

Perfis Psicogeríátricos dos idosos com apoio institucional no Concelho de Pombal

Céla Marisa dos Santos Oliveira

**Dissertação apresentada ao Instituto Superior Bissaya Barreto da
Fundação Bissaya Barreto para a obtenção do grau de Mestre em
Gerontologia Social**

Orientação Científica da Professora Doutora Isabel Cerca Miguel

Coimbra

Agosto de 2011

Índice

ÍNDICE	4
RESUMO	6
ABSTRACT	8
AGRADECIMENTOS	10
SIGLAS E ABREVIATURAS	11
ÍNDICE DE QUADROS	12
INTRODUÇÃO	13
PARTE I	15
ESTUDOS TEÓRICOS	15
CAPÍTULO I	16
1. O ENVELHECIMENTO – ENQUADRAMENTO GERAL	16
O ESTUDO DO ENVELHECIMENTO	18
ENVELHECIMENTO E SAÚDE	20
O ENVELHECIMENTO BEM-SUCEDIDO.....	24
ALGUNS MITOS RESPEITANTES AO IDOSO.....	29
DIMENSÕES DE COMPORTAMENTO E FUNCIONAMENTO PSICOLÓGICO NA VELHICE	30
CAPÍTULO II	33
A FUNCIONALIDADE DOS IDOSOS	33
1. INTRODUÇÃO	33
2. AVALIAÇÃO DA FUNCIONALIDADE	37
2.1. INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DA FUNCIONALIDADE	39
2.1.1. IDOSOS COM DEPENDÊNCIA FÍSICA – INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO	40
2.1.2. IDOSOS COM DEPENDÊNCIA MENTAL – INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO	47
3. DIMENSÕES DA FUNCIONALIDADE	49
3.1. A DEPRESSÃO NOS IDOSOS	49
3.1.1. <i>As causas da Depressão Geriátrica</i>	57
3.2. ALTERAÇÕES COGNITIVAS NOS IDOSOS	59
3.3. ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL	64
3.3.1. <i>O Idoso após AVC: alterações no relacionamento familiar</i>	66
PARTE II	68
ESTUDOS EMPÍRICOS	68
METODOLOGIA	69
OBJECTIVOS.....	69
PROCEDIMENTOS	70
AMOSTRA	71
INSTRUMENTOS.....	74
RESULTADOS	78

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	89
CONSIDERAÇÕES FINAIS	97
BIBLIOGRAFIA.....	102
ANEXOS.....	106

Resumo

O estudo *Perfis Psicogeríátricos dos idosos com apoio institucional no Concelho de Pombal* assume que, tradicionalmente, as explicações relativas ao envelhecimento cognitivo têm sido de natureza psicológica ou de natureza neurológica. Esta postura tem como principal consequência que, mesmo sendo bem conhecidos os declínios usualmente associados à idade em cada uma das perspectivas, são ainda razoavelmente desconhecidas as suas relações.

Este estudo, numa lógica interdisciplinar, contribui para o conhecimento e caracterização do envelhecimento cognitivo e funcional nos idosos com apoio institucional do Concelho de Pombal.

Definiu-se como objectivo geral desta investigação, o estudo dos perfis psicogeríátricos de idosos de uma amostra rural; como objectivos específicos, proceder a uma caracterização da amostra considerando dimensões de AVC, de Depressão e o Comprometimento Cognitivo, procedendo assim à sua caracterização psicogeríátrica.

Os dados foram recolhidos a partir de uma amostra de 40 sujeitos com apoio institucional, na resposta social centro de dia ou lar; como instrumento de avaliação foi utilizada a Escala de Avaliação Psicogeríátrica (EAP).

Como hipótese global do estudo inferiu-se que *a funcionalidade dos idosos varia consoante um conjunto de variáveis sociodemográficas*.

Como principais resultados, verificou-se que o grupo feminino apresenta resultados superiores ao masculino, ainda que a diferença não seja significativa e, ao nível da subescala Comprometimento cognitivo, o sexo feminino apresenta maior comprometimento cognitivo.

Os resultados mostraram influência do nível de escolaridade ao nível nos resultados obtidos na EAP Total e na subescala Comprometimento cognitivo.

Ficou também demonstrado que os sujeitos residentes em lar obtiveram resultados inferiores ao nível da subescala depressão e comprometimento cognitivo, tendo contrariado os dados da adaptação portuguesa.

Demonstrou-se que os indivíduos inseridos na resposta social Centro de Dia obtêm resultados significativamente desfavoráveis na subescala Depressão face aos indivíduos inseridos em lar.

Com o presente estudo elabora-se uma breve reflexão acerca da importância destes resultados e propõe-se um conjunto de sugestões passíveis de ser objecto de

análise e implementação em Centros de Dia e Lares de Idosos, que visam contribuir directamente para a melhoria das condições e qualidade de vida, assim como a prevenção do aparecimento de maiores níveis de dependência.

Palavras-chave: avaliação psicogerítrica; AVC; depressão; comprometimento cognitivo

Abstract

The present study “*Psychogeriatric profiles of elderly with institutional support in the municipality of Pombal*” assumes that, traditionally, the explanations of cognitive aging have been of psychological or neurological nature. This approach has as a main result that, even though the declines usually associated with age in each perspective are fairly well-known, their relationships are still reasonably undisclosed.

This study, of interdisciplinary character, contributes to the understanding and characterization of cognitive aging and functionality of elderly people with institutional support from the municipality of Pombal.

The main goal of the present work was to study the psychogeriatric profiles of a sample of rural elderly people. Specific objectives were to carry out a characterization of the sample in terms of Stroke, Depression and Cognitive Impairment and, by doing so, depicting their psychogeriatric profile.

Data was collected from a sample of 40 subjects with institutional support, either day care center or nursing home. As evaluation instrument, the Psychogeriatric Assessment Scale (PAS) was used.

The general hypothesis of the study established that the functionality of the elderly varies according to a set of sociodemographic variables.

Results found that female participants tend to demonstrate higher levels in all considered dimensions when compared to men – although this difference is not significant – and that women present significantly higher levels of Cognitive Impairment.

Data also showed that participants inhabiting in nursing home presented lower levels of depression and cognitive impairment, therefore contrasting with data from the previous Portuguese adaptation studies of the instrument.

It was also demonstrated that participants in day care center present significantly unfavorable results in terms of depression, when compared to participants in nursing home.

In the present study, a brief reflection on the importance of these findings is presented and a set of suggestions that could be analyzed and implemented in day care centers and nursing homes for the elderly are proposed, which directly aim to contribute to the

improvement of life quality and conditions, as well as preventing the onset of higher levels of dependency.

Keywords: psychogeriatric assessment; stroke; depression; cognitive impairment

Agradecimentos

Este trabalho, para o qual contribuíram diversos actores, tomou forma a partir de um conjunto de motivações pessoais e profissionais.

Agradeço à Professora Doutora Isabel Miguel pela sua preciosa orientação e disponibilidade ao longo deste gratificante percurso académico.

À minha família e amigos expresse o meu agradecimento pelo apoio, carinho e incentivo que sempre me prestaram e pela compreensão nas alturas de indisponibilidade.

Agradeço à Direcção da Santa Casa da Misericórdia de Pombal pela autorização de recolha de dados concedida e por todo o apoio e incentivo à concretização deste trabalho.

Aos idosos que gentilmente aceitaram participar neste estudo e partilharam comigo as suas emoções, experiências e histórias de vida, o meu profundo agradecimento.

A todos os que acreditaram em mim, obrigada!

Siglas e abreviaturas

ABVD's – Actividades Básicas de Vida Diárias

AIVD's – Actividades Instrumentais de Vida Diárias

AIT – Acidente Isquémico transitório

AVD's – Actividades de Vida Diárias

CID-10 – Classificação Internacional de Doenças, décima edição

EAP – Escalas de Avaliação Psicogerítrica

GDS – Geriatric Depression Scale

INE – Instituto Nacional de Estatística

IPSS – Instituição Particular de Solidariedade Social

MMSE – Mini-Mental State Examination

OMS – Organização Mundial de Saúde

Índice de Quadros

Quadro 1: Índice de Barthel – pontos de corte

Quadro 2: Índice de Katz

Quadro 3: Índice de Lawton – pontos de corte

Quadro 4: Sinais e sintomas associados às perturbações depressivas

Quadro 5: Factores de risco relacionados com a depressão nos idosos

Quadro 6: Distribuição etária da amostra

Quadro 7: Caracterização das variáveis

Quadro 8: Resultados nas EAP de acordo com o género

Quadro 9: Resultados nas EAP de acordo com a faixa etária

Quadro 10: Correlações (momento produto de Pearson) entre idade e resultados EAP

Quadro 11: Resultados nas EAP de acordo com o estado civil

Quadro 12: Resultados nas EAP de acordo com o nível de escolaridade

Quadro 13: Resultados nas EAP de acordo com a situação de residência

Quadro 14: Resultados nas EAP de acordo com a resposta social

Introdução

A Psicologia do Envelhecimento refere que à medida que se envelhece a velocidade com que se desempenha operações mentais diminui, a capacidade de memória de trabalho declina, a memória a longo prazo é menos eficaz e é mais difícil ignorar informação irrelevante.

A neurologia do Envelhecimento indica que, com o envelhecimento, ocorre atrofia do cérebro, aparecem placas senis, ocorre degenerescência neurofibrilar, há diminuição da neuroplasticidade e, por conseguinte, aumento da mortalidade neuronal.

Mas a relação entre estes dois níveis de análise continua por explorar, sendo ainda razoavelmente desconhecidas as relações entre eles. A abordagem da neurociência cognitiva do envelhecimento encontra-se na intersecção destes níveis de análise procurando entender quais os substratos neurais que estão na base das diferenças de *performance* que o envelhecimento acarreta.

Para além disso, e apesar do carácter universal do envelhecimento, é preciso integrar nos modelos explicativos o porquê de o envelhecimento ser, na prática, um processo tão heterogéneo. Assim, qualquer explicação no âmbito da Neurociência Cognitiva do Envelhecimento terá de integrar estas diferenças de *performance* (Fonseca, *et al*, 2008).

Este estudo empírico pretende contribuir para o conhecimento e caracterização do envelhecimento cognitivo e funcional dos idosos do Concelho de Pombal. Para tal será utilizado como instrumento de avaliação a Escala de Avaliação Psicogeriátrica (EAP) – versão portuguesa do instrumento *The Psychogeriatric Assessment Scales (PAS)*, da autoria de Anthony Jorm e Andrew Mackinnon, 1995).

A problemática do envelhecimento é um assunto recente de preocupação mais ou menos informada por políticos e cientistas. “Um pouco por todo o lado foi-se percebendo que havia um «problema» com os gastos na saúde e na segurança social e, simultaneamente, um mercado emergente de necessidades, de serviços... e de votos” (Paúl *et al*, 2005, pp. 21).

Assim sendo, com este estudo pretende-se retratar a população idosa institucionalizada em IPSS's, nas valências de Centro de Dia ou Lar, de forma a poder traçar um perfil psicogeriátrico/funcionalidade dos idosos com apoio institucional no Concelho de Pombal. Para além de contribuir para enriquecer os resultados, já

conhecidos em estudos anteriores, procura-se, por um lado estudar os perfis psicogeríátricos e por outro lado, analisar e avaliar perturbações psicogeríátricas. Pretende-se desenvolver instrumentos e dados normativos que, na prática, possibilitem situar cada indivíduo num determinado ponto do *continuum*, em termos de avaliação diagnóstica.

Esta dissertação de mestrado encontra-se dividida em duas partes:

A 1ª. Parte (Estudos Teóricos), subdivide-se em dois capítulos. No Capítulo I, retrata-se a problemática do envelhecimento, a crescente importância dada aos estudos acerca do envelhecimento, implicações do envelhecimento e saúde, envelhecimento bem-sucedido e mitos respeitantes à pessoa idosa; no Capítulo II, dá-se destaque ao tema da Funcionalidade, definição do conceito, importância da avaliação da funcionalidade e respectivos instrumentos de avaliação. Tratam-se também temas associados à depressão, alterações cognitivas e acidente vascular cerebral (AVC) nos idosos, focando as suas implicações, causas e consequências.

Na 2ª. Parte (Estudos Empíricos) caracteriza-se o tipo de investigação e a amostra utilizada, indicam-se os objectivos da mesma, formulam-se as hipóteses e descrevem-se os instrumentos de recolha de dados e tratamento estatístico utilizado. Por fim, apresentam-se e discutem-se os resultados obtidos.

A terminar, tecem-se algumas considerações finais, onde se revê de forma resumida a problemática do envelhecimento demográfico e da funcionalidade, se agrega e se revê os resultados obtidos, reflectindo-se acerca da importância dos mesmos e propondo-se um conjunto de sugestões passíveis de ser objecto de análise e implementação em Centros de Dia e Lares de Idosos, que visam contribuir directamente para a melhoria das condições e qualidade de vida, assim como a prevenção do aparecimento de maiores níveis de dependência.

PARTE I
Estudos Teóricos

Capítulo I

1. O Envelhecimento – Enquadramento geral

No quadro da União Europeia, Portugal é o país que entre 1981 e 1991, sofreu um envelhecimento mais acentuado. A proporção de idosos passou de 11,5% para 13,7%. Este facto deve-se a um atraso na evolução do sistema demográfico da população portuguesa, relativamente à evolução dominante, e que é comum aos países do Sul da Europa (Fernandes, 2005).

A dinâmica do crescimento da população residente em Portugal, nos primeiros anos do século XXI caracteriza-se pela redução do saldo natural, que se torna negativo em 2007, provocada, sobretudo, pela queda dos nascimentos com vida, por saldos migratórios positivos mas com tendência para baixar e pelo agravamento progressivo do envelhecimento demográfico, isto é, pelo aumento da proporção da população idosa no total da população.

A análise de tábuas de mortalidade sucessivas permite identificar o avanço no campo da esperança de vida. De acordo com Carrilho (2005), entre 2000 e 2007, a esperança de vida à nascença aumentou em Portugal 2.3 anos para os homens e 1.9 anos para as mulheres e situou-se em 75.7 anos e 82.2 anos, respectivamente, valores próximos da média europeia (75.8 anos nos homens e 81.9 anos nas mulheres em 2005) e que o colocam num lugar intermédio tanto para os homens como para as mulheres.

Actualmente, estima-se que os homens que atinjam os 60 anos de idade vivam ainda mais 20.5 anos, enquanto as mulheres que alcancem a mesma idade podem esperar viver mais 24.6 anos. Os ganhos foram idênticos nos dois sexos, face aos valores estimados no período anterior (Carrilho, 2005).

As projecções disponíveis no INE apontam para a diminuição da população e para a progressão do fenómeno do envelhecimento, mesmo na hipótese de os níveis de fecundidade aumentarem e de os saldos migratórios continuarem positivos. O envelhecimento demográfico surge, assim, como um fenómeno irreversível.

A adaptação ao envelhecimento implica um ajustamento das diferentes fases da vida às modificações e oportunidades decorrentes do aumento da longevidade. Desde a

década de 50, altura em que a idade de reforma foi fixada em 65 anos na maior parte dos regimes públicos de pensão, a esperança de vida aumentou 8 a 10 anos. No entanto, no mesmo período a participação dos homens de 60 a 64 anos na mão-de-obra desceu de perto de 80% para aproximadamente 30%. Além do mais, a tendência verificada nas duas últimas décadas para uma saída cada vez mais precoce do mercado de trabalho causou uma diminuição também substancial das taxas de participação dos trabalhadores de 50 a 59 anos.

Esta tendência pode ser vista como o resultado de uma vontade generalizada de prescindir de rendimentos em troca de lazer, à medida que a prosperidade da sociedade e dos indivíduos aumenta. A saída precoce representa, incontestavelmente, uma opção atraente a curto prazo para alguns trabalhadores de idade mais avançada, quando comparada com as pressões do trabalho ou o desemprego de longa duração.

A forma mais produtiva e eficaz de enfrentar a ameaça que o envelhecimento constitui para a sustentabilidade dos regimes de pensão consiste em inverter a tendência de reforma antecipada.

Os idosos atingem já os 20% da população em vários países e tornam-se uma franja poderosa das sociedades democráticas e uma preocupação social dos estados. De acordo com Paúl (2005), Walker (1999) considera três fases na evolução da preocupação política com os idosos: 1) a primeira fase vai de 1940 a 1970, quando se começa a colocar uma série de questões em torno da reforma e se enfatiza a dimensão social do envelhecimento, com os idosos a tornarem-se mais dependentes mediante a fixação de uma idade para essa reforma; 2) a segunda fase é de transição, entre 1970 e 1980, passando o envelhecimento a ser encarado como um problema económico; 3) actualmente, a problemática dominante continua a ser relativa à sobrecarga económica do envelhecimento e observa-se o surgimento de movimentos políticos de idosos.

Ao longo dos tempos, o conceito de envelhecimento e as atitudes perante os velhos têm vindo a mudar e reflectem, por um lado, o nível de conhecimentos sobre a fisiologia e anatomia humanas e, por outro lado, a cultura e as relações sociais das várias épocas (Paúl, 2005).

O estudo do Envelhecimento

O estudo dos processos de envelhecimento ganha, no início do séc. XXI, um relevo e uma prioridade indiscutíveis. De facto, a pertinência que os temas relativos à idade adulta, à velhice e ao envelhecimento têm vindo a adquirir nos últimos anos, em grande medida devido à evolução sócio-demográfica a que se assiste no mundo ocidental, revela-se urgente estudar e conhecer mais acerca do período coincidente com a segunda metade da vida humana (Fonseca, 2006).

De acordo com Peterson (2004), a investigação no campo do envelhecimento está a avançar a uma velocidade cada vez maior. Com o envelhecimento da América, a dimensão do segmento mais idoso da população está a aumentar mais rapidamente do que qualquer outro (Brookmeyer *et al.*, 1998, *in* Peterson, 2004). As pessoas vivem durante mais tempo. Em conjunto com este fenómeno surgem preocupações sobre a qualidade de vida das pessoas à medida que envelhecem.

Vaz Serra (2006) refere que, de acordo com Wickens (1998), “deve haver precaução quando nos referimos ao termo envelhecer. No seu quotidiano envelhecer significa simplesmente ficar com mais idade. Este facto só é verídico durante a fase de desenvolvimento ou de crescimento do ser humano, em que não ocorre qualquer declínio no vigor do indivíduo. O declínio só começa a ocorrer quando o ser humano atinge a maturidade, na vida adulta”.

O processo de envelhecimento traz consigo, gradualmente, o enfraquecimento muscular e o prejuízo de numerosas funções corporais e intelectuais. Mas, neste contexto, refira-se que nem todas as funções biológicas declinam ao mesmo tempo. Em seres humanos que se exercitam intelectualmente e praticam exercício físico regular as funções biológicas e psíquicas podem resistir por muito tempo ou até melhorar com a idade. “Duas pessoas diferentes não envelhecem rigorosamente da mesma maneira” (Vaz Serra, 2006).

O declínio das diversas funções não é uniforme nem no mesmo indivíduo nem de indivíduo para indivíduo. Spar e La Rue (1998) (*cit in* Vaz Serra, 2006) assinalam que, numa dada pessoa em particular, não devemos atribuir grande relevo à idade cronológica, pois é preferível considerar que a um indivíduo podem corresponder idades diferentes, de natureza biológica, psicológica e social. Num dado parâmetro pode ser considerado um “velho” enquanto noutro pode ser tido como um “jovem”.

Os idosos encontram-se numa situação muito particular da vida, que não é apenas inerente à idade que têm mas também a todos os acontecimentos que foram ocorrendo ao longo da sua existência.

Os modelos biológicos do desenvolvimento distinguem muitas vezes duas fases da vida: o crescimento e o envelhecimento. Estes modelos baseiam-se primariamente na observação de que, para a maioria dos organismos, existe um período de crescimento físico e de diferenciação que conduz à maturidade, ao qual se segue um período de senescência (Schroots e Birren, 1996, *in* Peterson, 2004). O termo «senescência» designa a perda de capacidade funcional e de adaptabilidade. Os critérios de diagnóstico do défice de memória relacionado com a idade parecem ter origem num modelo biológico do envelhecimento. Este facto parece ser especialmente evidente no requisito de que o desempenho dos adultos mais velhos seja comparado com as normas estabelecidas para as idades compreendidas entre os 20 e os 34 anos. Os dados transversais sobre o desempenho da memória sugerem que esta é a idade em que o funcionamento da memória é óptimo ou «maduro» (Albert, 1988, *in* Peterson, 2004). Como as doenças também provocam perda da capacidade funcional e da adaptabilidade, o envelhecimento e a doença são frequentemente vistos em paralelo no envelhecimento biológico.

