



Universidade de Aveiro
2016

Departamento de Ciências Médicas

**Cristiana Martins
Coutinho**

**Funcionalidade, dor e sintomas depressivos em
utentes de centro de dia**



**Cristiana Martins
Coutinho**

**Funcionalidade, dor e sintomas depressivos em
utentes de centro de dia**

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

O júri

Presidente

Professora Doutora Maria Piedade Moreira Brandão
Professora Adjunta da Universidade de Aveiro

Arguente

Professora Doutora Anabela Correia Martins
Professora Adjunta do Instituto Politécnico de Coimbra - Escola Superior de
Tecnologia da Saúde de Coimbra

Orientadora

Professora Doutora Alexandra Isabel Cardador de Queirós
Professora Coordenadora S/ Agregação, Universidade de Aveiro

Agradecimentos

À minha preciosa, paciente e generosa família.

À orientadora e coorientadora deste estudo, Professora Doutora Alexandra Isabel Cardador de Queirós e Professora Doutora Anabela Gonçalves Silva, por todos os conhecimentos transmitidos, rigor científico, partilha de informação, permanente disponibilidade e aconselhamento.

A todos os responsáveis e colaboradores dos Centros de Dia, pela colaboração e ajuda.

A todos os que aceitaram participar no estudo, pela disponibilidade e simpatia demonstrada durante a recolha.

Aos amigos, pelo incentivo e apoio constante, com um agradecimento muito especial à Diana e à Teresa.

Um agradecimento especial à minha colega de recolha de dados Sara pelo companheirismo e ajuda.

Muito obrigada a todos!

Palavras-chave

Funcionalidade, Pessoa idosa, *Performance*, Funcionalidade percebida, Dor, Depressão

Resumo

O envelhecimento aumenta a probabilidade de doenças crônicas que se traduzem no declínio da funcionalidade. A perda de funcionalidade aumenta o risco de institucionalização, dependência, quedas e morbidade. A dor e a depressão foram reconhecidas como dois dos principais determinantes da funcionalidade em pessoas idosas. **Objetivo** – Este estudo teve como objetivo geral explorar a associação entre a funcionalidade (percebida e *performance*) e a dor e entre a funcionalidade (percebida e *performance*) e a depressão em utentes da resposta social de centro de dia. **Método** – Foram incluídos 102 participantes. Para a recolha de dados foram utilizados: um questionário sociodemográfico; um questionário de dor; a Escala de Depressão Geriátrica; o *World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0*; o teste de velocidade da marcha; o *Timed Up and Go Test*; o teste de levantar e sentar; e a avaliação da força de preensão. Para explorar a associação entre variáveis foi usada a análise de regressão. **Resultados** – Quanto à funcionalidade percebida, a depressão e o sexo explicam 40% da sua variância, sendo a depressão a variável que mais contribui para o modelo (27%). No que diz respeito à *performance*, apenas a variável sexo permaneceu nos modelos para o teste de velocidade da marcha (R^2 Aj.=0.15) e força de preensão do membro direito (R^2 Aj.=0.33) e esquerdo (R^2 Aj.= 0.23). **Conclusões** – Os sintomas depressivos parecem contribuir para a percepção que as pessoas institucionalizadas têm da sua funcionalidade, mas não parecem estar associados à *performance*.

Keywords

Functioning, Elderly, Performance, Self-Report, Pain, Depression

Abstract

Aging increases the probability of chronic diseases which result in the decline of functioning. The loss of functioning increases the risk of institutionalization, dependence, falls and morbidity. Pain and depression were recognized as two of the main determinants of functioning in older people. **Objective** – The objective of this study was to explore the association between functioning, pain and depression in users of the social response day care center. **Method** – 102 participants were evaluated. The instruments of data collection used were: a sociodemographic questionnaire; a questionnaire of pain; the Geriatric Depression Scale; World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0; the Gait Speed test; Timed Up and Go Test; the Sit-to-Stand Test; and the assessment of grip strength (through the hydraulic dynamometer Jamar). The data was analyzed regression analysis. **Results** – Depression and sex explain 40% of the variance of WHODAS 2.0 and depression was the most important predictor (27%). Only the variable sex remained in the models for gait speed (R^2 Aj.= 0.15) and grip strength of the right (R^2 Aj.=0.33) and left sides (R^2 Aj.= 0.23). **Conclusion** – Depressive symptoms appear to be associated with self-reported functioning, but not with performance.

Abreviaturas e/ou Siglas

ABVD – Atividades Básicas de Vida Diária
AIVD – Atividades Instrumentais de Vida Diária
APA – *American Psychiatric Association*
AVD – Atividades de Vida Diária
CIF – Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde
DSM-IV – *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*
DP – Desvio Padrão
EA – Envelhecimento Ativo
ERPI – Estrutura Residencial para Pessoas Idosas
GDS – *Geriatric Depression Scale*
ICC – *Intraclass Correlation Coefficient*
OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico
OMS – Organização Mundial de Saúde
SPPB – *Short Physical Performance Battery*
SPMSQ – *Short Portable Mental Status Questionnaire*
SPSS – *Statistical Package for the Social Sciences*
TUG – *Timed Up and Go Test*
UE – União Europeia
WHODAS 2.0 – *World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0*

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	1
1.1 Enquadramento	1
1.2 Objetivos do estudo	2
1.3 Estrutura da dissertação	2
2. REVISÃO DE LITERATURA.....	4
2.1 Envelhecimento	4
2.1.1 Conceito de Envelhecimento.....	4
2.1.2 Envelhecimento Demográfico.....	5
2.1.3 Envelhecimento Ativo.....	7
2.2 Institucionalização.....	8
2.3 Funcionalidade.....	11
2.3.1 Funcionalidade Percebida.....	14
2.3.2 Performance.....	15
2.4 Determinantes da funcionalidade na pessoa idosa	18
3. METODOLOGIA	24
3.1 Delimitação do estudo.....	24
3.2 Desenho do estudo.....	24
3.3 Considerações éticas:.....	24
3.4 Amostra	25
3.5 Procedimentos	25
3.6 Recolha de informação e instrumentos de medida	26
I. Questionário de caracterização do participante	26
II. Questionário da dor	26
III. WHODAS 2.0 (versão de 12 itens)	27
IV. Escala de Depressão Geriátrica versão 15 itens	28
V. <i>Performance</i> do membro superior: Força de preensão palmar.....	28
VI. <i>Performance</i> do membro inferior	28
3.7 Análise e tratamento de dados.....	30
4. RESULTADOS	31
4.1 Caracterização da amostra	31
4.2 Caracterização da dor.....	32
4.3 Caracterização da funcionalidade percebida	33
4.4 Caracterização da depressão	34
4.5 Caracterização da <i>performance</i>	34
4.6 Associação entre a depressão, A dor e A funcionalidade percebida.....	35
4.7 Associação entre a depressão, a dor e a <i>performance</i>	36
5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	37
5.1 Limitações do estudo	39
5.2 Implicações clínicas e estudos futuros.....	40
CONCLUSÃO.....	41
BIBLIOGRAFIA.....	42

ANEXOS

ANEXO I – Folha de Informações	55
ANEXO II – Consentimento Informado.....	57
ANEXO III – <i>Short Portable Mental Status Questionnaire</i>	58
ANEXO IV – Caracterização do participante	59
ANEXO V – Caracterização da dor	61
ANEXO VI – Questionário de funcionalidade percebida (WHODAS 2.0)	63
ANEXO VII – Escala de Depressão Geriátrica (GDS).....	65
ANEXO VIII – Testes de <i>performance</i> do membro superior e inferior.....	66

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Caracterização da amostra	31
Tabela 2 – Caracterização da saúde da amostra.....	32
Tabela 3 – Caracterização da Dor.....	33
Tabela 4 – Caracterização da Funcionalidade Percebida	34
Tabela 5 – Caracterização da <i>Performance</i>	35
Tabela 6 – Modelo de regressão linear: Funcionalidade Percebida (WHODAS 2.0)	35
Tabela 7 – Modelo de regressão linear: <i>Performance</i>	36

1. INTRODUÇÃO

1.1 ENQUADRAMENTO

O envelhecimento populacional é uma realidade vivida em todo o mundo. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que a proporção da população idosa, com idade igual ou superior a 60 anos, duplique de 11% para 22%, entre 2000 e 2050 (World Health Organization [WHO], 2011). Portugal, tal como outros países, exhibe uma pirâmide populacional invertida, na qual o topo se encontra extremamente envelhecido (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2014).

O processo de envelhecimento é um fenómeno progressivo que traz novas necessidades, novos desafios e, por isso, merece uma atenção especial. Com o envelhecimento aumenta a probabilidade de surgirem doenças crónicas que se traduzem, principalmente, no declínio da funcionalidade (Üstün, Kostanjsek, Chatterji & Rehm, 2010). As alterações de funcionalidade nas pessoas idosas podem conduzir ao aumento da dependência na realização das atividades de vida diária (AVD), maior morbidade, diminuição da mobilidade, aumento do risco de quedas e institucionalização (Reis & Torres, 2010).

As pessoas idosas com perdas de capacidades funcionais exigem uma maior responsabilidade ao nível dos cuidados prestados e, sobretudo, disponibilidade de tempo por parte dos seus familiares enquanto principais prestadores informais de cuidados (Hazer & Boyle, 2010). Todavia, verifica-se muitas vezes que a família não possui condições nem capacidades para prestar os cuidados necessários, surgindo assim a necessidade de recorrer a instituições que providenciem o apoio e cuidados adequados (Henriques & Sá, 2007). O declínio da funcionalidade pode ser representativo de um problema comum na população idosa, sendo ainda mais significativo no universo das pessoas idosas institucionalizadas. (Bekhet & Zauszniewski, 2014; Rapp et al., 2005).

Estudos referem que a interação de fatores psicossociais, fisiológicos, comportamentais, socioeconómicos e culturais pode estar associada à perda de funcionalidade (Nunes, Ribeiro, Rosado & Franceschini, 2009; Bean, Olveczky, Kiely, LaRose & Jette, 2011; Rosa, Benício, Latorre & Ramos, 2003). A dor e a depressão foram nomeadas como os principais determinantes da funcionalidade

em pessoas idosas não institucionalizadas (Silva, Alvarelhão, Queirós & Rocha, 2013a; Silva, Queirós, Cerqueira & Rocha, 2014).

Torna-se essencial preservar e melhorar as capacidades funcionais da pessoa idosa, de modo a promover a sua autonomia, qualidade de vida e envelhecimento ativo (EA). Deste modo, avaliar o estado funcional das pessoas idosas e identificar os determinantes responsáveis pelo seu declínio pode ser decisivo na deteção de grupos em risco de perda de capacidade funcional, hospitalização ou agravamento do estado de saúde (Rosa et al., 2003). Este conhecimento facilita a adequação dos programas de intervenção às necessidades das pessoas idosas e permite diminuir a necessidade de recursos.

Uma vez que se verifica uma escassez de estudos feitos em Portugal que avaliem os fatores associados à funcionalidade em pessoas idosas utentes de centro de dia, o presente estudo visa colmatar essa mesma falha, assumindo por isso uma elevada importância.

1.2 OBJETIVOS DO ESTUDO

Este estudo tem como objetivo geral explorar a associação entre a funcionalidade (percebida e *performance*) e a dor e entre a funcionalidade (percebida e *performance*) e a depressão em pessoas idosas utentes da resposta social de centro de dia.

Foram, também, definidos os seguintes objetivos específicos:

- Caracterizar a dor e a depressão em pessoas idosas utentes de centro de dia;
- Caracterizar a funcionalidade percebida e a *performance* em pessoas idosas utentes de centro de dia;

1.3 ESTRUTURA DA DISSERTAÇÃO

A presente dissertação é composta por seis capítulos e encontra-se estruturada da seguinte forma:

- Capítulo I – Introdução, onde é apresentado um breve enquadramento, os objetivos do estudo, a sua pertinência científica e estrutura;

- Capítulo II – Revisão de literatura, neste capítulo é feita uma revisão bibliográfica sobre o envelhecimento, a institucionalização, a funcionalidade e os determinantes da funcionalidade na pessoa idosa;
- Capítulo III – Metodologia, aqui são descritos a amostra, os instrumentos de recolha de dados, os procedimentos e a análise estatística utilizada no estudo;
- Capítulo IV – Resultados, onde é feita a apresentação dos resultados da recolha de dados;
- Capítulo V – Discussão e análise dos resultados, onde é feita uma discussão e análise dos resultados obtidos à luz do referencial teórico;
- Capítulo VI – Conclusão, neste capítulo são descritos os principais resultados obtidos no estudo e qual a sua contribuição para futuros estudos sobre o tema em questão.

2. REVISÃO DE LITERATURA

Ao longo deste capítulo é apresentada a revisão de literatura, onde são abordados temas como o envelhecimento, institucionalização, funcionalidade e os determinantes da funcionalidade na pessoa idosa.

2.1 ENVELHECIMENTO

2.1.1 Conceito de Envelhecimento

O envelhecimento é um fenómeno altamente complexo que ocorre ao longo do curso de vida de todos os seres vivos, inclusive no ser humano (WHO, 1998).

Ao longo dos anos, várias hipóteses, teorias e conceitos básicos foram aceites para orientar a pesquisa e a prática clínica relacionada com o envelhecimento (Meiner, 2014).

Segundo a OMS, o envelhecimento pode ser definido como um processo de mudança progressivo a nível biológico, psicológico e social (WHO, 1999a). Este processo inicia-se antes do nascimento e é contínuo ao longo da vida (WHO, 1999a). A capacidade funcional do sistema biológico dos seres humanos vai aumentando durante os primeiros anos de vida, no início da idade adulta atinge o seu pico e, de seguida, declina naturalmente (WHO, 1999a). No entanto, não há uma correspondência direta entre a idade cronológica e a idade biológica (Assis, 2005).

O envelhecimento também é caracterizado por ser um processo gradual, mas dinâmico, influenciado tanto por fatores internos como externos (WHO, 1998). O processo natural de envelhecimento, também conhecido como senescência, refere-se à perda progressiva dos aspetos físicos e cognitivos (Pelegriño, Leal & Barroso, 2009). Por outro lado, o envelhecimento patológico associa-se a alterações resultantes da doença (Pelegriño et al., 2009).

Neri (2001) descreve o envelhecimento como uma experiência heterogénea. Cada indivíduo possui fatores genéticos, sociais, psicológicos e económicos únicos (Meiner, 2014). Ou seja, o envelhecimento depende da influência de fatores psicológicos e cognitivos, dos contextos históricos e culturais dos indivíduos e de patologias que ocorrem durante o envelhecimento normal (Neri, 2007). Segundo

Ferreira (2012), o processo de envelhecimento é fortemente influenciado pelas diversas experiências pessoais vividas ao longo do curso de vida.

O envelhecimento é percebido pelos indivíduos de forma diferente. Existem diversas imagens associadas ao seu processo e às pessoas idosas (Costa & Santos, 2014). A imagem dominante na sociedade retrata as pessoas idosas como um grupo homogêneo e caracteriza-as como seres frágeis, dependentes e uma sobrecarga para a sociedade (WHO, 1999b; Costa & Santos, 2014). O envelhecimento é ainda associado a doenças e perdas, à deterioração do corpo, ao declínio e incapacidade funcional (Schneider & Irigaray, 2008).

