



**ANA FILIPA SANTOS
MARQUES**

**DEPRESSÃO E FUNCIONALIDADE EM UTENTES
IDOSOS DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS**



**ANA FILIPA SANTOS
MARQUES**

**DEPRESSÃO E FUNCIONALIDADE EM UTENTES
IDOSOS DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS**

Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Gerontologia, realizada sob a orientação científica da Doutora Anabela Silva, Professora Adjunta da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro e co-orientação científica da Doutora Alexandra Queirós, Professora Coordenadora da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro.

Dedico este trabalho aos meus pais.

O júri

Presidente

Professora Doutora Alcione Leite da Silva
Professora Associada Convidada da Universidade de Aveiro

Arguente

Professora Doutora Cristina Argel de Melo
Professora Coordenadora do Instituto Politécnico do Porto

Orientadora

Professora Doutora Anabela Gonçalves Silva
Professora Adjunta da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro

Agradecimentos

Aos meus pais, por sempre me incentivarem a seguir em frente.

À Professora Doutora Anabela Silva e à Professora Doutora Alexandra Queirós, orientadoras científicas, um agradecimento especial pela orientação neste estudo, pela disponibilidade, apoio, pelo rigor e pela força positiva transmitida.

A todos os profissionais das unidades funcionais que aceitaram participar no estudo e que, nesses locais, se mostraram disponíveis para ajudar.

A todos os utentes que aceitaram participar no estudo.

Palavras-chave

Depressão, funcionalidade, pessoas idosas, Cuidados de Saúde Primários, GDS, WHODAS 2.0

Resumo

Com o avançar da idade, a depressão assume maior importância devido à sua expressiva prevalência. Contudo, a informação sobre a associação entre depressão e funcionalidade é escassa. O objetivo deste estudo foi explorar uma possível associação entre funcionalidade (percebida e *performance*) e depressão em utentes dos cuidados de saúde primários.

A amostra foi estratificada por faixa etária, sexo e Unidade de Saúde, tendo participado no estudo 147 utentes das Unidades de Cuidados de Saúde Primários de Ílhavo.

Os instrumentos de recolha de dados utilizados foram: um questionário sociodemográfico; um questionário de dor; a Escala de Depressão Geriátrica, uma escala de incapacidade da Organização Mundial de Saúde (WHODAS); a Bateria de Testes de *Performance* Física (SPPB), Escala de Avaliação Rápida da Atividade Física.

A média da pontuação total da WHODAS de 12 itens foi de $19,3 \pm 8,3$ num máximo possível de 60, o que indica baixa limitação funcional. A média da pontuação total da SPPB foi de $8,1 \pm 2,5$ num máximo de 12, o que é indicativo de boa *performance* funcional. Dos 147 participantes, 36,7% (54) têm depressão. A análise de regressão mostra que a depressão é o principal preditor e explica 31,0% da variância da funcionalidade percebida e 17,1% da *performance*.

Os resultados sugerem que existe uma associação entre depressão e a funcionalidade pelo que poderá fazer sentido integrar a avaliação da depressão na avaliação funcional da pessoa idosa e que estratégias de intervenção direccionadas à primeira poderão ter um efeito positivo na segunda.

Keywords

Depression, functionality, elderly, Primary Health Care, GDS, WHODAS 2.0

Abstract

With advancing age, depression assumes greater importance due to its high prevalence. However, information on the association between depression and functionality in primary care is scarce. The objective of this study was to explore a possible association between functionality (perceived and performance) and depression in users of primary health care.

This was a sample stratified by age, sex and health unit and consisted of 147 users of the Primary Health Care Units of Ílhavo.

The instruments of data collection used were: a sociodemographic questionnaire; a questionnaire of pain; the Geriatric Depression Scale, a scale of disability of the World Health Organization (WHODAS); the Physical Performance Battery test (SPPB), a Scale for Rapid Assessment of Physical Activity.

The mean (\pm SD) total score of WHODAS 12 items was 19.3 ± 8.3 with a maximum possible of 60, indicating low functional limitation. The mean (\pm SD) total SPPB score was 8.1 ± 2.5 to a maximum of 12, which is indicative of good functional performance. Of the 147 participants, 36.7% ($n=54$) have depression. Regression analysis shows that depression is the main predictor and explained 31.0% of the variance of perceived functionality and 17.1% of performance.

The results suggest that depression is a contributor to decreased functioning highlighting the need to integrate the assessment of depression in the functional assessment of the elderly and intervention strategies aimed at first may have a positive effect on second.

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	9
1.1 OBJETIVOS DO ESTUDO.....	10
1.2 ESTRUTURA DA DISSERTAÇÃO	10
2. REVISÃO DA LITERATURA	13
2.1 ENVELHECIMENTO	13
2.2 ENVELHECIMENTO DEMOGRÁFICO.....	16
2.3 ENVELHECIMENTO ATIVO	18
2.4 DEPRESSÃO	19
2.4.1 Depressão e Envelhecimento.....	22
2.4.2 Escalas de Avaliação de Depressão	25
2.5 FUNCIONALIDADE.....	29
2.5.1 Funcionalidade e Envelhecimento.....	32
2.5.2 Funcionalidade e Depressão	33
3. METODOLOGIA	37
3.1 DELIMITAÇÃO DO ESTUDO.....	37
3.2 DESENHO DE INVESTIGAÇÃO.....	37
3.3 OBJETIVOS	37
3.4 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	38
3.5 AMOSTRA.....	38
3.6 PROCEDIMENTOS.....	39
3.7 RECOLHA DE INFORMAÇÃO E INSTRUMENTOS DE MEDIDA	40
3.8 ANÁLISE E TRATAMENTO DE DADOS	44
4. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	47
4.1 CARACTERÍSTICAS DA AMOSTRA.....	47
4.2 CARACTERIZAÇÃO DA DEPRESSÃO.....	49
4.3 CARACTERIZAÇÃO DA FUNCIONALIDADE PERCEBIDA	49
4.4 CARACTERIZAÇÃO DA <i>PERFORMANCE</i>	51
4.5 CARACTERIZAÇÃO DA DOR	52
4.6 CARACTERIZAÇÃO DA ATIVIDADE FÍSICA	53
4.7 DEPRESSÃO E FUNCIONALIDADE PERCEBIDA.....	53
4.8 DEPRESSÃO E <i>PERFORMANCE</i>	54
5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	57
6. CONCLUSÕES	61
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	63

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Critérios de Depressão Major.....	20
---	----

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Número de participantes e distribuição por sexo, faixa etária e local.....	39
Tabela 2 – Caracterização da amostra	48
Tabela 3 – Caracterização da Funcionalidade Percebida	50
Tabela 4 – Caracterização da <i>Performance</i>	51
Tabela 5 – Caracterização da Dor	52
Tabela 6 – Caracterização da Atividade Física: Parte 1 da RAPA	53
Tabela 7 – Modelo de regressão linear: Funcionalidade Percebida.....	54
Tabela 8 – Modelo de regressão linear: <i>Performance</i>	55

ÍNDICE DE APÊNDICES

Apêndice I – Folha de Informação	71
Apêndice II – Consentimento Informado.....	73

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo I – Questionário de caracterização do participante e da dor	75
Anexo II – Escala de depressão geriátrica	79
Anexo III – Bateria de testes de <i>performance</i>	81
Anexo IV – WHODAS 2.0 Versão de 12 itens.....	83
Anexo V – Avaliação Rápida da Atividade Física.....	85

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIVD – atividades instrumentais de vida diária

AVD – atividades de vida diária

BDI – *Beck Depression Inventory*

BDI-PC – *Beck Depression Inventory for Primary Care*

CES-D – *Center of Epidemiologic Studies Depression Scale*

CIF – Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

DP – Desvio Padrão

DSM-IV – Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais, 4ª edição

GDS – *Geriatric Depression Scale*

HDRS – *Hamilton Depression Rating Scale*

ICIDH – *International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps*

m – metros

MADRS – *Montgomery and Asberg Depression Rating Scale*

OMS – Organização Mundial de Saúde

RAPA – *Rapid Assessment of Physical Activity*

s – segundos

SPPB – *Short Physical Performance Battery*

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

WHODAS – *World Health Organization Disability Assessment Schedule*

1. INTRODUÇÃO

Com o envelhecimento, há um declínio da funcionalidade que envolve todas as funções do corpo, atividades e participação do indivíduo na sociedade. Esta diminuição da funcionalidade está associada ao aumento de ocorrência das doenças crônicas. Uma dessas doenças é a depressão, que pode conduzir ao aumento da procura de cuidados de saúde (World Health Organization, 2002).

Tal como a população idosa tem vindo a aumentar, também a depressão tem sofrido um acréscimo, nas últimas décadas. De acordo com Organização Mundial de Saúde (2001), a depressão está a tornar-se num dos principais problemas de saúde, nos países desenvolvidos, situando-se em quarto lugar, na lista de encargos com a saúde, em 2001, e com tendência para acentuar a sua importância, nos próximos anos, perspectivando-se uma subida ao segundo lugar, em 2020. Esta patologia está associada ao aumento do risco de morbilidade e suicídio, à diminuição das capacidades físicas, cognitivas e sociais. Estes factores, por sua vez, estão associados à diminuição de qualidade de vida e ao aumento da mortalidade geriátrica (Beekman et al., 2002).

A presença de depressão em idosos está associada à diminuição da capacidade funcional nas atividades de vida diárias (AVD) (Hybels et al., 2009, Okura et al., 2010), na mobilidade e nas atividades instrumentais de vida diária (AIVD) (Hybels et al., 2009), a menor equilíbrio, a menor velocidade de marcha e ao aumento do tempo necessário para levantar de uma cadeira (Penninx et al., 1998).

Para minimizar o efeito da depressão, quer na funcionalidade, quer na mortalidade, torna-se fundamental fazer um bom diagnóstico e tratamento da mesma. Neste sentido, o conhecimento das suas características e dos métodos de rastreio e diagnóstico mais apropriados assume um papel preponderante.

Com o aumento da população idosa e da esperança média de vida, é fundamental encontrar formas de preservar e melhorar as capacidades funcionais das pessoas idosas, de modo a promover a sua independência, autonomia e qualidade de vida. É neste contexto que surge o conceito de Envelhecimento Ativo, que pretende chamar à atenção para a necessidade de melhorar a

qualidade de vida de todas as pessoas à medida que envelhecem. Os objetivos do programa Envelhecimento Ativo estão relacionados com a promoção de maior autonomia, a estimulação de competências, o aumento da capacidade de adaptação e a redução do nível de dependência (World Health Organization, 2002). Assim, a avaliação do estado funcional das pessoas idosas e dos seus determinantes pode ajudar a identificar grupos em risco de declínio funcional, de hospitalização ou de agravamento do estado de saúde, facilitando a adequação dos programas de intervenção às necessidades dos idosos e diminuindo o desperdício de recursos.

A depressão é comum nas pessoas idosas e parece estar associada a uma diminuição da funcionalidade. Contudo e, particularmente em Portugal, a informação sobre uma possível associação entre depressão e funcionalidade nos idosos utentes dos cuidados de saúde primários é escassa.

1.1 OBJETIVOS DO ESTUDO

Considerando a depressão um problema de saúde pública que influencia a capacidade funcional, este estudo pretende analisar o impacto da depressão na funcionalidade das pessoas idosas, tendo como principais objetivos:

- Caracterizar a funcionalidade e a depressão dos utentes com 60 ou mais anos, das Unidades de Cuidados de Saúde Primários do Concelho de Ílhavo;
- Caracterizar a relação entre a funcionalidade (percebida e *performance*) e a depressão.

1.2 ESTRUTURA DA DISSERTAÇÃO

A presente dissertação é constituída por seis capítulos, nomeadamente:

- O capítulo I – Introdução; onde são apresentados o enquadramento, os objetivos do estudo e a organização do documento;

- O capítulo II - Revisão da Literatura; onde se apresenta a revisão bibliográfica que aborda os temas do envelhecimento, da depressão e da funcionalidade;
- O capítulo III – Metodologia; onde são descritos a amostra, os instrumentos de recolha de dados, os procedimentos e a análise estatística utilizados no estudo;
- O capítulo IV - Apresentação dos Resultados; onde são apresentados os resultados do estudo;
- O capítulo V - Discussão dos Resultados; é referente à análise e discussão dos resultados obtidos;
- O capítulo VI – Conclusão; onde são sumariadas as principais conclusões do estudo.

2. REVISÃO DA LITERATURA

Neste capítulo é apresentada a revisão bibliográfica relativa aos temas do envelhecimento, da depressão e da funcionalidade.

2.1 ENVELHECIMENTO

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) (World Health Organization, 2002), o envelhecimento pode ser definido como o processo de mudança progressivo a nível biológico, psicológico e social que se inicia antes do nascimento e que continua ao longo da vida. É um processo natural e comum nos seres humanos, o qual dará sinais em determinado momento, com implicações a todos os níveis. É um processo lento, progressivo e contínuo, e atinge todos os tecidos e sistemas do organismo.

Este não ocorre de forma generalizada, isto é, as pessoas não envelhecem todas da mesma maneira. A forma como uma pessoa envelhece e vivencia este processo, a sua saúde e funcionalidade, dependem não apenas da sua constituição genética, mas também dos seus hábitos e estilos de vida (Kuznier & Lenardt, 2011; WHO, 1998).

As alterações orgânicas decorrentes do envelhecimento não devem ser vistas como patológicas, mas como alterações naturais do organismo. O desafio fundamental será o de permitir às pessoas que morram o mais idosas possível, mas também que vivam uma velhice com qualidade de vida (Fontaine, 2000).

O processo natural de envelhecimento é denominado senescência e refere-se ao compromisso progressivo dos aspetos físicos e cognitivos, como o aparecimento de rugas, menor resistência física e menor capacidade psicológica de adaptação ao meio ambiente. Por sua vez, o envelhecimento patológico está associado às alterações consequentes de doenças como as cataratas, osteoporose ou Alzheimer (Pelegriño, Leal, & Barroso, 2009).

De acordo com a OMS, a “velhice” inicia-se aos 65 anos, marcada pela idade da reforma. A realidade atual e o conhecimento do idoso não permitem aceitar passivamente este conceito. Há reformados com idade inferior e há pessoas com atividade profissional para além dela (Pereira et al., 2004).

Não há uma correspondência linear entre idade cronológica e idade biológica (Assis, 2005). Assim, é impossível datar o seu início. O envelhecimento consiste no processo progressivo e gradual, influenciado por vários fatores de ordem genética, biológica, social, ambiental, psicológica e cultural (Assis, 2005). O processo de envelhecimento é uma experiência heterogênea e individual (Schneider & Irigaray, 2008). Assim sendo, o envelhecimento pode ser compreendido como um processo complexo, composto por diferentes idades: i) cronológica, em função do tempo desde que se nasce; ii), biológica, relacionada com o estado funcional dos órgãos e funções orgânicas; iii) funcional, que se refere à capacidade de a pessoa manter os papéis pessoal e social (Pereira et al., 2004).

Segundo Schneider & Irigaray (2008), distinguem-se três tipos de envelhecimento: o biológico, o psicológico e o social. O envelhecimento biológico designa as transformações que ocorrem nos sistemas orgânicos e funcionais, reduzindo a sua capacidade biológica de autorregulação e, conseqüentemente, diminuindo a probabilidade de sobrevivência. A diminuição da densidade óssea, a diminuição da elasticidade da pele, a perda de cabelo, o surgimento de cabelos brancos, o decréscimo da massa muscular ou a diminuição da acuidade visual ou auditiva são algumas das modificações normais do processo de envelhecimento. O peso e o volume do encéfalo diminuem por perda de neurónios, mas, apesar desta redução, as funções mentais permanecem preservadas até o final da vida.