Uma perspectiva contrastante é a do desenvolvimento ao longo da vida (Baltes e Reese, 1984) que teve origem, em parte, na psicologia do campo do envelhecimento. Segundo esta perspectiva, «as alterações (crescimento, desenvolvimento, envelhecimento) que as pessoas manifestam a partir do momento da sua concepção, ao longo das suas vidas e até ao momento da sua morte, concebem-se como desenvolvimento». No âmbito deste modelo, a «maturação» prossegue após o crescimento físico, até ao longo da vida e evita termos que sugiram anomalias deste processo.

Quer os investigadores e médicos adoptem um modelo de senescência quer de desenvolvimento ao longo da vida para o envelhecimento, qualquer um deles influenciará de forma importante a sua abordagem ao espectro entre o envelhecimento normal e a doença.

Envelhecimento e Saúde

A problemática da saúde (física e mental) nos idosos, real e percebida, é um aspecto fundamental quando se efectua uma análise sobre as condições psicológicas do envelhecimento (Fonseca, 2006). A referência a problemas de saúde é uma constante, surgindo claramente no topo das preocupações dos idosos.

Se a saúde física não é, por si só, condição de felicidade, a sua ausência provoca sofrimento e quebra no bem-estar, através de interacções complexas, directas e indirectas com outros factores da qualidade de vida. A doença física mobiliza as capacidades de *coping* dos indivíduos para a recuperação, focaliza toda a actividade e recursos nesse problema e pode, secundariamente, fazer com que haja perda de poder económico, pelos gastos com a saúde, alteração das actividades diárias e das relações sociais, desconforto, e por vezes o medo da morte. Todas estas questões, comuns às situações de doença, surgem mais prováveis e agravadas no caso dos idosos. Face a menores capacidades, a adaptação pode resultar dificultada e exigir optimização do meio físico e social para que o sujeito que envelhece readquira um equilíbrio favorável (Paúl, 2005).

Aparentemente, o estado de ânimo, a competência e o nível de actividade dos idosos variam quer com o estado de saúde real dos indivíduos, quer com a avaliação que os indivíduos idosos dela fazem, não hesitando Whitbourne (1987, *in* Fonseca, 2006) em afirmar que a saúde física exerce um impacto poderoso no bem-estar psicológico dos indivíduos idosos.

A importância da variável saúde/doença no envelhecimento é de tal modo importante que está na origem da distinção “clássica” entre envelhecimento normal ou primário (não implica a ocorrência de doença) e envelhecimento patológico ou secundário (há doença e esta torna-se na causa próxima da morte) (Birren & Cunningham, 1985; Lachman & Baltes, 1994, *in* Fonseca, 2006).

Esta diferenciação conduz a dois cenários distintos na forma como se encara o envelhecimento, com base no “factor saúde”: por um lado num sentido mais optimista, evidenciando o trabalho que investigadores têm desenvolvido e que permitiu o desacelerar ou mesmo prevenir a incidência de muitas doenças crónicas, fazendo com

que a maioria das pessoas, pelo menos até cerca dos 75 anos, sejam relativamente saudáveis (Lachman & Baltes, 1994): por outro lado, num sentido mais pessimista, constatando que continua a existir uma grande probabilidade das pessoas contraírem doenças muito graves (Alzheimer, Parkinson, demências de várias ordens, ...), cuja incidência aumenta muito na velhice, fazendo diminuir a qualidade de vida a partir dessa idade de modo irreversível (Baltes & Smith, 2003, *in* Fonseca, 2006).

Falar de idosos obriga, pois, a que se atenda sempre à sua condição de saúde, um dos aspectos chave do seu bem-estar geral e, por isso mesmo, um dos aspectos a ter em conta em qualquer intervenção que tenha por objectivo a promoção de um envelhecimento óptimo. Um dos actuais e mais poderosos paradigmas relativos à saúde – “a saúde comportamental” – coloca o comportamento individual na base de uma cadeia causal de responsabilidades pela saúde/doença de cada pessoa (Paúl e Fonseca, 1999, 2001).

Para além dos comportamentos individuais, a dimensão relacional assume igualmente um importante papel na promoção da saúde, designadamente, da saúde mental.

Em Portugal, vários autores como Barreto (1984, 1988), Paúl (1996, 2001), Novo (2003) sublinham que a existência de relações sociais significativas na velhice é considerada como um factor protector da saúde mental dos indivíduos; se isto é assim durante toda a vida, torna-se algo ainda mais significativo em fases de maior vulnerabilidade, como sucede no envelhecimento. Ao longo da vida, as redes sociais dos indivíduos mudam de acordo com os contextos familiares, de trabalho e de vizinhança, entre outros; acontecimentos como a reforma, a morte dos pares, a mudança de casa, etc., são susceptíveis de alterar profundamente essas redes, desagregando-as e/ou reorganizando-as, em todo o caso modificando-as e, nessa medida, facilitando ou dificultando a manutenção da saúde mental dos idosos (Paul e Fonseca, 2005).

A ligação entre saúde e actividade, bem como a capacidade do indivíduo para ajustar a sua vida a determinados limites e restrições, mantendo a autonomia e o controlo, surgem assim, como os traços que melhor definem o conceito de saúde aplicado ao envelhecimento.

Para Fernandes (2005), “a sobrevivência das gerações mais velhas tem reflexos na morfologia social e adquire visibilidade não só nos jardins e parques dos centros das grandes cidades, como nas aldeias e vilas do interior. É toda uma paisagem humana que se vem alterando. Desocupados, parados, nos bancos dos jardins, nos cafés, nas esquinas, deixam escoar o tempo ao longo do dia, que parece não terminar mais”. Esta situação de solidão, falta de actividade, isolamento social, depressão compromete, sem dúvida alguma, a saúde mental desta população idosa que sobrevive cada vez mais, mas muitas vezes sem saber bem o que fazer e como fazer.

Na verdade, o isolamento e a solidão social, factores determinantes no desenvolvimento de certas patologias mentais, devem ser contrariados através de medidas que promovam a actividade e integração comunitária, de forma a que a pessoa idosa se sinta como elemento de uma sociedade, o que tantas vezes parece deixar de acontecer. Neste sentido, seria interessante que centros de saúde, câmaras, associações recreativas, instituições agissem conjuntamente no sentido de conjugar esforços para uma sociedade mais activa e dinâmica para a pessoa idosa.

O paradigma proposto pela OMS acerca das vantagens de uma envelhecimento activo começa a emergir, na medida em que já se notam algumas intervenções ao nível público, no sentido em que quanto mais activo o idoso estiver maior é a probabilidade de envelhecer com saúde.

Envelhecimento activo do ponto de vista da saúde promove a participação e optimiza estilos de vida mais activos e saudáveis que contribuem para a qualidade de vida das pessoas que envelhecem (Paul, 2006).

O envelhecimento é um processo diferencial e dinâmico que requer sempre, ao longo da vida algumas adaptações. A OCDE propôs um modelo onde se consideram duas etapas do envelhecimento: a primeira etapa, dos 65 aos 80 anos – passagem à reforma – mas onde persiste a autonomia; e uma segunda etapa, a partir dos 80 anos, que corresponde a um período de vulnerabilidade, fragilidade e dependência.

Nesta segunda etapa, marcada pelo aumento considerável da dependência, o aumento das situações de demência como Alzheimer, Parkinson, entre outras, incapacidades motoras resultantes de patologias cardiovasculares, doenças crónicas em

geral, constitui uma responsabilidade demasiado pesada para os familiares cuidadores (Fernandes, 2005).

Torna-se imperioso que se organizem medidas de apoio, de resposta às dificuldades, medidas de suporte e cooperação institucional, de forma a ser resposta aos idosos cada vez mais dependentes, e aos seus familiares que não conseguem, por si só, contornar esta situação de autonomia reduzida dos seus familiares.

Convém referir que Portugal tem já implementadas algumas boas práticas, como é o caso da unidade de psicogerontologia, a Associação dos Familiares e Amigos dos Doentes de Alzheimer (APFADA), o Programa de Apoio Integrado a Idosos (PAII), o aumento das reformas mais baixas e, por último, no âmbito da saúde, Rede de Cuidados Continuados Integrados. Todas estas medidas têm, na realidade, veiculado uma progressiva melhoria dos serviços e cuidados prestados à população idosa.

A prestação de cuidados no domicílio ou em pequenas unidades de internamento, menos onerosas e de dimensão mais humanizada, é, sem dúvida, uma alteração a introduzir a nível da prestação de cuidados (Fernandes, 2005).

É extremamente importante que as políticas sejam estimuladas pelos princípios de promoção do bem-estar ao longo da vida, enquanto trajectória contínua, porque só assim ficaremos preparados, não para encarar o envelhecimento, mas para saber viver melhor ao longo da vida.

O envelhecimento bem-sucedido

O conceito de “envelhecimento positivo”, “envelhecimento com sucesso”, ou ainda “envelhecimento bem sucedido”, surgiu nos anos 60 e definia então quer um mecanismo de adaptação às condições específicas da velhice, quer a procura de um equilíbrio entre as capacidades do indivíduo e as exigências do ambiente.

Um dos principais contributos para a afirmação deste conceito ao longo dos anos 80 e 90 resultou de um importante estudo levado a efeito nos Estados Unidos pela fundação MacArthur, cujos principais resultados são sintetizados na obra *Successful Aging* (Rowe e Kahn, 1998, *in* Fonseca, 2005).

Segundo Rowe e Kahn, este estudo prende-se com a necessidade de ultrapassar uma visão sobre o envelhecimento centrada em aspectos relacionados com doenças, incapacidades de várias ordens e declínio em geral, substituindo-a por uma abordagem que encara o envelhecimento numa perspectiva global, valorizando os aspectos biológicos, psicológicos e sociais.

Desta forma, o estudo da Fundação MacArthur preconiza uma concepção de envelhecimento bem sucedido baseada “nos diversos factores que permitem aos indivíduos continuarem a funcionar de forma eficaz, tanto física como mentalmente, na velhice” (Rowe e Kahn, 1998, *in* Fonseca, 2005). Os autores enfatizam os aspectos positivos do envelhecimento, ultrapassam a visão limitada dos efeitos da idade cronológica e clarificam os factores de natureza genética, biomédica, comportamental e social responsáveis pela manutenção – ou melhoria – do desempenho do indivíduo na parte final da vida.

De acordo com Fonseca (2005), “falar em envelhecimento positivo ou bem sucedido pode causar alguma surpresa, dado associarmos geralmente o termo «sucesso» a representações que nada têm a ver com o que se espera habitualmente do processo de envelhecimento, o qual faz frequentemente apelo a noções como perda, declínio e aproximação da morte”. De notar que mesmo as investigações que têm procurado evidenciar perspectivas de descrição do envelhecimento em que este é encarado de uma forma “natural”, não confinado a uma visão determinista e fatalista, reconhecem que a velhice é uma fase crítica do desenvolvimento humano, sendo geralmente experimentada como uma fase em que a tendência de declínio em muitos domínios da vida é claramente prevalecente. “De facto, acontecimentos incontrolláveis e irreversíveis de pendor negativo acumulam-se na fase final da vida, recursos

adaptativos em muitas áreas do funcionamento mental e físico tendem a declinar, e com o estreitamento das perspectivas de futuro torna-se cada vez mais difícil para a pessoa idosa retirar sentido e encontrar significado na definição de objectivos voltados para o futuro. Apesar de haver uma margem bastante larga de variabilidade individual, os processos de envelhecimento estão geralmente associados a expectativas de um balanço cada vez mais desfavorável entre ganhos e perdas desenvolvimentais” (Brandtstadter, Rothermund e Schmitz, 1997, *in* Fonseca, 2005).

Refira-se que nenhum homem ou nenhuma mulher conseguem atingir uma velhice bem sucedida sozinhos, ignorando as circunstâncias sociais e ambientais envolventes, pelo que a este nível o sucesso é sempre uma medida para a qual concorrem factores históricos e contextuais.

Relativamente a este aspecto, note-se que as sociedades que mais particularmente têm enfatizado a possibilidade de o envelhecimento ser vivido de uma forma positiva, são as mesmas sociedades onde se gerou e se encontra ainda bastante implantada uma visão estereotipada das pessoas idosas (como incapazes, dependentes, rígidas, maçadoras, um peso para os mais novos e para o resto da sociedade).

Nos últimos anos, em larga medida devido aos avanços das ciências médicas, psicológicas e sociais, mas também porque o envelhecimento generalizado da população do mundo ocidental converteu o fenómeno em algo “comum”, a velhice passou a ser simplesmente considerada, quer em termos psicológicos, quer em termos sociológicos, como mais um estágio na vida das pessoas, na continuidade dos anteriores. Na sequência de estudos como o da Fundação MacArthur, esta inversão na representação da velhice tem feito com que, progressivamente, sejam destruídos uma série de estereótipos e de mitos de pendor negativo, fazendo emergir uma imagem positiva e de normalidade associada ao acto de envelhecer, transmitida por noções como actividade, autonomia ou capacidade de realização.

O envelhecimento bem sucedido é um constructo complexo. De acordo com Baltes e Carstensen (1996, *in* Fonseca, 2005), trata-se de um conceito que incorpora essencialmente dois processos relacionados entre si. Por um lado, trata-se de uma capacidade global de adaptação às perdas que ocorrem habitualmente na velhice, não pela adopção indiferenciada de critérios normativos externos, mas sim através de uma procura individual de resultados e objectivos significativos para o próprio, mesmo quando já é notório um declínio de possibilidades e de oportunidades. Por outro lado, o envelhecimento bem sucedido pode ser atingido mediante a escolha de determinados

estilos de vida, que satisfaçam o objectivo de manutenção da integridade física e mental até aos últimos momentos da existência. Obviamente, em ambas as faces deste processo está implícita a ideia de que não há um só caminho de envelhecimento bem sucedido, reflectindo esta diversidade a importância que desempenham no acto de envelhecer factores como a personalidade, o contexto sócio-cultural ou as relações familiares.

Numerosas medidas de envelhecimento bem sucedido têm sido propostas, ao longo dos anos, para a abordagem do conceito. Baltes e Carstensen (1996, 1999) sugerem que se incluam factores psicossociais (como satisfação de vida, bem estar psicológico, suporte social percebido e envolvimento na vida da comunidade), saúde física, capacidades funcionais e estilo de vida, condições biofísicas (como força e resistência) e condições sociais (como educação e pertença a redes sociais). Schulz e Heckhausen (1996) sinalizam outras variáveis possíveis, tais como o funcionamento cardiovascular, a ausência de incapacidades permanentes, o desempenho cognitivo, o controlo primário e realizações nos domínios físico ou artístico. Lehr (1999) faz um elenco das medidas com as quais é possível correlacionar o envelhecimento bem sucedido, físico e psíquico, agrupando-as em sete categorias: (I) factores genéticos e factores biológicos, (II) factores ecológicos, (III) meio ambiente e socialização, (IV) interacção social, (V) personalidade, inteligência e interesses, (VI) educação, cultura e ocupação, (VII) nutrição, saúde e actividade física. Por fim, Krause (2001) dirá que a disponibilidade de redes de suporte social constitui o aspecto mais determinante do envelhecimento bem sucedido (*in* Fonseca, 2005).

Apesar da grande disputa associada à definição do conceito envelhecimento bem sucedido é incontestável que a saúde assume uma extrema importância como critério para um envelhecimento bem sucedido.

Fernández-Ballesteros (2002) defende ser possível e desejável promover um envelhecimento óptimo, partindo de três princípios básicos: (I) o envelhecimento da população constitui um êxito da sociedade moderna, conseguindo “dar mais anos à vida”, (II) o envelhecimento da população lança um desafio aos indivíduos e à própria sociedade, pois, na medida em que se vive por mais tempo, mais elevadas são as probabilidades de ver o dia-a-dia limitado por doenças e outras formas de incapacidade, (III) os idosos não são um grupo homogéneo, sendo possível envelhecer de muitas formas e acabando a experiência da velhice por ser mesmo a mais heterogénea de todas as fases da vida –, a solução para se atingir um envelhecimento óptimo passa pela

prevenção de um envelhecimento patológico e pela promoção de uma série de condições pessoais e sociais susceptíveis de favorecer “o envelhecimento com êxito, competente, activo, satisfatório” (Fernandez-Ballesteros, 2002, *cit in* Fonseca, 2005).

No seu conjunto, poder-se-á afirmar, segundo Fonseca (2005), que as teorias do envelhecimento bem-sucedido vêem os indivíduos idosos como pró-activos, regulando a sua qualidade de vida pela definição de objectivos e lutando para os atingir, servindo-se para tal de recursos que são úteis para a adaptação a mudanças relacionadas com a idade e envolvendo-se activamente na preservação do seu bem-estar. Tais objectivos estão dirigidos, habitualmente, para áreas como a saúde, a autonomia pessoal, a estabilidade emocional, a auto-estima, o casamento, a vida familiar e as relações de amizade, de modo que Schulz e Heckhausen (1996, *in* Fonseca, 2005)) assinalam que parece existir consenso na caracterização de um envelhecimento bem sucedido em torno de critérios como um adequado desempenho físico e cognitivo, a ausência de patologias e incapacidade, a manutenção do controlo primário e envolvimento na vida. Deste modo, torna-se plausível afirmar que envelhecer com sucesso corresponde à adopção de estratégias de *coping* adequadas para lidar com os desafios inerentes ao processo de envelhecimento.

De acordo com Paúl (1996), “quando se coloca a questão da velhice bem ou mal sucedida estamos a definir padrões de adaptação do idoso às suas actuais capacidades de funcionamento, no seu contexto de vida, implicando com isso quer critérios externos, sociais, relativos ao que se espera do idoso em cada cultura, quer critérios internos, numa perspectiva individual, o sentir e a vontade subjectiva. Estes critérios podem não coincidir e acontecer que uma pessoa seja considerada inadaptada quando se sente satisfeita, e inversamente, tornando difícil definir critérios para uma velhice bem sucedida”. Assim, o conceito de envelhecimento bem sucedido faz sentido numa perspectiva ecológica, visando o indivíduo no seu contexto sócio-cultural, integrando a sua vida actual e passada, ponderando uma dinâmica de forças entre as pressões ambientais e as suas capacidades adaptativas, dando o devido relevo ao “sentir subjectivo de cada indivíduo, completamente idiossincrático, que se compreende à luz da construção da história de vida de cada um” (Paúl, 1996).

Outros estudos têm ajudado a consolidar uma ideia que é central ao próprio conceito de envelhecimento bem sucedido, ou seja, envelhecer não constitui um sinónimo inevitável de deterioração, dependência e perda de qualidade de vida. Heikkinen (2000, *in* Fonseca, 2005) identificou uma série de importantes factores de

vulnerabilidade susceptíveis de colocar em risco um envelhecimento saudável, como a falta de saúde, a diminuição de capacidades perceptivas, problemas de mobilidade e escassez de relações humanas. Segundo este autor, desde que os indivíduos não tenham problemas sérios no seu quotidiano ou sofram dos referidos factores de vulnerabilidade, nada sugere experimentem uma velhice estereotipada, pelo contrário, tudo aponta no sentido de poderem viver a sua vida como qualquer outra pessoa, mesmo quando a sua idade já ultrapassa os 80 anos.

Sousa e Figueiredo (2002), num estudo realizado em Portugal, constataram que 54% dos indivíduos participantes no estudo, se mostravam completamente independentes na sua vida quotidiana, mesmo com idades compreendidas entre os 75 e os 99 anos, o que evidencia um mais que provável envelhecimento bem sucedido.

O processo de envelhecimento, sobretudo quando se atingem idades avançadas, é frequentemente acompanhado por sinais de dependência, fazendo com que as pessoas, à medida que a idade avança, sintam ansiedade pela perda eventual de capacidades físicas e mentais, com tudo o que isso implica em termos de uma progressiva diminuição das condições de vida.

O co-ajustamento permanente entre objectivos e recursos de acção é uma fonte de resiliência do *self* ao longo do ciclo de vida. Dado que a vida de qualquer ser humano é geralmente uma mistura de resultados desejáveis e consequências menos agradáveis, ou seja, de perdas e ganhos, tudo indica que tanto a noção de desenvolvimento óptimo como a de envelhecimento bem sucedido necessitam de ser equacionadas à luz dos modos como as pessoas lidam com as divergências entre os resultados desenvolvimentais desejáveis e as trajectórias reais dos respectivos cursos de vida (Fonseca, 2005).

