



**CATARINA DA COSTA  
RODRIGUES FERREIRA**

**Fiabilidade e associação da depressão e  
funcionalidade em pessoas idosas  
institucionalizadas**





**CATARINA DA COSTA  
RODRIGUES FERREIRA**

**Fiabilidade e associação da depressão e  
funcionalidade em pessoas idosas  
institucionalizadas**

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 Professora Doutora Margarida Cerqueira, Professora Adjunta da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro e coorientação científica do Mestre Joaquim Alvarelhão, Professor Adjunto da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro.



À minha estrelinha.



## **O júri**

Presidente	Professora Doutora Maria da Piedade Moreira Brandão Professora Adjunta Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro
Arguente	Sara Otília Marques Monteiro Professora Auxiliar Convidada do Departamento de Educação da Universidade de Aveiro
Orientadora	Professora Doutora Margarida de Melo Cerqueira Professora Adjunta Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro





## AGRADECIMENTOS

Aos orientadores científicos, Professora Doutora Margarida Cerqueira e Professor Joaquim Alvarelhão, pelo apoio, disponibilidade e orientação.

À Professora Doutora Anabela Silva, pela disponibilidade e paciência.

Aos meus pais, pelo esforço e dedicação para eu conseguir chegar até aqui.

Ao meu avô Arménio, pela preocupação e o querer saber mais sobre o meu trabalho.

Às minhas tias e à Carla, pela curiosidade e incentivo.

Aos meus amigos, pelo apoio constante.

A todas as instituições, que se prontificaram desde logo a participar no estudo.

Aos participantes, pela disponibilidade e a animação proporcionada durante a recolha.

A todos, o meu muito obrigada!



## Palavras-Chave

Pessoas idosas institucionalizadas, depressão, funcionalidade percebida, funcionalidade objetiva

## Resumo

A depressão é uma condição clínica de elevada prevalência sendo uma das principais causas de incapacidade. O aumento da prevalência deste transtorno mental é notório consoante o avançar da idade, no entanto, a informação sobre a relação entre a depressão e a funcionalidade nas faixas etárias acima dos 60 anos é escassa. Este estudo teve como objetivos caracterizar e analisar a associação entre a depressão e a funcionalidade percebida e objetiva em pessoas idosas institucionalizadas e testar a fiabilidade dos respetivos instrumentos de avaliação aplicados. A amostra foi do tipo não-probabilística por conveniência, constituída por 79 sujeitos institucionalizados na região centro de Portugal (distritos de Aveiro e Viseu). Os instrumentos da recolha de dados foram um questionário sociodemográfico; a Escala de Depressão Geriátrica (EGD); a WHODAS 2.0 – 12 itens; um teste de *performance* para o membro superior (avaliação da força de prensão da mão direita e da mão esquerda); três testes de *performance* para o membro inferior (velocidade da marcha, *Timed Up & Go test* (TUG) e *Five – times-sit-to-stand- test* (FTSTS)). A média da pontuação total da EDG foi de  $5,97 \pm 3,29$  num máximo de 15, sendo que 60,8% (n=48) dos sujeitos apresentaram sintomas depressivos. A média total da WHODAS 2.0 - 12 itens foi de  $30,64 \pm 8,98$  num máximo de 60, o que é indicativo de limitação funcional moderada. Em relação aos testes de *performance* para o membro superior, a força de prensão da mão esquerda foi  $16,04 \pm 6,73$  e a da mão direita de  $17,17 \pm 6,56$ . No que diz respeito aos testes de *performance* para o membro inferior, a média da velocidade de marcha foi de  $0,44 \pm 0,21$ , no TUG de  $20,95 \pm 12,75$  e no FTSTS a média da amostra foi de  $19,78 \pm 8,94$ . Todos os instrumentos de avaliação utilizados apresentaram uma fiabilidade excelente para a sua utilização em pessoas idosas institucionalizadas. A depressão surgiu associada à funcionalidade percebida e à força de prensão manual.



**Keywords**

Institutionalized elderly, depression, perceived functionality, objective functionality

**Abstract**

Depression is a clinical condition with high prevalence, being one of the leading causes of disability. This mental disorder becomes more common with advancing ages. However, it is not clear the relationship between depression and functionality of people aged above 60 years old.

This study aims to test the reliability of several functionality assessment tools exploiting the relationship between several variables in institutionalized elderly. A non-probabilistic sample group composed by 79 people from Portugal center region (Aveiro and Viseu districts) was tested and the following tools were used for data collection: a socio-demographic survey; the Geriatric Depression Scale (GDS); the disability scale from the World Health Organization (WHODAS 2.0 – 12 items); an upper limb performance test (handgrip strength evaluation); and three lower limb performance tests: gait speed, Timed Up & Go test (TUG) and Five – times – sit – to stand - test (FTSTS). The GDS total average score was  $5,97 \pm 3,29$  (in a maximum of 15), in which 60.8% (n=48) of the total participants revealed depressive symptoms. Regarding WHODAS 2.0 – 12 items, the total average for the items test was  $30,64 \pm 8,98$  (in a maximum of 60) which means the group test has moderated functional limitations.

Concerning upper limb performance test, the handgrip strengths averages obtained were, respectively,  $16,04 \pm 6,73$  and  $17,17 \pm 6,56$  for the left and right-hands. Finally, for the lower limb performance tests the gait speed average was  $0,44 \pm 0,21$ , the TUG average  $20,95 \pm 12,75$  and the FTSTS average was  $19,78 \pm 8,94$ . It was concluded that all tested assessment tools revealed excellent reliability to be used in institutionalized elderly. Depression appears associated with perceived functionality and handgrip strength.



## Índice

INTRODUÇÃO .....	18
ENQUADRAMENTO TEÓRICO .....	20
1. Conceito de depressão .....	20
2. Depressão nas pessoas idosas .....	24
2.1. Depressão nas pessoas idosas institucionalizadas .....	27
3. Conceito de funcionalidade .....	28
3.1. Funcionalidade percebida e funcionalidade objetiva .....	31
3.2. Funcionalidade nas pessoas idosas .....	32
3.2.1. Funcionalidade nas pessoas idosas institucionalizadas .....	34
4. Depressão e funcionalidade.....	36
OBJETIVOS E METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO .....	38
1. Enquadramento do estudo e objetivos .....	38
2. Considerações éticas.....	38
3. Metodologia .....	39
3.1. Desenho da investigação .....	39
3.3. Procedimento da recolha dos dados .....	39
3.4. Instrumentos de medida utilizados .....	40
3.5. Análise dos dados .....	43
APRESENTAÇÃO E LEITURA DOS RESULTADOS.....	45
1. Caracterização geral da amostra .....	45
2. Fiabilidade da bateria de testes aplicada.....	49
3. Análise da associação entre a depressão e a funcionalidade percebida e objetiva .....	51
DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....	54
CONCLUSÃO .....	57
BIBLIOGRAFIA .....	59
ANEXOS .....	64
APÊNDICES.....	65

## ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Distinção semântica entre os conceitos da CIF .....	30
Tabela 2 - Caracterização geral da amostra .....	45
Tabela 3 - Caracterização da presença ou ausência de depressão na amostra.....	46
Tabela 4 - Caracterização da funcionalidade percebida na amostra .....	47
Tabela 5 - Caracterização da funcionalidade objetiva na amostra – Testes de <i>performance</i> .....	48
Tabela 6 - Fiabilidade da Escala de Depressão Geriátrica (EDG).....	50
Tabela 7 - Valor de Kappa das duas aplicações da Escala de Depressão Geriátrica (EDG) .....	50
Tabela 8 - Fiabilidade da WHODAS 2.0 – 12 itens.....	50
Tabela 9 - Fiabilidade dos cinco testes de performance aplicados.....	51
Tabela 10 - Associação entre depressão e funcionalidade percebida e objetiva .....	52

## ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo I - <i>Short Portable Mental Status Questionnaire</i> (SPMSQ) .....	64
---	----

## ÍNDICE DE APÊNDICES

Apêndice I – Consentimento Informado .....	65
Apêndice II – Folha de Informações .....	66
Apêndice III - Pedido de Autorização Institucional para a Recolha de Dados .....	68
Apêndice IV – Bateria de Escalas .....	69
Apêndice V – Folha de Registo dos Testes de Performance .....	75



## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

**ABVD** – Atividades Básicas de Vida Diária

**AIVD** – Atividades Instrumentais de Vida Diária

**AVD** – Atividades de Vida Diária

**CD** – Centro de Dia

**CIF** – Classificação Internacional de Funcionalidade

**DP** – Desvio Padrão

**DSM 5** – Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais 5

**ER** – Estrutura Residencial

**FTSST** – *Five-Times-Sit-To-Stand-Test*

**EDG** – Escala de Depressão Geriátrica

**IC 95%** - Intervalo de Confiança de 95%

**CCI** – Coeficiente Intraclasse

**m/s** – Metros por segundo

**OMS** – Organização Mundial de Saúde

**s** – Segundos

**SPMSQ** - *Short Portable Mental Status Questionnaire*

**TUG** – *Timed “Up & Go” Test*

**WHODAS 2.0.** – 12 itens– *World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0.* – 12 itens

## INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é uma realidade em Portugal e no mundo. Estima-se que entre 2000 e 2050 a proporção da população com idade igual ou superior a 60 anos duplique de 11% para 22% (WHO, 2013). O declínio da fecundidade, a diminuição da mortalidade e aumento da esperança média de vida, são responsáveis pelo envelhecimento demográfico (Mota Pinto, 2006).

Segundo Rebouças (2006), o envelhecimento é um processo que acarreta mudanças quer na frequência das incapacidades quer no padrão das patologias, levando isto a que as funções física, cognitiva e sensorial tendam a ficar mais debilitadas, podendo conduzir à deterioração das capacidades funcionais. Com o avançar da idade, tende a aumentar a prevalência de doenças crónicas e, conseqüentemente, da dependência. No entanto, o envelhecimento não deve ser visto como sinónimo de carência, uma vez que muitas das patologias associadas ao envelhecimento podem ser prevenidas ou retardadas (Pelegrino & Leal, 2009).

Alguns estudos (Bean, Olveczky, Kiely, LaRose & Jette, 2011) têm indicado que vários aspetos fisiológicos e psicossociais possam estar associados ao declínio da função, em particular a idade, a atividade física, a dor ou a depressão. Neste sentido, são necessárias ações preventivas e de promoção da saúde que facilitem a melhoria da qualidade de vida e que ampliem a expectativa de vida ativa, isto é, a média de anos que uma pessoa pode viver com saúde, autonomia e independência (Galvão, 2006).

O conceito de funcionalidade, de acordo com a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), envolve todas as funções do corpo, atividades e participação do indivíduo na sociedade (OMS, 2004). Com o envelhecimento, há um declínio da funcionalidade associado ao aumento de ocorrência das doenças crónicas. Esse declínio constitui um problema comum das pessoas idosas em geral e, em particular, das pessoas idosas institucionalizadas (Bekhet & Zauszniewski, 2014). Verifica-se uma elevada prevalência de perturbações mentais na velhice, constituindo-se como parte dos determinantes do declínio da funcionalidade em pessoas idosas (Silva, et al, 2013). De entre essas, a depressão foi identificada como uma das predominantes, sendo considerada um dos principais determinantes no declínio da funcionalidade na velhice (Barua & Kar, 2010).

A associação entre a depressão e a idade avançada tem suscitado interesse a vários investigadores, tendo sido sugerido que esta patologia tem características diferentes nas pessoas com 60 ou mais anos em relação a outras faixas etárias. Os fundamentos que suportam esta tese, de que a depressão nas pessoas idosas é distinta, baseiam-se na grande relevância de diferenças na sintomatologia, particularidades exclusivas desta faixa etária (Vaz & Gaspar, 2011). Segundo os autores, na associação da depressão e a idade avançada, encontram-se, como variáveis associadas, o género feminino, a existência de doenças crónicas, a condição de saúde debilitada, como a incapacidade funcional e défice cognitivo, assim como condições socioeconómicas limitadas. Sabendo-se que a institucionalização pode revestir-se de uma situação stressante para as pessoas idosas, poderá também ser promotora para o desenvolvimento de

uma depressão nas mesmas. Segundo Plati e colaboradores (2006) a prevalência da depressão em pessoas idosas institucionalizadas é superior à dos não institucionalizados, 54,2% e 18,9%, respectivamente.

Considerando-se que a população mundial está cada vez mais envelhecida e, portanto, com tendência para aumentar o número de pessoas idosas institucionalizadas, este tema assume uma natureza de relevante interesse para a gerontologia e para a saúde pública.

Conhecer a prevalência de depressão nas pessoas idosas institucionalizadas e as suas singularidades é de elementar importância para que se possa conceber e ponderar adequados programas de acompanhamento interdisciplinar com o principal intuito de a independência funcional das pessoas idosas no meio em que residem, seja no seu domicílio ou seja numa instituição de longa permanência para esta faixa etária. Identificar a prevalência de depressão nas pessoas idosas institucionalizadas contribuirá para uma mais efetiva realização destas ações por parte das equipas de saúde, diminuindo gastos com a prescrição de fármacos e encaminhamentos para outros níveis de cuidado, melhorando a qualidade de vida dessas pessoas.

Uma avaliação atempada dos níveis de funcionalidade poderá permitir identificar indivíduos em risco de depressão, podendo acautelar uma conseqüente maior deterioração da função.

## ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Neste capítulo será abordado o conceito de depressão em geral, a sua prevalência nas pessoas idosas e, em particular, nas pessoas idosas institucionalizadas. Serão também abordados os conceitos de funcionalidade em geral, tanto a percebida como a objetiva, assim como o de funcionalidade nas pessoas idosas e, novamente em particular, nas pessoas idosas institucionalizadas. O capítulo terminará com a relação entre a depressão e a funcionalidade.

### 1. Conceito de depressão

O conceito de depressão, segundo Del Porto (1999), traduz diversas conceções consoante seja perspectivado como (1) um sintoma, (2) uma síndrome ou (3) uma (ou várias) patologia(s).

Enquanto (1) sintoma, a depressão pode advir como consequência de situações stressantes ou de circunstâncias sociais e económicas hostis, podendo ainda surgir nos mais variados quadros clínicos, como por exemplo na demência, no alcoolismo, no transtorno de stress pós-traumático ou na esquizofrenia. Como (2) síndrome, considera-se que a depressão abrange não somente alterações do humor (p. ex., falta da capacidade de sentir prazer, tristeza, apatia, irritabilidade), como também um conjunto de outros aspetos que incorporam não só alterações cognitivas, mas também psicomotoras e vegetativas (p. ex., sono, apetite). Por fim, enquanto (3) uma (ou várias) patologia(s), a depressão tem sido qualificada de várias formas dependendo do período histórico, da preferência dos autores e do ponto de vista perfilhado. Na literatura atual encontram-se diversos quadros clínicos e que diferem consoante o *timing* (o momento em que surge), a duração e/ou a etiologia conjecturada (American Psychiatric Association, 2014). Alguns dos mencionados são o transtorno depressivo maior, a melancolia, a depressão integrante do transtorno bipolar tipos I e II ou a depressão como parte da ciclotimia (Del Porto, 1999), sendo a perturbação depressiva major aquela que representa a condição clássica neste grupo de perturbações. Esta última caracteriza-se pela presença de episódios distintos com pelo menos duas semanas de duração (embora a maioria dos episódios dure consideravelmente mais tempo) e que envolvam alterações bem definidas no que diz respeito ao afeto, à cognição e às funções neurodegenerativas, havendo remissão entre os episódios. A fadiga ou a insónia são muitas vezes apresentadas como as principais queixas, podendo a tristeza ser inicialmente negada. No entanto, esta pode ser evidenciada numa entrevista com o indivíduo ou inferida a partir da expressão facial ou do comportamento tido pelo mesmo. É também necessário ter em atenção os indivíduos que se focam numa queixa somática, devendo avaliar-se se o mal-estar decorrente da queixa está ou não associado a sintomas depressivos específicos. As alterações psicomotoras, a presença de culpa delirante ou quase delirante são das queixas menos comuns, contudo podem ser indicativas de uma maior gravidade global (APA, 2014). A prevalência da perturbação depressiva major (ou depressão unipolar) segundo o Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos

Mentais, quinta edição (2014; *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fifth edition (DSM-5)*), num espaço de 12 meses é de sensivelmente 7%, mas com diferenças consideráveis entre os distintos grupos etários: a prevalência em indivíduos com idades entre os 18 e os 29 anos é três vezes maior do que a em pessoas com 60 ou mais anos.

No que à depressão diz respeito, pode ainda falar-se de outros três conceitos distintos (APA, 2014): (1) o de distímia, (2) o de transtorno misto de ansiedade e depressão e (3) o de depressão subsindrómica.

O (1) conceito de distímia implica um transtorno depressivo crónico com sintomatologia mais leve, durante, pelo menos, dois anos, e com períodos incertos e curtos de bem-estar. Além do humor deprimido, o indivíduo deverá apresentar até três dos seguintes sintomas: insónia, choro, diminuição da energia, dificuldade de se concentrar, inabilidade para lidar com as responsabilidades no dia-a-dia, redução da autoconfiança, diminuição do interesse sexual e em outras atividades satisfatórias, sentimento de desamparo, pessimismo em relação ao futuro, isolamento social e diminuição do discurso. Por sua vez, o (2) conceito de transtorno misto de ansiedade e depressão é aplicável no indivíduo que apresenta sintomas de ansiedade e de depressão sem que nenhuma das duas patologias, consideradas isoladamente, justifiquem um diagnóstico. Alguns sintomas são independentes, como tremores, palpitações, boca seca ou dor epigástrica. Por último, o (3) conceito de depressão subsindrómica refere-se ao indivíduo com sintomas ténues que não preenchem os critérios de presença de depressão, mas que revela alto risco de apresentar futuros eventos de depressão.

Num estudo realizado por Bulut (2009) com famílias apontou-se para a existência da componente genética na depressão, tendo-se estimado que essa representava cerca de 40% da suscetibilidade para o desenvolvimento de depressão unipolar e cerca de 70% para o transtorno bipolar. Apesar de ser consensual que a componente genética possa contribuir para o desenvolvimento de um quadro depressivo, alguns investigadores discutem a interação desse fator com o contexto ambiental dos indivíduos, salientando a sua relação próxima.

Para identificar a existência de depressão, são analisados, para além da história clínica e dos dados obtidos nos exames de estado mental, sistemas classificatórios como a Classificação Internacional de Doenças (CID-10), décima versão, da Organização Mundial de Saúde (1994) ou o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-5) (APA, 2014).

