



CATÓLICA PORTO
EDUCAÇÃO E PSICOLOGIA

AVALIAÇÃO PSICOGERIÁTRICA NA QUARTA IDADE

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

- Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde -

Liliana Leal de Castro

Trabalho efetuado sob orientação de
Professor Doutor António Manuel Godinho da Fonseca

Porto, Julho de 2012

AGRADECIMENTOS

Ao Professor António Fonseca, orientador da tese, os ensinamentos, o rigor e a disponibilidade.

À Professora Carla Martins, a disponibilidade e ajuda no tratamento dos dados estatísticos.

À direção do Centro Paroquial de Reboreda pela autorização de recolha de dados concedida.

À diretora do Centro Paroquial de Reboreda, Cátia, por todo o apoio e incentivo à concretização deste estudo.

Aos idosos que aceitaram participar neste estudo, sem eles o mesmo não seria possível.

Aos meus pais e aos meus sogros, pelo incentivo. Em especial à minha mãe, pois sem o seu esforço redobrado para assegurar o bem-estar dos meninos, não poderia ter frequentado as aulas nem poderia ter passado as tardes de Domingo a elaborar a tese.

Ao meu filho mais velho, Afonso, pelo incentivo.

Aos meus filhos, Afonso e César, à minha filha de acolhimento, Miriam, peço desculpa pelas tardes de Domingo retiradas.

Ao meu marido, que me acompanhou enquanto “colega” do Mestrado, agradeço o apoio e a partilha constante dos momentos de trabalho. Devo ainda salientar que foi bom vê-lo renascer.

RESUMO

A procura de explicações para o processo de envelhecimento surgiu com o aumento do envelhecimento demográfico e o aumento da longevidade, o que por sua vez deu origem ao estabelecimento de duas categorias de velhice: os “jovens - idosos”, dos 55 aos 75 anos, e os “idosos – idosos”, com mais de 75 anos. O facto de se viver mais e de se atingir a quarta idade pode trazer consequências negativas.

O presente estudo, avaliando um grupo de idosos com mais de setenta e cinco anos, em dois momentos de avaliação, com um interregno de cinco meses, pretendeu analisar se na quarta idade, num curto espaço de tempo, há perdas nas capacidades e competências, diminuindo a funcionalidade dos idosos.

O estudo desenvolveu-se com um grupo de idosos do Centro Paroquial de Reboreda, das valências Lar e Centro de Dia. Inicialmente o grupo era constituído por doze elementos funcionais (aquando do primeiro momento de avaliação), acabando no segundo momento de avaliação em dez elementos, devido ao falecimento de dois idosos. Para a avaliação dos idosos foram utilizadas as *Escala de Avaliação Psicogeriátrica (EAP)* de Fonseca, et al. (2008).

A análise dos dados recolhidos permitiu verificar que a maioria dos elementos do grupo revelou um desempenho mais fraco a nível cognitivo no segundo momento de avaliação, comprovando assim que, em cinco meses, se verificou um declínio na função cognitiva e conseqüentemente na funcionalidade. A própria morte de dois dos elementos do grupo, ocorrida entre os dois momentos de avaliação, pode também indicar uma maior vulnerabilidade na quarta idade.

O presente estudo permitiu também reforçar a ideia de que os estudos longitudinais são importantes para perceber e explicar o processo de envelhecimento.

PALAVRAS-CHAVE: Envelhecimento, Quarta idade, Avaliação Psicogeriátrica, EAP, Declínio

ABSTRACT

The search for explanations of the ageing process appeared with the demographical growth and the longevity increase, which led to the distinction of two categories of ageing: the “young elderly”, from 55 to 75 years and the “old elderly”, with over 75 years. The fact of living longer and reach the fourth age may have negative consequences.

This study, evaluating a group of elderly whit more than seventy five years, in two evaluation moments, separated by a five month distance, wanted to analyze if, in the fourth age, in a short interval of time, there are losses in capacities and abilities, decreasing the elderly functionality.

The study was developed with a group of elderly from Centro Paroquial de Reboreda, from the Day Care Center and the Nursing Home valences. Initially, the group was composed by twelve functional elements (by the first moment of evaluation), finishing in the second moment with ten elements, due to the death from two elderly. To evaluate the elderly we’ve used the Escalas de Avaliação Psicogeriátrica (EAP) from Fonseca et al. (2008).

The analysis from the data allowed to verify that most of the elements from the group have revealed a poorer performance, at the cognitive level, in the second moment of evaluation, evidencing that, in five months, there was a decline in the cognitive function and, therefore, in the functionality. Even the death from two of the elements of the group, between the two moments of evaluation, may also indicate an increased vulnerability in the fourth age.

The present paper allowed also the reinforcement of the idea that longitudinal studies are important to understand and explain the ageing process.

KEYWORDS: Ageing, Fourth Age, Psychogeriatric Evaluation, EAP, Decline

ÍNDICE

Índice de tabelas	6
Introdução	7

PRIMEIRA PARTE ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. Envelhecimento	10
1.1. Enquadramento geral.....	10
1.2. Envelhecimento e saúde.....	12
1.3. Envelhecimento e depressão.....	14
1.4. Envelhecimento e cognição.....	16
1.5. A funcionalidade na terceira e quarta idade.....	20
1.6. Avaliação psicogeriátrica da funcionalidade.....	22

SEGUNDA PARTE ESTUDO EMPÍRICO

2. Metodologia	26
2.1. Objetivo do estudo.....	26
2.2. Questão de investigação.....	26
2.3. Hipótese.....	26
2.4. Amostra.....	26
2.5. Instrumentos.....	27
2.6. Procedimentos de recolha de dados.....	29
2.7 Tratamento de dados.....	29
3. Resultados	30
3.1. Resultados nas Escalas de Avaliação Psicogeriátrica.....	30
3.2. Resultados do teste Wilcoxon para amostras emparelhadas	31
4. Discussão dos resultados	33
5. Conclusão	37
6. Bibliografia	39
7. Anexos	42

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Caraterização da amostra em estudo.....	27
Tabela 2 – Escala de acidente vascular.....	30
Tabela 3 – Escala de depressão.....	30
Tabela 4 – Escala de compromisso cognitivo.....	31
Tabela 5 – Total das EAP.....	31
Tabela 6 - Comparação dos resultados do 2 ^o momento de avaliação com o 1 ^o momento.....	32
Tabela 7 – Valores padronizados (z) e significância das diferenças entre o 1 ^o momento de avaliação e o 2 ^o momento.....	32
Tabela 8 – Média dos resultados das Escalas nos três estudos	33

SIGLAS E ABREVIATURAS

INE – Instituto Nacional de Estatística

OMS – Organização Mundial de Saúde

EAP – Escalas de Avaliação Psicogeriátrica

EAVC – Escala de Acidente Vascular Cerebral

ED – Escala de Depressão

ECC – Escala de Compromisso Cognitivo

AVD's – Atividades da vida diária

AAVD's – Atividades avançadas da vida diária

INTRODUÇÃO

Esta dissertação surge no âmbito do Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde da Faculdade de Educação e Psicologia da Universidade Católica, tendo a escolha da área do estudo sido influenciada pela experiência profissional da autora desenvolvida numa instituição que tem como valências Lar de Idosos, Apoio Domiciliário e Centro de Dia. O objectivo é perceber se nos idosos com mais de 75 anos as capacidades se deterioram significativamente num curto período de tempo. Para tal, um grupo de idosos será avaliado em dois momentos com um espaço temporal de cinco meses entre eles. Como instrumento de avaliação serão usadas as *Escala de Avaliação Psicogeriátrica (EAP)* – versão portuguesa de Fonseca, Paúl, Teles, Martins, Nunes, e Caldas (2008), do instrumento *The Psychogeriatric Assessment Scales (PAS)*, da autoria de Anthony Jorm e Andrew Mackinnon (1995).

Em Portugal, a população com mais de 65 anos entre 2001 e 2011 passou de 16,4% para 19,1%. Ocorre o fenómeno de duplo envelhecimento da população: aumenta a população idosa e diminuiu a população jovem. Em 2001, a população dos 0 aos 14 anos era de 16%, enquanto que em 2011 passou para 14,9% (INE, 2011a). O índice de envelhecimento é de 129, o que significa que existem 129 cidadãos com mais de 65 anos por cada 100 cidadãos com menos de 15 anos.

Verifica-se ainda uma maior preponderância do sexo feminino à medida que a idade vai avançando, visto que do total da população masculina 16,8% têm mais do que 65 anos, enquanto que do total da população feminina 21,3% têm mais do que 65 anos.

Segundo dados do INE (2011b), a esperança de vida à nascença em Portugal continua a aumentar, sendo em 2010 de 79,20 anos, contra 78,88 anos em 2009 e 77,69 em 2004.

O aumento do envelhecimento demográfico e o aumento da longevidade conduziram à necessidade de reunir informação acerca dos processos de envelhecimento. O aumento significativo da esperança de vida e o correspondente envelhecimento da população ocorridos após a II Guerra Mundial tornaram pertinente a obtenção de mais conhecimentos acerca dos idosos (Birren & Schroots, 2001, cit. *in* Fonseca, 2006) e do processo de envelhecimento.

A Psicologia do Envelhecimento refere que à medida que se envelhece a velocidade com que se desempenham as operações mentais diminui, a capacidade de memória de trabalho declina, a memória a longo prazo é menos eficaz e é mais difícil ignorar informação irrelevante (Fonseca, *et al.*, 2008). Por outro lado, as alterações do sistema endócrino, neurológico e fisiológico, próprias da idade, contribuem para um declínio progressivo do humor. Com o aumento da longevidade existe um acumular de efeitos indesejáveis do

envelhecimento, com efeitos a nível das capacidades funcionais e na autonomia em tarefas que são necessárias ao indivíduo, como tarefas de autocuidado (Actividades da Vida Diária), de adaptação ao meio em que vive (Actividades Instrumentais de Vida Diária) e de participação em actividades sociais (Actividades Avançadas de Vida Diária) (WHO, 1998, *in* Oliveira, 2011).

Esta dissertação encontra-se organizada em duas partes: numa primeira parte está exposto o enquadramento teórico sobre as temáticas em estudo; na segunda parte é apresentado o estudo empírico.

PRIMEIRA PARTE
ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. ENVELHECIMENTO

1.1. Enquadramento geral

O fenómeno de natureza demográfica, conseqüente do facto das pessoas viverem mais tempo, foi acompanhado por um interesse crescente das ciências sociais e humanas em conhecer melhor os processos de envelhecimento, fazendo com que os investigadores se ocupassem dos estudos relativos aos referidos processos com um duplo objectivo: a) obter um melhor conhecimento; b) descobrir possibilidades de intervenção (Fonseca, 2006).

Birren foi um dos primeiros investigadores a estudar as mudanças comportamentais relacionadas com a idade (Fonseca, 2006). Nos anos 60, basicamente, defendia que ao avanço da idade correspondia um progressivo abrandamento da actividade do sistema nervoso. Nos anos 80 do séc. XX Baltes propõe um modelo psicológico de envelhecimento baseado na articulação entre mecanismos de seleção, otimização e compensação (Fonseca, 2006). Baltes e colaboradores, ao contrário de Birren, consideravam possível ultrapassar ou pelo menos reduzir o abrandamento da ação humana recorrendo a estratégias adaptativas que facilitariam um envelhecimento bem sucedido.