O grupo etário das pessoas idosas é possivelmente o mais heterogêneo dos grupos populacionais, devido não só ao vasto leque de idades das pessoas que nele fazem parte, como também pela multiplicidade de condições de saúde ou doença, que podem variar desde a ausência de patologia manifesta e autonomia completa até doença crónica e avançada com dependência total (Galvão, 2006).

É importante referir que a grande maioria das pessoas idosas é fisicamente ativa, tem capacidade para realizar as suas tarefas da vida diária, dá apoio de carácter voluntário, cuida dos seus netos ou vizinhos, participa em projetos de apoio e desempenha um papel ativo na comunidade em que está inserida (WHO, 1999b; WHO, 2008).

Envelhecer com saúde, autonomia e independência por mais tempo possível é, hoje em dia, um desafio tanto de responsabilidade individual como coletiva (Direção Geral de Saúde [DGS], 2004). Deste modo, é necessário o desenvolvimento de ações preventivas e promotoras de saúde que elevem a expectativa de vida ativa e promovam a qualidade de vida (Galvão, 2006).

2.1.2 Envelhecimento Demográfico

Atualmente, a nível mundial, verifica-se um rápido crescimento da população idosa (Veras, 2009). Este fenómeno de envelhecimento populacional representa um dos maiores desafios da sociedade atual (Martin, Santinha, Rito & Almeida, 2012).

O envelhecimento demográfico consiste no aumento da proporção das pessoas idosas na população total, como resultado da diminuição da população jovem, e/ou diminuição da população em idade ativa (INE, 2002). Esta tendência

demográfica ocorre como consequência do aumento da esperança média de vida à nascença, da diminuição acentuada da fecundidade e mortalidade infantil, do aumento da emigração e do envelhecimento da população (INE, 2014).

A nível mundial, a proporção de pessoas com 60 e mais anos de idade aumentou significativamente, passando de 9,2% em 1990 para 11,7% em 2013, podendo atingir os 22% em 2050 (INE, 2015; WHO, 2011).

A estrutura populacional da União Europeia (UE) está a tornar-se, na globalidade, cada vez mais envelhecida: em 2010, mais de 87 milhões de pessoas tinham 65 anos ou mais, o que corresponde a 17,4% da população, comparativamente com 59,3 milhões, em 1985 (Ferreira, 2012). Em 2013, a proporção de pessoas com 65 e mais anos era 18,5% na UE 28 (INE, 2015). O índice de envelhecimento, que traduz a relação entre o número de idosos e o número de jovens, para a UE 28, em 2013, era de 119 idosos por cada 100 jovens (INE, 2015).

À semelhança dos outros países europeus, Portugal também apresenta sinais característicos do envelhecimento da população. As pirâmides etárias demonstram a acentuada queda de fecundidade e o significativo aumento da esperança média de vida (Carrilho & Craveiro, 2015). A base da pirâmide, que corresponde à população mais jovem, diminuiu e o seu topo, que representa a população mais idosa, alargou-se (INE, 2014).

Portugal é o quarto país da UE 28¹ com maior proporção de idosos e o quinto com o índice de envelhecimento mais elevado (INE, 2015). Foi em 2000 que o número de idosos ultrapassou o número de jovens pela primeira vez em Portugal (INE, 2015). A população residente em Portugal, em 2014, era constituída por 14,4% de jovens, 65,3% de pessoas em idade ativa e 20,3% de idosos (INE, 2015). As alterações na estrutura etária resultam no aumento do índice de envelhecimento: por cada 100 jovens, em Portugal, residiam 141 pessoas idosas, em 2014 (136 em 2013) (INE, 2015).

A esperança média de vida à nascença da população residente em Portugal aumentou três anos no decorrer da última década, mais 2,58 anos para as mulheres e 3,36 anos para os homens, quando comparados com os valores estimados para

¹União Europeia (28 Estados Membros)

o período 2001-2003 (80,21 e 73,55 anos para mulheres e homens, respetivamente) (INE, 2014).

2.1.3 Envelhecimento Ativo

Em resposta ao claro envelhecimento da população, tem vindo a ser defendida a promoção do EA (Marques, Batista & Silva, 2012).

O EA é, nos dias de hoje, um conceito científico complexo, multidisciplinar e um evidente objetivo político (Ribeiro, 2012).

A Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) descreve o EA como *“a capacidade das pessoas que avançam em idade levarem uma vida produtiva na sociedade e na economia. Isto significa que as pessoas podem, elas próprias, determinar a forma como repartem o tempo de vida entre atividades de aprendizagem, de trabalho, de lazer e de cuidados aos outros.”* (OCDE, 1998: 92).

No final da década de 90, a OMS define o EA como um processo de *“otimização de oportunidades de saúde, participação e segurança visando melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem”* (WHO, 2002: 12). Neste conceito, é evidente a relação entre as oportunidades de saúde e a qualidade de vida alcançada pelas pessoas idosas ao longo do seu processo de envelhecimento (Ribeiro, 2012). O principal objetivo do EA é o aumento da expectativa de vida saudável e da qualidade de vida das pessoas à medida que envelhecem (Hirai, Kondo & Kawachi, 2012).

A promoção do EA assenta em três pilares fundamentais: saúde, participação e segurança (WHO, 2002). A saúde baseia-se na perceção pessoal de saúde e em diagnósticos médicos; a participação é marcada pelas relações estabelecidas entre os distintos subsistemas institucionais (família, grupos de pares e exercício da cidadania); por último segue-se a segurança, que engloba situações relacionadas com o planeamento urbano, espaços privados e a violência nas comunidades (Ribeiro & Paúl, 2011).

O EA resulta de um conjunto de diversos determinantes, cuja interação permite identificar, não só as capacidades pessoais que estão em risco, como aquelas que permitem envelhecer ativamente (Paúl, Ribeiro & Teixeira, 2012). Os determinantes que influenciam o EA são: económicos (rendimentos, proteção

social e oportunidades de emprego); serviços de saúde e sociais (promoção de saúde e prevenção de doenças); comportamentais (estilos de vida saudáveis e participação ativa no cuidado da sua saúde); pessoais (fatores biológicos, genéticos e psicológicos); relativo ao ambiente físico (ambiente físico, casa e vizinhança segura, quedas, água limpa, ar puro e alimentos seguros); e relativo ao ambiente social (apoio social, prevenção de situações de violência e abuso e educação e literacia) (WHO, 2002). A cultura e o género são considerados determinantes transversais. As tradições e os valores culturais têm uma forte influência no modo como a sociedade entende as pessoas idosas e o processo de envelhecimento (WHO, 2002). Envelhecer enquanto indivíduo do género feminino ou masculino tem influência nos estados de saúde ou doença, na autonomia, na ausência ou não de dependência e na capacidade de participação da pessoa idosa na comunidade (WHO, 2002).

Mais recentemente, em 2012, o Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e Solidariedade entre Gerações trouxe uma nova abordagem a este paradigma: EA significa envelhecer com saúde como membro de pleno direito na comunidade, sentir-se satisfeito e realizado em relação ao emprego, ser independente nas AVD e cidadão ativo na sociedade (Foster & Walker, 2014; Zaide, 2012).

De um modo geral, o EA aplica-se a todos os grupos populacionais. Possibilita que as pessoas percebam o seu potencial para o bem-estar físico, mental e social, e participem na sociedade tendo em conta as suas ambições, necessidades e capacidades, fornecendo-lhes proteção adequada, segurança e cuidados quando necessitarem de assistência (WHO, 2002).

Ao longo dos últimos anos, tem-se vindo a verificar um forte investimento em políticas e ações de promoção do envelhecimento ativo. No entanto, em inúmeras situações, apenas a institucionalização parece conseguir dar resposta às necessidades da pessoa idosa.

2.2 INSTITUCIONALIZAÇÃO

Com o envelhecimento progressivo da população, torna-se imperativo a promoção do bem-estar físico, mental e social das pessoas idosas (Henry, Gandy & Varakamin, 2001).

Segundo a Segurança Social (2016) existem seis tipos de respostas sociais que têm como objetivos a integração social e promoção da saúde e autonomia da pessoa idosa, nomeadamente: o serviço de apoio domiciliário; centros de convívio; centros de noite; o acolhimento familiar; estruturas residenciais para pessoas idosas (ERPI) e centros de dia. O serviço de apoio domiciliário é uma resposta social que visa prestar cuidados e serviços ao domicílio a famílias e pessoas idosas que se encontrem em situação de dependência física e/ou psíquica e que não possam assegurar, temporária ou permanentemente, a realização das suas atividades básicas de vida diária (ABVD) e/ou atividades instrumentais de vida diária (AIVD). O centro de convívio dinamiza e organiza atividades recreativas, culturais e sociais direcionadas a pessoas idosas residentes numa determinada comunidade. O centro de noite é uma resposta social que oferece acolhimento noturno a pessoas idosas autónomas que, durante o dia permanecem no seu domicílio e à noite necessitam de acompanhamento devido a situações de isolamento, solidão e insegurança. O acolhimento familiar tem como objetivo integrar, temporária ou permanentemente, pessoas idosas em famílias com capacidades para lhes assegurar um ambiente estável e seguro. As ERPI são uma resposta social que visa o alojamento coletivo, de utilização temporária ou permanente, para pessoas idosas. A resposta social de centro de dia presta um conjunto de serviços que contribuem para a manutenção das pessoas idosas no seu meio social, tendo em vista a promoção da sua autonomia e a prevenção de situações de dependência ou o seu agravamento.

Muitas vezes, o recurso à institucionalização é o único modo de prestar apoio, assegurando níveis de bem-estar que favoreçam a inserção socioeconómica e influenciem a qualidade de vida das pessoas idosas que vivem sós.

Neste estudo considerou-se pessoa institucionalizada aquela que vive 24 horas por dia numa instituição ou passa parte dele entregue aos cuidados de uma (Pereira, 2012).

No decorrer dos últimos anos, o número de pessoas idosas institucionalizadas tem vindo a aumentar, quer em ERPI como também o número de utentes em centro de dia ou casas de repouso (Carvalho, Pinto & Mota, 2007). Em Portugal, 33% institucionalizados em estabelecimentos da segurança social

são pessoas idosas, especificamente 12% em ERPI, 11% em apoio domiciliário e 10% em centro de dia (Carvalho et al., 2007).

A institucionalização depende de fatores culturais, grau de suporte familiar e disponibilidade de serviços de apoio alternativos (Duca, Silva, Thumé, Santos & Hallal, 2012).

A presença de declínio cognitivo, doenças crónico-degenerativas e o *burnout* dos prestadores informais de cuidados estão entre os fatores de risco mais frequentes que levam à institucionalização da pessoa idosa (Medeiros, 2012). Além dos fatores acima mencionados, existem outros que contribuem para o processo de institucionalização, tais como: pobreza e viuvez; falta de condições habitacionais e de recursos; incapacidade de cuidar; suporte social precário; abandono familiar; dificuldade em encontrar um cuidador; e dependência para realizar as AVD (Marin, Miranda, Fabbri, Tinelli & Storniolo, 2012).

Quando a pessoa idosa é institucionalizada em ERPI, independentemente do motivo, as perdas que sente são imensas. Esta sente dificuldade em lidar com a perda de *status* e de papéis sociais que foi desempenhando ao longo da sua vida (Carmo, Rangel, Ribeiro & Araújo, 2012). Se por um lado a institucionalização é vantajosa, porque proporciona assistência na realização das AVD, acesso a cuidados de saúde, alimentação e habitação, por outro lado pode levar a um enfraquecimento ou perda dos laços afetivos, familiares e sociais (Jesus, Sena, Meira, Gonçalves & Alvarez, 2010). A institucionalização acarreta também uma série de prejuízos à pessoa idosa, nomeadamente: perda de autonomia e identidade; isolamento; solidão; estados depressivos; inatividade física e mental; aumento da morbilidade e mortalidade; e, conseqüentemente, diminuição da qualidade de vida (Jesus et al, 2010; Marin et al., 2012; Luppa et al., 2010).

Frequentemente, pessoas idosas são institucionalizadas em ERPI ainda com um grau de autonomia elevado. A mudança ambiental a que são submetidas, resultante do processo de institucionalização, leva a que a pessoa idosa enfrente uma realidade totalmente nova e com a qual pode não estar apta para lidar (Carvalho & Dias, 2011). Segundo Lemos (2005 cit. in Carvalho & Dias, 2011), quanto maior for o tempo de institucionalização maior é a debilidade da pessoa idosa, como conseqüência do seu isolamento social e inatividade física. Medeiros

(2012) acrescenta ainda que a institucionalização acentua a velocidade das perdas funcionais da pessoa idosa, levando assim ao declínio das suas capacidades físicas e cognitivas.

Com base no referido anteriormente, pode-se verificar que a institucionalização em ERPI, aparentemente, conduz ao declínio funcional. Por este motivo, importa ter em consideração a existência de outras respostas que promovam intervenções que evitem o seu retrocesso e garantam pelo menos a manutenção da funcionalidade da pessoa idosa, nomeadamente o centro de dia.

A Segurança Social (2016) nomeia os seguintes objetivos do centro de dia:

- Garantir a prestação de serviços e cuidados adequados à satisfação das necessidades e expectativas da pessoa idosa;
- Promover a autonomia e prevenir situações de dependência;
- Fomentar as relações pessoais e entre as gerações;
- Facilitar a permanência da pessoa idosa no seu meio familiar;
- Criar estratégias de promoção da autonomia, autoestima e funcionalidade da pessoa idosa;
- Prevenir ou atrasar a necessidade de institucionalização em ERPI.

O centro de dia procura inverter a lógica de que a institucionalização em ERPI é a única resposta social existente (Segurança Social, 2014). Para além de assegurar as necessidades de supervisão e monitorização ao nível da saúde, integração e acompanhamento emocional e alívio dos prestadores de cuidados informais a um custo mais baixo, o centro de dia permite ainda que a pessoa idosa permaneça, o maior tempo possível, no seu meio habitual de vida (Benet, 2003).

2.3 FUNCIONALIDADE

A OMS, em 2001, aprovou um novo sistema de classificação que visa melhorar a compreensão da funcionalidade e incapacidade humana: a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) (Sampaio et al., 2005). A CIF, para além de classificar os domínios da saúde e os domínios relacionados com a saúde, tem como principal objetivo estabelecer uma linguagem unificada e padronizada para descrever o estado funcional associado às condições de saúde dos indivíduos, através de um quadro conceptual

universalmente aceite (Organização Mundial de Saúde [OMS], 2004; Alves, Leite & Machado, 2008; Garin et al., 2010).

A CIF reflete a transição de uma abordagem que tem por base as consequências das doenças para uma abordagem que privilegia a funcionalidade como uma componente da saúde e considera o ambiente como uma variável importante no desempenho de ações e tarefas (Sampaio et al., 2005). É adotada uma abordagem biopsicossocial que demonstra a integração das várias dimensões da saúde (biológica, individual e social) (Sampaio & Luz, 2009). Neste novo modelo, a funcionalidade e incapacidade humanas são compreendidas como uma interação dinâmica entre os estados de saúde (doenças, lesões, traumas e distúrbios) e os fatores do contexto (fatores pessoais e ambientais) (Lopes et al., 2013). A CIF veio também realçar o papel dos fatores ambientais na funcionalidade. Aqui os fatores ambientais interagem com todos os componentes da funcionalidade e da incapacidade e assumem um papel de facilitador ou limitador das características do mundo físico, social e atitudinal (OMS, 2004).