Segundo a CID-10, podem considerar-se (1) critérios gerais, (2) critérios principais, (3) sintomas adicionais e (4) presença ou ausência de síndrome somática, ou seja, critérios diagnósticos para um episódio depressivo (OMS, 1994). Quanto aos (1) critérios gerais, estes são: i) o episódio deve durar pelo menos duas semanas; ii) não haver sintomas maníacos ou hipomaníacos em qualquer época da vida; iii) o episódio não é atribuível ao uso de substâncias psicoativas. Em relação aos (2) critérios principais, dois ou mais destes sintomas devem estar presentes sempre: i) humor deprimido que definitivamente seja anormal para aquele indivíduo, presente pela maior parte do dia e quase todos os dias, largamente não influenciado pelas circunstâncias e mantido por pelo menos duas semanas; ii) perda de interesse ou

prazer por atividades que normalmente são agradáveis; iii) energia diminuída ou fadigabilidade aumentada. No que diz respeito aos (3) sintomas adicionais, podem estar presentes: i) perda de confiança ou autoestima; ii) sentimentos irracionais de autorreprovação ou culpa excessiva ou inapropriada; iii) pensamento recorrente de morte ou suicídio ou qualquer comportamento suicida; iv) queixas ou evidências de diminuição da capacidade de pensar ou concentrar-se, tais como indecisão ou vacilação; v) alteração na atividade psicomotora com agitação ou lentificação (tanto subjetiva como objetiva); vi) qualquer tipo de perturbação do sono; vii) alteração do apetite (diminuição ou aumento), com correspondente alteração do peso. Por fim, pode ainda haver (4) a presença ou ausência de síndrome somática (características melancólicas, neurovegetativas ou físicas), como: i) marcante perda de interesse e prazer em atividades que são normalmente prazerosas; ii) falta de reações emocionais a eventos ou atividades que normalmente produzem reação emocional; iii) levantar-se de manhã duas ou mais horas antes do habitual; iv) depressão pior pela manhã; v) evidência objetiva de retardo ou agitação psicomotora marcante (observado ou relatado por outra pessoa); vi) marcante perda de apetite; vii) perda de peso (5% ou mais do peso corporal no último mês); viii) marcante perda da libido.

Esta classificação no diagnóstico de depressão diferencia os episódios depressivos em três tipos (Grevet & Knijnik, 2001): (1) leves, (2) moderados e (3) graves, podendo estes últimos ter ou não sintomas psicóticos. Nos (1) episódios depressivos leves, devem estar patentes dois ou três sintomas dos mencionados (critérios gerais, critérios principais, sintomas adicionais e presença ou ausência de critérios diagnósticos para um episódio depressivo), causando angústia ao indivíduo; porém, este poderá seguir com a sua rotina diária. No que respeita aos (2) episódios depressivos moderados, devem encontrar-se quatro ou mais sintomas dos citados (critérios gerais, critérios principais, sintomas adicionais e presença ou ausência de critérios diagnósticos para um episódio depressivo), causando angústia ao indivíduo, acarretando sofrimento, dificultando, assim, a vida quotidiana. Nos (3) episódios depressivos graves sem sintomas psicóticos, podem encontrar-se vários dos sintomas indicados (critérios gerais, critérios principais, sintomas adicionais e presença ou ausência de critérios diagnósticos para um episódio depressivo), os quais são marcantes e causam bastante sofrimento, sem que o indivíduo consiga prosseguir com suas atividades diárias; nos com sintomas psicóticos, observam-se vários dos sintomas referidos (critérios gerais, critérios principais, sintomas adicionais e presença ou ausência de critérios diagnósticos para um episódio depressivo), os quais são acompanhados, por exemplo, por delírios, alucinações ou mesmo estupor depressivo.

Já o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-5) (APA, 2014: 190-191) apresenta outro tipo de classificação considerando que para o diagnóstico de uma depressão devem analisar-se os seguintes aspetos quando: (a) durante o período de duas semanas, estiverem presentes cinco ou mais dos seguintes sintomas e que representem uma mudança no funcionamento prévio, sendo que pelo menos um destes sintomas deverá ser (1) humor deprimido ou (2) perda do interesse ou prazer; (b) os sintomas causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou

ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo; (3) os sintomas não se devem aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância ou condição médica geral. No que concerne ao primeiro aspeto mencionado (a), deve ainda ter-se em consideração outros nove pontos, sendo: (1) humor deprimido na maior parte do dia, quase todos os dias, indicado por relato subjetivo ou por observação feita por outros; (2) interesse ou prazer acentuadamente reduzidos por todas ou quase todas as atividades na maior parte do dia quase todos os dias. Para além destes, considera-se ainda a presença de (3) perda ou ganho significativo de peso (5% do peso do corpo) sem estar em dieta ou diminuição ou aumento do apetite quase todos os dias; (4) insónia ou hipersónia quase todos os dias; (5) agitação ou lentificação psicomotora quase todos os dias; (6) fadiga ou perda de energia quase todos os dias; (7) sensação de desvalorização ou culpa excessiva ou inapropriada (que pode ser delirante) quase todos os dias; (8) capacidade diminuída para pensar ou concentrar-se, ou indecisão quase todos os dias; (9) pensamentos de morte e de ideação suicida recorrentes sem um plano específico, tentativa de suicídio ou plano específico para cometer suicídio.

No campo da nosologia psiquiátrica, pode ainda referir-se que, além dos transtornos da personalidade (já abordados) devem ter-se em conta, entre outros, os seguintes diagnósticos diferenciais: transtornos de ansiedade, quadros demenciais, transtornos esquizofrénicos, quadros esquizofreniformes e a chamada doença esquizo-afetiva, alcoolismo e outras farmacodependências (Del Porto, 1999).

Por fim, há ainda que referir que o diagnóstico dos diferentes estados depressivos deve ter em conta se os sintomas depressivos são primários (existem por consequência da depressão) ou se são secundários ao uso de drogas e medicamentos e/ou a doenças físicas. Para descrever esse tipo de casos, o DSM-5 (APA, 2013) contém o item 'Transtorno do humor devido a uma condição médica geral', contemplando também critérios para o diagnóstico de 'Transtorno do humor induzido por substância'. Esses sistemas classificatórios, para além de padronizarem o reconhecimento de episódios depressivos, ajudam a identificar outras formas que não a depressão major, com sintomas mais ligeiros, mas que conduzem à incapacitação (Pinho, Custódio, & Makdisse, 2009). No que diz respeito aos episódios depressivos, esses têm uma duração média de 20 semanas (Fleck et al., 2003). A depressão é de duas a três vezes mais frequente no sexo feminino do que no sexo masculino. Cerca de 80% dos sujeitos que receberam tratamento para um episódio depressivo tenderão a ter pelo menos um segundo episódio ao longo da sua vida.

Podem associar-se ao desencadeamento de estados depressivos algumas doenças físicas (das quais uma boa parte da população idosa apresenta) e alguns agentes farmacológicos (muitos dos quais consumidos na população idosa) (Del Porto, 1999): consumo de corticosteróides, álcool, drogas, anti-hipertensivos, antiparkinsonianos e patologias como diabetes mellitus, esclerose múltipla, parkinson, epilepsia, apneia do sono, tumores, demências, artrite reumatóide, hepatite, síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA), neoplasias, entre outros.

Sendo a depressão a quarta causa de incapacitação em termos mundiais nos anos 90 do século passado, prevê-se que no ano 2020 seja a primeira em países em desenvolvimento e a segunda em países desenvolvidos, deixando o primeiro lugar para as cardiopatias isquémicas de índole grave (Fleck et al., 2003). Perante este cenário, a depressão tem sido colocada numa posição de evidência no que diz respeito aos problemas de saúde pública nas últimas duas décadas, sendo já considerada a doença mais dispendiosa de todo o mundo (Siqueira et al., 2009).

De seguida, será abordada a depressão nas pessoas idosas para uma melhor compreensão deste fenómeno nesta faixa etária.

## **2. Depressão nas pessoas idosas**

É um erro comum admitir que a depressão é normal e que faz parte do processo de envelhecimento, mas existem evidências que demonstram que vários problemas de saúde são os responsáveis muitas vezes pelo início da associação entre depressão e idade avançada (Haralambous et al., 2009). A associação entre a depressão e a idade avançada suscitou vários investigadores a aprofundarem-se na área, tendo sido observado que esta psicopatologia difere, nas pessoas idosas, nas suas características, das outras faixas etárias. A prevalência desta psicopatologia varia entre os estudos feitos em grande escala: entre 1% e 2% (Heithoff, 1995) ou 3,7% (Steffens et al., 2000), considerando-se haver uma correlação entre o seu aumento e o avançar da idade. A depressão entre as pessoas idosas que frequentam os serviços de saúde primária é bastante comum, sendo a depressão major a forma mais grave de perturbação do humor (nas pessoas idosas). Num estudo realizado por Irigaray e Schneider (2007), a prevalência de depressão major na sua amostra variou entre 0,9 e 42% entre as pessoas idosas caucasianas e os sintomas depressivos relevantes variaram entre 7,2 e 49%.

Os argumentos que suportam o parecer de que a depressão na pessoa idosa é distinta baseiam-se nas diferenças de sintomatologia, sendo de grande importância as singularidades intrapessoais próprias desta faixa etária (Vaz & Gaspar, 2011).

Existem vários estudos (Vaz & Gaspar, 2011) que fazem referência aos fatores de risco que estão claramente associados aos sintomas depressivos entre as pessoas idosas. Entre eles estão os fatores demográficos (estado civil, sexo, escolaridade, idade, institucionalização, status socioeconómico e profissão), psicossociais (acontecimentos de vida, falta de confidente/ relação íntima, luto, isolamento socioafetivo, dificuldade em satisfazer as AVD, apoio sociofamiliar, solidão, história prévia de depressão e dificuldades cognitivas e) 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 nas pessoas idosas.



A etiologia da depressão geriátrica advém de dois tipos de fatores, os genéticos e os metabólicos. Os primeiros contribuem na maior parte das vezes para o desenvolvimento de depressão de início precoce; os segundos, os metabólicos, atuam na medida em que se verifica uma diminuição dos neurotransmissores devido à idade, à saúde física e ao suporte social (Frank & Rodrigues, 2011).

Os critérios para o diagnóstico de depressão major em idosos são os mesmos utilizados para os adultos. Em Portugal, na área da geriatria, o DSM 5 é o sistema classificatório mais utilizado no auxílio do diagnóstico de depressão. No entanto, esta patologia nessa faixa etária, tem as suas minuciosidades, causando maior complexidade no seu diagnóstico (Frank & Rodrigues, 2011).

Pode-se dividir a depressão conforme a sua apresentação clínica em quatro subtipos: a (1) depressão vascular, a (2) síndrome depressão, a (3) depressão psicótica e a (4) depressão melancólica (Freitas, 2011).

A (1) depressão vascular tem como característica principal a diminuição de interesse por determinadas atividades, atraso psicomotor e lesão na percepção. Entre os sintomas cognitivos relacionados a este subtipo, destacam-se o défice de fluência verbal e anomia. A (2) síndrome depressão é geralmente caracterizada por disfunção executiva, com retardo psicomotor, redução do interesse e prejuízo nas atividades instrumentais de vida diária. No que diz respeito à (3) depressão psicótica, esta está associada a delírios e/ou alucinações, com maior risco de conduta inadequada e auto lesões. E por fim, a (4) depressão melancólica, associada a um quadro de incapacidade de reagir a estímulos positivos, com agravamento do humor deprimido pela manhã, sentimento de culpa desmedido, despertar precoce e perda de apetite/peso (Freitas, 2011).

Como características do quadro depressivo na faixa etária avançada encontram-se uma menor frequência de história familiar no que respeitam os transtornos do humor, uma maior analogia a eventos vitais negativos, uma maior prevalência de demência, uma menor cotação em testes neuropsicológicos e um maior número de alterações nos exames imagiológicos neuronais estruturais (Bandeira, 2012). Outro fator que se deve ter em atenção na depressão geriátrica é o aumento da incidência do luto nesta faixa etária. A perda do companheiro(a) é associada ao declínio mental e da saúde física, sucedendo sintomas depressivos cerca de dois a seis meses após a perda. Na distinção entre luto e episódio depressivo major (EDM), é relevante considerar que no luto o sentimento preponderante é o de vazio e de perda, enquanto que no EDM lidera o humor deprimido persistente e a incapacidade de sentir alegria e/ou prazer. É muito plausível que a disforia no luto diminua a sua intensidade ao longo de dias a semanas, já o humor deprimido de um EDM é mais persistente e não está vinculado a pensamentos ou preocupações. No luto, em geral, a autoestima está resguardada, enquanto que num EDM existem sentimentos de inutilidade e de inferioridade. O luto pode produzir grande sofrimento, mas em regra não desencadeia um episódio de perturbação depressiva major. Ainda assim, podem acontecer em simultâneo na mesma pessoa sendo que se considera esta uma situação mais grave uma vez que os sintomas depressivos e o compromisso do

funcionamento tendem a ser mais graves e o prognóstico é pior quando comparado com o luto que não é acompanhado de um EDM (APA, 2014).

A depressão na terceira idade tem graves consequências, em particular o sofrimento dos indivíduos (assim como dos respetivos prestadores de cuidados informais), mas também no aumento das incapacidades cognitivas e com perturbações do foro médico, dos custos com os cuidados de saúde, das patologias da competência médica e da taxa de mortalidade relacionada com o suicídio, (Reynolds & Kupfer, 1999). Devido à gravidade destas consequências, e apesar de a depressão geriátrica ser apontada como um dos principais problemas de saúde pública, continua a ser subdiagnosticada e subtratada, especialmente quando ocorre num contexto de múltiplos problemas médicos.

Num estudo realizado por Steffens e colaboradores em 2000, constatou-se que apenas 35,7% das pessoas idosas da amostra com depressão major estava a tomar um antidepressivo. Na perspetiva de Custódio & Menon (2011), os antidepressivos conduzem a uma melhora dos sintomas depressivos no prazo de duas a três semanas. Estes princípios ativos têm o seu uso individualizado para cada paciente, levando-se em consideração aspetos como a gravidade dos sintomas, eventos adversos, drogas associadas, custo, etc. Existem várias classes de antidepressivos, como os tricíclicos (nortriptilina imipramina, clomipramina, amitriptilina, e maprotilina), inibidores seletivos da recaptção de serotonina (fluoxetina, paroxetina, sertralina, fluvoxamine e citalopram), inibidores da MAO (moclobemide e tranilcypromine) entre outros. As classes mais usadas e mais eficientes são os tricíclicos e os inibidores da recaptção de serotonina (ISRS), no entanto os idosos têm uma melhor relação com os ISRS uma vez que estes apresentaram menos efeitos anticolinérgicos, escassos eventos adversos sobre a função cognitiva e ínfimos eventos cardiovasculares (Custódio & Menon, 2011).

Outra grande dificuldade enfrentada na sinalização de sintomas de depressão é a ideia de que a maioria dos indícios exibidos pelas pessoas decorre da idade e não de uma patologia, não sendo investigados e encaminhados para o tratamento. Segundo Simon e Vonkorff (1991) são quatro os fatores que podem contribuir para esta resposta pouco adequada por parte dos profissionais de saúde. Em primeiro lugar, surge a crença de que os sintomas de depressão são 'normais' dada a idade do indivíduo, as suas circunstâncias sociais (incluindo as perdas sofridas) e o seu estado de saúde. Em segundo lugar, a propensão dos profissionais de saúde para atribuírem esses sintomas e sinais neurovegetativos (como a falta de apetite, a perda de energia e as perturbações do sono) a problemas médicos acessórios. A renitência de muitos dos doentes idosos em aceitarem a presença de "problemas mentais", especialmente quando acompanhados por défice de memória, podem obrigar o profissional de saúde a socorrer-se de terceiras pessoas para obter informações sobre o historial do utente, e muitas vezes essa informação não seria a mesma se dada pelo próprio indivíduo se estivesse bem. Por fim, em quarto lugar, a inclinação de muitos doentes idosos para exprimirem o seu sofrimento psíquico em termos físicos dá origem a exames desnecessários, dispendiosos e por vezes arriscados, em busca de estados físicos inexistentes.

De entre os principais fatores envolvidos no desencadeamento da depressão, surgem o género feminino, as doenças de etiologia somática, o défice funcional, neurossensorial e cognitivo, o isolamento social e os antecedentes de depressão (Irigaray & Schneider, 2007). A perda do cônjuge, a institucionalização, um baixo rendimento e pouco ou inexistente escolaridade, um suporte familiar e social inadequados são outros dos principais fatores que poderão dar origem ao desenvolvimento de depressão.

A associação de doenças físicas com a depressão intensifica a incapacidade funcional da pessoa idosa. Esta patologia está frequentemente associada a doenças cardiovasculares, cancro, dor crónica doenças endócrinas e doença de Parkinson (Bandeira, 2012).

Ainda como sinais de alerta para uma possível depressão podem ser apresentados problemas de memória e desordens somáticas inespecíficas, tonturas e distúrbios do sono, o que torna o seu diagnóstico mais complexo. Caso estes sintomas não sejam associados à existência de uma depressão, existe o risco de serem tratados isoladamente, resultando este tratamento em polimedicação, comprometendo assim a qualidade de vida da pessoa em questão. A depressão nas pessoas com 60 ou mais anos, com a devida variação entre países, atinge principalmente mulheres, portadores de pelo menos duas patologias associadas, indivíduos com idade mais avançada e pessoas idosas institucionalizadas ou hospitalizadas. A depressão é responsável por mais de 60% dos internamentos em unidades de psiquiatria geriátrica, ocorre em cerca de 30% dos doentes idosos com doenças agudas e crónicas do foro médico (Okimoto & Barnes, 1982) e, nas pessoas que se encontram institucionalizadas em regime de estrutura residencial, em cerca de 15%.

Num estudo realizado por Forsell e Winblad (1999), com uma amostra de sujeitos com idade média de 85 anos, constatou-se uma prevalência de 4% de pessoas idosas deprimidas na comunidade. Apesar dos casos não diagnosticados de depressão nos serviços de atendimento primário à saúde variarem entre 30 a 50%, a incidência de depressão nas pessoas idosas residentes na comunidade chega a 12% (Castelo & Noleto, 2006). Em Portugal, a taxa de depressão em pessoas idosas pode, segundo Siqueira e colaboradores (2009), ser de 30% em comparação com 14% nos que residem na comunidade. O mesmo se tende a observar a nível mundial, cuja taxa de depressão é mais incidente nas pessoas idosas institucionalizadas do que naquelas que vivem na comunidade. Isto pode indicar que o transtorno depressivo major é uma doença grave e que carece de uma visão discriminada por parte dos profissionais de saúde (e da sociedade). Trata-se de uma patologia que provoca incapacidade, trazendo graves danos à qualidade de vida das pessoas idosas e dos seus familiares (Galhardo, Mariosa, & Takata, 2010; Gazalle, Hallal, & Lima, 2004).

### **2.1. Depressão nas pessoas idosas institucionalizadas**

Em poucos anos teremos mais indivíduos com mais de 60 anos, com uma característica de um contingente maior de pessoas alcançando idades mais avançadas, superando a esperança média de vida, prevista

pelos especialistas (Camarano, 2004). Em detrimento do aumento do número de idosos e das dificuldades apresentadas pelos familiares na tarefa de cuidar, surge a necessidade da existência de instituições de longa permanência para as pessoas idosas, tornando-se a institucionalização uma opção plausível. Com isto, as pessoas agora institucionalizadas são alvo de várias adaptações, novos horários, veem-se obrigadas a conviver com outras pessoas idosas até então desconhecidas, a dividir o ambiente em que vivem com eles e terão que se habituar a viver longe de seus elementos familiares. O indivíduo, com as suas particularidades, passa a ser apenas mais um no coletivo (Galhardo et al., 2010).

