresentados os resultados das hipóteses testadas.

Hipótese 1: Prevê-se que os sujeitos com menor capacidade funcional apresentem níveis de depressão mais elevados.

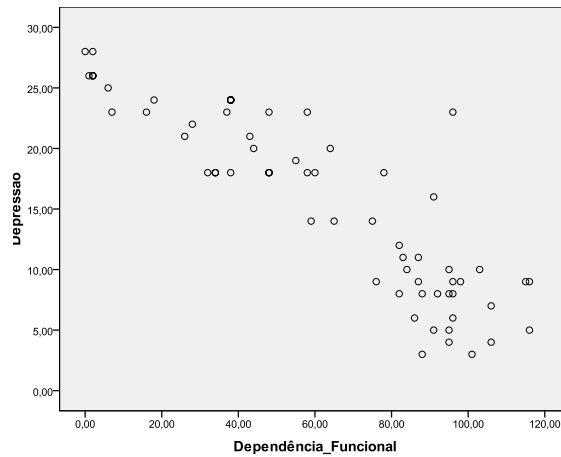
Os resultados ($r = -.864$; $\text{sig} = .000 < .01$, logo significativa) evidenciam uma correlação negativa entre a capacidade funcional e a depressão. O facto de estarmos perante uma correlação negativa indica que as variáveis variam na razão inversa, ou seja, quando uma aumenta a outra diminui. O coeficiente de correlação é $-.864$, pelo que, e de acordo com Palland (2001), estamos perante uma correlação elevada.

Quadro 9. Resultado do Coeficiente de correlação de *Spearman* para as variáveis Depressão e Capacidade Funcional

| | | Depressão | Dependência_ Funcional |
|------------------------|-------------------------|-----------|------------------------|
| Spearman's rho | Depressão | 1,000 | -.864** |
| | Correlation Coefficient | | |
| | Sig. (2-tailed) | . | ,000 |
| | N | 72 | 72 |
| Dependência_ Funcional | Depressão | -.864** | 1,000 |
| | Correlation Coefficient | | |
| | Sig. (2-tailed) | ,000 | . |
| | N | 72 | 72 |

Foi também analisado um gráfico *Scatterplot* a partir do qual se pode constatar que os pontos se agrupam numa linha, pelo que, estamos perante uma correlação linear perfeita, e que a linha desce da esquerda para a direita, logo, evidencia uma relação negativa. Estes dados vão de encontro aos resultados da correlação de *Spearman*.

Gráfico 1. Resultados da Associação entre Capacidade Funcional e Depressão



Assim sendo, a hipótese está confirmada, ou seja, os sujeitos com menor capacidade funcional (mais dependentes) apresentam níveis de depressão mais elevados.

Hipótese 2: Prevê-se uma relação mais forte entre baixos níveis de depressão e menor capacidade funcional nas ABVD's comparativamente com a relação entre baixos níveis de depressão e capacidade funcional nas AIVD's.

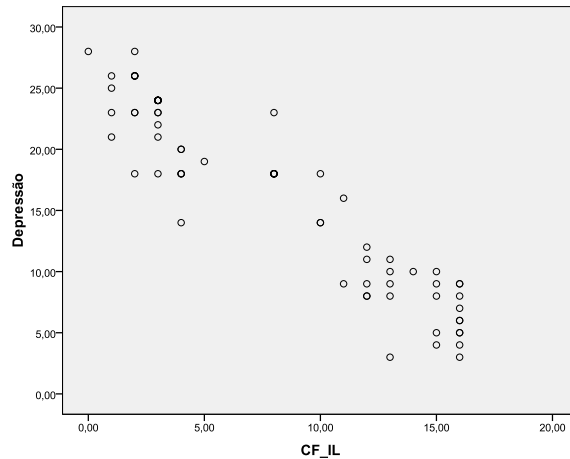
Os resultados, no que concerne à relação entre AIVD's e níveis de depressão, apontam para um coeficiente de correlação de -0.890 e um valor de significância de $.000$. Podemos, deste modo, constatar que estamos perante uma correlação negativa, pelo que, o que nos indica que as variáveis variam na razão inversa, dado que, quando uma variável aumenta a outra diminui. Analisando o valor do coeficiente, e na ótica de Palland (2001) pode afirmar-se que estamos perante uma correlação alta.

Quadro 10. Resultado do Coeficiente de correlação de *Spearman* para as variáveis Depressão e Capacidade Funcional (AIVD's)

| | | | Depressão | Capacidade Funcional (AIVD's) |
|----------------|-------------------------------|-------------------------|-----------|-------------------------------|
| Spearman's rho | Depressão | Correlation Coefficient | 1,000 | -,890** |
| | | Sig. (2-tailed) | . | ,000 |
| | | N | 72 | 72 |
| | Capacidade Funcional (AIVD's) | Correlation Coefficient | -,890** | 1,000 |
| | | Sig. (2-tailed) | ,000 | . |
| | | N | 72 | 72 |

Os dados emergentes da interpretação do gráfico *scatterplot* vão de encontro ao coeficiente de *spearman*, uma vez que se confirma a relação negativa (a linha desce da esquerda para a direita, bem como a intensidade da relação (união dos pontos formando uma linha, que indica uma correlação linear perfeita).

Gráfico 2. Resultado da Associação entre Capacidade Funcional (AIVD's) e Depressão



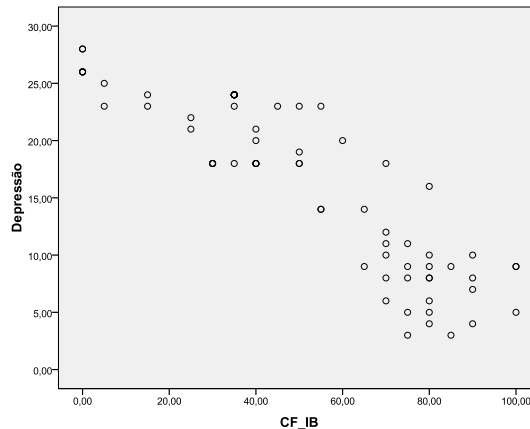
No que concerne à relação entre os níveis de depressão e a capacidade funcional nas ABVD's, o coeficiente de correlação, apresenta um valor de $-0,860$, que nos aponta igualmente para uma correlação negativa, ou seja, as variáveis evoluem no sentido oposto. O valor do coeficiente, e de acordo com Palland (2001), aponta para uma correlação alta.

Quadro 12. Resultado do Coeficiente de correlação de *Spearman* para as variáveis Depressão e Capacidade Funcional (ABVD's)

| | | | Depressão | Capacidade Funcional (ABVD's) |
|----------------|-------------------------------|-------------------------|-----------|-------------------------------|
| Spearman's rho | Depressão | Correlation Coefficient | 1,000 | -,860** |
| | | Sig. (2-tailed) | . | ,000 |
| | | N | 72 | 72 |
| | Capacidade Funcional (ABVD's) | Correlation Coefficient | -,860** | 1,000 |
| | | Sig. (2-tailed) | ,000 | . |
| | | N | 72 | 72 |

Através da interpretação do gráfico *scatterplot* pode confirmar-se que se trata de uma correlação negativa e de elevada intensidade. No entanto, pode afirmar-se que a relação entre ABVD's e depressão revela-se mais intensa.