Birren & Schroots (1996, cit. *in* Fonseca, 2006) consideram que a idade cronológica é usada como principal índice de informação acerca de uma pessoa e do seu desenvolvimento, mas ressalvam que a idade só por si não explica muito. A noção de idade funcional, que foi introduzida por Fernández-Ballesteros (2000), parte do princípio que o envelhecimento psicológico resulta de um equilíbrio entre estabilidade e mudança e entre crescimento e declínio, havendo funções que diminuem de eficácia (as de natureza física, a percepção e a memória), outras que estabilizam (variáveis da personalidade) e outras que, na ausência de doença, experimentam um crescimento ao longo de todo o ciclo de vida (ligadas ao uso da experiência e de conhecimentos prévios). A idade funcional constitui-se, então, como um conjunto de indicadores (capacidade funcional, tempo de reacção, satisfação com a vida, amplitude das redes sociais) que, segundo Fernández-Ballesteros (2000), permitem compreender como se podem criar condições para um envelhecimento satisfatório.

Segundo Fonseca (2006), o conceito de idade funcional é o que mais facilita a visão do envelhecimento como algo que é essencialmente do foro desenvolvimental, porque permite olhar para o envelhecimento como algo possível de otimizar através de intervenções deliberadas e sistemáticas, e por outro lado, porque permite contrariar a tendência para desvalorizar o idoso.

O ideal será olhar para o idoso “como uma pessoa, com direitos e obrigações, com alegrias e angústias, com desejos e frustrações, enfim, exactamente como uma criança, um

jovem ou um adulto, ou seja, como um ser humano que vive a sua condição existencial à semelhança de qualquer outro” (Fonseca, 2006: 33).

Segundo Fonseca (2006), o facto de não existirem quadros conceptuais sólidos relativos ao fenómeno do envelhecimento não permite delimitar o início do processo de envelhecimento, assim como a existência de diferenças no mesmo quanto ao género.

Os primeiros manuais sobre os idosos e sobre o processo de envelhecimento surgiram na década de 1980, tendo ficado claro que uma visão multidisciplinar do fenómeno era fundamental (Fonseca, 2006).

No estudo do envelhecimento tem prevalecido a biologia em detrimento de outras ciências sociais, tais como a psicologia (Birren, 1995, cit. *in* Fonseca, 2006), mas o funcionamento humano não pode ser explicado pela sua redução à dimensão biológica. Evidências empíricas têm demonstrado a importância dos aspectos psicológicos na qualidade de vida e na longevidade (Lehr, 1993, cit. *in* Fonseca, 2006).

Para Schroots & Birren (1980, cit. *in* Fonseca, 2006), o processo de envelhecimento tem três componentes: componente biológica, componente social e componente psicológica. Nos últimos 20 anos, vários autores têm contribuído para afirmar que o envelhecimento não é só uma questão biológica mas também uma questão social.

O desenvolvimento do trabalho assalariado retirou de forma progressiva à família a sua anterior função educativa e de segurança social, passando esta a ser cada vez mais da responsabilidade do Estado (Fonseca, 2006). Consequentemente, a vida dos idosos alterou-se. A velhice passou a ser encarada como uma espécie de doença. O envelhecimento passou a ser visto como um processo básico, um fenómeno biológico inevitável ao qual a sociedade responde com atos médicos e ações protecionistas, aumentando assim a institucionalização.

Conforme já foi referido, o fator que fez emergir a visão psicológica sobre o envelhecimento foi o facto de vários autores considerarem que a idade cronológica não era um critério ideal para se estudar o envelhecimento, visto que o número de anos que uma pessoa vive não nos dá informações nem quanto à sua qualidade de vida, nem quanto à sua experiência psicológica e social, nem sequer quanto à sua saúde (Birren & Schroots, 1996, 2001; Rabin, 2000; Shock, 1985, cit. *in* Fonseca, 2006).

Mesmo sob o ponto de vista biológico, o envelhecimento deve ser visto sempre relativamente às mudanças fisiológicas que ocorrem no corpo em diferentes indivíduos, sendo possível existirem diferentes idades fisiológicas em indivíduos com a mesma idade cronológica (Rabin, 2000, cit. *in* Fonseca, 2006). Concordamos então, quer com Hayslip & Panek (1989, cit. *in* Fonseca, 2006), que defendem que o conceito de envelhecimento é melhor compreendido como um processo contínuo, não facilmente segmentado em estádios particulares e mutuamente exclusivos, quer com Schroots & Yates (1999, cit. *in* Fonseca,

2006), que defendem uma ligação íntima e dinâmica entre envelhecimento e desenvolvimento.

As perspectivas inspiradas na psicologia do ciclo de vida têm demonstrado que os processos psicológicos de mudança não ocorrem de forma paralela às mudanças biológicas que se produzem ao longo da vida.

A ocorrência de um envelhecimento normal ou patológico transparece o comportamento dos indivíduos ao longo da sua vida, isto é, a forma como envelhecemos tem a ver com a forma como nos desenvolvemos (Birren & Cunningham, 1985, cit. *in* Fonseca, 2006).

O desenvolvimento e o envelhecimento são dois processos paralelos mas relacionados entre si, ou seja, duas faces de uma mesma trajectória de vida (Birren & Schroots, 1996, cit. *in* Fonseca, 2006).

Muito importante para esta visão foi a introdução do conceito de desenvolvimento como um balanço entre ganhos e perdas (Baltes, 1987, *in* Fonseca 2006).

Birren & Schroots reconhecem que nem as concepções de Baltes, nem as suas próprias ideias, explicam na totalidade os fenómenos implicados no desenvolvimento e no envelhecimento (Fonseca, 2006). É fundamental, então procurar compreender a natureza do envelhecimento para depois o poder explicar.

Schroots & Yates (1999, cit. *in* Fonseca, 2006), apelando a noções de tipo ecológico, conceptualizam o desenvolvimento e o envelhecimento como processos relacionados entre si na sequência de mudanças ontogénicas ocorridas em contextos ecológicos variáveis. Para esses autores, cada trajectória de vida configura uma forma única, diferente de todas as outras trajectórias de vida em termos de organização biológica e comportamental, reflectindo-se essas diferenças em vários modos de envelhecer (Fonseca, 2006).

1.2. Envelhecimento e saúde

Quando se efectua uma análise sobre as condições psicológicas do envelhecimento, a problemática da saúde (física e mental) nos idosos, real e percebida, é um aspecto fundamental. A referência a problemas de saúde é uma constante e surge claramente no topo das preocupações dos idosos (Fonseca, 2006). O estado de ânimo, a competência e o nível de actividade dos idosos variam quer com o estado real de saúde, quer com a avaliação que os idosos fazem dela. A saúde física exerce um impacto enorme no bem-estar psicológico da população idosa (Whitbourne, 1987, *in* Fonseca, 2006).

No envelhecimento, a importância da variável saúde/doença é tanta que está na origem da distinção “clássica” entre envelhecimento normal ou primário (que não implica a

ocorrência de doença), e envelhecimento patológico ou secundário (aquele em que há doença e em que esta se torna a causa próxima da morte) (Birren & Cunningham, 1985; Lachman & Baltes, 1994, cit. *in* Fonseca, 2006).

Esta diferenciação conduz a diferentes cenários no modo como se encara o envelhecimento com base no factor “saúde”:

- num sentido mais otimista, evidenciando o trabalho que vários investigadores têm desenvolvido e que permitiu desacelerar e prevenir a incidência de doenças crónicas, típicas do envelhecimento patológico, fazendo com que a maioria dos idosos, pelo menos até aos 75 anos, sejam relativamente saudáveis (Lachman & Baltes, 1994, cit. *in* Fonseca, 2006);
- num sentido mais pessimista, verificando que continua a existir uma grande probabilidade das pessoas contraírem doenças graves, cuja incidência aumenta muito na velhice, nomeadamente na quarta idade, diminuindo a qualidade de vida a partir dessa idade de modo irreversível (Baltes & Smith, 2003, cit. *in* Fonseca 2006).

A saúde não é, por si só, condição de felicidade, mas a sua ausência provoca sofrimento (físico e psicológico) e quebra no bem-estar. A doença mobiliza as capacidades de coping dos indivíduos para a recuperação, focaliza toda a sua actividade e recursos nesse problema e pode, secundariamente, diminuir o poder económico, diminuir a autonomia, alterar as actividades diárias e as relações sociais, provocar desconforto generalizado e suscitar medo da morte.

Um dos actuais paradigmas relativos à saúde coloca o comportamento individual na base de uma cadeia causal de responsabilidades pela saúde/doença de cada pessoa (Paúl & Fonseca, 2001).

A dimensão relacional assume igualmente um importante papel na promoção da saúde, nomeadamente, da saúde mental (Fonseca, 2006). A existência de redes de apoio é uma condição essencial para assegurar a autonomia dos idosos, um auto-conceito positivo e uma maior satisfação de vida, indispensáveis para se alcançar um envelhecimento ótimo (Novo, 2003).

Estudos realizados na Alemanha em 2003 por Flick, Fischer, Neuber, Schwartz & Walter, constataram que a ausência de doença, por si só, é manifestamente insuficiente para caracterizar o estado de saúde na velhice, sendo necessário entrar em linha de conta com variáveis como sistemas de coping, integração social, redes de suporte, etc. Para os autores do estudo, a ligação entre saúde e actividade, bem como a capacidade do indivíduo para ajustar a sua vida a determinados limites e restrições, mantendo a autonomia e o controlo, são os traços que melhor definem o conceito de saúde aplicado ao envelhecimento (Fonseca, 2006).

1.3. Envelhecimento e depressão

A depressão é a perturbação psiquiátrica mais frequente no idoso, mas não faz parte do processo natural do envelhecimento. A depressão diminui de forma significativa a qualidade de vida do idoso e pode conduzir à incapacidade, pelo que o diagnóstico e tratamento são de extrema importância para o idoso. Feito o diagnóstico, a depressão é frequentemente reversível, com tratamento precoce e apropriado. Se não for tratada, pode resultar no início da incapacidade física, cognitiva e social, no atraso da recuperação de estados de doença e pós-cirúrgicos, bem como no aumento da utilização de cuidados de saúde e do suicídio (Kurlowics, 1999, cit. *in* Vaz, 2009).

Devido ao envelhecimento das populações, o interesse pela depressão na velhice aumentou de forma significativa. Os sinais e sintomas capitais da depressão referidos pela maioria dos autores incluem: tristeza, diminuição do humor, pessimismo sobre o futuro, sentimentos de culpa e crítica em relação a si mesmo, agitação, lentidão de raciocínio, dificuldade de concentração e alterações do sono e apetite (Vaz, 2009).

Investigadores têm identificado um conjunto de factores de risco sociais, físicos e demográficos para a depressão em fases mais tardias da vida (Osborn *et al.*, 2003, cit. *in* Vaz 2009).