Segundo a CIF, “*A Funcionalidade é um termo que engloba todas as funções do corpo, atividades e participação; de maneira similar, incapacidade é um termo que inclui deficiências, limitação da atividade ou restrição na participação*” (OMS, 2004: 7).

Tendo em conta a sua elevada importância, de seguida, serão definidos os principais termos e conceitos que estão diretamente relacionados com a funcionalidade e incapacidade humana, de acordo com a CIF (OMS, 2004: 13):

- *Funções do Corpo* – funções fisiológicas dos sistemas corporais, incluindo, também, as funções psicológicas;
- *Estruturas do Corpo* – partes anatómicas do corpo, como órgãos, membros e seus componentes;
- *Atividade* – execução de uma tarefa por um indivíduo; representa a perspetiva individual da funcionalidade;
- *Participação* – envolvimento em uma situação da vida, isto é, a perspetiva social da funcionalidade humana;
- *Deficiências* – desvios ou perdas da estrutura e/ou da função;

- *Limitações da Atividade* – dificuldades que um indivíduo pode ter na execução de atividades;
- *Restrições de Participação* – dificuldades em desempenhar papéis socialmente esperados.

De modo a determinar a existência de desvios nas estruturas anatômicas, funções fisiológicas e psicológicas dos indivíduos, de acordo com o modelo considerado padrão, são avaliadas as funções e estruturas do corpo (OMS, 2004). As atividades e participação, que podem ser influenciadas pelas componentes referidas anteriormente, são avaliadas através da capacidade (aptidão de um indivíduo para executar uma tarefa ação) e do desempenho (o que o indivíduo faz no seu ambiente de vida habitual) (OMS, 2004).

Para além da definição de funcionalidade proposta pela CIF, existem outras formas de a classificar. De acordo com Clark (1989 cit. in Ferreira, Barbosa, Gobbi, & Arantes, 2008), funcionalidade descreve-se como a capacidade que um indivíduo tem para realizar as suas AVD ou mesmo atividades inesperadas, de modo seguro, eficiente e sem cansaço excessivo. Segundo Maciel (2010: 1025), a funcionalidade pode ser definida como “ (...) *a capacidade da pessoa desempenhar determinadas atividades ou funções, utilizando-se de habilidades diversas para a realização de interações sociais, em suas atividades de lazer e em outros comportamentos requeridos em seu dia-a-dia*”.

Entende-se como AVD as ABVD e as AIVD. As ABVD estão diretamente relacionadas com o autocuidado e incluem atividades como alimentar-se, tomar banho, vestir-se, mobilizar-se, entre outras (Duarte, Andrade & Lebrão, 2006). As AIVD descreverem a capacidade que os indivíduos têm para levar uma vida independente dentro da comunidade, em que se inserem, e incluem ainda a sua capacidade para preparar refeições, utilizar transportes, fazer compras, utilizar telefone, gerir as próprias finanças e administrar a sua medicação (Duarte et al., 2006).

A avaliação funcional da pessoa idosa é uma medida do impacto que as condições de saúde têm no seu dia-a-dia (OMS, 2004). Facilita a identificação dos fatores que predispõem à diminuição da funcionalidade o que, por sua vez, ajuda os profissionais de saúde a desenvolver medidas de prevenção e intervenção

potencialmente mais eficazes (Leite, 2011). Existem duas abordagens principais na avaliação da funcionalidade: a avaliação subjetiva, e a avaliação objetiva. A primeira inclui geralmente o uso de instrumentos de autorrelato (questionários) preenchidos pelo indivíduo, por um familiar ou por um profissional de saúde e corresponde à avaliação da percepção que a pessoa tem da sua funcionalidade (funcionalidade percebida) (Paixão & Reichenheim, 2005). A segunda é geralmente avaliada através de testes físicos, os quais implicam a realização de uma ou mais atividades, cuja *performance* é quantificada, por exemplo através da medição do tempo que a pessoa idosa demora a executar essa mesma atividade (*performance*) (Paixão & Reichenheim, 2005).

Considera-se que a funcionalidade percebida e a *performance* dizem respeito a aspetos distintos, mas complementares da funcionalidade. A sua utilização em simultâneo fornece uma perspetiva mais abrangente da funcionalidade da pessoa idosa e permite fazer uma previsão mais precisa sobre a probabilidade futura de um conjunto de eventos adversos, tais como: declínio funcional, hospitalização e risco de queda (Latham et al., 2008).

2.3.1 Funcionalidade Percebida

Como referido anteriormente, a avaliação da funcionalidade percebida visa captar a percepção que os indivíduos têm sobre a sua capacidade para realizar uma variedade de AVD, por meio de uma série de escalas que aferem os principais componentes a serem avaliados (Latham et al., 2008; Paixão & Reichenheim, 2005). A sua grande vantagem reside na possibilidade de avaliar vários domínios da funcionalidade utilizando um único instrumento de medida (Silva, Queirós, Sa-Couto & Rocha, 2015). Normalmente, esta é a abordagem mais utilizadas em investigações que envolvem pessoas idosas devido à sua fácil aplicabilidade, rapidez e baixo custo (Sayers et al., 2004). Contudo, vários estudos mencionam que este tipo de avaliação é suscetível de ser influenciado por inúmeros fatores, os quais podem afetar a capacidade da pessoa para responder com precisão ou influenciar as respostas, tais como: défices cognitivos e de memória, atitudes, preferências culturais, expectativas e crenças (Silva et al, 2015; Goldman, Gleit, Rosero-Bixby, Chiou & Weinstein, 2014). Entre as vantagens da funcionalidade

percebida, encontra-se a referência à interação da pessoa idosa com o seu ambiente imediato e constrangimentos associados (Goldman et al., 2014).

Têm sido desenvolvidos vários instrumentos de medida que permitem avaliar a funcionalidade percebida. Paixão & Reichenheim (2005) realizaram uma revisão sistemática sobre instrumentos de avaliação da funcionalidade percebida das pessoas idosas. Segundo os mesmos autores, para a avaliação das ABVD, os instrumentos mais utilizados são o *Barthel Index of Activities of Daily Living* e o *Katz Index of Independence in Activities of Daily Living*. Para avaliar as AIVD são usados o Questionário de Avaliação de Saúde (*The Health Assessment Questionnaire*), o Questionário de Independência Funcional (*The Functional Independence Measure*) e o *Functional Status Index*.

Com a elaboração do modelo conceptual da CIF, a OMS desenvolveu o *World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0* (WHODAS 2.0) (Garin et al., 2010). Este instrumento tem como principal objetivo avaliar a incapacidade como consequência da doença e da interação da pessoa com o ambiente (Üstün et al., 2010). O WHODAS 2.0 foi desenhado para avaliar a funcionalidade do indivíduo em 6 domínios diferentes de atividade: (1) Cognição; (2) Mobilidade; (3) Autocuidado; (4) Relações Interpessoais; (5) Atividades Diárias; e (6) Participação (Silva et al., 2013b). Em cada domínio, as questões são respondidas apontando o nível de dificuldade que a pessoa sente na realização das várias atividades. O grau de dificuldade é categorizado, numa escala ordinal de cinco níveis, e a pessoa tem que considerar como período temporal de referência para as suas respostas os últimos 30 dias (Moreira, Alvarelhão, Silva, Costa & Queirós, 2015). A utilização do WHODAS 2.0 mostra ser vantajosa relativamente a outros instrumentos de medida, em particular, porque permite uma abordagem fácil e rápida da incapacidade, facilitando assim a compreensão da funcionalidade associada aos sinais e sintomas de uma doença (Üstün et al., 2010). Além disso, possui boas propriedades psicométricas quer a nível da consistência interna ($\alpha=0,86$) quer a nível de concordância (ICC = 0,77) (Moreira et al., 2015).

2.3.2 Performance

Para avaliar a *performance*, o indivíduo é convidado a executar uma tarefa específica que é avaliada de forma padronizada, usando critérios pré-determinados

(Stratford, Kennedy, Pagura & Gollish, 2003). Estas tarefas, geralmente, envolvem a realização de exercícios de força básica, equilíbrio ou mobilidade (Latham et al., 2008). A avaliação da *performance*, além de ser mais sensível à diminuição precoce da capacidade funcional é ainda um melhor preditor (comparativamente à funcionalidade percebida) da perda de mobilidade, de quedas e do aumento do risco de institucionalização (Vasunilashorn et al., 2009; Volpato et al., 2011). Também é considerada fundamental no planeamento, avaliação e comparação da eficácia de intervenções que usam medidas de desempenho como resultados (Perera, Mody, Woodman & Studenski, 2006). A sua grande desvantagem é que as tarefas avaliadas não refletem, obrigatoriamente, aspetos significativos do funcionamento do dia-a-dia, pois compreendem exercícios isolados realizados num ambiente artificial (Myers, Holliday, Harvey & Hutchinson, 1993; Stratford et al., 2003). A maioria dos testes de *performance* é demorada, necessita de equipamentos especiais e espaço, e exige, dos inquiridos, algum esforço para a sua realização (Goldman et al., 2014).

Os testes físicos de *performance* podem oferecer vantagens sobre o autorrelato uma vez que não são influenciados pela cultura, linguagem e nível educacional dos indivíduos (Merrill, Seeman, Kasl & Berkman, 1997).

Um dos instrumentos de avaliação da *performance* mais utilizado é a *Short Physical Performance Battery* (SPPB), proposta por Guralnik et al. (1994). Este é um instrumento de avaliação da capacidade física dos membros inferiores, que inclui 3 testes (equilíbrio, marcha e levantar e sentar de uma cadeira) (Marchom, Cordeiro & Nakano, 2008). A SPPB combina dados relativos ao equilíbrio estático em pé, à velocidade da marcha em passo normal (medida em dois tempos) e à força muscular estimada, medida indiretamente, por meio do movimento de sentar e levantar de uma cadeira (Guralnik et al. 1994). Trata-se de um teste de baixo custo, passível de ser aplicado por uma só pessoa, num espaço físico reduzido (Marchom et al., 2008).

O teste da velocidade de marcha tem sido utilizado como indicador preditivo do risco de quedas, fragilidade e institucionalização da pessoa idosa (Novaes, Miranda & Dourado, 2011). Este teste pode ser usado de forma isolada. É um teste simples e rápido, que não necessita de equipamentos sofisticados, apenas são

necessários um cronómetro e fita métrica para demarcar o percurso (Novaes et al., 2011). O teste de velocidade da marcha consiste em solicitar ao indivíduo para caminhar em velocidade normal e em superfície plana por uma distância pré-determinada (Abreu & Caldas, 2008). Este teste possui uma excelente fiabilidade inter-observador (ICC= 0,93) e fiabilidade teste-reteste (ICC=0,89) (Guralnik, Ferrucci, Simonsick, Salive & Wallace, 1995).

Um outro teste muito utilizado para avaliar a agilidade e o equilíbrio dinâmico do indivíduo é o *Timed Up & Go test* (TUG). O TUG avalia a mobilidade e o equilíbrio funcional, e é um excelente preditor do risco de quedas (Karuca, Sival & Navega, 2011). Este teste estima o tempo que o indivíduo demora a levantar-se de uma cadeira, caminhar três metros, contornar um cone, caminhar os três metros no sentido contrário e sentar-se novamente na cadeira, o mais rápido que conseguir (Ries et al., 2005). De ponto de vista psicométrico este teste possui uma fiabilidade inter-observador excelente (ICC=0,99) (Norén, Bogren, Bolin & Stenstrom, 2001).

O teste do levantar e sentar avalia o equilíbrio, a mobilidade funcional e a força dos membros inferiores do indivíduo, necessários ao desempenho de várias AVD e à prevenção do risco de quedas. (Goldberg et al., 2012; Rikli, 2002). É um teste simples que avalia o tempo que o indivíduo demora a levantar e sentar-se numa cadeira cinco vezes sem parar, o mais rapidamente possível, sem a ajuda dos membros superiores (Goldman et al., 2014). O teste do levantar e sentar apresenta excelentes propriedades psicométricas ao nível de fiabilidade inter-observador (ICC=0,89) e fiabilidade teste-reteste (ICC entre 0,93 e 0,99) (Guralnik et al., 1995).

A avaliação da *performance* do membro superior é, frequentemente, realizada através da avaliação da força de preensão palmar. A força de preensão palmar é percebida como um indicador geral de força e potência muscular, que fornece uma aproximação da força muscular global (Dias, Ovando, Kulkamp & Junior, 2010; Alencar, Dias, Figueiredo & Dias, 2012). A avaliação da força de preensão palmar é importante para comparar a eficácia de vários procedimentos cirúrgicos e terapêuticos, definir metas de tratamento e avaliar a capacidade do indivíduo na realização de atividades funcionais (Figueiredo, Sampaio, Mancini, Silva & Souza, 2007).

Esta medida tem sido estudada, principalmente, através da medição da força isométrica máxima que pode ser aplicada sobre um dinamómetro (Rebelatto, Castro & Chan, 2007). O dinamómetro é um instrumento de fácil aplicação que apresenta uma leitura rápida e eficaz (Reis, 2011). Este possui duas alças paralelas, uma encontra-se fixa e a outra móvel, podendo ser regulada em cinco níveis (para se ajustar ao tamanho da mão do paciente) (Reis, 2011).

Segundo o protocolo de *Southampton*, para avaliar a força de preensão, o indivíduo deve estar sentado confortavelmente numa cadeira com apoio de costas e braços, com os pés apoiados no chão, o antebraço apoiado no braço da cadeira e o pulso sobre a sua extremidade com o polegar em abdução (virado para cima) (Roberts et al., 2011). Em adição, a *American Society of Hand Therapists* recomenda que o indivíduo mantenha o seu ombro posicionado em adução, o cotovelo a 90º de flexão, o antebraço em meia pronação e punho neutro (Roberts et al., 2011). De seguida, é pedido ao participante que faça o máximo de força, no dinamómetro, que conseguir (Roberts et al., 2011).

Num estudo realizado por Peolsson, Hedlund & Oberg (2001) pode-se verificar que o dinamómetro possui excelentes propriedades psicométricas, nomeadamente ao nível da fiabilidade inter-observador (ICC entre 0,87-0,97) (Peolsson, Hedlund & Oberg, 2001).

2.4 DETERMINANTES DA FUNCIONALIDADE NA PESSOA IDOSA

A sociedade atual tem vindo a experienciar um processo de envelhecimento populacional e de aumento da longevidade da população. O aumento do número de pessoas idosas gerou uma alteração no padrão de morbilidade e de causas de morte da população (Alves et al., 2008). Segundo os mesmos autores, as doenças crónicas e as suas complicações vieram substituir a causa de morte por doenças infetocontagiosas, ou seja, apesar das pessoas idosas viverem mais tempo experimentam um maior número de condições crónicas que conduzem ao aumento da prevalência de incapacidade funcional.

A perda de capacidade funcional na pessoa idosa acarreta várias implicações tanto na vida do próprio como na sua família, comunidade e sistema de saúde, visto que a incapacidade ocasiona maior vulnerabilidade e dependência,

contribuindo assim para a diminuição da sua qualidade de vida e bem-estar (Alves et al., 2008). Segundo Reis & Torres (2010) a perda de capacidade funcional está associada a um aumento do risco de institucionalização, dependência, quedas e morbidade, que implicam uma maior necessidade de cuidados que importam vários custos para a pessoa idosa, sua família e serviços de saúde.