Conhecer a prevalência e as características da depressão em pessoas idosas institucionalizadas reveste-se de elementar importância. Um estudo realizado por Plati, Covre & Lukasova (2006) sugere que a prevalência da depressão em pessoas idosas institucionalizadas é maior do que nas não institucionalizadas: 54,2% e 18,9%, respetivamente. Um outro estudo, realizado no Brasil, com uma amostra de pessoas idosas institucionalizadas apontou para uma prevalência de 87% de sintomas depressivos (Azevedo, 2009).

Existem, fatores díspares que promovem incidentes do transtorno depressivo na velhice, sendo exemplos destes os eventos negativos e stressores de vida, as dificuldades daí decorrentes, a morte do conjugue, o insuficiente contacto social e os problemas patológicos que possam surgir (Júnior & Tavares, 2006). No entanto, com as novas necessidades coagidas pela transformação da sociedade, surge uma outra questão relacionada com as instituições de longa permanência para as pessoas idosas: a manutenção da capacidade funcional, ponto crucial para a estimativa da saúde da população idosa.

### 3. Conceito de funcionalidade

Durante as últimas três décadas, a definição de funcionalidade transitou de uma concetualização inserida nos modelos (1) biomédico e (2) social, culminando no (3) modelo biopsicossocial, onde se passou a enfatizar a natureza dinâmica da relação entre o estado de saúde do indivíduo e os seus fatores contextuais, ou seja, os ambientais e os pessoais (Organização Mundial de Saúde, 2004).

O (1) modelo biomédico teve origem na área da medicina e espelha o interesse na deficiência, doença ou “anormalidade” corporal, e na habilidade como isso provoca algum grau de incapacidade ou limitação funcional, sendo o corpo alvo de interesse científico, de classificação e de intervenção. Uma vez classificado como inválido ou dependente, o indivíduo é visto como ‘vítima’, carecendo de cuidado, atenção e ajuda de outras pessoas. A solução passa por se encontrar o cuidado vindo dos especialistas (*experts*), competindo às equipas multidisciplinares perceberem as necessidades desse indivíduo e definirem as intervenções adequadas para diminuir o impacto negativo da incapacidade. Alguns sociólogos defendem também esta ideia, sendo esta abordagem usada nas políticas de bem-estar social em distintos países. A perspetiva biomédica restringe a deficiência à categoria de doença corporal, focando-se no ‘paciente’ e nunca na ‘pessoa’. A incapacidade é então compreendida como um desfecho

biológico do mau funcionamento do organismo; logo, o papel do profissional de saúde é de corrigir a disfunção corporal, vista como um afastamento da normalidade.

No que respeita ao (2) modelo social, a incapacidade é perspetivada como não sendo obrigatoriamente o resultado de uma condição de saúde, mas sim como o resultado da influência entre os fatores psicológicos, sociais e ambientais. Contradizendo o anterior modelo biomédico, não é a incapacidade que prediz a interação social, mas é o contexto social que dá sentido à incapacidade. São as barreiras atitudinais e sociais “que incapacitam o indivíduo deficiente” (Sampaio & Luz, 2009: 476). Desta forma, a incapacidade não é algo que a pessoa tenha, mas um aspeto que ocorreu em algum momento da sua vida e que pode dar origem a uma forma de opressão social, de discriminação e de exclusão.

No entanto, outras abordagens, defendem outra perspetiva. Estas propõem que o corpo deficiente é muito mais do que um fenómeno fisiológico, é também um sujeito socializado e uma formação discursiva. Assim, a incapacidade seria o produto de uma interação entre a biologia, a estrutura social e a institucional. Entender a analogia complexa entre fatores biológicos e sociais, aperfeiçoando a análise da relação entre deficiência e incapacidade a partir do conhecimento do corpo como fenómeno biológico e produção social, passa então a ser o desafio lançado.

No que diz respeito ao conceito de incapacidade, até aos anos 70 do século passado havia ainda dificuldade em caracterizá-lo (Alves, Leite, & Machado, 2008). Só em 1965, com o surgimento de um novo modelo baseado na teoria sociológica proposto por Saad Nagi, é que se passou a fazer a distinção dos conceitos de patologia, de deficiência, de limitação funcional e de desvantagem. Definindo incapacidade como inaptidão ou limitação no cumprimento de papéis sociais e atividades relacionadas com o trabalho, a família e a vida independente, este autor defendia que a incapacidade pode não afetar, necessariamente, todos os papéis desempenhados pelo indivíduo ao longo da vida (Nagi, 1965).

Em 1980, a OMS publicou a Classificação Internacional das Deficiências, Incapacidades e Desvantagens (CIDID), uma classificação quanto ao impacto das doenças. Na CIDID, o conceito de incapacidade era caracterizado como uma limitação ou falta de capacidade, por deficiência, em realizar uma atividade da forma considerada normal (OMS, 1980). Esta definição de incapacidade relacionava-se, de certa forma, com a anterior caracterização de Nagi (1965), uma vez que estas se complementavam. No entanto, a definição e a classificação de funcionalidade continuavam a ser pouco precisas em termos mundiais, registando-se a necessidade de emergência de um quadro conceptual universalmente admitido (Garin et al., 2010). Deste modo, a CIDID determinou, com objetividade, uma abrangência e uma hierarquia de intensidades, uma escala de deficiências com níveis de dependência, limitação e seus respetivos códigos, sugerindo que fosse usada a CIDID pelos serviços de medicina, reabilitação e segurança social. Esta classificação definiu os conceitos de (1) deficiência, (2) incapacidade e (3) desvantagem (Amiralian et al., 2000:98). Como deficiência entendia-se “perda ou anormalidade de estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatómica, temporária ou permanente. Incluem-se nessas a ocorrência de uma anomalia, defeito ou perda de um membro, órgão, tecido ou qualquer outra estrutura do corpo, inclusive das

funções mentais. Representa a exteriorização de um estado patológico, refletindo um distúrbio orgânico, uma perturbação no órgão”. Como (2) incapacidade, a “restrição, resultante de uma deficiência, da habilidade para desempenhar uma atividade considerada normal para o ser humano. Surge como consequência direta ou é resposta do indivíduo a uma deficiência psicológica, física, sensorial ou outra. Representa a objetivação da deficiência e reflete os distúrbios da própria pessoa, nas atividades e comportamentos essenciais à vida diária” (Amiralian et al., 2000: 98) Por fim, como (3) desvantagem, o “prejuízo para o indivíduo, resultante de uma deficiência ou uma incapacidade, que limita ou impede o desempenho de papéis de acordo com a idade, sexo, fatores sociais e culturais Caracteriza-se por uma discordância entre a capacidade individual de realização e as expectativas do indivíduo ou do seu grupo social. Representa a socialização da deficiência e relaciona-se às dificuldades nas habilidades de sobrevivência (Amiralian et al., 2000: 98).

Nesta classificação evitou-se empregar a mesma palavra para designar deficiências, incapacidades e desvantagens. Desta forma, foi adotado um verbo no infinitivo para uma incapacidade, um adjetivo ou substantivo para uma deficiência e um dos papéis de sobrevivência no meio físico e social para uma desvantagem (Tabela 1).

**Tabela 1 - Distinção semântica entre os conceitos da CIDID**

	Deficiência	Desvantagem
De falar	Da linguagem	
De ouvir (de comunicação)	Da audição (sensorial)	Na orientação
De ver	Da visão	
De andar (locomoção)	Músculo-esquelética (física)	Na independência física
De assegurar a subsistência no lar (posição do corpo e destreza)		Na mobilidade
De realizar a higiene pessoal		Nas atividades de vida diária
De vestir (cuidado pessoal)	Órgãos (orgânica)	
De se alimentar		
De aprender	Intelectual (mental)	Na capacidade ocupacional
De perceber (aptidões particulares)	Psicológica	
De memorizar		
De se relacionar (comportamento)		
De ter consciência		Na integração social

(Adaptado de Amiralian et al., 2000)

Por forma a dar resposta, em 2001, a OMS publicou a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), onde foi descrito um modelo de função e de incapacidade e o respetivo sistema de classificação. Este modelo assentou na junção dos modelos biomédico e social, conduzindo ao surgimento do (3) modelo biopsicossocial, que concebia a integração das várias dimensões da saúde (biológica, psicológica e social) num modelo. Com esta nova classificação, que descrevia o estado funcional relacionando-o com as condições de saúde (OMS, 2001), a funcionalidade passa a ser

classificada através dos componentes da saúde. A funcionalidade e a incapacidade humanas passam a ser entendidas como uma interação diligente entre as condições de saúde (doença, trauma, lesões, distúrbios) e os fatores contextuais (incluindo fatores pessoais e ambientais) (Sampaio & Luz, 2009). Neste sentido, a funcionalidade passa a ser um termo que engloba todas as funções do corpo, as atividades e a participação; de maneira similar, no conceito de incapacidade passam a incluir-se as deficiências, a limitação de atividades ou restrição na participação (OMS, 2001).

Alves, Leite e Machado, em 2008, fizeram uma revisão da literatura que resultou na definição de incapacidade como “a inabilidade ou dificuldade do indivíduo em executar tarefas físicas básicas ou mais complexas ou de algum domínio da vida considerada como normal” (2008: 1205). Neste sentido, o conceito de incapacidade passa a ser visto como estando relacionado com diversos aspetos da vida quotidiana e que se caracteriza pela inaptidão ou limitação do indivíduo na execução de alguma atividade.

Para a avaliação da funcionalidade é tradicionalmente utilizada uma panóplia de instrumentos, nomeadamente o ‘Questionário do Estado Funcional’ e o ‘*Late Life Function and Disability Instrument*’, desenvolvidos especificamente para a população idosa (Garin et al., 2010).

Porém, nenhum destes instrumentos foi desenvolvido com base no modelo biopsicossocial da CIF. Para uma utilização subjacente a esta filosofia e contínuo desenvolvimento do modelo conceptual (da CIF), existe o *World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0* (WHODAS 2.0), criado em 1998 (Garin et al., 2010). Este instrumento tem duas versões, a de 36 itens, versão completa, e a de 12 itens, versão breve.

### **3.1. Funcionalidade percebida e funcionalidade objetiva**

A funcionalidade pode ser avaliada através de vários procedimentos e instrumentos, no entanto, nenhum instrumento de avaliação abarca todos os componentes da funcionalidade nem as relações existentes entre todas as suas diferentes componentes. A funcionalidade pode ser avaliada do ponto de vista (1) subjetivo (funcionalidade percebida), quando a pessoa em questão demonstra a sua perceção em relação a si própria; ou do ponto de vista (2) objetivo (funcionalidade objetiva), quando a pessoa através da realização de testes, padronizados preferencialmente, é inferido o seu nível de funcionalidade.

A (1) funcionalidade percebida é avaliada através de forma subjetiva através de questionários de autorrelato atestados por um profissional de saúde no decorrer de uma entrevista ou até mesmo pelo próprio indivíduo avaliado (Paixão Jr. & Reichenheim, 2005). As medidas de autorrelato foram, durante muito tempo, as mais utilizadas, uma vez que eram simples e rápidas de aplicar (Sayers et al., 2004). No que respeita à (2) funcionalidade objetiva, esta pode ser avaliada por intermédio de testes de performance como a velocidade da marcha, o tempo necessário para a pessoa se levantar e se sentar numa cadeira ou a avaliação do equilíbrio.

Os testes de performance física (funcionalidade objetiva) foram considerados por bastante tempo pela comunidade científica como os mais válidos e mais fiáveis, sendo mais sensíveis à mudança e tendo maior capacidade para distinguir níveis de funcionalidade entre as pessoas idosas (Daltroy et al., 1995). Atualmente existem estudos que concluem que do ponto de vista psicométrico os resultados dos testes de performance física são idênticos aos dos testes de autorrelato (funcionalidade percebida); e que, dependendo do objetivo do estudo, ambas as formas de medir a capacidade funcional são úteis, uma vez que apesar de ser importante avaliar o nível funcional das pessoas, é de igual importância perceber até que ponto estas têm consciência do seu estado funcional (Latham et al., 2008). Dois exemplos de instrumentos que avaliam a funcionalidade são o WHODAS 2.0 – 12 itens e o *Five-Times-Sit-To Stand-Test* (FTSTS), sendo que o WHODAS 2.0 – 12 itens avalia a funcionalidade percebida e o FTSTS avalia a funcionalidade objetiva (performance).

### **3.2. Funcionalidade nas pessoas idosas**

As condições de saúde crónicas nas pessoas idosas (como por exemplo a osteoporose, diabetes mellitus, artroses, etc) tendem a ocorrer de uma forma simultânea, sendo que, na fase da velhice, se manifestam com mais frequência e de uma forma mais expressiva, tornando-se importante analisar e avaliar a qualidade de vida nesta fase. Estas circunstâncias, não sendo normalmente fatais, tendem contudo a comprometer, de forma considerável, a sua qualidade de vida.

São essas condições de saúde crónicas que, na maior parte dos casos, conduzem ao que pode ser intitulado como processo incapacitante. O processo incapacitante é aquele pelo qual uma determinada condição (aguda ou crónica) vai afetar a funcionalidade das pessoas idosas e, por consequência, o seu desempenho na execução das atividades quotidianas (Verbrugge & Jette, 1994). A manutenção da capacidade funcional pode ter implicações na sua qualidade de vida, dado que está relacionada com a capacidade da pessoa se manter na comunidade, gozar da sua independência e conservar as suas relações e atividades sociais (Rosa et al., 2003). Assim, é importante perceber que ao mesmo tempo que o processo de envelhecimento acontece, tende a ocorrer uma perda progressiva da funcionalidade; deste modo, a manutenção da funcionalidade assume grande importância uma vez que a sua perda exerce grande influência na qualidade de vida das pessoas idosas (Fernández, 2010).

Relacionadas com a funcionalidade estão as atividades dominadas por Atividades de Vida Diária (AVDs) que podem catalogar-se em (1) básicas e em (2) instrumentais (RCCLI, Kubota, & Cordeiro, 2005). As (1) Atividades Básicas de Vida Diária (ABVDs) envolvem as atividades relacionadas com o autocuidado como a alimentação, a higiene, a mobilização e o controlo das fezes e da urina; as (2) Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVDs) envolvem a capacidade da pessoa ter uma vida independente dentro da comunidade onde reside e inclui a capacidade para preparar refeições, realizar compras, utilizar transportes, cuidar da casa, utilizar telefone, administrar as próprias finanças e tomar seus medicamentos.



No que respeita a avaliação da dimensão da saúde, considera-se que as AVDs são um importante indicador neste âmbito.

Neste sentido, o retrato mais detalhado dos verdadeiros contextos de vida e de saúde desta faixa etária não deverá basear-se, unicamente nas estatísticas de mortalidade. Estes dados não retratariam a elevada incidência de condições que interferem na qualidade de vida dessas pessoas, sem, no entanto, serem responsáveis pela sua morte. Todavia, os indicadores de morbilidade que abordem também as incapacidades têm demonstrado ser os mais apropriados, pois espelham o impacto da patologia/incapacidade na família, no sistema de saúde e na qualidade de vida das pessoas idosas (Moragas, 1997). Aqui introduz-se o que se denomina por avaliação funcional, onde se procura apurar em que nível as patologias ou agravos impossibilitam a execução das atividades quotidianas das pessoas idosas, de forma autónoma e independente, ou seja, sem a necessidade de adaptações ou de amparo de terceiros. Esta avaliação reveste-se de um papel fundamental para se poder determinar um prognóstico, um diagnóstico, e uma avaliação clínica apropriados, que poderão servir de base para o desenvolvimento de um planeamento assistencial mais apropriado e gizamento de deliberações para futuros tratamentos e cuidados necessários. Concluindo, esta avaliação, associada a outros indicadores de saúde, pode ser utilizado para determinar a eficiência e a eficácia das intervenções recomendadas (Araoz, 1994).

Devido ao avanço da idade, as pessoas idosas sofrem perdas significativas no que toca aos vários sistemas do organismo (Matsudo, Matsudo, & Neto, 2000): diminuição da estatura em consequência da compressão vertebral, estreitamento de discos e cifose, aumento de peso por volta dos 45 anos, estabilizando-se aos 70 anos e com declinação aos 80 anos e, como consequência, o índice de massa corporal (IMC) modifica-se, ocorrendo gradualmente, perda de tecido muscular. Verifica-se também uma perda de mineralização óssea, tornando os ossos mais frágeis e uma diminuição da amplitude articular em todos os movimentos. Há, ainda, a diminuição na velocidade de contração muscular e a atrofia das fibras que constituem esses músculos, levando conseqüentemente à redução da elasticidade muscular. Esta perda muscular, tendo como consequência a diminuição da força muscular, é a principal responsável pela deterioração na mobilidade e na capacidade funcional do indivíduo que está a envelhecer (Matsudo et al., 2003). Com o avanço da idade, as principais mudanças a nível cardiovascular passam pela diminuição do consumo do oxigénio, diminuição do débito cardíaco, diminuição da frequência cardíaca máxima e por uma possível insuficiência respiratória (Mazo, Lopes, & Benedetti, 2004).

Em relação aos sentidos, estes também vão sofrendo alterações. Por exemplo, com a perda da gordura localizada em redor do globo ocular, o olho tende a ficar com aspeto afundado na face, aumentando a dificuldade de fixar a visão em objetos próximos e ocorre um decréscimo na produção de lágrimas (Geis, 2003); surge a perda de audição em grande parte das pessoas com mais de 70 anos, ficando assim com dificuldades em distinguir os sons (Mincato & Freitas, 2007); no que ao paladar diz respeito, as papilas gustativas ficam reduzidas em número assim como as terminações olfactivas (Geis, 2003). Também a da capacidade de coordenação motora fina é afetada, tornando as pontas dos dedos menos sensíveis

(Mincato & Freitas, 2007). A pele perde a sua oleosidade, tornando-se seca, fina e menos moldável e aumenta a perda de denteição. Há uma maior dificuldade na adaptação a climas e lugares diferentes daqueles do seu dia-a-dia, sendo perceptível o cansaço físico e mental (Spirduso, 2004).

Com todas estas modificações, a funcionalidade do corpo torna-se mais lenta, ou seja, as capacidades físicas como a força, a resistência, a flexibilidade, a agilidade e a velocidade, diminuem caso não sejam praticadas. Desta forma, a perda da capacidade funcional parcial ou total, tem como resultado a incapacidade das pessoas idosas realizarem as atividades da vida diária (AVDs), ou seja, sucede gradualmente a perda da autonomia (Nasser e Piucco, 2005). Com tantas perdas relacionadas com o processo de envelhecimento, as patologias das pessoas idosas tendem a agravar-se e, não tendo a família possibilidades económicas e/ou psicológicas de prestar os cuidados especializados necessários, ocorre a institucionalização destas pessoas.