Factores sociodemográficos

a) Género

Tem sido demonstrada uma maior prevalência de sintomas depressivos no género feminino que no género masculino. Os autores Takkinen, Gold, Pedersen, Malmberg, Nilsson & Rovine (2004, cit. *in* Vaz, 2009) referem que a grande diferença entre homens e mulheres se mantém na idade adulta, com uma ligeira diminuição na velhice. Duarte & Rego (2007) consideram que o género feminino se revela como um factor de risco para a depressão na velhice.

b) Idade

Alguns estudos demonstram uma associação entre depressão e idade; segundo dados da Organização Mundial de Saúde (2002), 25% das pessoas com idade superior a sessenta e cinco anos sofrem de alguma perturbação mental, sendo a depressão a perturbação mais frequente até aos setenta e cinco anos.

c) Estado civil

Uma maior percentagem de deprimidos é encontrada nos indivíduos separados ou viúvos (Costa, 2005).

d) Institucionalização

É demonstrada uma correlação entre institucionalização e depressão, pois, esta é mais comum em idosos institucionalizados do que não institucionalizados, sendo as taxas de prevalência três a cinco vezes maiores (Vaz, 2009).

e) Escolaridade

O baixo nível de escolaridade implica que o idoso se encontre menos preparado para as mudanças que ocorrem no seu ambiente e tenha pobres mecanismos de defesa perante determinadas situações, ao que se associa um pobre desenvolvimento social, constituindo assim um fator de risco para a depressão (Vaz, 2009).

f) Nível socioeconómico

A depressão está, de forma significativa, associada a idosos com baixos recursos financeiros (Vaz, 2009). A falta de recursos financeiros dificulta os contactos sociais e impede o acesso a melhores condições de vida e de saúde, contribuindo para o aparecimento de quadros depressivos.

Factores psicossociais

a) Acontecimentos de vida

Acontecimentos que fogem completamente ao que é esperado num dado momento histórico e que não se integram numa espécie de quadro compreensivo da realidade desenvolvimental (por exemplo a morte de um filho adulto), precipitam um maior *stress* psicológico e são susceptíveis de colocar em questão os recursos disponíveis (Davies, 1996, cit. *in* Fonseca, 2005a).

Indivíduos que apresentem um controlo interno estarão mais protegidos face aos efeitos negativos do *stress* induzido por acontecimentos de vida marcantes, desmoralizando menos face a situações inesperadas que ocorram (Paúl e Fonseca, 2001).

b) Isolamento/fraco suporte social

A intimidade pode modificar o efeito dos acontecimentos de vida na depressão por exercer um efeito protector (Evans & Katona, 1993, cit. *in* Vaz, 2009).

Uma adequada rede social é geralmente considerada como um importante fator protetor contra a depressão nos idosos. As interações sociais têm-se demonstrado de extrema importância para a satisfação com a vida durante o envelhecimento (Blazer, 2005, cit. *in* Vaz, 2009).

c) Dificuldades cognitivas

Frequentemente, a depressão no idoso coexiste com uma função cognitiva pobre (Green et al., 2003, cit. *in* Vaz, 2009) e a maioria dos sintomas depressivos não são

tratados de forma adequada por serem confundidos com algum tipo de demência. Por outro lado, a depressão tem um efeito inegável sobre o desempenho da memória, sendo esta uma das principais queixas das pessoas com depressão (Nunes, 2008).

d) História prévia de depressão

Uma história prévia de depressão é referenciada como um factor de risco para a depressão no idoso (Djernes, 2006, cit. *in* Vaz, 2009).

Factores de saúde

A doença física, o número de doenças, doenças crónicas, incapacidades e deficiências, bem como a doença psíquica, demonstraram todas serem factores de risco (Osborn et al., 2003, cit. *in* Vaz 2009).

A doença física assume um papel enquanto causa da depressão. A doença médica pode, por três vias, levar à depressão. Em primeiro lugar, a patologia somática pode estar diretamente na origem da depressão, nomeadamente, o caso de doenças tiroideias, das enfermidades neurodegenerativas e de algumas neoplasias. Por outro lado, pode conduzir à depressão através e por causa do sofrimento físico e da incapacidade funcional que essas doenças provocam, como ocorre com a maior parte das doenças cardíacas e reumáticas. Por último, podem ser os medicamentos usados que estão a contribuir direta ou indiretamente para a depressão (Barreto, 2006, cit. *in* Oliveira, 2011).

1.4. Envelhecimento e cognição

As perdas de capacidades cognitivas são um aspecto importante do envelhecimento.

Numa revisão de estudos sobre as mudanças cognitivas associadas ao envelhecimento, em 1982, Denney concluiu que se verificam diferenças nas capacidades cognitivas entre adultos jovens e idosos, havendo uma vantagem para os adultos jovens (cit. *in* Paúl, 2005). De uma forma geral há mudanças em todas as capacidades, mas os resultados dos testes de vocabulário e de informação podem aumentar ou permanecer estáveis ao longo da maior parte da vida, declinando apenas muito tarde na velhice, enquanto outras capacidades, ligadas ao desempenho de tarefas piagetianas e à resolução de problemas, começam o seu declínio muito mais cedo. Não se pode desprezar, contudo, uma elevada variabilidade interindividual (Paúl, 2005).

Baltes & Smith (2003, cit. *in* Fonseca, 2006) consideraram que, sob o ponto das capacidades cognitivas, as pessoas que atualmente têm 70 anos de idade são comparáveis

às pessoas que tinham 65 anos há trinta anos atrás, havendo razão para se falar num incremento das reservas cognitivas ao nível do pensamento entre os idosos. Nos países desenvolvidos, a maioria das pessoas mantém um nível satisfatório ou elevado de inteligência e de funcionamento mental até cerca dos 70 anos de idade (Baltes & Smith, 2003; Schaie, 1996, cit. *in* Fonseca, 2006).

Numa perspectiva estritamente neuro-psicológica, Braun e Lalonde (1990, cit. *in* Fonseca, 2006) defendem a existência de perfis de declínio cognitivo associados à senescência, os quais seriam independentes dos fatores sociais, de saúde e dos artefactos psicométricos utilizados na avaliação das capacidades cognitivas.

Por sua vez, Salthouse (1989, 1999, cit. *in* Fonseca, 2006) defende um modelo de envelhecimento cognitivo em que o declínio com a idade de aspectos processuais ou cognitivos é atribuído a variações na taxa de propagação da informação. Desta forma, a ocorrência de diminuição da eficiência da velocidade de processamento de informação ao nível do Sistema Nervoso Central, concomitante com o envelhecimento, reflecte-se num abrandamento cognitivo e é responsável pelos défices cognitivos relacionados com a idade. Hertzog (1989, cit. *in* Fonseca, 2006) conclui que as diferenças de idade eram muito atenuadas se a velocidade fosse diminuída, uma vez que grande parte da variância relacionada com a idade era partilhada com a velocidade. Associada ao desenvolvimento há uma diminuição da capacidade de resposta, mais em termos de velocidade do que propriamente em termos de conteúdos: os idosos continuam capazes, demoram é mais tempo a resolver tarefas. A existência de uma forte relação na velhice entre cognição e velocidade confirma a hipótese original de Salthouse (1989, cit. *in* Fonseca, 2006), nomeadamente, que a diminuição da eficiência da velocidade de processamento de informação do Sistema Nervoso Central, que se reflecte num abrandamento cognitivo, leva a um declínio da inteligência com a idade.

Por último, segundo Baltes & Smith (1999, cit. *in* Fonseca, 2006), há uma relação significativa entre o funcionamento sensorial e o funcionamento cognitivo, estando o empobrecimento do primeiro directamente ligado à diminuição do último. Segundo dados recolhidos no estudo BASE, fatores como a visão e a audição revelam maior poder de influência sobre o funcionamento cognitivo do que a história de vida do indivíduo (no que concerne a educação, classe social ou rendimento).

Quanto à aprendizagem, os resultados das investigações permitem concluir que o tempo necessário para a aprendizagem de informação nova aumenta e crescem, principalmente, as dificuldades de aprendizagem de conteúdos sem relação directa com conhecimentos adquiridos anteriormente (Azevedo & Teles, 2011).

Quando as pessoas idosas se queixam das suas aptidões cognitivas referem geralmente problemas de memória. A investigação comprova essas queixas, mas mostra

que alguns aspetos da memória declinam mais com a idade do que outros (Spar & La Rue, 2005). A memória de curto prazo ou imediata mantém-se estável ou declina muito pouco na terceira idade. A memória a longo prazo está bem mantida na terceira idade. Outro tipo de memória que revela alterações mínimas ou moderadas devidas ao envelhecimento é a recordação implícita ou incidental. Factos ou traços incidentais (por exemplo, a cor do vestido de certa pessoa) podem ser recordados com igual precisão por jovens e idosos, ao passo que os idosos são mais inclinados a esquecer informação que tinham explicitamente esperado reter (por exemplo, o nome de uma pessoa) (Spar & La Rue, 2005). Os maiores declínios etários observam-se na memória recente ou secundária. Diferenças etárias a favor dos jovens têm sido encontradas em muitos testes explícitos de memória recente, tais como recordar artigos de listas de compras, aprender a associar palavras, copiar desenhos de memória ou relembrar conteúdos de histórias ou conversas. Em tarefas exigentes de memória explícita, as pessoas idosas recordam inicialmente menos informação, mas o seu desempenho melhora com a repetição e elas retêm a maior parte do que aprenderam depois de demoras e distrações. Esta habilidade para reter informação, logo que é adquirida, é uma das melhores formas de distinguir a memória que envelhece normalmente da dos doentes com perturbações mnésicas ou doença de Alzheimer (Spar & La Rue, 2005).

Se a plasticidade cognitiva se mantém com o avanço da idade, como se explica um eventual declínio cognitivo?

É sabido que um certo tipo de memória, de raciocínio abstracto, de resolução de problemas e de aprendizagem de tarefas novas declina com a idade, mas cerca de 75% da variância observada entre as pessoas relativamente às capacidades cognitivas não é explicada com a idade, o que impede de prever e de prevenir os “efeitos cognitivos” do envelhecimento de um dado indivíduo (Salthouse, 1998, cit. *in* Fonseca, 2006).

Se então a diminuição das capacidades de tipo cognitivo não se encontra simplesmente ligada à idade cronológica, é de admitir que esteja associada ao comportamento e à saúde dos indivíduos (Paúl & Fonseca, 2001), ou à educação e à posição social que eles ocupam (Zamarrón & Fernández-Ballesteros, 2002, cit. *in* Fonseca 2006). Segundo esses autores, a maior ou menor velocidade de processamento cognitivo das informações, a maior ou menor facilidade de resolução de tarefas e o funcionamento cognitivo em geral, estarão intimamente ligados ao estilo de vida, ao estatuto social e à saúde de cada indivíduo, mesmo não estando propriamente doente nem sujeito a limitações nas actividades quotidianas.

Não havendo dados que comprovem de forma inequívoca a existência de um declínio cognitivo global ligado ao envelhecimento normal, torna-se imprescindível a adopção de medidas compensatórias para fazer face a uma previsível evolução

desfavorável de certas variáveis biológicas (perda de acuidade sensorial, diminuição da velocidade de processamento de informação), combatendo assim a concepção fatalista de que à velhice corresponde a perda de capacidades de compreensão e de aprendizagem. Dessas medidas destacam-se duas: o exercício físico e o treino das capacidades cognitivas (Fonseca, 2006).

Clarkson-Smith & Hartley (1989, cit. *in* Fonseca, 2006) concluíram que os idosos que praticam exercício físico têm melhores resultados em medidas de raciocínio, memória activa e tempo de reacção. Segundo esses autores, a perda de vigor físico associada ao envelhecimento é função do estilo de vida sedentário de muitos idosos, apresentando muitos dos sintomas associados à velhice uma forte correlação com a inatividade física e resultando em mudanças neurofisiológicas que reforçam os factores psicogénicos que estão na origem dessa inactividade.