Rosa et al. (2003) afirma que as intervenções genéricas nas incapacidades são menos eficientes quando comparadas com ações preventivas, direcionadas especificamente às doenças e incapacidades. Por conseguinte, torna-se necessário identificar e compreender, de modo mais abrangente, quais os fatores determinantes que levam à perda de capacidade funcional.

De acordo com vários estudos, a perda de capacidade funcional encontra-se associada à interação de fatores multidimensionais, dos quais se incluem: fatores psicossociais, fisiológicos, comportamentais (estilos de vida), socioeconómicos e culturais (Nunes et al., 2009; Bean et al., 2011; Rosa et al., 2003). Entre os referidos anteriormente encontram-se a idade, a atividade física, a diminuição da força de preensão, alterações da marcha e do equilíbrio, a dor ou a depressão (Bean et al., 2011). A dor e a depressão, particularmente, foram reconhecidas como dois dos principais determinantes da funcionalidade em pessoas idosas não institucionalizados (Silva et al., 2013a; Silva et al., 2014). No entanto, os fatores associados à perda de funcionalidade em pessoas idosas institucionalizadas têm sido pouco estudados. Estes dois determinantes formam entre si uma associação complexa: a dor pode gerar depressão pela sua trajetória de perdas e incapacidades e a depressão pode apresentar diferentes tipos de dor entre os seus sintomas manifestos (Marta, Baldan, Berton, Pavam & Silva, 2010).

A dor, segundo a *International Association for the Study of Pain*, define-se como “*uma experiência multidimensional desagradável, envolvendo não só um componente sensorial mas também um componente emocional, e que se associa a uma lesão tecidual concreta ou potencial, ou é descrita em função dessa lesão.*” (Associação Portuguesa Para o Estudo da Dor, n.d). Ou seja, é fenómeno subjetivo e fisiológico que afeta o indivíduo na sua globalidade, para além do sofrimento que lhe causa gera ainda sequelas psicológicas, isolamento, incapacidade e perda de qualidade de vida (DGS, 2008).

A dor pode ser descrita segundo a dimensão afetiva (componente emocional da dor e como ela é percebida), sensorial (intensidade, localização e caracterização da sensação de dor) e física (efeitos da dor na capacidade funcional e participação na sociedade) (Royal College of Physicians, 2007). A dor pode ainda ser classificada quanto à sua duração, podendo ser definida como dor aguda ou dor crônica: a dor aguda caracteriza-se por ser um sintoma limitado no tempo, que surge de forma súbita e que pode e deve ser controlado; a dor crônica é uma dor persistente que permanece para além da cura da causa que lhe deu origem, devendo ser encarada não como um sintoma mas sim como uma doença (DGS, 2013). A dor aguda e a dor crônica conduzem ao aparecimento de sintomas como: alterações nos padrões de sono, apetite e libido, irritabilidade, alterações de energia, diminuição da capacidade de concentração, restrições na capacidade para as atividades familiares, profissionais e sociais (Kreling, Cruz, & Pimenta, 2006).

Um estudo transversal realizado por Reis e Torres (2011), com uma amostra de 60 participantes com 60 ou mais anos, procurou analisar a influência da dor quanto à duração, localização e intensidade na capacidade funcional de pessoas idosas institucionalizadas. A prevalência da dor nos participantes foi de 73.3%. No que diz respeito à intensidade, 51.7% referiram ter dor intensa, com maior distribuição em participantes na faixa etária dos 75 ou mais anos (31,7%). Relativamente à localização da dor os participantes declararam sofrer mais de dor nos membros inferiores (47.7%) e na coluna (25.0%). A duração da dor variou entre os oito meses e os 25 anos. O tempo de ocorrência de dor mais frequente foi de 1 a 5 anos, com 13.6% cada. De acordo com a pontuação obtida no Índice de *Barthel*, 70% dos participantes foram classificados como dependentes. Na categoria dos 60-75 anos foi verificada dependência em duas atividades: transferência cama e cadeira (33.3%) e deambulação (28.3%). Nos participantes com idade igual ou superior a 75 anos foi observada dependência nas seguintes atividades: subir e descer escadas (33.3%); transferência cama e cadeira (33.3%), transferência para a higiene (26.7%), vestir-se (26.7%) e deambulação (25.0%). De um modo geral, os resultados obtidos revelam que a presença de dor diminui a capacidade funcional das pessoas idosas, principalmente em atividades como: banho, vestir-se, transferências, mobilidade e subir e descer escadas.

A avaliação da dor é fundamental para a criação de planos de intervenção que visam a promoção da dignidade, bem-estar e qualidade de vida da pessoa idosa com dor (Royal College of Physicians, 2007). Para avaliar a dor são utilizados instrumentos constituídos por questionários e índices que quantificam a intensidade da dor, o seu impacto nas AVD e na qualidade de vida (Martinez, Grassi & Marques, 2011). Os instrumentos para a avaliação da dor podem ser unidimensionais (analisam apenas uma característica) ou multidimensionais (examinam várias dimensões da dor) (Andrade, Pereira & Sousa, 2006). Os instrumentos unidimensionais (escala visual analógica, escala numérica e escala de faces, por exemplo) são mais vantajosos em termos de facilidade, rapidez e baixo custo, quando comparados com os multidimensionais (questionário *McGill* de dor e inventário breve de dor, por exemplo) que, por sua vez, conseguem avaliar a dor em toda a sua complexidade (intensidade, localização e qualidades afetivas e sensoriais da dor, por exemplo) (Martinez et al., 2011).

A depressão, segundo o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV), é definida tendo em conta o número de sintomas manifestados e a sua duração (Wancata & Friedrich, 2011). O DSM-IV define depressão major como a presença de cinco ou mais sintomas depressivos (descritos numa lista de nove), durante o mesmo período de duas semanas (American Psychiatric Association [APA], 1994). Dentro destes sintomas incluem-se obrigatoriamente a presença de humor deprimido na maior parte do dia (quase todos os dias) e a diminuição clara do interesse ou prazer por todas (ou quase todas) as atividades na maior parte do dia (quase todos os dias) (APA, 1994). Segundo o mesmo autor, os restantes sintomas que podem surgir aquando a depressão são: perda ou ganho significativo de peso (sem razão aparente); insónia; agitação ou inibição psicomotora; fadiga ou perda de energia; sentimentos de desvalorização ou culpa (excessiva ou inadequada); diminuição da capacidade de se concentrar, pensar ou tomar decisões; e pensamentos recorrentes sobre a morte.

Pinho, Custódio & Makdisse (2009) mencionam que a depressão está associada a inúmeros fatores de risco, dos quais se destacam: género feminino; idade; viuvez; baixo grau de escolaridade; baixo estatuto socioeconómico; baixo suporte social; isolamento; solidão; baixa perceção da qualidade de vida e

condições de saúde; presença de défices cognitivos; incapacidade funcional; presença de doenças físicas agudas e crónicas; dor; e comorbilidades.

Wancata & Friedrich (2011) referem que vários estudos têm demonstrado que a depressão é mais frequente em pessoas idosas hospitalizadas ou institucionalizadas. Um estudo sugere que 35% das pessoas idosas institucionalizadas podem sofrer de depressão (Thakur & Blazer, 2008). Um fator importante que influencia essa maior incidência de sintomas depressivos é a perda de laços familiares e afetivos, que causam situações de solidão, isolamento e sentimentos de abandono (Oliveira, Santos & Pavarini, 2013).

A depressão pode ser considerada como sendo a principal causa de incapacidade (WHO, 2001). A depressão quando diagnosticada em pessoas idosas é frequentemente associada à incapacidade e conseqüente perda de capacidade funcional nas AVD, que aumenta o risco de hospitalização e institucionalização, diminuição da qualidade de vida e aumento de comorbilidades (Valcarenghi et al., 2011).

Ao longo dos anos, foram desenvolvidos vários instrumentos de avaliação da depressão que têm como principal objetivo o seu despiste e diagnóstico. De acordo com a revisão de Tison (2000), existem cerca de 43 escalas de avaliação da depressão. Para o autor, do total referido anteriormente, apenas três escalas são de especial interesse na avaliação da depressão em pessoas idosas, nomeadamente a *Montgomery and Asberg Depression Rating Scale*, a *Hamilton Depression Rating Scale* e a *Geriatric Depression Scale* (GDS), que vai ser empregue no estudo que se apresenta.

Yesavage et al., em 1983, criou a GDS devido à falta de um instrumento de diagnóstico que permitiria distinguir um indivíduo com depressão de um com outras patologias de sintomatologia semelhante (particularmente direcionados para a população idosa). Esta escala foi desenvolvida segundo os aspetos cognitivos e comportamentais da depressão e é utilizada como medida de despiste da depressão em pessoas idosas (Segulin & Deponete, 2007). A GDS é uma escala de avaliação breve, constituída por 30 itens, que exploram o modo como o indivíduo se sente, e de resposta sim ou não (Yesavage et al., 1983). A sua pontuação pode variar de 0 a 10 (normal), de 11 a 20 (depressão leve) e de 21 a 30 (depressão

grave) (Kurlowicz & Greenberg, 2007). A GDS-30, quando avaliada em relação aos critérios de diagnóstico, possui uma sensibilidade de 92% e uma especificidade de 89% (Kurlowicz & Greenberg, 2007). Em 1986, Sheikh e Yesavage criaram a versão de 15 itens com base nos itens que melhor se correlacionavam com o diagnóstico de depressão. (Greenberg, 2007). Esta versão mais reduzida possui uma sensibilidade de 92,7% e uma especificidade de 65,2 % (Almeida & Almeida, 1999).

Considerando o impacto que a dor e a depressão apresentam na funcionalidade da população idosa não institucionalizada e a falta de dados relativamente à população idosa institucionalizada em Portugal, torna-se relevante estudar quais são os fatores responsáveis pela diminuição da capacidade funcional das pessoas idosas neste contexto. Só assim se conseguem criar planos de intervenção adequados, com impacto positivo na vida das pessoas idosas que estão institucionalizadas, capazes de manter a sua capacidade funcional e qualidade de vida. Assim, este estudo ganha ainda mais importância uma vez que explora a associação entre funcionalidade, dor e depressão em pessoas idosas institucionalizadas, i.e., tem como objetivo geral: explorar a associação entre a funcionalidade (percebida e *performance*) e a dor e entre a funcionalidade (percebida e *performance*) e a depressão em pessoas idosas utentes da resposta social de centro de dia. De forma a atingir este objetivo geral, foram delineados os seguintes objetivos específicos:

- Caracterizar a dor e a depressão em pessoas idosas utentes em centro de dia;
- Caracterizar a funcionalidade percebida e a *performance* em pessoas idosas utentes em centro de dia;

3. METODOLOGIA

Neste capítulo serão descritos, de forma detalhada, os objetivos, a amostra, os procedimentos realizados, os instrumentos de avaliação utilizados no momento da recolha de dados e os procedimentos de análise de dados.

3.1 DELIMITAÇÃO DO ESTUDO

Realizada a revisão da literatura, verificou-se que são escassos os estudos sobre a avaliação dos fatores associados à diminuição da funcionalidade em pessoas idosas utentes de centro de dia.

3.2 DESENHO DO ESTUDO

Este estudo é de natureza quantitativa, do tipo transversal descritivo.

Segundo Fortin (1999), o método de investigação quantitativa é um processo sistemático de recolha de dados observáveis e quantificáveis. Trata-se de um estudo transversal porque as recolhas de dados foram realizadas num único momento e descritivo porque se pretendeu descrever fenómenos e verificar a existência de relações entre variáveis.

3.3 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS:

Este estudo foi aprovado pelo Comité de Ética do Departamento de Ciências Sociais e Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

Os participantes foram informados dos objetivos e procedimentos que o estudo envolvia por escrito através de uma folha de informações (ANEXO I) e oralmente. Todos os participantes que aceitaram participar, assinaram o consentimento informado (ANEXO II) antes da recolha de dados e, para respeitar a confidencialidade e anonimato dos dados, a informação recolhida foi codificada e separada dos consentimentos informados.

A disponibilidade de cada participante foi respeitada, pelo que não houve qualquer interferência nos horários das suas atividades.

3.4 AMOSTRA

Foi utilizada neste estudo uma amostra não probabilística por conveniência, constituída por utentes de centro de dia. Para serem incluídos no estudo estes tinham que obter uma pontuação igual ou inferior a quatro na versão portuguesa do *Short Portable Mental Status Questionnaire* (SPMSQ) (ANEXO III). O SPMSQ é constituído por 10 itens que visam testar a orientação, memória, as aptidões práticas e o cálculo matemático (Malhotra et al., 2013). A pontuação deste instrumento de medida considera que o número de erros cometidos pode variar entre 0 e 10 e são interpretados da seguinte forma: 0-2 erros (funcionamento cognitivo normal); 3-4 erros (défice cognitivo ligeiro); 5-7 erros (défice cognitivo moderado); e 8 ou mais erros (défice cognitivo grave) (Pfeiffer, 1975). Os participantes que conseguissem realizar marcha independente também eram incluídos. Foram excluídos do estudo, os participantes que tivessem alguma patologia que impedisse a realização dos testes físicos e/ou tivessem sido submetidos a uma cirurgia nos últimos seis meses.

Inicialmente esperava-se avaliar um total de 110 participantes. Este valor é baseado nas recomendações de Knofczynski and Mundfrom (2007), cujos cálculos indicam que para se atingir um bom nível de predição, utilizando dois preditores (dor e depressão) e antecipando um coeficiente de regressão de aproximadamente 0,2 são necessários 110 participantes. O coeficiente de regressão tem por base um estudo anterior em idosos na comunidade (Silva et al., 2014). Contudo, num total de 136 participantes utentes em 13 centros de dia da região de Aveiro, foram apenas incluídos neste estudo 102. Ao longo da recolha de dados, 18 participantes obtiveram uma pontuação superior a 4 na SPMSQ e 16 desistiram da sua participação no estudo.

3.5 PROCEDIMENTOS

Este estudo decorreu em centros de dia da região centro de Portugal. Inicialmente, os responsáveis das instituições foram contactados para tomarem conhecimento do estudo. De seguida, foi solicitada a devida autorização para a sua realização na instituição em questão. Após obtenção do parecer favorável, foi

apresentado aos potenciais participantes o estudo e os seus objetivos. A recolha de dados realizou-se entre fevereiro e abril deste ano.

3.6 RECOLHA DE INFORMAÇÃO E INSTRUMENTOS DE MEDIDA

Segue-se a descrição detalhada de todos os instrumentos de avaliação que foram utilizados na recolha de dados:

I. **Questionário de caracterização do participante (ANEXO IV):**

Elaborado com base na *checklist* da CIF, teve como objetivo a recolha de dados demográficos (idade, género, educação e estado civil) e de saúde (comorbilidades) dos participantes.

II. **Questionário da dor (ANEXO V):**

A dor do participante foi avaliada em termos de localização, número de locais com dor, intensidade, frequência e duração.