Gráfico 3. Resultados da Associação entre Capacidade Funcional (ABVD's) e Depressão



Deste modo, pode constatar-se que embora a diferença de intensidade, por meio da correlação de *Spearman*, não seja substancial, a análise dos gráficos permite-nos apurar uma diferença de intensidades, por mais pequenas que seja, sendo mais forte a intensidade da relação entre níveis de depressão e capacidade funcional nas ABVD's. Assim sendo, confirma-se a hipótese, o que significa que existe uma relação mais forte entre os níveis de depressão e capacidade funcional nas ABVD's em detrimento da relação entre os níveis de depressão e capacidade funcional nas AIVD's.

Hipótese 3: Prevêem-se diferenças de género nos níveis de depressão, sendo que o sexo feminino apresenta maiores níveis de depressão.

Quadro 12. Resultado do teste U de Mann-Whitney para as variáveis Depressão e Género

| | Depressão |
|------------------------|-----------|
| Mann-Whitney U | 618,500 |
| Wilcoxon W | 1359,500 |
| Z | -,312 |
| Asymp. Sig. (2-tailed) | ,755 |

a. Grouping Variable: género

Os resultados do teste U de Mann-Whitney ($Z = -.312$; $p = .755$) revelaram que não existem diferenças significativas nos níveis de depressão entre os indivíduos do género masculino e indivíduos do género feminino.

Posto isto, rejeita-se a presente hipótese. Isto significa que, ao contrário do que era esperado, não existe diferença entre o sexo masculino e feminino e os níveis de depressão.

Hipótese 4: Prevê-se que os indivíduos com suporte social mais elevado apresentam níveis de depressão mais baixos comparativamente com os indivíduos que não possuem suporte social.

Quadro 13. Resultado do teste U de Mann-Whitney para as variáveis
Depressão e Suporte Social

| | Depressão |
|------------------------|-----------|
| Mann-Whitney U | 618,500 |
| Wilcoxon W | 1359,500 |
| Z | -,312 |
| Asymp. Sig. (2-tailed) | ,755 |

a. Grouping Variable: género

De acordo com os resultados do teste U de Mann-Whitney ($Z = -2.547$; $p = .011$) pode constatar-se uma diferença estatisticamente significativa nos níveis de depressão entre indivíduos com suporte social percebido e indivíduos sem suporte social percebido, sendo que estes últimos apresentam níveis de depressão mais elevados.

Assim sendo, a presente hipótese é confirmada, o que indica que indivíduos com suporte social percebido apresentam menores níveis de depressão em relação a indivíduos com sem suporte social percebido.

2.2 Análises exploratórias

Com o intuito de explorar possíveis relações entre as distintas variáveis foi efetuada uma análise exploratória, cujo resultado é apresentado no quadro seguinte.

Quadro 14. Resultado da análise exploratória

| | idade | estado civil | habilitações literárias | área de residência | Setor profissional | estatuto profissional | composição agregado familiar | Depressão | Dependência _Funcional |
|------------------------------|-------|--------------|-------------------------|--------------------|--------------------|-----------------------|------------------------------|-----------|------------------------|
| Correlation Idade | 1,000 | -,001 | -,114 | -,033 | -,095 | . | ,286 | -,215 | ,230 |
| estado civil | -,001 | 1,000 | ,070 | ,108 | ,218 | . | -,048 | ,130 | -,096 |
| habilitações literárias | -,114 | ,070 | 1,000 | ,639 | ,709 | . | ,211 | -,048 | ,111 |
| área de residência | -,033 | ,108 | ,639 | 1,000 | ,755 | . | ,255 | -,089 | ,144 |
| Setor profissional | -,095 | ,218 | ,709 | ,755 | 1,000 | . | ,144 | ,110 | -,042 |
| estatuto profissional | . | . | . | . | . | 1,000 | . | . | . |
| composição agregado familiar | ,286 | -,048 | ,211 | ,255 | ,144 | . | 1,000 | -,104 | ,226 |
| Depressão | -,215 | ,130 | -,048 | -,089 | ,110 | . | -,104 | 1,000 | -,889 |
| DependênciaFuncional | ,230 | -,096 | ,111 | ,144 | -,042 | . | ,226 | -,889 | 1,000 |

Através da análise do quadro 14 pode tirar-se uma série de conclusões. Os resultados demonstram haver uma associação positiva significativa entre depressão e estado civil e setor profissional, o que nos indica que quanto mais avançado é o setor profissional maior é a probabilidade de encontrar sintomas depressivos. o facto de ter ou não companheiro também interfere na depressão, sendo que os indivíduos que não têm companheiro apresentam maiores índices de depressão. Não obstante, verificou-se uma associação negativa significativa entre depressão e idade, agregado familiar e capacidade funcional. Estes resultados apontam para o facto de que com o avançar da idade, os índices de depressão diminuem e que, quanto mais próximas são as pessoas que constituem o agregado familiar e quanto maior for capacidade funcional, menor é a presença de sintomas depressivos.

No que concerne à dependência funcional, esta foi associada positivamente e de um modo significativo com a idade e o agregado familiar. Deste modo, pode inferir-se que quanto mais velhos são os indivíduos maior será a dependência sob o ponto de vista funcional. Pode também concluir-se que quanto mais próximo é o agregado familiar maior é a tendência para o indivíduo ser dependente.

Neste sentido, a dependência funcional foi associada negativamente e de um modo significativo com a depressão, o que indica que quanto maiores forem as limitações ao nível funcional de um indivíduo maior será a probabilidade de encontrarmos indivíduos deprimidos.

Capítulo III
Discussão dos Resultados

O presente estudo propôs-se a estudar o impacto da dependência funcional na depressão geriátrica. De seguida são expostos os resultados das hipóteses testadas anteriormente.

Hipótese 1

Os resultados do presente estudo evidenciam que indivíduos idosos com maior dependência funcional apresentam níveis de depressão mais elevados.

Este facto é corroborado por Lima, Silva e Ramos (2009) que sustentam que a um decréscimo da capacidade funcional está associado o aumento dos níveis de depressão. Também Katt, Speranza, Shore, Saenz e Witta (2006) estudaram a relação entre vários fatores físicos e psicossociais, chegando à conclusão de que a capacidade de realizar atividades de vida diária é um fator influente no bem-estar emocional dos idosos.

De acordo com Nybo, Gaist, Jeune, McGue, Vaupel e Christensen (2001), os indivíduos idosos consideram que uma boa saúde física é importante para continuar a viver, não considerando que esta seja determinante no seu bem-estar emocional. No entanto, num estudo realizado com 1695 idosos, Katt, Speranza, Shore, Saenz e Witta (2009) concluíram que embora os indivíduos tenham a perceção de que a sua condição física não interfere no seu bem-estar emocional, tal não se verifica. No seu estudo, os autores descobriram que quando os problemas de saúde se manifestam e começam a ser impeditivos para que o indivíduo realize as suas atividades de vida diárias, isto implica um risco para o bem-estar dos idosos, mais concretamente um risco para o despoletar de sintomas depressivos. A principal conclusão evidenciada pelos autores é que a dependência funcional está diretamente relacionada com a depressão.