Segundo Veríssimo (2001), não é necessário praticar exercício intenso para se obterem benefícios, o que facilita a prescrição de atividade física aos idosos, não só porque muitos destes não têm condições para treinar com intensidade mas também porque os que têm boa capacidade física dificilmente aderem a programas exigentes de modo duradouro. Mesmo os idosos que sempre foram sedentários devem ser estimulados a praticar exercício físico, pois os idosos que aumentam a sua atividade física reduzem rapidamente os factores de risco para o nível daqueles que já têm esse comportamento há vários anos. Entre outras, as funções intelectuais parecem beneficiar com o exercício físico, tendo sido demonstrado que as funções cognitivas, como o tempo de reacção a estímulos, a memória, a inteligência e a atenção, melhoram com o aumento da capacidade física (Veríssimo, 2001).

Para além da atividade física, é também importante considerar o efeito do treino das capacidades cognitivas através de uma estimulação adequada. Apesar do treino de capacidades não fazer desaparecer as diferenças de idade, as capacidades cognitivas que são devidamente estimuladas e exercitadas (em função do potencial biológico e da experiência ambiental), tendem a sofrer um declínio mais tardio e menos dramático do que as capacidades não exercitadas (Denney, 1982, cit. *in* Fonseca, 2006). A insuficiente estimulação parece poder desencadear um declínio da eficiência mental, o que leva a supor que um determinado nível de solicitações é indispensável para a manutenção de estratégias de resposta. O exercício da inteligência será indispensável para a sua preservação (Barreto, 1988). Contudo, não se pode ignorar que a aceleração do envelhecimento induzida por condições psicológicas tem a ver também com uma série de factores contextuais que encorajam a passividade, tornando difícil ao idoso manter e empenhar-se no uso das suas capacidades cognitivas (Fonseca, 2006).

Face a um declínio da capacidade cognitiva os indivíduos procuram adaptar-se, nomeadamente, pela adoção de estratégias de seleção, otimização e compensação, que

Baltes & Carstensen (1999, cit. *in* Fonseca, 2006) descrevem em termos de selectividade sócio-emocional. Na prática, isso corresponde à distribuição dos recursos cognitivos disponíveis pelas necessidades e pelos objetivos a que o indivíduo atribui maior importância, sucedendo frequentemente que os indivíduos idosos usam tais recursos preferencialmente no sentido da regulação de emoções e não tanto no sentido da aquisição de novos conhecimentos. Reforçando esta ideia, Baltes & Carstensen (1999, cit. *in* Fonseca, 2006), sublinham que esta *inteligência emocional* constitui uma faceta positiva da atividade cognitiva dos idosos, representando a capacidade simultânea para compreender as causas das emoções e para desenvolver estratégias que lhes permitam evitar situações conflituosas ou reduzir o impacto negativo das consequências dessas situações.

1.5. A funcionalidade na 3ª e 4ª idade

Qualquer classificação da velhice operada apenas com base na idade cronológica diz-nos muito pouco relativamente aos processos diferenciais de envelhecimento (Fernández- Ballesteros, 2000). No entanto, o estabelecimento de fronteiras etárias no decurso do envelhecimento, marcando várias *idades da velhice*, tem sido valorizado pelos investigadores (Paúl, Fonseca, Cruz & Cerejo, 2001) dividindo-o em categorias: 50-64 anos, 65-74 anos, e 75-84 anos.

Baltes & Smith (1999, 2003; cit. *in* Fonseca, 2006) consideram também ser útil proceder a uma distinção entre uma “terceira idade” e uma “quarta idade”, reduzindo a importância da idade cronológica e destacando o vetor caracterizado pela idade funcional. Essencialmente, os autores justificam a importância da distinção entre a “terceira idade” e a “quarta idade” à luz da existência real de discontinuidades e de diferenças qualitativas entre as *idades da velhice*, propondo dois tipos de critérios para efetuarem tal distinção: um de cariz demográfico-populacional, outro de cariz individual.

Segundo Baltes & Smith (2003, cit. *in* Fonseca, 2006) à “terceira idade” estão associadas boas notícias tais como o aumento da expectativa de vida; boa forma física e mental; existência de substanciais reservas cognitivo-emocionais; mais pessoas que envelhecem com sucesso; níveis elevados de bem-estar pessoal e emocional; adoção de estratégias eficazes de gestão de ganhos e das perdas da velhice. Por outro lado, à “quarta idade” estão associadas notícias menos boas, nomeadamente, perdas consideráveis no potencial cognitivo e na capacidade de aprendizagem; aumento de sintomas de stress crónico; considerável prevalência de demências; elevados níveis de fragilidade, disfuncionalidade, e multimorbilidade.

O estudo BASE (Baltes & Mayer, 1999; Baltes & Smith, 1999, 2003; cit. *in* Fonseca 2006) permitiu confirmar que as pessoas idosas situadas na “terceira idade” apresentam uma elevada plasticidade, mostrando uma capacidade admirável para regular o impacto subjectivo da maioria das perdas que vão ocorrendo. O estudo BASE permitiu também confirmar que, na “quarta idade”, todos os sistemas comportamentais mudam concomitantemente em direcção a um perfil cada vez mais negativo; poucas funções permanecem robustas e resilientes perante mudanças de sinal negativo e essa tendência acentua-se quando o avanço na idade vem acompanhado da ocorrência de patologias. O estudo revelou ainda que é praticamente inevitável que à “quarta idade” corresponda uma diminuição global das capacidades cognitivas, tendência que não se fica apenas pelo domínio cognitivo mas que se estende à generalidade do funcionamento psicológico (com eventual excepção das competências da linguagem) (Fonseca, 2006). Isto significa que a “quarta idade” não é uma mera continuidade da “terceira idade”, havendo entre os mais idosos uma elevada prevalência de disfunções e um reduzido potencial de funcionamento. Os investigadores do estudo BASE revelaram a existência de uma acentuada disfuncionalidade na velhice mais tardia. Em contraste com os idosos mais novos, os dados recolhidos em indivíduos com 90 e 100 anos de idade mostram claramente inúmeras consequências negativas resultantes do facto de viverem mais tempo e de atingirem a “quarta idade” (Fonseca, 2006).

O próprio Baltes afirma sem dúvidas que o envelhecimento saudável e bem-sucedido tem os seus limites (Baltes & Smith, 2003, cit. *in* Fonseca, 2005a). No entanto, tão ou mais importante do que assumir que o envelhecimento (sobretudo ao nível da “quarta idade”) comporta, em geral, mais perdas do que ganhos, é verificar até que ponto as pessoas estão conscientes desse facto, algo necessário para que possam proceder à elaboração de estratégias visando atenuar ou eliminar, tanto quanto possível, o impacte dessas mesmas perdas (Fonseca, 2005a).

Em síntese, a velhice bem sucedida está associada à reunião de três grandes categorias de condições. A primeira é a reduzida probabilidade de doenças, em especial as que causam perdas de autonomia. A segunda consiste na manutenção de um elevado nível funcional nos planos cognitivo e físico. A terceira é a conservação de empenhamento social e de bem-estar subjectivo (Fontaine, 2000).

O envelhecimento bem sucedido implica a manutenção do máximo de capacidade de vida autónoma, que se apoia claramente num estilo de vida saudável, sinalizado através da manutenção do exercício físico, da existência de relações sociais estáveis, alargadas e significativas (Paúl, Fonseca, Cruz e Cerejo, 2001, cit. *in* Fonseca 2005b).

O conceito de envelhecimento ativo foi desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 2002) para promover a noção de que o envelhecimento pode e deve ser uma

experiência positiva. Consiste em viver e envelhecer com otimização de oportunidades que proporcionam saúde, participação e segurança, de modo a que se tenha qualidade de vida e bem-estar. Em termos de conduta, isso representa a opção por estilos de vida saudáveis, incluindo a manutenção de atividade física, a participação em atividades de natureza social, económica, cultural, espiritual e/ou cívica (Botelho, 2005).

1.6. Avaliação psicogeriátrica da funcionalidade

A noção de funcionalidade, ou capacidade funcional, está relacionada com a autonomia na execução de tarefas de prática frequente e necessária a todos os indivíduos, como tarefas de cuidados pessoais e de adaptação ao meio em que se vive, que asseguram a possibilidade de se viver sozinho no domicílio (Fillenbaum, 1986, cit. *in* Botelho, 2005).

A avaliação da funcionalidade tem como objectivos identificar perturbações funcionais, físicas, mentais e sociais, e contribuir para a intervenção com vista à manutenção e/ou recuperação de capacidades (Stuck e col., 1993, cit. *in* Botelho, 2005).

A capacidade funcional corresponde ao indivíduo poder cuidar de si próprio, desempenhando tarefas de cuidados pessoais e de adaptação ao meio em que vive (Fillenbaum, 1986, cit. *in* Botelho, 2005). Deve ser classificada de acordo com o grau de auto-suficiência no desempenho, o que em termos dicotómicos se pode manifestar como *independência* (quando há total independência, ou apenas a utilização de auxiliares mecânicos mediante o uso dos quais as limitações existentes são ultrapassadas) ou *dependência* (quando há necessidade de ajuda regular de terceiros, na execução de pelo menos uma das tarefas de funcionalidade) (Botelho, 2005).

As atividades de autocuidado englobam habitualmente tarefas como lavar-se, vestir-se, utilizar os sanitários, transferir-se de posição, controlar os esfíncteres e comer. Ao conjunto dessas tarefas dá-se o nome de Actividades da Vida Diária (AVD's). Para a sua medição, a escala de Katz é das mais antigas e mais utilizadas (Botelho, 2005).

As atividades de integração dos indivíduos no meio ambiente, como utilizar o telefone, fazer compras, gerir dinheiro, tomar medicamentos, usar meios de transporte e algumas tarefas domésticas, têm a designação comum de Actividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD). A escala mais usada para a sua medição é a Escala de Actividades Instrumentais de Vida Diária (IADL), conhecida por Escala de Lawton (Madureira & Verdelho, 2007).

A avaliação de actividades mais complexas, designadas por Actividades Avançadas da Vida Diária (AAVD's), como sair para actividades sociais ou praticar exercício físico, poderá ser útil em idosos ainda independentes, alertando-os para uma disfuncionalidade

latente na qual se poderá intervir precocemente (Reuben e col., 1990; Rosow e Breslau, 1966, cit. *in* Botelho, 2005).

A capacidade locomotora contribui substancialmente para a funcionalidade dos indivíduos, podendo constituir um motivo real de dependência. Alguns autores fizeram a sua inclusão em escalas de autocuidado, nomeadamente Barthel, enquanto outros estudaram essa variável separadamente (Botelho, 2005).

A morbilidade física deve também ser abordada dada a sua influência na funcionalidade, o que por sua vez pode ser feito caracterizando as queixas de saúde ativas. A avaliação mental deverá incluir uma deteção da eventual presença de perturbação cognitiva e/ou afetiva. Na pesquisa de dados sociais, o grau de isolamento é um fator que importa conhecer (Botelho, 2005).