### **3.2.1. Funcionalidade nas pessoas idosas institucionalizadas**

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

Em 2007, Mincato e Freitas realizaram um estudo que teve por objetivo correlacionar a capacidade funcional e a qualidade de vida em idosos institucionalizados da cidade de Caxias do Sul, no Brasil. A amostra foi constituída por 66 pessoas idosas e os instrumentos utilizados foram: 'Perfil de saúde de Nottingham (PSN)' (para avaliar a qualidade de vida) e a 'Escala de Auto percepção do desempenho em atividades da vida diária' (para avaliar a capacidade funcional). A amostra era constituída por 63,6% de mulheres, e com idade média de 78,3 anos. Como principais resultados deste estudo destacaram-se o facto de as pessoas idosas institucionalizadas exibirem níveis de capacidade funcional e de qualidade de vida inferior aos das pessoas idosas não institucionalizadas e de as mulheres possuírem menor qualidade de vida e capacidade funcional do que os sujeitos masculinos (dando-se, no entanto, como justificação, o facto das mulheres da amostra terem idade superior à dos homens). Os autores concluíram que, conforme a idade aumenta, os níveis de capacidade funcional e qualidade de vida tendiam a agravar-se (Mincato & Freitas, 2007).

Também no que ao estado funcional em pessoas idosas institucionalizadas diz respeito, Valcarenghi (2011) realizou um estudo com 30 participantes institucionalizados utilizando-se o 'Índice de Independência nas Atividades de Vida Diária de KATZ'. Nesta escala cuja avaliação funcional determina o grau de independência/dependência da pessoas idosa, constam as atividades de banho, vestuário, higiene pessoal, transferência de um local para outro (da cama para cadeira e vice-versa), continência e alimentação, e com as quais se verifica se a pessoa idosa é ou não independente, se necessita de assistência ou se é dependente para a realização das tarefas descritas anteriormente. Em relação ao grau

de dependência grande parte da amostra não necessitava de receber assistência para as AVDs: 73,3% não recebia assistência para o banho, 76,7% não recebia assistência para se vestir e 83,3%) para a higiene pessoal, 80,0% não recebia assistência para a transferência e 86,7% para se alimentar e, no que tocava à continência, 90,0% detinha controlo esfinteriano absoluto. Todavia, também se constatou que os participantes que mais quedas sofreram aquando do banho foram os que não careciam de assistência para realizar as AVDs: dos 20 participantes que não necessitavam de auxílio para o banho, 11 sofreram quedas; dos 22 que se vestiam sem ajuda, que apresentavam independência para se deitar, levantar e sentar, 13 tinham tido quedas no último ano; das 23 pessoas idosas que não admitiam assistência para higiene pessoal, 13 caíram; dos 24 que apresentavam independência para se alimentarem, 13 sofreram quedas no último ano; e, por fim, dos 25 que apresentaram controlo esfinteriano completo, 12 sofreram quedas no último ano (Valcarengi et al., 2011). Nas instituições que têm como utentes o público desta faixa etária sabe-se, muitas vezes, que os profissionais executam as atividades pelas pessoas idosas, quando o correto seria que esses cuidadores formais permitissem às pessoas idosas tomar banho sozinhos, ou apenas auxiliando-os, se necessário. Esta atitude por parte dos profissionais tende a ocorrer com todas as atividades diárias (Silva, 2008). Como resultado, as pessoas idosas acabam por ficar cada vez mais dependentes dos profissionais, necessitando de apoio para realizar atividades que, muitas vezes, elas próprias teriam condições de o fazerem sozinhas. Estas circunstâncias, e em particular no contexto de instituições de longa permanência para pessoas idosas, fomentam o desenvolvimento de diferentes graus de incapacidades associadas ao processo de envelhecimento, assim como o desenvolvimento de um elevado número de doenças crónicas não transmissíveis, como é o caso da depressão (Júnior & Tavares, 2006).

Também a polimedicação tem sido estudada como uma das causas para a diminuição da funcionalidade em pessoas idosas institucionalizadas (Luccheti, Granero, Pires, & Gorzoni, 2010). As pessoas idosas são as mais propensas à toma de vários medicamentos uma vez que apresentam mais comorbidades e mais alterações fisiológicas de farmacocinética e de farmacodinâmica (Rozenfeld, 2003). Desta forma, pode aferir-se que os utentes em instituições de longa permanência seriam aqueles com riscos aumentados por apresentarem várias doenças limitantes, elevados níveis de fragilidade e de baixa funcionalidade. Com o intuito de identificar quais os grupos mais suscetíveis à iatrogenia, têm sido correlacionadas algumas variáveis com a polimedicação, como por exemplo a idade, a funcionalidade e as doenças crónicas (Flores & Benvegnú, 2008). Um outro estudo, realizado por Luccheti (2010), teve como um dos seus objetivos também estudar a correlação entre a polimedicação e a funcionalidade. Conclui-se que a funcionalidade era inversamente proporcional à polimedicação, ou seja, maior independência, menor uso de medicamentos. Neste sentido, uma maior dependência associava-se, geralmente, a maiores comorbidades, justificando-se o consumo de um maior número fármacos.

Estes dados, pouco estudados em regime de ambulatório, assumem grande importância no contexto de pessoas idosas em instituições de longa permanência.

#### 4. Depressão e funcionalidade

Sabe-se que a depressão é uma das principais causas de perda de funcionalidade e de sofrimento psíquico, afetando diretamente a qualidade de vida das pessoas implicadas. Este quadro assume particular relevância nas pessoas idosas institucionalizadas, cujos contextos tendem a favorecer, por desuso das suas capacidades físicas e sociais, a perceção de se sentirem isoladas, inativas e acomodadas. Tal circunstância tende a conduzir a um ciclo vicioso: a pessoa socialmente solitária e que não realiza atividades tende a permanecer isolada e débil, podendo desenvolver diversos tipos de sofrimento psíquico, entre os quais a depressão. Todavia, e como já referido, são ainda poucos os estudos existentes sobre o diagnóstico clínico de transtorno depressivo major que tanto compromete a qualidade de vida desta população.

Um estudo desenvolvido no Japão com uma amostra de pessoas idosas residentes num município do interior do país sugeriu que doenças crónicas como as cerebrovasculares e as osteoarticulares tinham uma forte associação a quadros depressivos. Além destes resultados, esta mesma investigação apontou que a depressão era um dos fatores que conduzia a uma diminuição da funcionalidade dos indivíduos (Matsuda & Fujino, 2008).

Em 2008, Buist-Bouwman e colaboradores realizaram um estudo onde examinaram o efeito mediador de seis domínios da funcionalidade, associando a fase da depressão ao nível de funcionalidade. Estes domínios eram: 1) a mobilidade, onde se incluíram perguntas sobre a dificuldade em ficar de pé por longos períodos, em andar longas distâncias e em mover-se no interior da casa; 2) o autocuidado, com perguntas sobre a dificuldade em vestir-se, em tomar banho e em alimentar-se; 3) a componente cognitiva, com perguntas sobre a dificuldade de memorizar, de concentração, de raciocínio e de compreensão; 4) a interação social, com perguntas sobre a dificuldade em se relacionar com outros, em manter uma vida social e em participar em atividades sociais; 5) a discriminação, com uma pergunta relativa à quantificação da discriminação ou de tratamento desigual sofrido devido a problemas de saúde durante os últimos 30 dias; e por fim, 6) o constrangimento, onde se questionou o quanto a pessoa se sentiu constrangida devido a problemas de saúde durante os últimos 30 dias. Como resultados verificou-se que apenas os problemas dos domínios da componente cognitiva (concentração e atenção) e do constrangimento tiveram um grau significativo na associação entre depressão e funcionalidade.

A presença de sintomas depressivos em pessoas idosas está associada à diminuição da capacidade funcional nas AVDs nas AIVDs e na mobilidade, a uma menor velocidade de marcha, a um menor equilíbrio e a um aumento do tempo necessário para se levantar de uma cadeira (Hybels, Pieper, & Blazer, 2009; Penninx et al., 1998).

Um estudo longitudinal recente conclui que a depressão e a dor afetam negativamente a funcionalidade e que ambas se potenciam mutuamente (Wegener et al., 2011). Este estudo sugere que a dor conduz ao aparecimento de depressão e de ansiedade e que, quando associadas, promovem uma diminuição da

funcionalidade. Já a hipótese de a depressão e de a ansiedade causarem dor foi rejeitada. No entanto, a depressão pode estimular a dor e a diminuição da funcionalidade. Anterior a este, tanto Williams e colaboradores (2003), como Bair e colaboradores (2008) já tinham, nos respetivos estudos, concluído que a presença de depressão e dor em simultâneo provocam uma diminuição da funcionalidade.

Todos estes resultados (no que à população portuguesa diz respeito, não foram encontrados estudos que indiquem o perfil nacional da capacidade funcional) têm contribuído para a identificação dos fatores preditores associados ao decréscimo da funcionalidade, de forma a que se possam direcionar as intervenções com objetivo de promover um envelhecimento saudável e com qualidade de vida. Sendo a institucionalização uma realidade cada vez mais presente, é de grande importância o reconhecimento das causas que possam dar origem à diminuição da funcionalidade para que, deste modo, se criem programas de intervenção individual e grupal. É através da do treino de profissionais de saúde e da construção de programas educacionais adaptados, que se consegue que as pessoas idosas institucionalizadas preservem ao máximo e por um maior período de tempo a sua capacidade funcional. Assim, torna-se pertinente contribuir para o conhecimento sobre a capacidade funcional, uma vez esta abrange todas as capacidades necessárias para a concretização das escolhas individuais no âmbito quer emocional, quer cognitivo, quer físico.

Um patamar que se tenta atingir é o de viver o máximo de tempo possível e com a melhor capacidade funcional executável (Garrido, 2013). Desta forma, estaremos aptos a realizar todas as atividades do quotidiano que desejamos. Posto isto, este estudo é de grande importância uma vez que determina o impacto da depressão na funcionalidade e vice-versa.

De seguida passa-se para a descrição dos objetivos do estudo (geral e específico), das considerações éticas tidas e da metodologia utilizada.

## **OBJETIVOS E METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO**

Neste capítulo são descritos os 1) objetivos do estudo (geral e específicos), as 2) considerações éticas tidas e a 3) metodologia utilizada - a amostra, os procedimentos executados, os instrumentos utilizados para a recolha de dados e a análise dos dados efetuada.

### **1. Enquadramento do estudo e objetivos**

Passa-se a apresentar o objetivo geral deste estudo, assim como os respetivos objetivos específicos.

#### **1.1. Objetivo geral**

O presente estudo tem como finalidade analisar a relação entre a funcionalidade e a depressão em pessoas idosas institucionalizadas com mais de 60 anos nas regiões de São Pedro do Sul, Carvalhais, Viseu, Aveiro e Gafanha do Carmo (distritos de Aveiro e de Viseu). Neste sentido, definiram-se quatro objetivos específicos.

#### **1.2. Objetivos específicos**

Os objetivos específicos deste estudo são: (i) caracterizar a depressão em pessoas idosas institucionalizadas; (ii) caracterizar a funcionalidade percebida e objetiva em pessoas idosas institucionalizadas; (iii) analisar a fiabilidade da bateria de testes aplicada e (iv) analisar a associação entre a funcionalidade e a depressão em pessoas idosas institucionalizadas.

### **2. Considerações éticas**

O estudo foi submetido e aprovado pelo Comité de Ética do departamento de Ciências Sociais e Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (PCEDCSS - FMUP).

Todos os participantes foram voluntários e, depois de esclarecidos os objetivos do estudo e de serem informados de que o poderiam abandonar sem dar qualquer justificação, em qualquer altura e sem que daí resultasse qualquer penalização, assinaram um termo de consentimento informado, livre e esclarecido (Apêndice I) antes de serem incluídos na amostra.

As informações sobre o estudo foram facultadas quer oralmente, quer através de uma folha informativa desenvolvida para o efeito (Apêndice II). Foi garantido o anonimato a todos os participantes, assim como a confidencialidade dos dados.

### **3. Metodologia**

Passa-se a apresentar o desenho da investigação, a seleção da amostra, os procedimentos adotados e os instrumentos de medida utilizados para a realização deste estudo.

#### **3.1. Desenho da investigação**

A abordagem utilizada neste estudo é do tipo quantitativo uma vez que esta metodologia permite o recurso a técnicas estatísticas para observar a existência de correlação entre variáveis e verificar o impacto e a validade do estudo (Fortin & Salgueiro 1999). O estudo realizado assumiu o carácter transversal descritivo. Descritivo porque procurou verificar a existência de relações entre variáveis (depressão e funcionalidade) tentando-se compreender qual o tipo de relação existente. Todavia, para as propriedades psicométricas, assumiu um carácter longitudinal dado que as medições foram realizadas em dois momentos, sendo os participantes seguidos durante alguns dias.

#### **3.2. Seleção da amostra**

A amostra utilizada foi do tipo não-probabilística por conveniência, constituída por 79 sujeitos com mais de 60 anos, e que se encontravam a habitar numa estrutura residencial para pessoas idosas ou que frequentavam um centro de dia. Estes sujeitos eram utentes dos seguintes equipamentos gerontológicos: Centro Comunitário da Gafanha do Carmo, Centro de Promoção Social de Carvalhais, Centro Social da Palhaça, Lar da Santa Casa da Misericórdia de São Pedro do Sul, Lar Ilda Carvalho e Residência Rainha D. Leonor. Foram estabelecidos quatro critérios de inclusão: i) ter idade igual ou superior a 60 anos; ii) estar institucionalizado numa estrutura residencial ou num centro de dia; iii) realizar marcha independente; e iv) obter uma pontuação igual ou inferior a 4 no instrumento de avaliação cognitiva “Short Portable Mental Status Questionnaire” (SPMQ), utilizado para despiste do declínio cognitivo dos potenciais participantes no estudo.

#### **3.3. Procedimento da recolha dos dados**

Para o desenvolvimento deste estudo foram cumpridas duas etapas, uma primeira, (1) quando se procedeu ao contacto com responsáveis de várias instituições com as condições pretendidas e uma segunda, quando se procedeu à (2) aplicação da bateria de testes para recolha de dados.

Na primeira etapa, explicaram-se os objetivos do estudo, o seu procedimento e o fim a que o mesmo se destinava. Depois de expostos estes pontos, foi questionado aos respetivos responsáveis pelas instituições a sua disponibilidade para participar neste estudo (Apêndice III). Após obtido parecer favorável, solicitou-se aos potenciais sujeitos para comparecer, em pequenos grupos, numa sala resguardada, onde lhes foi descrito os objetivos e os procedimentos do estudo. De seguida, aplicou-se o

*Short Portable Mental Status Questionnaire* (SPMSQ) (Anexo I) aos utentes potenciais sujeitos e, aos que obtiveram uma pontuação igual ou inferior a 4, foi-lhes questionado o seu interesse em participar no estudo, expondo toda a informação associada (de 86 utentes, foram excluídos 7). Para além de entregue por escrito (Apêndice II) com uma antecedência mínima de 24h em relação à assinatura do consentimento informado, livre e esclarecido (Apêndice I), esta informação foi novamente transmitida oralmente antes da assinatura desse documento. Neste sentido, todos os utentes que cumpriram os critérios de inclusão e que aceitaram participar no estudo assinaram o necessário consentimento informado, livre e esclarecido.

Concluída esta primeira etapa, passou-se à segunda, à (2) aplicação da bateria de testes, onde se incluíam questões relativas aos dados sociodemográficos e escalas de avaliação da funcionalidade, da depressão e de testes de *performance* (desempenho) dos membros superior e inferior (Apêndice IV). Todos estes dados foram registados numa folha realizada para o efeito (Apêndice V).

A recolha de dados foi efetuada entre 23 de fevereiro e 16 de abril de 2015. Antes da investigadora se deslocar a qualquer uma das instituições que aceitaram colaborar no estudo, foi sempre feita a marcação do dia e da hora com os respetivos sujeitos; em cada uma das instituições estava sempre um técnico responsável que recebeu a investigadora nos dias marcados.

Segue-se a descrição detalhada dos instrumentos aplicados e dos seus procedimentos de aplicação.

### **3.4. Instrumentos de medida utilizados**

A bateria de testes aplicada neste estudo englobou os seguintes instrumentos de medida: (1) *Short Portable Mental Status Questionnaire*, (2) Questionário de caracterização sociodemográfica, (3) Escala de Depressão Geriátrica (EDG), versão 15 itens, (4) *World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0* (WHODAS 2.0), versão 12 itens, (5) Teste de *performance* para o membro superior - Avaliação da força de preensão -, e (6) Testes de *performance* para o membro inferior - Velocidade da marcha; *Timed "Up & Go" test* (TUG); *Five-times-sit-to-stand-test* (FTSST).

De forma a possibilitar avaliar a fiabilidade teste-reteste, todos os instrumentos (à exceção do *Short Portable Mental Status Questionnaire*) foram aplicados em duas sessões, exatamente da mesma forma, com um intervalo máximo de uma semana.

#### **(1) *Short Portable Mental Status Questionnaire* (SPMSQ)**

O questionário *Short Portable Mental Status Questionnaire* (SPMSQ; Breve Questionário Portátil sobre o Estado Mental), foi desenvolvido em 1975 por Pfeiffer, com o objetivo de avaliar o funcionamento mental, através da determinação da existência ou não de deterioração cognitiva (Pfeiffer, 1975; Loureiro et al., 2007; Ferreira, Rodrigues & Nogueira, 2006). Este instrumento é constituído por 10 itens que testam a



orientação, a memória remota e recente e as aptidões práticas e matemáticas. A avaliação deste instrumento baseia-se nas seguintes pontuações (*scores*): 0-2 erros, funcionamento mental normal; 3-4 erros, defeito cognitivo ligeiro; 5-7 erros, defeito cognitivo moderado; e 8 ou mais erros, defeito cognitivo grave (Form, 2007). Estas 10 questões permitem perceber se o indivíduo é ou não idóneo para continuar a responder aos restantes testes, pelo que se considerou como critério de inclusão dos sujeitos na amostra aqueles que apresentassem menos de 4 erros. De referir que em alguns estudos realizados por Fillenbaum (1988) referem-se que os erros ou incapacidade de resposta podem estar relacionados com os níveis de escolaridade e que podem resultar apenas da falta de informação ou da ansiedade no contacto inicial com o investigador. Nestes casos, deve ser este a decidir se o sujeito é ou não fidedigno e se a entrevista poderá prosseguir, mesmo que surjam mais de quatro erros. Optou-se por este instrumento devido à sua brevidade de preenchimento e disponibilidade de tradução para o português europeu.

Em relação à aferição deste instrumento para a população portuguesa, a SPMSQ foi incluída como parte A no instrumento OARS (*Older Americans Resources and Services Program*), em particular na componente *Multidimensional Functional Assessment Questionnaire* que avalia, em termos funcionais as áreas de saúde mental, recursos sociais, recursos económicos, saúde física e atividades de vida diária. A sua aferição para a população portuguesa, com a participação de 302 idosos (147 residentes em estruturas residenciais e 155 utentes de centros de dia, pertencentes à região centro de Portugal) resultou no Questionário de Avaliação Funcional Multidimensional de Idosos (QAFMI), cuja validação psicométrica incluiu a avaliação da coerência interna, a validade da construção da versão em português europeu, a validade de critério e a reprodutibilidade (Rodrigues, 2008). Para verificar a coerência interna e a validade de construção da adaptação da versão portuguesa foi realizada a análise fatorial dos itens subjetivos (alfa de Cronbach superior a 0,80, o que indica uma boa consistência interna), agrupando-os tal como na versão original.