Brandtstadter e Rothermund (2002) defendem que “em qualquer momento do ciclo de vida – mas talvez mais ainda na velhice – o bem-estar e a auto-estima dependem não apenas do controlo percebido sobre o desenvolvimento futuro, mas também da disponibilidade para aceitar o próprio passado (o qual é inalterável) e para assumir sem nostalgia nem lamentações os percursos de vida uma vez desejados mas nunca atingidos” (*cit in* Fonseca, 2005).

Alguns mitos respeitantes ao idoso

De acordo com António Simões (1990, pp. 109), “os idosos não constituem um grupo homogéneo de indivíduos, cujo perfil possa facilmente descrever-se, com base numa meia dúzia de traços”.

Desta forma, torna-se indispensável ter em conta as diferenças individuais, ao descrever e explicar a personalidade de qualquer indivíduo, uma vez que essas diferenças individuais aumentam com a idade, sendo os idosos, por este motivo, um grupo que merece particular atenção.

Insistindo na heterogeneidade dos idosos convém refutar o estereótipo de que não há diferenciação entre os membros do grupo. Na verdade, Neugarten (1976) diferencia duas categorias de idosos: a dos *young-old* ou idosos jovens (60 aos 75 anos) e a dos *old-old* ou muito idosos (com mais de 75 anos). Por outro lado, Botwinick (1981) considera relevante desdobrar a categoria dos *old-old*, em dois grupos, por ele designados de *idosos velhos* (75-84 anos) e *idosos muito velhos* (85 ou mais anos) (Simões, 1990).

Continuando a insistir na heterogeneidade dos idosos, convém distinguir idosos institucionalizados de idosos não institucionalizados – trata-se de duas populações diferentes: pela sua condição de vida, pelo número e condição dos seus efectivos. Na realidade, os idosos institucionalizados diferem muito dos não institucionalizados, de forma que os estudos que baseiam as suas amostras apenas em idosos institucionalizados tenderiam a dar uma imagem distorcida dos idosos, ao apresentarem uma visão demasiado negativa dos mesmos.

António Simões (1990) define os idosos pela negativa, o que os idosos *não são*.

Os idosos não são pessoas doentes. “Não se pode confundir envelhecimento com doença; senescência com senilidade” (pp. 111).

Os idosos não são indivíduos assexuados. Estudos realizados (Broderick, 1982) sobre a actividade sexual dos idosos contrariam frontalmente a visão dos mesmos como seres assexuados. “Os idosos interessam-se, portanto, pela vida sexual e mantêm-se, de facto, sexualmente activos” (Simões, 1990, pp. 114).

Os idosos não são pessoas que vivem angustiadas com a morte. Simone de Beauvoir (1970) refere que o “medo da morte é menor entre os idosos” (in Simões, 1990, pp. 114). De acordo com o autor, “o conjunto de dados que possuímos não revela que os idosos sejam os que mais temem a morte. Se algum grupo etário parece particularmente afectado pelo medo da morte, não é o dos idosos, mas o das pessoas de meia-idade”.

É na meia-idade que as pessoas têm mais responsabilidades. Assim, as perdas originadas pela morte são maiores, por conseguinte, a ansiedade aumenta.

Nos idosos é diferente, as experiências de perdas e a familiarização com a morte é mais evidente, sendo, deste modo, menos temida. No entanto, isto não significa que os idosos não se preocupem com a morte – a frequência com que falam e pensam na morte até é maior – só que a morte não é vivenciada como um assunto tão ameaçador como para uma pessoa de meia-idade.

Os idosos não são indivíduos cognitivamente diminuídos. De acordo com Botwinick (1981) (in Simões, 1990, pp.117), “há poucas dúvidas acerca do declínio das funções biológicas, mas é controverso se as capacidades mentais declinam, no fim da vida”.

Dimensões de comportamento e funcionamento psicológico na velhice

Algumas dimensões de comportamento e de funcionamento psicológico adquirem, na velhice, uma expressão diferente, designadamente: a competência, a cognição, a personalidade, a saúde, a satisfação de vida e o bem-estar psicológico (Fonseca, 2006).

A competência

A competência é definida, em termos da psicologia dos idosos e do envelhecimento, como a capacidade do indivíduo para realizar aquelas actividades consideradas como essenciais para a existência, podendo assim ser tomada como sinónimo de autonomia (Pushkar, Arbuckle, Maag, Conway & Chaikelson, 1997, cit in Fonseca, 2006).

A ideia de que a inteligência e as capacidades mentais declinavam com a idade é hoje posta em causa e declínio generalizado e irreversível das capacidades cognitivas com a idade surge como mais um estereótipo ligado ao envelhecimento, como o Estudo de Harward, por exemplo, tão bem demonstra (Vaillant, 2002, *cit in* Fonseca, 2006).

Com efeito, se por um lado os adultos e os idosos apresentam formas de pensamento e de resolução de problemas diferentes dos mais jovens, por outro lado, a haver uma forma de inteligência característica dos idosos, ela não pode ser desligada dos contextos em que eles vivem.

A personalidade

A personalidade surge como uma das dimensões do funcionamento psicológico individual susceptível de manifestar variações intra-individuais com o envelhecimento. Zamarrón & Fernández-Ballesteros (2002) referem que um dos estereótipos mais frequentes relacionados com a velhice prende-se justamente com a ideia de que as pessoas idosas são teimosas, tristes, “chatas”, mal-humoradas, etc., assumindo que há um conjunto de condições e características típicas que definem psicologicamente uma pessoa e que sofrem uma evolução com a idade, sendo que, no caso da personalidade, essa evolução é de teor francamente negativo (*in* Fonseca, 2006). No entanto, de acordo com o autor, os dados de investigações realizadas neste âmbito “não só rejeitam esta generalização como inclusivamente a contrariam em alguns casos”.

A saúde

A problemática da saúde nos idosos é um aspecto fundamental quando se analisam as condições psicológicas do envelhecimento. A referência a problemas de saúde é uma constante, surgindo claramente no topo das preocupações dos idosos. Aparentemente, o estado de ânimo, a competência e o nível de actividade dos idosos variam quer com o estado de saúde real dos indivíduos, quer com a avaliação que os indivíduos idosos dela fazem. Neste sentido, “muitas das representações que vão sendo construídas acerca da velhice decorrem precisamente da avaliação dos idosos, profissionais de saúde e a sociedade em geral fazem do estado de saúde associado ao decurso do envelhecimento” (Flick, Fischer, Neuber, Schwartz & Walter, 2003, *cit in* Fonseca, 2006).

A satisfação de vida

Paúl (1992), bem como Caspi e Elder (1986) encaram a satisfação de vida na velhice como uma comparação entre as aspirações iniciais e aquilo que foi realmente alcançado, um balanço entre os objectivos previstos e as metas alcançadas. De acordo com os autores, “as realizações alcançadas na velhice são modeladas pelas experiências do passado” (*in* Fonseca, 2006).

Fry (1992) preconiza, mediante uma abordagem sócio-ambiental, a “existência de ligações entre a satisfação de vida na velhice, recursos pessoais e recursos sociais”. Fry (1992) advoga que a compreensão da satisfação de vida na velhice deve assentar numa abordagem sócio-ambiental, integrando dimensões de ordem social e examinando os efeitos dos recursos pessoais e sociais na satisfação de vida dos idosos.

Qualls (1992) (*cit in* Fonseca, 2006), invoca a este propósito o “síndrome de ruptura social”, querendo através dele significar a existência de uma sequência circular de múltiplas causalidades que provocam uma “desvalorização” comprometedora da satisfação de vida na velhice, materializada nos seguintes sintomas: “maior susceptibilidade individual, dependência face a rótulos, adaptação passiva ao papel de dependente, aprendizagem de hábitos inerentes a um papel dependente, imagem de si próprio como desajustado, etc.”. A ideia de fundo presente no “síndrome de ruptura social” é que a idade pode funcionar como um factor de estratificação social, contribuindo para um sentimento de perda de satisfação de vida (Fonseca, 2006).

O bem-estar psicológico

De acordo com Novo (2003), “a avaliação positiva e aceitação de si, um sentimento de contínuo desenvolvimento como pessoa, a crença de que a vida pessoal é importante e significativa, o estabelecimento de relações positivas com outros, a capacidade para gerir a vida própria e as exigências externas com eficácia e um sentido de determinação face à realização de objectivos pessoais, constituem vias de construção do Bem-Estar Psicológico e reflectem, naturalmente, os sentimentos de satisfação e felicidade de cada um consigo próprio, com as suas condições de vida sociais, relacionais, com as realizações pessoais do passado e com as expectativas de futuro” (*cit in* Fonseca, 2006, pp, 153).

Capítulo II

A FUNCIONALIDADE DOS IDOSOS

1. Introdução

O envelhecimento humano, enquanto integrante do ciclo biológico da vida, constitui um conjunto de alterações morfofuncionais que levam o indivíduo a um processo contínuo e irreversível de desestruturação orgânica. É um processo que envolve factores hereditários, a acção do meio ambiente, a própria idade, a dieta, tipo de ocupação e estilo de vida. Além destes factores, existem outros que estão condicionados pelo contexto social ao qual pertence um indivíduo e também afectam a sua vida e a sua saúde. Este processo vem exercendo substancial influência sobre o desenvolvimento e funcionamento das sociedades, de tal forma que todos os países tendem a incluir as possíveis repercussões deste acontecimento como assuntos prioritários no âmbito da saúde pública e da economia. A questão do envelhecimento populacional trará várias implicações sociais, exigindo a preparação dos países para atender às solicitações das pessoas na faixa etária acima dos 60 anos. Por outro lado, estas modificações sociodemográficas não ocorrem de forma homogénea de região para região. Em virtude disso, existem importantes diferenças e uma grande diversidade nos níveis de saúde de idosos, em função de factores socioeconómicos (Maciel & Guerra, 2007).

O resultado da interacção destes factores com os aspectos ambientais, estado de saúde física e mental, influenciam na qualidade de vida do idoso, sendo estes pontos fundamentais para os índices de morbilidade. Estudos prévios têm demonstrado uma forte associação entre condições socioeconómicas e *status* de saúde, onde de modo geral os dados indicam que os indivíduos residentes em áreas com baixa cobertura social e com maior exposição a factores de risco, tais como violência urbana, falta de higiene, desarranjo familiar, escassez de serviços de saúde, entre outros, configuram-se entre aqueles com piores indicadores de saúde.

Considerando este novo paradigma social e os seus reflexos na dimensão da saúde, surge no campo da epidemiologia o conceito de capacidade funcional, para definir, instrumentalizar e operacionalizar a saúde no idoso. Esta nova visão, com ênfase na avaliação da funcionalidade, significa a valorização de uma vida autónoma,

mesmo sendo o idoso portador de uma ou mais doenças. Trata-se, portanto, de um enfoque que transcende o simples diagnóstico e tratamento de doenças específicas, englobando factores sociais, físicos e cognitivos que afectam a saúde dos idosos.

Esta nova maneira de conduzir a avaliação geriátrica pode contribuir para o aumento da precisão diagnóstica, diminuição dos internamentos hospitalares, uso de medicamentos e, por fim, para a redução dos gastos sanitários, podendo, desta forma, constituir-se um importante instrumento de planeamento de acções de saúde para a população idosa (Maciel & Guerra, 2007).

A noção de funcionalidade, ou capacidade funcional, está relacionada com a autonomia na execução de tarefas de prática frequente e necessária a todos os indivíduos, como tarefas de cuidados pessoais e de adaptação ao meio em que se vive, que asseguram a possibilidade de se viver sozinho no domicílio (Fillenbaum, 1980, *in* Botelho, 2005).

Loewenstein e Rubert (1992) referem que os indicadores críticos da possibilidade de vida independente são constituídos pela capacidade revelada em manter funções de cuidados pessoais (como vestir, lavar, cuidar de si) e actividades instrumentais que possam servir para a manutenção da vida diária (possibilidade de fazer compras, de telefonar, de estar orientado no tempo e no espaço ou de efectuar pagamentos). Num estudo realizado por Loewenstein *et al.* (1992) os autores verificaram que os adultos idosos saudáveis não têm dificuldades em realizar o tipo de actividades mencionadas desde que as tenham cumprido com êxito no seu passado. Só não as conseguem realizar se tiverem graves limitações sensoriais, de saúde física ou mental (*in* Vaz Serra, 2006).

A avaliação da funcionalidade tem como objectivos identificar perturbações funcionais, físicas, mentais e sociais, e contribuir para a intervenção com vista à manutenção e/ou recuperação de capacidades (Stuck *et al.*, 1993). A prática efectiva de uma avaliação desta natureza permite detectar problemas não identificados na prática assistencial tradicional (Pinholt e col., 1987; Siu e col., 1994 *in* Botelho, 2005).

Os componentes a incluir para a avaliação da funcionalidade são os que permitem prever a capacidade dos idosos para se manterem a viver de um modo independente, uma vez que há probabilidade de isso poder vir a suceder na sua vida. Desta forma, devem ser estudadas a capacidade funcional e a capacidade locomotora, mesmo sem queixas espontâneas ou aparentes nestes domínios, em associação a uma

avaliação, de carácter mais clínico, da morbilidade física e mental, e a uma abordagem do foro social (National Institutes of Health, 1988; Botelho, 2005).

Citando Botelho (2000), “a capacidade funcional corresponde a um indivíduo poder cuidar de si próprio, desempenhando tarefas de cuidados pessoais e de adaptação ao meio em que vive. Deve ser avaliada segundo o que o indivíduo faz no seu quotidiano e com os meios de que dispõe e ser relacionada com factores físicos e/ou mentais e com factores extrínsecos, de natureza social, económica ou ambiental, que interfiram na função. E deve ser classificada de acordo com o grau de auto-suficiência nesse desempenho, o que, em termos dicotómicos, se pode manifestar como *independência* (quando há total independência, ou apenas a utilização de auxiliares mecânicos mediante o uso dos quais as limitações existentes são ultrapassadas) ou *dependência* (quando há a necessidade de ajuda regular de terceiros, na execução de pelo menos uma das tarefas de funcionalidade) (pp. 113)”. De acordo com uma possível progressão da disfunção, pode ser vantajoso graduar a dicotomia em quatro níveis:

- I) *Independência* – ausência de recurso a qualquer apoio;
- II) *Autonomia* – recurso a apoios mecânicos;
- III) *Dependência* – recurso a apoio de terceiros;
- IV) *Incapacidade* – em que o apoio de terceiros substitui a função (in Botelho, 2000).

Num estudo realizado pelo mesmo autor (Botelho, 2000), acerca da “*INDependência em IDosos*” – *Estudo INDID*, teceram-se algumas observações sobre a avaliação da funcionalidade dos idosos: apesar de não ser prática comum, no contexto da assistência médico-social aos idosos, a avaliação da sua funcionalidade, defende-se que esta poderia ser inserida na história clínica logo após a anamnese sobre revisão de queixas dos órgãos e sistemas, constituindo a «revisão das funções».

A avaliação da funcionalidade do idoso permite:

1. Detectar perturbações ainda incipientes.
2. Evidenciar diferentes estados funcionais e eventualmente diferentes estados de saúde, mentais e sociais.
3. Caracterizar perfis de envelhecimento.
4. Fundamentar intervenções preventivas ou de recuperação.
5. Monitorizar o acompanhamento dos indivíduos idosos.

A prática habitual da avaliação da funcionalidade poderá permitir:

1. A uniformização do conceito de autonomia.
2. A pesquisa e eventual correcção de factores de dependência, como a morbilidade física e mental ou o isolamento social.
3. A promoção de factores de independência, como a actividade física.
4. A implementação de factores de autonomia, nomeadamente, apoios técnicos e adaptações ambientais (in Botelho, 2000; Paúl *et al*, 2005).

“Na medida em que se prossiga com a avaliação funcional no acompanhamento dos idosos, assim será possível contribuir para que o aumento da longevidade seja acompanhado pela «compressão» da incapacidade, ou seja o aumento da esperança de vida activa, próprio do envelhecimento bem-sucedido ou activo” (in Botelho, 2000; Paúl *et al*, 2005, pp. 131).

2. *Avaliação da Funcionalidade*

A sociedade está em constante evolução e os problemas que a preocupam vão variando segundo as mudanças de necessidades e interesses da população. O envelhecimento das sociedades é um desses problemas, e está a provocar reajustamentos nas estruturas sociais e no seu modo de vida (Paúl, 1997).

Estas alterações e o envelhecimento demográfico são observáveis a nível mundial. Em Portugal, de acordo com os dados estatísticos do INE, (2001), esse envelhecimento da população é também muito acentuado.

Para Karinkanta *et al.*, (2005) o processo de envelhecimento encerra inúmeras alterações na vida do idoso, que lhe afectam a funcionalidade, mobilidade, saúde, privando-o de uma vida autónoma e saudável, prejudicando a qualidade de vida. Este processo natural é mediado por factores não modificáveis, como os processos biológicos e modificáveis como os factores psicológicos e sociais.

Em 1998 a Organização Mundial da Saúde (WHO, 1998) considerou que podem ser delineadas três subdimensões: as *Actividades Básicas de Vida Diária* (AVD's), que correspondem aos níveis mais graves de deficiência das aptidões físicas, avaliam funções de sobrevivência, tais como alimentar-se, tomar banho, vestir-se, transferir-se de um local a outro. As *Actividades Instrumentais de Vida Diária* (AIVD's) estendem-se a problemas mais complexos da vida quotidiana de um indivíduo menos dependente, gerir dinheiro, utilizar o telefone, sair só, fazer compras etc., indicador de funções sociais que amplia os parâmetros explorados pelas escalas AVD's. As *Actividades Avançadas de Vida Diária* (AAVD's) incluem actividades voluntárias sociais, ocupacionais e de recreação. As dificuldades em participar nestas actividades podem não indicar perda funcional actual, mas risco de perdas futuras.

A capacidade funcional é um dos grandes componentes da saúde do idoso. Na actualidade a dimensão do estado funcional torna-se central para a avaliação geriátrica.

Os autores são unânimes ao considerar este conceito de incapacidade funcional como complexo e tem sido identificado pela presença de dificuldades no desempenho de algumas actividades quotidianas ou até mesmo, pela impossibilidade de as desempenhar (Rosa *et al.*, 2003), e, na opinião de Farias e Buchalla (2005), são resultantes da interacção entre a disfunção apresentada pelo indivíduo, a limitação das suas actividades e a restrição na participação social (Lobo & Pereira, 2007).

A capacidade funcional caracteriza-se pelas habilidades necessárias para se manter uma vida independente e autónoma e segundo Rosa *et al.* (2003) está dividida em duas categorias: AVD's e as AIVD's. As primeiras reflectem apenas a capacidade ou não para o auto-cuidado básico enquanto as AIVD's reflectem o nível da capacidade de utilização dos recursos disponíveis no meio ambiental habitual para a execução de tarefas rotineiras do dia-a-dia.

Rikli e Jones (1999) conceptualizam a *aptidão física* (ApF) como a “(...) *capacidade fisiológica e/ou física para executar as actividades de vida diária de forma segura e autónoma, sem revelar fadiga*”; existem outras definições de ApF, mas esta é a que mais se adequa neste estudo. Os declínios verificados com o envelhecimento nas componentes da ApF possuem efeitos negativos nomeadamente ao nível da mobilidade funcional, limitando a sua capacidade de realizar as mais diversas tarefas da vida diária e manter a sua qualidade de vida (Jackson, 2006; Joyce, 1994; Skinner and Oja, 1994, *in* Lobo, A. e Pereira, A., 2007).

2.1. Instrumentos de Avaliação da Funcionalidade

Com o crescente aumento do número de idosos, cresce, também, a necessidade de utilização de instrumentos de avaliação funcional. Tal utilização, no entanto, deve ser comparável entre os diversos estudos e diferentes realidades. O Índice de Independência nas Actividades de Vida Diária (AVD), desenvolvido por Sidney Katz (1963), é um dos instrumentos mais antigos e também dos mais citados na literatura nacional e internacional (Duarte *et al.*, 2007).

Na população idosa, as situações de doença crónica tendem a manifestar-se de forma mais expressiva, além de, nessa fase, ocorrerem simultaneamente. Tais situações, por norma, não são fatais, porém tendem a comprometer, de forma significativa, a qualidade de vida dos idosos. Na maioria das vezes, o surgimento de doenças crónicas gera um processo incapacitante, ou seja, o processo pelo qual uma determinada condição (aguda ou crónica) afecta a funcionalidade dos idosos e, conseqüentemente, o seu desempenho nas actividades quotidianas (Duarte, *et al.*, 2007).