- *Body chart*. Utilizou-se para avaliar a localização da dor e o número de locais com dor. Foi solicitado aos participantes que assinalassem num manequim, representativo do corpo humano, o local ou locais onde sentiam dor (Torres & Ciconelli 2006). O *body chart* vai ao encontro das diretrizes definidas pela Royal College of Physicians (2007) sobre a avaliação da dor em pessoas idosas sendo, deste modo, um instrumento eficaz e de fácil utilização. Para a análise dos resultados, o *body chart* foi dividido em segmentos que incluíam: cabeça, cervical, ombro, braço, cotovelo, punho/mão, torácica, lombar, anca, coxa, joelho, perna e tibiotársica/pé (Wolfe et al., 1993). O número dos locais de dor foi estabelecido através da contagem dos pontos previamente assinalados no *body chart*. Este categorizou-se em: 1) um local de dor; 2) dois locais de dor; 3) três ou mais locais de dor mas não preenche o critério de dor generalizada e 4) dor generalizada (Wolfe et al., 1993). A dor generalizada define-se como dor abaixo e acima da cintura, do lado direito e esquerdo do corpo e dor no esqueleto axial (Wolfe et al., 1993).
- *Escala vertical numérica da dor*. Tem como finalidade a avaliação da intensidade da dor, que decorreu de acordo com os princípios do *Royal*

College of Physicians (2007), através de uma escala vertical numérica, que varia de 0 (sem dor) a 10 (pior dor imaginável).

- *Avaliação da frequência e duração da dor*: Consistiu em duas perguntas de resposta fechada através das quais se pretendeu identificar a frequência da dor, na última semana, e o tempo de duração da mesma. Para avaliar a frequência da dor, na semana anterior à entrevista, foi solicitado aos participantes que indicassem uma das seguintes opções: 1) raramente (uma vez por semana); 2) ocasionalmente (duas a três vezes por semana); 3) muitas vezes (mais do que três vezes por semana); e 4) sempre. A duração da dor foi avaliada e caracterizada segundo: 1) menos de seis meses; 3) mais de seis meses

III. WHODAS 2.0 (versão de 12 itens) (ANEXO VI):

O WHODAS 2.0 avalia a limitação de atividades e restrição de participação devido às condições de saúde da pessoa e à sua interação com o meio, no último mês (Üstün et al., 2010).

Quando se pretende avaliar de forma breve a funcionalidade geral do participante, a versão de 12 itens do WHODAS 2.0 é a mais vantajosa do que a versão mais longa de 36 itens e explica 81% da variância desta (Üstün et al., 2010). Este instrumento de medida foi desenvolvido para avaliar a funcionalidade percebida segundo os seis domínios da vida (cognição, mobilidade, autocuidado, relações interpessoais, atividades diárias e participação) e a sua pontuação é obtida por meio de uma escala de *Likert* de cinco níveis: 1 (nenhuma limitação) 2 (limitação ligeira) 3 (limitação moderada) 4 (limitação grave) e 5 (limitação completa/Não faz) (Üstün et al., 2010).

Para colmatar a ausência de resposta num dos itens fez-se o cálculo da média dos restantes 11 itens para atribuir uma pontuação ao item em falta, de acordo com as especificações do manual do WHODAS 2.0 (Üstün et al., 2010).

O WHODAS 2.0 versão 12 itens foi adaptado cultural e linguisticamente para o português de Portugal por Moreira et al. (2015), de acordo com orientações estabelecidas internacionalmente, numa amostra de 144 participantes. Esta versão revelou boa consistência interna ($\alpha=0,86$) e fiabilidade teste-reteste (ICC = 0,77; IC95% = 0,69-0,83) (Moreira et al, 2015).

IV. Escala de Depressão Geriátrica versão 15 itens (ANEXO VII):

Neste estudo utilizou-se a versão de 15 itens da GDS, adaptada à população portuguesa por Veríssimo (1988). Este instrumento é formado por 15 questões, com respostas de sim ou não, sobre o modo como o participante se sente no dia-a-dia. Dez itens são indicativos de depressão quando a resposta é afirmativa e cinco quando a resposta é negativa. A obtenção de valores superiores a 4 sugere depressão, sendo que: valores entre 5 e 8 indicam depressão leve, entre 9 e 11 depressão moderada e valores entre 12 e 15 depressão grave (Greenberg, 2012).

Num estudo realizado por Almeida & Almeida (1999) ao *alpha de Cronbach para a consistência interna da GDS-15* o resultado obtido foi de 0,81. Os níveis de sensibilidade e especificidade desta escala também são elevados, quer em indivíduos com mais de 65 anos, quer em indivíduos com idades compreendidas entre os 40 e os 65 anos (Weintraub, Saboem & Stern, 2007).

V. Performance do membro superior: Força de preensão (ANEXO VIII):

A avaliação da força de preensão realizou-se através de um dinamómetro hidráulico Jamar, modelo SH5001.

As medições feitas decorreram de acordo com o protocolo de Massy-Westropp, Gill, Taylor, Bohannon & Hill (2011): o participante sentou-se numa cadeira, com apoio de costas e braços, com a coluna ereta, joelhos a 90° de flexão, ombro em posição neutra, cotovelo a 90° de flexão, antebraço em posição neutra (apoiado no braço da cadeira) e punho em posição neutra. O peso do dinamómetro antes de se iniciar a avaliação foi suportado pelo avaliador (Roberts et al., 2011). De seguida, pediu-se ao participante para fazer o máximo de força que conseguisse. Foram realizadas três medições para a mão dominante e três para a mão não dominante (Massy-Westropp et al., 2011). Segundo Peolsson, et al. (2001), o dinamómetro apresenta uma adequada fiabilidade inter-observador (ICC entre 0,87 e 0,97).

VI. Performance do membro inferior (ANEXO VIII):

Na avaliação da performance do membro inferior foram realizados os seguintes testes:

- *Teste da velocidade da marcha*: Solicitou-se ao participante que caminhasse em linha reta, ao seu ritmo normal e em superfície plana, ao longo de 3 metros, enquanto se cronometrava o tempo (Novaes et al., 2011). Foi permitido ao participante utilizar, em caso de necessidade, o seu dispositivo auxiliar de marcha. Velocidades de marcha inferiores 1 m/s identificam pessoas idosas com elevado risco de agravamento da sua capacidade funcional (Cesari et al., 2005). Considera-se a fiabilidade deste teste excelente, a fiabilidade inter-observador apresenta um ICC de 0,93 e a fiabilidade teste-reteste apresenta um ICC de 0,89 (Guralnik et al., 1995).
- *Timed Up and Go (TUG)*: Avaliou-se o tempo que o participante demorou a levantar-se de uma cadeira sem ajuda dos membros superiores, caminhar três metros, contornar um cone, caminhar de volta no sentido oposto e sentar-se novamente na cadeira, o mais rápido que conseguisse (Ries et al., 2005). Bischoff et al. (2003) considera os seguintes pontos de corte: 10 segundos (pessoas idosas independentes e sem risco de quedas); 11-20 segundos (independência parcial e baixo risco de quedas); >20 segundos (défice de mobilidade física e risco de quedas). Este teste possui uma excelente fiabilidade inter-observador (ICC=0,99) (Norén et al., 2001).
- *Teste levantar e sentar da cadeira*: Avaliou-se o tempo que o participante necessita para se levantar e sentar numa cadeira cinco vezes sem parar, o mais rapidamente possível e sem a ajuda dos membros superiores (Goldman et al., 2014). Segundo Cesari & Kritchevsky (2009), tempos inferiores a 17 segundos são indicativos de uma boa *performance* e de um baixo risco de limitação funcional. A fiabilidade do teste é considerada excelente, a fiabilidade inter-observador apresenta um ICC de 0,89 e para a fiabilidade teste-reteste varia o ICC entre 0,93 e 0,99 (Guralnik et al., 1995).

A ordem dos testes de avaliação da *performance* foi intercalada com a administração dos questionários para que o participante pode-se descansar. A avaliação da força de preensão palmar foi executada três vezes. Os testes de *performance* dos membros inferiores foram efetuados duas vezes.

3.7 ANÁLISE E TRATAMENTO DE DADOS

A análise e o tratamento de dados foram efetuados utilizando o programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS).

A caracterização sociodemográfica da amostra, da dor, da depressão, da funcionalidade percebida e *performance* fez-se através de estatística descritiva (média, desvio padrão, frequências absolutas e relativas).

A relação entre a funcionalidade, a dor e a depressão foi explorada através de análise de regressão linear (método *stepwise*) para as medidas de funcionalidade percebida e para as medidas de *performance* em modelos independentes.

No modelo de regressão linear utilizaram-se como variáveis dependentes a pontuação total do WHODAS 2.0, os valores médios do teste da velocidade da marcha, do TUG, do teste levantar e sentar da cadeira e da força de preensão de ambos os membros. Como variáveis independentes foram utilizadas as variáveis: sexo, idade, educação formal, tempo de institucionalização, GDS, número de locais com dor, intensidade da dor, duração e frequência da dor. O nível de significância foi de $p < 0.05$ para todas as análises.

Foram também verificados os pressupostos da regressão linear, designadamente a normalidade dos dados, homogeneidade da variância e multicolinearidade. Esta última através da análise da matriz de correlação e dos níveis de tolerância e de influência cujos valores se encontravam dentro dos intervalos recomendados (tolerância $> 0,2$ e VIF < 10).

4. RESULTADOS

Neste capítulo são apresentados, de forma detalhada, os resultados obtidos no estudo.

4.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

A amostra deste estudo é constituída por 102 participantes, utentes de 13 centros de dia do distrito de Aveiro. Dos participantes, 64 são do sexo feminino (62.7%) e 38 do sexo masculino (37.3%). A média de idades (\pm Desvio Padrão - DP) foi de 79.4 anos (\pm 8.9), tendo variado entre um mínimo de 48 anos e um máximo de 97 (tabela 1).

Tabela 1 – Caracterização da amostra

Características	n(%)
Sexo	
Feminino	64 (62.7)
Masculino	38 (37.3)
Estado civil	
Solteiro	6 (5.9)
Casado	24 (23.5)
Separado	1 (1.0)
Divorciado	7 (6.9)
Viúvo	64 (62.7)
Educação	
Não sabe ler nem escrever	29 (28.4)
Sabe ler e escrever	33 (32.4)
4º ano de escolaridade	36 (35.3)
6º ano de escolaridade	2 (2.0)
9º ano de escolaridade	1 (1.0)
12º ano de escolaridade	1 (1.0)
Tempo de institucionalização	
<1 ano	31 (30.7)
1 ano	13 (12.9)
2 anos	12 (11.9)
3 anos	8 (7.9)
>3 anos	37 (36.6)

Na tabela 2 são apresentadas as condições de saúde referidas pelos participantes, bem como a percentagem de participantes que referiu ter sido hospitalizada no último ano.

Tabela 2 – Caracterização da saúde da amostra

Características	n(%)
Condição de Saúde	
Não existe condição médica	12 (11.8)
Hipertensão	34 (33.3)
Diabetes	28 (27.5)
<i>Artrose</i>	
Anca	28 (27.5)
Joelho	39 (38.2)
<i>Espondilartrose</i>	
Coluna cervical	7 (6.9)
Coluna dorsal	7 (6.9)
Coluna lombar	18 (17.6)
Patologia cardiovascular	27 (26.5)
Patologia respiratória	21 (20.6)
Cancro	8 (7.8)
Antecedentes traumáticos	57 (55.9)
Outra	21 (20.6)
Hospitalização	26 (25.7)

4.2 CARACTERIZAÇÃO DA DOR

Da amostra inicial (n=102), 27.5% (n=28) dos participantes mencionaram não ter sentido dor na semana prévia à entrevista, tendo os restantes 72.5% (n=74) relatado a presença de dor. Dos participantes com dor (n=74), 30.4% (n=31) referiram sentir dor em 3 ou mais locais, no entanto estes não preenchem os critérios da dor generalizada. Apenas 6.9% (n=7) dos participantes apresentaram dor generalizada. Em relação à duração da dor, 87.9% (n=65) dos participantes indicaram presença de dor há mais de 6 meses. Também cerca de 59.5% (n=44) dos participantes mencionaram que a dor estava sempre presente. A intensidade

média (\pm DP) da dor foi de 5.7 (\pm 2.2) num máximo de 10. Uma caracterização mais detalhada da dor é apresentada na tabela 3.

Tabela 3 – Caracterização da Dor

Características da dor	n(%)
Número de locais com dor	
Nenhum local com dor	28 (27.5)
1 local	18 (17.6)
2 locais	18 (17.6)
3 ou mais locais	31 (30.4)
Dor generalizada	7 (6.9)
Frequência	
Raramente (1 vez por semana)	5 (6.8)
Ocasionalmente (2 ou 3 vezes por semana)	13 (17.6)
Frequentemente (mais de 4 vezes por semana)	12 (16.2)
Sempre	44 (59.5)
Duração	
Menos de 1 mês	4 (5.4)
Mais de 1 mês e menos de 6 meses	5 (6.8)
Mais de 6 meses e menos de 1 ano	2 (2.7)
Mais de 1 ano e menos de 5 anos	19 (25.7)
Mais de 5 anos	44 (59.5)

4.3 CARACTERIZAÇÃO DA FUNCIONALIDADE PERCEBIDA

A média (\pm DP) da pontuação total do WHODAS 2.0 de 12 itens foi de 27.4 (\pm 9.0), num máximo possível de 60. Os itens S1 (Ficar de pé por longos períodos) e S7 (Andar uma distância longa) apresentaram as médias (\pm DP) mais elevadas, mostrando uma maior limitação funcional (S1=3.4 \pm 1.5; S7=3.5 \pm 1.6). Em contraste, os itens S6 (Concentrar-se e realizar uma tarefa durante 10 minutos) e S11 (Manter uma amizade) apresentaram as médias (\pm DP) mais baixas, indicando ausência de limitação funcional (S6=1.3 \pm 0.8; S11=1.2 \pm 0.6).

Os itens S2 (Tratar das suas responsabilidades) e S3 (Aprender uma nova tarefa) não foram aplicáveis a 15 e a 1 participantes, respetivamente.

A tabela 4 sumaria de forma mais detalhada os resultados obtidos para a funcionalidade percebida.

Tabela 4 – Caracterização da Funcionalidade Percebida

		Média ± DP
WHODAS S1	Ficar de pé por longos períodos, como 30 minutos	3.4 ± 1.5
WHODAS S2	Tratar das suas responsabilidades domésticas	2.8 ± 1.4
WHODAS S3	Aprender uma nova tarefa	1.9 ± 1.2
WHODAS S4	Participar em atividades da comunidade	2.8 ± 1.6
WHODAS S5	Quanto se sentiu emocionalmente afetado pela sua condição de saúde	2.9 ± 1.1
WHODAS S6	Concentrar-se a fazer algo durante 10 minutos	1.3 ± 0.8
WHODAS S7	Andar uma longa distância	3.5 ± 1.6
WHODAS S8	Lavar todo o corpo	2.4 ± 1.4
WHODAS S9	Vestir-se	2.2 ± 1.3
WHODAS S10	Lidar com pessoas que não conhece	1.6 ± 1.0
WHODAS S11	Manter uma amizade	1.2 ± 0.6
WHODAS S12	Dificuldades no seu trabalho do dia-a-dia	1.6 ± 0.9
WHODAS TOTAL		27.4 ± 9.0

4.4 CARACTERIZAÇÃO DA DEPRESSÃO

Os resultados da GDS indicam que 51.8% (n=53) dos participantes apresentam sintomas depressivos. Nota-se que 37.4% (n=28) dos participantes obteve uma pontuação entre os 5 e 8 valores (depressão leve), e 20.5% (n=21) obteve valores entre 9 e 11 (depressão moderada). Apenas 3.9% (n=4) dos participantes obteve 13 valores (depressão grave).