## **(2) Questionário de caracterização sociodemográfica**

Este questionário foi elaborado para o presente estudo com base na lista (*checklist*) da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) (OMS, 2004), e pretendeu recolher dados sociodemográficos (idade, sexo, educação, estado civil) e os de saúde. Estes foram avaliados perguntando-se aos sujeitos se padeciam de alguma das seguintes condições de saúde: 1) hipertensão, 2) diabetes, 3) artrose nas ancas e/ou joelhos, 4) espondiloartrose, 5) patologia cardiovascular, 6) patologia respiratória, 7) cancro, 8) depressão, 9) outra condição médica diagnosticada e 10) outra condição médica ainda sem diagnóstico.

## **(3) Escala de Depressão Geriátrica (*Geriatric Depression Scale, EDG*), versão 15 itens**

Esta escala foi desenvolvida por Yesavage e colaboradores em 1983, e é um instrumento que funciona como medida de despiste de depressão em pessoas idosas. A versão de 15 itens, a aplicada neste estudo,

foi desenvolvida por Sheikh e Yesavage em 1986, sendo uma versão reduzida da original e tendo sido elaborada a partir dos itens que melhor se correlacionavam com o diagnóstico de depressão. Consiste em 15 perguntas de resposta “sim” e “não”, em que uma pontuação acima de 5 indica depressão ligeira e acima de 11 indica depressão grave (Form, 2007). A consistência interna da escala foi avaliada por Almeida e colaboradores (1999), revelando um índice de fiabilidade de 0,81. Também os níveis de sensibilidade e especificidade da escala são elevados, seja para indivíduos com idades compreendidas entre os 40 e os 65 anos seja com mais de 65 anos (Weintraub, Oehlberg, Katz & Stern, 2006). Neste sentido, passou a ser considerada uma escala com validade e confiabilidade satisfatória para o rastreio de depressão em pessoas idosas (Sousa, Medeiros, Moura, Souza, & Moreira, 2007), sendo amplamente utilizada em diversos países com índices de confiabilidade e validade seguros (Montorio & Izal, 1996).

#### **(4) World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0 (WHODAS 2.0) versão 12 itens**

Este instrumento, desenvolvido pela OMS (2009), procurou avaliar a funcionalidade percebida dos sujeitos. A versão utilizada foi a de 12 itens, uma vez que permite avaliar de forma breve os níveis de funcionalidade gerais. Deste modo, abrange 6 domínios da vida (cognitivo, mobilidade, autocuidado, relações interpessoais, atividades diárias e participação), cuja pontuação é feita através de uma escala tipo *Likert* de 5 pontos, com as seguintes opções de resposta: 1 (nenhuma limitação), 2 (limitação ligeira), 3 (limitação moderada), 4 (limitação grave) e 5 (limitação completa). A pontuação final obtém-se somando todas as pontuações individuais. A validade deste instrumento foi determinada em diferentes amostras de vários países diferentes (Andrews et al., 2009; Üstün et al., 2010), em que 64% dos especialistas consideraram que o instrumento consegue medir a incapacidade tal como definida pela CIF, ou seja, permite medir exatamente o que é esperado. No que respeita ao Coeficiente de Correlação Intraclasse (CCI) para a fiabilidade interobservadores da versão original, este é de 0,98, e os valores de consistência interna é elevado (Üstün et al., 2010). Em Portugal, foi validada a versão (portuguesa) do WHODAS 2.0 por Moreira, em 2011, tendo apresentado uma consistência interna elevada, com um Alpha de Cronbach de 0,95. A nível de fiabilidade, encontrou-se um CCI de 0,91, o que demonstra boa fiabilidade interobservadores (Moreira, 2011).

#### **(5) Teste de *performance* para o membro superior - Avaliação da força de preensão**

A força de preensão, quer da mão direita, quer da mão esquerda, foi avaliada com um dinamómetro (equipamento que permite mensurar a força aplicada num sistema baseado em células de carga) hidráulico Jamar. As medições foram feitas de acordo com o protocolo de Roberts et al (2011). Solicita-se ao participante que se sente confortavelmente numa cadeira com apoio de costas e braços, sendo-lhe pedido que faça uso máximo da sua força palmar em ambas as mãos. São executadas 6 medições alternadas entre a mão direita e esquerda, sendo selecionado o melhor valor (Roberts et al, 2011). Relativamente às medidas psicométricas, as medições de força de preensão obtidas com o dinamómetro Jamar foram avaliadas entre bom a excelente ( $r > 0,80$ ) para a fiabilidade teste-reteste (Mathiowetz,

Weber, Volland & Kashman, 1984) e excelente ( $r=0,98$ ) para a fiabilidade inter-observadores (Peolsson, Hedlund & Oberg, 2001; citado por Robert et al, 2011).

#### (6) Testes de *performance* para o membro inferior

Os testes de *performance* para o membro inferior consistiam em três: Velocidade da marcha; *Timed "Up & Go" test* (TUG); e *Five-times-sit-to-stand-test* (FTSST).

##### . Velocidade da marcha

Este teste permite a avaliar a velocidade de marcha. Consiste em pedir ao participante para andar, ao seu ritmo normal, em linha reta, ao longo de 3 metros, podendo ser utilizado um dispositivo auxiliar de marcha enquanto se mede o tempo que o participante demora. O teste é repetido duas vezes. A fiabilidade do teste é considerada excelente, com um coeficiente de fiabilidade de 0,92, podendo ser realizado em pessoas idosas com demência leve a moderada (Thomas & Hageman, 2002).

##### . *Timed "Up & Go" test* (TUG)

Este teste inicia-se com o participante a levantar-se de uma cadeira, caminhar três metros à frente, dar a volta a um cone, caminhar de volta no sentido oposto e sentar-se novamente na cadeira, e o mais rápido possível. A fiabilidade do teste é considerada excelente, com um Coeficiente de Correlação Intraclasse (CCI) superior a 0,95 (Podsiadlo & Richardson, 1991), podendo ser realizado em pessoas idosas com diagnóstico de doença de Alzheimer (Ries, Echternach & Nof, 2009).

##### . *Five-times-sit-to-stand-test* (FTSST)

Este teste começa com o participante sentado numa cadeira sem braços a 43 centímetros do solo. Cada participante é convidado a cruzar os braços sobre o peito e a sentar-se contra o encosto da cadeira. De seguida, o examinador demonstra o procedimento correto do exercício: quando sentado, o participante deve ter as costas direitas e encostadas ao encosto da cadeira e, quando se levanta, deve atingir a posição ereta com os quadris e joelhos estendidos. O tempo começa a contar com o participante sentado e quando o examinador chegar com a sua contagem ao "três". O exercício termina quando o participante volta pela quinta vez à posição inicial, aquando da chegada dos seus quadris ao assento da cadeira. Este teste tem alta confiabilidade teste-reteste, quando aplicado em pessoas saudáveis e indivíduos mais velhos (CCI=0,89-0,96), bem como aqueles com acidente vascular cerebral (CCI=intervalo 0989-0999) (Duncan, Leddy, & Earhart, 2011).

### 3.5. Análise dos dados

Os dados recolhidos foram codificados, informatizados e sujeitos a tratamento estatístico através do programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 22 para Windows. A concretização dos

objetivos deste estudo exigiu o recurso a análises estatísticas tipo descritivo e inferencial, por se tratar de um estudo descritivo-correlacional. Recorreu-se, assim, a diversos procedimentos estatísticos segundo o tipo de variáveis existentes. No que respeita às variáveis avaliadas e codificadas em escala nominal e ordinal, utilizaram-se técnicas da estatística descritiva, nomeadamente frequências absolutas (N) e relativas (%). Sempre que adequado, as variáveis relativas e escalas intervalares complementaram--se com medidas de tendência central - Média (X) - e medidas de dispersão – Desvio-Padrão (S) (mínimo e máximo). Quando os objetivos do estudo visaram a comparação da depressão e das variáveis independentes com os testes de funcionalidade percebida (WHODAS 2.0 – 12 itens) e os de funcionalidade objetiva (TUG, velocidade de marcha e força de preensão palmar), procedeu-se à realização de análises estatísticas inferenciais para análise de diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis. O nível de significância estatística definido foi  $\alpha=0,05$ .

De seguida passa-se à apresentação e leitura dos resultados obtidos no presente estudo.

## APRESENTAÇÃO E LEITURA DOS RESULTADOS

Neste capítulo procede-se à apresentação e leitura dos resultados obtido no presente estudo, dividido em duas partes. Numa primeira, apresenta-se a 1) caracterização da amostra (análise dos dados demográficos dos sujeitos, analisando-se a existência ou não de depressão, assim como a funcionalidade percebida e objetiva por parte dos mesmos). Numa segunda parte, será apresentada a 2) fiabilidade dos testes utilizados na recolha de dados, terminando com a análise da correlação entre as variáveis estudadas. Ao longo deste capítulo procede-se à leitura dos resultados, apontando possíveis interpretações para os mesmos.

### 1. Caracterização geral da amostra

A amostra é constituída por sujeitos 79 sujeitos com mais de 60 anos de idade e que realizavam marcha independente, dos quais 48 (60,8%) são do sexo feminino e os restantes 31 (39,2%) do sexo masculino; 51 (64,6%) dos sujeitos estão em regime de estrutura residencial e 28 (35,4%) frequentam um centro de dia. As idades dos sujeitos encontram-se compreendidas entre os 53 e os 95 anos (Tabela 2), sendo a média de idade dos sujeitos que residem numa estrutura residencial de 82,6 ( $\pm 7,8$ ), e a dos que frequentam um centro de dia, de 79,8 ( $\pm 9,4$ ). Aquando analisado o tempo de institucionalização dos sujeitos, seja em estrutura residencial seja em centro de dia, a situa-se nos 3,2 anos (27; 34,2%, estão há mais de 3 anos) e o desvio padrão de 1,5 anos. Na Tabela 2 é possível obter uma caracterização mais detalhada da amostra e por tipologia de resposta.

Tabela 2 - Caracterização geral da amostra

Características	Centro dia	Estrutura Residencial	Total
	N (%)	N (%)	N (%)
<b>Sexo</b>			
Feminino	19 (67,9)	29 (56,9)	48 (60,8)
Masculino	9 (32,1)	22 (43,1)	31 (39,2)
Total	28 (35,4)	51 (64,6)	79 (100)
<b>Educação Formal</b>			
Não sabe ler nem escrever	7 (25)	12 (23,6)	19 (24,1)
Sabe ler e escrever	6 (21,4)	8 (15,7)	14 (17,7)
4º ano de escolaridade	14 (50,0)	21 (41,2)	35 (44,3)
6º ano de escolaridade	0 (0,0)	7 (13,7)	7 (8,9)
9º ano de escolaridade	1 (3,6)	0 (0,0)	1 (1,3)
12º ano de escolaridade	0 (0,0)	1 (2,0)	1 (1,3)
Bacharelato/Licenciatura	0 (0,0)	2 (4,0)	2 (2,5)

Características	Centro dia	Estrutura Residencial	Total
	N (%)	N (%)	N (%)
<b>Estado Civil</b>			
Nunca foi casado	3 (10,7)	10 (19,6)	13 (16,5)
Atualmente casado	8 (28,6)	7 (13,7)	15 (19,0)
Divorciado	2 (7,1)	1 (2,0)	3 (3,8)
Viúvo	15 (53,6)	33 (64,7)	48 (60,8)
<b>Tempo de Institucionalização</b>			
	79,8 ± 9,4	82,6 ± 7,8	81,6 ± 8,4
Menos de 1 ano	10 (35,7)	5 (9,8)	15 (19,0)
1 ano	6 (21,4)	7 (13,7)	13 (16,5)
2 anos	6 (21,4)	9 (17,6)	15 (19,0)
3 anos	3 (10,7)	6 (11,8)	9 (11,4)
Mais de 3 anos	3 (10,7)	24 (47,1)	27 (34,2)
<b>Idade</b>			
	<b>Média ± DP</b>	<b>Média ± DP</b>	<b>Média ± DP</b>
[53 - 95]	79,8 ± 9,4	82,6 ± 7,8	81,6 ± 8,4

De seguida, passa-se a apresentar a caracterização da presença ou ausência de depressão na amostra, obtida pela Escala de Depressão Geriátrica, a da Funcionalidade Percebida, obtida pela WHODAS 2.0 – 12 itens, e a da Funcionalidade Objetiva, obtida pelos testes de *performance*.

### 1.1. Caracterização da depressão na amostra – Escala de Depressão Geriátrica (EDG)

Analisando os resultados da aplicação da Escala de Depressão Geriátrica (EDG) na amostra em geral, 48 (60,8%) (48) dos sujeitos parecem sofrer de depressão, sendo que 31 das pessoas idosas institucionalizadas avaliadas não sofrem de transtorno depressivo (Tabela 3).

Tabela 3 - Caracterização da presença ou ausência de depressão na amostra

	Centro de Dia	Estrutura Residencial	Total	Média ± DP
	N (%)	N (%)	N (%)	
<b>Com depressão</b>	14 (50)	34 (66,7)	48 (60,8)	5,97 ± 3,29
<b>Sem depressão</b>	14 (50)	17 (33,3)	31 (39,2)	
<b>TOTAL</b>	28 (100)	51 (100)	79 (100)	

Quando analisado por tipologia, afere-se que nos 51 residentes em Estrutura Residencial, 34 (66,7%) sofre de depressão, sendo que os restantes 17 obtiveram uma pontuação correspondente à não existência de depressão. Já nos utentes em Centro de Dia, metade obteve uma pontuação superior a 4, o que indica presença de depressão, e a outra metade uma pontuação igual ou inferior a 4 (ausência de depressão).

A média da pontuação de depressão nas pessoas idosas institucionalizadas neste estudo é de 5,97 ± 3,29.

## 1.2. Caracterização da funcionalidade percebida na amostra – WHODAS 2.0, versão 12 itens

A *World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0* (WHODAS 2.0) - 12 itens, foi utilizada neste estudo para avaliar a funcionalidade percebida por parte da amostra. A média de respostas aos 12 itens varia entre  $1,80 \pm 0,93$  (S10 'Lidar com desconhecidos') e  $3,68 \pm 1,59$  (S7 'Andar uma distância longa') (Tabela 4). Sobressaem positivamente os itens 'Lidar com desconhecidos' (S10) e 'Manter uma amizade' (S11), havendo 38 e 45 dos sujeitos, respetivamente, a responderem que não têm qualquer dificuldade em fazer a atividade.

Tabela 4 - Caracterização da funcionalidade percebida na amostra

	Nenhuma n (%)	Ligeira n (%)	Moderada n (%)	Grave n (%)	Não faz / completa n (%)	Média $\pm$ DP
WHODAS S1	18 (22,8)	10 (12,7)	12 (15,2)	22 (27,8)	17 (21,5)	3,13 $\pm$ 1,47
WHODAS S2	20 (25,3)	20 (25,3)	22 (27,8)	8 (10,1)	8 (10,1)	2,54 $\pm$ 1,27
WHODAS S3	23 (29,1)	17 (21,5)	20 (25,3)	14 (17,7)	4 (05,1)	2,47 $\pm$ 1,24
WHODAS S4	21 (26,6)	19 (24,1)	19 (24,1)	14 (17,7)	6 (07,6)	2,56 $\pm$ 1,27
WHODAS S5	14 (17,7)	14 (17,7)	27 (34,2)	24 (30,4)	0 (00,0)	2,77 $\pm$ 1,07
WHODAS S6	24 (30,4)	25 (31,6)	20 (25,3)	7 (8,9)	3 (03,8)	2,24 $\pm$ 1,10
WHODAS S7	14 (17,7)	8 (10,1)	8 (10,1)	8 (10,1)	41 (51,9)	3,68 $\pm$ 1,59
WHODAS S8	15 (19,0)	13 (16,5)	24 (30,4)	21 (26,6)	5 (06,3)	2,85 $\pm$ 1,21
WHODAS S9	25 (31,6)	19 (24,1)	18 (22,8)	12 (15,2)	5 (06,3)	2,41 $\pm$ 1,26
WHODAS S10	38 (48,1)	24 (30,4)	12 (15,2)	5 (6,3)	0 (00,0)	1,80 $\pm$ 0,93
WHODAS S11	45 (57,0)	16 (20,3)	11 (13,9)	5 (6,3)	2 (2,5)	1,77 $\pm$ 1,07
WHODAS S12	14 (17,7)	24 (30,4)	31 (39,2)	7 (8,9)	1 (1,3)	2,41 $\pm$ 0,97
<b>WHODAS Pontuação final</b>						<b>30,64 <math>\pm</math> 8,98</b>

**Legenda:** Questões da WHODAS 2.0 - 12 itens: **S1:**Ficar de pé longos períodos; **S2:**Tratar das suas responsabilidades; **S3:**Aprender uma nova tarefa; **S4:**Participar em atividades na comunidade; **S5:**Quando 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.

Alguns itens não foram aplicáveis em algumas situações uma vez que, tratando-se de pessoas institucionalizadas, foi difícil encontrar situações em que cumprissem as tarefas apresentadas na questão. Dá-se como exemplo o 'Tratar das suas responsabilidades' (S2), que não foi aplicável em 11 sujeitos, 'Lavar todo o corpo' (S8) foi em 2 sujeitos e o ter 'Dificuldades no dia a dia' (S12) em 39 participantes. Na procura de colmatar estes aspetos e apenas quando se verificou a ausência de informação num dos itens por cada sujeito, calculou-se a média dos restantes 11 itens para atribuir uma pontuação ao item em falta; registou-se apenas num caso em que houve mais do que um item por responder, pelo que o sujeito foi eliminado da análise.

Em geral, a pontuação média deste instrumento foi de  $30,64 \pm 8,98$ , num máximo de 60. Pode-se perceber que as pessoas idosas institucionalizadas se sentem a sua funcionalidade ligeiramente/moderadamente afetada pela condição de saúde de que são alvo. A tabela 5 resume de forma mais detalhada os resultados da funcionalidade percebida.

### 1.3. Caracterização da funcionalidade objetiva na amostra – Testes de *performance*

Antes de se passar à caracterização da funcionalidade objetiva, há que referir que os testes de *performance* (seja para o membro superior, seja para o inferior) não foram completados por todos os sujeitos da amostra.

No que diz respeito à força de preensão, o único teste de *performance* para o membro superior aplicado, observa-se que, em ambas as respostas sociais, a mão direita tem força de preensão superior à da mão esquerda (Tabela 5). Este facto pode ser explicado por 65 (82,3%) dos sujeitos terem a mão direita como dominante. O teste de força de preensão não foi realizado por 5 sujeitos: um em de Centro de Dia sofreu uma amputação do membro superior direito devido a um acidente quando ainda era criança; e quatro em Estrutura Residencial - um tem uma paralisia esquerda devido a um Acidente Vascular Cerebral, outro sofreu fraturas recentes em ambos os membros superiores, outro sofre de artroses nas mãos, impossibilitando-o de fazer o movimento pedido para o teste e um último sujeito tinha o membro superior esquerdo engessado.