Em termos de avaliação em saúde, tais actividades são conhecidas como actividades de vida diária (AVDs) e subdividem-se em:

a) Actividades Básicas de Vida Diária (ABVDs) – que envolvem as relacionadas ao auto-cuidado como alimentar-se, tomar banho, vestir-se, arranjar-se, mobilizar-se, controlar os esfíncteres;

b) Actividades Instrumentais de Vida Diária (AIVDs) – que indicam a capacidade do indivíduo de levar uma vida independente dentro da comunidade onde vive e inclui a capacidade para preparar refeições, realizar compras, utilizar transporte, cuidar da casa, utilizar telefone, administrar as próprias finanças, tomar os seus medicamentos. De acordo com Sequeira (2010), as Actividades Instrumentais de Vida Diária são constituídas pelas actividades que possibilitam à pessoa adaptar-se ao meio e manter a sua independência na comunidade. Estão directamente correlacionadas com o estado cognitivo e incidem sobre o cozinhar, o uso de transportes, o uso de dinheiro, o uso do telefone, etc.

A avaliação do estado de saúde da população idosa utilizando, exclusivamente, por exemplo, estatísticas de mortalidade, pode não fornecer um retrato mais detalhado das reais condições de vida e saúde dessa, pois não reflectiria a elevada incidência de

condições que interferem na sua qualidade de vida, sem, no entanto, serem responsáveis pela sua morte. Indicadores de morbilidade que abordem também as incapacidades vêm demonstrando ser os mais adequados, pois reflectem o impacto da doença/incapacidade sobre a família, o sistema de saúde e a qualidade de vida dos idosos.

Neste contexto é inserido o que se denomina de avaliação funcional, onde se procura verificar em que nível as doenças ou situações de dependência impedem o desempenho das actividades quotidianas dos idosos de forma autónoma e independente, ou seja, sem a necessidade de adaptações ou de auxílio de outras pessoas, permitindo o desenvolvimento de um plano assistencial mais adequado.

Esta avaliação torna-se essencial para estabelecer um diagnóstico, um prognóstico e um julgamento clínico adequados, que servirão de base para as decisões sobre os tratamentos e cuidados necessários. É um parâmetro que, associado a outros indicadores de saúde, pode ser utilizado para determinar a eficácia e a eficiência das intervenções propostas. A avaliação funcional pode ser definida como uma tentativa sistematizada de medir, de forma objectiva, os níveis nos quais uma pessoa é capaz de desempenhar determinadas actividades ou funções em diferentes áreas, utilizando diversas capacidades para o desempenho das tarefas da vida quotidiana, para a realização de interacções sociais, nas actividades de lazer e noutros comportamentos necessários no dia-a-dia. De modo geral, representa uma maneira de medir se uma pessoa é ou não capaz de desempenhar, autonomamente, as actividades necessárias para cuidar de si mesma e, caso não seja, verificar se essa necessidade de ajuda é parcial (em maior ou menor grau) ou total.

2.1.1. IDOSOS COM DEPENDÊNCIA FÍSICA – Instrumentos de Avaliação

A avaliação global do idoso pretende identificar quais as dimensões da funcionalidade da pessoa que concorrem para a dependência e quais as necessidades de ajuda (formal e informal) para suprir, de forma satisfatória, as suas necessidades humanas básicas.

De forma sucinta, incidem sobre: audição, visão, comunicação, capacidade de aprender, utilização do conhecimento, mobilidade, capacidade de utilizar os membros

superiores e inferiores, capacidade de cuidar de si, capacidade de realizar tarefas domésticas ou de recreação, capacidade de relação com os outros (Sequeira, 2010).

A avaliação global pode ser sistematizada em cinco categorias:

1. Estado funcional
 - . Actividades de vida Diária¹
 - . Mobilidade física
 - . Actividades básicas
 - . Actividades instrumentais
 - . Funcionamento cognitivo
 - . Nível de actividade
2. Saúde física
 - . Estado de saúde em geral
 - . Morbilidade, patologias
 - . Capacidade para a realização das actividades
3. Funcionamento psicossocial
 - . Contexto social
 - . Rede social
 - . Interacção social
 - . Apoio/suporte social
 - . Contexto cultural
4. Recursos económicos e ambientais
 - . Acessibilidade dos recursos
 - . Disponibilidade dos recursos
5. Qualidade e bem-estar

De acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), o foco de atenção autocuidado integra os vários tipos de autocuidado, nomeadamente:

- . Tomar banho;
- . Vestir-se ou despir-se;
- . Alimentar-se;

¹ AVD – Actividades de vida diária – São definidas como o conjunto das actividades quotidianas essenciais, que devem ser realizadas regularmente para manter a independência de um indivíduo no seu meio habitual (Baltes e col., 1999).

- . Arranjar-se;
- . Cuidar da higiene pessoal;
- . Auto-elevar-se;
- . Usar o sanitário;
- . Transferir-se;
- . Virar-se;
- . Lavar-se;
- . Usar cadeira de rodas.

De acordo com a Classificação Internacional para a Incapacidade e Funcionalidade (CIF), a dependência está relacionada com:

- . Estruturas e funções de corpo (défices);
- . As actividades que a pessoa realiza (limitações e restrições);
- . Contexto de interacção (barreiras e ajudas técnicas/pessoais) (Sequeira, 2010).

A avaliação da dependência implica o estudo das actividades em que a pessoa necessita da ajuda de terceiros. A CIF classifica as actividades em nove itens:

1. Conhecimento a aprendizagem;
2. Tarefas e necessidades do quotidiano;
3. Comunicação;
4. Mobilidade;
5. Autocuidado;
6. Vida doméstica;
7. Interacção social e relações interpessoais;
8. Áreas principais da vida (educação, trabalho, gestão, etc.);
9. Vida comunitária, social e cívica (Sequeira, 2010).

1. ACTIVIDADES BÁSICAS DE VIDA DIÁRIA (ABVD)

Na prática clínica, os instrumentos mais utilizados para o diagnóstico de comprometimento nas Actividades Básicas de Vida Diária são o Índice de Barthel e o Índice de Katz.

ÍNDICE DE BARTHEL

O Índice de Barthel (Mahoney e Barthel, 1965; Wade e Colin, 1998, *cit in* Sequeira, 2010) é um instrumento de avaliação das actividades básicas da vida diária. Este índice é composto por 10 ABVD. Cada actividade apresenta entre dois a quatro níveis de dependência, em que a pontuação 0 corresponde à dependência total, sendo a independência pontuada com 5, 10 ou 15 pontos em função dos níveis de diferenciação (Sequeira, 2010).

A sua cotação global oscila entre 0 a 100 pontos, variando de forma inversamente proporcional ao grau de dependência de acordo com os seguintes pontos de corte (*vide* quadro 1):

Quadro 1: Pontos de corte do Índice de Barthel

Pontuação	Nível de dependência
90-100	Independente
60-89	Ligeiramente dependente
40-55	Moderadamente dependente
20-35	Severamente dependente
< 20	Totalmente dependente

ÍNDICE DE KATZ

Este índice foi desenvolvido para ser utilizado em doentes institucionalizados, sendo frequentemente utilizado para a avaliação das AVD em idosos.

O índice de Katz (Katz e col., 1963, *in* Sequeira, 2010) é constituído por seis actividades de vida diária: banho; vestir-se; ir à casa de banho; mobilidade; controlo de esfíncteres e alimentação (*vide* quadro 2).

Quadro 2: Índice de Katz

ÍNDICE DE KATZ				
ÍNDICE DE KATZ	Independente	Independente com supervisão	Independentes com ajuda	Dependente
Controlo de esfínteres	4	3	2	1
Banho	4	3	2	1
Utilização da casa de banho	4	3	2	1
Mobilidade	4	3	2	1
Vestir/Despir	4	3	2	1
Alimentação	4	3	2	1

Em cada item, podemos avaliar se o idoso é independente, necessita de supervisão, necessita de ajuda ou é independente.

Independente significa que não necessita de supervisão, orientação ou ajuda para o desempenho das actividades.

O Índice de Katz também pode ser utilizado no formato Likert, pontuando-se cada item de 0 a 3, sendo que a pontuação 0 representa independência completa; 1 está relacionado com a necessidade de supervisão; 2 com a necessidade de ajuda e 3 com a dependência de outrem.

2. ACTIVIDADES INSTRUMENTAIS DE VIDA DIÁRIA (AIVD)

ÍNDICE DE LAWTON

O Índice de Lawton (Lawton e Brody, 1969, *in* Sequeira, 2010) é um instrumento de avaliação das actividades instrumentais da vida diária. É composto por oito actividades (cuidar da casa, lavar a roupa, preparação da comida, ir às compras, utilização do telefone, utilização de transporte, gestão do dinheiro e gestão da medicação).

Cada item apresenta três, quatro ou cinco níveis diferentes de dependência, pelo que cada actividade é pontuada de 1 a 3, de 1 a 4 ou de 1 a 5, em que uma maior pontuação corresponde a um maior grau de dependência (Sequeira, 2010).

O Índice de Lawton varia entre 8 e 30 pontos, de acordo com os seguintes pontos de corte (*vide* quadro 3):

Quadro 3: Pontos de corte do Índice de Lawton

Pontuação	Nível de dependência
8	Independente
9-20	Moderadamente dependente, necessita de uma certa ajuda
> 20	Severamente dependente, necessita de muita ajuda

O Índice de Lawton é um instrumento que permite avaliar o grau de dependência nas actividades instrumentais de vida diária, de forma global e também de forma parcelar.

É um instrumento frequentemente utilizado na prática clínica e na investigação para avaliar o comprometimento nas AIVD.

3. ACTIVIDADES BÁSICAS E INSTRUMENTAIS DE VIDA DIÁRIA

Neste tópico enunciam-se instrumentos que podem ser utilizados para avaliar o estado de dependência dos idosos, com e sem demência, permitindo uma avaliação simultânea de actividades básicas e instrumentais de vida diária (Escala de Lawton e Brody) ou outras dimensões do bem-estar físico, psicológico ou social (Easy-Care).

3.1. ESCALA DE ACTIVIDADES DE VIDA DIÁRIA DE LAWTON E BRODY

Este instrumento permite avaliar o grau de dependência do idoso em sete grupos de actividades de vida diária (Lawton e Brody, 1969, *in* Sequeira, 2010). Uma pontuação mais elevada corresponde a um maior grau de dependência global. O interesse deste instrumento reside na capacidade de avaliação global do idoso e na capacidade de avaliação parcelar, de acordo com cada grupo de actividades: cuidados pessoais; cuidados domésticos; trabalho; recreação/lazer; compras e gestão do dinheiro; locomoção; comunicação e relações sociais.

3.2. EASY CARE

Este é um instrumento que permite uma avaliação da saúde física, mental, social e do bem-estar de uma pessoa idosa. Na sua forma completa, contém itens sobre aspectos da qualidade de vida dos idosos e do papel do familiar cuidador. A sua

cotação varia entre 0 e 100, sendo que quanto maior for a pontuação maior é a dependência nas actividades básicas/instrumentais da vida diária.

3.3. MINI DEPENDENCE ASSESSMENT (MDA) – ACTIVIDADES CORPORAIS, SENSORIAIS, LOCOMOTORAS E MENTAIS

É uma escala de avaliação rápida e global da dependência nas actividades de vida diária (Benhamou, s/d). permite estimar o impacto da deterioração cognitiva na actividade quotidiana da pessoa e avalia 12 critérios, reagrupados por quatro tipos de actividades: corporais; locomotoras; sensoriais e mentais. Cada item pode ser caracterizado de três formas, às quais é atribuída uma pontuação entre 0 e 2. A pontuação total obtida através da soma a cada resposta corresponde ao grau de dependência do idoso, sendo que quanto maior for a pontuação, maior será o grau de dependência (Sequeira, 2010).

4. OUTROS INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO

4.1. ESCALA DE INCAPACIDADE DA CRUZ VERMELHA

É uma escala que permite classificar a dependência em seis níveis, desde o totalmente dependente ao independente. Centra-se essencialmente em três áreas: actividades do quotidiano, mobilidade e controlo dos esfíncteres.

4.2. ESCALA DE INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL

Esta escala é cotada em sete níveis, desde a dependência à independência, de acordo com o grau de funcionalidade, e reflecte a necessidade de cuidados em função da incapacidade identificada. Trata-se de um instrumento que tem por objectivo avaliar o que o indivíduo é capaz de fazer e possibilita a monitorização da funcionalidade ao longo do tempo ou num determinado momento.

2.1.2. IDOSOS COM DEPENDÊNCIA MENTAL – Instrumentos de Avaliação

As escalas que avaliam a deterioração mental estão estruturadas para determinar os défices cognitivos ou comportamentais numa perspectiva transversal, que corresponde ao momento da sua aplicação. Contudo, a sua aplicação de forma sistemática e regular também possibilita a monitorização de um determinado estado ou função, de forma longitudinal.

1. AVALIAÇÃO BREVE DO ESTADO MENTAL (MMSE)

O MMSE constitui um instrumento de avaliação cognitiva de referência nos idosos com demência, uma vez que possibilita o despiste de défice cognitivo de acordo com o grau de escolaridade.

O MMSE de Folstein, Folstein e McHugh (1975), traduzido e adaptado para a população portuguesa por Guerreiro e col. (1994), é um instrumento que possibilita uma avaliação breve do estado mental. Permite avaliar a orientação, retenção, atenção e cálculo, evocação, linguagem e habilidade construtiva, em que cada resposta correcta é cotada com um ponto.

2. ESCALA DE AVALIAÇÃO DA DEMÊNCIA (CDR)

Trata-se de um questionário que avalia seis categorias: memória, orientação, juízo e resolução de problemas, actividades sociais, actividades domésticas e recreativas e cuidado pessoal (Hughes e col., 1982 e Morris, 1983). Cada categoria deve ser pontuada com 0; 0,5; 1; 2 ou 3.

3. INVENTÁRIO DE PERCEÇÃO DE GRAVIDADE E REPERCUSSÕES NO CUIDADOR

Este inventário consiste numa entrevista semi-estruturada, adaptado a partir do questionário de Sequeira (2007) e que possibilita a avaliação das principais alterações do idoso em termos de gravidade e repercussões no familiar cuidador, o que permite ter a noção das necessidades dos dois possíveis alvos de cuidados (doente e cuidador).

4. ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA (GDS)

A Escala de Depressão Geriátrica – *Geriatric Depression Scale* (GDS) é uma escala que permite identificar os sintomas de depressão em idosos (Yesavage e col., 1983). A GDS diferencia idosos deprimidos de idosos não deprimidos. É constituída por 30 perguntas em que se solicita ao idoso informação sobre o seu estado nas últimas semanas.

5. ESCALA DE AVALIAÇÃO DA DOENÇA DE ALZHEIMER (ADAS)

A escala de avaliação da doença de Alzheimer – *Alzheimer's Disease Assessment Scale* (ADAS) é composta por dois instrumentos, um relativo à componente cognitiva e outro relativo à componente não cognitiva (Rosen, Mohs e Davis, 1984). Trata-se de um instrumento criado para avaliar o estado cognitivo e comportamental da pessoa com doença de Alzheimer. Esta escala é constituída por um total de 21 itens, dos quais 11 integram a componente cognitiva e 10 a componente comportamental (Sequeira, 2010).

A pontuação total de ambas as componentes varia entre 0 e 120 e uma maior pontuação corresponde a uma maior deterioração.

3. Dimensões da Funcionalidade

3.1. A depressão nos idosos

A depressão constitui-se como a perturbação afectiva mais frequente no idoso. O humor deprimido não faz parte do envelhecimento normal e não é um acompanhante natural e inevitável do declive da actividade social. A depressão diminui de forma substancial a qualidade de vida do idoso e pode conduzir à incapacidade pelo que o diagnóstico e tratamento da depressão são de vital importância para o idoso.

As definições mais aceites são as descritas pela Classificação Internacional de doenças (CID-10): episódio depressivo, perturbação depressiva recorrente e distímia; e pelo Manual Diagnóstico e Estatístico das Perturbações Mentais (DSM-IV): episódio depressivo maior, perturbação depressiva maior episódica única e recidivante, perturbação distímica e perturbação não específica. Tanto no CID-10 como no DSM-IV, existe outro grupo de perturbações depressivas incluídas nas chamadas perturbações adaptativas que podem apresentar-se com sintomatologia depressiva, pura ou misturada com alterações da ansiedade, da conduta ou das emoções. Refira-se que em nenhuma classificação existem subtipos específicos por idade (Vaz, 2009).

Sinais e Sintomas

Os sinais de uma perturbação psiquiátrica correspondem às indicações objectivas de que a doença ou desadaptação estão presentes.

Os sintomas são as alterações de desempenho físico, cognitivo e social, manifestadas pelo indivíduo.

Os sinais e sintomas capitais da depressão referidos pela grande maioria dos autores incluem: tristeza, diminuição do humor, pessimismo sobre o futuro, sentimentos de culpa e crítica em relação a si mesmo, agitação, lentidão de raciocínio, dificuldade de concentração e alterações do sono e apetite (Vaz, 2009).

Em 1967, Beck classificou os sintomas depressivos em emocionais, cognitivos, físicos e de vontade. No quadro 4 expõem-se os sinais e sintomas que, de maneira clássica estão associados às perturbações depressivas que ocorrem na idade avançada.

Quadro 4: Sinais e sintomas associados às perturbações depressivas

SINTOMAS	SINAIS
<i>EMOCIONAIS</i>	<i>APARÊNCIA</i>
Desalento ou tristeza	Posição encurvada
Insatisfação pela vida	Rosto triste
Perda de interesses	Falta de cooperação
Vontade de chorar	Afastamento social
Irritabilidade	Hostilidade
Vazio	Suspeitas
Tremores	Confusão mental e falta de clareza
Sentimentos negativos	Variação diurna de humor
Preocupação	Aparência descuidada
Desespero	Ulcerações ocasionais na pele por se arranhar
Sensação de falhar	Choro ou lamento
Solidão	Ulcerações ocasionais na córnea por não pestanejar
Inutilidade	Perda de peso
	Enfartamento
<i>COGNITIVOS</i>	
Baixa auto-estima	<i>LENTIFICAÇÃO PSICOMOTORA</i>
Pessimismo	Fala lenta
Sentimento de culpa	Movimentos lentos
Ruminação de problemas	Diminuição dos gestos
Pensamentos suicidas	Andar lento e vacilante
Delírios	Mutismo
Alucinações	<i>AGITAÇÃO PSICOMOTORA</i>
Dificuldade de concentração	Actividade motora continua
Memória fraca	Torcer as mãos
	Arranhar a pele
<i>FÍSICOS</i>	
Perda de apetite	Medir os passos
Fadiga	Sono agitado
Sono perturbado	Segurar os outros
Obstipação	<i>COMPORTAMENTO BIZARRO OU INADEQUADO</i>
Perda da libido	Gestos suicidas
Dor	Negativismo
Inquietação	Ímpetos de agressividade
	Cair para trás
<i>VOLITIVOS</i>	
Perda da motivação	
Impulsos suicidas	
Desejo de se afastar da sociedade	

(Blazer, 2003 in Vaz 2009)

A depressão é comum entre os idosos mas muitas vezes subdiagnosticada ou inadequadamente tratada. Os idosos são normalmente tratados em instituições de cuidados de saúde primários, onde a correcta identificação e gestão desta patologia é cada vez mais reconhecida, apesar de persistirem ainda problemas de diagnóstico e tratamento deficientes (Katoma *et al.*, 1995 *cit in* Mann, Crawford, Prince & Menezes, 1998, *cit in* Vaz, 2009).

Vários estudos têm mostrado que, comparativamente aos adultos mais jovens, os mais velhos com perturbações mentais têm menor probabilidade de receber cuidados especiais de saúde mental e raramente de especialistas. Uma das razões é que os adultos mais velhos têm uma maior dificuldade em verbalizar ou fantasiar as experiências afectivas, por outro lado, têm maior tendência para a somatização, o que pode mascarar a doença. Desta forma, o reconhecimento da depressão é muitas vezes dificultado por comorbilidades somáticas (Vaz, 2009).

A consequência mais séria da depressão tardia, especialmente se não for tratada ou inadequadamente tratada, é o aumento da mortalidade por suicídio. As pessoas com mais de 65 anos apresentam uma alta percentagem de suicídio em comparação a outros grupos etários. Estima-se que se situe nos 15% (Centers of Disease Control and Prevention, 2007 *cit in* Vaz, 2009).