A relação entre capacidade funcional e depressão geriátrica foi estudada por Greenglass, Fiksenbaum e Eaton (2006) que interpretaram esta relação à luz da Teoria do lidar de Schwarzer (1999). Os autores defendem que uma atitude pró-ativa (*coping* pró-ativo) induz a menor dependência funcional, logo a uma menor probabilidade de diagnóstico de depressão. O *coping* pró-ativo pode definir-se como uma abordagem de vida em que os esforços de um indivíduo estão voltados para a gestão da meta, onde situações diferentes são encaradas como desafios e não como stressores (Schwarzer & Taubert, 2002). Neste sentido, as atividades de vida diárias são interpretadas, não como

ameaças, mas como oportunidades de se utilizarem conhecimentos e capacidades a fim de se alcançar a independência. Os autores acrescentam que este estilo de *coping* se caracteriza pela iniciativa individual, otimismo e determinação. O indivíduo pró-ativo toma a iniciativa quando confrontado com stressores e mobiliza recursos (Greenglass, Schwarzer & Taubert, 1999). Por seu turno, a depressão é marcada pela auto-culpa, pessimismo, deficiência pessoal para a prevenção e comportamento auto-destrutivo (Burns, 1999). Assim sendo, os autores afirmam que o estilo de *coping* pró-ativo é inconsistente com a depressão (Greenglass, Fiksenbaum & Eaton, 2006).

A conclusão resultante do presente estudo é também corroborada por Cairney, Faulkner, Veldhuizen e Wade (2009), que através de um estudo realizado com 1327 idosos, concluíram que a saúde física está intimamente associada a um menor sofrimento mental. Para os autores, um indivíduo com capacidade funcional preservada possui menor probabilidade de vivenciar sentimentos de angústia e de depressão. Outros autores acrescentam que a saúde física tem sido frequentemente associada a distúrbios psicológicos e transtornos psiquiátricos, sustentando que as limitações na capacidade de execução de atividades de vida diárias estão fortemente associadas a sintomas depressivos (Cairney, Faught & Hay, 2005).

Weinberger e Whitbourne (2010) também consolidam que, de facto, indivíduos com limitação ao nível da capacidade funcional apresentam índices de depressão mais elevados. Os autores sustentam a existência de uma relação bidirecional entre capacidade funcional e depressão. Esta relação foi interpretada à luz da Teoria do Processamento da Identidade (Whitbourne, 1986) que nos indica que as diferenças individuais no processamento da identidade desempenham um papel importante e que indivíduos que vivenciam o processo de envelhecimento com limitações no funcionamento físico são propensos a demonstrar sensibilidade ao *feedback* negativo, o que induz a forte probabilidade de experienciar baixa auto-estima, desespero e sentimentos de angústia e inutilidade (Weinberger & Whitbourne, 2010). Ainda nesta linha de pensamento, o risco da presença de sintomas depressivos é aumentado pelo facto dos indivíduos idosos assistirem a uma reação negativa, face às suas limitações funcionais, vinda, quer da sociedade quer das suas próprias experiências (Hess, Birren & Schaie, 2006).

Posto isto, pode constatar-se, pela análise dos diversos estudos supracitados, que a conclusão retirada da testagem da primeira hipótese vai ao encontro de que é referido na literatura.

Hipótese 2

Da testagem desta hipótese pode concluir-se que uma dependência funcional nas ABVD's possui maior probabilidade de induzir a sintomas depressivos comparativamente com a limitação funcional nas AIVD's.

No entanto, é importante referir que a diferença de intensidade nas relações entre ABVD's e AIVD's e depressão não é substancial, verificando apenas uma ligeira diferença, mais perceptível a partir da interpretação dos gráficos *scatterplot*. Neste sentido, é de mencionar o facto de o tamanho da amostra não ser o ideal para este tipo de estudo, dado que, uma amostra maior seria mais expressiva no sentido de confirmar ou não a hipótese.

É igualmente importante salientar que na literatura não existe referência ao diferente impacto da dependência nas ABVD's e AIVD's na depressão. Isto pode dever-se ao facto de que, segundo Lima, Silva e Ramos (2009), a atividade funcional constitui um conceito recente na área de saúde.

Assim sendo, pode afirmar-se que a presente hipótese representa uma inovação na área da capacidade funcional associada à depressão geriátrica.

Hipótese 3

O resultado do estudo da presente hipótese declina a possibilidade de distinção nos níveis de depressão tendo como base o género.

Antes de avançar para análise da epidemiologia e estudos realizados, é importante referir que o género não é apenas um atributo individual, mas uma característica estrutural e relacional que conduz a dinâmicas de poder e construção de identidade (Longino, 2004). Neste sentido, o significado de género varia de sociedade para sociedade de acordo com as normas culturais e valores relacionados com o género vigentes em cada sociedade em particular. Deste modo, seria de esperar pequenas diferenças de género em culturas com papéis de género igualitários em comparação com sociedades com papéis de género segregados (Zunzunegi, 2007). De acordo com Alberdi (1999), os papéis de género são mais salientes no sul do que no norte da Europa. As mulheres sul europeias são responsáveis por manter os valores tradicionais e religiosos da família. No entanto, nos tempos atuais de mudança social, as mulheres de

idade podem sentir que perderam esse papel central na vida familiar, o que pode induzir a sintomas depressivos (Alberdi, 1999). Acrescentamos ainda que numa população socialmente homogénea, no que respeita à educação e cultura, as diferenças de género não são evidentes (Parker & Brotchie, 2010).

Grande parte da literatura sustenta que as mulheres são duas vezes mais diagnosticadas com depressão comparativamente com os homens. (Leach, Christensen, Mackinnon, Windsor & Butterworth, 2008). Estas diferenças de género estão também presentes quando o número e severidade dos sintomas são examinados (Zunzunegui, Minicuci, Blumstein, Noale, Deeg, Jylhä, Pederesen, 2007). No entanto, esta diferença pode ser explicada pelo facto de as mulheres serem mais propensas a recorrer aos serviços de saúde mental do que os homens (Parker & Brotchie, 2010; Rhodes, Goering & Williams, 2002)

De acordo com Zunzunegui e colaboradores (2007), a questão que permanece é se as mulheres possuem maior prevalência de sintomas depressivos porque são mais propensas a ser expostas a determinados fatores de risco ou porque elas estão mais vulneráveis a esses fatores. Através das suas investigações, os autores concluíram que a maior prevalência de depressão nas mulheres se deve ao facto de estas serem mais vulneráveis a um fator de risco.

De facto, existe uma panóplia de fatores considerados mediadores que diferem entre homens e mulheres, podendo estes ajudar na explicação da diferença de género na depressão. Dois desses fatores são a pobre saúde física e pouca atividade física. No que concerne à saúde física, e atendendo ao facto de saúde física estar diretamente relacionada com a saúde mental, a saúde as mulheres apresentam taxas mais elevadas de morbilidade do que os homens (Degenhardt, Lynskey & Hall, 2001; Goves & Hughes, 1979 *cit in Leah et al*). Outros fatores considerados são os papéis sociais, eventos adversos de vida, normas culturais, estilos de *coping*, fatores biológicos, entre outros (Takkinen, Gold, Pedersen, Malmberg, Nilson & Rovine, 2004). Parker e Brotchie (2010) contrapõem afirmando que, tendo por base a biologia, as mulheres não são necessariamente mais propensas a desenvolver depressão do que os homens, realçando a importância dos fatores socioculturais na diferença de género em relação à depressão.