Tabela 5 - Caracterização da funcionalidade objetiva na amostra – Testes de *performance*

			Sujeitos que completaram o teste n (%)	Sujeitos que não completaram o teste n (%)	Média ± DP
Velocidade de Marcha (m/s)	Centro de Dia		28 (100)	0 (0,0)	0,5 ± 0,2
	Estrutura Residencial		51 (100)	0 (0,0)	0,4 ± 0,2
	Total		79 (100)	0 (0,0)	0,5 ± 0,2
TUG (s)	Centro de Dia		28 (100)	0 (0,0)	19,2 ± 10,3
	Estrutura Residencial		48 (94,1)	3 (5,9)	22,0 ± 14,0
	Total		76 (96,2)	3 (3,8)	21,0 ± 12,7
Força de Preensão	Mão esquerda	Centro de Dia	28 (100)	0 (0,0)	15,8 ± 6,2
		Estrutura Residencial	47 (92,2)	4 (7,8)	16,2 ± 7,1
		Total	75 (94,9)	4 (5,1)	16,0 ± 6,7
	Mão direita	Centro de Dia	27 (96,4)	1 (3,6)	16,7 ± 5,2
		Estrutura Residencial	49 (96,1)	2 (3,9)	17,4 ± 7,2
		Total	76 (96,2)	3 (3,8)	17,2 ± 6,6
FTSST	Centro de Dia		21 (75,0)	7 (25,0)	17,6 ± 4,1
	Estrutura Residencial		31 (60,8)	20 (39,2)	21,3 ± 11,0
	Total		52 (65,8)	27 (34,2)	19,8 ± 8,9

Legenda: TUG: Time & Go Test; FTSST: Five-times-sit-to-stand-test

Analisando os resultados dos testes de *performance* para o membro inferior, e em particular o da velocidade de marcha, todos os sujeitos conseguiram fazer o teste, sendo a sua média (±DP) de 0,5 (±0,2) m/s. A média deste teste foi muito semelhante em ambas as respostas sociais analisadas: 0,5(±0,2) m/s para Centro de Dia e 0,4 (±0,2) m/s para Estrutura Residencial. No que concerne ao *Timed “Up & Go” test* (TUG), foi realizado por 76 (96,2%) dos sujeitos: todos os em Centro de Dia conseguiram completá-lo, no entanto, 3 dos sujeitos em Estrutura Residencial não o completaram: um recusou-se, outro não conseguiu manter a posição vertical com equilíbrio suficiente e um terceiro sujeito tentou fazer o teste mas sem sucesso, não o completando. Este teste teve uma média (±DP) de 21,0 (± 12,7) s. Já o *Five-times-sit-to-*



*stand-test* (FTSST) foi o teste que menos sujeitos da amostra conseguiram concluir (52). Tal ocorrência deve-se ao facto de grande parte das pessoas idosas avaliadas não terem segurança suficiente para conseguirem cumprir o requisito de cruzar os braços ao nível do peito e para se levantarem sem auxílio de nenhuma ajuda técnica ou de ajuda dos membros superiores. Apenas 31 (60,8%) dos sujeitos em Estrutura Residencial conseguiram cumprir os requisitos do teste e desempenhá-lo corretamente (sendo que 8 recusaram-se a fazer o teste, outros 8 tentaram mas não conseguiram, 2 não conseguiram manter a posição de equilíbrio durante 10 segundos sem assistência, e outros 2 sujeitos não tentaram realizá-lo alegando que se sentiam inseguros). A percentagem de sucesso deste teste foi maior em Centro de Dia: dos 28 utentes, 21 conseguiram cumprir o teste (6 recusaram-se a fazê-lo, um dos quais mencionando que se sentia inseguro e 1 tentou, mas sem sucesso). De realçar que aquando da realização dos testes de *performance* física, 58 (73,4%) participantes não utilizaram qualquer ajuda técnica; 10 (12,7%) serviram-se de bengala; 5 (6,3%) ampararam-se em pelo menos uma canadiana, e o andarilho foi utilizado por 6 (7,6%) dos sujeitos.

## 2. Fiabilidade da bateria de testes aplicada

O terceiro dos quatro objetivos específicos deste estudo prendia-se com a análise da fiabilidade da Escala de Depressão Geriátrica (EDG), versão 15 itens, da World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0 (WHODAS 2.0), versão 12 itens, do teste de *performance* para o membro superior para a avaliação da força de preensão e dos testes de *performance* para o membro inferior, teste da velocidade da marcha, o Timed “Up & Go” test (TUG) e o Five-times-sit-to-stand-test (FTSST).

Nesse sentido, apresentam-se os principais resultados relativos 1.4.1) à Escala de Depressão Geriátrica (EDG); 1.4.2.) à World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0 (WHODAS 2.0), versão de 12 itens (funcionalidade percebida); e 1.4.3.) aos testes de *performance* para o membro superior e para o inferior (funcionalidade objetiva).

### 2.1. Escala de Depressão Geriátrica (EDG)

Aquando da primeira aplicação da Escala de Depressão Geriátrica (EDG) em sujeitos em Centro de Dia, 14 (50%) obtiveram uma pontuação indicativa de presença de depressão, mas quando aplicada pela segunda vez, este número aumentou para 19 (67,9%) (Tabela 6). A mesma escala, quando aplicada pela primeira vez em Estrutura Residencial, indicou que em 34 (66,7%) sujeitos havia presença de depressão, ao passo que a pontuação nos restantes 17 (33,3%) indicou ausência de depressão; aquando da sua segunda aplicação 31 (60,8%) sujeitos obtiveram uma pontuação indicativa de presença de depressão (menos 3 sujeitos que na primeira aplicação).

Tabela 6 - Fiabilidade da Escala de Depressão Geriátrica (EDG)

		Centro de Dia n (%)	Estrutura Residencial n (%)	Total n (%)	Média ± DP
1.ª Aplicação	Com depressão	14 (50)	34 (66,7)	48 (60,8)	5,97 ± 3,29
	Sem depressão	14 (50)	17 (33,3)	31 (39,2)	
2.ª Aplicação	Com depressão	19 (67,9)	31 (60,8)	50 (63,3)	6,06 ± 3,15
	Sem depressão	9 (32,1)	20 (39,2)	29 (36,7)	
Concordância entre as duas aplicações		23 (82,1)	40 (78,4)	63 (79,7)	

Na amostra total, 79 sujeitos, a concordância na aplicação da EDG foi de 79,7% (n=63). Nas duas aplicações do instrumento, o despiste indicou 'presença de depressão' em 41 (52,6%) dos sujeitos) e, em 23 (29,1%) sujeitos, o despiste indicou 'ausência de depressão'. O valor de Kappa foi de 0,56 (Tabela 7), valor este que sugere um grau moderado de concordância entre as duas aplicações efetuadas.

Tabela 7 - Valor de Kappa das duas aplicações da Escala de Depressão Geriátrica (EDG)

Kappa	Erro Padrão	IC 95%
0,56		
1.ª Aplicação	0,098	0,37 – 0,75
2.ª Aplicação	0,097	0,37 – 0,75

## 2.2. World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0 (WHODAS 2.0), versão de 12 itens (funcionalidade percebida)

Quando analisado o Coeficiente de Correlação Intraclasse (CCI) neste instrumento, constata-se que todos os itens têm uma fiabilidade ou satisfatória (S2, S4, S5, S6, S11) ou excelente (S1, S3, S7, S8, S9, S10, S12) aquando da aplicação em pessoas idosas institucionalizadas (Tabela 8).

Tabela 8 - Fiabilidade da WHODAS 2.0 – 12 itens

Questão	n <sub>1</sub> (%)	Média <sub>1</sub> ± DP	n <sub>2</sub> (%)	Média <sub>2</sub> ± DP	CCI (95%)	M <sub>1</sub> - M <sub>2</sub>	SEM	MDC 95%
WHODAS S1	79 (100)	3,13 ± 1,48	79 (100)	3,04 ± 1,52	0,75 (0,64 – 0,84)	0,09	2,36	6,54
WHODAS S2	78 (98,7)	2,54 ± 1,26	79 (100)	2,58 ± 1,26	0,70 (0,57 – 0,80)	-0,04		
WHODAS S3	78 (98,7)	2,47 ± 1,23	79 (100)	2,46 ± 1,30	0,76 (0,64 – 0,84)	0,01		
WHODAS S4	79 (100)	2,55 ± 1,27	79 (100)	2,54 ± 1,20	0,74 (0,63 – 0,83)	0,01		
WHODAS S5	79 (100)	2,77 ± 1,07	79 (100)	2,76 ± 0,95	0,57 (0,40 – 0,70)	0,01		
WHODAS S6	79 (100)	2,24 ± 1,10	79 (100)	2,24 ± 1,16	0,60 (0,44 – 0,72)	0,00		
WHODAS S7	79 (100)	3,68 ± 1,59	79 (100)	3,72 ± 1,53	0,89 (0,83 – 0,93)	-0,04		
WHODAS S8	78 (98,7)	2,85 ± 1,20	79 (100)	2,85 ± 1,19	0,79 (0,69 – 0,86)	0,00		
WHODAS S9	79 (100)	2,41 ± 1,26	79 (100)	2,47 ± 1,19	0,77 (0,66 – 0,84)	-0,06		
WHODAS S10	79 (100)	1,80 ± 0,93	79 (100)	1,80 ± 0,87	0,76 (0,65 – 0,84)	0,00		
WHODAS S11	79 (100)	1,77 ± 1,07	79 (100)	1,70 ± 1,08	0,54 (0,36 – 0,68)	0,07		
WHODAS S12	78 (98,7)	2,44 ± 0,94	79 (100)	2,53 ± 0,95	0,80 (0,70 – 0,87)	-0,09		
<b>Total</b>	78 (98,7)	<b>30,64 ± 8,98</b>	79 (100)	<b>30,66 ± 9,78</b>	<b>0,93 (0,89 – 0,95)</b>	<b>-0,02</b>		

**Legenda:** Questões da WHODAS 2.0 - 12 itens: **S1:**Ficar de pé longos períodos; **S2:**Tratar das suas responsabilidades; **S3:**Aprender uma nova tarefa; **S4:**Participar em atividades na comunidade; **S5:**Quando 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. **SEM** – Erro Padrão da Medida; **MDC** – Mínima Diferença Clinicamente Significativa; **Média<sub>1</sub>** – Média da primeira aplicação; **Média<sub>2</sub>** – Média da segunda aplicação.

O item que apresenta uma fiabilidade mais baixa (0,54 (0,36 – 0,68)) é o S11, o que avalia a capacidade que as pessoas têm em manter uma amizade. O item com maior fiabilidade é o S7 (CCI=0,89; 95% IC=0,83 – 0,93), o que questiona a capacidade de desenvolver marcha independente durante distâncias longas como um quilómetro ou distâncias equivalentes. O CCI apresentado para o total do questionário é de 0,93 (95% IC= 0,89 – 0,95), apresentando uma fiabilidade excelente. O erro padrão da medida foi de 2,36, indicando este valor que, na pontuação de uma avaliação em relação a uma anterior, só uma diferença de 2,36 pontos é significativa, podendo constar-se se o sujeito avaliado regrediu ou progrediu no seu nível de funcionalidade percebida.

### 2.3. Testes de Performance para o membro superior e para o inferior (funcionalidade objetiva)

Todos os cinco testes de *performance* de funcionalidade objetiva, seja para o membro superior ou inferior, apresentam um CCI excelente variando entre 0,83 para o *Five- times- sit- to- stand- test* (FTSST) e 0,96 para a força de preensão da mão direita (Tabela 9), sugerindo que os testes aplicados são fiáveis quando utilizados em pessoas idosas institucionalizadas. O Erro Padrão da Medida varia entre 0,06 para a velocidade de marcha e 3,69 para o FTSST.

Tabela 9 - Fiabilidade dos cinco testes de performance aplicados

	n <sub>1</sub> (%)	Média <sub>1</sub> ± DP	n <sub>2</sub> (%)	Média <sub>2</sub> ± DP	CCI 95%	M <sub>1</sub> -M <sub>2</sub>	SEM	MDC
Velocidade de Marcha	79 (100)	0,45 ± 0,21	79 (100)	0,45 ± 0,19	0,92 (0,76 – 0,80)	0	0,06	0,17
Time Up & Go Test	76 (96,2)	20,95 ± 12,75	76 (96,2)	19,63 ± 10,54	0,95 (0,85 – 0,94)	1,32	2,85	7,90
FTSST	52 (65,8)	19,79 ± 8,94	51 (64,6)	19,42 ± 7,77	0,83 (0,53 – 0,82)	0,37	3,69	10,23
Força de Preensão Esq.	75 (94,9)	16,04 ± 6,73	75 (94,9)	15,70 ± 6,63	0,95 (0,93 – 0,97)	0,34	1,50	4,16
Força de Preensão Dir.	76 (96,2)	17,17 ± 6,56	76 (96,2)	17,15 ± 6,92	0,96 (0,94 – 0,98)	0,02	1,31	3,63

FTSST – Five\_times-sit-to-stand-test; SEM – Erro Padrão da Medida; MDC – Mínima Diferença Clinicamente Significativa; Média<sub>1</sub> – Média da primeira aplicação; Média<sub>2</sub> – Média da segunda aplicação.

### 3. Análise da associação entre a depressão e a funcionalidade percebida e objetiva

Quando se procurou analisar a associação entre os dados obtidos relativos à depressão e à funcionalidade, quer percebida, quer objetiva, pode constatar-se que EDG tem uma associação significativa (p=0,00) com a WHODAS 2.0 – 12 itens, e que explica 11% da variância desta (Tabela 10). Quando em conjunto com as restantes variáveis independentes consideradas na análise (sexo, idade, regime de institucionalização, tempo de institucionalização, número total de diagnósticos, estado civil e educação formal dos sujeitos), a sua associação com a WHODAS 2.0 – 12 itens permanece significativa, e a idade (p=0,06) e o número de diagnósticos (p=0,05) aproximam-se da significância, explicando no total 22% da variância da WHODAS 2.0 – 12 itens.

Tabela 10 - Associação entre depressão e funcionalidade percebida e objetiva

		Preditores	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> Ajustado	β	τ	P Value
FUNCIONALIDADE PERCEBIDA	WHODAS 2.0	EDG	0,11	0,09	0,32	2,96	0,00
		EDG			0,34	2,94	<b>0,00</b>
		Sexo			0,60	0,51	0,61
		Idade			0,22	1,93	0,06
		Regime de institucionalização			0,18	1,49	0,14
		Tempo de institucionalização	0,22	0,13	-0,05	-0,43	0,67
		Diagnósticos			0,22	1,99	<b>0,05</b>
		Estado civil			-0,01	-0,11	0,91
Educação formal			0,00	0,02	0,99		
FUNCIONALIDADE OBJETIVA	Velocidade de Marcha	EDG	0,04	0,03	-0,21	-1,84	0,07
		EDG			-0,20	-1,61	0,11
		Sexo			0,08	0,60	0,55
		Idade			-0,10	-0,84	0,40
		Regime de institucionalização			0,01	0,10	0,92
		Tempo de institucionalização	0,07	-0,04	0,01	0,07	0,94
		Diagnósticos			0,03	0,25	0,80
		Estado civil			-0,05	-0,39	0,70
	Educação formal			-0,03	-0,21	0,84	
	Timed "Up & Go" test (TUG)	EDG	0,05	0,03	0,22	1,91	0,06
		EDG			0,18	1,45	0,15
		Sexo			-0,05	-0,39	0,70
		Idade			-0,07	-0,55	0,58
		Regime de institucionalização			-0,14	-1,04	0,30
		Tempo de institucionalização	0,11	-0,001	-0,03	-0,24	0,81
		Diagnósticos			-0,17	-1,40	0,17
		Estado civil			0,12	0,91	0,37
	Educação formal			-0,03	-0,27	0,79	
	Five – times – sit – to stand - test (FTSTS)	EDG	0,04	0,02	0,20	1,44	0,16
		EDG			0,22	1,29	0,20
		Sexo			-0,14	-0,91	0,37
		Idade			0,03	0,20	0,84
		Regime de institucionalização			-0,22	-1,36	0,18
		Tempo de institucionalização	0,17	0,01	-0,09	-0,54	0,59
Diagnósticos				0,05	0,32	0,75	
Estado civil				0,03	0,19	0,85	
Educação formal			0,28	1,90	0,06		
Força de preensão	Direita	EDG	0,09	0,08	-0,30	-2,67	0,01
		EDG			-0,20	-2,06	<b>0,04</b>
		Sexo			0,54	5,29	<b>0,00</b>
		Idade			-0,07	-0,57	0,57
	Regime de institucionalização			0,01	0,10	0,92	
	Tempo de institucionalização	0,43	0,36	0,06	0,61	0,55	
	Diagnósticos			0,10	1,01	0,31	
	Estado civil			-0,15	-1,40	0,17	
Educação formal			-0,07	-0,71	0,48		
Esquerda	EDG	0,08	0,07	-0,28	-2,53	0,01	
	EDG			-0,26	-2,46	<b>0,02</b>	
	Sexo			0,50	4,60	<b>0,00</b>	
	Idade			-0,21	-2,03	<b>0,05</b>	
Regime de institucionalização			-0,05	-0,42	0,68		
Tempo de institucionalização	0,35	0,27	0,00	0,00	1,00		
Diagnósticos			0,01	0,07	0,95		
Estado civil			0,01	0,05	0,96		
Educação formal			-0,04	-0,41	0,68		

No que respeita à análise da associação entre a depressão e os testes da funcionalidade objetiva, introduziram-se as variáveis independentes sexo, idade, regime de institucionalização, tempo de institucionalização, número de diagnósticos, estado civil e educação formal. Nesta relação verifica-se uma associação significativa apenas com a força de preensão ( $p=0,08$  para a mão direita e  $p=0,09$  para a mão esquerda). Neste caso, a depressão explica 8% (mão esquerda) a 9% (mão direita) da variância. Quando acrescentadas as variáveis independentes (sexo, idade, regime de institucionalização, tempo de institucionalização, número de diagnósticos, estado civil e educação formal), a associação entre depressão e a força de preensão permanece significativa ( $p=0,01$ ), bem como a idade ( $p=0,05$ ) e o sexo ( $p=0,00$ ). No conjunto, esta última experimentação explica 43% da variância da força de preensão da mão direita e 35% da força de preensão da mão esquerda. A associação entre a depressão, a velocidade de marcha, o TUG e o FTSST não foi significativa ( $p>0,05$ ).

Passa-se, de seguida, para a discussão dos resultados obtidos no presente estudo.

## DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

No presente estudo procurou-se compreender qual a relação entre a depressão e a funcionalidade (percebida e objetiva) em pessoas idosas institucionalizadas, tendo-se testado a fiabilidade de seis instrumentos.

Para a avaliação da depressão foi utilizada a Escala de Depressão Geriátrica (EDG, *Geriatric Depression Scale*); para avaliar a funcionalidade percebida foi utilizada a *World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0* – 12 itens (WHODAS 2.0) e para a funcionalidade objetiva foram aplicados os instrumentos de avaliação da força de preensão, o teste da velocidade de marcha, o teste *Five-times-sit-to-stand* (FTSTS) e o teste *Timed "Up & Go"* (TUG).

Para avaliar a fiabilidade da WHODAS 2.0 – 12 itens, da força de preensão, do teste da velocidade de marcha, do FTSTS e do TUG utilizou-se o Coeficiente de Correlação Intraclassas (CCI), através do qual se procurou verificar se existia concordância significativa entre as duas aplicações de cada instrumento. Considerou-se então que quanto mais próximo o CCI for de 1, mais forte (ou perfeita) é a fiabilidade do item, e que quanto mais próximo de 0, menor é a fiabilidade do mesmo.