O envelhecimento psicológico refere-se à evolução dos processos cognitivos (inteligência, memória, aprendizagem, criatividade), assim como ao desenvolvimento de competências comportamentais e emocionais que permitam à pessoa ajustar-se às modificações que ocorrem com a idade e exigências do meio. Em parte, a caracterização do indivíduo como velho é dada quando ele começa a ter lapsos de memória, dificuldade de aprendizagem e falhas de

atenção, orientação e concentração, comparativamente com suas capacidades cognitivas anteriores. Sabe-se que mesmo durante o processo de envelhecimento normal, algumas capacidades cognitivas como a rapidez de aprendizagem e a memória diminuem naturalmente com a idade. No entanto, essas perdas podem ser compensadas por ganhos em sabedoria, conhecimento e experiência (Schneider & Irigaray, 2008). Na maioria das vezes, o declínio no funcionamento cognitivo é provocado pelo desuso, doenças (como depressão), fatores comportamentais (como consumo de álcool e medicamentos), fatores psicológicos (por exemplo, falta de motivação, de confiança e baixas expectativas) e fatores sociais (como a solidão e o isolamento), mais do que o envelhecimento em si (World Health Organization, 2002).

O envelhecimento social encontra-se marcado pela cultura e história de cada sociedade e refere-se ao desempenho de papéis sociais ajustados às expectativas da sociedade em que a pessoa se insere. Socialmente caracteriza-se pela mudança de papéis, a partir do momento em que a pessoa deixa o mercado de trabalho e deixa de ser economicamente ativa, sendo rotulada de improdutiva e inativa. Com a reforma, ocorre um rompimento de relações sociais com outras pessoas com as quais conviveu durante muitos anos. Contudo, a reforma pode ser vista como um período de atividade e lazer (Schneider & Irigaray, 2008).

Existem padrões de envelhecimento distintos tanto entre pessoas com a mesma idade cronológica, como nas diversas funções de uma mesma pessoa (fisiológicas, psicológicas, sociais). Logo, as pessoas com mais de 65 anos não representam um grupo homogêneo.

Com o avançar da idade aumenta a ocorrência de doenças crônicas e a dependência. No entanto, o envelhecimento não deve ser visto como sinónimo de perdas, uma vez que as doenças associadas ao envelhecimento podem ser prevenidas ou adiadas. Para tal, são necessárias ações preventivas e de promoção da saúde que ajudem a melhorar a qualidade de vida e aumentem a expectativa de vida ativa, ou seja, a média de anos que uma pessoa pode viver com autonomia, saúde e independência (World Health Organization, 2002).

2.2 ENVELHECIMENTO DEMOGRÁFICO

O envelhecimento demográfico consiste no “aumento da proporção das pessoas idosas na população total”, como consequência da diminuição da população jovem e/ou diminuição da população ativa (Instituto Nacional de Estatística, 2002, p. 1). À medida que as populações envelhecem, a pirâmide populacional triangular de 2002 será substituída por uma estrutura mais cilíndrica em 2025 (World Health Organization, 2002).

Atualmente, o número de pessoas com 60 ou mais anos está a crescer mais rapidamente do que o número de pessoas de qualquer outra faixa etária. Em 1950, havia 205 milhões de pessoas com 60 ou mais anos no mundo. Em 2012, o número de pessoas idosas aumentou para quase 810 milhões, constituindo 11,5% da população global. Projeta-se que esse número alcance 1 bilião em menos de 10 anos e que duplique até 2050, alcançando 2 biliões. Em 2050, pela primeira vez haverá mais idosos que crianças menores de 15 anos (Fundo de População das Nações Unidas, 2012).

Em Portugal, a proporção de jovens (população com menos de 15 anos) recuou para 15% e a de idosos (população com 65 ou mais anos) cresceu para 19% entre os censos 2001 e 2011. Diminuiu a base da pirâmide, correspondente à população mais jovem, e alargou-se o topo, com o crescimento da população mais idosa. Houve uma diminuição da população em todos os grupos etários (quinquenais) entre os 0-29 anos. A população entre os 30 e os 69 anos aumentou 9% e, para idades superiores a 69 anos, o crescimento foi de 26% (Instituto Nacional de Estatística, 2014a).

Em 2011, o índice de envelhecimento da população, definido “como o quociente entre o número de pessoas com 65 ou mais anos e o número de pessoas com idades compreendidas entre os 0 e os 14 anos (expressa habitualmente por 100 pessoas dos 0 aos 14 anos)” (Instituto Nacional de Estatística, 2014b, p. 18), era de 128, o que significa que por cada 100 jovens existiam 128 idosos (102 em 2001). O índice de envelhecimento foi de 136, em 2013 (Instituto Nacional de

Estatística, 2014a). Entre 2012 e 2060, o índice de envelhecimento poderá aumentar de 131 para 307 (Instituto Nacional de Estatística, 2014b).

As Estimativas de População Residente dos últimos anos confirmam o duplo envelhecimento demográfico: aumento do número de idosos, diminuição do número de jovens e do número de pessoas com idades compreendidas entre os 15 e os 64 anos (população em idade ativa) (Instituto Nacional de Estatística, 2014a).

A distribuição das pessoas que vivem em famílias unipessoais em Portugal é variável consoante o sexo, mas também de acordo com a faixa etária. Cerca de metade das pessoas neste tipo de famílias tem 65 e mais anos de idade (46,9%), correspondendo 36,1% a mulheres e 10,8% a homens. Este fenómeno é justificado pelo fato de a esperança média de vida ser, em média, superior no caso das mulheres. A percentagem de idosos a viver com outros familiares baixou significativamente de 2001 para 2011 (de 19,6% para 15,8%). Tal fenómeno é concomitante com o aumento do isolamento social de idosos (Instituto Nacional de Estatística, 2013).

O envelhecimento populacional leva à reflexão sobre questões relevantes como: a idade da reforma, os meios de subsistência, a qualidade de vida, o estatuto dos idosos na sociedade e na sustentabilidade dos sistemas de segurança social e de saúde (Instituto Nacional de Estatística, 2002).

Devido à elevada incidência de doenças na população idosa, esta é responsável pelo aumento da procura dos serviços de saúde e aumento dos gastos em saúde. As pessoas idosas consomem mais serviços de saúde, as hospitalizações são mais frequentes e mais prolongadas do que nas outras faixas etárias (Veras, 2008).

Os cuidados de saúde primários são a principal via de acesso aos cuidados de saúde. Com a intenção de prevenção, diagnóstico e tratamento ou reabilitação, o conhecimento do seu padrão de utilização revela-se determinante para a avaliação da saúde de uma determinada população, na medida em que, quanto maior for a sua utilização, melhores serão os ganhos em saúde. A procura dos

cuidados de saúde primários regista uma maior frequência de utilização nos idosos mais velhos(Centro de Estudos e Desenvolvimento Regional e Urbano, 2008). Um estudo realizado em Portugal, pelo Centro de Estudos e Desenvolvimento Regional e Urbano (2008) sobre a avaliação das necessidades das pessoas idosas envolvendo 1324 indivíduos, verificou que, entre os 55-64 anos, a frequência de utilização dos cuidados de saúde primários era rara (29,5%), nos indivíduos entre os 65-74 anos, a frequência de utilização aumentava para várias vezes por ano (26,2%), assim como nos indivíduos dos 75-84 anos (31,7%) e, nos idosos mais velhos (85 anos), a frequência de utilização dos cuidados de saúde primários era mensal (27,3%). O aumento da frequência de utilização dos cuidados de saúde primários com o aumento da idade deve-se à diminuição da funcionalidade com o avançar da idade.

2.3 ENVELHECIMENTO ATIVO

Perante o novo panorama demográfico, surgiu o conceito de Envelhecimento Ativo preconizado por World Health Organization (2002), que consiste no processo de otimização das oportunidades para a saúde, a participação e a segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida, à medida que as pessoas envelhecem. Este conceito permite que as pessoas percebam o seu potencial para o bem-estar físico, social e mental ao longo da vida e que participem na sociedade de acordo com as suas necessidades, desejos e capacidades, e ainda proporciona proteção, segurança e cuidados adequados. O termo ativo está relacionado com a participação de um modo contínuo nas questões sociais, económicas, culturais, espirituais ou civis. Deste modo, na perspetiva do envelhecimento ativo, as pessoas reformadas e aquelas que apresentam alguma doença ou que vivem com necessidades especiais podem continuar a contribuir ativamente para os seus familiares, comunidades e países. O objetivo do Envelhecimento Ativo é a promoção do aumento da expectativa de uma vida saudável e a qualidade de vida para todas as pessoas durante o processo de envelhecimento, incluindo as que são frágeis, fisicamente incapacitadas e que requerem cuidados (World Health Organization, 2002).

Conforme as pessoas envelhecem, as doenças crónicas transformam-se nas principais causas de morbidade, incapacidade e mortalidade a nível mundial, inclusive nos países em desenvolvimento. Muitas dessas doenças podem ser evitadas ou, pelo menos, adiadas. Segundo World Health Organization (2002), a principal doença crónica mental que afeta as pessoas idosas é a depressão. Esta é considerada uma das principais causas de morte, invalidez e diminuição do funcionamento cognitivo.

2.4 DEPRESSÃO

Um episódio de perturbação depressiva caracteriza-se por humor depressivo que varia pouco de dia para dia ou de acordo com as circunstâncias e pode acompanhar-se de sintomas somáticos (perda de interesse ou prazer; despertar matinal precoce, várias horas antes da hora habitual de despertar; lentidão psicomotora importante; agitação; perda de apetite, com perda de peso e perda da libido). O episódio depressivo pode ser classificado quanto à intensidade: leve, moderado, ou grave (Porto, 1999). Esta classificação é realizada de acordo com o número e a intensidade dos sintomas: leve inclui 2 a 3 sintomas, capacidade de desempenhar a maioria das atividades da vida diária; moderado inclui 4 ou mais sintomas, com muita dificuldade em continuar a desempenhar as atividades da vida diária; e grave inclui vários sintomas marcantes e angustiantes, perda de autoestima e ideias de desvalorização e culpa, ideias e atos suicidas são comuns, com vários sintomas somáticos. Os episódios leves e moderados podem ser classificados de acordo com a presença ou ausência de sintomas somáticos. Os episódios depressivos graves são subdivididos de acordo com a presença ou ausência de sintomas psicóticos (Porto, 1999).

No Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais, 4ª edição (DSM-IV), os transtornos depressivos são definidos com base no número de sintomas e a sua duração (Quadro 1) (American Psychiatric Association, 1994).

Quadro 1 – Critérios de Depressão Major (American Psychiatric Association, 1994)

Critérios para Episódio Depressivo Major

A. Cinco ou mais dos seguintes sintomas estiveram presentes durante o mesmo período de 2 semanas e representam uma alteração a partir do funcionamento anterior. Os sintomas 1 ou 2 estão obrigatoriamente presentes.

1. Humor deprimido na maior parte do dia, quase todos os dias, indicado por relato subjetivo (por ex., sente-se triste ou vazio) ou observação de outras pessoas (por ex., chora muito);
2. Diminuição clara do interesse ou prazer por todas ou quase todas as atividades na maior parte do dia, quase todos os dias (indicado por relato subjetivo ou observação feita por outros);
3. Perda ou ganho significativo de peso sem estar em dieta (por ex., mais de 5% do peso corporal num mês), ou diminuição ou aumento do apetite quase todos os dias;
4. Insônia ou hipersônia quase todos os dias;
5. Agitação ou inibição psicomotora quase todos os dias (observáveis por outros, não meramente sensações subjetivas de inquietação ou de estar mais lento);
6. Fadiga ou perda de energia tipicamente diária;
7. Sentimento de desvalorização ou culpa excessiva ou inadequada (que pode ser delirante), quase todos os dias (não meramente autorreprovação ou culpa por estar doente);
8. Diminuição da capacidade de se concentrar e pensar, ou indecisão, quase todos os dias (por relato subjetivo ou observação feita por outros);
9. Pensamentos recorrentes acerca da morte (não apenas medo de morrer), ideação suicida recorrente sem um plano específico ou tentativa de suicídio.

B. Os sintomas não preenchem os critérios de episódio misto.

C. Os sintomas causam mal-estar clinicamente significativo ou deficiência no funcionamento social, ocupacional, ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

D. Os sintomas não são explicados pelo efeito fisiológico direto de uma substância (por ex., droga de abuso ou medicamento) ou de uma patologia médica geral (por ex., hipotireoidismo).

E. Os sintomas não são melhor explicados por luto, ou seja, após a perda de um ente querido, os sintomas persistem por mais de 2 meses ou são caracterizados por acentuado prejuízo funcional, preocupação mórbida com falta de valia, ideação suicida, sintomas psicóticos ou retardo psicomotor.

Segundo a DSM-IV, que é o sistema diagnóstico mais amplamente utilizado, o diagnóstico de depressão major caracteriza-se por um ou mais episódios depressivos, de pelo menos 2 semanas, com 5 dos 9 sintomas apresentados no

Quadro 1. Estes sintomas podem incluir sintomas psicológicos e somáticos, que estejam presentes, durante o mesmo período, e sendo um deles obrigatoriamente humor deprimido. Os transtornos de humor induzidos por substância (devido aos efeitos fisiológicos diretos de uma droga, medicamento, ou exposição a uma toxina) ou os transtornos do humor devido a uma condição médica geral não contam para um diagnóstico de Depressão Major (American Psychiatric Association, 1994).

A evidência epidemiológica sugere que as taxas de mortalidade são superiores em pessoas com 55 ou mais anos com Depressão Major. E, ainda, as pessoas com depressão major institucionalizadas podem ter um aumento acentuado da probabilidade de morte no primeiro ano. Entre as pessoas vistas em contextos médicos gerais, aquelas com Depressão Major têm mais dor, doença física e diminuição do funcionamento físico e social (American Psychiatric Association, 1994).

O risco de Depressão Major tem variado de 10% a 25% para as mulheres e de 5% a 12% para os homens. A taxa de prevalência de Depressão Major em adultos da comunidade variou de 5% a 9% para mulheres e de 2% a 3% para homens (American Psychiatric Association, 1994).

Wancata & Friedrich (2011) refere que vários estudos têm mostrado que a depressão é mais comum em pessoas internadas em hospitais gerais ou casas de repouso. Da mesma forma, aqueles que cuidam de uma pessoa com demência ou esquizofrenia sofrem mais frequentemente de depressão. Ao lado de fatores de risco de depressão como a morbidade física ou cuidar de um familiar com patologias psiquiátricas, quase todos os estudos publicados reportam estimativas de prevalência mais elevadas para as mulheres que para os homens. Enquanto o sexo feminino é claramente um fator de risco de depressão, a influência da idade ainda não está clara. Os mesmos autores referem que alguns estudos relatam um aumento da prevalência e incidência com o aumento da idade, enquanto outros não encontraram essa associação.

Os transtornos depressivos afetam a vida quotidiana. A depressão é a principal causa da diminuição da qualidade de vida e da incapacidade para o trabalho. Um estudo realizado em vários países europeus (Alonso et al. 2004 cit. por Wancata & Friedrich, 2011) reconheceu que pessoas com depressão major perderam 25% dos seus dias de trabalho durante o ano anterior e pessoas com distímia perderam 28%. Em contraste, as pessoas com diabetes ou problemas cardíacos perderam apenas 12% e 18%, respetivamente. Estudos têm demonstrado que a incapacidade de trabalho por doença ou reforma antecipada tem custos elevados (Wancata & Friedrich, 2011). Por exemplo, os custos devido a transtornos depressivos são cerca de quase 2,5 milhares de milhões de euros por ano, na Áustria. Os custos anuais devido à incapacidade para o trabalho são ainda maiores do que os custos para o tratamento da depressão. Mas, além de custos elevados, de transtornos depressivos têm, muitas vezes, consequências médicas graves, como a morbilidade física prolongada ou suicídio (Wancata & Friedrich, 2011).