Num estudo realizado com 4449 idosos, os autores concluíram que os sintomas depressivos elevados são mais frequentemente encontrados entre mulheres em comparação com os homens, sendo os principais fatores de manutenção a educação, estilos de vida e problemas de saúde e funcionais (Zunzunegui, 2007).

Com o intuito de estudar a relação entre depressão e diferenças de género, foi realizado um estudo com 249 pares de gémeos de sexos opostos com idades compreendidas entre os 70 e os 80 anos. Os autores do estudo concluíram que as mulheres possuem mais sintomas depressivos do que os homens, sendo que, o estado civil, baixa condição socioeconómica, baixa escolaridade, ocupações menos qualificadas, maior probabilidade de viuvez, maior isolamento social e limitações na capacidade funcional foram os fatores que mais contribuíram para a manutenção dos sintomas depressivos (Takkinen *et al*, 2004).

Não obstante, há autores que consideram que a diferença de género na depressão não é constante em todos os grupos etários (Leach *et al*, 2008; Parker & Britchie, 2010). De acordo com a literatura, as diferenças de género na depressão diminuem na terceira idade (Zunzunegui *et al*, 2007). Neste sentido, Takkinen e colaboradores (2004) sustentam que entre crianças, a taxa de depressão é semelhante entre o sexo masculino e feminino, aumentando esta diferença no início da adolescência, com uma maior prevalência de depressão entre as mulheres. A grande diferença entre homens e mulheres continua na vida adulta, com uma diminuição da magnitude desta diferença na terceira idade. Parker e Brotchie (2010), acrescentam ainda que a preponderância do sexo feminino tem início em torno da faixa etária 10-12 anos, aumentando a esta diferenciação entre os 15 e os 30 anos. A partir do final dos 30 anos, as taxas de depressão entre homens e mulheres diminuem progressivamente. Assim sendo, pode concluir-se que, na terceira idade, a diferença de género na depressão tende a não assumir-se de forma tao preponderante. Estes factos corroboram o resultado do presente estudo que conclui que não existe diferença entre homens e mulheres idosos nos níveis de depressão.

Hipótese 4

Os resultados obtidos na presente hipótese permitem concluir que os indivíduos com suporte social percebido positivo apresentam índices de depressão mais baixos quando comparados com indivíduos que não têm suporte social. Esta conclusão é consistente com estudos anteriormente realizados que indicam que o suporte social positivo contribui para uma melhor saúde mental (Chao, 2011).

De facto, o suporte social constitui um recurso valioso para os idosos (Greenglass *et al* 2006). Um estudo realizado com 1178 idosos, sustenta que a falta de

suporte social e altos níveis de depressão estão fortemente associados (Koizumi, Awata, Kuriyama, Ohmori, Hozawa, Seki, Matsuoka & Tsuji, 2005). Os autores do estudo dividiram o suporte social em dois tipos de suporte: o emocional e o instrumental, concluindo que a falta de qualquer um dos tipos de apoio está associada a um alto risco do aparecimento de sintomas depressivos (Koizumi et al, 2005).

Um outro estudo, realizado com 4049 idosos, corrobora estas afirmações ao concluir que o suporte social está diretamente associado à depressão, variando na razão inversa. É de salientar que o contacto com os membros da família foi associado a menor depressão, por se turno, o contacto com os amigos não afeta substancialmente o grau de depressão (Chao, 2011). Outra conclusão retirada deste estudo está relacionada com o apoio financeiro prestado a indivíduos idoso. Neste sentido, constatou-se que este os idosos têm reações distintas a este tipo de apoio, sendo que, uns consideram-no como positivo, enquanto noutros casos o apoio financeiro foi associado à manutenção de sintomas depressivos (Chao, 2011).

É importante referir que, de acordo com a literatura, os fatores que mais contribuem para a perceção de suporte social são o estado civil e o número do agregado familiar (Koizumi et al, 2005). Pode assim inferir-se que um agregado maior e o facto de o indivíduo ser casado contribuem para uma perceção de suporte social positivo, o que implica menor risco de depressão. O suporte social positivo implica menor depressão em indivíduos idosos. De facto, idosos que estão inseridos ativamente nas redes sociais tendem a desfrutar de uma melhor saúde física e mental. Contrariamente, em indivíduos que não possuem laços sociais significativos constata-se uma maior incidência de depressão (Greenglass, 2007).

Posto isto, pode concluir-se que os dados da literatura são consistentes com o resultado da presente hipótese, concluindo-se, deste modo, que o suporte social positivo em indivíduos idosos está diretamente relacionado com a depressão, sendo que quando um aumenta o outro diminui.

Capítulo IV
Conclusão Integrativa e Implicações Futuras

Conclusão Integrativa e Implicações Futuras

Pretendeu-se, com o presente estudo estudar a associação entre dependência funcional e depressão, partindo de uma amostra de conveniência de 72 indivíduos idosos, utentes da unidade de cuidados continuados do Hospital da Misericórdia de Vila Verde. Os objetivos do estudo foram cumpridos. Não obstante, numa primeira análise o presente estudo vem permitir uma contribuição na expansão da base de dados da investigação na área da capacidade funcional associada à depressão, assim como nos proporciona alcançar e direcionar conhecimentos sobre o modo como a dependência funcional e a depressão geriátrica se associam; qual o tipo de tarefas diárias que, face à incapacidade em realizá-las, possui maior probabilidade de induzir à depressão; bem como a associação entre depressão geriátrica e determinadas variáveis psicossociais, mais concretamente a diferenças de género e o suporte social.

O presente estudo apresenta algumas limitações. Uma delas prende-se com o facto de a amostra ter sido recolhida em apenas duas unidades de cuidados continuados da zona Norte do país, não sendo representativa do país em geral. O tamanho reduzido da amostra, 72, pode igualmente constituir uma limitação no estudo. Uma amostra maior teria permitido um melhor esclarecimento da hipótese 2, que pretendia verificar diferenças entre os distintos tipos de dependência (ABVD's e AIVD's) e depressão geriátrica. Deste modo, uma amostra maior talvez tivesse reforçado o poder da associação entre dependência nas ABVD's e depressão geriátrica.

Apesar das limitações, salienta-se como um dos principais contributos o facto de este estudo avaliar o impacto da dependência funcional na depressão geriátrica, tendo em conta que grande parte da literatura aborda este tema no sentido inverso, ou seja, focando o impacto da depressão na capacidade funcional. Posto isto, o presente estudo pode revelar-se uma mais-valia e um fator de novidade na literatura. É ainda de salientar que associação entre distintos tipos de dependência funcional (ABVD's e AIVD's) e a sua maior ou menor influência na depressão geriátrica constitui igualmente um factor inovador na literatura.