Outras consequências negativas da depressão têm sido referidas por diferentes autores:

- a) Aumento da procura de cuidados de saúde;
- b) Aumento dos custos de cuidados de saúde;
- c) Prolongamento do período de internamento hospitalar;
- d) Menor recuperação de estados de doença aguda ou crónica, como por exemplo, enfarte de miocárdio, acidente vascular cerebral, fractura da bacia, *diabetes mellitus*, perturbações digestivas, cancro).
- e) Diminuição da capacidade física;
- f) Aumento do risco de dependência física, doença física, morte por doença física e de risco de doença psíquica;
- g) Aumento da morbidade, maior mortalidade;
- h) Perda de qualidade de vida;
- i) Necessidade de cuidados institucionais;
- j) Declínio cognitivo, demência;

- k) Recorrência, cronicidade, perda de peso, aumento da carga familiar (vários autores, *cit in Vaz, 2009*).

A depressão no idoso coexiste frequentemente com uma pobre função cognitiva (Green *et al.*, 2003, *in Vaz, 2009*) e a maior parte dos sintomas depressivos no idoso não são tratados adequadamente por serem confundidos com algum tipo de demência.

Factores de risco

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

Variáveis sócio-demográficas

- a) Ruralidade
- b) Sexo
- c) Estado civil
- d) Institucionalização
- e) Escolaridade
- f) Profissão
- g) *Status* sócio-económico

Variáveis psicossociais

- a) Acontecimentos de vida
- b) Luto
- c) Falta de confidente/relação íntima
- d) Isolamento sócio-afectivo (poucas actividades sociais; sensação de falta de controlo; perda de contactos sociais; isolamento e falta de apoio social)
- e) Apoio sócio-familiar
- f) Solidão
- g) Dificuldades em satisfazer as Actividades de Vida Diárias
- h) Dificuldades cognitivas
- i) História prévia de depressão

Variáveis de Saúde

Diferentes doenças crónicas têm sido associadas à depressão ou sintomatologia depressiva.

- a) Acidente Vascular Cerebral
- b) Doença cardíaca
- c) Enfarte agudo de miocárdio
- d) Hipertensão arterial
- e) Osteoporose
- f) Artrite reumatóide
- g) Diabetes
- h) Cancro
- i) Parkinson
- j) Insuficiência renal
- k) Demência.

A qualidade de vida pode ser comprometida pela morbilidade associada com essas doenças crónicas que, por sua vez, podem contribuir para a depressão. A depressão agrava o estado patológico de um indivíduo e um aumento da doença é um factor de risco para a depressão.

A demência também tem sido relatada como factor de risco para a depressão no idoso. No quadro 5 enumeram-se os factores de risco relacionados com a depressão nos idosos.

Quadro 5: Factores de risco relacionados com a depressão nos idosos.

<p style="text-align: center;"><i>Factores predisponentes</i></p> <p>1. Estrutura da personalidade</p> <ul style="list-style-type: none">. Dependentes. Passivo-agressivos. Obsessivos <p>2. Predisposições biológicas</p> <ul style="list-style-type: none">. Genéticas. Neurofisiológicas. Neurobioquímicas
<p style="text-align: center;"><i>Factores contribuintes</i></p> <p>3. Socioeconómicos</p> <p>4. Dinâmica familiar</p> <p>5. Grau de escolaridade, actividades laborais e de recreio</p> <p>6. Pertença a um grupo étnico específico</p> <p>7. Formas de violência</p> <p>8. Reforma</p> <p>9. Comorbilidade orgânica e mental</p>
<p style="text-align: center;"><i>Factores precipitantes</i></p> <p>10. Crises próprias da idade</p> <p>11. Abandono</p> <p>12. Sentimentos de desesperança</p> <p>13. Isolamento</p> <p>14. Violência</p> <p>15. Mortes de familiares e conhecidos</p> <p>16. Dificuldades económicas</p> <p>17. Agudização e sintomas de doenças crónicas</p> <p>18. Incapacidades nas Actividades de Vida Diárias</p> <p>19. Dependência</p> <p>20. Cuidados institucionais</p> <p>21. História de depressão</p>
<p style="text-align: center;"><i>Outros factores</i></p> <p>22. Sexo feminino</p> <p>23. Proteína APOE-4</p> <p>24. Hipotensão</p> <p>25. Perturbações do sono</p> <p>26. Viuvez</p> <p>27. Consumo de álcool</p> <p>28. Viver só</p> <p>29. Escasso suporte social</p> <p>30. Certas doenças</p> <p>31. Uso de determinados medicamentos</p>

(in Vaz, 2009)

O processo de envelhecimento implica normalmente uma adaptação a alterações na vida quotidiana. Estas mudanças podem traduzir-se pela perda de velhas rotinas, da «saúde de ferro» com que sempre se viveu, ou inclusive pela morte de entes queridos (Costa, 2005). A reforma é outra mudança bastante característica desta fase da vida, sucedendo que muitas vezes se abandona o mercado de trabalho sem ter planeado outras actividades alternativas, caindo-se no isolamento e na perda das relações sociais. Em Portugal, a velhice sem independência e autonomia faz ainda parte de uma face oculta da opinião pública, pois, encontra-se mantida no âmbito familiar dos domicílios ou nas instituições/lares.

Em Portugal, é também limitada a informação sobre doenças mentais. A depressão pode atingir cerca de 20% da população, representando a primeira causa de incapacidade no âmbito global das doenças psiquiátricas. Em conjunto com a esquizofrenia, a depressão é responsável por 60% dos suicídios em Portugal (Ministério da Saúde, 2004) e os resultados do terceiro censo psiquiátrico realizado em 2001 revelou, nos idosos, uma predominância de casos de depressão na consulta externa e na urgência.

Por permanecer subdiagnosticada – a Organização Mundial de Saúde refere que cerca de 66% dos indivíduos com uma perturbação depressiva estão subdiagnosticados –, a depressão sobrecarrega as famílias e instituições que providenciam cuidados aos idosos, é altamente destruidora da qualidade de vida, e como tal, impõe uma grande carga social e económica para a sociedade (Costa, 2005).

O funcionamento do organismo humano é mantido por mecanismos comuns a todos os processos biológicos que, com a longevidade, estão sujeitos a entrar em falência (Lithgow e Kirkwood, 1996, *in* Botelho, 2005).

De acordo com Costa (2005), estudos realizados na comunidade europeia permitem estimar que aproximadamente oito milhões de cidadãos, com idade igual ou superior a 65 anos, sofrem de formas potencialmente tratáveis de depressão. A detecção clínica da depressão nos idosos que vivem na comunidade continua a ser um problema maior de saúde pública.

A depressão no idoso traz consequências e implicações sob vários pontos, nomeadamente:

- Económico (aumento da população dependente, aumento das despesas com a saúde e a segurança social);

- Social (alteração das relações familiares e interpessoais, maior necessidade de instituições que prestem cuidado e assistência aos idosos);
- Sanitário (aumento do consumo de cuidados primários e diferenciados, aumento da necessidade de pessoal e de instituições especializadas);
- Ético (problemática do suicídio no idoso).

Num estudo realizado por Santos, Sobral, Costa e Ribeiro (2001) – «Estudo da Prevalência da Depressão numa População Idosa Institucionalizada» – concluiu-se que a depressão é uma preocupação para muitos idosos, sendo uma perturbação psiquiátrica extremamente prevalente. Os resultados obtidos permitiram aos autores afirmar que a maioria da população idosa está deprimida, quer a institucionalizada (com uma prevalência da depressão de 54.6%) quer aquela que reside na comunidade (com uma prevalência da depressão de 62.9%). Na população deprimida, independentemente do contexto (instituição ou comunidade), a maioria tem critérios de diagnóstico para depressão *minor*, sendo esta prevalência significativamente superior no contexto comunitário. No que respeita à depressão *major*, os resultados não se enquadram no que é referido pela literatura, onde se afirma que a prevalência de depressão *major* é mais elevada nos idosos institucionalizados do que nos idosos que residem na comunidade (Baldwin e col., 2002; *in* Costa, 2005). No estudo de Santos, Sobral, Costa e Ribeiro (2001) obtiveram-se valores iguais nos dois contextos (23.6% de prevalência de depressão *major*).

É consensualmente aceite que a depressão é a doença psiquiátrica mais comum na população idosa (Blazer *et al.*, 1987; *in* Carvalho e Firmino, 2006). A sua incidência anual tem tendência a aumentar com o evoluir da idade, com *ratios* de 17 por cada 1000 idosos com idades compreendidas entre os 70 e 79 anos, aumentando para 44 por cada 1000 idosos de idades entre 79 a 85 anos (Palsson *et al.*, 2001; *in* Carvalho e Firmino, 2006).

Relativamente à prevalência da depressão na comunidade, as estimativas variam bastante consoante a definição de depressão aplicada, o método de avaliação e a amostra da população estudada. Estima-se que a sua prevalência na comunidade varie entre 2-3% para a depressão *major* e 12-15% para todos os síndromes depressivos (Beekman *et al.*, 1999; *in* Carvalho e Firmino, 2006).

Vários estudos demonstram que a prevalência de depressão é superior nas amostras de populações idosas institucionalizadas em relação às populações idosas que

vivem na comunidade. No entanto, refira-se que a prevalência diminui ou aumenta consoante os critérios que se tiverem em consideração.

Para Carvalho e Firmino (2006), a depressão com início nas idades mais avançadas é, possivelmente, “uma entidade nosológica mais heterogénea do que aquela que ocorre nas idades mais jovens”.

3.1.1. As causas da Depressão Geriátrica

“Na pessoa de idade avançada são várias as causas que podem estar subjacentes a um estado depressivo. Na realidade, não se pode falar de depressão no idoso como se de uma categoria homogénea se tratasse. Em muitos casos poderá estar-se perante uma recorrência de doença depressiva unipolar, com maior ou menor número de episódios anteriores, e história familiar concordante. Mas a patologia “endógena” não é aqui tão frequente quanto em idades mais jovens; e reciprocamente os incidentes de vida assumem cada vez maior importância patogénica ao longo do envelhecimento” (Barreto, 2006).

As perdas que o idoso vai experimentando, a nível pessoal e social, criam situações de luto cuja resolução pronta nem sempre é fácil, sobretudo se certos factores negativos se fazem sentir. Entre estes factores podem destacar-se: a falta de apoio familiar, a situação de ter a seu cargo outro dependente, a carência de recursos materiais, e o isolamento social.

Outros factores geradores de depressão têm a ver com a falta de situações de prazer, de que todas as pessoas têm necessidade, não sendo os idosos uma excepção. A perda da capacidade de se deslocar livremente, de ler, de ver televisão, de ouvir música, de se ocupar com os pequenos passatempos habituais, e sobretudo, de comunicar com as pessoas queridas, cria condições para a persistência do humor depressivo.

Além destas causas a que se pode chamar psicógenas, a doença física assume, também, um papel destacado como causa da depressão. A doença médica pode, por três vias, levar à depressão. Em primeiro lugar, a patologia somática pode estar directamente na origem dos sintomas depressivos: é o caso das doenças tireoideias, das enfermidades neurodegenerativas e de algumas neoplasias. Pode, por outro lado, conduzir à depressão através e por causa do sofrimento físico e da incapacidade

funcional que essas doenças provocam, como acontece com a maioria das doenças cardíacas e reumáticas. Por último, podem ser os medicamentos usados que estão a contribuir directa ou indirectamente para a depressão (Barreto, 2006).

3.2. *Alterações cognitivas nos idosos*

Um outro aspecto importante do envelhecimento refere-se à perda de capacidades cognitivas.

O conceito de um défice da memória que se desenvolve com o envelhecimento é há muitos anos discutido na literatura (Peterson e Morris, 2004). Talvez a primeira discussão sobre este tipo de problema tenha sido introduzida por Kral (1962) com a expressão «esquecimento senescente benigno». Esta expressão referia-se a alterações da memória que era possível que fossem relativamente estáveis e não indicassem uma perturbação progressiva. Em regra, estas pessoas tinham dificuldades em se recordar de pormenores de eventos, mas não tinham problemas de memória de maior vulto. Kral sugeriu que os sujeitos que tinham este tipo de esquecimentos não tendiam a progredir para a demência.

Em 1986, o National Institute of mental Health organizou um grupo de trabalho para estudar as alterações cognitivas que ocorriam com a idade e cunhou a expressão «défice de memória associado com a idade» (DMAI) (Crook *et al.*, 1986 *in* Peterson, 2004). No entanto, embora o conceito de DMAI estimulasse a realização de muita investigação sobre a memória e o envelhecimento, a utilidade desse constructo, tal como fora formulado, era bastante questionada.

Mais tarde, em 1994, Levy e colaboradores com a International Psychogeriatric Association propuseram uma revisão do construto de DMAI com a noção de «declínio cognitivo associado à idade» (DCAI). Este conceito alargou a noção de défice a outros domínios para além da memória. As pessoas com DCAI podem ter défices de memória, de atenção, de linguagem ou das capacidades visuais-espaciais e o seu desempenho foi referido a normas apropriadas à idade. Os défices não se consideravam suficientemente graves para afectarem as actividades funcionais. Não é certo se este conceito se refere a uma manifestação do envelhecimento normal ou a doença incipiente.

Gutierrez e colaboradores, em 1993, propuseram a inclusão no DSM-IV da categoria de “Perturbação Neurocognitiva Ligeira”, que consiste no aparecimento de uma deficiência na actividade cognitiva devida a um estado físico geral. Contudo, este defeito cognitivo mais ligeiro pode ter implicações significativas no funcionamento quotidiano.

O DSM-IV (1994) abordou as alterações cognitivas que ocorrem com a idade na secção do manual dedicada a «Outras Condições Que Podem Ser Foco de Atenção Médica» e propôs a designação «declínio cognitivo relacionado com a idade». Esta designação refere-se às alterações cognitivas que resultam do processo de envelhecimento, tais como alterações da memória ou de outros processos cognitivos que não estejam relacionados com perturbações neurológicas ou mentais. Contudo, este conceito é um pouco vago e não abrange a questão do envelhecimento normal nem de doença incipiente.

A *International Classification of Disease 10* (ICD-10) propôs o conceito de uma perturbação cognitiva ligeira, que designava um défice de memória ou da concentração que não se julgava estar relacionado com a demência ou com outras perturbações do sistema nervoso, mas sim com doenças sistémicas.

Com a idade surgem, frequentemente, alterações cognitivas que podem ser muito ligeiras, ou marcadas, consoante os casos. Essa variabilidade faz com que seja difícil prever um perfil único de envelhecimento cognitivo. Na maioria dos casos, as alterações da memória são a razão das primeiras queixas espontâneas relacionadas com o envelhecimento cognitivo (Ribeiro, F., 2006).

Os estudos relativos ao desempenho intelectual, de acordo com Rubert *et al.* (1996; *in* Serra, 2006), têm vindo a demonstrar que as aptidões cognitivas atingem o seu pico pela década dos 30, continuam estáveis até à década dos 50 ou começo dos 60 e, a partir de então, começam a declinar. O declínio acelera-se a partir dos 70.

Refira-se, no entanto, que o declínio das funções intelectuais não é uniforme para todas elas.

Embora se reconheça que certas aptidões declinam com o avançar dos anos não se conhece bem qual é a idade a partir da qual se inicia o declínio (Serra, 2006).

A perda de capacidades cognitivas associadas ao envelhecimento não é um assunto pacífico e muito menos um dado adquirido (Paúl, 2005).

Numa revisão de trabalhos sobre as mudanças cognitivas associadas ao envelhecimento, Denney (1982) concluiu que a partir dos estudos transversais verificam-se diferenças nas capacidades cognitivas entre adultos jovens e idosos, favorecendo os primeiros. No entanto, nestas investigações não é fácil distinguir entre o efeito da idade e o da *coorte*, o que só é possível a partir de estudos longitudinais. Fazendo o seguimento dos mesmos sujeitos ao longo do tempo, parece que o padrão se repete, ainda que a idade em que o declínio começa, e a sua extensão, sejam diferentes,

apontando para uma data mais tardia e uma extensão menor de capacidades afectadas. Embora haja mudanças, virtualmente, em todas as capacidades, os resultados dos testes de vocabulário e informação, podem aumentar ou permanecer estáveis ao longo da maior parte da vida, declinando apenas muito tarde na velhice, enquanto outras capacidades, ligadas ao desempenho, tarefas Piagetianas e resolução de problemas, começam o seu declínio muito mais cedo. Não é contudo de desprezar a variabilidade interindividual (Paúl, 2006).

Fazendo eco de vários estudos longitudinais que nos últimos anos abordaram esta dimensão – designadamente, o Estudo Longitudinal de Seattle (Schaie, 1996) e o Estudo BASE (Baltes & Mayer, 1999) –, Baltes & Smith (2003) consideram que, sob o ponto das capacidades cognitivas, as pessoas que actualmente têm 70 anos de idade são comparáveis às pessoas que tinham 65 anos há 30 anos atrás, havendo razão para se falar de um incremento das reservas cognitivas ao nível do pensamento entre idosos. As razões para o aumento de tais reservas cognitivas encontram-se associadas a um conjunto de forças de natureza cultural (melhor saúde, condições materiais favoráveis, instrumentos de literacia disponíveis, sistemas educacionais ao longo da vida, etc.) que as pessoas adultas e idosas têm actualmente ao seu dispor para desenvolverem as suas capacidades cognitivas de uma forma mais ilimitada, pelo menos enquanto o estado físico o permitir (Fonseca, 2008).

Contudo, numa perspectiva estritamente neuropsicológica, Braun e Lalonde (1990; *in* Fonseca 2006) defendem a existência de perfis de declínio cognitivo associados à senescência, os quais seriam independentes dos factores sociais, da saúde e dos artefactos psicométricos utilizados na avaliação das capacidades cognitivas. Este modelo consagra a existência desses perfis de declínio nas esferas das funções executiva e mnésica, que resultam directamente da deterioração dos sistemas frontais e temporais do telencéfalo.

Salthouse (1989, 1999) defende um modelo de envelhecimento cognitivo em que o declínio com a idade de aspectos processuais ou cognitivos é atribuído a variações na taxa de propagação da informação. Desta forma, a ocorrência de diminuição da eficiência da velocidade de processamento de informação ao nível do Sistema Nervoso Central, concomitante com o envelhecimento, reflecte-se num abrandamento cognitivo e é responsável pelos défices cognitivos relacionados com a idade.

Fonseca (2006) refere ainda que Hertzog (1989) fez uma avaliação da cognição dos idosos com base em testes de velocidade perceptiva e concluiu que as diferenças de idade eram muito atenuadas se a velocidade fosse diminuída, uma vez que grande parte da variância relacionada com a idade era partilhada com a velocidade. Destes dados resulta que, associada ao envelhecimento, parece haver de facto uma diminuição da capacidade de resposta, mais em termos de velocidade do que propriamente em termos de conteúdos: os idosos continuam capazes, demoram é mais tempo a resolver as tarefas. A existência de uma forte relação na velhice entre cognição e velocidade confirma a hipótese original de Salthouse (1989), segundo a qual a diminuição da eficiência da velocidade de processamento de informação do Sistema Nervoso Central, que se reflecte num abrandamento cognitivo, leva a um declínio da inteligência com a idade.

Para Baltes & Smith (1999), há uma relação muito significativa entre o funcionamento sensorial e o funcionamento cognitivo, estando o empobrecimento do primeiro directamente ligado à diminuição deste último.

A discussão sobre as razões explicativas para a verificação de um declínio cognitivo associado ao envelhecimento continua, pois, com poucas respostas. Sabe-se que um certo tipo de memória, de raciocínio abstracto, de resolução de problemas e de aprendizagem de tarefas novas declinam com a idade, mas a maior parte da variância observada entre as pessoas relativamente às capacidades cognitivas não é explicada com a idade, o que em larga medida nos impede de prever e de prevenir os “efeitos cognitivos” do envelhecimento de um dado indivíduo (Salthouse, 1998; *in* Fonseca, 2006).

Assim, se a diminuição das capacidades de tipo cognitivo não se encontra ligada, simplesmente, à idade cronológica, é de admitir que esteja associada ao comportamento e à saúde dos indivíduos (Paúl & Fonseca, 2001), ou à educação e à posição social que eles ocupam (Zamarrón & Fernández-Ballesteros, 2002; *in* Fonseca, 2006). Segundo estes autores, a maior ou menor velocidade de processamento cognitivo das informações, a maior ou menor facilidade de resolução de tarefas e o funcionamento cognitivo em geral estarão, pois, intimamente ligados ao estilo de vida, ao estatuto social e à saúde de cada indivíduo (sobretudo no âmbito cerebro-vascular), mesmo quando não se está propriamente doente ou sujeito a limitações nas actividades quotidianas.