A Escala de Deterioração Global (Leitão et al, 2007) é a tradução da Global Deterioration Scale (GDS), de Reisberg et al. (1986), e avalia a existência de declínio cognitivo, e em caso afirmativo o grau do declínio.

O MMSE (Avaliação Breve do Estado Mental) permite avaliar a deterioração cognitiva. O instrumento foi traduzido e adaptado para a população portuguesa por Guerreiro *et al.* (2007), possibilitando uma avaliação breve do estado mental em termos de orientação, retenção, atenção e cálculo, evocação, linguagem e capacidade construtiva.

A Escala de Avaliação Clínica da Demência (Garrett et al, 2007), tradução da Clinical Dementia Rating (CDR), de Highes et al. (1982) e Morris (1983), é uma escala que avalia a memória, orientação, juízo e resolução de problemas, atividades sociais, atividades domésticas, e recreativas e cuidado pessoal.

A Escala de Avaliação da Doença de Alzheimer (ADAS) foi traduzida e aferida para a população portuguesa por Guerreiro et al. (2007), e avalia o estado cognitivo e comportamental do indivíduo com a doença de Alzheimer.

A Escala de Depressão Geriátrica (Barreto et al, 2007) é a tradução da Geriatric Depression Scale (GDS), de Yesavage et al. (1983), e permite identificar os sintomas de depressão em idosos, diferenciando idosos deprimidos de idosos não deprimidos.

As Escalas de Avaliação Psicogeriátrica (EAP), de Jorm e Mackinnon (1995), utilizadas neste estudo, foram traduzidas e adaptadas para a população portuguesa por Fonseca *et al.* (2008). Avaliam três dimensões (saúde, depressão e cognição) e procuram situar cada indivíduo num determinado ponto do *continuum* e não apenas categorizá-lo como demente ou não demente ou não e/ou deprimido.

A avaliação da funcionalidade do idoso permite, em geral: detetar perturbações ainda incipientes; evidenciar diferentes estados funcionais e eventualmente diferentes estados de saúde, mentais e sociais; caracterizar perfis de envelhecimento; fundamentar intervenções

preventivas ou de recuperação; monitorizar o acompanhamento dos indivíduos idosos (Botelho, 2005).

Prosseguindo-se com a avaliação funcional no acompanhamento dos idosos, será possível contribuir para que o aumento da longevidade seja acompanhado pela “compressão” da incapacidade, ou seja, o aumento da esperança de vida ativa, próprio do envelhecimento bem-sucedido ou ativo (Botelho, 2005).

SEGUNDA PARTE
ESTUDO EMPÍRICO

2. METODOLOGIA

2.1 Objetivo do estudo

Tendo em conta as dimensões da EAP e a passagem do tempo, o presente estudo pretende proceder à compreensão da funcionalidade, nomeadamente, à possibilidade de ocorrer um declínio acentuado da mesma, na quarta idade, mesmo se tivermos um curto período de tempo como referência.

Em função desse objetivo, procede-se, em seguida, à apresentação da amostra, instrumentos e procedimentos da recolha e tratamento dos dados utilizados no presente estudo empírico.

2.2. Questão de investigação

Os resultados na Avaliação Psicogeriátrica pioram significativamente na quarta idade?

2.3. Hipótese

A funcionalidade dos idosos diminui consideravelmente na quarta idade, mesmo tendo um curto período de tempo por referência.

2.4. Amostra

A amostra apresentada nesse estudo empírico é constituída por 12 idosos, dos quais oito estão institucionalizados no Lar de Sto. Amaro do Centro Paroquial de Reboreda e quatro frequentam o Centro de Dia da referida instituição.

Para a seleção da amostra foi condição os adultos maiores terem mais de 75 anos, saberem ler e escrever, e serem funcionais, física e mentalmente.

O grupo em estudo, do primeiro momento de avaliação para o segundo momento, passou de 12 elementos para 10, uma vez que faleceram dois idosos.

A média de idades no primeiro momento de avaliação era 84,33 anos e no segundo momento 83,4 anos.

A tabela seguinte apresenta as principais características da amostra.

	1 ^o Momento de avaliação		2 ^o Momento de avaliação	
	N	%	N	%
Sexo				
Homens	4	33,3	3	30
Mulheres	8	66,7	7	70
Estado Civil				
Solteiro	2	16,7	1	10
Casado	1	8,3	2	20
Viúvo	9	75	7	70
Escolaridade				
S/escolaridade	4	33,3	3	30
3^o ano	4	33,3	4	40
4^o ano	4	33,3	3	30
Rendimento Mensal				
≤ a 1 SMN	8	66,7	7	70
Entre 1 e 2 SMN	3	25	2	20
Entre 2 e 3 SMN	1	8,3	1	10
Local de Residência				
Aldeia	10	83,3	8	80
Vila da Província	2	16,7	2	20
Situação de Residência				
Lar C. Dia e vive sozinho	8	66,7	6	60
C. Dia e vive com filhos	2	16,7	2	20

Tabela 1 - Caracterização da amostra do estudo

2.5. Instrumentos

O instrumento de recolha de dados utilizado foi as *Escala de Avaliação Psicogeriátrica (EAP)* de Fonseca, et al. (2008). As *EAP* são a versão portuguesa do

instrumento *The Psychogeriatric Assessment Scales (PAS)*, da autoria de Anthony Jorm e Andrew Mackinnon (NH&MRC Social Psychiatry Research Institute – Austrália, 1995).

As Escalas de Avaliação Psicogeriátrica – EAP, no seu conjunto, formam um instrumento de avaliação construído por várias escalas focalizadas na avaliação psicogeriátrica de indivíduos idosos, nomeadamente, demência e depressão (Fonseca, *et al.*, 2008). As EAP têm como principal objetivo situar cada indivíduo num determinado ponto do *continuum* e não categorizá-lo simplesmente como estando ou não demente e/ou deprimido (Fonseca, *et al.*, 2008).

Na versão original, este instrumento é composto por seis escalas: três devem ser preenchidas através de entrevista à pessoa que está a ser avaliada, e as restantes devem ser preenchidas por um informador próximo dessa pessoa. A validação para a população portuguesa incide unicamente nas três escalas que são dirigidas ao sujeito avaliado. A *Escala de Acidente Vascular Cerebral (EAVC)*, avalia seis sintomas de doença cérebro-vascular, sinalizando em que medida um eventual comprometimento cognitivo se deve a demência vascular ou a doença de Alzheimer. A *Escala de Depressão (ED)*, avalia a prevalência de 12 sintomas de depressão nas duas semanas anteriores. A *Escala de Compromisso Cognitivo (ECC)*, consiste em nove questões que testam a memória e outras funções cognitivas do sujeito (Fonseca, *et al.*, 2008).

Conforme já foi referido, as Escalas de Avaliação Psicogeriátrica são administradas através de uma entrevista presencial, sendo, por isso, fundamental estabelecer previamente uma relação entre o entrevistador e a pessoa que vai ser avaliada.

Em cada uma das escalas das EAP, quanto mais elevado for o resultado, maior a incapacidade, sendo que um resultado de zero traduz a inexistência de qualquer incapacidade (Fonseca, *et al.*, 2008).

Para se poderem efetuar comparações de resultados entre escalas, os autores das EAP procederam à transformação dos resultados brutos em percentis, no sentido de poder situar o resultado de cada indivíduo comparando-o com a população de referência, e dando, assim, origem a um perfil individual (Fonseca, *et al.*, 2008).

Quanto à análise de consistência interna das EAP, este instrumento obtém valores adequados quer na sua totalidade ($\alpha=0.84$), quer para cada uma das subescalas ($\alpha_1=0.64$; $\alpha_2=0.81$; $\alpha_3=0.85$) (Fonseca, *et al.*, 2008).

2.6. Procedimentos da recolha de dados

Em primeiro lugar, foi solicitada autorização à diretora do Lar e Centro de Dia, no sentido de poder recolher os dados junto dos utentes seleccionados. Posteriormente, os participantes foram informados acerca do objectivo geral do estudo, da confidencialidade e preservação do anonimato dos dados recolhidos. Todos assinaram o consentimento.

Desta forma, os dados foram recolhidos no Centro Paroquial de Reboreda, nas valências Lar e Centro de Dia.

As EAP foram administradas individualmente em dois momentos. Num primeiro momento, em Novembro de 2011, e num segundo momento, em Abril de 2012. Decorreu assim, entre as duas aplicações, um interregno de cinco meses.

Antes da administração das EAP foi preenchida para todos os sujeitos uma Ficha de Identificação Pessoal, onde constava o nome, o género, a idade, o estado civil, a escolaridade, o rendimento mensal, o local de residência e a situação de residência.

2.7. Tratamento dos dados

Os dados obtidos foram tratados quantitativamente, recorrendo ao SPSS (versão 19.0). Especificamente foi realizado o teste de Wilcoxon para amostras emparelhadas, para verificar se as diferenças entre os resultados do primeiro momento de avaliação com os do segundo momento de avaliação, em cada uma das Escalas (AVC, Depressão e Compromisso Cognitivo), bem como no total das EAP, são estatisticamente significativas.

3. RESULTADOS

3.1. Resultados nas EAP (Escala de Avaliação Psicogeriátrica)

No primeiro momento de avaliação, apesar do grupo ser de 12 elementos, conforme se pode observar na Tabela 2, só nove elementos responderam à EAV, isto porque três idosos não foram capazes de responder a todas as questões da Informação Geral, e, conforme as regras de administração das EAP, passaram diretamente para a ECC.

No segundo momento de avaliação, o grupo era constituído por 10 elementos, mas só quatro indivíduos responderam à EAVC, porque seis idosos não responderam à Informação Geral.

No primeiro momento de avaliação a média de resultados na EAVC foi 0,67, no segundo momento a média foi 0,00.

	N	Média	Desvio-padrão	Mínimo	Máximo
1º momento de avaliação	9	0,67	1,323	0	3
2º momento de avaliação	4	0,00	0,000	0	0

Tabela 2 - Escala de Acidente Vascular Cerebral

Dos 12 elementos do grupo, no primeiro momento de avaliação só nove responderam à ED, visto só esses elementos terem sido capazes de responder às questões da Informação Geral. No segundo momento de avaliação, dos 10 elementos do grupo, apenas quatro responderam à ED, pois só esses elementos responderam a todas as questões da Informação Geral.

Conforme se verifica na Tabela 3, a média dos resultados na ED, no primeiro momento de avaliação foi 1,00, no segundo momento de avaliação foi 1,75.

	N	Média	Desvio-padrão	Mínimo	Máximo
1º momento de avaliação	9	1,00	0,866	0	2
2º momento de avaliação	4	1,75	2,363	0	5

Tabela 3 - Escala de Depressão

Como podemos observar na Tabela 4, tanto no primeiro momento de avaliação, como no segundo, todos os elementos do grupo responderam à ECC. Conforme já foi referido, é regra na administração das EAP todos os indivíduos responderem à ECC, pois, os que obtêm cotação na Informação Geral passam de imediato para a ECC.

No primeiro momento de avaliação, a média dos resultados na ECC foi 9,75; no segundo momento foi 11,90.

	N	Média	Desvio-padrão	Mínimo	Máximo
1 ^o momento de avaliação	12	9,75	3,108	6	15
2 ^o momento de avaliação	10	11,90	5,043	4	20

Tabela 4 - Escala de Compromisso Cognitivo

No primeiro momento de avaliação, a média dos resultados no Total das EAP foi 11, no segundo momento foi 12,6 (Tabela 5).