A partir da revisão da literatura e dos resultados extraídos deste estudo, *sugere-se* algumas linhas orientadoras para estudos estudos. Deste modo, revela-se necessário averiguar qual o papel da educação, situação financeira, idade e perceções de saúde na capacidade de realizar as atividades de vida diária e, conseqüentemente, qual o seu papel na depressão geriátrica. É também importante que estudos futuros abranjam na

sua amostra indivíduos das várias regiões do país, no sentido dos resultados poderem ser generalizados. A realização de pesquisas futuras poderão incluir estudos/cortes longitudinais, de modo a monitorizar as mudanças num longo intervalo de tempo, para que seja possível estabelecer relações causais entre as variáveis.

A partir dos resultados deste estudo recomendam-se algumas implicações para a prática clínica. Deste modo, sugere-se que, as intervenções práticas que prestam assistência útil, passem a primar por um tipo de intervenção que retarde o declínio da capacidade funcional, e que, paralelamente, capacitem os idosos no sentido de terem mais controle sobre a sua própria qualidade de vida. Assim sendo, é importante que as intervenções fomentem a autonomia dos utentes ao invés de promoverem uma atitude passiva face ao seu estado de limitação funcional. A partir da análise dos resultados do presente estudo, salienta-se a utilidade de intervenções que foquem a importância das competências sociais, e que realcem a igual importância de desenvolver e manter laços interpessoais, tanto no sentido de prevenir um declínio na saúde física e mental, como na recuperação de um estado depressivo.

Bibliografia

Alberdi, I. (1999) *La nueva familia española*. Madrid: Tecnos

American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of mental disorder, Fourth Edition, text revision*. Lisboa: Climepsi.

American Psychiatric Association. (2006). *Diagnostic and Statistical Manual of mental disorder. Fourth Edition, Text Revision*. Lisboa: Climepsi.

Anaut, M. (2005). *A resiliência: ultrapassar os traumatismos*. Lisboa: Climepsi Editores.

Arantes, P. (2003). Perspectiva Holística do Idoso: Uma Visão Necessária. *Revista Sinais Vitais*. Nº 48. Coimbra, pp. 62-66.

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

Barroso, V. L. (2008). *Orfãos geriatras: Sentimentos de solidão e depressividade face ao envelhecimento: estudo comparativo entre idosos institucionalizados e não institucionalizados*. Acedido a 15/02/2012 em: <http://www.psicologia.com.pt/artigos/textos/TL0091.pdf>.

Bento, a., Carreira, M. & Heitor, M. (2001). Censo Psiquiátrico de 2001: Síntese dos Resultados Preliminares. Lisboa: Direcção Geral de Saúde. Acedido a: 17/02/2012 em: www.min-saude.pt.

Burns, D. (1999). *The feeling good handbook*. New York: Penguin.

Cairney J., Faught B. & Hay J. (2005) Physical activity and psychological distress in older adults. *Journal of Physic Activity Health*.2(1). Pp 98–114.

Cairney, J., Faulkner, G., Veldhuizen, S. & Wade, T. (2009). Changes over time in physical activity and psychological distress among older adults. *La Revue canadienne de psychiatrie*, 54 (3), pp. 160-169.

Chao, S. (2011). Assessing social support and depressive symptoms in older Chinese adults: a longitudinal perspective. *Aging & Mental Health*, 15 (6), pp.765-774.

Costa, J. (2009), Contexto Familiar e Envelhecimento. *Animação Sociocultural para a Terceira Idade. 1ª Edição, Chaves: Intervenção.*

Crews, D. E. (2007). Senescence, aging and disease. *Journal of Physiological Anthropology*. 26, pp. 365-372.

Degenhardt L, Lynskey M, Hall, W. (2001) The relationship between cannabis use, depression and anxiety among Australian adults: findings from the national survey of mental health and well-being. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 36:219–227

Del-Duca, G., Silva, M. & Hallal, P. (2009). Incapacidade funcional para actividades básicas e instrumentais de vida diária em idosos. *Revista de Saúde Pública*. 43 (5), pp 796-805.

Edwards, P. (2001). *Health and ageing*. Geneva, WHO.

Ey, H., BBernard, P. & Brisset, C. (1998). Tratado de Psiquiatria. (8ª ed.). Barcelona: Masson.

Fagerstrom, C., Holst, G., & Hallberg, I. (2007). Feeling hindered by health problems and functional capacity at 60 years and above. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 44, pp. 181–201.

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

Fernandes, P. (2002). *A depressão no idoso* (2ª Ed.). Coimbra: Quarteto.

Fernandes, E., Ribeiro, A. & Constantino, M. (S.D.) Acedido a 23/01/2012 em: http://max.uma.pt/~EdSenior/index_ficheiros/Page1206.htm.

Figueiredo, D. (2007). Cuidados familiares ao idoso dependente. *Cadernos Climepsi da Saúde*. 4, Lisboa: Climepsi Editores.

Field, A. (2009). *Discovering statistics using SPSS*. (3th editon). Los Angeles: Sage Publications.

Gonçalves, C. & Carrilho M. J. (2007). Envelhecimento crescente mas espacialmente desigual. *Revista de estudos demográficos - INE*, 40, pp. 21-37.

Gouveia, B. (2008). *Fundamentação ética da humanização dos cuidados ao utente idoso em ambulatório*. Tese de mestrado em Filosofia. Faculdade de Filosofia. Universidade Católica Portuguesa: Braga.

Greenglass, E., Schwarzer, R., Jakubiec, S. D., Fiksenbaum, L., & Taubert, S. (1999). The Proactive Coping Inventory (PCI): A multidimensional research instrument. Paper presented at the 20th *International Conference of the STAR* (Stress and Anxiety Research Society). Poland: Cracow

Greenglass, E., Fiksenbaum, L. & Eaton, J. (2006). The relationship between coping, social support, functional disability and depression in the elderly. *Anxiety, Stress and Coping*. 19 (1), pp.15-31.

Imaginário, C. (2004). *O idoso dependente em contexto familiar*”. Coimbra: Formasau.

Instituto Nacional de Estatística. (1999). Gerações mais idosas. *Série de Estudos*. Nº 83. Lisboa: INE.

Instituto Nacional de Estatística (2006). A situação demográfica recente em Portugal. *Revista de Estudos Demográficos*. (38). Lisboa: INE, pp. 147 175.

Instituto Nacional de estatística. (2009). *Indicadores Sociais*, Lisboa: INE

Katt, J., Speranza, L., Shore, W., Saenz, K. & Witta, E. (2009). Doing well: A SEM analysis of the relationships between various activities of daily living and geriatric well-being. *The journal of Genetic Psychology*, 170 (3), pp.213-226.

Koizumi, Y., Awata, S., Kuriyama, S., Ohmori, K., Hozawa, A., Seki, T., Matsuoka, H. & Tsuji, I. (2005). Association between social support and depression status in the elderly: results of a 1-year community-based prospective cohort study in Japan. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. 59, pp.563-569.

Lavie, P. (1998). *O Mundo Encantado do Sono*. Lisboa: Climepsi Editores.

Leach, L., Christensen, H., Mackinnon, A., Windsor, T. & Butterworth, P. (2008). Gender differences in depression and anxiety across the adult lifespan: the role of psychosocial mediators. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 43, pp.983-998.