Não existindo dados que comprovem de forma absoluta a existência de um declínio cognitivo global inevitavelmente ligado ao envelhecimento normal, a adoção de medidas compensatórias para fazer face a uma previsível evolução desfavorável de certas variáveis biológicas surge como um factor imprescindível para combater a concepção fatalista de que a velhice corresponde a perda de capacidades de compreensão e de aprendizagem. De notar, entre essas medidas o exercício físico e o treino das capacidade cognitivas (Fonseca, 2006).

A discussão sobre as razões para um declínio cognitivo associado à idade continua com poucas respostas. Sabe-se que um certo tipo de memória, raciocínio abstracto e resolução de problemas novos declinam com a idade mas, de facto, a maior parte da variância observada entre as pessoas não é explicada com a idade, o que impede de prever e de prevenir os efeitos cognitivos do envelhecimento (Salthouse, 1998; *in* Paúl, 2005).

3.3. *Acidente Vascular Cerebral*

O AVC, de acordo com Roach (2003), caracteriza-se por uma incapacitação súbita da circulação cerebral causada por um bloqueio parcial ou total de um ou mais vasos sanguíneos cerebrais. Quando as células do cérebro são desprovidas de oxigénio por poucos minutos, ocorre a destruição da célula e morte do tecido cerebral. Os sintomas são muito variáveis e dependem da área do cérebro afectada, se o bloqueio foi total ou parcial e da presença ou ausência de circulação colateral.

Entre os factores de risco, de acordo com Roach (2003), que levam ao AVC estão a hipertensão, história de ataques isquémicos transitórios (AIT), derrame prévio e aterosclerose. Smeltzer e Bare (2002) acrescentam as doenças cardiovasculares o colesterol alto, a obesidade, a diabetes, o uso de contraceptivos orais, o fumo e o consumo de álcool.

Para Smeltzer e Bare (2002), o doente com AVC pode apresentar qualquer um dos seguintes sintomas: dormência ou fraqueza da face, braço ou perna, especialmente num lado do corpo; confusão ou alteração do estado mental; dificuldade em falar ou compreender a fala; distúrbios visuais; dificuldade em deambular; tonturas ou perda do equilíbrio; cefaleia súbita. A estas manifestações, Roach (2003) acrescenta, ainda, os sintomas de disfagia e disfunção intestinal e da bexiga. Os sintomas podem diminuir por completo, parcialmente, ou ser tolerados, dependendo da quantidade de lesão cerebral que ocorreu. Por sua vez, o restabelecimento pode levar de dias a meses e requerer reabilitação extensiva.

Na visão de Roach (2003), o diagnóstico baseia-se na apresentação de sinais, de sintomas e nos resultados de uma tomografia computadorizada ou ressonância magnética, mostrando o tamanho e a localização da área isquémica. A ultra-sonografia Doppler transcraniana pode determinar presença ou não de fluxo em determinados vasos, podendo localizar a área obstruída. Outros exames de suporte abrangem o eletroencefalograma, a punção lombar e a angiografia.

A doença vascular cerebral, de que se conhecem múltiplas variações na apresentação clínica, tem origem num conjunto de alterações arteriais cumulativas ao longo dos anos. Essas alterações resultam da acção combinada de múltiplos factores – factores de risco vascular – alguns inevitáveis, outros acessíveis à prevenção.

A idade é o mais importante factor de risco vascular e o mais inevitável de todos. Mesmo na ausência de qualquer outro elemento de risco, a simples passagem dos anos – o que significa a agressão dinâmica de milhões de passagens da coluna de sangue – seria capaz de assegurar o núcleo de alterações mínimas da doença aterosclerótica. A incidência dos acidentes vasculares cerebrais ao longo das décadas da vida não deixa dúvidas acerca da sua íntima relação com a idade.

O aumento da longevidade favorece alterações funcionais nos indivíduos que resultam, muitas vezes, numa maior predisposição para o aparecimento de doenças crónicas não transmissíveis, que deixam sequelas quase sempre incapacitantes. Destacam-se entre elas a hipertensão arterial, a *diabetes mellitus*, a artrite reumatóide e o acidente vascular cerebral.

Cruz e Diogo (s/d) realizaram um estudo que abordou, especificamente, o acidente vascular cerebral (AVC), por ter uma grande incidência na população idosa e pelas limitações da capacidade funcional que as suas sequelas podem provocar na vida desses indivíduos. O AVC é definido como um défice neurológico súbito, originado por uma lesão vascular, compreendido por complexas interações nos vasos e nos elementos sanguíneos e nas variáveis hemodinâmicas. Essas alterações podem provocar obstrução de um vaso, causando isquemia, pela ausência de perfusão sanguínea, nesse caso, conhecido como AVC isquémico, como podem também causar rompimento de um vaso e hemorragia intracraniana, conhecido como AVC hemorrágico. O AVC provoca alterações e deixa sequelas muitas vezes incapacitantes relacionadas com a marcha, com os movimentos dos membros, com a espasticidade, com o controle esfinteriano, com a realização das actividades da vida diária, com os cuidados pessoais, com a linguagem, a alimentação, a função cognitiva, a actividade sexual, a depressão, a actividade profissional, a condução de veículos e as actividades de lazer.

O AVC pode comprometer a vida dos indivíduos de uma forma intensa e global. Essas alterações funcionais interferem com a realização das actividades de vida diária (AVD), tornando-os dependentes, sem vida própria, causando isolamento social e depressão, desestruturando a vida dessas pessoas e, conseqüentemente, a das suas famílias. Entre os indivíduos que sobrevivem a um AVC, 15% não apresentam prejuízo da sua capacidade funcional; 37% mostram discreta alteração, mas são capazes de se autocuidar; 16% apresentam moderada incapacidade, sendo capazes de andar sozinhos,

necessitando de auxílio para se vestir; 32% demonstram alteração intensa ou grave de sua capacidade funcional, necessitando de ajuda tanto para deambular quanto para o auto-cuidado, quando não se encontram restritos a uma cadeira de rodas ou ao leito, necessitando de cuidados constantes.

3.3.1. O Idoso após AVC: alterações no relacionamento familiar

Entre as doenças do aparelho circulatório, o acidente vascular cerebral (AVC) é um dos problemas neurológicos mais prevalentes entre os idosos. É a terceira causa mais comum de morte nos países desenvolvidos. Aproximadamente 20% dos pacientes que sofrem AVC falecem dentro de um mês, após o evento; cerca de 50% dos sobreviventes apresentam incapacidades permanentes e significantes, que requerem assistência e supervisão; e os outros 30% apresentam *déficits* neurológicos, sendo, no entanto, capazes de viver independentes.

O idoso que sofreu um AVC, após o período de internamento hospitalar, pode regressar ao seu domicílio com sequelas físicas e emocionais, que comprometem a capacidade funcional, a independência e autonomia e, também, podem ter efeitos sociais e económicos que invadem todos os aspectos da vida. Geralmente, quando ocorre um declínio funcional em decorrência de algum processo patológico, é a família que se envolve em aspectos da assistência, na supervisão das responsabilidades e na provisão directa dos cuidados (Marques, Rodrigues, & Kusumota, 2006).

Os hospitais diminuem, tendencialmente, o período de internamento hospitalar, devido a vários factores, entre os quais o custo da assistência à saúde. Porém, o regresso do idoso ao domicílio, após o internamento, requer cuidado e atenção. Os efeitos do regresso a casa, sobre o idoso e a família, torna-se, muitas vezes, desestruturante, uma vez que o regresso exige disponibilidade de espaço, pessoa para prestar o cuidado e, ainda, vários recursos económicos. Ainda assim, a maioria dos idosos prefere ser cuidada em casa.

Perante um acontecimento de vida – o surgimento de uma doença crónica, de um divórcio, do desemprego ou da morte de um membro da família – é possível ocorrerem transformações extremamente relevantes no sistema familiar (Marques, Rodrigues, & Kusumota, 2006). No caso de uma família, a alteração pode ocorrer em vários domínios: cognitivo, afectivo ou comportamental, porém, ocorrendo num deles,

certamente causará impacto sobre todos os outros. É importante que os técnicos, que actuam junto das famílias afectadas, observem e avaliem cuidadosamente esses aspectos para que se possam identificar as alterações e desenvolver um plano de intervenção capaz de contribuir para o alcance do reequilíbrio no sistema familiar. A alteração na estrutura da família é experimentada como uma perturbação no seu sistema, sendo que há uma finalidade de se preservar a sua estabilidade. Uma alteração é vista como uma mudança de comportamento, que pode ou não ser acompanhada de discernimento e, portanto, sugere a investigação das diferenças entre os padrões de interacção familiar. A alteração e a estabilidade devem ser consideradas em conjunto.

PARTE II
Estudos Empíricos

Metodologia

Objectivos

No presente estudo procurou-se, em primeiro lugar, proceder ao levantamento de várias escalas de avaliação psicogerítrica, de forma a poder traçar um perfil psicogerítrico/funcionalidade dos idosos com apoio institucional no Concelho de Pombal.

A escolha desta localização correspondeu ao facto de ser o Concelho de origem e no qual o investigador labora, ao qual tem uma óbvia ligação afectiva e profissional. Por outro lado, o Concelho de Pombal tem assistido a um forte aumento da população idosa, acompanhado por uma enorme taxa de institucionalização, bem como pela escassez de estudos realizados na região acerca do tema em causa.

Com o estudo desenvolvido, para além de contribuir para enriquecer os resultados, já conhecidos em estudos anteriores, procura-se estudar os perfis psicogerítricos, analisar e avaliar perturbações psicogerítricas.

Poder-se-á estabelecer como objectivo geral o estudo dos perfis psicogerítricos de idosos de uma amostra rural e, como objectivos específicos, proceder a uma caracterização da amostra considerando as dimensões da EAP; proceder a uma caracterização psicogerítrica da amostra em função de um conjunto de variáveis sociodemográficas comumente utilizadas neste tipo de estudos; perceber quais as variáveis sociodemográficas que influenciam os perfis psicogerítricos, tomando as dimensões da EAP.

Através da aplicação das EAP a este grupo de idosos procura-se situar cada indivíduo num determinado ponto do *continuum* e não apenas categorizá-lo como demente ou não e/ou deprimido.

Tendo estes objectivos em vista, procede-se, agora, à apresentação dos procedimentos, amostra e instrumentos utilizados no presente estudo empírico.

Procedimentos

Nos procedimentos para recolha de dados de pessoas idosas, as instituições que disponibilizam respostas de apoio social aos idosos foram consideradas meios privilegiados para acesso à amostra pretendida. Deste modo, após contacto oral com a direcção da IPSS, explicando globalmente o objectivo do estudo, as escalas foram aplicadas a idosos que, após breve explicação do estudo, se manifestaram disponíveis para participar.

No início da aplicação das escalas, os participantes foram informados acerca do objectivo geral do estudo, da confidencialidade das respostas e do carácter anónimo da sua participação.

Método/Desenho de investigação

A presente investigação adopta um desenho de natureza quantitativa. Segundo Boudon (1980), os métodos quantitativos podem ser definidos como aqueles que possibilitam recolher, em relação a um conjunto de elementos, informações que concretizam a comparação de um elemento face a outro. É essa comparação de informações que permite, por conseguinte, fazer a enumeração e, mais generalizadamente, a análise quantitativa dos dados. As Escalas de Avaliação Psicogerítrica foram o instrumento metodológico central utilizado nesta investigação.

O objectivo do método quantitativo é generalizar os resultados a uma determinada população em estudo a partir da amostra seleccionada, relatar e descrever os fenómenos bem como contribuir para o desenvolvimento e validação dos resultados observados. Pretende-se o estabelecimento de relações causa-efeito e a previsão dos fenómenos.

Através da aplicação da EAP irão traçaram-se perfis psicogerítricos/funcionalidade dos idosos com apoio institucional no Concelho de Pombal. Os níveis de pesquisa utilizados são descritivos e inferenciais com a finalidade de descrever e comparar os perfis psicogerítricos dos sujeitos.

Hipóteses

Como hipótese global de trabalho poder-se-á inferir que:

A funcionalidade dos idosos varia consoante um conjunto de variáveis sociodemográficas.

Mais à frente, neste trabalho, serão, oportunamente, apresentadas e exploradas hipóteses mais específicas, que derivam da hipótese global.

Amostra

As pessoas ou objectos acerca dos quais se pretende produzir conclusões designam-se por população (ou universo) (Norusis, 1991 *cit in* Ribeiro, 1999). Uma amostra é um subgrupo da população, seleccionado para obter informações relativas às características dessa população (Miaoulis & Michener, 1976 *cit in* Ribeiro, 1999).

A amostra dos estudos empíricos apresentados é composta por 40 participantes idosos, dos quais 25 são do sexo feminino (62,5%) e 15 são do sexo masculino (37,5%), oscilando as suas idades entre os 59 e os 99 anos de idade ($M = 80,15$; $DP = 8,19$). Separadamente considerados, os participantes do sexo masculino apresentam idades entre os 59 e os 99 anos, com uma idade média de 77.67 anos ($DP = 8,87$). Por sua vez, as participantes do sexo feminino apresentam uma idade média de 81,64 anos ($DP = 7,54$), oscilando as suas idades entre os 59 e os 99 anos. Em termos de classe etária e sexo dos participantes, a amostra encontra-se distribuída conforme apresentado no Quadro 6.

Quadro 6: Distribuição da amostra por sexo e classe etária.

Classe etária	Género				Total	
	Masculino		Feminino		N	%
	N	%	N	%	N	%
Até 65 anos	1	2,5%	1	2,5%	2	5%
De 66 a 70 anos	4	10%	1	2,5%	5	12,5%
De 71 a 75 anos	2	5%	1	2,5%	3	7,5%
De 76 a 80 anos	1	2,5%	6	15%	7	17,5%
Mais de 80 anos	7	17,5%	16	40%	23	57,5%
Total	15	37,5%	25	62,5%	40	100%

Relativamente às habilitações literárias, 29 participantes completaram o 1º. Ciclo, 7 completaram o 2º. Ciclo, 2 o Ensino Secundário e outros 2 o Ensino Superior.

Os participantes são todos residentes no Concelho de Pombal e têm, pelo menos um mês de institucionalização, nas respostas sociais Centro de Dia ou Lar de uma IPSS do Concelho. Os participantes foram seleccionados através da técnica de amostragem por conveniência. A opção pela utilização desta técnica de amostragem deveu-se ao facto dos casos escolhidos serem casos facilmente disponíveis.

Variáveis

O termo variável reporta-se às características ou atributos que podem tomar diferentes valores ou categorias. Na presente investigação, as variáveis de avaliação psicogeríátrica segundo as Escalas de Avaliação psicogeríátrica são o género, a idade, o estado civil, a reforma, a escolaridade, a resposta social onde está integrado e a situação de residência.

Quadro 7: Caracterização da amostra segundo diversas variáveis sociodemográficas.

	<i>N</i>		<i>Masculino</i>		<i>Feminino</i>	
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
<i>N</i>	40	100%	15	37,50%	25	62,50%
<i>Género</i>	40	100%	15	37,50%	25	62,50%
<u><i>Estado Civil</i></u>						
<i>Viúvo</i>	24	60%	6	15%	18	45%
<i>Solteiro</i>	7	17,50%	4	10%	3	7,50%
<i>Casado</i>	8	20%	5	12,50%	3	7,50%
<i>Divorciado</i>	1	2,50%	0	0%	1	2,50%
<u><i>Situação de residência</i></u>						
<i>Vive com o cônjuge ou com os filhos</i>	15	37,50%	4	10%	11	27,50%
<i>Vive em Lar</i>	20	50%	8	20%	12	30%
<i>Vive sozinho</i>	5	12,50%	3	7,50%	2	5%
<u><i>Escolaridade</i></u>						
<i>1º. Ciclo</i>	29	72,50%	10	25%	19	47,50%
<i>2º. Ciclo</i>	7	17,50%	4	10%	3	7,50%
<i>Ensino Secundário</i>	2	5%	1	2,50%	1	2,50%
<i>Ensino Superior</i>	2	5%	0	0%	2	5%
<u><i>Resposta Social</i></u>						
<i>Centro de Dia</i>	20	50%	7	17,50%	13	32,50%
<i>Lar</i>	20	50%	8	20%	12	30%

Instrumentos

Os instrumentos de recolha de dados utilizados foram as Escalas de Avaliação Psicogerítrica² (EAP) – versão portuguesa (Fonseca *et al.*, 2008) do instrumento *The Psychogeriatric Assessment Scales (PAS)*, da autoria de Anthony Jorm (NH&MRC Social Psychiatry Research Unit – Australian National University) e Andrew Mackinnon (Mental Health Research Institute – Australia).

As Escalas de Avaliação Psicogerítrica (Psychogeriatric Assessment Scales) foram criadas por dois autores australianos, Anthony Jorm e Andrew Mackinnon, 1995, a partir de uma série de outros instrumentos habitualmente utilizados para o mesmo propósito. Estes autores conseguiram reunir num só instrumento, válido sob o ponto de vista estatístico e de fácil utilização, informação tão dispersa e exigindo uma colheita de dados demorada e por vezes difícil.

Segundo Fonseca *et al.* (2008), as Psychogeriatric Assessment Scales tiveram a sua principal inspiração na Canberra Interview for the Elderly (CIE), uma entrevista utilizada para o diagnóstico de demência, depressão e outras perturbações relacionadas e com especial incidência na população idosa, de acordo com os critérios do CID-10 e do DSM-IV-R.

Utilizando a CIE e outros instrumentos num estudo epidemiológico implementado numa amostra de 1045 pessoas de idade igual ou superior a 70 anos, vivendo quer em comunidade quer em instituições, a aplicação de técnicas de análise factorial ao conjunto de itens avaliados permitiu a Jorm e Mackinnon (1995) estabelecerem as categorias fundamentais das EAP, em torno de duas dimensões: demência e depressão. As normas iniciais foram definidas para a população da região de Canberra (Austrália), distribuídas por grupo etário, género e local de residência (comunidade ou instituição).

Após a construção e validação inicial do instrumento, o seu desenvolvimento na versão australiana tem-se feito através de uma metodologia longitudinal de análise, por meio da qual os autores afinaram a estrutura original do instrumento recorrendo a uma análise factorial confirmatória (Jorm, Mackinnon *et al.*, 1997, *in* Fonseca *et al.*, 2008). As Psychogeriatric Assessment Scales têm sido objecto de validação noutros

² *vide* Anexo – Escala de Avaliação Psicogerítrica (EAP)

contextos geográficos e noutros idiomas, designadamente, em língua francesa e língua alemã (*cit in* Fonseca *et al.*, 2008).

As *Escalas de Avaliação Psicogeríátrica – EAP* formam, no seu conjunto, um instrumento de avaliação constituído por várias escalas focalizadas na avaliação psicogeríátrica de indivíduos idosos, nomeadamente, demência e depressão.

As EAP efectuam a avaliação de perturbações psicogeríátricas através do recurso a escalas e não a categorias, o que significa que se rejeita a ideia generalizada segundo a qual as pessoas que sofram de demência ou depressão pertencem a uma categoria distinta das pessoas “normais”. Com efeito, segundo os autores das EAP, quando se encara a população idosa de uma forma global, tanto a demência como a depressão fazem parte de um *continuum*: do envelhecimento cognitivo bem sucedido à demência severa, por um lado; do completo bem-estar psicológico à depressão severa, por outro lado. Assim, as EAP têm como principal objectivo situar cada indivíduo num determinado ponto do *continuum* e não categorizá-lo simplesmente como estando ou não demente e/ou deprimido. A informação recolhida através das EAP deve ser interpretada comparando os resultados obtidos com os valores de referência habitualmente considerados numa dada comunidade (Jorm & Mackinnon, 1995, *in* Fonseca *et al.*, 2008).

Na sua versão original, as EAP reúnem seis escalas: três devem ser preenchidas através de entrevista à pessoa que está a ser avaliada, e as restantes devem ser preenchidas por um “informador” que conheça bem essa pessoa. O presente trabalho, tal como a versão portuguesa do instrumento The Psychogeriatric Assessment Scales (EAP) utilizada no trabalho de validação, incide unicamente nas escalas dirigidas ao sujeito alvo de avaliação:

- **Escala de Acidente Vascular Cerebral:** avalia seis sintomas da doença cérebro-vascular, sinalizando em que medida um eventual comprometimento cognitivo fica a dever-se a demência vascular ou a Doença de Alzheimer;

Exemplo: “*Alguma vez teve ou lhe disseram que teve um acidente vascular cerebral (ou AVC ou trombose?*”

Não ... 0

Sim ... 1

Não sabe ... ?

- **Escala de Depressão:** avalia a prevalência de doze sintomas de depressão no decurso das duas semanas anteriores;

Exemplo: “*Nas últimas duas semanas, tem-se sentido deprimido (a) ou triste?*”

Não ... 0

Depende da situação ... 0

Sim ... 1

Não sabe ... ?