De salientar que, no caso dos indivíduos que obtiveram cotação na Informação Geral, o resultado Total das EAP reflete o resultado da Escala de Compromisso Cognitivo.

	N	Média	Desvio-padrão	Mínimo	Máximo
1 ^o momento de avaliação	12	11	3,643	6	19
2 ^o momento de avaliação	10	12,6	4,377	6	20

Tabela 5 - Total das EAP

3.2. Resultados do Teste Wilcoxon para amostras emparelhadas

Na EAVC e na ED, conforme se observa na Tabela 6, o número de indivíduos é apenas quatro, porque, como já foi referido atrás, só esses indivíduos responderam à Informação Geral no segundo momento de avaliação.

Fazendo uma comparação entre o segundo momento de avaliação e o primeiro momento de avaliação, verifica-se que:

- Na EAVC não houve diferenças na pontuação de uma avaliação para a outra;
- Na ED, dois idosos mantiveram o resultado, um aumentou e outro diminuiu;
- Na ECC dois idosos diminuiram a pontuação, três mantiveram e cinco aumentaram;
- No Total das EAP, três idosos diminuiram a pontuação, dois mantiveram e cinco aumentaram.

	N	Diminuiu a pontuação	Manteve a pontuação	Aumentou a pontuação
Escala AVC	4	0	4	0
Escala Depressão	4	1	2	1
Escala CC	10	2	3	5
Total EAP	10	3	2	5

Tabela 6 – Comparação dos resultados do segundo momento de avaliação com o primeiro momento

Observando a Tabela 7, verificamos que em nenhuma das Escalas a diferença entre o primeiro momento de avaliação e o segundo é estatisticamente significativa. No entanto, verificamos que na ED, na ECC e no total das EAP, os resultados no primeiro momento de avaliação foram melhores, isto é, inferiores aos do segundo momento de avaliação.

	Escala AVC	Escala Depressão	Escala Compromisso Cognitivo	Total da EAP
Z	,000	-,447	-1,362	-1,054
Significância	1,000	,655	,173	,292

Tabela 7 – Valores padronizados (Z) e significância das diferenças entre o primeiro momento de avaliação e o segundo momento

4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Não tendo conhecimento da existência de estudos com o mesmo objetivo que o presente trabalho e com a utilização do mesmo instrumento, podemos comparar o presente estudo com o Estudo de Validação das EAP (Fonseca et al., 2008) e um estudo em que foram utilizadas as EAP para traçar um Perfil Psicogeriátrico (Oliveira, 2011).

Na Tabela 8, estão evidenciadas as médias em cada uma das Escalas e na EAP Total, dos dois momentos de avaliação do presente estudo, em que a média de idades é superior a 80 anos, e dos grupos etários com idade superior a 80 anos, tanto na aferição portuguesa das EAP (Fonseca et al., 2008) como no estudo dos Perfis Psicogeriátricos (Oliveira, 2011).

No estudo de validação das EAP (Fonseca et al., 2008), verificamos que a média de resultados na Escala de AVC é 0,43; na Escala de Depressão 1,17; na Escala de Compromisso Cognitivo 8,44 e na EAP total 10,04. No estudo de Perfis Psicogeriátricos (Oliveira, 2011), a média de resultados é 1,0 na EAVC; 3,69 na ED; 7,79 na ECC e 12,49 na EAP total. No presente estudo, a média de resultados na Escala de AVC é de 0,67 no primeiro momento de avaliação e zero no segundo momento de avaliação; na Escala de Depressão no primeiro momento a média de resultados foi 1,0 e no segundo momento foi 1,75; na ECC a média de resultados no primeiro momento de avaliação foi 9,75 e no segundo momento foi 11,90; na EAP total, a média de resultados no primeiro momento de avaliação foi 11 e no segundo momento foi 12,60. Nos três estudos, é na ECC e na EAP Total que os resultados são mais elevados.

	Estudo atual		Oliveira (2011)	Fonseca et al. (2008)
	1 ^o Momento	2 ^o Momento		
N	12	10	23	36
EAVC	0,67	0,00	1,00	0,43
ED	1,00	1,75	3,69	1,17
ECC	9,75	11,90	7,79	8,44
EAP Total	11,00	12,60	12,49	10,04

Tabela 8 – Média dos resultados das Escalas nos três estudos

No Estudo de Validação das EAP (Fonseca et al., 2008), do grupo etário de 76 a 80 anos para o grupo de mais de 80 anos, a média de resultados nas ECC e EAP Total aumenta, nomeadamente, na Escala de Compromisso Cognitivo de 4,81 para 8,44; na EAP Total de 7,46 para 10,04. Por sua vez, no estudo dos Perfis Psicogeriátricos (Oliveira, 2011),

o mesmo acontece, do grupo de 75 a 80 anos para o grupo com mais de 80 anos, a média de resultados na Escala de Compromisso Cognitivo passa de 6,76 para 7,79; na Escala EAP total de 11,47 para 12,49. No presente estudo, do primeiro momento de avaliação para o segundo momento, verificou-se também um aumento da média dos resultados: na ECC de 9,75 para 11,90, e na EAP Total de 11 para 12,60.

No presente estudo, do primeiro momento de avaliação para o segundo momento de avaliação, na EAVC, verifica-se uma diminuição de 0,67 para zero; na ED a média de resultados aumenta de 1,00 para 1,75, o que vem de encontro ao Estudo de Perfis Psicogeriátricos (Oliveira, 2011) em que se verifica uma diminuição da média dos resultados na EAVC de 1,14 para 1,0, e na ED verifica-se um aumento da média dos resultados de 3,57 para 3,69. No Estudo de Validação das EAP (Fonseca et al., 2008), apenas encontramos semelhanças na EAVC, onde se verifica uma diminuição na média dos resultados de 0,81 no grupo de 76 a 80 anos para 0,43 no grupo de mais de 80 anos. Pelo contrário, na ED, verifica-se uma diminuição de 1,85 no grupo de 76 a 80 anos para 1,17 no grupo de mais de 80 anos. No presente estudo, os resultados mais baixos na EAVC no segundo momento de avaliação podem ser explicados pelo facto dos indivíduos que pontuaram nessa Escala, no primeiro momento de avaliação, não terem respondido à Escala no segundo momento de avaliação, dada a regra de administração que impede os indivíduos que erram alguma questão na Informação Geral de responderem às EAVC e ED. Quanto à ED, no presente estudo e no Estudo de Perfis Psicogeriátricos, os resultados vão de encontro à ideia de que a prevalência da depressão aumenta com a idade, conforme os dados da Organização Mundial de Saúde (2002). Também Costa (2005), apesar de não encontrar diferenças estatisticamente significativas, na presença de um diagnóstico de depressão em função da idade, conclui que a depressão é uma perturbação psiquiátrica extremamente prevalente nos idosos. No entanto, a ideia de que a idade influencia diretamente a depressão é discutível, pois, existem também estudos que não verificam essa relação, como é o caso do Estudo de Validação das EAP (Fonseca et al., 2008), em que encontra uma diminuição da depressão na quarta idade.

Comparando os resultados deste estudo (Tabela 6), do primeiro momento de avaliação para o segundo momento, verificamos que dos únicos quatro indivíduos que responderam às ED e EAVC, nenhum deles piorou o resultado na EAVC e apenas um piorou o resultado na ED. Observamos, ainda, que metade dos idosos aumentou os seus resultados na ECC e na EAP Total, demonstrando assim um considerável decréscimo nas suas capacidades e funcionalidade.

Os piores resultados num espaço de cinco meses comprovam a hipótese em estudo.

Se não fosse a regra inerente à administração das EAP, que impede os participantes de responder às EAVC e ED quando erram alguma questão na Informação Geral, o valor da

EAP Total seria ainda superior e não haveria idosos que diminuíssem o resultado, visto que alguns deles pontuaram no primeiro momento de avaliação e no segundo momento já nem responderam às referidas escalas, fazendo assim diminuir o valor da EAP Total. Além disso, a amostra diminuiu do primeiro momento para o segundo momento de avaliação, pois, dois idosos faleceram nesse espaço de tempo, o que por sua vez confirma uma maior vulnerabilidade dos idosos na quarta idade como defendem Baltes & Smith (2003, cit. *in* Fonseca, 2006).

Continuando a comparação, verificamos que dois idosos diminuíram o resultado na ECC. Esses dois idosos frequentaram entre Fevereiro e Abril de 2012 um Programa de Estimulação da Memória. O referido programa tem como objetivo a estimulação de funções cognitivas, como a memória, a atenção, a fluência verbal e a orientação espacial e temporal em idosos. Segundo o autor do programa, Miguel Maroto, os estudos empíricos sugerem a plasticidade do sistema nervoso em idosos, e o Programa foi concebido partindo do pressuposto que esta dinâmica do cérebro, com adequada estimulação ambiental, seria responsável pela melhoria no desempenho mnésico provocado pelo programa (Maroto, 2010). Esta conjugação de fatores pode explicar os melhores resultados no segundo momento de avaliação dos dois indivíduos que frequentaram o programa.

Conforme podemos ver na Tabela 7, na ED, na ECC e na EAP Total, no segundo momento de avaliação os resultados pioraram mas a diferença não foi estatisticamente significativa, o que não permite a generalização dos resultados. No estudo dos Perfis Psicogeriátrico (Oliveira, 2011), os resultados também são piores do grupo etário dos 75 aos 80 anos para o grupo de mais de 80 anos na ED, na ECC e na EAP Total, mas a diferença não é estatisticamente significativa. No caso do estudo de validação das EAP (Fonseca et al., 2008), os resultados da subescala Compromisso Cognitivo e os resultados na EAP Total variam significativamente em função da idade.

Estes resultados vão de encontro à opinião de Baltes & Smith (2003, cit. *in* Fonseca 2006), que consideram que, na quarta idade, há perdas consideráveis no potencial cognitivo e na capacidade de aprendizagem e elevados níveis de fragilidade e disfuncionalidade. O *Estudo de Berlim sobre o Envelhecimento* (“Berlim Aging Study – BASE”) suporta essas conclusões: este estudo longitudinal de cariz multidisciplinar debruçou-se sobre uma amostra de 200 sujeitos com idades compreendidas entre os 72 e os 103 anos, recolheu dados em sessões de observação da competência dos indivíduos e na avaliação dos domínios médico, psiquiátrico e psicológico e ainda consideraram aspetos de natureza social, económica e relativos à história de vida dos indivíduos (Baltes & Mayer, 1999; cit. *in* Fonseca, 2006).

Segundo Fonseca (2005a, p. 96), “à medida que os anos avançam, acentuam-se as perdas face aos ganhos, podendo o indivíduo, no entanto, compensar as perdas

decorrentes das limitações do organismo com o recurso à cultura ou através de um «arranjo» do ambiente que lhe permita atenuar ou mesmo tornar insignificantes essas limitações”. Para Baltes (1987, cit. *in* Fonseca 2005a), isto significa que, por vezes, com o avanço da idade, a melhor forma de obter ganhos será mesmo através da redução das perdas. A sabedoria é para Baltes (1987; Baltes & Smith, 1990; cit. *in* Fonseca 2005a), um exemplo de ganho específico sob o ponto de vista cognitivo que adquire uma particular expressão com o envelhecimento, um ganho que emerge para compensar perdas nalgumas dimensões do funcionamento cognitivo.