2.4.1 Depressão e Envelhecimento

É um equívoco comum acreditar que a depressão é uma parte normal do envelhecimento, mas evidências mostram que vários problemas de saúde, muitas vezes, são responsáveis pelo início da associação entre depressão e idade avançada (Haralambous et al., 2009). A depressão é essencialmente o mesmo transtorno ao longo da vida, embora alguns sintomas sejam acentuados e outros sejam reprimidos em pessoas idosas. Por exemplo, os idosos com depressão normalmente relatam mais sintomas físicos e menos tristeza, em comparação com os mais jovens com depressão.

Santos (2002) refere que a noção que temos de que a depressão é a patologia mais frequente nas idades tardias tem origem em vários estudos epidemiológicos, alguns feitos exclusivamente com populações idosas, outros destinados a recolher dados epidemiológicos sobre a depressão, em geral. Contudo, o

conceito, o diagnóstico e a classificação da depressão são motivos de muitas controvérsias.

Um número substancial de estudos faz referência aos fatores de risco que estão significativamente associados aos sintomas depressivos entre as pessoas idosas, como fatores demográficos (ruralidade, sexo, idade, estado civil, institucionalização, escolaridade, profissão e status socioeconómico), psicossociais (acontecimentos de vida, luto, falta de confidente / relação íntima, isolamento socioafetivo, apoio sociofamiliar, solidão, dificuldade em satisfazer as AVD, dificuldades cognitivas e história prévia de depressão) e de saúde (doença física, número de doenças, doenças crónicas, incapacidades e deficiências, doença psíquica e ingestão de medicamentos depressores). Vaz (2009) faz referência a um conjunto de estudos, nos quais fatores como o aumento da idade, o fato de ser solteiro, viúvo ou divorciado, residir em instituições, o baixo nível de escolaridade e o baixo rendimento social estão diretamente relacionados com a depressão no idoso.

Já no que concerne ao sexo, vários estudos referem a predominância da depressão nas mulheres e que esta difere da depressão apresentada pelos homens, tanto no que diz respeito à comunicação dos sintomas como aos fatores de risco (Vaz, 2009). Também Santos (2002) constata com o seu estudo que a depressão é mais frequente em idosos do sexo feminino. Por outro lado, é também mais frequente nos idosos internados e nos mais idosos. Em idosos institucionalizados, a prevalência é mais elevada, 25% a 80% a nível internacional e, em Portugal, varia entre 25% e 73% (Martins 2008). Santos (2002) refere que parece ser facto assente que a depressão é a mais frequente perturbação psíquica nos idosos, variando a sua prevalência entre 5% e 65%, consoante os estudos e a população alvo.

Em pessoas idosas, muitas vezes, é difícil determinar se os sintomas cognitivos (desorientação, apatia, dificuldade de concentração, perda de memória) são explicados por uma demência ou por um episódio depressivo major. Este diagnóstico diferencial pode ser feito através de uma avaliação médica e tendo em consideração o início da perturbação, sequência temporal dos sintomas

depressivos e cognitivos, curso da doença e resposta ao tratamento. O estado pré-mórbido da pessoa pode ajudar a diferenciar a depressão major da demência. Na demência, há geralmente uma história pré-mórbida de declínio da função cognitiva, ao passo que o indivíduo com depressão major é muito mais propenso a ter um estado pré-mórbido e declínio cognitivo abrupto associado à depressão (American Psychiatric Association, 1994). Nas pessoas idosas, a depressão muitas vezes é acompanhada por perda de memória e comprometimento cognitivo (Yesavage et al., 1983). Por outro lado, os sintomas somáticos, que geralmente são a chave para o diagnóstico de depressão em jovens, são menos úteis em idosos. Por exemplo, os distúrbios do sono são um sintoma comum de depressão endógena, mas estas perturbações são também comuns em idosos não deprimidos. Uma série de outros exemplos incluem o declínio normal da função sexual, obstipação e as dores associadas à artrite nos idosos (Yesavage et al., 1983).

Outros fatores que contribuem para tornar a detecção de depressão em pessoas idosas particularmente difícil são o isolamento social, o início insidioso dos sintomas e a ausência ocasional de humor depressivo óbvio (Almeida & Almeida, 1999).

De modo geral, com o avançar da idade, a depressão assume maior importância devido à sua expressiva prevalência aliada à frequente limitação funcional. A depressão no idoso é, na maioria das vezes, difícil de ser reconhecida e, conseqüentemente, não é tratada, causando sofrimento desnecessário para aqueles que estão sem tratamento, encargo para as famílias e aumento dos custos financeiros à sociedade (Almeida & Almeida, 1999).

Portanto, torna-se importante avaliar a existência ou não de depressão na pessoa idosa.

2.4.2 Escalas de Avaliação de Depressão

Existem várias ferramentas de avaliação da depressão, potencialmente utilizáveis na população geriátrica. Escalas de depressão de aplicação fácil e rápida podem ser úteis para despistar os casos, onde só uma entrevista longa e especificamente orientada pode fazer o diagnóstico (Gonçalves e Fagulha, 2004).

Segundo a revisão de Tison et al. (2000), existem cerca de 43 escalas com características distintas, sendo umas mais adequadas do que outras. No entanto, o autor considera três escalas de avaliação de depressão de especial interesse na depressão geriátrica, sendo elas a *Geriatric Depression Scale* (GDS), de Yesavage, a *Montgomery and Asberg Depression Rating Scale* (MADRS), de Montgomery e Asberg e a *Hamilton Depression Rating Scale* (HDRS), de Hamilton.

A escala GDS foi criada pela primeira vez por Yesavage et al. (1983), seguindo a necessidade de um instrumento de diagnóstico, especialmente para as pessoas idosas, permitindo distinguir uma pessoa com depressão de uma com outras patologias. Esta não é uma tarefa fácil, se considerando as comorbidades que ocorrem com frequência entre os idosos. Esta escala foi construída com base nos aspetos cognitivos e comportamentais da depressão. (Segulin & Deponete, 2007). É um breve questionário no qual os participantes são convidados a responder sim ou não às 30 perguntas, em referência ao modo como se sentiram no dia da aplicação. A pontuação de 0 a 10 é considerada normal, de 11 a 20 indica depressão leve, e de 21 a 30 indica depressão grave (Kurlowicz, 1986).

Esta escala é um dos instrumentos extensamente utilizados, tanto na sua versão original de 30 itens (GDS-30), como nas versões reduzidas de 15, 10, 5 e 4 itens, sendo que apenas a de 1 item não se mostrou eficaz nos estudos de validação (Almeida & Almeida, 1999).

A GDS-30 tem uma sensibilidade de 92% e uma especificidade de 89% quando avaliada em relação aos critérios de diagnóstico. A validade e a confiabilidade do instrumento foram apoiadas através tanto da prática clínica como da pesquisa

(Kurlowicz, 1986). A GDS-15 tem uma sensibilidade de 92,7% e uma especificidade de 65,2 % (Almeida & Almeida, 1999).

Vários estudos têm confirmado a validade dos GDS ao longo dos anos, em várias línguas e até mesmo nas formas reduzidas que foram desenvolvidas e que têm capacidades de diagnóstico semelhantes ao original (Segulin & Deponete, 2007).

O estudo de Prakash et al. (2009) mostrou que uma proporção significativa (23%) dos doentes idosos em ambulatório pontuou acima do ponto de corte geralmente recomendada – 5, na GDS-15. A prevalência de transtorno depressivo foi de 18%. Nenhum dos médicos geriátricos tinha feito um diagnóstico de depressão. O desafio é a formação e orientação dos médicos sobre os protocolos para tratamento da depressão. Embora seja importante para os médicos para documentar a existência de depressão nas notas de casos clínicos, o estudo é um ponteiro para a necessidade de utilização de um instrumento de triagem simples no ambulatório médico. Para este fim, GDS-15 encaixa como um instrumento de triagem simples que seja aceitável para os doentes e com o qual eles não têm grandes dificuldades. A mensagem principal que emana do estudo é que é possível e viável a utilização GDS-15 como um instrumento de triagem na avaliação médica.

A GDS tem sido amplamente usada em situações clínicas e em investigação. Portanto, a escala foi traduzida em várias línguas e está disponível na Ásia, na Europa e na América. Isto sugere que a GDS produz resultados consistentes em diferentes culturas (Almeida & Almeida, 1999). Esta escala foi traduzida, aferida e adaptada à população portuguesa por Veríssimo (1988).

A MADRS contém poucos itens somáticos e é uma escala de heteroavaliação de 10 itens, que fornece um bom índice de gravidade global da depressão, apresentando uma grande sensibilidade às mudanças, durante o tratamento (Tison et al., 2000).

A HDRS é uma escala bastante utilizada para heteroavaliação da depressão. Existe sob diferentes formas, sendo a de 17 itens a mais utilizada. É um bom indicador da intensidade global da depressão e suficientemente sensível para

estimar as mudanças, sob tratamento antidepressivo. Esta escala é validada para a população idosa por vários estudos. A presença de 5 itens somáticos pode limitar a sua validade, em caso de doença orgânica (Tison et al., 2000).

Também a *Beck Depression Inventory* (BDI) é uma escala de autoavaliação para pessoas idosas, utilizada na despistagem e avaliação da intensidade da depressão, podendo também ser usada por alguns clínicos como ferramenta para um diagnóstico rápido (Tison et al., 2000). Esta é constituída por 21 itens, divididos por duas subescalas: cognitiva-afectiva e somática. As duas subescalas são moderadamente correlacionadas, o que aponta para que os aspetos físicos e psicológicos da depressão sejam relacionados ao invés de completamente distintos (Steer et al., 1999). No entanto, quando os doentes apresentam patologia médica associada, pode artificialmente inflacionar os resultados na BDI, devido aos sintomas físicos (Moore et al., 1998). No estudo de Berg et al. (2009), apesar de os sintomas afetivos e somáticos estarem associados à depressão, a subescala somática não apresentou uma boa consistência interna, uma vez que os sintomas somáticos poderiam ter outras causas, que não a depressão, que não foram despistadas. Numa tentativa de contornar este problema, Beck et. al desenvolveram a *Beck Depression Inventory for Primary Care* (BDI-PC), uma escala de rastreio curta, que consiste em sete itens considerados independentes da função física. Diferentemente da BDI que estratifica os doentes, de acordo com a intensidade, a BDI-PC produz apenas o resultado binário de não deprimido ou deprimido, para pontuações superiores a 4 (Steer et al., 1999).

Outra escala comumente utilizada para o rastreio da depressão é a *Center of Epidemiologic Studies Depression Scale* (CES-D) (Radloff, 1977). É uma escala constituída por 20 itens redigidos de forma simples sobre humor, sintomas somáticos, interações com os outros e funcionamento motor, podendo ser aplicada por escrito ou oralmente. A CES-D é uma escala construída para avaliar o nível atual da sintomatologia depressiva na população geral, mas é igualmente adequada para populações de adolescentes, adultos jovens e pessoas idosas. A versão portuguesa revelou boas qualidades psicométricas, no estudo de Gonçalves e Fagulha (2000). Demonstrou em particular que existe uma boa

correlação entre os resultados na escala e o número e gravidade dos sintomas depressivos avaliados pela entrevista clínica, sendo que com o aumento da pontuação, se verifica um claro aumento da probabilidade de estarmos perante uma perturbação depressiva. Este estudo apresenta a limitação de ter uma amostra com idades compreendidas entre os 35 e os 65 anos.

No estudo de Batistoni et al. (2007), em idosos brasileiros, foram comparadas a GDS e a CES-D e a pontuação da CES-D > 11 mostrou-se sensível, específica e com boa precisão, mas com baixo valor preditivo positivo, em relação ao seu valor preditivo negativo. Este resultado pode ser explicado pela diferença entre as duas escalas: a CES-D inclui os sintomas somáticos e a GDS não. Como a CES-D permite que os idosos registem esse tipo de sintomas, ao contrário da GDS, isso pode justificar a discrepância entre a prevalência de depressão geriátrica identificada por cada uma delas (GDS – 15% e CES-D – 33,8%). Comparada com a GDS, a CES-D sobrestimou o número de idosos possivelmente afetados com depressão, na amostra estudada.

Segundo Kurlowicz et al. (2005), o uso de qualquer escala de depressão com tópicos sensíveis a comorbilidades médicas, perdas funcionais e/ou crenças culturais e raciais, e não necessariamente associados a depressão, pode ser menos preciso na identificação de depressão pura subjacente, resultando num rastreio não específico de depressão, nos idosos. Assim, numa população com múltiplas comorbilidades médicas e alto défice funcional, é especialmente importante explorar a prevalência de depressão, usando uma escala de depressão com um nível baixo de tópicos somáticos, como a Escala de Depressão Geriátrica.

2.5 FUNCIONALIDADE

Em 1980, a OMS criou a Classificação Internacional das Deficiências, Incapacidades e Desvantagens (International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps – ICIDH), que classifica o impacto da doença, contemplando três dimensões: a deficiência, a incapacidade e a desvantagem.

“A deficiência é definida como qualquer perda ou anomalia em uma estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica. A incapacidade constitui qualquer restrição ou falta de habilidade, decorrente de uma deficiência, para desempenhar uma atividade da maneira ou dentro do intervalo considerado normal para um ser humano. A desvantagem é uma consequência de uma deficiência ou incapacidade que ocasiona uma limitação no desempenho de um papel social que é norma” (Alves et al., 2008, p. 1201).

A tríade de deficiência, incapacidade, desvantagem forneceu a estrutura para a expansão de conceitos de doença, incluindo o impacto no funcionamento físico e psicossocial. A ICIDH foi substituída pela Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) em 2001 (Alves, Leite, & Machado, 2008).

A OMS desenvolveu a CIF para criar um quadro conceptual universal, definir e classificar a funcionalidade (Garin et al., 2010). A CIF define os domínios da saúde e domínios relacionados com a saúde. Estes domínios são descritos com base na perspectiva do corpo, do indivíduo e da sociedade. A CIF está estruturada em duas partes e cada uma com dois componentes: i) Funcionalidade e Incapacidade (Funções do Corpo e Estruturas do Corpo, Atividades e Participação) e ii) Fatores Contextuais (fatores ambientais e pessoais). A classificação agrupa sistematicamente diferentes domínios de uma pessoa com uma determinada condição de saúde. De acordo com a CIF, *“A Funcionalidade é um termo que engloba todas as funções do corpo, atividades e participação; de*

maneira similar, incapacidade é um termo que inclui deficiências, limitação da atividade ou restrição na participação”(OMS, 2004, p.7).

Existem vários instrumentos que têm sido tradicionalmente utilizados para medir funcionalidade, tal como o Questionário do Estado Funcional, e alguns desenvolvidos para populações específicas, como o *Late Life Function and Disability Instrument* para idosos. Todavia, nenhum destes foi desenvolvido com base no modelo biopsicossocial da CIF. Assim, com o desenvolvimento do modelo conceptual da CIF foi criado o *World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0* (WHODAS 2.0) (Garin et al., 2010). O WHODAS 2.0 é um instrumento de avaliação da incapacidade resultante da doença e da interação da pessoa com o ambiente. Foi desenhado para avaliar as limitações nas atividades e restrições na participação vividas por uma pessoa, independentemente do diagnóstico médico (Ribeiro, 2010).

O WHODAS 2.0 possui vantagens sobre outros instrumentos de avaliação atuais devido ao seu extenso desenvolvimento, ligado com o desenvolvimento da CIF. Tal como acontece na CIF, também no WHODAS 2.0, a incapacidade é entendida como um conceito etiologicamente neutro, independente de um quadro de doença ou da condição de saúde prévia. O WHODAS 2.0 é o único instrumento de avaliação que abrange na totalidade os domínios da CIF, aplicando-se a todas as doenças, incluindo físicas, mentais e por uso de substâncias. Este apresenta boas propriedades psicométricas e boa aplicabilidade transcultural, estando disponível em mais de 30 línguas (Ribeiro, 2010).