Lima, M., Silva, R. & Ramos, L. (2009). Fatores associados à sintomatologia depressiva numa coorte urbana de idosos. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 58 (1), 1-7.

Longino, C. (2004). Are there any concerns about gender inclusion men. *Journals of Gerontology Series A: Biological and Medical Sciences*. 59, pp.304

Maciel, A. & Guerra, R. (2006). Prevalência e fatores associados à sintomatologia depressiva em idosos residentes no Nordeste do Brasil. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 55(1), 26-33.

Maia, A. (2001). *Narrativas Protótipo e Organização do Conhecimento na Depressão*. Braga: Centro de Estudos em Educação de Psicologia.

Menezes, A. & Santos, I. (1999). *Interações pais-filhos e depressão infantil: uma abordagem comportamental*. Dissertação não publicada. Curitiba: Universidade Federal do Panamá (UFPR).

Monroe, S. & Reid, M. (2009). Life stress and Major Depression. *Current Directions in Psychology Science*. 18 (2), pp.68-72.

Nazareth, J. M. (2007). A demografia do envelhecimento em Portugal: algumas reflexões práticas. In Brito, J. H. S. (de) (Coord.), *O fim da vida* (pp. 27-33). Braga: Publicações da Faculdade de Filosofia UCP.

Netto, M. & Ponte, J.(2002). Envelhecimento: Desafio na Transição do Século. *Gerontologia: A velhice e o envelhecimento em Visão Globalizada*. 3 (25). São Paulo : Editora Atheneu.

Nierenberg, A., Sussman, N. & Trivedi, M. (2003). *Managing Relapse in Depression*. London: Science Press, Ltd.

Nybo, H., Gaist, D., Jeune, B., McGue, M., Vaupel, J.,& Christensen, K. (2001). Functional status and self-rated health in 2,262 nonagenarians: The Danish 1905 Cohort Survey. *The American Geriatrics Society*. 49, pp. 601–609.

Organização Mundial de Saúde. (2002). *Active ageing, a policy framework*. Madrid: WHO.

Organização Mundial de Saúde. (2001). *Men, ageing and health*. Geneva: WHO.

Parker, G. & Brotchie, H. (2010). Gender differences in depression. *International review of psychiatry*. 22 (5), pp. 429-436.

Patrick, J., Johnson, J., Turner, R. & Brown. (2004). The effects of depressed affect on functional disability among rural older adults. *Quality of Live Research*. 13, pp. 959-967.

Phaneuf, M. (1993).. El processo de atencion de enfermerie. *Cuidados de enfermerie*. Madrid: McGraw-Hill.

Porto, J. (2000). Conceito de Depressão e os seus limites. *Depressão no ciclo de vida*. Porto Alegre: Artmed editora.

Rhodes, A., Goering, P., TO, T. & WILLIAMS, J. (2002). Gender and outpatient mental health servisse use. *Social Science and Medicine*. 54, pp.1–10.

Rosa, C. & Martín, J. (2007). A etiologia da depressão nas pessoas de idade avançada. A psicogeriatría nos cuidados primários. Revisfarma: Edições Médicas Lda. pp.17-19.

Rousseau, G. (2000). Depression's forgotten genealogy: notes towards a history of depression. *History of Psychiatric*. 11, pp.71-106.

Schotte, C., Bossche, B., Doncker, D., Claes, S. & Cosyns, P. (2006). A biopsychossocial model as a guide for psychoeducation and treatment of depression. *Depression and Anxiety*. 23, pp.312-324.

Sequeira, C. (2007). *Cuidar de idosos dependentes: diagnósticos e intervenções*. Coimbra: Quarteto.

Sousa, F. (2008). *Depressão e actividades de vida diária no idoso*. Tese de Mestrado em Gerontologia e Geriatria. Secção Autónoma de Ciências da Saúde. Universidade do Porto: Porto

Sousa, L., Figueiredo, D.& Cerqueira, M. (2004). *Envelhecer em Família: os cuidados familiares na velhice*. 1 . Porto: Ambar.

Sousa, L., Figueiredo, D. & Cerqueira, M. (2006). *Envelhecer em família: os cuidados familiares na velhice* (2ªEd.). Lisboa: Ambar.

Sousa, L., Galante, H. & Figueiredo, D.(2003). Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. *Revista de Saúde Pública*. 37 (3), pp.364-371.

Takkinen, S., Gold, C., Pedersen, N., Malmberg, B., Nilsson, S. & Rovine, M. (2004). Gender differences in depression: a study of older unlike-sex twins. *Aging & Mental Health*, 8 (3), pp.187-195.

Vaz Serra, A. (2006) .Que significa envelhecer?. *Psicogeriatría*, Editora Psiquiatria Clínica. pp.21-33.

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

Wattis, J., & Curran, S. (2008). *Guia Prático Climepsi da Terceira Idade*. Lisboa: Climepsi.

Weinberger, M. & Whitbourne, S. (2010). Depressive symptoms, self-reported physical functioning, and identity in community-dwelling older adults. *Ageing int*, 35, pp. 276-285.

Whitbourne, S. K. (1986). *The me I know: A study of adult identity*. New York: Springer-Verlag.

World Health Organization [WHO/OMS] (2003). *Investing in Mental Health*. Geneva: Department of Mental Health and Substance Dependence, Noncommunicable and Mental Health, WHO.

World Health Organization [WHO/OMS] (2007). Depression. Acedido a 23/01/2012 em: www.who.int/mental_health/management/depression/en.

Zunzunegui, M., Minicuci, N., Blumstein, T., Noale, M., Deeg, D., Jylhä, M. & Pedersen, N. (2007). Gender differences in depressive symptoms among older adults: a cross-national comparison. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 42, pp.198-207.

ANEXOS

ANEXO 1

Consentimento Informado

Consentimento Informado

Gostaria de solicitar a sua autorização para a participação num estudo sobre o impacto da dependência funcional na depressão geriátrica. Esta investigação decorre no âmbito do Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde da Universidade Católica Portuguesa em Braga.

Para tal, ser-lhe-á pedido que responda a um questionário sociodemográfico que permitirá fazer uma caracterização pessoal. Posteriormente, ser-lhe-á solicitado que responda a umas questões com o intuito de avaliar a dependência funcional e a possível presença de sintomas depressivos. Este estudo é realizado com fins estritamente académicos e científicos, sendo absolutamente garantido o ANONIMATO e CONFIDENCIALIDADE dos dados..

Reconhecidamente, agradeço a sua disponibilidade e preciosa colaboração.