Baltes (1997, cit. *in* Fonseca, 2005a) diferencia três princípios reguladores da ontogenia humana: 1) a plasticidade biológica diminui com a idade; 2) a necessidade de cultura aumenta com a idade; 3) a eficácia da ação da cultura diminui com a idade. Defende que a conjugação desses princípios implica uma relação de correspondência entre o avanço da idade cronológica e o aumento da vulnerabilidade individual.

Até à quarta idade os idosos apresentam uma capacidade notável para regular o impacte subjetivo da maioria das perdas a que estão sujeitos (Baltes & Mayer, 1999, cit. *in* Fonseca, 2005a). Num estudo realizado junto de 100 indivíduos alemães, do sexo feminino e masculino, com idades compreendidas entre os 20 e os 85 anos, Heckhausen, Dixon e Baltes (1989, *in* Fonseca 2005a) demonstraram que os indivíduos têm consciência de que à medida que a idade avança, as perdas vão ganhando progressivamente terreno aos ganhos, sobretudo a partir dos 70 anos de idade, acreditando que acabam mesmo por se sobrepor as perdas a partir dos 80 anos.

5. CONCLUSÃO

Na sequência do aumento significativo da esperança de vida e o correspondente envelhecimento da população, na segunda metade do século vinte, assistiu-se à expansão da produção teórica e empírica dedicadas ao estudo sistemático dos fatores psicológicos implicados no envelhecimento (Fonseca, 2006), o que, por sua vez, permitiu obter uma compreensão aprofundada das mudanças produzidas ao nível intra-individual no decurso da velhice.

O envelhecimento pode afetar todos os sistemas e converter pessoas adultas saudáveis em indivíduos menos vigorosos, mais vulneráveis a certas doenças e à morte. Com base nesse conhecimento, a idade biológica pode ser definida como um processo ou grupo de processos originados no progressivo decréscimo de viabilidade e aumento da vulnerabilidade do organismo com a passagem do tempo. Uma das mais importantes questões nos estudos sobre o envelhecimento é: porque é que estas mudanças acontecem em graus diferentes em diferentes pessoas? Para compreender os mecanismos do envelhecimento e para responder às questões sobre os processos biológicos que influenciam o inevitável declínio da vitalidade física são necessários marcadores do processo de envelhecimento, que possam ser usados para estudar esse mesmo processo.

Os estudos longitudinais são importantes porque repetem a avaliação dos mesmos indivíduos em momentos diferentes procurando apreciar a magnitude das mudanças nas variáveis fisiológicas e não fisiológicas. Os mesmos indivíduos participam e, durante um período de tempo, são repetidamente entrevistados e observados relativamente a um conjunto de variáveis. Os estudos longitudinais sobre o envelhecimento e sobre pessoas idosas são considerados adequados. O envelhecimento é um processo e os indivíduos envelhecem ao longo do tempo, adaptando-se às mudanças que ocorrem nas diferentes circunstâncias de vida. Um estudo longitudinal pode examinar os processos de mudança a nível individual, identificar as sequências dos níveis desenvolvimentais, e explorar as relações entre os padrões dinâmicos dentro do curso de vida individual. De encontro ao já referido, os principais conceitos e propósitos orientadores de estudos longitudinais são adequados e salientam-se por gerarem dados científicos relevantes ao longo do tempo, num ambiente em contínua mudança. Um exemplo orientador para o nosso estudo pode ser o The Berlin Ageing Study (BASE), já anteriormente mencionado, onde foi revelada uma acentuada disfuncionalidade na velhice mais tardia. Em contraste com os idosos mais novos, os dados recolhidos em indivíduos com 90 e 100 anos de idade mostram claramente inúmeras consequências negativas resultantes do facto de se viver mais tempo e de se atingir a quarta idade. Viver mais tempo parece ser um fator de risco acrescido para a dignidade humana (Baltes & Smith, 2003, cit. *in* Fonseca 2006). À semelhança, no presente

estudo, apesar da deterioração cognitiva verificada (diminuição no funcionamento cognitivo e na funcionalidade em geral medida pelas EAP) não ser generalizável à população, o facto de na aferição portuguesa das EAP (Fonseca et al., 2008) se ter encontrado diferenças significativas para a influência da idade nos resultados na ECC e na EAP Total, aponta para que de facto a idade seja decisiva na funcionalidade dos idosos.

Resfriando o entusiasmo dos que consideram não haver limites ao desenvolvimento humano, Baltes e Smith (2003, cit. *in Fonseca* 2006) afirmam que a direção da mudança desenvolvimental reportada à idade cronológica refletirá sempre uma arquitetura incompleta sob o ponto de vista bio-cultural, a que se associa uma vulnerabilidade crescente e uma redução do potencial adaptativo.

Nas fases mais tardias há um predomínio de compensação de perdas, por recurso a um património de outras aprendizagens e práticas que simplificam processos e encontram caminhos alternativos de eficácia, menos dependentes de capacidades biológicas, em provável declínio (Ribeiro & Paúl, 2011). No entanto, na quarta idade, as pessoas sentem dificuldades acrescidas para fazer face às perdas que, inevitavelmente se observam na fase final do ciclo de vida (Fonseca, 2006).

De encontro ao acima referido, a título de reflexão pessoal, podemos referir que, neste momento, dois meses após o segundo momento de avaliação, observam-se alterações significativas em três dos participantes no estudo: uma idosa perdeu totalmente a funcionalidade, estando acamada e totalmente desorientada; um idoso está com sérias dificuldades de locomoção e bastante desorientado; uma outra idosa está com dificuldades na locomoção.

É então necessário olhar para velhice como um período da existência humana que comporta em si mesmo desafios e dilemas. Desafios na medida em que se revela fundamental juntar forças de diferentes naturezas (políticas, científicas, sociais) para desenvolver uma cultura positiva e alargada relativamente à velhice e às pessoas idosas. Dilemas na medida em que as evidências relativas à quarta idade chamam a atenção para realidades que sugerem novas perspetivas acerca de um conjunto de questões de natureza médica e psicossocial relativas ao envelhecimento (Fonseca, 2006).

6. BIBLIOGRAFIA

Azevedo, M. J., & Teles, R. (2011) Revitalize a sua mente. In O.Ribeiro, & C. Paúl (Eds.), *Manual de Envelhecimento Activo* (pp. 77-112).

Barreto, J. (1988). *Aspectos psicológicos do envelhecimento. Psicologia, VI, 2, 159-170.*

Barreto, J.; Leuschner, A.; Santos, F.; Sobral, M. (2007). Escala de Depressão Geriátrica. Tradução e Organização. In Mendonça, A. & Guerreiro, M. (Coords). *Escala e Testes na Demência*, (pp. 65-67). Lisboa: Novartis

Botelho, A. (2005). A funcionalidade dos idosos. In C. Paúl, & A. Fonseca (Eds.), *Envelhecer em Portugal* (pp. 111-136). Lisboa: Climepsi Editores.

Costa, A. (2005). A depressão nos idosos portugueses. In C. Paúl, & A. M. Fonseca (Eds.), *Envelhecer em Portugal* (pp. 157-176). Lisboa: Climepsi Editores.

Duarte, M., & Rego, M. (2007). Comorbilidade entre depressão e doenças clínicas em ambulatório de geriatria. *Cadernos Saúde Pública, 23 (3), 691-700.*

Fonseca, A. M. (2005a), *Desenvolvimento Humano e Envelhecimento*, Lisboa, Climepsi Editores.

Fonseca, A. M. (2005b), O envelhecimento bem sucedido. In C.Paúl, & A. M. Fonseca (Eds), *Envelhecer em Portugal* (pp. 281-311). Lisboa, Climepsi Editores.

Fonseca, A. M. (2006). *O envelhecimento: uma abordagem psicológica*. Lisboa: Universidade Católica Editora.

Fonseca, A. M., Paúl, C., Teles, L., Martins, C., Nunes, V., & Caldas, A. C. (2008). *Escala de Avaliação Psicogeriátrica (EAP): Estudo de Validação*. Texto não publicado.

Fontaine, R. (2000). *Psicologia do Envelhecimento*. Lisboa: Climepsi Editores.

Fernández-Ballesteros, R. (2000). Gerontología Social. Una introducción. In R. Fernández-Ballesteros (Dir.), *Gerontologia Social*. Madrid: Pirâmide.

Garrett, C.; Santos, F.; Tracana, I.; Barreto, J.; Sobral, M.; Fonseca, R.(2007). Avaliação Clínica da Demência. Tradução e Organização. In Mendonça, A. & Guerreiro, M. (Coords). *Escala e Testes na Demência*, (pp. 14-30). Lisboa: Novartis.

Guerreiro, M.; Fonseca, S.; Barreto, J.; Garcia, C. (2007). Escala de Avaliação da Doença de Alzheimer. Tradução, Organização e Aferição. In Mendonça, A. & Guerreiro, M. (Coords). *Escala e Testes na Demência*, (pp. 37-64). Lisboa: Novartis.

Guerreiro, M.; Silva, A. P.; Botelho, A.; Leitão, O., Castro-Caldas, A.; Garcia, C. (2007). Avaliação Breve do Estado Mental. Organização e Aferição. In Mendonça, A. & Guerreiro, M. (Coords). *Escala e Testes na Demência*, (pp. 31-36). Lisboa: Novartis.

INE (Instituto Nacional de Estatística) (2011a). *Censos 2011 – resultados provisórios*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.

INE (Instituto Nacional de Estatística) (2011b, de 29 de Dezembro). Indicadores Sociais 2010. In *Destaque*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.

Leitão, O.; Nina, A.; Monteiro, I. (2007). Escala de Deterioração Global. Tradução e Organização. In Mendonça, A. & Guerreiro, M. (Coords). *Escala e Testes na Demência*, (pp. 9-13). Lisboa: Novartis.

Madureira, S. & Verdelho, A. (2007). Escala de Actividades Instrumentais de Vida Diária (IADL). Escala de Lawton e Brody. In Mendonça, A. & Guerreiro, M. (Coords). *Escala e Testes na Demência*, (pp. 113-115). Lisboa: Novartis.

Maroto, M. A. (2010). *Programa de estimulação da memória – Nível 1*. CEGOC-TEA-Testes Psicológico.

Novo, R. (2003). *Para além da eudaimonia. O bem-estar psicológico em mulheres na idade adulta avançada*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Nunes, M. V. R. S. (2008). *Estudo das modificações dos processos mnésicos com a idade: abordagem integrada no âmbito das Neurociências do Envelhecimento*. Tese de Doutoramento, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

Oliveira, C. M. S. (2011). *Perfis Psicogeriátricos dos idosos com apoio institucional no concelho de Pombal*. Dissertação de Mestrado em Gerontologia Social. Instituto Superior Bissaya Barreto da Fundação Bissaya Barreto.

Organização Mundial da Saúde (2002), *Active ageing: A policy Framework*, Genebra, OMS.

Paúl, C., Fonseca, A. M., Cruz, F., Cerejo, A. (2001). EXCELSA – Estudo piloto sobre envelhecimento humano em Portugal. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 2, 415-426.

Paúl, C., Fonseca, A. M. (2001). *Psicossociologia da saúde*. Lisboa: Climepsi.