- **Escala de Comprometimento Cognitivo:** consiste em nove questões que testam a memória e outras funções cognitivas do sujeito.

Exemplo: “*Em que data calha o dia de Ano Novo?*”

Primeiro dia de Janeiro/primeiro dia do ano ... 0

Uma data errada, não sabe, recusa responder ... 1

Não convidado a fazer (por ex., limitação sensorial) ... ?

A versão portuguesa das Psychogeriatric Assessment Scales – Escalas de Avaliação Psicogerítrica – EAP, Fonseca, 2008) – foi construída através do recurso à versão original (australiana, Jorm & Mackinnon, 1995) do instrumento. A tradução foi feita por profissionais especializados nos domínios da psicossociologia da saúde e da psicologia do envelhecimento, sendo que a versão final de cada item inserido nas EAP resultou sempre de um acordo completo entre os diversos intervenientes no processo de tradução e adaptação do instrumento original.

Relativamente à cotação/interpretação³ da Escala de Avaliação psicogerítrica, refira-se que, para efectuar a cotação da resposta, devem seguir-se algumas indicações:

- cada resposta é pontuada com 0 (zero) – resposta correcta – ou 1 (um) – resposta incorrecta;

³ vide Anexo – Folha de cotação

- pode parecer um pouco estranho que a uma resposta correcta corresponda 0 (zero), mas tal sucede porque as EAP avaliam a incapacidade, logo, neste caso, o 0 (zero) significa ausência de incapacidade.

Sendo assim, valores elevados traduzem elevado nível de comprometimento derivado a AVC, depressão e comprometimento cognitivo.

Para a validação das EAP (Fonseca *et al.*, 2008) recorreu-se a uma amostra diversificada de pessoas idosas, recolhida na comunidade e junto de instituições, que manifestaram disponibilidade em participar.

Resultados

Análise de dados

Os dados recolhidos foram tratados através do programa estatístico SPSS 19.0. Foram utilizadas técnicas de Estatística Descritiva (distribuição de frequências, medidas de tendência central e medidas de dispersão) e Estatística Inferencial (comparações de médias e análise correlacional).

Procurou-se efectuar a avaliação da validade de constructo por meio da análise factorial⁴ em componentes principais. No entanto, este tipo de análise não se tornou viável, porque, à semelhança de muitas outras técnicas estatísticas, também a análise factorial pressupõe o cumprimento de um conjunto de requisitos de aplicação, nomeadamente, uma amostra suficientemente grande para condução da análise. Note-se que como condição mínima para realização da análise factorial, seria necessária a existência de, pelo menos, 5 participantes por variável e não menos de 100 indivíduos por análise. Os autores Tabachnick e Fidell (2001) propõem, como *rule fo thumb*, um mínimo 300 participantes para realização da análise factorial. Deste modo, o total de 40 participantes que responderam às Escalas de Avaliação Geriátrica (EAP) não assegura as condições mínimas para realização da análise factorial.

De qualquer forma importa referir que a qualidade das correlações entre as variáveis, nomeadamente através da análise dos indicadores fornecidos pelo teste de KMO⁵ (*Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sample Adequacy*) e pelo teste de esfericidade de Bartlett⁶, não revelou que a amostragem fosse suficientemente adequada (KMO = .120).

⁴ **ANÁLISE FACTORIAL** - Esta é uma técnica estatística que procura explicar a correlação entre as variáveis observáveis, simplificando os dados através da redução do número de variáveis necessárias para as descrever (Pestana & Gageiro, 2008). Pela síntese dos padrões de correlações entre as variáveis observadas, esta técnica permite reduzir um elevado número de variáveis observadas num número menor de *factores* não directamente observáveis e que reflectem processos subjacentes, que traduzem o que existe de comum entre as variáveis (Tabachnick & Fidell, 2001).

⁵ **O KMO** é uma medida da homogeneidade das variáveis, que compara as correlações simples com as correlações parciais observadas e, assim, permite aferir a qualidade das correlações existentes entre as variáveis. A estatística KMO varia entre 0 e 1. Valores próximos de 0 indicam que a soma das correlações parciais é elevada quando comparada à soma das correlações entre as variáveis observadas, apontando difusão no padrão de correlações e, portanto, a inadequação dos dados para a realização da análise factorial. Valores próximos de 1 indicam coeficientes de correlações parciais pequenos e padrões relativamente compactos de correlações entre as variáveis, indicando que a análise factorial pode ser prosseguida (Field, 2000). De acordo com Pestana e Gageiro (2008), Kaiser adjectiva valores de KMO inferiores a .5 como inaceitáveis, entre .5 e .6 como maus, entre .6 e .7 como razoáveis, entre .7 e .8 como médios, entre .8 e .9 como bons e, finalmente, entre .9 e 1 como muito bons para desenvolvimento da análise factorial dos dados.

⁶ **O teste de esfericidade de Bartlett** testa a hipótese da matriz das correlações ser a matriz de identidade, cujo determinante é igual a 1 (Pestana & Gageiro, 2008). O prosseguimento da análise factorial requer, portanto, que este teste produza um resultado estatisticamente significativo ($p < .05$), de modo a conduzir à rejeição da hipótese nula e assumir a existência de correlação entre algumas variáveis.

Dada a inadequação dos dados do presente estudo para a condução da análise factorial, considerou-se mais adequado adoptar a estrutura factorial identificada no estudo de adaptação da versão portuguesa das Escalas de Avaliação Psicogeríátrica (EAP, Fonseca *et al.*, 2008). Deste modo, foram considerados os três factores – AVC, Depressão e Comprometimento Cognitivo – identificados por Fonseca *et al.*, 2008) factores esses que também já anteriormente haviam sido identificados na versão original (Jorm & Mackinnon, 1995). Deste modo, esta estrutura factorial servirá de suporte à exploração e apresentação dos dados do presente trabalho.

VARIÁVEIS DE AVALIAÇÃO PSICOGERIÁTRICA SEGUNDO AS ESCALAS DE AVALIAÇÃO PSICOGERIÁTRICA

Género

Num estudo realizado acerca das percepções de idosos com alterações cognitivas sobre a funcionalidade familiar (Santos, Pavarini e Barham, 2011), os resultados mostraram que as mulheres estão mais insatisfeitas do que os homens em relação à funcionalidade familiar. Verificou-se que entre homens e mulheres existiam hierarquias distintas, o que permite notar que houve uma forte influência do género nos resultados obtidos.

De acordo com Lage (2007), relativamente à investigação sobre a influência do género na percepção do impacto do cuidado, esta aponta sobretudo para uma diferença de género na percepção de sobrecarga, indicando que as mulheres têm percepção de maior sobrecarga, tanto objectiva, como subjectiva. Mais especificamente, alguns dados revelam que as mulheres tendem a referir mais sobrecarga, nomeadamente mais ansiedade, mais depressão, mais sobrecarga física, problemas de saúde, mais baixo nível de satisfação do que os homens e maiores limitações funcionais.

Num estudo realizado por Low e Gutmann (2006, *cit in* Lage, 2007) acerca da influência do género nos domínios físico e psicossocial da saúde relacionada com a qualidade de vida dos cuidadores, o género tinha uma influência e um papel relevante nestes dois domínios: as mulheres apresentavam mais sintomas ligados aos domínios psicossociais da qualidade de vida, enquanto os homens repostavam mais sintomas no domínio da saúde física relacionados com a qualidade de vida. Outros resultados como

os de Suen e Morris (2006, *cit in* Lage, 2007), sugerem que as mulheres apresentavam maiores níveis de depressão, pior qualidade de sono, tinham maior número de doenças e tomavam mais medicação do que os homens.

Em conformidade com este quadro empírico, foi formulada a seguinte hipótese:

Hipótese 1: A funcionalidade varia consoante o género.

O teste a esta hipótese foi efectuado por meio de uma análise *t-Student*, que permitiu comparar os dois grupos de participantes. Em termos globais, os resultados (Quadro 8) mostram que o grupo feminino ($M = 13,0$; $DP = 6,1$) apresenta resultados superiores ao masculino ($M = 9,76$; $DP = 4,13$), embora esta diferença não se revele estatisticamente significativa ($t = -1,818$; $p = .07$). No entanto, a análise de cada uma das subescalas indica que estas diferenças de resultados apenas são significativas para a subescala *Comprometimento Cognitivo* ($t = -2,178$; $p = .036$), sendo o sexo feminino que, em média ($M = 8,1$; $DP = 4,33$), apresenta um maior comprometimento cognitivo.

Quadro 8: Resultados nas EAP de acordo com o Género

		AVC	Depressão	Comprometimento cognitivo	EAP Total
Feminino	Média	1	3,9	8,1	13
	DP	1,58	3,08	4,33	6,1
	N	25	25	25	25
Masculino	Média	1,41	3,07	5,28	9,76
	DP	1,68	1,87	3,23	4,13
	N	15	15	15	15
t		0,782	-0,948	-2,178	-1,818
Sig.		0,439	0,349	0,036	0,077

Globalmente considerados, os dados obtidos dão, deste modo, suporte empírico parcial à Hipótese 1, evidenciando a influência do sexo dos participantes nos seus perfis psicogeríátricos, nomeadamente ao nível do *Comprometimento Cognitivo*, facto que vai de encontro aos resultados obtidos no estudo de adaptação portuguesa do EAP (Fonseca *et al.*, 2008).

Idade

Num estudo realizado por Santos e Pavarini (2011), verificou-se que os sujeitos mais idosos avaliam a funcionalidade de uma forma mais negativa, pois a idade avançada pode levar a uma situação de maior dependência, gerando assim uma maior necessidade ao nível dos cuidados.

Relativamente às diferentes faixas etárias, a maioria dos idosos apresenta bons níveis de funcionalidade. Dos idosos com idade até aos 65 anos, 100% relatam boa funcionalidade. 85% dos idosos da faixa etária dos 66 aos 70 anos apresentam boa funcionalidade. Dos idosos pertencentes à faixa etária dos 71 aos 75 anos, 70% afirmam boa funcionalidade. 60% dos idosos com idade entre 76 e 80 apresentam boa funcionalidade.

Diferentes estudos têm encontrado uma associação significativa entre sintomas depressivos e idade (Bergdahl *et al.*, 2005; Kim, Shin, Yoon & Stewart, 2002).

Por outro lado, outros autores como Prince *et al* (1999, *cit in* Osborn *et al.*, 2003) referem que uma associação entre a idade e a depressão se tem mostrado inconsistente.

Um estudo europeu concluiu que houve apenas uma modesta associação entre a idade e os sintomas depressivos após a idade de 65 anos (Prince *et al.*, 1999, *cit in* Osborn *et al.*, 2003).

Estudos anteriores descobriram que o efeito da idade sobre a depressão desaparece após outras variáveis sócio-demográficas e de saúde terem sido controladas (Beekman *et al.*, 1995; Blazer *et al.*, 1991; Schoevers *et al.*, 2000).

Considerando as evidências empíricas destes estudos, pretendeu-se explorar o impacto que a idade pode exercer na funcionalidade global dos idosos e, em termos específicos, em cada uma das dimensões que compõe a EAP. Assim, foi formulada a seguinte hipótese:

Hipótese 2 – A funcionalidade varia consoante a idade.

Para testar esta hipótese, foram efectuadas análises da variância (ANOVA's), tomando como variável independente a classe etária dos participantes e como variável dependente cada uma das escalas da EAP. Os resultados alcançados evidenciam (Quadro 9), todavia, a inexistência de diferenças estatisticamente significativas entre classes etárias. Com efeito, a análise de cada uma das escalas revela que em nenhuma destas (AVC, Depressão, Comprometimento Cognitivo e EAP Total) os resultados variam significativamente em função da idade.

Quadro 9: Resultados nas EAP de acordo com a classe etária

		AVC	Depressão	Comprometimento cognitivo	EAP Total
Até 65 anos	Média	2	3,5	6,5	12
	DP	2,83	3,53	4,95	1,41
	N	2	2	2	2
De 66 a 70 anos	Média	1,04	2,33	4,02	7,39
	DP	1,73	0,47	3,65	4,39
	N	5	5	5	5
De 71 a 75 anos	Média	2	5	7,33	14,33
	DP	1,73	5,29	0,58	6,66
	N	3	3	3	3
De 75 a 80 anos	M	1,14	3,57	6,76	11,47
	DP	1,95	3,73	3,14	4,61
	N	7	7	7	7
Mais de 80 anos	M	1	3,69	7,79	12,49
	DP	1,48	2,29	4,65	6,07
	N	23	23	23	23
	F	0,378	0,46	0,86	1,014
	Sig.	0,823	0,765	0,497	0,413

Os dados anteriores são reforçados pela análise correlacional entre a idade e as diferentes escalas da EAP, que não evidenciam nenhuma relação estatisticamente significativa entre variáveis (Quadro 10).

Quadro 10: Correlações (momento produto de Pearson) entre idade e resultados EAP

		AVC	Depressão	Comprometimento cognitivo	EAP Total
Idade	r	-.127	.092	.191	.148
	p	.433	.573	.238	.361

Tomados no seu conjunto, os resultados mostram como os valores obtidos nas EAP não parecem estar associados à idade. Assim, não foi encontrado suporte empírico para a Hipótese 2, pelo que esta é infirmada.

Estado Civil

Estudos da depressão na terceira idade têm sugerido que o estado civil tem relação com o estado depressivo (Beekman *et al.*, 1995 *cit in* Osborn *et al.*, 2003).

Numa investigação realizada por Jones e colaboradores (2003), os idosos solteiros residentes numa instituição permaneceram com significativa menor probabilidade de se lhes reconhecer depressão após o controlo de outras variáveis de saúde e pessoais. Tiveram uma menor prevalência de depressão do que outros grupos conjugais, um efeito que persistiu após ajuste da análise multivariada, não havendo diferença entre casados, viúvos ou divorciados.

É defendido que o estado civil de solteiro, viuvez e mau funcionamento familiar implicam factores psicossociais desencadeantes de sintomatologia depressiva. Já para outros autores, o divórcio enquadra-se entre os maiores factores de risco (Blazer *et al.*, 1999; Kennedy *et al.*, 1989 *cit in* Osborn *et al.*, 2003).

Considerando este quadro teórico-empírico, foi igualmente objectivo do presente trabalho proceder à análise da influência que o estado civil dos participantes da amostra pode exercer nos seus perfis psicogeríátricos. Deste modo, foi definida a seguinte hipótese:

Hipótese 3 – A funcionalidade varia consoante o estado civil

Para testar esta hipótese, foram novamente efectuadas análises da variância (ANOVA's), tomando como variável independente o estado civil dos participantes da amostra e como variável dependente cada uma das escalas da EAP. Os resultados obtidos (Quadro 11) não revelam qualquer diferença estatisticamente significativa entre estados civis em qualquer uma das dimensões da EAP, mostrando que os resultados não variam em função do estado civil.

Quadro 11: Resultados nas EAP de acordo com o Estado Civil

		AVC	Depressão	Comprometimento cognitivo	EAP Total
Viúvo	Média	0,87	4,28	7,6	12,76
	DP	1,48	3,08	4,64	6,63
	N	24	24	24	24
Casado	Média	1,65	2,72	6,01	10,38
	DP	1,75	1,74	4,16	3,21
	N	8	8	8	8
Solteiro	Média	1,71	2,57	5,88	10,17
	DP	1,89	1,39	1,92	3,91
	N	7	7	7	7
Divorciado	M	0	1	10	11
	DP	---	---	---	---
	N	1	1	1	1
	F	0,943	1,506	0,641	0,586
	Sig.	0,43	0,229	0,594	0,628

Deste modo, não foi encontrado suporte empírico para a Hipótese 3, concluindo-se, portanto, que a conjugalidade não exerce qualquer influência significativa no nível de funcionalidade dos idosos da amostra, avaliado por meio das EAP.

Escolaridade

Variáveis sócio-demográficas como a educação e baixa escolaridade têm sido correlacionadas com a depressão entre a população idosa em diferentes investigações (Ganguli *et al.*, 1999; Kim *et al.*, 2002; Papadopoulos *et al.*, 2005).

É referido que o baixo nível de escolaridade implica que o idoso se encontre menos preparado para as mudanças que ocorrem no seu ambiente e tenha pobres mecanismos de defesa perante determinadas situações, ao que se associa um pobre desenvolvimento social.

Dada a influência que o nível de escolaridade pode exercer nível global de funcionalidade dos idosos, foi formulada a seguinte hipótese:

Hipótese 4 – A funcionalidade varia consoante o nível de escolaridade

O teste a esta hipótese foi, novamente, realizado por análises da variância (ANOVA's), tomando, desta vez, o nível de escolaridade como variável independente e cada uma das escalas EAP como variáveis dependentes. Em termos gerais, e como se pode observar no Quadro 12, os níveis de escolaridade superiores aparecem significativamente associados a resultados inferiores na subescala *EAP total* ($F = 4,389$; $p = 0,010$). Adicionalmente, os resultados revelam a existência de uma diferença estatisticamente significativa entre níveis de escolaridade para a subescala *Comprometimento Cognitivo* ($F = 4,159$; $p = 0,013$).

Quadro 12: Resultados nas EAP de acordo com o nível de escolaridade

		AVC	Depressão	Comprometimento cognitivo	EAP Total
1º. Ciclo	Média	1,14	3,96	8,19	13,3
	DP	1,62	2,98	4,02	5,3
	N	29	29	29	29
2º. Ciclo	Média	1,86	2,86	5,14	9,86
	DP	1,77	1,67	2,73	4,37
	N	7	7	7	7
Ensino Secundário	Média	0	2,33	0,55	2,88
	DP	0	0,46	0,78	1,24
	N	2	2	2	2
Ensino Superior	M	0	2	3,5	5,5
	DP	0	0	0,71	0,7
	N	2	2	2	2
F		1,143	0,719	4,159	4,389
Sig.		0,345	0,547	0,013	0,01

Comparações múltiplas *à posteriori* realizadas pelo teste de Tukey revelam, tanto para a subescala *EAP Total* como para a subescala *Comprometimento Cognitivo*, que os participantes que apenas têm o 1º ciclo diferem estatisticamente dos participantes que têm o ensino Secundário completo, apresentando os primeiros níveis mais elevados de disfuncionalidade geral e comprometimento cognitivo ($p = .038$).

Assim, os resultados mostram a influência do nível de escolaridade em duas subescalas da EAP, fornecendo, deste modo, suporte empírico para a Hipótese 4.

Situação de residência

O idoso que habitualmente permanecia em casa e quando debilitado ou doente era habitualmente amparado pela família (as mulheres da família) passa a ter necessidade de apoios sociais (serviços domiciliários, centros de dia e lares).

Tendo por objectivo observar a influência da situação de residência na funcionalidade geral dos idosos, foi formulada a seguinte hipótese:

Hipótese 5 – A funcionalidade varia consoante a situação de residência.

Para testar esta hipótese, foram efectuadas diversas análises da variância (ANOVA's), tomando, desta vez, a situação de residência como variável independente e cada uma das subescalas da EAP como variável dependente. Como é possível constatar pela análise do Quadro 13, a subescala Depressão parece ser exacerbada pela vivência solitária dos idosos no seu domicílio. No entanto, as análises efectuadas ultrapassam o limiar estatístico máximo definido ($p < .05$), pelo que se conclui pela inexistência de diferenças estatisticamente significativas entre diferentes situações de residência para qualquer uma das subescalas da EAP.

Quadro 13: Resultados nas EAP de acordo com a situação de residência

		AVC	Depressão	Comprometimento cognitivo	EAP Total
Vive com o cônjuge e/ou filhos	Média	1,41	3,94	7,62	12,97
	DP	1,5	3,41	4,44	5,56
	N	15	15	15	15
Vive sozinho	Média	1,00	5,76	7,43	14,19
	DP	2,24	2,79	4,99	8,96
	N	5	5	5	5
Vive em Lar	Média	1,00	2,78	6,51	10,29
	DP	1,59	1,64	3,87	4,49
	N	20	20	20	20
	F	0,298	2,903	0,317	1,531
	Sig.	0,744	0,067	0,731	0,230

As análises de variância não fornecem suporte empírico para a Hipótese 5, concluindo-se, deste modo, que a situação de residência não condiciona nenhuma das subescalas das EAP.

Os indivíduos que vivem em lar têm resultados inferiores ao nível da subescala depressão e Comprometimento cognitivo, contrariamente aos dados da adaptação portuguesa.