A avaliação da funcionalidade possibilita uma imagem mais ampla da saúde da população, que pode ser utilizada no apoio à tomada de decisão pelos profissionais de saúde. A CIF serve como base para a avaliação em muitos contextos científicos, clínicos, administrativos e sociais (OMS, 2004).

Para Franchi et al. (2008), a incapacidade funcional é definida como a impossibilidade ou a dificuldade de realizar tarefas que fazem parte do quotidiano do ser humano e que normalmente são essenciais para uma vida independente na comunidade. Por sua vez, a capacidade funcional refere-se a potencialidade

para desempenhar as AVD ou para realizar determinada atividade, imprescindíveis para proporcionar uma melhor qualidade de vida. As AVD, as AIVD e a mobilidade são as medidas frequentemente utilizadas para avaliar a capacidade funcional do indivíduo (Franchi et al., 2008). As AVD podem ser classificadas como tomar banho, vestir-se, levantar-se e sentar-se, caminhar a uma pequena distância, ou seja, atividades de cuidados pessoais básicos, e as AIVD como cozinhar, limpar a casa, fazer compras, jardinagem, ou seja, atividades mais complexas da vida quotidiana (Matsudo, 2000).

Alves et al. (2008) mencionaram que a definição de incapacidade está relacionada com vários aspetos da saúde do indivíduo, o que lhe confere um carácter multidimensional. Dessa forma, para medir a incapacidade é necessário considerar os componentes físicos, cognitivos e emocionais. O componente físico compreende o desempenho sensitivo e motor na execução de tarefas e atividades específicas. Os exemplos de atividades físicas funcionais são mudança de decúbito, sair da cama, transferências, deambulação, subir escadas, curvar-se, levantar-se e carregar alguma coisa. As capacidades funcionais sensoriais e motoras estão subjacentes aos padrões fundamentais de AVD e AIVD. O componente cognitivo abrange uma variedade de elementos como contar o tempo, realizar cálculos monetários, atenção, concentração, memória e julgamento. O componente emocional refere-se, de um modo geral, aos aborrecimentos da vivência diária, aos eventos traumáticos, à autoestima, à ansiedade, à depressão e à adaptação.

A avaliação funcional é uma componente chave na avaliação de saúde e bem-estar em pessoas idosas. Para tal, existem duas abordagens principais para a avaliação funcional: a subjetiva, através de autorrelato (funcionalidade percebida) e a objetiva, através de testes de função física baseada em desempenho físico (*performance*) (Latham et al., 2008; Alves et al., 2008). Esta última tem sido utilizada para complementar o autorrelato, uma vez que essas medidas são menos influenciadas pela função cognitiva, cultura e nível educacional (Alves et al., 2008). A funcionalidade percebida e a *performance* fornecem informações distintas, mas complementares, sobre o estado funcional. A utilização em

simultâneo dos dois tipos de avaliação fornece uma previsão mais específica da dificuldade de mobilidade, das taxas de hospitalização, da mudança na saúde e das mudanças na funcionalidade, do que se utilizadas individualmente (Latham et al., 2008).

Segundo Guralnik et al. (1994), a avaliação da *performance* e o autorrelato complementam-se no âmbito da avaliação do estado funcional da pessoa idosa. O WHODAS 2.0 e o *Short Physical Performance Battery* (SPPB) são dois exemplos de instrumentos de avaliação da funcionalidade, em que o WHODAS 2.0 avalia a funcionalidade percebida e o SPPB avalia a *performance*.

2.5.1 Funcionalidade e Envelhecimento

Ao longo dos últimos anos, o aumento do número de pessoas idosas provocou uma mudança no padrão de morbidade e de causas de morte da população, predominante por doenças crônicas degenerativas. Atualmente, apesar de as pessoas idosas viverem mais anos, experimentam um maior número de condições crônicas, consequência natural do processo de envelhecimento. Associado a este fenómeno está um aumento da incapacidade funcional com maior prevalência na população idosa (Alves et al., 2008).

O aumento da longevidade e o predomínio das doenças crônicas e degenerativas associadas à incapacidade coloca novos desafios à saúde, pelo que é importante analisar a problemática da qualidade de vida das pessoas idosas. Uma pessoa idosa com doença crônica pode não ter limitação funcional, se comparada com um idoso com as mesmas doenças, porém sem controlo destas. Sendo assim, o que importa é a capacidade para desempenhar as atividades e não as doenças propriamente ditas (Alves et al., 2007). A manutenção da capacidade funcional pode ter implicações na qualidade de vida das pessoas idosas, dado que está relacionada com a capacidade de a pessoa em se manter na comunidade, usufruir da sua independência e manter as suas relações e atividades sociais (Rosa, et al., 2003)

Com o envelhecimento, há uma perda gradual da funcionalidade, portanto, a manutenção da funcionalidade tem uma grande influência na qualidade de vida da pessoa idosa (Fernández, 2010). A diminuição da funcionalidade é um problema comum nas pessoas idosas e está associado às alterações relacionadas com a idade, aos fatores sociais e às doenças. Aproximadamente 25% das pessoas com idade superior a 65 anos necessita de ajuda para a realização das AVD. No caso das pessoas idosas com idade superior a 85 anos, a taxa atinge os 50% (Fernández, 2010). As mulheres relatam mais limitações funcionais do que os homens. Contudo, as mulheres não desenvolvem limitações funcionais com mais frequência do que os homens e sobrevivem mais tempo do que eles com as mesmas limitações (Parahyba & Simões, 2006). Este fato pode ser devido à diferença das doenças associadas aos homens e às mulheres que relatam incapacidade e devido aos fatores comportamentais (Guralnik et al., 1994). Deste modo, há um aumento da procura dos serviços de saúde maioritariamente por parte das mulheres, o que indica que as mulheres provavelmente têm uma maior percepção dos problemas de saúde do que os homens.

A diminuição da funcionalidade está associada a maior dependência, maior risco de quedas, morbidade e institucionalização, que implicam uma maior necessidade de cuidados, mais gastos para a própria pessoa idosa, para a família e para os serviços de saúde (Reis & Torres, 2011).

A funcionalidade alterada do idoso tem implicações para o próprio idoso, para a família, a comunidade, para o sistema de saúde, dado que a incapacidade provoca maior vulnerabilidade e dependência na pessoa idosa, contribuindo para a diminuição do bem-estar e da qualidade de vida da mesma (Alves et al., 2007).

2.5.2 Funcionalidade e Depressão

Hybels et al. (2009) encontraram associação entre a depressão e a dificuldade na mobilidade, nas AIVD e nas AVD. A dificuldade nas AVD também foi encontrada por Okura et al. (2010) em idosos com depressão.

Um estudo realizado por Buist-Bouwman et al. (2008) examinou o efeito mediador de seis domínios da funcionalidade, associando a gravidade da depressão e do nível de funcionalidade: 1) a mobilidade, que incluiu perguntas sobre dificuldades em ficar de pé por longos períodos, mover-se no interior da casa, e andar longas distâncias; 2) autocuidado, que incluiu perguntas sobre dificuldades em tomar banho, vestir e alimentar-se; 3) cognitivo, que incluiu perguntas sobre dificuldades em concentrar-se, memória, compreensão e raciocínio; 4) interação social, que incluiu perguntas sobre dificuldades em relacionar-se com pessoas, manter uma vida social e participar em atividades sociais; 5) discriminação, que incluiu uma pergunta sobre quanta discriminação ou tratamento desigual sofreu devido a problemas de saúde durante os últimos 30 dias; e 6) constrangimento, que questionou o quanto a pessoa se sentiu constrangida devido a problemas de saúde durante os últimos 30 dias. Apenas os problemas de concentração, atenção e constrangimento tiveram um grau significativo na associação entre depressão e funcionalidade.

O estudo de Pálsson et al. (2001) analisou a prevalência da depressão em relação à atrofia cerebral e desempenho cognitivo em mulheres dos 70 aos 74 anos de idade. Foram realizados o Mini Exame do Estado Mental, medindo a função cognitiva global, e tomografia computadorizada do cérebro. A depressão foi diagnosticada de acordo com o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais, 3ª edição. Depressão anterior foi diagnosticada pela história e por informações de exames anteriores deste estudo longitudinal de 24 anos. A prevalência da depressão neste estudo foi de 11,6%, incluindo 8,4% de depressão major. Cerca de 43% tiveram antecedentes de depressão. Os autores concluíram que a atrofia do cérebro na tomografia computadorizada não está associada com a depressão na população em geral, apesar de os indivíduos com depressão terem um pior desempenho cognitivo. A constatação de que o desempenho cognitivo não foi diminuído em indivíduos com antecedentes de depressão sugere que a disfunção cognitiva é um fenómeno na depressão.

A presença de sintomas depressivos em idosos está associada à diminuição da capacidade funcional nas AVD (Hybels et al., 2009, Okura et al., 2010), na

mobilidade e nas AIVD (Hybels et al., 2009), a menor equilíbrio, a menor velocidade de marcha e ao aumento do tempo necessário para levantar de uma cadeira (Penninx et al., 1998).

Um estudo longitudinal recente sugere que a depressão e a dor afetam negativamente a funcionalidade e que uma potencia os efeitos da outra (Wegener et al., 2011). Este estudo mostrou que a dor leva ao aparecimento de depressão e ansiedade e que, associadas, provocam diminuição da funcionalidade. A hipótese de a depressão e a ansiedade causarem a dor foi rejeitada. Contudo, a depressão pode potenciar a dor e a diminuição da funcionalidade. Também nos estudos de Bair et al. (2008) e de Williams et al. (2003) concluíram que a presença de depressão e dor em simultâneo provoca uma diminuição da funcionalidade.

O estudo realizado por Whooley et al. (2008) analisou a relação da depressão com um aumento do risco de eventos cardiovasculares. Foi um estudo prospetivo de coorte de 1017 pacientes em ambulatório com doença coronária estável acompanhados por uma média (Desvio Padrão) de 4,8 (1,4) anos. A taxa anual de eventos cardiovasculares, ajustada por idade, foi de 10,0% entre os 199 participantes com sintomas depressivos e 6,7% entre os 818 participantes sem sintomas depressivos. Nesta amostra, a associação entre sintomas depressivos e eventos cardiovasculares adversos foi em grande parte explicado por fatores comportamentais, particularmente inatividade física.

O estudo de Neves et al. (2013) pretendeu identificar a presença e descrever as características da depressão em idosos com doença cardiovascular atendidos em domicílio, avaliar sua qualidade de vida e a relação entre elas. Para 30 idosos com doença cardiovascular, pacientes de um hospital público, que recebiam apoio domiciliário, foram aplicados: a GDS-30, questionário Short Form-36 e realizadas entrevistas semiestruturadas. Com maioria feminina (73,4%) e idade média de 83,3 anos, 60% dos participantes obtiveram pontuação indicativa de depressão pela GDS, tendo 10% destes depressão grave. No SF36, o domínio Aspectos Sociais teve maior pontuação média (75,8); as menores pontuações foram para Capacidade Funcional (14,6) e Aspectos Físicos (46,5). O aumento de sintomatologia depressiva apresentou relação com pior pontuação média em

todos os domínios de qualidade de vida, principalmente Aspectos Emocionais, Físicos e Saúde Mental.

Não foram encontrados estudos locais e até mesmo nacionais que mostrem o perfil da capacidade funcional da população, para que possam fundamentar a construção de programas educacionais, políticas, treino de profissionais de saúde, com o objetivo de promover a saúde através de uma vida mais ativa.

É importante identificar os fatores preditores associados à diminuição da funcionalidade de forma a direcionar as intervenções que visam promover um envelhecimento ativo. Sendo os cuidados de saúde primários o primeiro nível de contacto da pessoa, das famílias e da comunidade com o Sistema Nacional de Saúde, permitem o diagnóstico e tratamento de doenças e lesões e, ainda, a promoção da saúde e a prevenção de doenças.

Assim, torna-se relevante investigar sobre a capacidade funcional, pois compreende todas as capacidades necessárias para que a pessoa consiga realizar suas vontades, no que diz respeito aos aspetos físicos, intelectuais, emocionais e cognitivos.

Uma das grandes metas é se viver mais anos e com uma melhor capacidade funcional para a realização das atividades quotidianas. Assim, este estudo assume importância ao determinar o impacto da depressão na funcionalidade percebida e na *performance* das pessoas idosas no contexto de cuidados de saúde primários, tendo em conta outras variáveis, tais como as condições de saúde, dor e atividade física da pessoa idosa.

3. METODOLOGIA

Neste capítulo são descritos detalhadamente os objetivos do estudo, a amostra, os instrumentos utilizados na recolha de dados e os procedimentos realizados.

3.1 DELIMITAÇÃO DO ESTUDO

Este estudo faz parte de um estudo mais alargado denominado “Funcionalidade e Saúde”, cuja finalidade é caracterizar a funcionalidade da população com 60 ou mais anos do Concelho de Albergaria-a-Velha, Aveiro, Ílhavo e Vagos que recorre aos Cuidados de Saúde Primários.

3.2 DESENHO DE INVESTIGAÇÃO

Este estudo é de natureza quantitativa, do tipo transversal descritivo. O método de investigação quantitativa é um processo sistemático de recolha de dados observáveis e quantificáveis. É um estudo transversal, porque as recolhas de dados foram realizadas num único momento, não existindo seguimento dos participantes; e descritivo porque se pretende descrever fenómenos e estabelecer relações entre as variáveis (FORTIN, 1999).

3.3 OBJETIVOS

Os objetivos deste trabalho são:

- Caracterizar a funcionalidade e a depressão dos utentes das Unidades de Cuidados de Saúde Primários do Concelho de Ílhavo, com 60 ou mais anos;
- Explorar a relação entre a funcionalidade (percebida e *performance*) e a depressão.

3.4 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O estudo foi aprovado pela Comissão de Avaliação e Pedido de Patrocínio Científico da Administração Regional de Saúde do Centro. A recolha de dados iniciou-se através do convite realizado aos participantes e esclarecimento sobre o tema em estudo, objetivos e processo de recolha de dados, tendo sido entregue a cada participante um documento com informações sobre o estudo (Apêndice I). Posteriormente, foi pedido o consentimento informado escrito a cada participante (Apêndice II), tendo-lhes sido transmitido que poderiam desistir do estudo a qualquer momento, sem dar nenhuma explicação. Aos participantes, foi garantido o anonimato e a confidencialidade dos dados. A informação recolhida foi codificada e separada dos consentimentos informados.

3.5 AMOSTRA

Foi utilizada neste estudo uma amostra de conveniência, constituída por utentes com 60 ou mais anos e capazes de dar o seu consentimento informado, das Unidades de Cuidados de Saúde Primários de Ílhavo: Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) Ílhavo I, UCSP Ílhavo II, UCSP Gafanha da Nazaré e Unidade de Saúde Familiar Beira Ria.

A amostra deste estudo constitui uma parte da amostra do estudo “Funcionalidade e Saúde” e resultou da estratificação proporcional ao número de habitantes do concelho de Ílhavo com 60 ou mais anos, tendo em conta o número de utentes por local, sexo e faixa etária (Tabela 1). Neste estudo foram incluídos 147 participantes.

Tabela 1 – Número de participantes e distribuição por sexo, faixa etária e local

Unidade Funcional	60-64			65-69			70-74			≥75			Total Utentes
	Total	H	M	Total	H	M	Total	H	M	Total	H	M	
Ílhavo I	10	5	5	9	4	5	8	4	4	15	5	10	42
Ílhavo II	8	4	4	8	4	4	7	3	4	13	5	8	36
Gafanha	8	4	4	7	3	4	6	3	3	10	4	6	31
Beira Ria	9	4	5	9	4	5	7	3	4	13	5	8	38
Total Utentes	35	17	18	33	15	18	28	13	15	51	19	32	147

Legenda: H – Homem; M – Mulher.