ANEXO 2

Questionário sócio-demográfico

Questionário Sociodemográfico

Data: ____ / ____ / ____

Género:

Masculino

Feminino

Idade: _____

Estado Civil

Solteiro(a)

Casado(a)

Divorciado(a), Separado(a)

Viúvo(a)

Grau de Instrução/Escolaridade

Analfabeto

4ª Classe

Ciclo preparatório

Secundário

Ensino Superior

Última profissão exercida: _____

Rede de apoio:

Composição do agregado familiar:

| Nome/Parentesco | Idade | Profissão |
|-----------------|-------|-----------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Sente que está apoiado?

sim Por quem _____

não

ANEXO 3

Índice de Barthel

(Wade & Collin, 1988, adaptado à população portuguesa por Araújo, Pais Ribeiro, Oliveira, & Pinto, 2007)

Índice de Barthel

Higiene pessoal

0 = Necessita de ajuda com o cuidado pessoal

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

Evacuar

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

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

10 = Contigente (não apresenta episódios de incontinência)

Urinar

0 = Incontinente ou algaliado

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

10 = Contigente (por mais de 7 dias)

Ir à casa de banho (uso de sanitário)

0 = Dependente

5 = Necessita de ajuda mas consegue fazer algumas coisas sozinho

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

Alimentar-se

0 = Incapaz

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

10 = Independente (a comida é providenciada)

Transferências (cadeira /cama)

0 = Incapaz - não tem equilíbrio ao sentar-se

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

10 = Pequena ajuda (verbal ou física)

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

Mobilidade (deambulação)

0 = Imobilizado

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

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

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

Vestir-se

0 = Dependente

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

10 = Independente (incluindo botões, fechos e atacadores)

Escadas

0 = Incapaz

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

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

Banho

0 = Dependente

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

Total (0 - 100) _____

ANEXO 4

Índice de Lawton e Brody

(de Lawton & Brody, 1969; adaptado à população portuguesa por Azeredo & Matos, 2003)

Índice de Lawton-Brody

Versão apresentada por Azeredo & Matos (2003)

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

ANEXO 5

Escala de Depressão Geriátrica

(Yesavage et al., 1983; Versão portuguesa adaptado por Veríssimo, 1988)

ESCALA GERIÁTRICA DE DEPRESSÃO

(Yesavage, 1983)

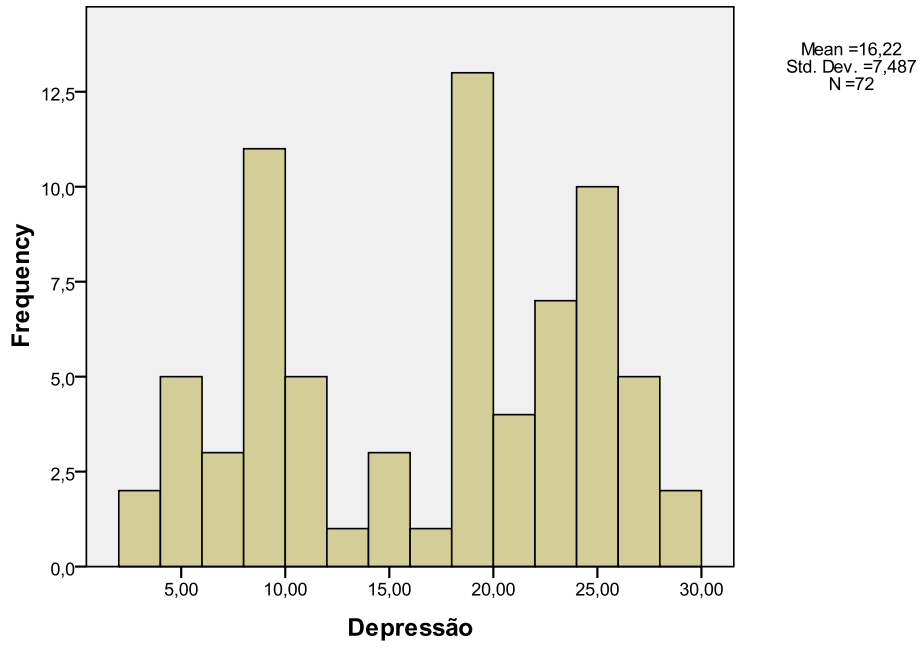
DATA DA AVALIAÇÃO: _____ AVALIADOR:

- | | | |
|---|----------------|----------------|
| 1. Você está satisfeito com sua vida? | () Sim | () Não |
| 2. Abandonou muitos de seus interesses e atividades? | () Sim | () Não |
| 3. Sente que sua vida está vazia? | () Sim | () Não |
| 4. Sente-se freqüentemente aborrecido? | () Sim | () Não |
| 5. Você tem muita fé no futuro? | () Sim | () Não |
| 6. Tem pensamentos negativos? | () Sim | () Não |
| 7. Na maioria do tempo está de bom humor? | () Sim | () Não |
| 8. Tem medo de que algo de mal vá lhe acontecer? | () Sim | () Não |
| 9. Sente-se feliz na maioria do tempo? | () Sim | () Não |
| 10. Sente-se freqüentemente desamparado, adoentado? | () Sim | () Não |
| 11. Sente-se freqüentemente intranquilo? | () Sim | () Não |
| 12. Prefere ficar em casa em vez de sair? | () Sim | () Não |
| 13. Preocupa-se muito com o futuro? | () Sim | () Não |
| 14. Acha que tem mais probl de memória que os outros? | () Sim | () Não |
| 15. Acha bom estar vivo? | () Sim | () Não |
| 16. Fica freqüentemente triste? | () Sim | () Não |
| 17. Sente-se inútil? | () Sim | () Não |
| 18. Preocupa-se muito com o passado? | () Sim | () Não |
| 19. Acha a vida muito interessante? | () Sim | () Não |
| 20. Para você é difícil começar novos projetos? | () Sim | () Não |
| 21. Sente-se cheio de energia? | () Sim | () Não |
| 22. Sente-se sem esperança? | () Sim | () Não |
| 23. Acha que os outros têm mais sorte que você? | () Sim | () Não |
| 24. Preocupa-se com coisas sem importância? | () Sim | () Não |
| 25. Sente freqüentemente vontade de chorar? | () Sim | () Não |
| 26. É difícil para você concentrar-se? | () Sim | () Não |
| 27. Sente-se bem ao despertar? | () Sim | () Não |
| 28. Prefere evitar as reuniões sociais? | () Sim | () Não |
| 29. É fácil para você tomar decisões? | () Sim | () Não |
| 30. O seu raciocínio está tão claro quanto antigamente? | () Sim | () Não |