4.5 CARACTERIZAÇÃO DA PERFORMANCE

Para realizar os testes de *performance*, 27.4% (n=28) dos participantes necessitaram de ajuda técnica. Destes 28 participantes, 13 utilizaram bengala, 10 canadiana e 5 recorreram ao andarilho.

O teste de velocidade de marcha, o TUG e o teste do levantar e sentar da cadeira foram realizados em dois momentos. Todos os participantes (n=102) conseguiram realizar o teste de velocidade de marcha. Contudo, a realização dos restantes testes não foi possível para alguns participantes, em particular o teste do levantar e sentar não foi realizado por 45 participantes no 1º momento e por 48

participantes no 2º momento. Os valores médios obtidos nos testes de performance são apresentados na tabela 5.

Tabela 5 – Caracterização da *Performance*

		n (%)	Média ± DP
Teste velocidade de marcha (s)	<i>1º Momento</i>	102 (100)	8.5 ± 4.8
	<i>2º Momento</i>	102 (100)	7.9 ± 4.2
TUG (s)	<i>1º Momento</i>	94 (92.2)	19.4 ± 12.5
	<i>2º Momento</i>	93 (91.2)	17.6 ± 11.6
Teste do levantar- sentar da cadeira (s)	<i>1º Momento</i>	57 (55.9)	9.4 ± 9.3
	<i>2º Momento</i>	54 (52.9)	8.2 ± 8.6
Força de preensão do lado direito (Kg)	<i>1º Momento</i>	100 (98.0)	16.1 ± 7.2
	<i>2º Momento</i>	99 (97.1)	16.9 ± 8.1
	<i>3º Momento</i>	97 (95.1)	16.6 ± 8.2
Força de preensão do lado esquerdo (Kg)	<i>1º Momento</i>	98 (96.1)	15.9 ± 7.3
	<i>2º Momento</i>	98 (96.1)	16.8 ± 8.0
	<i>3º Momento</i>	97 (95.1)	16.8 ± 8.1

4.6 ASSOCIAÇÃO ENTRE A DEPRESSÃO, A DOR E A FUNCIONALIDADE PERCEBIDA

No modelo de regressão linear utilizaram-se como variáveis independentes o sexo, a idade, a educação formal, o tempo de institucionalização, a GDS, o número de locais com dor, a sua intensidade, duração e frequência. Permaneceram no modelo apenas as variáveis GDS e sexo, que explicam 40% da variância da funcionalidade percebida, sendo a GDS a variável que explica a maior percentagem (27%). A tabela 6 apresenta os resultados da análise de regressão linear para a funcionalidade percebida.

Tabela 6 – Modelo de regressão linear: Funcionalidade Percebida (WHODAS 2.0)

Modelo	Preditores	R²	R² Ajustado	β	P
1	GDS	0.27	0.26	0.52	0.00
2	GDS	0.40	0.38	0.48	0.00
	Sexo			-0.36	0.00

4.7 ASSOCIAÇÃO ENTRE A DEPRESSÃO, A DOR E A PERFORMANCE

Utilizaram-se novamente como variáveis independentes o sexo, a idade, a educação formal, o tempo de institucionalização, a GDS, o número de locais com dor, a sua intensidade, duração e frequência.

Relativamente ao teste de velocidade da marcha, apenas a variável sexo permaneceu no modelo, explicando 15% da sua variância. O sexo é também a única variável que contribui significativamente no modelo da força de prensão, explicando 33% da variância da força do membro superior direito e 23% da variância da força do membro esquerdo. Nenhuma das variáveis independentes mostrou uma associação significativa com o TUG e o teste de levantar e sentar de uma cadeira na análise de regressão linear, considerando o número elevado de participantes que não conseguiu realizar o teste de levantar e sentar de uma cadeira.

Foi, ainda, realizada uma análise de regressão logística binária (i.e., a variável dependente foi recodificada em: 0) não conseguiu fazer e i) conseguiu fazer o teste). Contudo, nenhuma variável independente contribui significativamente para explicar a variável dependente ($p > 0.05$).

A tabela 7 mostra os resultados da análise de regressão linear para a performance.

Tabela 7 – Modelo de regressão linear: *Performance*

	Modelo	Preditores	R ²	R ² Ajustado	β	ρ
Teste velocidade de marcha (velocidade)	1	Sexo	0.15	0.14	0.39	0.00
Força de prensão do lado direito	1	Sexo	0.33	0.32	0.58	0.00
Força de prensão do lado esquerdo	1	Sexo	0.23	0.22	0.49	0.00

5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O presente estudo explorou a associação entre a funcionalidade (percebida e *performance*) e a dor e entre a funcionalidade (percebida e *performance*) e a depressão em pessoas idosas utentes da resposta social de centro de dia.

Relativamente à funcionalidade percebida, verificou-se que a depressão e o sexo explicam 40% da sua variância, sendo a depressão a variável que contribui mais para o modelo (27%). Estes resultados diferem dos encontrados no estudo de Silva et al. (2013a), realizado em 204 participantes (não institucionalizados) com 50 ou mais anos com dor músculo-esquelética. Neste estudo, a dor e a depressão explicam 23% da variância da pontuação total do WHODAS 2.0 e a dor explica a maior percentagem (19%). Em ambos os estudos a percentagem de participantes que apresentam sintomas depressivos é semelhante. No estudo presente, a sua percentagem é de 51.8% e no estudo de Silva et al. (2013a) é de 48%.

No que diz respeito à *performance* do membro inferior, no estudo de Silva et al. (2014), realizado em 251 utentes dos Cuidados de Saúde Primários com idades compreendidas entre os 60 e 90 anos, as variáveis intensidade da dor, idade, nível de atividade física, educação formal e número de condições crónicas explicavam 37% da variância da *performance*, sendo que a intensidade da dor explica a maior percentagem dessa variância (18%). O presente estudo obteve resultados consideravelmente diferentes. No teste de velocidade da marcha apenas a variável sexo permaneceu no modelo, explicando 15% da sua variância. Já para o TUG e o teste do levantar e sentar da cadeira nenhuma variável contribuiu significativamente para o modelo. No estudo de Silva et al. (2014) a média de intensidade da dor foi semelhante à do estudo presente (5.67 [\pm 2.21]), no entanto, a percentagem de participantes que apresentavam sintomas depressivos era mais baixa (41.5%), o que pode explicar esta diferença de resultados.

Portanto, estes resultados parecem sugerir que os fatores associados à funcionalidade em pessoas idosas na comunidade e em pessoas idosas em centro de dia são distintos.

Quanto à *performance* do membro superior, a variável sexo explica 33% da variância da força de preensão do lado direito e 23% da variância da força do lado esquerdo. Segundo o estudo de Rojas et al. (2015) o sexo masculino apresenta

uma maior força de preensão e um declínio mais acentuado da mesma com o avançar da idade.

A prevalência da dor nos utentes em centro de dia é elevada, cerca de 72.5% (n=74) dos participantes referiram a presença de dor. Este valor é consistente com o estudo de Reis & Torres (2011) e o estudo de Azevedo, Pereira, Mendonça, Dias & Lopes (2012). Segundo o estudo de Reis & Torres (2011), que analisou a influência da dor quanto à duração, localização e intensidade na capacidade funcional de pessoas idosas institucionalizadas, a percentagem de dor apresentada foi de 73,3%. Já no estudo realizado por Azevedo et al. (2012), que avaliou a prevalência e o impacto da dor crónica na população geral portuguesa, a percentagem de dor atingiu os 65.7%.

Apesar da dor não estar presente nos modelos a sua duração, frequência e intensidade é semelhante à de estudos anteriores.

Quanto à funcionalidade percebida, os participantes obtiveram uma média (\pm DP) de pontuação total do WHODAS 2.0. de 27.4 (\pm 9.0), num máximo possível de 60. No estudo de Silva et al., (2015), em pessoas idosas utentes dos Cuidados de Saúde Primários, a média obtida foi de 19.6 (\pm 7.9), sendo ligeiramente mais baixa, o que sugere uma maior limitação funcional nas pessoas idosas institucionalizadas. No presente estudo, os itens pertencentes ao domínio da mobilidade (S1 e S7) foram os que obtiveram uma média mais elevada, apontando para uma maior limitação funcional. No estudo realizado por Silva et al. (2015), foi também no domínio da mobilidade que os participantes referiram ter maior dificuldade. Contudo, no presente estudo, o Item S2 (Tratar das suas responsabilidades) do WHODAS 2.0 versão de 12 itens não foi aplicável em 15 participantes, visto que não se conseguiram encontrar exemplos que traduzissem as tarefas apresentadas nessa questão. Isto sugere que alguns itens do WHODAS podem não ser adequados para avaliar a funcionalidade percebida em pessoas idosas institucionalizadas.

No que respeita ao teste da velocidade da marcha, as velocidades médias (\pm DP) obtidas neste estudo foram de 0.4 (\pm 0.2) m/s e de 0.5 (\pm 0.2) m/s, no primeiro e segundo momento, respetivamente. Segundo Cesari et al. (2005), resultados de velocidade da marcha inferiores a 1 m/s identificam pessoas idosas com alto risco

de incapacidade. Um estudo realizado por Studenski et al. (2003), realizado em 487 participantes com idade igual ou superior a 65 anos e procedentes de cuidados de saúde primários, apurou que velocidades de marcha inferiores a 0,60 m/s aumentam a probabilidade de declínio funcional e de deterioração da saúde. Observando a média da amostra do presente estudo pode-se entender que já existam algumas limitações funcionais nos participantes.

Segundo um estudo realizado por Bischoff et al. (2003), para o TUG resultados entre os 11 e os 20 segundos indicam independência parcial e baixo risco de quedas e resultados superiores a 20 segundos sugerem défice de mobilidade física e risco de quedas. Neste estudo corrente o tempo médio (\pm DP) obtido foi de 19.4 (\pm 12.5) segundos no primeiro momento e 17.6 (\pm 11.6) segundos no segundo, o que aponta para independência parcial ou défice de mobilidade com possível risco de quedas.

A realização do teste do levantar e sentar da cadeira não foi possível para 46% dos participantes. A sua maior exigência física, quando comparada com os restantes testes de avaliação da *performance*, pode ser a causa deste cenário.

Segundo Cesari & Kritchevsky (2009), tempos inferiores a 17 segundos para o teste do levantar e sentar são indicativos de uma boa *performance* e de um baixo risco de limitação funcional. Observando o tempo médio (\pm DP) conseguido neste estudo, que foi de 9.4 (\pm 9.3) segundos no primeiro momento e 8.2 (\pm 8.6) segundos no segundo, pode-se entender que para os participantes que conseguiram realizar este teste existe um menor risco de limitação funcional.

5.1 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Tratando-se de um estudo do tipo transversal, tornou-se inexecutável determinar uma relação de causalidade entre as variáveis. Adicionalmente, dada a sua exigência física, um dos testes de *performance* do membro inferior não foi realizado por um número elevado de participantes.

5.2 IMPLICAÇÕES CLÍNICAS E ESTUDOS FUTUROS

Os resultados deste estudo reforçam a importância da avaliação e despiste da depressão em pessoas idosas institucionalizadas, assim como a avaliação da sua funcionalidade.

A utilização de medidas de autorrelato e de testes de *performance* demonstram ser de grande utilidade pois possibilitam traçar um perfil de risco de declínio funcional de modo fácil e breve. Este irá permitir aos profissionais de saúde planearem, delinearem e implementarem estratégias de intervenção personalizadas e efetivas, direcionadas aos determinantes que intervêm no declínio funcional, de forma a prevenir ou atenuar as limitações funcionais.

Também parece relevante estudar outros determinantes que possam estar associados ao declínio da funcionalidade.

CONCLUSÃO

Os resultados do estudo sugerem uma associação entre a funcionalidade percebida e a depressão, e o sexo e a *performance*, em utentes de centro de dia. A dor não parece estar associada à funcionalidade. Estudos futuros deverão explorar a potencial associação de outras variáveis com a funcionalidade percebida e a *performance*.

BIBLIOGRAFIA

Abreu, S., & Caldas, C. (2008). Velocidade de marcha, equilíbrio e idade: um estudo correlacional entre idosas praticantes e idosas não praticantes de um programa de exercícios terapêuticos. *Rev Bras Fisioter*, 12(4), 324-30.

Alencar, M. A., Dias, J. M. D., Figueiredo, L. C., & Dias, R., C. (2012). Força de preensão palmar em idosos com demência: estudo da confiabilidade. *Rev Bras Fisioter*, 16(6), 510-514.

Almeida, O., & Almeida, S. (1999). Short versions of the geriatric depression scale: a study of their validity for the diagnosis of a major depressive episode according to ICD-10 and DSM-IV. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 14(10), 858-65.

Alves, L., et al. (2007). A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do Município de São Paulo, Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, 23(8), 1924-1930.

Alves, L., Leite, I., & Machado, C. (2008). Conceituando e mensurando a incapacidade funcional da população idosa: uma revisão de literatura The concept and measurement of functional disability in the elderly population: a literature review. *Ciência & Saúde Colectiva*, 13(4), 1199–1207.

American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-IV* (4a ed.). Washington DC: American Psychiatric Association.

Andrade, F., Pereira, L., & Sousa F. (2006). Mensuração da dor no idoso: Uma revisão. *Rev Latino Enfermagem*, 14(2), 271-276.

Assis, M. (2005). Envelhecimento ativo e promoção da saúde: reflexão para as ações educativas com idosos. *Revista Associação Portuguesa de Sociologia*, 8(21), 15–24.

Associação Portuguesa Para o Estudo da Dor. (n.d). *APED – O que é a dor?*. Retrieved from: <http://www.aped-dor.org/index.php/sobre-a-dor/a-dor/13-o-que-e-a-dor>

Azevedo, L.F., Costa-Pereira, A., Mendonça, L., Dias, C. C., & Castro-Lopes, J. M. (2012). Epidemiology of chronic pain: a population-based nationwide study on its prevalence, characteristics and associated disability in Portugal. *The journal of pain: official journal of the American Pain Society*, 13(8), 773–83.

Bean, J., Olveczky, D., Kiely, D., LaRose, S., & Jette, A. (2011). Performance-based versus patient-reported physical function: what are the underlying predictors?. *Phys Ther*, 91(12), 1804-1811.

Bekhet, A.K., & Zauszniewski, A. A. (2014). Chronic Conditions in Elders in Assisted Living Facilities: Associations with daily functioning, self-assessed health, and depressive symptoms. *Arch Psychiatr Nurs*, 28(6), 399-404.