3.6 PROCEDIMENTOS

A recolha de dados foi realizada no período de novembro de 2013 a fevereiro de 2014. Inicialmente, foi marcada a data e hora de início de recolha de dados com o responsável administrativo de cada Unidade de Saúde. Sempre que possível e que as condições físicas do espaço o permitiram, foi requisitada uma sala junto da pessoa de referência na Unidade de Saúde para que a recolha de dados fosse mais privada. A abordagem aos utentes foi direta ou por referência dos profissionais das respetivas Unidades de Saúde, sendo feito o convite aos utentes a participar no estudo após a apresentação do investigador no local, do tema em estudo, dos objetivos e procedimentos. Após o consentimento informado do participante, procedeu-se à recolha de dados.

3.7 RECOLHA DE INFORMAÇÃO E INSTRUMENTOS DE MEDIDA

Para a recolha de dados foram utilizados os instrumentos descritos de seguida.

- **Questionário de caracterização do participante e da sua dor (Anexo I):**

Este instrumento de recolha de dados inclui dados relativos ao sexo, idade, escolaridade, estado civil, ocupação, diagnósticos clínicos atuais.

O questionário inclui, também, aspetos relativos à caracterização da dor: localização, intensidade, frequência e duração. A localização da dor é avaliada através de um Body Chart, no qual o participante assinala os segmentos do corpo onde sentiu dor na semana anterior ao seu preenchimento. Posteriormente, o número de locais com dor foi caracterizado em: i) dor num único local; ii) dor em dois locais; iii) dor em três ou mais locais e iv) dor generalizada, definida como dor acima e abaixo da cintura, dor no lado esquerdo e direito do corpo e dor na coluna cervical, torácica ou lombar. A intensidade da dor foi avaliada através de uma escala vertical numérica (0-10). Aos participantes, foi pedido que indicassem a intensidade da dor no momento da realização do questionário, em que 0 significa sem dor e os restantes números indicam aumento da dor até 10, que representa a pior dor imaginável. A frequência da dor foi avaliada através de uma pergunta de resposta fechada com as seguintes opções de resposta: i) raramente (1 vez por semana), ii) ocasionalmente (2 a 3 vezes por semana), iii) muitas vezes (mais do que 3 vezes por semana) e iv) sempre. A duração da dor foi avaliada e caracterizada em i) dor há menos de 6 meses e ii) dor há 6 meses ou mais.

A dor está significativamente associada à depressão e aos sintomas depressivos em idosos (Sousa et al, 2007).

- **Escala de Depressão Geriátrica (Anexo II)**

Foi utilizada a versão de 15 itens, traduzida, aferida e adaptada à população portuguesa por Veríssimo (1988). A GDS é constituída por 15 perguntas com respostas de sim ou não sobre o modo como o participante se sente no dia. Dez itens são indicativos de depressão quando a resposta é afirmativa e cinco quando a resposta é negativa. Valores superiores a 4 sugerem depressão: valores entre 5

e 8 indicam depressão leve, entre 9 e 11 depressão moderada e valores entre 12 e 15 depressão grave (Greenberg, 2012).

A escala original tem 30 perguntas e foi criada por Yesavage et al. (1983). Esta é a escala mais usada para avaliar a depressão em pessoas com 65 ou mais anos, pois tem uma validade e fiabilidade satisfatórias no rastreio de depressão na pessoa idosa. No estudo de Almeida & Almeida (1999), a avaliação da consistência interna da escala através do coeficiente de alpha de Cronbach revelou índices de fiabilidade de 0,81 para a GDS-15. No entanto, Weintraub, Saboe, Stern (2007) mostraram que o seu nível de sensibilidade e especificidade para os doentes com idade inferior a 65 anos é comparável à dos doentes com idade superior a 65 anos.

- **Short Physical Performance Battery (SPPB) (Anexo III):**

O instrumento SPPB avalia a *performance* da pessoa em três vertentes: o equilíbrio; a capacidade de levantar e sentar da cadeira 5 vezes, sem o auxílio dos braços; e a velocidade de marcha normal numa distância de 3 metros (m). Cada teste tem uma pontuação entre 0 e 4. Inicialmente, estes passos são demonstrados pelo investigador ao participante. Durante os testes, o investigador está próximo do participante para evitar intercorrências.

No teste de equilíbrio, avalia-se a capacidade do participante para colocar os pés lado a lado (posição 1), calcanhar colocado ao lado do *hallux* do outro pé (posição 2) e um pé à frente do outro (posição 3), sem perder o equilíbrio. A pontuação ordinal para este teste é: 0 para a primeira posição num tempo igual ou inferior a 9 segundos (s), ou não realiza; 1 ponto para a primeira posição durante 10s, ou tempo inferior a 10s na segunda posição; 2 pontos para a segunda posição durante 10s ou a terceira posição menos que 3s; 3 pontos para a terceira posição durante 3 a 9s; e 4 pontos para a terceira posição durante 10s.

No teste de levantar-sentar da cadeira, atribuem-se 0 pontos quando o participante não completa o teste, 1 ponto para tempo de levantar-sentar da cadeira cinco vezes consecutivas, maior que 16,7s; 2 pontos para tempo entre

13,7 e 16,6s; 3 pontos para tempo entre 11,2 e 13,6s e 4 pontos para o tempo inferior a 11,1s.

Para o teste de velocidade da marcha durante 3 metros, atribui-se a pontuação 0 ao participante incapaz de completar o teste. Atribui-se 1 ponto quando o participante completa o teste num tempo superior a 6,5s, o que corresponde a uma velocidade menor que 0,43m/s; 2 pontos quando o teste é realizado num intervalo de tempo de 4,1 e 6,5s, correspondendo a uma velocidade de 0,44-0,60 m/s; 3 pontos para um intervalo de 3,2 e 4s, ou uma velocidade 0,61-0,77 m/s; e 4 pontos para o tempo inferior a 3,1s, ou uma velocidade superior a 0,78 m/s.

A pontuação final é obtida pela soma dos 3 testes, ou seja, varia entre 0 e 12 pontos, correspondendo a pior *performance* e melhor *performance*, respetivamente.

- **WHODAS 2.0 versão 12 itens (Anexo IV):**

O WHODAS 2.0 avalia a limitação de atividades e participação devido às condições de saúde, no último mês. Este instrumento foi desenvolvido para avaliar seis componentes da funcionalidade, nomeadamente: i) Cognitiva – avalia a comunicação e compreensão, incluindo a avaliação da concentração, memória, resolução de problemas e aprendizagem; ii) Mobilidade – avalia atividades como permanecer de pé, deslocar-se dentro e fora de casa e caminhar uma longa distância; iii) Autocuidado – avalia a capacidade para realizar a higiene, vestir, comer e ficar sozinho; iv) Relações interpessoais – avalia interações com outras pessoas, incluindo pessoas próximas e pessoas que não conhece e, ainda, as atividades sexuais; v) Atividades diárias – avalia a dificuldade nas atividades do dia a dia, tais como: responsabilidades domésticas, lazer, trabalho e escola; vi) Participação – avalia a participação em atividades da comunidade e a participação em sociedade. Este instrumento contém duas perguntas para cada domínio, com as opções de resposta: 1 (sem limitação), 2 (ligeira), 3 (moderada), 4 (severa), 5 (completa/ não realiza). A pontuação total do WHODAS foi obtida somando as pontuações individuais das 12 perguntas.

O WHODAS 2.0 avalia as dificuldades devido às condições de saúde, incluindo doenças, lesões, doenças mentais ou problemas emocionais e problemas com álcool ou drogas. Este instrumento não determina se a incapacidade é originada por distúrbios físicos ou psicológicos (Andrews et al., 2009).

Em 2013, o WHODAS 2.0 foi adaptado cultural e linguisticamente para Português de Portugal por Silva et al. (2013a), seguindo os procedimentos estabelecidos internacionalmente, numa amostra de 204 participantes com patologia musculoesquelética. Esta versão apresentou equivalência conceptual e semântica com a versão original, sendo de fácil compreensão e utilização. Revelou-se, ainda, detentora de boas propriedades psicométricas, nomeadamente, bons níveis de fiabilidade, quer de consistência interna quer de fiabilidade interobservadores. Esta versão apresentou boa consistência interna ($\alpha=0,84$) e boa fiabilidade interobservadores (Coeficiente de Correlação Intraclasse=0,95).

- **Avaliação Rápida da Atividade Física (Anexo V)**

Este instrumento é a versão portuguesa da Rapid Assessment of Physical Activity (RAPA). Permite, de forma simples e rápida, determinar o nível de atividade física em adultos com mais de 50 anos. O instrumento é composto por 9 perguntas de resposta sim e não, 7 das quais avaliam o nível de atividade física que varia desde sem atividade física até atividade física intensa (RAPA 1), e duas avaliam atividade física com objetivo de treino de força e flexibilidade (RAPA 2). O participante deve indicar qual das perguntas mais se adequa ao seu nível de atividade. As 9 perguntas correspondem a 5 níveis de atividade física na pontuação final: sedentário (afirmação 1), pouco ativo (afirmação 2 e 3), pouco ativo regular – atividades leves (afirmação 3), pouco ativo regular (afirmação 4 e 5), e ativo (afirmação 6). As questões relacionadas com o treino de força e flexibilidade são classificadas separadamente.

A escolha de uma das primeiras 5 afirmações indica que a pessoa apresenta um nível de atividade física inferior. De acordo com a OMS (2011), as pessoas com mais de 65 anos devem praticar, ao longo da semana, 150 minutos de exercício

aeróbico moderado a intenso, ou 75 minutos de exercício aeróbico vigoroso, ou uma combinação equivalente dos 2 tipos de exercício.

A escala já se encontra validada para portugueses, e os dados psicométricos obtidos mostram que esta versão apresenta uma fiabilidade razoável (valor de Kappa = 0,67). Em relação à validade, foi encontrada uma correlação negativa entre este instrumento e o Short Performance Physical Battery (SPPB) a nível da marcha indicando que baixos níveis de atividade física estão associados a limitação funcional e a maior tempo para percorrer 3 metros. Foi também encontrada uma correlação positiva significativa entre a RAPA e a SPPB a nível da pontuação total, sugerindo que níveis mais elevados de atividade física estão associados a melhor performance. Estes resultados sugerem validade de construto para a versão portuguesa da RAPA (Silva et al. 2014; Topolski et al. 2006).

3.8 ANÁLISE E TRATAMENTO DE DADOS

A análise e o tratamento dos dados foram efetuados utilizando o *Statistical Package for the Social Sciences*, versão 21. A caracterização da amostra, da depressão, da dor, da funcionalidade percebida, da *performance* e da atividade física foi feita através de estatística descritiva (média, desvio padrão, frequências absolutas e relativas). Para caracterizar a relação entre depressão e funcionalidade percebida e entre depressão e *performance* foi utilizada análise de regressão linear com o método stepwise. No modelo de regressão, foram incluídas as seguintes variáveis independentes: idade, sexo, educação, número de condições de saúde, depressão, nível de atividade física, intensidade da dor, duração da dor, frequência da dor e número de locais com dor. Foi utilizado um nível de significância de 5%, e os níveis de tolerância e de influência (VIF) ficaram dentro dos valores normais (tolerância > 0,2 e VIF < 10).

Embora não fossem objeto direto deste estudo, a dor e a atividade física foram caracterizadas e utilizadas no modelo de regressão, uma vez que podem

influenciar a associação entre a depressão e a funcionalidade (Wegener et al., 2011).

O nível de significância estabelecido foi de $p < 0,05$.

4. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo são descritos detalhadamente os resultados obtidos no estudo.

4.1 CARACTERÍSTICAS DA AMOSTRA

A amostra é constituída por 147 participantes provenientes de quatro unidades de Cuidados de Saúde Primários do Concelho de Ílhavo (tal como descrito anteriormente na Tabela 1). A idade dos participantes variou entre os 60 e os 86 anos (média±DP = 70,8±7,9 anos) e 55,8% (n=82) são do sexo feminino. Uma caracterização mais detalhada da amostra é apresentada na Tabela 2.

Tabela 2 – Caracterização da amostra

Características	n (%)	
Educação	Não sabe ler nem escrever	20 (13,6)
	Sabe ler e escrever	7 (4,8)
	4.º ano de escolaridade	92 (62,6)
	9.º ano de escolaridade	9 (6,1)
	12.º ano de escolaridade	4 (2,7)
	Bacharelato / Licenciatura	14 (9,5)
	Outro	1 (0,7)
Estado Civil	Solteiro	7 (4,8)
	Casado	101 (68,7)
	Separado	1 (0,7)
	Divorciado	5 (3,4)
	Viúvo	33 (22,4)
Ocupação Atual	Emprego assalariado	2 (1,4)
	Trabalha por conta própria	1 (0,7)
	Doméstica	15 (10,2)
	Aposentado	119 (81)
	Desempregado	4 (2,7)
	Outro	6 (4,1)
Condição de Saúde	Hipertensão	102 (69,4)
	Diabetes	42 (28,6)
	Patologia cardiovascular	41 (29)
	Patologia respiratória	28 (19)
	Cancro	14 (9,5)
	Antecedentes traumáticos	23 (15,6)
	Outras	47 (32)

4.2 CARACTERIZAÇÃO DA DEPRESSÃO

Dos 147 participantes, 63,3% não tem depressão e 36,7% (n=54) tem depressão. Nota-se que 14,3% (n=21) dos participantes obtiveram uma pontuação de 4, e 9,5% (n=14) pontuação 5. Apenas 0,7% (n=1) obteve uma pontuação máxima de 15.

4.3 CARACTERIZAÇÃO DA FUNCIONALIDADE PERCEBIDA

A média (\pm DP) da pontuação total do WHODAS de 12 itens foi de $19,3\pm 8,3$ num máximo possível de 60, o que indica baixa limitação funcional. Os itens S1 (Ficar de pé por longos períodos) e S7 (Andar uma distância longa) foram os que apresentaram uma média [\pm Desvio Padrão (DP)] mais alta, embora equivalente a um nível ligeiro de limitação funcional (S1= $2,2\pm 1,3$; S7= $2,1\pm 1,4$). Os itens S11 (Manter uma amizade) e S10 (Lidar com pessoas desconhecidas) foram os que apresentaram as médias (\pm DP) mais baixas, indicando ausência de limitação funcional (S10= $1,2\pm 0,6$; S11= $1,1\pm 0,6$). A Tabela 3 resume de forma mais detalhada os resultados da funcionalidade percebida.