Paúl, C. (2005). A construção de um modelo de envelhecimento humano. In C.Paúl, & A. M. Fonseca (Eds), *Envelhecer em Portugal* (pp. 21-41). Lisboa, Climepsi.

Ribeiro, O. & Paúl, C. (2011). Envelhecimento activo. In Ribeiro, O & Paúl, C. (Coords.). *Manual de envelhecimento activo*. Lisboa: Lidel

Spar E. & La Rue, A. (2005). *Guia Prático de Psiquiatria Geriátrica*. Lisboa, Climepsi.

Vaz, S. F. A. (2009). *A Depressão no Idoso Institucionalizado: Estudo em Idosos Residentes nos Lares do Distrito de Bragança*. Dissertação de Mestrado em Psicologia do Idoso, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto.

Veríssimo, M. T. (2001). Exercício Físico e Envelhecimento. In A. M. Pinto (coord.), *Envelhecer Vivendo* (pp. 123-143). Coimbra, Quarteto.

7 – ANEXOS



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

Escalas de Avaliação Psicogeriátrica (EAP)

António M. Fonseca

Universidade Católica Portuguesa
Unidade de Investigação e Formação sobre Adultos e Idosos (UNIFAI)

Constança Paúl

Universidade do Porto
Unidade de Investigação e Formação sobre Adultos e Idosos (UNIFAI)

Luísa Teles

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

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

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

Entrevista do Sujeito

Identificação

1. Nome do sujeito ou identificação: _____
2. Sexo do sujeito (fazer círculo à volta): Masc. Fem.
3. Data de entrevista: _____ - _____ - _____
4. Nome do entrevistador ou identificação: _____

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

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

Tudo o que aqui for conversado é confidencial.

Vamos começar com algumas perguntas gerais.

Informação Geral

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

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

0
1

2. *Em que ano nasceu?*

Ano
Não sabe

0
1

3. *Então que idade tem agora?*

Idade
Não sabe

0
1

4. *Em que país nasceu?*

País
Não sabe

0
1

Somar caixas

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

Escala de Acidente Vascular Cerebral (Sujeito)

Alguma vez teve ou lhe disseram que teve:

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

Não 0
Sim 1
Não sabe ?

0
1
? →

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

Não 0
Sim 1
Não sabe ?

0
1
? →

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

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

Não 0
Sim 1
Não sabe ?

0
1
? →

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

Não 0
Sim 1
Não sabe ?

0
1
? →

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

Não 0
Sim 1
Não sabe ?

0
1
? →

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

Não 0
Sim 1
Não sabe ?

0
1
? →

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

Somar caixas S1 a S6

Número de caixas com ` ? '

→ **S**

→ **?**

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

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

→ **S'**

Escala de Depressão

Agora gostaria de lhe perguntar como se sente interiormente.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Agora calcule o resultado EAP/Depressão (D)

Somar caixas D1 a D12

Numero de caixas com ` ? `.....

D

?

Se ? não for zero, o resultado deve ser calculado utilizando a fórmula: $12 \times D / (12 - ?)$

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

D'

Escala de Compromisso Cognitivo

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

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

“Pêra” “Gato” “Bola”

Pode repeti-los?

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

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

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

A frase deverá ter um sujeito e um verbo, e deve fazer sentido. Erros de ortografia e de gramática são aceitáveis.

Correcto 0
 Incorrecto ou recusa fazer 1
 Não convidado a fazer (por ex., limitação motora ou sensorial) ?

0
1
?
→

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

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

Pêra 0
 Objecto não mencionado ou recusa responder 1
 Não convidado a fazer (por ex., limitação sensorial) ?

0
1
?
→

Gato 0
 Objecto não mencionado ou recusa responder 1
 Não convidado a fazer (por ex., limitação sensorial) ?

0
1
?
→

Bola 0
 Objecto não mencionado ou recusa responder 1
 Não convidado a fazer (por ex., limitação sensorial) ?

0
1
?
→

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

João Ferreira, Rua Direita, 42, Porto

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

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

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

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

António Salazar (português, político, fascista)
Incorrectamente identificado ou recusa responder
Não convidado a fazer (por ex., limitação sensorial)

0
1
?



Vasco da Gama (explorador, navegador, descobridor).....
Incorrectamente identificado ou recusa responder
Não convidado a fazer (por ex., limitação sensorial)

0
1
?



Adolf Hitler (alemão, nazi, líder da Segunda Guerra Mundial)..
Incorrectamente identificado ou recusa responder
Não convidado a fazer (por ex., limitação sensorial)

0
1
?



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

Primeiro dia de Janeiro/primeiro dia do ano
Uma data errada, não sabe, recusa responder
Não convidado a fazer (por ex., limitação sensorial)

0
1
?



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

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

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

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

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

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

Correcto	0	→	<input type="checkbox"/>
Incorrecto ou recusa fazer.....	1		
Não convidado a fazer	?		

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

Dar ao sujeito a folha com as palavras “feche os olhos”.

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

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

Dar ao sujeito a folha com as palavras “tossir com força”.

Correcto 0
Incorrecto ou recusa fazer..... 1
Não convidado a fazer (por ex., limitação sensorial) ?

0
1
?
→

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

**Dar ao sujeito a folha com os quatro objectos.
Registe 0 para cada objecto identificado, 1 se um objecto não for mencionado ou se o sujeito recusa responder.
A ordem dos objectos não é importante.**

Chaleira 0
Objecto não mencionado ou recusa responder 1
Não convidado a fazer (por ex., limitação sensorial) ?

0
1
?
→

Telefone 0
Objecto não mencionado ou recusa responder..... 1
Não convidado a fazer (por ex., limitação sensorial) ?

0
1
?
→

Tesouras 0
Objecto não mencionado ou recusa responder..... 1
Não convidado a fazer (por ex., limitação sensorial) ?

0
1
?
→

Garfo 0
Objecto não mencionado ou recusa responder..... 1
Não convidado a fazer (por ex., limitação sensorial) ?

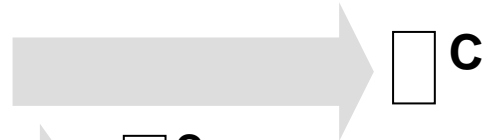
0
1
?
→

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

Agora calcule o resultado EAP/Compromisso Cognitivo (C)

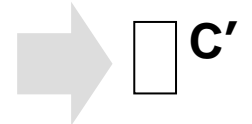
Somar caixas C1 a C9

Número de caixas com ' ? '

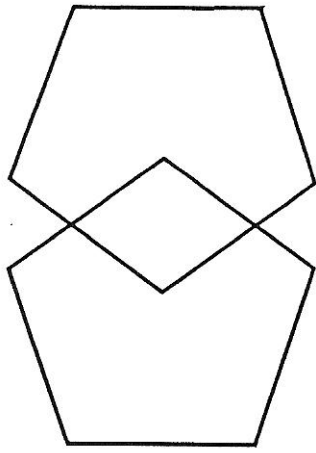


Se ? não for zero, o resultado deve ser calculado utilizando a formula: $21 \times C / (21 - ?)$

$$\frac{20 \times C}{(20 - ?)}$$

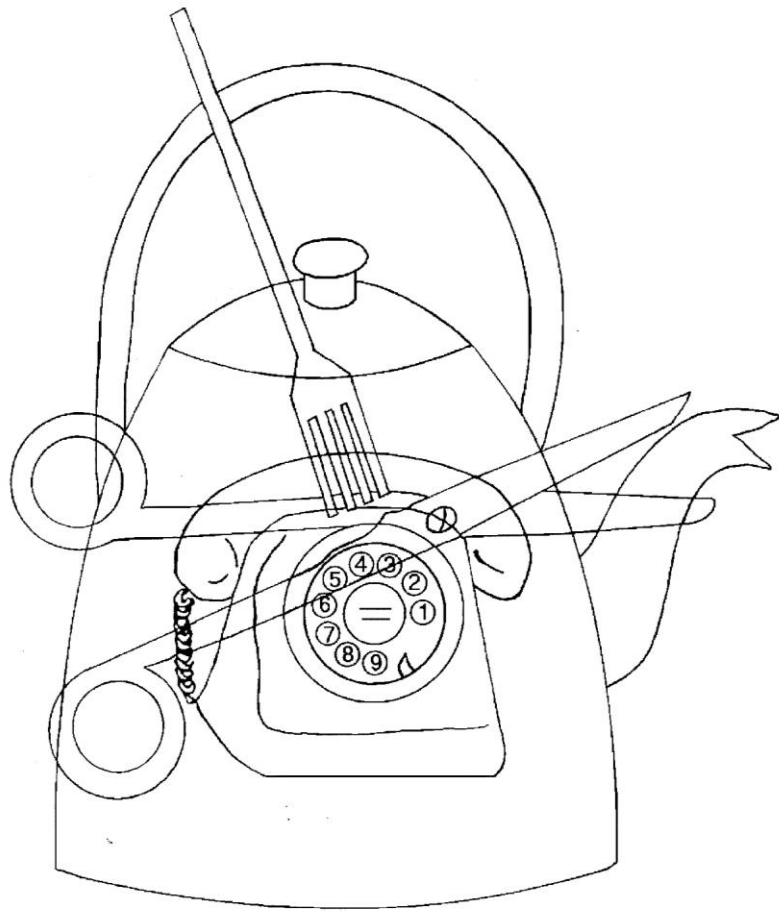


Escrever uma frase completa



FECHE OS OLHOS

TOSSIR COM FORÇA



EAP- Folha de Resposta Compacta - ENTREVISTA DO SUJEITO

Informação Geral

1. Soletrar nome

2. Ano de Nascimento

3. Idade

4. País de nascimento

Somar

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

AVC

S1. AVC/Trombose

S2. Mini - AVC/Trombose

S3. Fraqueza lateral

S4. Dificuldade de fala

S5. Dificuldade de visão

S6. Dificuldade de memória

Somar caixas S

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

Depressão

D1. Deprimido/triste

D2. Dificuldade dormir

D3. Medicação para dormir

D4. Cansado

D5. Lentidão

D6. Irrequieto

D7. Falta de confiança

D8. Pensar lento

D9. Dificuldade concentração

D10. Confuso

D11. Dificuldade tomar decisões

D12. Querer morrer

Somar caixas D

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

Pontuação de Perguntas

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

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

Compromisso Coanitivo

⇒ Pêra, Gato, Bola

C1. Frase

C2. Pêra
Gato
Bola

C3. Salazar
Vasco da Gama
Hitler

C4. Ano Novo

C5. João
Ferreira
Direita
42
Porto

C6. Copiar figura

C7. Fechar olhos

C8. Tossir com força

C9. Chaleira
Telefone
Tesouras
Garfo

Somar caixas C

$\frac{20 \times C}{(20-?)}$ C'

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



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

Consentimento

Declaro que fui informado(a) de todos os pormenores respeitantes ao instrumento de avaliação psicológica *Escalas de Avaliação Psicogeriátrica (EAP)*, que me foi proposto por Liliana Castro, no âmbito da Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde. Fiquei ciente do tipo, duração e características dos referidos instrumentos, bem como dos objectivos da sua realização. Foi-me também explicado que, no caso de serem encontrados resultados que indiquem estados de doença, essa informação ser-me-á prestada, bem como ao meu médico, se eu der consentimento.

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

Reboreda, ____ / ____ / _____

(Assinatura)