Benet, A.S. (2003). *Los centros de día para personas mayores*. Edicions de la Universitat de Lleida. Retrieved from:

<https://books.google.pt/books?id=k2X3Y5HckfgC&pg=PA41&lpg=PA41&dq=Los+centros+de+d%C3%ADa+para+personas+majores+benet&source=bl&ots=QGy0DZKGfu&sig=sQNimckpRC2X-z1IBRaZY1gnkCk&hl=pt-PT&sa=X&ved=0ahUKEwi22ouc5fjPAhWBORQKHfzhA1wQ6AEITjAH#v=onepage&q=Los%20centros%20de%20d%C3%ADa%20para%20personas%20majores%20benet&f=false>

Bischoff, H. A., et al. (2003). A comparison of the timed 'up and go' test in community-dwelling and institutionalised elderly women. *Age Ageing*, 32(3), 315-320.

Carmo, H. O., Rangel, J. R. A., Ribeiro, N. A. do P., & Araújo, C. L. de O. (2012). Idoso institucionalizado: o que sente, percebe e deseja?. *Revista Brasileira de Ciências Do Envelhecimento Humano*, 9(3), 330-340.

Carrilho, M. J., & Carveiro, M. L. (2015). A Situação Demográfica Recente em Portugal. *Revista de Estudos Demográficos*.

Carvalho, J., Pinto, J., & Mota, J. (2007). Um estudo em idosos institucionalizados. *Revista Portuguesa de Ciências do Desporto*, 7(2), 225–231.

Carvalho, P. & Dias, O. (2011). Adaptação dos Idosos Institucionalizados. *Millenium*, 40, 161-184.

Cesari, et al. (2005). Prognostic Value of Usual Gait Speed in Well-Functioning Older People-Results from the Health, Aging and Body Composition Study. *JAGS*, 53, 1675-1680.

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.

Costa, A. P. F., & Santos, P. M. (2014). As imagens do envelhecimento e as práticas idadistas em cuidados de saúde primários: implicações na atividade física do idoso. *Revista de Psicologia*, 1(2), 161-170.

Damián, J., Pastor-Barriuso, R., & Valderrama-Gama, E. (2010). Descriptive epidemiology of undetected depression in institutionalized older people. *Journal of the American Medical Directors Association*, 11(5), 312–9.

Direção Geral de Saúde. (2013). *Plano estratégico nacional de prevenção e controlo da dor*. Lisboa: Ministério da Saúde. Retrieved from: http://www.aped-dor.org/images/documentos/controlo_da_dor/PENPCDor.pdf

Direção Geral de Saúde. (2008). *Programa Nacional de Controlo da Dor*. Lisboa: Ministério da Saúde. Retrieved from: <http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/6861126B-C57A-46E1-B065-316C0CF8DACD/0/ControlodaDor.pdf>.

Direção Geral de Saúde. (2004). *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*. Lisboa: Ministério da Saúde. Retrieved from: <http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/1C6DFF0E-9E74-4DED-94A9-F7EA0B3760AA/0/i006346.pdf>.

Dias, J. A., Ovando, A. C., Kulkamp, W., & Junior, N. G. B. (2010). Força de preensão palmar: métodos de avaliação e fatores que influenciam a medida. *Rev Bras Cineantropom Desempenho Hum*, 12(3), 209-216.

Duarte, Y. A. d. O., Andrade, C. L. d., & Lebrão, M. L. (2007). O Index de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos. *Revista Escola de Enfermagem USP*, 41(2), 317-325.

Duca, G. F., Silva, S. G. da, Thumé, E., Santos, I. S., & Hallal, P. C. (2012). Indicadores da institucionalização de idosos: estudo de casos e controles. *Revista de Saúde Pública*, 46(1), 147–153.

Farias, N. & Buchalla, C. (2005). A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde da Organização Mundial da Saúde: Conceitos, Usos e Perspectivas. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 8(2), 187-93.

Ferreira, L., Barbosa, T., Gobbi, S., & Arantes, L. (2008). Capacidade Funcional em mulheres jovens e idosas: projecções para uma adequada prescrição de exercícios físicos. *Rev. da Educação Física*, 19(3), 403-412.

Ferreira, M. (2012). Prolongamento temporal da atividade profissional de dois grupos profissionais de saúde: médicos e enfermeiros – um estudo de caso. *Sociologia, Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto Número temático: Envelhecimento Demográfico*, 97-122.

- Figueiredo, I., Sampaio, R., Mancini, M., Silva, F., & Souza, M. (2007). Teste de força de preensão utilizando o dinamômetro Jamar. *Acta Fisiatr*, 14(2), 104–110.
- Fortin, M. (1999). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusociência. ISBN 978-989-8075-18-5.
- Foster, L., & Walker, A. (2014). Active and Successful Aging: A European Policy Perspective. *The Gerontological Society of America*, 00(00), 1-8.
- Galvão, C. (2006). Atividades preventivas no idoso. *Revista Portuguesa Clinica Geral*, 22, 731-737.
- Garin, O., et al. (2010). Validation of the “World Health Organizar Disability Assessment Schedule, WHODAS-2” in patients with chronic diseases. *Health and Quality of Life Outcomes*. 8(51).
- Gil, A. P. (2007). Envelhecimento ativo: complementaridades e contradições. *Sociológico*, (7), 25-36.
- Goldberg, A., Chavis, M., Watkins, J., & Wilson, T. (2012). The five-times-sit-to-stand test: validity, reliability and detectable change in older females. *Aging Clin Exp Res*, 24(4), 339-44.
- Goldman, N., Gleib, D., Rosero-Bixby, L., Chiou, S., & Weinstein, M. (2014). Performance-based measures of physical function as mortality predictors: Incremental value beyond self-reports. *Demographic Research*, 30(7), 227-252.
- Greenberg, A. (2007). The Geriatric Depression Scale: Short Form. *AJN*, 107(10), 60-69.
- Guralnik, J., et al. (1994). A short Physical Performance Battery assessing lower extremity function: Association with self-report disability and prediction of mortality and nursing home admission. *Journal of Gerontology*, 49(2), 85-94.
- Guralnik, J. M., Ferrucci, L., Simonsick, E. M., Salive, M. E., & Wallace, R. B. (1995). Lower-extremity function in persons over the age of 70 years as a predictor of subsequent disability. *The new england Journal of Medicine*, 332(9), 556-561.
- Harai, H., Kondo, K., & Kawachi, I. (2012). Social determinants of active aging: Differences in mortality and the Loss of healthy life between different income levels among older Japanese in the AGES Cohort Study. *Current Gerontology and Geriatrics Research*, 2012, 1-9.

Hazer, O., & Boylu, A. (2010). The examination of the factors affecting the feeling of loneliness of the elderly. *Procedia Social and Behavioral Sciences*, 9, 2083-2089.

Henriques A, & Sá, E. (2007). Qualidade de vida em idosos em lares e centros de dia. *Pensar Enfermagem*, 2(2), 25–36.

Henry, C. J., Webster-Gandy, J., & Varakamin, C. (2001). A comparison of physical activity levels in two contrasting elderly populations in Thailand. *American Journal of Human Biology*, 13(3), 310–315.

Instituto Nacional de Estatística. (2015). *Envelhecimento da população residente em Portugal e na União Europeia*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística. Retrieved from: https://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=232024193&att_display=n&att_download=y

Instituto Nacional de Estatística (INE). (2002). *O Envelhecimento em Portugal. Situação demográfica e socio-económica recente das pessoas idosas*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística. Retrieved from: http://censos.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=107149&att_display=n&att_download=y

Instituto Nacional de Estatística. (2014). *População residente em Portugal com tendência para diminuição e envelhecimento*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística. Retrieved from: https://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=218948085&att_display=n&att_download=y

Jesus, I. S., Sena, E., Meira, E. C., Gonçalves, L. H. T., & Alvarez, A. M. (2010). Cuidado sistematizado a idosos com afecção demencial residentes em instituição de longa permanência. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 31(2), 285–292.

Karuca, A., Silva, J., & Navega, M. (2011). Análise da concordância entre instrumentos de avaliação do equilíbrio corporal em idosos. *Rev Bras Fisioter*, 15(6), 460-466.

Knofczynski, G. T., & Mundfrom, D. (2007). Sample Sizes When Using Multiple Linear Regression for Prediction. *Educational and Psychological Measurement*, 68(3), 431-442.

Kreling, M., Cruz, D., & Pimenta, C. (2006). Prevalência de dor crônica em adultos. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 59(4), 509-513.

- Kurlowicz, L. & Greenberg, S. A. (2007). The geriatric depression scale (GDS). *Insight (American Society of Ophthalmic Registered Nurses)*, (4).
- 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(11), 2146–55.
- Lopes, M. J., Escoval, A., Pereira, D. G., Pereira, C. S., Carvalho, C., & Fonseca, C. (2013). Evaluation of elderly persons' functionality and care needs. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 21, 52–60.
- Luppa, M., Luck, T., Weyerer, S., König, H.-H., Brähler, E., & Riedel-Heller, S. G. (2010). Prediction of institutionalization in the elderly. A systematic review. *Age and Ageing*, 39(1), 31–8.
- Maciel, M.G. (2010). Atividade física e funcionalidade do idoso. *Motriz*, 16(4), 1024–1032.
- Malhotra, C., Chan, A., Matchar, D., Seow, D., Chuo, A., & Do, Y. K. (2013). Diagnostic Performance of Short Portable Mental Status Questionnaire for Screening Dementia Among Patients Attending Cognitive Assessment Clinics in Singapore. *Ann Acad Med Singapore*, 42(7), 315–319.
- Marchon, R. M., Cordeiro, R. C., & Nakano, M. M. (2010). Capacidade Funcional: estudo prospectivo em idosos residentes em uma instituição de longa permanência. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 13 (2), 203-214.
- Marin, M. J. S., Miranda, F. A., Fabbri, D., Tinelli, L. P., & Storniolo, L. V. (2012). Compreendendo a história de vida de idosos institucionalizados. *Revista Brasileira de Geriatria E Gerontologia*, 15(1), 147–154.
- Marques, S., Batista, M., & Siva, P. A. (2012). A promoção do envelhecimento ativo em Portugal: preditores da aceitação de um chefe mais velho. *Sociologia, Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto Número temático: Envelhecimento Demográfico*, 53-73.
- Marta, I., Baldan, S., Berton, A., Pavam, M., & Silva, M. (2010). Efetividade do Toque Terapêutico sobre a dor, depressão e sono em pacientes com dor crônica: ensaio clínico. *Rev Esc Enfermagem*. 44(4), 1100-1106.

Martin, I., Santinha, G., Rito, S., & Almeida, R. (2012). Habitações para pessoas idosas: problemas e desafios em contexto português. *Sociologia, Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto* Número temático: *Envelhecimento Demográfico*, 177-203.

Martinez, J., Grassi, D., & Marques, L. (2011). Análise da aplicabilidade de três instrumentos de avaliação de dor em distintas unidades de atendimento: ambulatório, enfermaria e urgência. *Rev Bras Reumatologia*, 51(4), 299-308.

Massy-Westropp, N.M., Gill, T.K., Taylor, A.W., Bohannon, R. W., & Hill, C. L. (2011). Hand grip strength: age and gender stratified normative data in a population-based study. *BMC Research Notes*, 4. Retrieved from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3101655/>

Medeiros, P. (2012). Como estaremos na velhice? Reflexes sobre envelhecimento e dependência, abandono e institucionalização. *Polémica*, 11(3), 439-453.

Meiner, S. E. (2014). *Gerontologic Nursing*. ELSEVIER. Retrieved from: https://books.google.pt/books?id=V-4TBQAAQBAJ&printsec=frontcover&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false

Merrill, S., Seeman, T., Kasl, S., & Berkman, L. (1997). Gender Differences in the Comparison of Self-Reported Disability and Performance Measures. *Journal of Gerontology*, 52(1), 19-26.

Moreira, A., Alvarelhão, J., Silva, A., Costa, R., & Queirós, A. (2015). Tradução e validação para português do WHODAS 2.0 - 12 itens em pessoas com 55 ou mais anos. *Rev Port Saúde Pública*, 33(2), 79-182.

Myers, A., Holliday, P., Harvey, K., & Hutchinson, K. (1993). Functional performance measures: are they superior to self-assessments?. *J Gerontol*, 48(5), 196-206.

Neri, A. L. (2007). *Desenvolvimento E Envelhecimento: Perspetivas biológicas, psicológicas e sociológicas*. PAPIRUS. Retrieved from: https://books.google.pt/books?id=08UVJhcuRdkC&printsec=frontcover&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false

Norén, A., Bogren, U., Bolin, J., & Stenstrom, C. (2001). Balance assessment in patients with peripheral arthritis: Applicability and reliability of some clinical assessments. *Physiother Res Int*, 6(4), 193-204.

Novaes, R., Miranda, A., & Dourado, V. (2011). Velocidade usual da marcha em brasileiros de meia idade e idosos. *Rev Bras Fisioter*, 15(2), 117-22.

Nunes, M., Ribeiro, R., Rosado L., & Franceschini, S. (2009). Influência das características sociodemográficas e epidemiológicas na capacidade funcional de idosos residentes em Ubá, Minas Gerais. *Rev Bras Fisioterapia*, 13(5), 376-82.

Oliveira, S., Santos, A., & Pavarini, S. (2013). The relationship between depressive symptoms and family functioning in institutionalized elderly. *Rev Bras Enferm USP*, 48(1), 65-71.

Organização Mundial de Saúde. (2004). *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*. Lisboa: Direcção Geral da Saúde.

Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico. (1998). *Préserver la prospérité dans une société vieillissante*. Paris: Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico.

Paixão, C. M., & Reichenheim, M. E. (2005). Uma revisão sobre instrumentos de avaliação do estado funcional do idoso. *Caderno Saúde Pública*, 21(1), 7-19.

Paúl, C., Ribeiro, O., & Teixeira, L. (2012). Active Aging: Na Empirical Approach to the WHO Model. *Current Gerontology and Geriatrics. Research*, 2012, 1-10.

Pelegriño, P., Leal, M., & Barroso, Á. (2009). *Perspectiva biopsicológica do envelhecimento*. Volume 5. São Paulo: Secretaria Estadual de Assistência e Desenvolvimento Social/Fundação Padre Anchieta.

Peolsson, A., Hedlund, R., & Oberg, B. (2001). Intra- and Inter-Tester Reliability and Reference Values For Hand Strength. *J Rehab Med*, 33(1), 36-41.

Pereira, F. (2012). *Respostas Sociais para Idosos em Portugal*. In *Teoria e Prática da Gerontologia - Um Guia para Cuidadores de Idosos*. (1ª ed). Viseu: PsicoSoma.

Perera, S., Mody, S., Woodman, R., & Studenski, A. (2006). Meaningful Change and Responsiveness in Common Physical Performance Measures in Older Adults. *The American Geriatric Society*, 54(5), 743-749.

Pfeiffer, E. (1975). A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients. *Journal of American Geriatrics Society*, 23, 433-41.

Pinho, M., Custódio, O., & Makdisse, M. (2009). Incidência de depressão e fatores associados em idosos residentes na comunidade: revisão de literatura. *Rev Bras Geriatr Gerontologia*, 12(1), 123-140.

Rapp, M.A., Schnaider, B. M., Schmeidler, J., Sano, M., Silverman, J. M., & Haroutunian, V. (2005). Relationship of Neuropsychological Performance to Functional Status in Nursing Home Residents and Community-Dwelling Older Adults. *Am J Geriatr Psychiatry*, 13(6), 450-459.