Tabela 3 – Caracterização da Funcionalidade Percebida

	Nenhuma n (%)	Ligeira n (%)	Moderada n (%)	Grave n (%)	Completa/ Não faz n (%)	Média±DP
WHODAS S1	67 (45,6)	25 (17)	30 (20,4)	14 (9,5)	11 (7,5)	2,2±1,3
WHODAS S2	88 (59,9)	21 (14,3)	19 (12,9)	13 (8,8)	5 (3,4)	1,8±1,2
WHODAS S3	103 (70,1)	26 (17,7)	8 (5,4)	9 (6,1)	1 (0,7)	1,5±0,9
WHODAS S4	102 (69,4)	19 (12,9)	12 (8,2)	7 (4,8)	3 (2,0)	1,5±1,0
WHODAS S5	94 (63,9)	19 (12,9)	18 (12,2)	11 (7,5)	4 (2,7)	1,7±1,1
WHODAS S6	108 (73,5)	25 (17)	12 (8,2)	1 (0,7)	1 (0,7)	1,4±0,7
WHODAS S7	72 (49)	2 (17,7)	20 (13,6)	14 (9,5)	15 (10,2)	2,1±1,4
WHODAS S8	115 (78,2)	16 (10,9)	7 (4,8)	8 (5,4)	1 (0,7)	1,4±0,9
WHODAS S9	112 (76,2)	19 (12,9)	7 (4,8)	8 (5,4)	1 (0,7)	1,4±0,9
WHODAS S10	132 (89,8)	9 (6,1)	2 (1,4)	4 (2,7)	0 (0)	1,2±0,6
WHODAS S11	139 (94,6)	5 (3,3)	0 (0)	1 (0,7)	2 (1,4)	1,1±0,6
WHODAS S12	85 (57,8)	30 (20,4)	15 (10,2)	13 (8,8)	4 (2,7)	1,8±1,1
Pontuação final						19,3±8,3

Legenda: S1:Ficar de pé longos períodos; S2:Tratar das suas responsabilidades; S3:Aprender uma nova tarefa; S4:Participar em atividades na comunidade; S5:Quanto se sentiu emocionalmente afetado pela sua condição de saúde; S6:Concentrar-se a realizar uma tarefa durante 10 minutos; S7:Andar uma distância longa; S8:Lavar todo o corpo; S9:Vestir-se; S10:Lidar com desconhecidos; S11:manter uma amizade; S12:Dificuldades no dia-a-dia. S1 a S12 constituem as 12 questões do WHODAS.

4.4 CARACTERIZAÇÃO DA *PERFORMANCE*

Os resultados da *performance* são apresentados para cada uma das atividades e, de forma global, com a pontuação final. Em relação às atividades, 81% (n=119) dos participantes obtiveram a pontuação máxima (4) no equilíbrio, 25,2% (n=37) obteve a pontuação máxima na atividade levantar e sentar da cadeira, e 6,1% (n=9) tiveram pontuação máxima (4) na marcha. Em relação ao tempo de realização das atividades da marcha e de sentar e levantar da cadeira, a média (\pm DP) foi de $6,3\pm 9,9$ s para a marcha e de $14,8\pm 7,3$ s para levantar e sentar da cadeira. A média (\pm DP) da pontuação global da *performance* foi de $8,1 \pm 2,5$, num máximo de 12, o que indica boa *performance* funcional. Na Tabela 4 é apresentada uma descrição mais detalhada da variável *performance*.

Tabela 4 – Caracterização da *Performance*

Pontuação <i>Performance</i>	Equilíbrio n (%)	Marcha n (%)	Levantar e sentar da cadeira n (%)
0	5 (3,4)	4 (2,7)	15 (10,2)
1	9 (6,1)	36 (24,5)	31 (21,1)
2	0 (0,0)	57 (38,8)	36 (24,5)
3	14 (9,5)	41 (27,9)	28 (19,0)
4	119 (81,0)	9 (6,1)	37 (25,2)

4.5 CARACTERIZAÇÃO DA DOR

Da amostra inicial (n=147), 30,6% (n=45) dos participantes não referiram dor na semana prévia à entrevista, tendo os restantes 69,4% (n=102) relatado a presença de dor. Dos participantes com dor (n=102), 27,2% (n=40) indicaram dor em 3 ou mais locais, mas não preenchiam os critérios de dor generalizada. Apenas 6,1% (n=9) dos participantes apresentaram dor generalizada. Em relação à duração da dor, a maioria dos participantes indicou presença de dor há mais de 6 meses (54,4%,n=80). A intensidade média (\pm DP) da dor foi de $2,6 \pm 3,2$ num máximo de 10. Na Tabela 5 é apresentada uma caracterização mais detalhada da dor.

Tabela 5 – Caracterização da Dor

Características da dor	n (%)
Número de locais com dor	
Nenhum local com dor	45 (30,6)
1 local	27 (18,4)
2 locais	26 (17,7)
3 ou mais locais	40 (27,2)
Dor generalizada	9 (6,1)
Frequência	
Raramente (1 vez por semana)	5 (3,4)
Ocasionalmente (2 ou 3 vezes por semana)	15 (10,2)
Frequentemente (mais de 4 vezes por semana)	16 (10,9)
Sempre	63 (42,9)
Duração	
< 6 meses	19 (12,9)
≥ 6 meses	80 (54,4)

DP = Desvio Padrão

4.6 CARACTERIZAÇÃO DA ATIVIDADE FÍSICA

Dos 147 elementos da amostra, 27,3% (n=40) enquadram-se na categoria de sedentários ou pouco ativos e 15,6% (n=23) na categoria ativos. Dos 147 participantes, apenas 1,4% (n=2) responderam à segunda parte do questionário (uma vez que a resposta à segunda parte da RAPA depende da resposta à primeira parte), sendo que esses 1,4% (2) realizavam atividades para aumentar a força muscular e a flexibilidade. A Tabela 6 descreve com mais detalhe a variável atividade física.

Tabela 6 - Caracterização da Atividade Física: Parte 1 da RAPA

Níveis de atividade física	N	%
Sedentário	24	16,4
Pouco ativo	16	10,9
Pouco ativo regular – atividades leves	40	27,2
Pouco ativo regular	44	29,9
Ativo	23	15,6

4.7 DEPRESSÃO E FUNCIONALIDADE PERCEBIDA

No modelo final de regressão linear mantiveram-se as variáveis depressão, número de locais com dor, atividade física, idade, intensidade da dor, e número de condições de saúde. A depressão é a primeira variável do modelo e explica 31% da variância da funcionalidade percebida. A depressão e o número de locais com dor explicam 43% da variância da funcionalidade percebida. A depressão, o número de locais com dor e o nível de intensidade física explicam 50% da variância da funcionalidade percebida, num máximo de 55% explicado pelo modelo final.

As restantes variáveis (idade, intensidade da dor e número de condições de saúde), embora estejam presentes no modelo final, têm uma contribuição mínima

para a variância. A Tabela 7 mostra os resultados da análise de regressão linear para a funcionalidade percebida.

Tabela 7 – Modelo de regressão linear: Funcionalidade percebida

Modelos	Preditores	R ²	R ² Ajustado	B	τ	p value
Modelo 1	GDS	0,31	0,31	0,56	7,99	<0,01
Modelo 2	GDS	0,43	0,42	0,49	7,69	<0,01
	N.º de locais com dor			0,32	5,37	<0,01
Modelo 3	GDS	0,50	0,48	0,42	6,80	<0,01
	N.º de locais com dor			0,33	5,41	<0,01
	RAPA			-0,28	-4,41	<0,01
Modelo 4	GDS	0,52	0,50	0,42	6,83	<0,01
	N.º de locais com dor			0,32	5,30	<0,01
	RAPA			-0,25	-4,01	<0,01
	Idade			0,15	2,50	<0,05
Modelo 5	GDS	0,54	0,52	0,41	6,65	<0,01
	N.º de locais com dor			0,24	3,41	<0,01
	RAPA			-0,24	-3,94	<0,01
	Idade			0,16	2,61	<0,05
	EVA geral			0,15	2,13	<0,05
Modelo 6	GDS	0,55	0,53	0,38	6,15	<0,01
	N.º de locais com dor			0,21	2,91	<0,01
	RAPA			-0,25	-4,14	<0,01
	Idade			0,16	2,81	<0,01
	EVA geral			0,15	2,21	<0,05
	Nº de condições de saúde			0,13	2,16	<0,05

4.8 DEPRESSÃO E *PERFORMANCE*

Ficaram no modelo final de regressão linear as variáveis: depressão, actividade física, intensidade da dor, idade e educação. A depressão é a variável que explica a maior parte da variância da *performance*, cerca de 17%. A depressão e o nível de actividade física explicam 25% da variância da *performance*, a depressão, o nível de actividade física e a intensidade da dor explicam 31% da variância num

máximo de 37% explicado pelo modelo final. As restantes variáveis (idade e educação), presentes no modelo final, têm uma contribuição mínima para a variância da variável dependente, a *performance*. A tabela 8 mostra os resultados da análise de regressão linear para a *performance*.

Tabela 8 – Modelo de regressão linear - *Performance*

Modelos	Preditores	R²	R² Ajustado	β	τ	p value
Modelo 1	GDS	0,17	0,16	-0,41	-5,41	<0,01
Modelo 2	GDS	0,25	0,24	-0,33	-4,42	<0,01
	RAPA			0,30	3,98	<0,01
Modelo 3	GDS	0,31	0,30	-0,29	-3,95	<0,01
	RAPA			0,28	3,85	<0,01
	EVA			-0,24	-3,38	<0,01
Modelo 4	GDS	0,35	0,33	-0,28	-3,92	<0,01
	RAPA			0,24	3,39	<0,01
	EVA			-0,24	-3,43	<0,01
	Idade			-0,20	-2,89	<0,01
Modelo 5	GDS	0,37	0,35	-0,25	-3,52	<0,01
	RAPA			0,23	3,29	<0,01
	EVA geral			-0,22	-3,24	<0,01
	Idade			-0,20	-2,90	<0,01
	Educação			0,16	2,33	<0,05

5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

No presente estudo, investigou-se a relação entre a depressão e a funcionalidade percebida e a *performance* em idosos utentes dos cuidados de saúde primários. Os resultados indicam que uma percentagem elevada da amostra (36,7%, n=54) apresenta depressão e que esta é o fator preditor principal de funcionalidade percebida e da *performance*.

Relativamente à funcionalidade percebida, a depressão em conjunto com a dor explicam 42% da variância. Este resultado é superior ao encontrado no estudo de Silva et al. (2013b), que mostra a relação e o impacto que a depressão e a dor têm na funcionalidade percebida da população idosa é de cerca de 23%.

Em relação à *performance*, os resultados indicam que a depressão é o principal preditor da *performance*, explicando 17% da sua variância. A depressão, em conjunto com a atividade física e a intensidade da dor, explicam 31% da variância. Resultados semelhantes foram encontrados por Chale-Rush et al. (2010) ao estudar a relação entre a atividade física e a *performance*. O autor concluiu que a atividade física, o aumento da idade e a depressão, estão associados a alterações na *performance* da pessoa idosa.

Em relação à dor, 69,4% (n=102) dos participantes referiram a presença de dor, sendo que cerca de 27,2% (n=40) referiram presença de dor em 3 ou mais locais e 6,1% (n=9) referiu dor generalizada. Dos participantes com dor, 42,9% (n=63) afirmaram que a dor estava sempre presente e 54,4% (80) apresentavam um quadro de dor crónica (> 6 meses). A intensidade média (\pm DP) da dor foi $2,6\pm 3,2$. Estes resultados são relativamente semelhantes aos do estudo de Azevedo et al. (2012) que avaliou a prevalência de dor da população geral portuguesa, esta atingiu 65,7%. A dor crónica afetava mais de 50% da população, mas cerca de 42% dos participantes com mais de 60 anos referiu dor em 3 ou mais locais, 30% referiu dor generalizada e 53% referiu dor contínua. O estudo recente de Silva et al. (2013b) avaliou a relação entre a dor e a funcionalidade em participantes provenientes de clínicas de reabilitação e com dor musculoesquelética e obteve

valores diferentes aos do presente estudo. Foram obtidos valores médios de intensidade da dor de $5,91 \pm 2,02$ e a presença de dor crónica em 77,5% da amostra. Contudo, as diferenças entre os valores dos diferentes estudos poderão estar relacionadas com o tipo de amostra.

Tanto na funcionalidade percebida como na *performance*, a dor esteve presente como fator preditor, quer em termos de número de locais com dor quer de nível de intensidade da dor, respetivamente. Estes resultados são diferentes dos encontrados no estudo de Eggermont et al. (2009). Neste verificou-se que o número de locais de dor e a dor severa estavam associados a baixa *performance*. Contudo, o número de locais de dor é mais fortemente associado a baixa funcionalidade do que dor severa. Tal como referido nos estudos de Bair et al. (2008), Wegener et al. (2011) e de Williams et al. (2003) permitiram concluir que a presença de depressão e dor estão associadas a uma diminuição da funcionalidade.

A nível da funcionalidade percebida, a média obtida na pontuação do WHODAS foi de $19,3 \pm 8,3$ num máximo de 60, o que indica baixa limitação funcional. Os itens S1 (Ficar de pé por longos períodos) e S7 (Andar uma distância longa) foram os que apresentaram uma média mais alta, embora equivalente a um nível ligeiro de limitação funcional (S1= $2,2 \pm 1,3$; S7= $2,1 \pm 1,4$). Os itens S11 (Manter uma amizade) e S10 (Lidar com pessoas desconhecidas) foram os que apresentaram as médias mais baixas, indicando ausência de limitação funcional (S10= $1,2 \pm 0,6$; S11= $1,1 \pm 0,6$).

Na funcionalidade objetiva, ou seja a *performance*, a média ($\pm DP$) obtida foi $8,1 \pm 2,5$, num máximo de 12, indicando boa *performance* funcional da amostra. Contudo, analisando a velocidade da marcha, verificou-se que o tempo médio ($\pm DP$) de realização da marcha foi de $6,3 \pm 9,9$, e 63,3% (n=93) dos participantes realizaram a marcha com tempos superiores a 4s, excluindo aqueles que obtiveram a pontuação zero. O estudo de Studenski et al. (2003) verificou que as velocidades de marcha inferiores a 0,60m/s aumentam a probabilidade de risco de limitações funcionais e de deterioração da saúde, numa amostra com pessoas com mais de 65 anos provenientes de cuidados primários. O tempo médio ($\pm DP$)

de realização da atividade de levantar e sentar da cadeira foi de $14,7 \pm 7,3$. Para Cesari et al. (2009), os tempos inferiores a 17s para levantar e sentar da cadeira são indicadores de boa *performance* e de baixo risco de limitação funcional.

Para o equilíbrio, a média foi de $3,6 \pm 1,1$ e cerca de 81% (n=119) dos participantes obtiveram a pontuação máxima de 4. Os resultados de Simoceli (2003) indicam que os défices de equilíbrio estão também associados a depressão, diabetes mellitus, aterosclerose, acidente vascular cerebral e, maior limitação das suas atividades motoras em decorrência da perda de massa muscular, flexibilidade e integridade esquelética.

A principal limitação do estudo está relacionada com as características distintas da amostra, que por ser proveniente dos cuidados de saúde primários impede a generalização dos resultados para a população geral. Também seria de interesse analisar de forma mais aprofundada a associação entre a depressão, a atividade física e a dor, e o seu impacto na funcionalidade porque, como o estudo mostrou, a intensidade da dor, o número de locais com dor e o nível de atividade física são fatores de impacto no estudo da funcionalidade. Os resultados obtidos reforçam a importância da avaliação funcional e da depressão na pessoa idosa. As medidas de autorrelato e os testes de *performance* permitem traçar de forma simples e rápida um perfil de risco de declínio funcional. Isto permitirá aos profissionais responsáveis estabelecer e implementar estratégias de intervenção mais específicas e direcionadas para os fatores que intervêm no declínio funcional, começando por despistar a presença de depressão e dor, assim como fomentar a realização de atividade física, pois como foi dito anteriormente estes foram os principais fatores de variância da funcionalidade percebida e objetiva.

O fato de o estudo ter sido realizado no âmbito dos cuidados de saúde primários reforça o caráter preventivo das implicações sugeridas e a necessidade de promoção de hábitos de vida saudáveis.

6.CONCLUSÕES

A depressão é o fator preditor principal da funcionalidade percebida e da *performance* na amostra em estudo. Na *performance*, depressão explica 17% da variância e na funcionalidade percebida, a depressão explica 31% da sua variância.