Para avaliar a fiabilidade da WHODAS 2.0 – 12 itens foi utilizado o CCI 95%. Testado item a item, o valor mais alto foi o do item S7 ('Andar uma distância longa'), correspondendo a 0,89 (IC95%: 0,83-0,93), indicando uma óptima fiabilidade, sendo o valor mais baixo de CCI o de 0,57 (IC95%: 0,40-0,70) para o item S5 ('Quando se sentiu emocionalmente afetado pela sua condição de saúde'), o que corresponde a uma fiabilidade moderada. Em consonância com os itens da escala, o CCI do *score* total da mesma apresentou um valor de 0,93 (IC95%: 0,89-0,95), indicando que a fiabilidade da escala é excelente. Desta forma, pode deduzir-se que este instrumento poderá ser aplicado em pessoas idosas institucionalizadas, pois apresentará conclusões fiáveis para a avaliação da sua funcionalidade percebida. No que diz respeito à média ( $\pm$  DP) obtida na pontuação deste instrumento, essa foi de 30,66 ( $\pm$  9,78) num máximo de 60, o que é indicativo de uma limitação funcional moderada. Os itens S1 'Ficar de pé longos períodos de tempo' ( $3,13 \pm 1,48$ ) e o S7 'Andar uma distância longa' ( $3,68 \pm 1,59$ ) foram os que apresentaram uma pontuação média mais alta, indicando também uma limitação funcional moderada.

A fiabilidade dos quatro testes de performance aplicados foi também avaliada através do CCI. A velocidade de marcha apresentou um CCI de 0,92 (IC95%: 0,76 – 0,80); o TUG apresentou um CCI de 0,95 (IC95%: 0,85 – 0,94); o FTSST apresentou um CCI de 0,83 (IC95%: 0,53 – 0,82); a força de preensão da mão esquerda obteve um CCI de 0,95 (IC95%: 0,93 – 0,97) e a força de preensão da mão direita um CCI de 0,96 (IC95%: 0,94 – 0,98). Todos estes testes demonstraram ter uma fiabilidade excelente aquando aplicados em pessoas idosas institucionalizadas.

No que respeita ao teste da velocidade da marcha, este foi realizado por todos os participantes da amostra uma vez que era um dos critérios de inclusão do estudo: nos utentes de Centro de Dia a média foi de 0,5

( $\pm 0,2$ ) m/s e nos utentes Estrutura Residencial foi de  $0,4 (\pm 0,2)$  m/s. Segundo um estudo de Studenski concretizado em 2003, com uma amostra de pessoas com mais de 65 anos procedentes de cuidados primários, apurou-se que as velocidades de marcha inferiores a  $0,60\text{m/s}$  aumentam a probabilidade de risco de limitações funcionais e de deterioração da saúde, (Studenski et al., 2003). Desta forma, e observando as médias da amostra do estudo corrente ( $0,5 \pm 0,2$  e  $0,4 \pm 0,2$ ), considera-se que as pessoas idosas institucionalizadas terão uma probabilidade acrescida de sofrerem de limitações funcionais.

O teste TUG foi realizado por todos os sujeitos da amostra em Centro de Dia, com uma média de  $19,2 (\pm 10,3)$  segundos e na Estrutura Residencial, a média foi de  $22,0 (\pm 14,0)$ , sendo que 3 dos sujeitos da amostra não completaram este mesmo teste. Destes valores, pode aferir-se que os sujeitos em Centro de Dia terão mais facilidade em equilibrar-se do que os em de Estrutura Residencial. Num estudo realizado por Oliveira, Goretti e Pereira (2006) com pessoas idosas institucionalizadas, considerou-se que a mobilidade é um elemento essencial para que as Atividades de Vida Diária (AVDs) sejam concretizadas com independência. Nesse mesmo estudo verificou-se que a mobilidade (TUG) era afetada pelo desempenho das atividades de banho, de vestuário e de transferência do Índice de Katz. Na execução destas tarefas são relevantes o equilíbrio, a destreza nas alterações de posição e de segurança, habilidades essas que são avaliadas pela TUG. Os sujeitos da amostra em Estrutura Residencial do presente estudo apresentaram uma média mais alta do que os sujeitos em Centro de Dia, o que será justificável se se entender que o motivo para a institucionalização a tempo inteiro possa ter sido, também, devido à diminuição dessas habilidades.

Analisando os resultados do teste FTSTS (20 em 51 dos sujeitos em Estrutura Residencial não concluíram o teste), a média dos sujeitos em Estrutura Residencial ( $21,3 \pm 11,0$ ) foi superior à dos em Centro de Dia ( $17,6 \pm 4,1$ ), constatando-se que estes últimos terão mais força nos quadricípites do que os primeiros. (Cesari & Kritchevsky, 2009) se os tempos para se levantar e se sentar na cadeira forem inferiores a 17s, são indicadores de uma boa performance e de um baixo risco de limitação funcional. Observando a média da amostra do presente estudo ( $19,8 \pm 8,9$ ), pode entender-se que existam já algumas limitações nos participantes. Este poderá ser um dos motivos para a institucionalização em regime residencial, de modo a evitar quedas e a garantir um maior acompanhamento das pessoas idosas, nomeadamente nas tarefas que envolvem os membros inferiores: mobilidade, trabalhos domésticos e facilidade no acesso a serviços.

No que à avaliação da força de preensão diz respeito, observou-se que a mão direita ( $17,2 \pm 6,6$ ) apresentou mais força do que a mão esquerda ( $16,0 \pm 6,7$ ), tendo os sujeitos em Estrutura Residencial demonstrado ter mais força em ambas as mãos, em média, do que os em Centro de Dia.

De referir, contudo, que exceto no teste da força de preensão manual, os sujeitos em Centro de Dia tiveram melhor desempenho do que os em Estrutura Residencial em todos os restantes três testes, manifestando uma tendência para terem uma funcionalidade objetiva mais positiva.

No que concerne à, a fiabilidade foi avaliada através do coeficiente de Kappa. O seu valor foi de 0,56 (IC95%: 0,37- 0,75), o que indica uma fiabilidade moderada. Aquando aplicada pela primeira vez, foram identificados 48 casos de depressão e, aquando da segunda aplicação, este número alterou-se para 49 participantes. Comparadas as duas avaliações, 40 sujeitos em Estrutura Residencial obtiveram a mesma avaliação nas duas aplicações da EDG, o que também aconteceu com 23 em Centro de Dia. Examinando estes dados, 63 sujeitos tiveram a mesma avaliação nas duas aplicações, mas 15 obtiveram avaliações diferentes (numa das aplicações foi constatada a existência de depressão e noutra foi atestada a sua inexistência). A média do score da EDG na amostra foi de 5,97 ( $\pm$  3,29), o que infere a presença de depressão.

Outro objetivo do presente estudo incidiu na compreensão da relação entre as variáveis funcionalidade e depressão.

A relação entre a WHODAS 2.0 (funcionalidade percebida) com a EDG, o sexo, a idade, o regime de institucionalização, o tempo de institucionalização até ao momento, o número total de diagnósticos, o estado civil e a educação formal explica a variância obtida, 22%. Pode considerar-se que é a que melhor resume as relações analisadas. A EDG e o número total de diagnósticos foram as variáveis que mais contribuíram para a variância acima referida. Nos testes de performance, o único teste em que foi encontrada alguma correlação foi no teste da força de prensão, com variâncias de 43% e 35% respetivamente. Quando se relacionou a força de prensão da mão direita com a EDG, o sexo, a idade, o regime de institucionalização, o tempo de institucionalização até ao momento, o número total de diagnósticos, o estado civil e a educação formal, foram a EDG ( $p=0,04$ ) e o sexo ( $p=0,00$ ) as variáveis que melhor justificaram esta variância. Já no que diz respeito à força de prensão da mão esquerda, foram relacionadas as mesmas variáveis, sendo que neste caso a idade ( $p=0,05$ ) emergiu como uma variável possivelmente significativa para a variância apresentada (35%). Neste sentido, pode entender-se que a depressão estará associada quer à funcionalidade percebida, quer à força de prensão manual.

Não foi encontrada qualquer relação entre a depressão com o teste da velocidade de marcha, o TUG e o FTSTS.

Passa-se de seguida para a conclusão do presente estudo, apresentando os seus principais contributos.



## CONCLUSÃO

Uma das expectativas mais comuns do ser humano é o desejo de viver mais anos e com uma maior capacidade funcional para a realização das atividades quotidianas. A população mundial está efetivamente a tornar-se cada vez mais envelhecida, sendo a previsão de que esta realidade se acentue ainda mais nos próximos anos. Haverá cada vez mais pessoas idosas e cada vez com idades mais elevadas, o que pode conduzir a um aumento de dificuldades no que respeita à preservação da sua qualidade de vida. Desta forma, é importante a manutenção da capacidade funcional das pessoas idosas, de forma a que se assegure que os últimos anos das suas vidas são vividos com uma possível melhor qualidade de vida.

Os resultados deste estudo sugerem que a depressão é um fator preditor da perda de funcionalidade percebida e mostra-se associada à força de preensão manual. A força de preensão, quer da mão esquerda, quer da mão direita, parecem então ser afetadas pela depressão e pelo sexo e na força de preensão da mão esquerda em particular, também a idade. Aquando da admissão numa instituição, as pessoas idosas são obrigadas a várias adaptações, de que são exemplos os horários marcados para as refeições, para os banhos, para as atividades de que se vão ocupar; são forçadas a conviver com outras pessoas idosas até então desconhecidas, a dividir os espaços que passam a habitar e a acostumarem-se a viver longe de seus familiares. Deixam de ser vistas no seu particular, passando a fazer parte de um grupo ‘homogéneo’ de pessoas (Galhardo et al., 2010). Por todos estes motivos, as pessoas idosas institucionalizadas tendem a manifestar uma maior predisposição para desenvolver depressão, assumindo uma relevante importância a conceção e aplicação de estratégias de prevenção da mesma.

Alguns estudos sugerem o exercício e a atividade física como intervenção terapêutica na depressão (e.g. Bastone & Jacob Filho, 2004; Antunes et al., 2005). A relação entre o papel do exercício e da atividade física no tratamento da depressão apontou para dois panoramas: se por um lado a atividade física pode ser um auxiliar na prevenção e no tratamento da depressão, a depressão pode incitar à redução da execução de atividade física. Considerando-se os benefícios físicos e psicológicos procedentes da atividade física em geral e do exercício em particular, a sua prática por pessoas idosas depressivas sem comorbidades tende a promover a prevenção e a diminuição dos sintomas depressivos (Moraes et al., 2007). Uma vez diagnosticada a depressão, é crucial que as pessoas idosas sejam acompanhadas, mas é ainda mais importante preveni-la. A prática de exercício físico assume, também, um considerável papel na prevenção da depressão mas também no acautelamento da diminuição ou perda de funcionalidade. Num estudo realizado por Portelada (2013) com adultos com 60 ou mais anos, a atividade física emergiu como fator preditor de funcionalidade percebida e de funcionalidade objetiva (performance).

A realização de atividade física poderá e deverá ser promovida pelos profissionais das instituições, cujo acompanhamento aos seus utentes deve ter lugar a partir do momento em que estes ingressam na instituição. As pessoas idosas devem conseguir manter todas as capacidades necessárias para realizarem

as suas atividades, seja no que diz respeito aos aspetos emocional, cognitivo e físico, de forma a que a perda funcional não seja (tão) significativa; devem ser incentivadas a realizar o máximo de tarefas (AVD's) enquanto as conseguirem desempenhar, e encontrando-se estratégias para que possam integrar-se de uma forma facilitada, proporcionando um sentimento de bem-estar no local e com as pessoas com quem vão passar a conviver diariamente. É igualmente importante a ocupação significativa dos utentes através de tarefas e de atividades que gostem e com as quais se identifiquem. Caberá às instituições essa crucial diligência.

O presente estudo apresenta algumas limitações. O reduzido número de participantes (n=79), assim como por vezes não se encontrarem com muita motivação para a realização dos testes de performance terá enviesado os resultados obtidos. Outra das restrições do estudo poderá ter sido o facto de 15 dos sujeitos da amostra estarem institucionalizados há menos de um ano, podendo ainda não estarem ambientados às instituições às quais pertenciam, refletindo-se isso nas suas respostas à EDG, assim como na sua eficiência nos testes de performance. Uma outra das dificuldades encontradas residiu na exigência de, em alguns dos testes, os respetivos marcadores terem que estar assinalados no solo de uma sala específica. Tal facto exigia que os sujeitos tivessem que se deslocar, obrigatoriamente, para essa mesma sala, sendo perceptível alguma desmotivação por parte dos sujeitos. De futuro, poderá ser interessante aprofundar a associação entre depressão e funcionalidade em pessoas idosas que padeçam de demência num estadio inicial ou até mesmo num estadio intermédio. Poderá ser pertinente também replicar este tipo de estudo em pessoas idosas que vivam na comunidade, de modo a compreender se há ou não diferenças significativas entre estes dois tipos de população (pessoas idosas institucionalizadas e pessoas idosas que vivam na comunidade). Seria igualmente interessante realizar este estudo em pessoas idosas com limitações físicas, como por exemplo amputadas, recentes ou não, de modo a que fosse possível analisar a influência entre as variáveis estudadas.

Este estudo intensifica a relevância da avaliação e despiste de depressão nas pessoas idosas institucionalizadas assim como a avaliação da funcionalidade (percebida e objetiva), prevenindo ou amenizando, deste modo, as limitações funcionais. Os testes de performance, conjuntamente com as medidas de autorrelato (funcionalidade percebida), possibilitam delinear de forma simples e rápida um perfil de risco de declínio funcional. Isto permitirá aos profissionais responsáveis que lidam com as pessoas idosas institucionalizadas determinarem e implementarem estratégias de intervenção mais específicas e especializadas, trabalhando os fatores que intervêm no declínio funcional e, em particular, iniciarem esta avaliação pelo despiste de presença ou não de depressão. Este estudo procurou contribuir para a temática discutida ao compreender o impacto da depressão na funcionalidade percebida e na funcionalidade objetiva (performance) das pessoas idosas institucionalizadas.

**BIBLIOGRAFIA**

Alves, L. C., Leite, I. D. C., & Machado, C. J. (2008). Conceituando e mensurando a incapacidade funcional da população idosa: uma revisão de literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, *13*, 1199–1207.

Amiralian, M., Pinto, E., Ghirardi, M., Lichtig, I., Masini, E., & Pasqualin, L. (2000). The concept of disability. *Journal of Public Health*, *34*(1), 97–103.

Andrews, G., Kemp, A., Sunderland, M., Von Korff, M., & Ustun, T. B. (2009). Normative data for the 12 item WHO Disability Assessment Schedule 2.0. *PloS One*, *4*(12).

Antunes, H. K. M., Stella, S. G., Santos, R. F., Bueno, O. F. A., & De Mello, M. T. (2005). Depression, anxiety and quality of life scores in seniors after an endurance exercise program. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, *27*, 266–271.

Araoz, G. (1994). Valoración funcional. In F.G. Llera, J.P.M. Martin (Eds), *Síndromes y cuidados en el paciente geriátrico*. Barcelona: Masson (pp. 38–47).

APA (American Psychology Association) (2014). *DSM-5 - Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (5ª edição). Lisboa: Climepsi Editora. P. 1120.

Azevedo, J. (2009). *Prevalência de Depressão e Ansiedade em Idosos Institucionalizados no Município de Ji-Paraná – Rondônia*. Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília para obtenção do grau de Mestre em Ciências da Saúde.

Bair, M., Wu, J., Damush, T., Sutherland, J., & Kroenke, K. (2008). Association of depression and anxiety alone and in combination with chronic musculoskeletal pain in primary care patients. *Psychosomatic Medicine*, *70*(26), 890–897.

Bandeira, C. B. (2012). *Prevalência da Depressão em Idosos institucionalizados*. Dissertação apresentada à Universidade de Fortaleza para obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva.

Bastone, A. D. C., & Jacob Filho, W. (2004). Effect of an exercise program on functional performance of institutionalized elderly. *Journal of Rehabilitation Research and Development*, *41*(5), 659–668.

Buist-Bouwman, M. A., Ormel, J., De Graaf, R., De Jonge, P., Van Sonderen, E., Alonso, J. & Vilagut, G. (2008). Mediators of the association between depression and role functioning. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *118*, 451–458.

Bulut, S. (2009). Late life depression : A literature review of late-life depression and contributing factors A literature review of late-life depression and. *Anales De Psicología*, *25*, 21–26.

Camarano, A. A. (2004). Como Vive o Idoso Brasileiro? In A.A. Camarano (Org.), *Os Novos Idosos Brasileiros: Muita Além dos 60?*. Rio de Janeiro: IPEA (pp. 25–71).

Castelo, M. S., & Noleto, C. S. (2006). Escala de depressão geriátrica com quatro itens. *Revista Geriatria & Gerontologia*, *2*(1), 46–50.

Cesari, M., & Kritchevsky, S. (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.

- Custódio, O., & Menon, M. A. (2011). Transtornos ansiosos e depressivos. In L.R. Ramos & J.T. Neto, *Guia de Geriatria e Gerontologia*. São Paulo: Editora Manole (pp. 165–177).
- Daltroy, L. H., Phillips, C. B., Eaton, H. M., Larson, M. G., Partridge, A. J., Logigian, M., & Liang, M. H. (1995). Objectively measuring physical ability in elderly persons: The physical capacity evaluation. *American Journal of Public Health*, 85(4), 558–560.
- Del Porto, J. A. (1999). Conceito e diagnóstico. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 21, 06–11.
- Fernández, L. (2010). Valoración geriátrica integral. *El Residente*, 5, 55–65.
- Fleck, M., Lafer, B., Sougey, E., Porto, J., Brasil, M., & Juruena, M. (2003). Associação Médica Brasileira para o tratamento da depressão (versão integral). *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 31(2), 7–17.
- Flores, V., & Benvegnú, L. (2008). Use of medicines by the elderly in Santa Rosa, Rio Grande do Sul State, Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(6), 1439–1446.
- Forsell, Y., & Winblad, B. (1999). Incidence of major depression in a very elderly population. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 14(July 1998), 368–372.
- Frank, M. H., & Rodrigues, N. L. (2011). Depressão, ansiedade, outros distúrbios afetivos e suicídio. In E. Freitas & L. Py (Eds), *Tratado de Geriatria e Gerontologia* (3ª ed). Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan Ltda (pp. 314–326).
- Freitas, E. (2011). Apresentação. In E. Freitas & L. Py (Eds), *Tratado de Geriatria e Gerontologia* (3ª ed). Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan Ltda (p. 1).
- Galhardo, V. Â. C., Mariosa, M. A. S., & Takata, J. P. I. (2010). Depressão e perfis sociodemográfico e clínico de idosos institucionalizados sem déficit cognitivo. *Revista Médica de Minas Gerais*, 20(1), 16–21.
- Garin, O., Ayuso-Mateos, J. L., Almansa, J., Nieto, M., Chatterji, S., Vilagut, G., Ferrer, M. (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.
- Garrido, A.C. (2013). Life extension attitudes and the wish to become a centenarian. Dissertação apresentada à Seção Autónoma de Ciências da Saúde da Universidade de Aveiro com vista à obtenção do grau de Mestre.
- Gazalle, F. K., Hallal, P. C., & Lima, M. S. de. (2004). Depressão na população idosa: Os médicos estão investigando? *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26(3), 145–149.
- Geis, P. (2003). *Atividade física e saúde na terceira idade: teoria e prática*, (5ª ed). Porto Alegre: Artmed Editora.
- Grevet, E. H., & Knijnik, L. (2001). Diagnóstico de depressão maior e distímia Major depressive disorder and dysthymic. *Revista Associação médica do Rio Grande do Sul*, 45(3,4), 108–110.
- Haralambous, B., Lin, X., Dow, B., Jones, C., Tinney, J., & Bryant, C. (2009). *Depression in older age: A scoping study*. Final Report - National Ageing Research Institute (NARI) (pp. 1–102).
- Heithoff, K. (1995). Does the ECA underestimate the prevalence of late-life depression? *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 43, 2–6.
- Irigaray, T. Q., & Schneider, R. H. (2007). Prevalência de depressão em idosos participantes da Universidade para a Terceira Idade. *Revista de Psiquiatria Do Rio Grande Do Sul*, 29(1), 19–27.