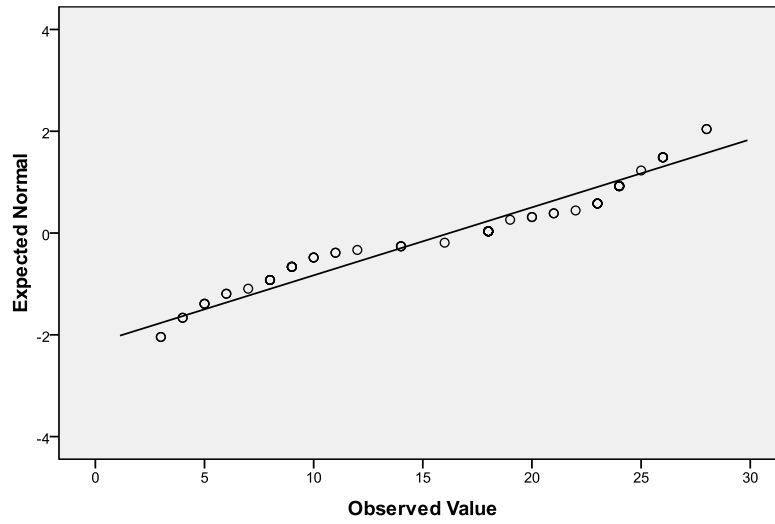
ANEXO 6

Gráficos do Estudo da normalidade
da variável Depressão

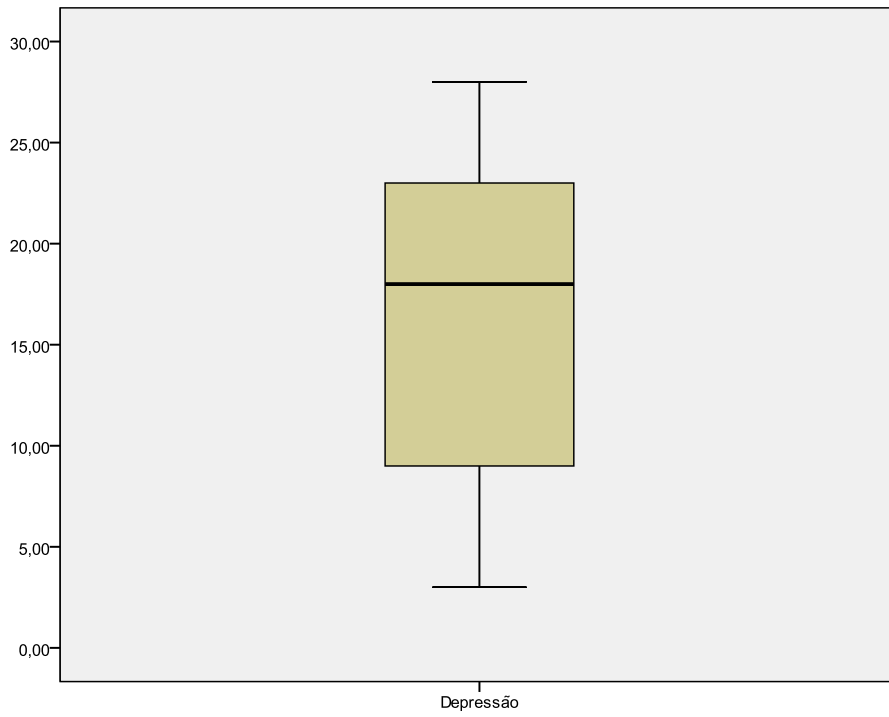
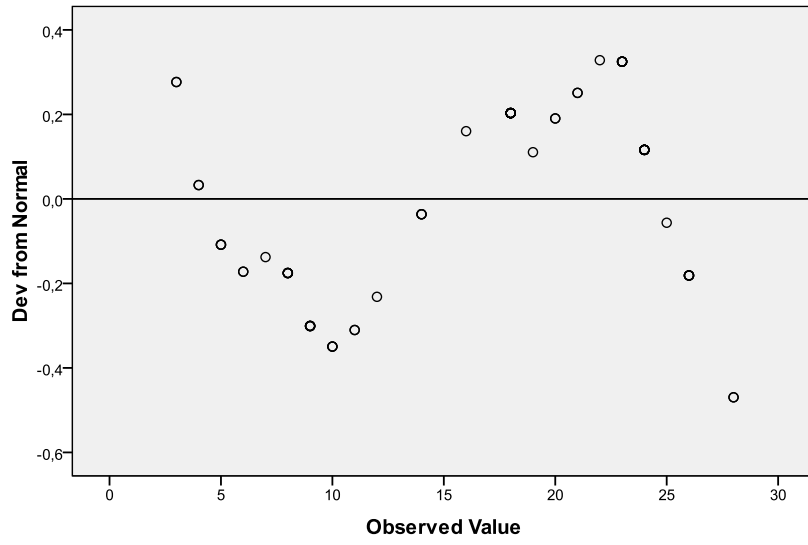
Histogram



Normal Q-Q Plot of Depressão



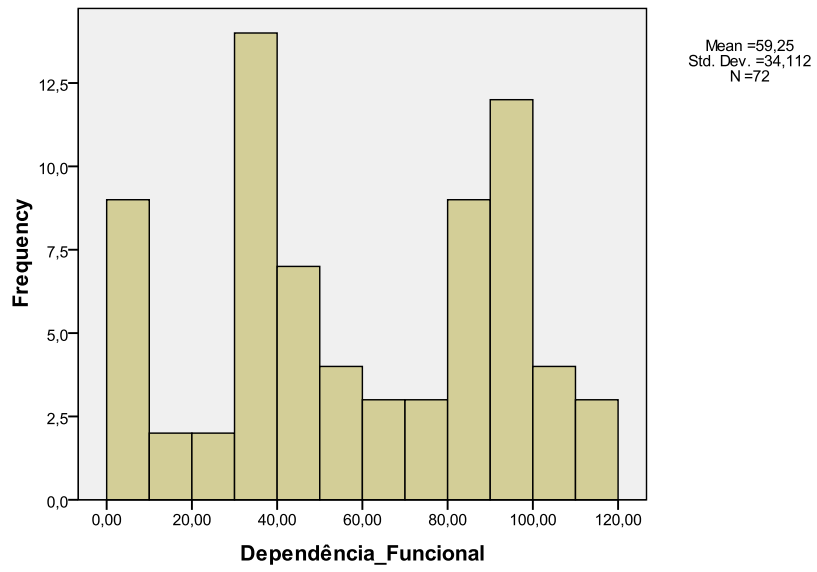
Detrended Normal Q-Q Plot of Depressão



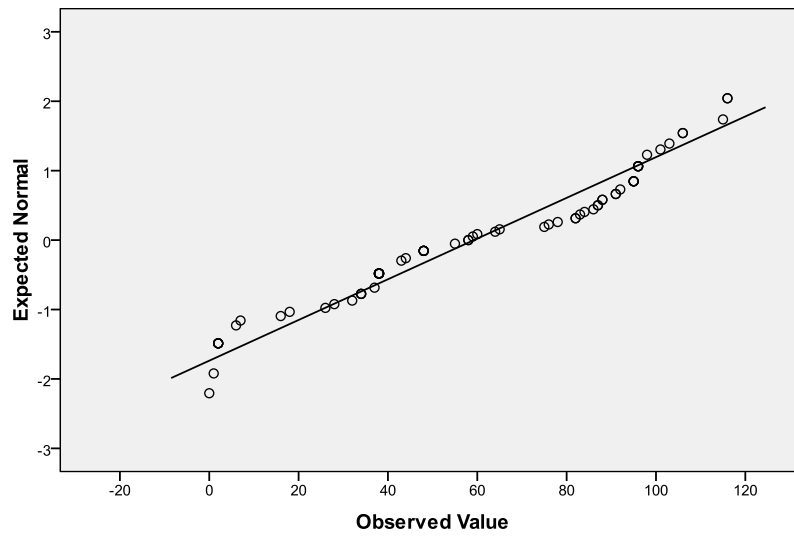
ANEXO 7

Gráficos do Estudo da Normalidade
da variável Capacidade Funcional

Histogram



Normal Q-Q Plot of Dependência_Funcional



Detrended Normal Q-Q Plot of Dependência_Funcional