Este estudo reforça a importância da avaliação da funcionalidade percebida e *performance*, a necessidade de traçar perfis funcionais e de depressão da pessoa idosa como método preventivo e ainda, contribui para realçar a importância de detetar a depressão em pessoas idosas ao nível dos cuidados primários. A possibilidade de intervir na promoção de saúde com ações que retardem o aparecimento das incapacidades e de viabilizar a reabilitação quando estas forem detetadas pode reduzir o número de idosos com menor funcionalidade, melhorando a qualidade de vida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, O., & Almeida, S. (1999). Short versions of the geriatric depression scale: a study of their validity for the diagnosis of a major depressive episode according to ICD-10 and DSM-IV. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 14(10), 858–65.
- Alves, L., et al. (2007). A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do Município de São Paulo , Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, 23(8), 1924–1930.
- Alves, L., Leite, I., & Machado, C. (2008). Conceituando e mensurando a incapacidade funcional da população idosa : uma revisão de literatura The concept and measurement of functional disability in the elderly population : a literature review. *Ciência & Saúde Colectiva*, 13(4), 1199–1207.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-IV* (4ª ed.). Washington.
- Andrews, et al. (2009). Normative data for the 12 item WHO Disability Assessment Schedule 2.0. *PloS One*, 4(12).
- Assis, M. (2005). Envelhecimento ativo e promoção da saúde: reflexão para as ações educativas com idosos. *Revista Associação Portuguesa de Sociologia*, 8(21), 15–24.
- Azevedo, L.F. et al. (2012). Epidemiology of chronic pain: a population-based nationwide study on its prevalence, characteristics and associated disability in Portugal. *The journal of pain: official journal of the American Pain Society*, 13(8), 773–83.
- Bair, M., et al. (2008). Association of Depression and Anxiety Alone and in Combination with Chronic Musculoskeletal Pain in Primary Care Patients. *Psychosomatic Medicine*, 70(8), 890–897.

- Batistoni, S., et al. (2007). Validade da Escala de depressão do Center of Epidemiological Studies entre idosos brasileiros. *Revista Saúde Pública* 41(4), 598-605.
- Berg, A., et al (2009). Assessment of depression after stroke: a comparison of different screening instruments. *Stroke* 40(2), 523-9.
- Beekman, A., et al. (2002). The natural history of late-life depression: a 6-year prospective study in the community. *Archives of General Psychiatry*. 59(7), 605-11.
- Buist-Bouwman, M., et al. (2008). Mediators of the association between depression and role functioning. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 118, 451-8.
- Chale-Rush, A., et al. (2010). Relationship between physical functioning and physical activity in the lifestyle interventions and independence for elders pilot. *Journal of the American Geriatrics Society*, 58(10), pp.1918–1924.
- Centro de Estudos e Desenvolvimento Regional e Urbano. (2008). *Estudo de Avaliação das Necessidades dos Sêniiores em Portugal*. (Fundação Aga Khan Portugal, Ed.). Portugal.
- Cesari, M., et al. (2009). Added Value of Physical Performance Measures in Predicting Adverse Health-Related Events: Results from the Health, Aging, and Body Composition Study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 57(2). 251–259.
- Eggermont LH, Shmerling RH, Leveille SG. Tender point count, pain, and mobility in the older population: the mobilize Boston study. *Pain*. 2010;11:62-70.
- Fernández, L. (2010). *Valoración geriátrica integral*. *El residente*, 5 (2), 55-65.
- Fontaine, R. (2000). *Psicologia do envelhecimento*. 1ª ed. Lisboa: Climepsi.
- Fortin, M. (1999). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusociência. ISBN 978-989-8075-18-5.

- Franchi, K., et al. (2008). Capacidade Funcional e Atividade física de idosos com diabetes tipo 2. *Revista Brasileira de Atividade Física E Saúde*. 13(3).
- Fundo de População das Nações Unidas. (2012). *Envelhecimento no Século XXI : Celebração e Desafio*.
- Garin, O., et al. (2010). Validation of the “World Health Organization Disability Assessment Schedule, WHODAS-2” in patients with chronic diseases. *Health and Quality of Life Outcomes*. 8(51).
- Gonçalves, B. & Fagulha, T. (2000). Estudo da Adaptação Portuguesa da Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D). Universidade de Lisboa.
- Gonçalves, B. & Fagulha, T. (2004). Prevalência e diagnóstico da depressão em medicina geral e familiar. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 20, 13-27.
- Greenberg, S. (2012). The Geriatric Depression Scale (GDS) Geriatric Depression Scale : Short Form, (4).
- Guralnik, J., et al. (1994). A short Physical Performance Battery assessing lower extremity function: Association with self-report disability and prediction of mortality and nursing home admission. *Journal of Gerontology*, 49(2).
- Haralambous, B., et al. (2009). *Depression in older age : A scoping study*. National Ageing Research Institute, 1–102.
- Hybels, C., et al. (2009). The Complex Relationship Between Depressive Symptoms and Functional Limitations in Community Dwelling Older Adults: The Impact of Subthreshold Depression. *Psychological Medicine*, 39(10), 1677–1688.
- Instituto Nacional de Estatística. (2002). O Envelhecimento em Portugal. Situação demográfica e socio-económica recente das pessoas idosas, 2001, 5–7.
- Instituto Nacional de Estatística. (2013). Famílias nos Censos 2011 : Diversidade e Mudança. *Instituto Nacional de Estatística*, 1–26.

- Instituto Nacional de Estatística. (2014a). População residente em Portugal com tendência para diminuição e envelhecimento. *Instituto Nacional de Estatística*.
- Instituto Nacional de Estatística. (2014b). Projeções de População Residente 2012-2060. *Instituto Nacional de Estatística*, 1–18.
- Kurlowicz, L. (1986). The geriatric depression scale (GDS). *Insight (American Society of Ophthalmic Registered Nurses)*, 25(1), 18–9.
- Kurlowicz, L., et al. (2005). An exploratory study of depression among older African American users of an academic outpatient rehabilitation program. *Archives of Psychiatric Nursing*. 19(1), 3-9.
- Kuznier, T., & Lenardt, M. (2011). O Idoso hospitalizado e o significado do Envelhecimento. *Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro*, 1(1), 70-79.
- Latham, N., et al. (2008). Performance-based or self-report measures of physical function: which should be used in clinical trials of hip fracture patients? *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 89(11), 2146–55.
- Martins, R. (2008). A depressão no idoso. *Revista Millenium*. Viseu: ISPV. 34.
- Matsudo, S. (2000). Avaliação do idoso: física e funcional. Londrina: midiograf.
- Moore, M., et al. (1998). Mood disturbances in motor neurone disease. *Journal of the Neurological Sciences*. 160(1), S53–6.
- Neves, R., et al. (2013). Envelhecimento e doenças cardiovasculares: depressão e qualidade de vida em idosos atendidos em domicílio. *Psicologia Hospitalar*, 11(2), 72–98.
- Okura, T., et al. (2010). Prevalence of Neuropsychiatric Symptoms and Their Association with Functional Limitations in Older Adults in the United States: The Aging, Demographics, and Memory Study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 58(2), 330–337.

- OMS. (2004). Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde.
- OMS. (2001). *Relatório sobre a Saúde no Mundo. Saúde Mental: Nova Conceção, Nova Esperança*. Geneve.
- OMS. (2011). *Global Recommendations on Physical Activity for Health*.
- Pálsson, S., et al. (2001). The prevalence of depression in relation to cerebral atrophy and cognitive performance in 70- and 74-year old women in Gothenburg. The Women's Health Study. *Psychological Medicine*, 1, 39-49.
- Parahyba, M., & Simões, C. (2006). A prevalência de incapacidade funcional em idosos no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 11(4), 967-974.
- Pelegriño, P., Leal, M., & Barroso, Á. (2009). *Perspectiva biopsicológica do envelhecimento* (Vol. 5). São Paulo: Secretaria Estadual de Assistência e Desenvolvimento Social/Fundação Padre Anchieta.
- Penninx, B., et al. (1998). Depressive Symptoms and Physical Decline in Community-Dwelling Older Persons. *The Journal of the American Medical Association*, 279(21), 1720–1726.
- Pereira, A., et al. (2004). Revisão Envelhecimento , estresse e sociedade : uma visão psiconeuroendocrinológica. *Ciências E Cognição*, 01, 34–53.
- Porto, J. (1999). Conceito e diagnóstico. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 21, 6–11.
- Prakash, O., et al. (2009). Applicability of 15-item Geriatric Depression Scale to detect depression in elderly medical outpatients. *Asian Journal of Psychiatry*, 2(2), 63–5.
- Radloff, L. (1977). The CES-D Scale : A Self-Report Depression Scale for Research in the General Population. *Applied Psychological Measurement*, 1(3), 385–401.

- Reis, L., & Torres, G. (2011). Influência da dor crónica na capacidade funcional de idosos institucionalizados, *64*(2).
- Rosa, T., et al. (2003). Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. *Revista de Saúde Pública*, *37*(1), 40–48.
- Santos, P. (2002). A Depressão no idoso: estudo da relação entre factores pessoais e situacionais e manifestações da depressão. Lisboa: Quarteto Editora, 2ª Edição. ISBN: 972-8535-61-94
- Schneider, R., & Irigaray, T. (2008). O envelhecimento na atualidade : aspectos cronológicos , biológicos , psicológicos e sociais The process of aging in today ' s world : chronological , biological , psychological and social aspects. *Estudos de Psicologia*, *25*(4), 585–593.
- Segulin, N., & Deponte, A. (2007). The evaluation of depression in the elderly: a modification of the Geriatric Depression Scale (GDS). *Archives of Gerontology and Geriatrics*, *44*(2), 105–12.
- Silva, A., et al. (2013a). Adaptação e validação do WHODAS 2.0 em utentes com dor musculoesquelética. *Revista Saúde Pública*. *47*(4), 752-8.
- Silva, A. et al. (2014). Validity and reliability of the Portuguese version of the Rapid Assessment of Physical Activity questionnaire. *International Journal of Therapy and Rehabilitation*.*21*(10), 421-426.
- Silva, A., et al. (2013b). Pain intensity is associated with self-reported disability for several domains of life in a sample of patients with musculoskeletal pain aged 50 or more. *Disability and Health Journal*, *6*(4), 369–76.
- Simoceli, I. (2003). Perfil diagnóstico do idoso portador de desequilíbrio corporal: resultados preliminares. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia*; *69*: 772-777.
- Sousa, R., et al. (2007). Validade e fidedignidade da Escala de Depressão Geriátrica na identificação de idosos deprimidos em um hospital geral. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, *56*(2), 102–107.

- Steer, R., et al. (1999). Dimensions of the Beck Depression Inventory-II in clinically depressed outpatients. *Journal of clinical psychology* 55 (1), 117–28.
- Studenski, S., et al. (2003). Physical performance measures in the clinical setting. *Journal of the American Geriatrics Society*, 51(3), pp.314–22.
- Tison, P. (2000) Guide d'entretien structuré pour l'évaluation de la dépression du sujet âgé, adapté à partir du DSM IV et des échelles GDS, HDRS et MADRS. *Encephale*. 26(3):33-43.
- Topolski, T., et al. (2006). The Rapid Assessment of Physical Activity (RAPA) among older adults. *Preventing chronic disease*, 3(4), 118.
- Vaz, S. (2009). A depressão no idoso institucionalizado: estudo em idosos residentes nos lares do distrito de Bragança. Porto: UP – FPCE. Tese de Mestrado.
- Veras, R. (2008). Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações necessárias para o sector da saúde. *Revista Hupe*, 7, 13-20.
- Veríssimo, T. (1988). Avaliação Diagnostica dos síndromes demenciais: Escala de depressão geriátrica. Porto.
- Wancata, J., & Friedrich, F. (2011). Depression: a diagnosis aptly used? *Psychiatria Danubina*, 23(4), 406–411.
- Wegener, S., et al. (2011). Psychological distress mediates the effect of pain on function: *Pain*.152(6),1349-1357.
- Weintraub D, Saboe K, Stern MB (2007) Effect of age on geriatric depression scale performance in Parkinson's disease. *Mov Disord* 22(9): 1331–5
- Whooley, M., et al., (2008). Depressive Symptoms, Health Behaviors, and Risk of Cardiovascular Events in Patients With Coronary Heart Disease. *Journal American Medical Association*, 300(20), 2379–2388.

- Williams, L., et al. (2003). Prevalence and impact of depression and pain in neurology outpatients. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 74, 1587–1590.
- World Health Organization. (1998). *Growing older- Staying Well. Ageing and physical activity in everyday life*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2002). Envelhecimento ativo: uma política de saúde.
- Yesavage, J., et al. (1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, 17(1), 37–49.

Apêndice I – Folha De Informação

FOLHA DE INFORMAÇÕES

1. Introdução

Somos um grupo de investigadores da Universidade de Aveiro e gostaríamos de o/a convidar para participar no estudo que estamos a realizar. Contudo, antes de decidir se gostaria de participar, é importante que compreenda os objetivos do estudo e o que ele envolve. Peço-lhe que leia atentamente as informações que se seguem e que as discuta com parentes e/ou amigos se, assim, o desejar. Por favor, sinta-se à vontade para nos contactar e colocar todas as questões que lhe surjam (o número de telefone e morada encontram-se no final desta folha).

2. Informação adicional

Existem vários estudos que demonstram uma associação entre a atividade física e um aumento da qualidade de vida, sendo que esta tem um carácter multidimensional, abrangendo vários domínios na vida da pessoa, como o social, o psicológico, físico e funcional.

A atividade física, além de reduzir o risco de algumas doenças promove também as relações sociais, evitando o isolamento, através de sessões de atividade em grupo como a caminhada. Segundo a Direção Geral da Saúde, 30 minutos de atividade física moderada diária são suficientes para conseguir efeitos positivos na saúde. Caminhar para o local de trabalho, subir escadas, fazer jardinagem ou dançar são alguns exemplos destas atividades.

Estas questões tornam-se ainda mais relevantes quando aplicadas à população sénior, devido a todas as limitações associadas ao processo de envelhecimento e que podem levar a um agravamento da condição de saúde do sénior.

Torna-se assim importante utilizar instrumentos de avaliação rápidos e objetivos capazes de avaliar a atividade física. Assim, este estudo tem como objetivo validar o instrumento de *Rapid Assessment of Physical Activity*. Esta informação ajudará os serviços a identificarem pessoas que poderão vir a precisar de cuidados de saúde a longo prazo e a implementar programas de prevenção com o objectivo de melhorar a qualidade de vida destas pessoas.

3. Será que sou a pessoa adequada para participar neste estudo?

Para participar neste estudo, procuramos pessoas com 50 ou mais anos dos Concelhos de Aveiro e Mealhada.

4. Sou obrigado a participar no estudo?

A decisão de participar ou não no estudo é sua! Se decidir participar ser-lhe-á pedido que assine a folha do consentimento informado e que nos dê uma entrevista. **Se decidir participar e depois quiser desistir, poderá fazê-lo em qualquer altura e sem dar nenhuma explicação.**

5. O que irá acontecer se eu decidir participar?

Se decidir participar no estudo, será entrevistado por investigadores/alunos da Universidade de Aveiro. Cada entrevista demorará cerca de 45 minutos e terá lugar na Universidade Sénior de CADES. Durante a entrevista irá ser pedido que realize um conjunto de actividades (andar, levantar-se e sentar-se de uma cadeira, manter o equilíbrio colocando um pé à frente do outro) e que preencha alguns questionários sobre queixas de dor que possa ter, funcionalidade ou atividade física.

6. Quais são os possíveis benefícios de participar neste estudo?

O estudo realiza-se no âmbito de um projecto de investigação/mestrado e não o ajudará a si directamente. Contudo, os resultados deste estudo irão ajudar os investigadores e profissionais de saúde a identificar grupos de pessoas mais necessitadas de cuidados e a desenhar programas de prevenção para melhorar a qualidade de vidas destas pessoas e evitar que elas venham a precisar de tantos cuidados de saúde no futuro.