Rebelatto, J. R., Castro, A. P., & Chan, A. (2007). Quedas em idosos institucionalizados: características gerais, fatores determinantes e relações com a força de preensão manual. *Acta Ortop Bras*, 15(3), 151-154.

Reis, L., & Torres, G. (2011). Influência da dor crônica na capacidade funcional de idosos institucionalizados. *Rev Bras Enfermagem*, 64(2), 274-80.

Ribeiro, O. (2012). O envelhecimento “ativo” e os constrangimentos da sua definição. *Sociologia, Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto Número temático: Envelhecimento Demográfico*, 33-52.

Ribeiro, O., & Paúl, C. (2011). *Manual de Envelhecimento Ativo*. Lisboa: Lidel - edições técnicas, lda.

Ries, J. D., Schanaider, B. M., Schmeidler, J., Sano, M., Silverman, J. M., & Haroutunian, V. (2005). Relationship of Neuropsychological Performance to Functional Status in Nursing Home Residents and Community-Dwelling Older Adults. *Am J Geriatr Psychiatry*, 13(6), 450-459.

Rikli, J. J. R. E. (2002). Measuring functional fitness of older adults. *The Journal on Active Aging*, 24-25.

Roberts, H. C. et al. (2011). A review of the measurement of grip strength in clinical and epidemiological studies: towards a standardised approach. *Age and Ageing*, 40, 423-429.

Rojas, F., Ríos, L. J., Ríos, C., Contreras, J., Paredes, F., & Campos, M. J. (2015). Association of grip strength with gender age and handedness in 116 older people. *Revista Médica de Chile*, 143(8), 995–1000.

Rosa, T. E. C., Benício, M. H. D., Latorre, M. R. D. O., & Ramos, L. R. (2003). Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. *Revista de Saúde Pública*, 37(1), 40-48.

Royal College of Physicians. (2007). The assessment of pain in older people: national guidelines. Concise guidance to good practice series. *British Geriatrics Society and British Pain Society*, 8.

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.

Sampaio, R. F., Mancini, M. C., Gonçalves, G. G. P., Bittencourt, N. F. N., Miranda, A. D., & Fonseca, S. T. (2005). Aplicação da classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde (CIF) na prática clínica do fisioterapeuta. *Rev. bras. Fisioterapia*, 9(2), 129-136.

Sayers, S.P. et al., (2004). Validation of the Late-Life Function and Disability Instrument. *Journal of the American Geriatrics Society*, 52(9), 1554–9.

Segulin, N., & Deponte, A. (2007). The evaluation of depression in the elderly: a modification of the Geriatric Depression Scale (GDS). *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 44(2), 105-112.

Segurança Social. (2014). *Manual de processos-chave de centro de dia*. Segurança Social. Retrieved from: http://www.seg-social.pt/documents/10152/13694/gqrs_centro_dia_processos-chave/439e5bcd-0df3-4b03-a7fa-6d0904264719

Segurança Social. (2016). *Idosos*. Retrieved from: <http://www.seg-social.pt/idosos>

Shneider, R., & Irigaray, T. Q. (2008). O envelhecimento na atualidade: aspetos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. *Estudos de psicologia*, 25(4), 585-593.

Silva, A., Alvarelhão, J., Queirós, A., & Rocha, P. (2013a). Pain intensity is associated with self-reported disability for several domains of life in a sample of patients with musculoskeletal pain aged 50 or more. *Disability Health Journal*, 6(4), 369-376.

Silva, A., Queirós, A., Cerqueira, M., & Rocha, N. (2014). Pain intensity is associated with both performance-based disability and self-reported disability in a sample of older adults attending primary health care centers. *Disability Health Journal*, 7(4), 457-465.

Silva, A., Queirós, A., Sa-Couto, P., & Rocha, N. (2015). Self-Reported Disability: Association With Lower Extremity Performance and Other Determinates in Older Adults Attending Primary Care. *Physical Therapy*, 95(8), 1628-1637.

- Silva, C., Coleta, I., Silva, A., Amaro, A., Alvarelhão, J., Queirós, A., & Nocha, N. (2013b). Adaptação e validação do WHODAS 2.0 em utentes com dor musculoesquelética. *Rev. Saúde Pública, 47*(4), 752-758.
- Stratford, P., Kennedy, D., Pagura, S., & Gollish, J. (2003). The relationship between self-report and performance-related measures: questioning the content validity of timed tests. *Arthritis Rheum, 49*(4), 535-540.
- Studenski, S., Perera, S., Wallace, D., Chandler, J. M., Duncan, P. W., Rooney, E., Fox, M., & Guralnik, J. M. (2003). Physical performance measures in the clinical setting. *Journal of the American Geriatrics Society, 51*(3), 314-22.
- Thakur M., & Blazer D. (2008). Depression in Long-Term Care. *J Am Med Dir Assoc, 9*(2), 82-87.
- Tison, P. (2000). Guide d'entretien structuré pour l'évaluation de la dépression du sujet âgé, adapté à partir du DSM-IV et des échelles GDS, HDRS et MADRS. *Encephale, 26*(3), 33-43.
- Torres, T.M., & Ciconelli R.M. (2006). Instrumentos de Avaliação em Espondilite Anquilosante. *Revista Brasileira de Reumatologia, 46*(1), 52-59.
- Üstün, T.B., Kostanjsek, N., Chatterji, S., & Rehm, J. (2010). *Measuring Health and Disability: Manual for WHO Disability Assessment Schedule*. Geneva: World Health Organization.
- Valcarenghi, R., Santos, S., Barlem, E., Pelzer, M., Gomes, G., & Lnage, C. (2011). Alterações na funcionalidade/ cognição e depressão em idosos institucionalizados que sofrem de quedas. *Acta Paul Enfermagem, 24*(6), 828-33.
- Vasunilashorn, S., Coppin, A., Patel, K., Lauretani, F., Ferrucci, L., Bandinelli, S., & Guralnik, J. (2009). Use of the Short Physical Performance Battery Score to predict loss of ability to walk 400 meters: analysis from the InCHIANTI study. *The Journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences, 64*(2), 223-229.
- Veras, R. (2009). Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Revista Saúde Pública, 43*(3), 548-554.
- Veríssimo, T. (1988). *Avaliação Diagnóstica dos síndromes demenciais: Escala de depressão geriátrica*. Porto.

- Volpato, S., et al. (2011). Predictive value of the Short Physical Performance Battery following hospitalization in older patients. *The Journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences*, 66(1), 89-96.
- Wancata, J., & Friedrich, F. (2011). Depression: a diagnosis aptly used?. *Psychiatria Danubina*, 23(4), 406-411.
- Weintraub, D., Saboem, K., & Stern, M. (2007). Effect of age on geriatric depression scale performance in Parkinson's disease. *Mov Disord*, 22(9), 1331-1335.
- World Health Organization. (2002). *Active Aging: Policy Framework*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (1999b). *Aging: exploding the myths*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (1999a). *A life course perspective of maintaining independence in older age*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (1998). *Growing older- Staying Well. Ageing and physical activity in everyday life*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2008). *Older persons in emergencies: an active ageing perspective*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2001). *The World Health Report 2001- Mental health: new understanding, new hope*. Geneva.
- World Health Organization. (2011). *World Population Prospects: The 2010 Revision*. United Nations New York: World Health Organization.
- Wolfe, F., et al. (1990). The American College of Rheumatology 1990 Criteria for Classification of Fibromyalgia. *Arthritis and Rheumatism*, 33(2), 160-172.
- Yesavage, J., Brink, T., Rose, T., Lum, O., Huang, V., Adey, M., & Leirer, V. (1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, 17(1), 37-49.
- Zaidi, A., & Zolyomi, E. (2011). *'Active Ageing' Research Note 7/2011*. Brussels: Produced by the Social Situation Observatory, for the European Commission, Directorate-General for Employment, Social Affairs and Inclusion.

ANEXOS

ANEXO I- Folha de Informações

Funcionalidade em pessoas idosas institucionalizadas: fiabilidade dos instrumentos de medida e seus determinantes

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: dor, 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. 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 e testes referidos acima.

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 escolher os instrumentos de medida (questionários e testes) que vem usar para caracterizar a capacidade funcional das pessoas que estão nos lares/centros de dia. Para além disso, vai ajudar os profissionais a conhecerem melhor as características destas pessoas o que os ajudará a desenvolver programas de prevenção para melhorar a sua qualidade de vida.

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, i.e, nós recolhemos os dados e registamos os valores que obtemos. Quando os dermos a conhecer a outras pessoas, não revelaremos os nomes de quem participou, apenas os valores globais que obtivemos (números).

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

Anabela Silva

Professora Adjunta Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro,
Tel.: 234 401 558 Extensão: 23899
asilva@ua.pt

Cristiana Coutinho/Sara Santos

Mestrandas em Gerontologia – Gestão de Equipamentos,
Tel.: 917946242/914373181
cmc@ua.pt
santos.sara@ua.pt

ANEXO II- Consentimento Informado

Funcionalidade em pessoas idosas institucionalizadas: fiabilidade dos instrumentos de medida e determinantes

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 - Funcionalidade em pessoas idosas institucionalizadas: fiabilidade dos instrumentos de medida e determinantes		

Nome do participante: _____

Assinatura do participante: _____

Nome do investigador: _____

Assinatura do investigador: _____

Data: _____

ANEXO III – Short Portable Metal Status Examination

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 atual Presidente da República?

8. Quem foi o Presidente da República imediatamente anterior ao atual?

9. Qual é o nome da sua mãe?

10. Comece no número 20 e vá subtraindo (diminuindo) consecutivamente três.

Tem que nomear corretamente 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

8-10 Grave deficiência de algumas funções mentais

ANEXO IV – Caracterização do participante

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 <input type="checkbox"/> | (2) Sabe ler e escrever <input type="checkbox"/> |
| (3) 4ºano de escolaridade <input type="checkbox"/> | (4) 6ºano de escolaridade <input type="checkbox"/> |
| (5) 9ºano de escolaridade <input type="checkbox"/> | (6) 12ºano de escolaridade <input type="checkbox"/> |
| (7) Bacharelato/Licenciatura <input type="checkbox"/> | (8) Outro <input type="checkbox"/> (por favor especifique) |

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

- | | |
|---|--|
| (1) Nunca foi casado <input type="checkbox"/> | (2) Atualmente casado <input type="checkbox"/> |
| (3) Separado <input type="checkbox"/> | (4) Divorciado <input type="checkbox"/> |
| (5) Viúvo <input type="checkbox"/> | (6) Coabitação <input type="checkbox"/> |

A.6. Diagnóstico médico das principais condições de saúde actuais

- (1) Não existe nenhuma Condição Médica
- (2) Hipertensão Arterial
- (3) Diabetes
- (4) Artrose: Anca ; Joelho
- (5) Espondilartrose: Coluna cervical Coluna dorsal Coluna lombar
- (6) Patologia cardiovascular
- (7) Patologia respiratória
- (8) Cancro
- (9) 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 []

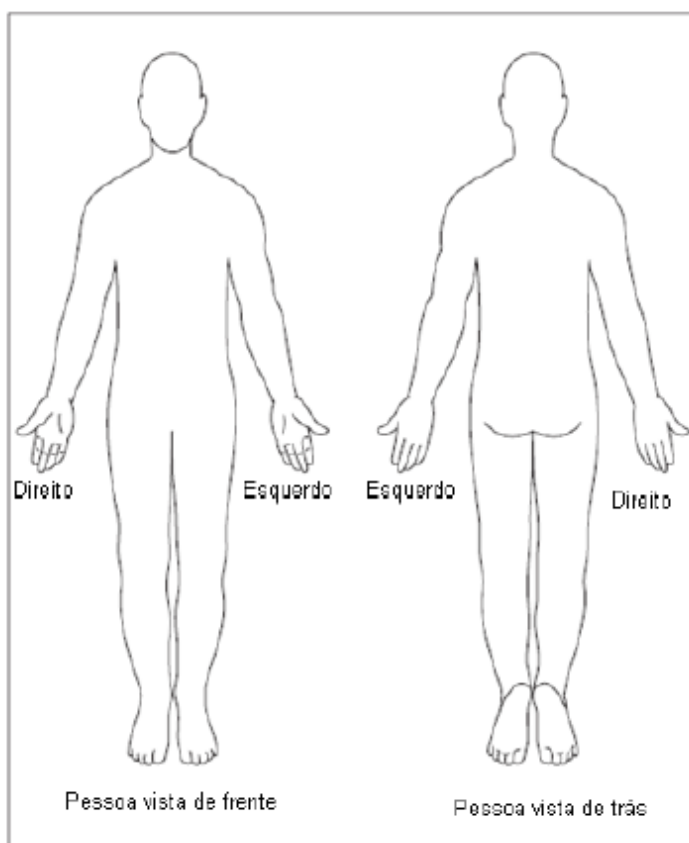
Centro de dia []

ANEXO V – Caracterização da dor

CARACTERIZAÇÃO DA DOR MÚSCULO-ESQUELÉTICA

(localização, intensidade, frequência e duração)

A.1 - Por favor, assinale, na figura abaixo, o(os) local(ais) onde sentiu dor na última semana.



B.1 - Quantas vezes, na última semana, sentiu dor?

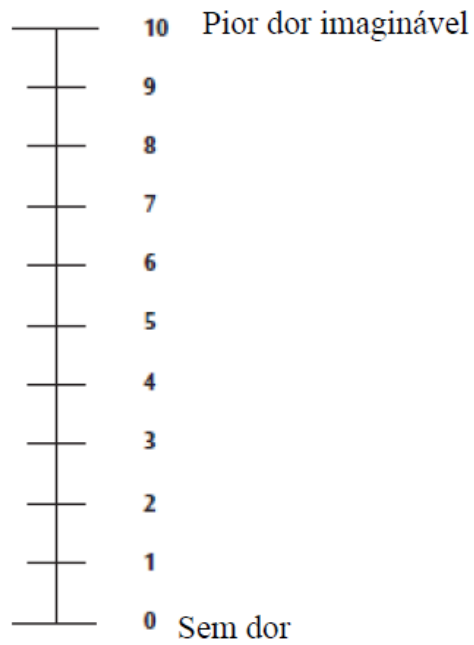
- Raramente (1 vez por semana)
- Ocasionalmente (2 a 3 vezes por semana)
- Muitas vezes (mais do que 3 vezes por semana)
- Sempre

C.1 - Há quanto tempo sente dor?

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

D.1 - Assinale a intensidade global da dor que sentiu na última semana (nos vários locais que assinalou na pergunta anterior) utilizando a escala que se segue.

Nesta escala o zero (0) indica a ausência de dor e os restantes números indicam aumento da dor até ao 10, que representa a pior dor imaginável. Coloque uma cruz em cima do número que na escala representa a intensidade global da dor hoje.



ANEXO VI – Questionário de funcionalidade percebida (WHODAS 2.0)

Versão de 12 itens da WHODAS 2.0

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

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

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

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

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

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

ANEXO VII – Escala de Depressão Geriátrica (GDS)

Escala de depressão geriátrica (GDS)

Escala de Depressão Geriátrica – Yesavage

	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?		

ANEXO VIII – Testes de performance do membro superior e inferior

Data da recolha: _____

Teste *performance*

Força de preensão	Velocidade de marcha	TUG	5STTS (sentar-levantar da cadeira)
Medição 1 -			
Medição 2 -			
Medição 3 -		NA	NA
Média:			