- Júnior, R. C. F., & Tavares, M. de F. L. (2006). A promoção da saúde nas instituições de longa permanência: uma reflexão sobre o processo de envelhecimento no Brasil. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 9(1), 83–92.
- Latham, N. K., Mehta, V., Nguyen, A. M., Jette, A. M., Olarsch, S., Papanicolaou, D., & Chandler, J. (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, 2146–2155.
- Luccheti, G., Granero, A. L., Pires, S. L., & Gorzoni, M. L. (2010). Fatores associados à polifarmácia em idosos institucionalizados. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 13(1), 51–58.
- Matsuda, S., & Fujino, Y. (2008). Analysis of the Relationship between Depression and Changes in ADL Status among the Japanese Aged. *Asian Pacific Journal of Disease Management*, 2(3), 83–91.
- Matsudo, S. M., Matsudo, V. K. R., de Barros Neto, T. L., & de Araújo, T. L. (2003). Evolução do perfil neuromotor e capacidade funcional de mulheres fisicamente ativas de acordo com a idade cronológica. *Revista Brasileira de Medicina Do Esporte*, 9, 365–387.
- Matsudo, S. M., Matsudo, V. K. R., & Neto, T. L. D. B. (2000). Impacto do envelhecimento nas variáveis antropométricas, neuromotoras e metabólicas da aptidão física. *Revista Brasileira de Ciência E Movimento*, 8, 21–32.
- Mazo, G., Lopes, M., & Benedetti, T. (2004). *Atividade física e o idoso: concepção gerontológica* (2ª ed). Porto Alegre: Sulina Editora.
- Mincato, P. C., & Freitas, C. D. L. R. (2007). Qualidade de vida dos idosos residentes em instituições asilares da cidade de Caxias do Sul. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, 4, 127–138.
- Moraes, H., Deslandes, A., Ferreira, C., Pompeu, F. a. M. S., Ribeiro, P., & Laks, J. (2007). O exercício físico no tratamento da depressão em idosos: revisão sistemática. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 29(1), 70–79.
- Moragas, R. (1997). *Gerontologia social: envelhecimento e qualidade de vida*. São Paulo, Brasil: Editora Paulinas (p.283).
- Nagi, S. Z. (1976). An epidemiology of disability among adults in the United States. *The Milbank Memorial Fund Quarterly. Health and Society*, 54(4), 439–467.
- Okimoto, J. T., & Barnes, R. F. (1982). Screening for depression in geriatric medical patients. *American Journal Psychiatry*, 139, 799–802.
- Oliveira, D., Goretti, L., & Pereira, L. (2006). O desempenho de idosos institucionalizados com alterações cognitivas em atividades de vida diária e mobilidade: estudo piloto. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, 10(1), 91–96.
- OMS (Organização Mundial de Saúde) (2004). *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- OMS (World Health Organization). (2001). *Men Ageing And Health: Achieving health across life span*. Departmen of Noncommunicable Disease Prevention and Health Promotion. Geneva: World Health Organization.
- Paixão Jr., C. M., & Reichenheim, M. E. (2005). Uma revisão sobre instrumentos de avaliação do estado funcional do idoso. *Cadernos de Saúde Pública*, 21(1), 7–19.
- Penninx, B., Guralnik, J. M., Ferrucci, L., Eleanor M. Simonsick, D. J. H. D., & Wallace, R. B. (1998). Depressive Symptoms and Physical Decline in Community-Dwelling Older Persons. *The Journal of the American Medical Association*, 279(21), 1720–1726.

Pinho, M. X., Custódio, O., & Makdisse, M. (2009). Incidência de depressão e fatores associados em idosos residentes na comunidade: revisão de literatura. *Medicina*, *12*(1), 123–140.

Plati, M. C. F., Covre, P., & Lukasova, K. (2006). Depressive symptoms and cognitive performance of the elderly : relationship between institutionalization and activity programs. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, *28*, 118–121.

Portelada, B. C. M. (2013). *Atividade física e funcionalidade em pessoas idosas*. Dissertação apresentada à Secção Autónoma de Ciências da Saúde da Universidade de Aveiro com vista à obtenção do grau de Mestre em Gerontologia.

Reis, L. A., & Torres, G. D. V. (2011). Influência da dor crônica na capacidade funcional de idosos institucionalizados. *Revista Brasileira de Enfermagem*, *64*(2), 274–80.

Rodrigues, R. (2008). Validação da versão em português europeu de questionário de avaliação funcional multidimensional de idosos. *Revista Panamericana de Salud Publica*, *23*(2), 109–15.

Reynolds, C. F., & Kupfer, D. J. (1999). Depression and aging: a look to the future. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)*, *50*(9), 1167–1172.

Ricci, N. A., Kubota, M. T., & Cordeiro, R. C. (2005). Concordância de observações sobre a capacidade funcional de idosos em assistência domiciliar. *Revista de Saúde Pública*, *39*(4), 655–662.

Rosa, T., Benício, M., Latorre, M., & Ramos, L. (2003). Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. *Revista de Saúde Pública*, *37*(1), 40–48.

Rozenfeld, S. (2003). Prevalência, fatores associados e mau uso de medicamentos entre os idosos: uma revisão. *Cadernos de Saúde Pública*, *19*(3), 717–724.

Sampaio, R. F., & Luz, M. T. (2009). Funcionalidade e incapacidade humana: explorando o escopo da classificação internacional da Organização Mundial da Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, *25*(3), 475–483.

Sayers, S. P., Jette, a M., Haley, S. M., Heeren, T. C., Guralnik, J. M., & Fielding, R. a. (2004). Validation of the Late-Life Function and Disability Instrument. *Journal of the American Geriatrics Society*, *52*, 1554–1559.

Silva, B. T. da. (2008). *Percepção das pessoas idosas sobre institucionalização e possibilidade de serem cuidadas pelos enfermeiros nas ILPIs no ano de 2026*. Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande.

Simon, G. E., & Vonkorff, M. (1991). Somatization and psychiatric disorder in the NIMH epidemiologic Catchment Area study. *The American Journal of Psychiatry*, *148*, 1494–1500.

Siqueira, G. R. De, Vasconcelos, D. T. De, Duarte, G. C., Arruda, I. C. De, Costa, J. A. S. Da, & Cardoso, R. D. O. (2009). Análise da sintomatologia depressiva nos moradores do Abrigo Cristo Redentor através da aplicação da Escala de Depressão Geriátrica (EDG). *Ciência & Saúde Coletiva*, *14*, 253–259.

Spiriduso, W. W. (2004). *Dimensões físicas do envelhecimento*. São Paulo: Editora Manole (p. 490).

Steffens, D. C., Skoog, I., Norton, M. C., Hart, A. D., Tschanz, J. T., Plassman, B. L., Wyse, B. W., Welsh-Bohmer, K. A., & Breitner, J. C. (2000). Prevalence of Depression and Its Treatment in an Elderly Population. *Archives of General Psychiatry*, *57*, 14–18.

Studenski, S., Perera, S., Wallace, D., Chandler, J. M., Duncan, P. W., Rooney, E., & Guralnik, J. M. (2003). Physical performance measures in the clinical setting . *Journal of the American Geriatrics Society*, *51*, 314–322.

Valcarengi, R. V., Santos, S. S. C., Barlem, E. L. D., Pelzer, M. T., Gomes, G. C., & Lange, C. (2011). Alterações na funcionalidade/cognição e depressão em idosos institucionalizados que sofreram quedas. *Acta Paulista de Enfermagem*, 24(6), 828–833.

Vaz, S., & Gaspar, N. (2011). Depressão em idosos institucionalizados no distrito de Bragança. *Revista de Enfermagem Referência*, 49–58.

Verbrugge, L. M., & Jette, A. M. (1994). The disablement process. *Social Science & Medicine*, 38(1), 1-14.

Wegenera, S. T., Castilloa, R. C., Haythornthwaitec, J., MacKenzieb, E. J., & Bossed, M. J. (2011). Psychological distress mediates the effect of pain on function. *Pain*, 152(6), 1349–1357.

## ANEXOS

## Anexo I – Short Portable Mental Status Questionnaire

Nome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_  
 Filiação: \_\_\_\_\_ Escolaridade: \_\_\_\_\_  
 Data do teste: \_\_\_\_\_

1. Qual é a data de hoje? (dia/mês/ano) *Tem que nomear corretamente dia/mês/ano*
2. Que dia da semana é hoje?
3. Qual é o nome do local onde estamos neste momento?
4. Qual é o seu número de telefone?
5. Qual é a sua idade?
6. Qual é a sua data de nascimento? (dia/mês/ano) *Tem que nomear corretamente dia/mês/ano*
7. Quem é o actual Presidente da República?
8. Quem foi o Presidente da República imediatamente anterior ao actual?
9. Qual é o nome da sua mãe
10. Comece no número 20 e vá subtraindo (diminuindo) consecutivamente três.  
*Tem que nomear correctamente a sequência (20 ou 17, 14,11,8,5,2)*

Máximo de erros: 10

Ajustamentos: diminuir um erro se não completou o ensino obrigatório.

em caso de erros, aumentar um, se completou o ensino obrigatório.

Score:

0-2 Algumas funções mentais sem deficiência.

3-4 Ligeira deficiência de algumas funções mentais.

5-7 Moderada deficiência de algumas funções mentais.



## APÊNDICES

### Apêndice I – Consentimento Informado

#### DOR, DEPRESSÃO E FUNCIONALIDADE EM PESSOAS IDOSAS INSTITUCIONALIZADAS

##### 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 o estudo.		
Eu li/foi-me lida a folha de informação aos participantes		
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 da avaliação da funcionalidade, depressão e dor.		

Nome do participante: \_\_\_\_\_

Assinatura do participante: \_\_\_\_\_

Observações: \_\_\_\_\_

Nome do investigador: \_\_\_\_\_

Assinatura do investigador: \_\_\_\_\_

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

## Apêndice II – Folha de Informações

### “DEPRESSÃO E FUNCIONALIDADE EM PESSOAS IDOSAS INSTITUCIONALIZADAS”

#### FOLHA DE INFORMAÇÕES

##### 1. Introdução

Somos um grupo de investigadoras 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 perguntar tudo aquilo que entender necessário para compreender o estudo.

##### 2. Informação sobre o estudo

Este estudo utiliza questionários com perguntas sobre: como se sente em relação à vida e ao que o rodeia e sobre a dificuldade que acha que tem a fazer algumas atividades do seu dia-a-dia. No estudo usam-se, também, testes de marcha e de força. Nestes testes, vamos pedir-lhe que ande ou que se levante e volte a sentar numa cadeira, enquanto nós medimos o tempo que demora nestas atividades. Vamos pedir-lhe que faça estas atividades duas vezes com um intervalo de 1 semana. O estudo deverá demorar cerca de 1 hora. Sempre que quiser parar para descansar basta dizer-nos. A informação recolhida ajuda-nos a conhecer melhor as capacidades das pessoas que estão nos lares/centros de dia.

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

Para participar neste estudo procuramos pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, que estejam num lar ou centro de dia e que consigam andar, não tenham problemas graves de coração nem tenham sido operadas recentemente.

##### 4. Sou obrigado a participar no estudo?

Só participa no estudo se quiser. Se decidir participar e depois quiser desistir, poderá fazê-lo em qualquer altura e sem dar nenhuma explicação. Se decidir participar ser-lhe-á pedido que assine a folha do consentimento informado autorizando-nos a realizar os questionários referidos no ponto 2.

**5. Quais são os possíveis benefícios de participar neste estudo?**

O estudo realiza-se no âmbito de um projeto de investigação/mestrado e não o ajudará a si diretamente. Contudo, os resultados deste estudo irão ajudar os investigadores e profissionais de saúde a identificar grupos de pessoas onde está presente a depressão e mais necessitadas de cuidados de saúde primários dentro das instituições. Depois de estudada a população, os profissionais ficam com mais conhecimento sobre estas e pessoas e poderão vir a desenvolver programas de prevenção para melhorar a qualidade de vida destas pessoas e, conseqüentemente, evitar que elas venham a precisar de tantos cuidados de saúde no futuro.

**6. O que acontecerá aos resultados do estudo?**

Uma vez concluído o estudo, os seus resultados serão apresentados sob a forma de teses de mestrado, relatórios para os responsáveis das instituições onde estão inseridos e poderão também vir a ser publicados numa revista de investigação.

**7. 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 diretamente envolvidos no estudo.

**Contacto dos investigadores responsáveis (caso queira colocar dúvidas ou questões):**Margarida Cerqueira

Professora Adjunta Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro, Tel.: 234 372 444

Extensão: 27136

mcerqueira@ua.pt

Catarina Ferreira

Mestranda em Gerontologia - Gestão de Equipamentos Sociais, Tel.: 965270581

catarinacferreira@ua.pt

### **Apêndice III – Pedido de Autorização Institucional para a Recolha de Dados**

**ASSUNTO:** Pedido de colaboração no estudo “Dor, depressão e funcionalidade em pessoas idosas institucionalizadas”

Exmo.(a) Senhor (a),

Somos alunas do mestrado de Gerontologia da Universidade de Aveiro e, no âmbito da nossa dissertação, estamos a realizar um estudo intitulado “Depressão e funcionalidade em pessoas idosas institucionalizadas”. Os objetivos deste estudo são: i) caracterizar a depressão e a funcionalidade; ii) avaliar a associação entre depressão e funcionalidade; iii) estimar a fiabilidade da bateria de testes aplicada para avaliar as variáveis referidas anteriormente em pessoas idosas institucionalizadas. Esta investigação tem como orientadores a Prof. Margarida Cerqueira e o Prof. Joaquim Alvarelhão, docentes da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro.

Desta forma, vimos pedir a sua colaboração neste estudo, autorizando a sua realização na vossa instituição. A vossa colaboração implicará:

1. Autorização para selecionar os participantes do estudo: a população alvo deste estudo são pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, institucionalizadas (estrutura residencial ou centro de dia), sem défice cognitivo ou défice cognitivo ligeiro, que tenham capacidade de realizar marcha independente (podendo usar produto de apoio) e que não tenha patologia cardíaca ou pulmonar aguda, bem como cirurgia recente (menos de seis meses).
2. Autorização para recolher os dados necessários ao estudo: caracterização sociodemográfica e de saúde dos participantes; avaliação da dor; avaliação da funcionalidade; avaliação da performance; avaliação da depressão. Com exceção da caracterização sociodemográfica e de saúde dos participantes, todas as avaliações serão realizadas em duas sessões com um intervalo de uma semana.

O estudo será realizado sem interferir em qualquer atividade da instituição. Para informações mais detalhadas sobre o estudo por favor consulte o protocolo de estudo enviado em anexo ou obtenha mais esclarecimento através do nosso contacto: 965 270 581 ou 917 152 677.

Certas que o contributo da instituição irá ajudar a desenvolver o conhecimento científico na área da depressão e funcionalidade, agradecemos antecipadamente a sua colaboração e disponibilidade.

A Investigadora  
Catarina Ferreira

### **Apêndice IV – Bateria de Escalas**

**A - CARACTERIZAÇÃO DO PARTICIPANTE****INFORMAÇÃO DEMOGRÁFICA E DE SAÚDE**

**A.1. Sexo** (1)  feminino (2)  masculino

**A.2. Data de nascimento** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ (dia/mês/ano)

**A.3. Concelho** \_\_\_\_\_

**A.4. 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.5. Estado matrimonial atual (Selecione apenas uma opção)**

(1) Nunca foi casado

(2) Atualmente casado

(3) Separado

(4) Divorciado

(5) Viúvo

(6) Coabitação

**A.6. Diagnóstico médico das principais condições de saúde atuais**

(1) Não existe nenhuma Condição Médica

(2) Hipertensão Arterial

(3) Diabetes

(4) Artrose: Anca ; Joelho

(5) Espondilartrose: Coluna cervical  Coluna dorsal

(6) Patologia cardiovascular

(7) Patologia respiratória

(8) Cancro

(9) Depressão

(10) Antecedentes traumáticos Não [ ] Sim [ ] Quais?

---

(11) Outra \_\_\_\_\_

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

**A.7.** 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.8.** Há quanto tempo está institucionalizado?

Menos de 1 ano [ ]

1 ano [ ]

2 anos [ ]

3 anos [ ]

Mais de 3 anos [ ]

**A.9.** Encontra-se na instituição em regime de:

Residência [ ]

Centro de dia [ ]

## Versão de 12 itens da WHODAS 2.0

### A.1 - 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

**Escala de Depressão Geriátrica (Yesavage, 1983)**

	Sim	Não
1. Está satisfeito/a com a sua vida?		
2. Afastou-se das atividades 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 viver é algo bom?		
12. Acha-se inútil?		
13. Sente-se cheio/a de energia?		
14. Sente-se esperançoso/a em relação à sua situação atual?		
15. Acredita que a maioria das pessoas está em melhor situação do que a sua?		



**Apêndice V – Folha de Registo dos Testes de Performance**

**DEPRESSÃO E FUNCIONALIDADE EM PESSOAS IDOSAS INSTITUCIONALIZADAS**

**FOLHA DE REGISTOS Nº \_\_\_\_\_**

Instituição: \_\_\_\_\_

Nº do participante: \_\_\_\_\_

Dia da recolha: \_\_\_\_\_

**Teste performance para o membro superior – Avaliação da força de preensão**

<b>Medição Esquerda</b>	<b>Medição Direita</b>
Valor 1 -	Valor 1 -
Valor 2 -	Valor 2 -
Valor 3 -	Valor 3 -
<b>Média de valores:</b>	<b>Média de valores:</b>

**Teste de performance para o membro inferior:**

**Velocidade de marcha**

Tempo 1: \_\_\_\_\_

Tempo 2: \_\_\_\_\_

**Five – times – sit – to stand - test**

Tempo 1: \_\_\_\_\_

Tempo 2: \_\_\_\_\_

**Time Up & Go Test**

Tempo 1: \_\_\_\_\_

Tempo2: \_\_\_\_\_