7. O que acontecerá aos resultados do estudo?

Uma vez concluído o estudo, os seus resultados serão apresentados sob a forma de teses de Mestrado ou poderão vir a ser publicados numa revista de investigação.

8. Será assegurada a confidencialidade dos dados?

O seu anonimato será sempre garantido. A informação recolhida será codificada e mantida estritamente confidencial para todos os que não estejam directamente envolvidos no estudo.

Contato do investigador responsável (caso queira colocar dúvidas ou questões):

Anabela Silva

Professora Adjunta

Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro, Tel. 234 401 558 Ext. 23899.

asilva@ua.pt

Apêndice II – Consentimento Informado

CONSENTIMENTO INFORMADO

Considerando a “Declaração de Helsínquia” da Associação Médica Mundial
(Helsínquia 1964; Tóquio 1975; Veneza 1983; Hong Kong 1989; Somerset West 1996 e Edimburgo 2000)

Por favor responda às questões que se seguem colocando uma cruz na coluna apropriada:

	Sim	Não
Eu recebi toda a informação adequada sobre este estudo		
Foi-me permitido colocar questões e discutir o estudo		
Eu compreendo que posso desistir do estudo em qualquer altura e sem qualquer penalização		
Eu concordo em participar no estudo de avaliação da funcionalidade		

Nome do participante: _____

Assinatura Nome do participante: _____

Nome do investigador: _____

Assinatura do investigador: _____

Data: _____

Anexo I – Questionário de Caracterização do Participante e da Dor

CARACTERIZAÇÃO DO PARTICIPANTE

A. INFORMAÇÃO DEMOGRÁFICA E DE SAÚDE

A.2. SEXO

(1) Feminino (2) Masculino

A.3. DATA DE NASCIMENTO ___/___/___ (dia/mês/ano)

A.4. CONCELHO _____

A.5. EDUCAÇÃO FORMAL

(1) Não sabe ler nem escrever

(2) Sabe ler e escrever

(3) 4ºano de escolaridade

(4) 6ºano de escolaridade

(5) 9ºano de escolaridade

(6) 12ºano de escolaridade

(7) Bacharelato/Licenciatura

(8) Outro (por favor especifique) _____

A.6. ESTADO MATRIMONIAL ACTUAL (Selecione apenas uma opção)

(1) Nunca foi casado

(2) Actualmente casado

(3) Separado

(4) Divorciado

(5) Viúvo

(6) Coabitação

A.7. OCUPAÇÃO ACTUAL (Selecione apenas uma opção)

(1) Emprego assalariado (por favor especifique): _____

(2) Trabalha por conta própria (autónomo) (por favor especifique): _____

(3) Não assalariado, voluntário/caridade

(4) Estudante

(5) Doméstica/Dona de casa

(6) Aposentado

(7) Desempregado (razão de saúde)

(8) Desempregado (outra razão)

(9) Outro (por favor especifique) _____

A.8. DIAGNÓSTICO MÉDICO DAS PRINCIPAIS CONDIÇÕES DE SAÚDE ACTUAIS

(1) Não existe nenhuma Condição Médica

(2) Hipertensão Arterial código da CID: ___ . ___ . ___ . ___ . ___

(3) Diabetes código da CID: ___ . ___ . ___ . ___ . ___

(4) Artrose: Anca ; Joelho código da CID: ___ . ___ . ___ . ___ . ___

(5) Espondilartrose: Coluna cervical ; Coluna dorsal ... código da CID: ___ . ___ . ___ . ___ . ___

(6) Patologia cardiovascular código da CID: ___ . ___ . ___ . ___ . ___

(7) Patologia respiratória código da CID: ___ . ___ . ___ . ___ . ___

(8) Cancro código da CID: ___ . ___ . ___ . ___ . ___

(9) Depressão código da CID: ___ . ___ . ___ . ___ . ___

(10) Antecedentes traumáticos

Não

Sim (por favor especifique) _____

(11) Outra (por favor especifique) _____

(12) Existe uma Condição de Saúde (doença, distúrbio, lesão), porém a sua natureza ou diagnóstico não são conhecidos []

A.9. ALTURA: ____ cm

A.10. PESO: ____ kg

A.11. MÃO DOMINANTE (anterior à condição de saúde)

Esquerda [] Direita [] Ambidestro []

A.12. FOI HOSPITALIZADO NO ÚLTIMO ANO?

Não []

Sim [] *Se SIM, por favor especifique a razão(s) e por quanto tempo?*

1. _____; Quantos Dias ____

2. _____; Quantos Dias ____

3. _____; Quantos Dias ____

A.13. USA ALGUM PRODUTO OU TECNOLOGIA?

Não []

Sim [] *Se SIM, por favor especifique quais.*

(1) Cadeira de rodas []

(2) Bengala []

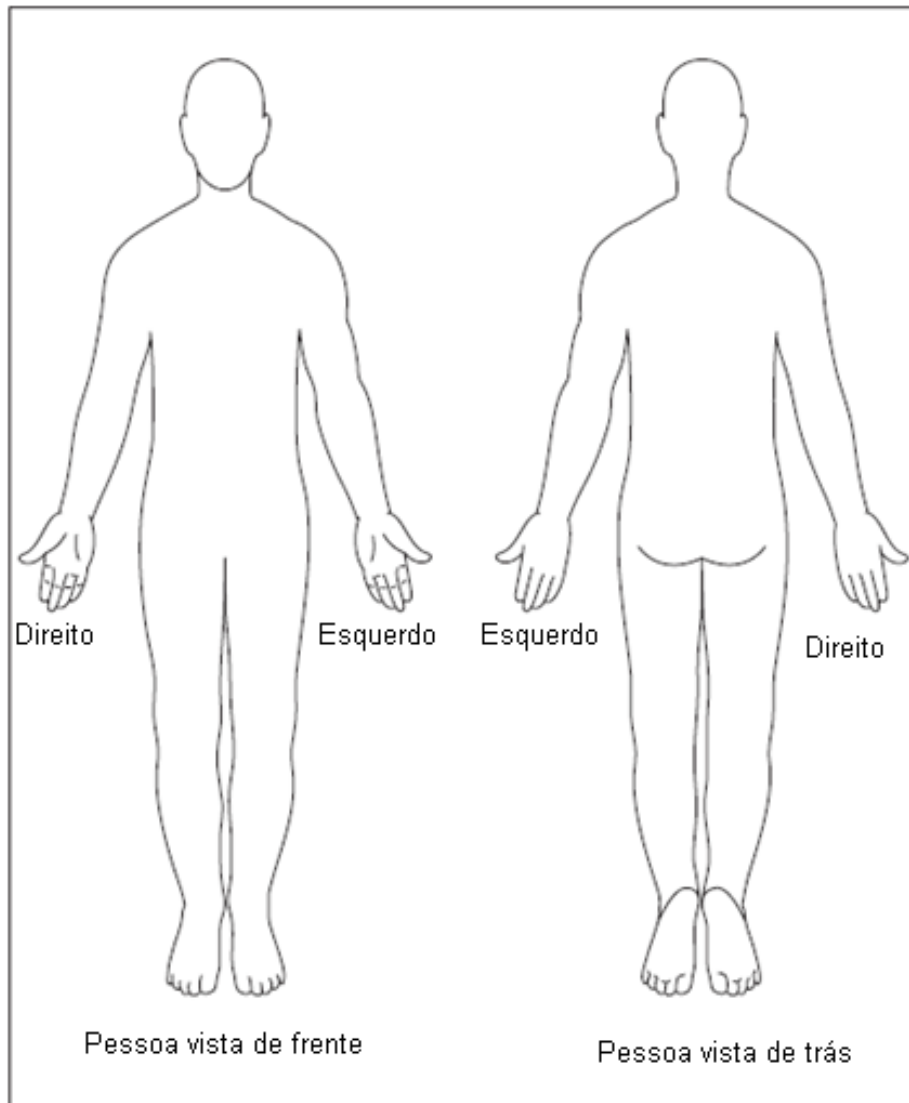
(3) Canadiana []

(4) Ajuda de banho []

(5) Outros [] (*por favor especifique*) _____

CARACTERIZAÇÃO DA DOR MÚSCULO-ESQUELÉTICA (localização, intensidade, frequência e duração)

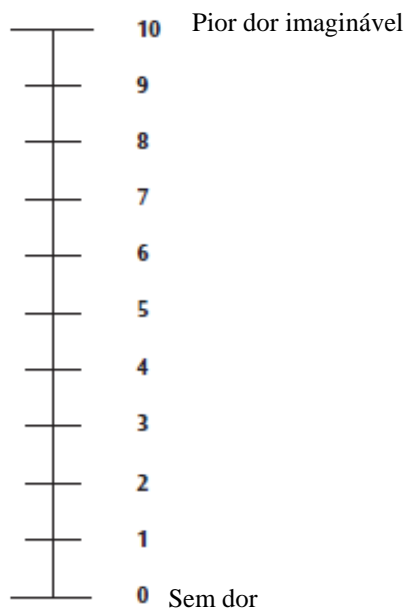
B.1. POR FAVOR, ASSINALE COM CRUZES, NA FIGURA ABAIXO, OS LOCAIS ONDE SENTIU DOR NA ÚLTIMA SEMANA.



C.1. ASSINALE A INTENSIDADE GLOBAL DA DOR NOS VÁRIOS LOCAIS QUE ASSINALOU NA PERGUNTA ANTERIOR UTILIZANDO A ESCALA QUE SE SEGUE.

Nesta escala o zero (0) indica a ausência de dor e os restantes números indicam aumento da dor até ao 10, que representa a pior dor imaginável.

Coloque uma cruz em cima do número que na escala representa a intensidade global da dor hoje.



D.1. QUANTAS VEZES, NA ÚLTIMA SEMANA, SENTIU DOR?

- Raramente (1 vez por semana)
- Ocasionalmente (2 a 3 vezes por semana)
- Muitas vezes (mais do que 3 vezes por semana)
- Sempre

E.1. HÁ QUANTO TEMPO SENTE DOR?

- Menos de 1 mês
- Mais de 1 mês e menos de 6 meses
- Mais de 6 meses e menos de 1 ano
- Mais de 1 ano e menos de 5 anos
- Mais de 5 anos

Anexo II – Escala de Depressão Geriátrica

Escala de Depressão Geriátrica – Yesavage

	Sim	Não
1. Está satisfeito/a com a sua vida?		
2. Afastou-se das actividades e das “coisas” que lhe interessavam?		
3. Sente que a sua vida é vazia?		
4. Sente-se frequentemente aborrecido/a?		
5. Está sempre de bom humor, na maior parte do tempo?		
6. Tem medo que algo de mal lhe aconteça?		
7. Sente-se feliz, na maior parte do tempo?		
8. Sente-se abandonado/a, na maior parte do tempo?		
9. Prefere ficar em casa do que sair e fazer coisas diferentes?		
10. Acha que tem mais dificuldade com a memória, do que a maioria das pessoas?		
11. Acha que neste momento “Viver” é algo maravilhoso?		
12. Acha-se inútil?		
13. Sente-se cheio/a de energia?		
14. Sente-se esperançoso/a em relação à sua situação actual?		
15. Acredita que a maioria das pessoas está em melhor situação do que a sua?		

Anexo III- Bateria de testes de *performance*

SPPN – Folha de registo

1. Equilíbrio (se a pessoa não terminar um dos testes, indiquem o tempo que permaneceu em cada posição)

1. Pés juntos - _____
2. O calcanhar de um pé colocado ao lado do dedo grande do outro pé - _____
3. Um pé à frente do outro - _____

2. Marcha

1. Completou o teste (tempo em seg) - _____
2. Não completou - _____

Ajuda técnica:

Não usou

Usou Indique qual _____

3. Sentar e levantar da cadeira

Completou o teste (tempo em seg) - _____

Não completou - _____

Opções de resposta, caso o participante não consiga realizar algum dos testes:

Tentou mas não conseguiu (2)

Não conseguiu manter a posição durante 10s sem assistência (3)

Você não tentou porque não achou seguro (4)

O participante não tentou, sentiu-se inseguro (5)

O participante não compreendeu as instruções (6)

Participante recusou (7)

Outro (8)

Anexo IV – WHODAS 2.0 Versão de 12 itens

WHODAS 2.0

As questões seguintes são acerca das dificuldades que sentiu devido à sua condição de saúde.

Condições de saúde incluem doenças, problemas de saúde de curta ou longa duração, lesões, problemas mentais ou emocionais, ou problemas relacionados com álcool ou drogas.

As suas respostas só devem reflectir os últimos 30 dias e responda às questões pensando em quanta dificuldade teve em realizar as seguintes actividades.

Nos últimos 30 dias, quanta dificuldade teve em:		Nenhuma	Ligeira	Moderada	Grave	Completa / Não faz
S1	Ficar de pé por longos períodos, como 30 minutos?	1	2	3	4	5
S2	Tratar das suas responsabilidades domésticas?	1	2	3	4	5
S3	Aprender uma nova tarefa, por exemplo, aprender o caminho para um novo lugar?	1	2	3	4	5
S4	Quanta dificuldade que teve em participar em actividades na comunidade (como por exemplo, festivais, religiosas ou outras) da mesma forma que qualquer outra pessoa?	1	2	3	4	5
S5	Quanto se sentiu emocionalmente afectado pela sua condição de saúde? *	1	2	3	4	5

* Codificação: Nada | Ligeiramente | Moderadamente | Gravemente | Completamente

Nos últimos 30 dias, quanta dificuldade teve em:		Nenhuma	Ligeira	Moderada	Grave	Completa / Não faz
S6	Concentrar-se a fazer algo durante dez minutos?	1	2	3	4	5
S7	Andar uma distância longa como um quilómetro [ou equivalente]?	1	2	3	4	5
S8	Lavar todo o corpo?	1	2	3	4	5
S9	Vestir-se?	1	2	3	4	5
S10	Lidar com pessoas que não conhece?	1	2	3	4	5
S11	Manter uma amizade?	1	2	3	4	5
S12	No seu trabalho/escola do dia-a-dia?	1	2	3	4	5

H1	Globalmente, nos últimos 30 dias, quantos dias estiveram presentes estas dificuldades?	Registe o número de dias ___
H2	Nos últimos 30 dias, em quantos dias esteve totalmente impossibilitado de realizar as suas actividades habituais ou de trabalhar devido à sua condição de saúde?	Registe o número de dias ___
H3	Nos últimos 30 dias, sem contar os dias em que esteve totalmente impossibilitado, em quantos dias diminuiu ou reduziu as suas actividades habituais ou de trabalho devido à sua condição de saúde?	Registe o número de dias ___

Anexo V – Avaliação Rápida da Atividade Física

Qual o seu nível de atividade física? (assinale uma resposta em cada linha)

		Esta frase descreve-o com exatidão?		
ARAF 1	1.	Raramente ou nunca faço atividade física	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	
	2.	Faço alguma atividade física leve ou moderada , mas não todas as semanas.	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	
	3.	Faço alguma atividade física leve todas as semanas.	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	
	4.	Faço atividade física moderada todas as semanas, mas menos do que 30 minutos por dia ou menos do que cinco dias por semana.	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	
	5.	Faço atividade física intensa todas as semanas, mas menos do que 20 minutos por dia ou menos do que três dias por semana.	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	
	6.	Faço 30 minutos ou mais de atividade física moderada por dia, cinco ou mais dias por semana.	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	
	7.	Faço 20 minutos ou mais de atividade física intensa por dia, três ou mais dias por semana.	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	
ARAF 2	3 = Ambas 1 e 2	1.	Faço atividades para aumentar a força muscular, como por exemplo levantar pesos, uma ou mais vezes por semana.	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
		2.	Faço atividades para aumentar a flexibilidade , como por exemplo alongamentos ou yoga, uma ou mais vezes por semana.	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>