Resposta Social

Residir em instituições e o tempo de institucionalização têm sido relatados por diferentes autores como factores de risco para a depressão (Ames, 1991; Bergdahl *et al.*, 2005; Phifer & Murrell, 1986, Kennedy *et al.*, 1990, Harlow *et al.*; 1991, *cit in* Forsell & Winbland, 1999; Zarit, Femia, Gatz & Johansson, 1999).

Procurando avaliar a influência do tipo de resposta social frequentado nos perfis psicogerítricos dos participantes do presente estudo, foi formulada a seguinte hipótese:

Hipótese 6 – A funcionalidade varia consoante a resposta social frequentada.

O teste a esta hipótese foi efectuado por meio de uma análise *t*-Student, que, tal como se pode observar no Quadro 14, evidenciou uma diferença marginalmente significativa entre as respostas sociais frequentadas para a subescala *Depressão* ($t = 1,959$; $p = 0,057$).

Quadro 14: Resultados nas EAP de acordo com a Resposta Social

		AVC	Depressão	Comprometimento cognitivo	EAP Total
Centro de Dia	Média	1,31	4,39	7,57	13,28
	DP	1,65	3,29	4,45	6,33
	N	20	20	20	20
Lar	Média	1	2,78	6,51	10,3
	DP	1,59	1,64	3,87	4,49
	N	20	20	20	20
t		0,604	1,959	0,801	1,716
Sig.		0,549	0,057	0,428	0,094

Os dados obtidos fornecem, assim, suporte empírico parcial para a Hipótese 6, mostrando como idosos em resposta de Centro de Dia obtêm resultados significativamente desfavoráveis na subescala *Depressão* face aos idosos em resposta de Lar.

Discussão dos resultados

Um dos objectivos principais deste estudo era estudar os perfis psicogeríátricos de idosos de uma amostra rural. Por outro lado, pretendeu-se também proceder a uma caracterização da amostra considerando as dimensões da EAP (AVC, Depressão e Comprometimento Cognitivo), além de proceder à caracterização psicogeríátrica da amostra em função de um conjunto de variáveis sociodemográficas comumente utilizadas neste tipo de estudos, e de perceber quais as variáveis sociodemográficas que influenciam os perfis psicogeríátricos, tomando as dimensões da EAP.

Através da análise de dados efectuada foi possível constatar que o grupo feminino apresenta resultados superiores ao masculino, revelando-se esta diferença estatisticamente significativa ($t = -1.818$; $p = .07$). Na análise das escalas, as diferenças apenas são significativas ao nível da subescala comprometimento cognitivo ($t = -2.178$; $p = .036$), sendo o sexo feminino que, em média, apresenta maior comprometimento cognitivo.

Comparativamente ao estudo de validação para a adaptação portuguesa (Fonseca *et al.*, 2008) o grupo feminino apresenta também resultados superiores ao masculino, que são estatisticamente significativos ($t = 2.28$; $p = 0.02$). Da mesma forma, o sexo feminino apresenta, em média, um maior comprometimento cognitivo, na medida em que, na análise das subescalas, as diferenças de resultados apenas são significativas na subescala Comprometimento cognitivo.

Os resultados nas EAP, neste estudo, não variam em função da idade. Não se verificando diferenças significativas entre as classes etárias, o que poderá estar associado à elevada média de idades da amostra deste estudo ($M = 80.15$).

Em nenhuma das escalas, os resultados variam significativamente em função da idade, o que propicia a inexistência de suporte empírico para a Hipótese 2 (*A funcionalidade varia consoante a idade*).

Note-se que, na adaptação portuguesa (Fonseca *et al.*, 2008), o factor idade apenas explica 12% da variância dos resultados e, na análise de cada uma das subescalas, somente a subescala Comprometimento cognitivo varia significativamente em função da idade (Fonseca *et al.*, 2008).

Ao nível da Hipótese 3 (*A funcionalidade varia consoante o estado civil*), contrariamente aos resultados da adaptação portuguesa, que mostravam que a conjugalidade exerce influência significativa sobre os resultados de duas subescalas, AVC e Comprometimento Cognitivo, os resultados obtidos neste estudo não revelam qualquer diferença estatisticamente significativa entre os estados civis, não havendo, por este motivo, suporte empírico para a Hipótese 3.

No teste à hipótese *A funcionalidade varia consoante o nível de escolaridade* (Hipótese 4), os resultados obtidos demonstram que os níveis de escolaridade superiores estão significativamente associados a resultados inferiores na subescala EAP Total ($F= 4.389$; $p= .010$). Os resultados revelam a existência de uma diferença estatisticamente significativa entre os níveis de escolaridade e a subescala Comprometimento Cognitivo ($F= 4.159$; $p= .013$). Os sujeitos que têm maior nível de escolaridade têm melhor desempenho ao nível da subescala Comprometimento Cognitivo, ao mesmo tempo que os sujeitos que têm um nível de escolaridade mais baixo, têm níveis mais elevados de disfuncionalidade e comprometimento cognitivo. Assim, os resultados mostram influência do nível de escolaridade na EAP Total e no Comprometimento Cognitivo, fornecendo suporte empírico para a Hipótese 4.

Relativamente à hipótese 5 (*A funcionalidade varia consoante a situação de residência*), conclui-se, através das análises efectuadas, que não existem diferenças estatisticamente significativas entre as diferentes situações de residência (com cônjuge e/ou filhos; sozinho; em lar). Na adaptação portuguesa, a comparação dos resultados médios nas três subescalas da EAP define que os idosos institucionalizados obtêm resultados significativamente desfavoráveis face aos idosos não institucionalizados (Fonseca *et al.*, 2008). No presente estudo, as análises da variância não fornecem suporte empírico para a hipótese 5, sendo que a situação de residência não condiciona nenhuma das subescalas das EAP. Desta forma, o facto dos sujeitos viverem sozinhos, com cônjuge e/ou filhos ou em lar não apresenta variabilidade, estatisticamente significativa, ao nível das subescalas AVC, Depressão e Comprometimento Cognitivo.

Refira-se, no entanto, que os sujeitos que vivem em lar apresentam níveis inferiores ao nível da subescala Depressão e Comprometimento Cognitivo, contrariamente aos dados da adaptação portuguesa, onde os indivíduos

institucionalizados apresentavam elevados nívéis de Comprometimento Cognitivo e Depressão.

Este dado da investigação poder-se-á apresentar como um dado algo curioso e interessante, na medida em que contraria os dados da adaptação portuguesa. Poder-se-á inferir que o facto de os sujeitos pertencerem maioritariamente a um meio altamente rural, com condições sócio-económicas desfavoráveis poderá influenciar o facto dos idosos residentes em lar se sentirem um pouco menos deprimidos e apresentarem nívéis de comprometimento cognitivo um pouco mais baixos. Repare-se que a instituição onde estão integrados fornece-lhes cuidados ao nível da higiene, alimentação, saúde, entretenimento que não haviam conhecido ao longo das vidas. Este poderá ser um factor que influencia a percepção de depressão e comprometimento cognitivo, na medida em que, possivelmente, os indivíduos se vêm com um nível de satisfação das necessidades e qualidade de vida superior ao que haviam usufruído anteriormente.

O teste à hipótese 6 (*A funcionalidade varia consoante a resposta social frequentada*) evidenciou uma diferença marginalmente significativa entre as respostas sociais frequentadas (Centro de Dia ou Lar) ao nível da subescala depressão ($t= 1.959$; $p= 0.057$). Os resultados obtidos fornecem suporte empírico parcial para esta hipótese, mostrando que os idosos inseridos na resposta social Centro de Dia obtêm resultados significativamente desfavoráveis na subescala Depressão face aos idosos em resposta social Lar.

A institucionalização é referida por diferentes autores como factor de risco para a depressão em idosos (Ames, 1991; Bergdahl *et al.*, 2005; Phifer & Murrell, 1986, Kennedy *et al.*, 1990, Harlow *et al.*, 1991, *cit in* Forsell & Winbland, 1999; Zarit, Femia, Gatz & Johansson, 1999, *in* Vaz, 2009).

Lawton (2001, *in* Vaz, 2009) refere que os idosos que ingressaram em lares de terceira idade experienciam muitas perdas, as quais representam grandes mudanças de vida que podem ser desmoralizantes para alguns residentes. Os residentes podem sofrer perdas psicológicas profundas relacionadas com a independência, a liberdade, autonomia e privacidade.

A obrigatoriedade de viver numa “institucionalização total”, à mercê da equipa de cuidadores, de horários estabelecidos para as refeições, acordar, deitar, banho e actividades de lazer, podem reforçar o sentimento de dependência e desesperança.

Nas primeiras semanas após a admissão em lar, os residentes sentem-se muitas vezes deslocados, vulneráveis e abandonados (Patterson, 1995, *in* Vaz, 2009). O risco de desenvolvimento de depressão passa efectivamente a ser considerável. No entanto, no estudo realizado, os resultados obtidos não vão de encontro com estes dados. Sendo a institucionalização bem aceite pelos idosos, possivelmente, tendo em conta a qualidade dos serviços prestados.

Torna-se evidente a extrema importância da existência de instrumentos adaptados e validados para a população idosa, que auxiliem na avaliação cognitiva, funcional e emocional, desde uma fase precoce da doença, contribuindo-se para o traçar de planos de intervenção adequados, ajustados e eficazes e accionados no momento oportuno.

Foi principalmente nas últimas décadas, perante o aumento crescente dos idosos em todo o mundo, particularmente nas sociedades desenvolvidas, que os profissionais de saúde, a própria população idosa e a sociedade em geral, tomando conhecimento das implicações e importância do fenómeno do envelhecimento, criaram a visão da necessidade de dispensar uma atenção especial e global à população idosa (Veríssimo, 2006, *in* Firmino, 2006).

A pressão passiva exercida por este grupo populacional, arrastando consigo graves problemas, não só de índole médica, mas também de natureza psicológica, social e económica, entre outros, pôs em evidência a necessidade de uma abordagem alargada e de soluções específicas para os indivíduos deste grupo etário, passando-se a admitir que o estado de saúde é muito mais que a ausência de doença e que tão ou mais importante que o tratamento desta é a melhoria da qualidade de vida do idoso.

Os idosos apresentam problemas e limitações relacionados com o próprio envelhecimento fisiológico, com as doenças que comumente os atingem e com a sociedade onde estão inseridos. Estes problemas obrigam à utilização de métodos e estratégias que permitam uma avaliação correcta e completa, bem como uma visão global do complexo bio-psico-social que é o idoso (Veríssimo, 2006, *in* Firmino, 2006).

A avaliação do idoso deverá ir muito para além da avaliação clínica, que é a prática habitual nas instituições de saúde, avaliando também as áreas onde o idoso é habitualmente deficitário como o estado físico, mental, funcional, social e nutricional, com o objectivo de elaborar um plano geral que responda não só aos seus problemas de doença, mas também aos seus problemas psíquicos e sociais relacionados com as suas incapacidades e necessidades.

As soluções para os problemas do idoso têm quase sempre um carácter multidisciplinar e interdisciplinar, envolvendo profissionais de sectores diversos. Torna-se, assim, necessário utilizar metodologias, estratégias e instrumentos que só um trabalho em equipa pode recolher e descodificar, no sentido de encontrar a solução mais adequada a cada caso.

A avaliação funcional do idoso consiste na recolha e interpretação de dados que permitem avaliar o nível da capacidade funcional do idoso, entendendo-se por capacidade funcional a capacidade que o idoso apresenta para a realização das actividades de vida diária.

Esta avaliação é uma componente habitualmente ignorada no exame do idoso, mas que é de grande importância, já que, por vezes, mais que a doença é a perda de autonomia funcional que condiciona o futuro do idoso e a sua qualidade de vida.

Ainda de acordo com Veríssimo (2006, *in* Firmino, 2006), poder-se-á dizer que os idosos, fruto dos problemas multivariados que geralmente os afectam, devem ser sistematicamente avaliados numa perspectiva global e multidisciplinar, que permita a elaboração de um plano geral que responda não só aos seus problemas de doença, mas também aos problemas psíquicos e sociais relacionados com as suas incapacidades e necessidades.

Nos dias de hoje, alguns dos “novos desafios” na luta pelos direitos das pessoas idosas e suas famílias prendem-se com a necessidade de internamento hospitalar ou residencial.

Nestes contextos, os idosos são frequentemente portadores de problemas de saúde física e mental graves, encontrando-se numa situação de fragilidade e de grande vulnerabilidade face ao meio que os rodeia.

Para minimizar este sentimento de vulnerabilidade poder-se-á tornar o internamento hospitalar ou residencial mais amigável, levando “vida” ao idoso e à sua família, através de novas experiências e vivências que tornem a sua permanência institucional mais agradável. “Neste sentido, humanizar seria tornar o meio mais

afável, mais benevolente, mais compassivo, mais tratável...” (Paúl e Santos, 2006, *in* Firmino, 2006).

Na realidade, as alterações demográficas do último século, que se traduziram na modificação e por vezes inversão das pirâmides etárias, reflectindo o envelhecimento da população vieram colocar aos governos, às famílias e à sociedade em geral, desafios para os quais não estavam preparados.

Envelhecer com saúde, autonomia e independência, o mais tempo possível constitui assim, hoje, um desafio à responsabilidade individual e colectiva, com tradução significativa no desenvolvimento económico dos países.

Coloca-se, pois, a questão de pensar o envelhecimento ao longo da vida, numa atitude mais preventiva e promotora da saúde e da autonomia, de que a prática de actividade física moderada e regular, uma alimentação saudável, o não fumar, o consumo moderado de álcool, a promoção dos factores de segurança e a manutenção da participação social são aspectos indissociáveis. Do mesmo modo, importa reduzir as incapacidades, numa atitude de recuperação global precoce e adequada às necessidades individuais e familiares, envolvendo a comunidade, numa responsabilidade partilhada, potenciadora dos recursos existentes e dinamizadora de acções cada vez mais próximas dos cidadãos.

A promoção de um envelhecimento saudável diz respeito a múltiplos sectores, que envolvem nomeadamente a saúde, a educação, a segurança social e o trabalho, os aspectos económicos, a justiça, o planeamento e desenvolvimento rural e urbano, a habitação, os transportes, o turismo, as novas tecnologias, a cultura e os valores que cada sociedade defende e que cada cidadão tem como seus.

O envelhecimento não é um problema, mas uma parte natural do ciclo de vida, sendo desejável que constitua uma oportunidade para viver de forma saudável e autónoma o mais tempo possível, o que implica uma acção integrada ao nível da mudança de comportamentos e atitudes da população em geral e da formação dos profissionais de saúde e de apoio social às novas realidades sociais e familiares que acompanham o envelhecimento individual e demográfico e um ajustamento do ambiente às fragilidades que, mais frequentemente, acompanham a idade avançada.

As políticas que permitam desenvolver acções mais próximas dos cidadãos idosos, capacitadoras da sua autonomia e independência, acessíveis e sensíveis às necessidades mais frequentes da população idosa e das suas famílias, permitem minimizar custos, evitar dependências, humanizar os cuidados e ajustar-se à

diversidade que caracteriza o envelhecimento individual e o envelhecimento da população.

Numa perspectiva individual, a prestação de cuidados de saúde e de apoio social às pessoas idosas, integrados, centrados em equipas pluridisciplinares e em recursos humanos devidamente formados, com uma componente de recuperação global e de acompanhamento, nomeadamente através de cuidados continuados que integrem cuidados de longa duração, são indispensáveis a um sistema de saúde que se quer adequado para responder às necessidades de uma população que está a envelhecer.

Conseguir viver o mais tempo possível, de forma independente, no seu meio habitual de vida, tem que ser um objectivo individual de vida e uma responsabilidade colectiva para com todas as pessoas idosas.

Do ponto de vista da colectividade, sendo o envelhecimento um fenómeno que diz respeito a todos os seres humanos, implica necessariamente todos os sectores sociais, exigindo a sua intervenção e corresponsabilização na promoção da autonomia e da independência das pessoas idosas e o envolvimento das famílias e de outros prestadores de cuidados, directos conviventes e profissionais. Tal facto representa um enorme desafio e responsabilidade para os serviços de saúde, nomeadamente para os cuidados de saúde primários, na implementação e melhoria de estratégias de intervenção comunitária, que mobilizem respostas que satisfaçam as necessidades específicas desta população.

É importante sublinhar que em Portuga, não se verificam muitos estudos acerca da funcionalidade dos idosos em diferentes contextos, locais e zonas do território. Assim, a investigação proposta procurou produzir um maior e melhor conhecimento acerca dos perfis psicogeríátricos num Concelho muito específico do território nacional, relacionando, posteriormente, os dados obtidos com os dados do estudo já realizado com idosos a nível nacional.

Não obstante os resultados deste estudo poderem ser de interesse para qualquer pessoa ou entidade preocupadas com assuntos que digam respeito à população idosa, o resultado deste trabalho destina-se especialmente aos técnicos que trabalham nas instituições do Concelho de Pombal, no sentido de implementarem mais e melhores estratégias de apoio e incentivo à população idosa, tendo em conta os seus perfis psicogeríátricos e promovendo a sua qualidade de vida, conforme as propostas já anteriormente apresentadas neste trabalho. Por outro lado, refira-se, também, que a

aplicação das EAP a este grupo de idosos permitiu situá-los num determinado ponto do *continuum* e não apenas categorizá-los como dementes ou não e/ou deprimidos.

Considerações Finais

O envelhecimento mundial é considerado por muitos como um grande desafio para a política global do século XXI. Uma “bomba relógio” social e económica, no contexto da segurança social e dos serviços de saúde.

Em Portugal, nomeadamente, entre 1960 e 2001, o fenómeno do envelhecimento demográfico traduziu-se por um aumento de 140% da população idosa (com mais de 65 anos). A proporção da população idosa, que representava 8% do total da população em 1960, mais do que duplicou em quatro décadas, passando para 16.4% em 2001, enquanto o índice de envelhecimento registou um aumento brutal – de 27.3 em 1960 para 102.2 em 2001 –, ou seja, existem hoje em Portugal mais velhos do que crianças (INE, 2002, *in* Fonseca, 2006).

Segundo estimativas do Conselho da Europa, a população portuguesa terá menos um milhão de pessoas em 2050 e estará ainda mais envelhecida, com 2.5 idosos com 65 ou mais anos para cada jovem com menos de 15 anos.

Face a este panorama, semelhante na generalidade dos países que apresentam uma matriz civilizacional idêntica à portuguesa, o aumento e a expansão dos problemas relativos ao envelhecimento introduziram a necessidade de se compreender melhor uma fase da existência que também faz parte do ciclo da vida humana mas cujo estudo foi, durante largos anos, negligenciado em favor de outras fases (infância, adolescência, ...), tradicionalmente consideradas como “mais ricas” sob o ponto de vista psicológico e desenvolvimental (Fonseca, 2006).

Uma das dificuldades iniciais do estudo do envelhecimento refere-se ao papel explicativo da idade cronológica, ao longo do processo. A idade não é um bom critério, uma vez que o número de anos que um indivíduo viveu não fornece informação sobre a qualidade da sua vida, da sua experiência psicológica e social, ou mesmo da sua saúde. Há diferentes idades fisiológicas em indivíduos com a mesma idade cronológica (Rabin, 2000, *in* Paúl, 2006, *in* Firmino, 2006).

O envelhecimento é um processo altamente individualizado que com o aumentar da idade maximiza as diferenças interindividuais de base, resultando num padrão de maior variabilidade com a idade (Shock, 1985, *cit in* Paúl, 2006 *in* Firmino,

2006). Algumas pessoas mantêm selectivamente algumas capacidades, enquanto outras se deterioram, provavelmente em função de doenças, da educação e do nível ocupacional. Com o passar dos anos e o acumular de experiências, os idosos acentuam as suas diferenças de partida, sublinhando competências ou incapacidades resultantes da interacção com o meio e cada vez menos resultantes da genética individual. O conceito da heterogeneidade é central à problemática do envelhecimento humano e o ponto de partida para a sua compreensão, mesmo quando se buscam padrões comportamentais.

“Face ao recente fenómeno de aumento da esperança de vida que se tem vindo a verificar, permanece ainda a divergência entre a teoria da expansão da morbilidade que considera que as pessoas viverão mais, mas com maior sobrecarga de doenças e incapacidade (Kramer, 1980, *cit in* Paúl, 2006, *in* Firmino, 2006), *versus* a teoria da compreensão da morbilidade, em que se prevê que a doença e a incapacidade serão adiadas para idades cada vez mais tardias (Fries, 1980, *cit in* Paúl, 2006, *in* Firmino, 2006).

Os estudos científicos em torno do envelhecimento, além de permitirem um maior e melhor conhecimento acerca da complexidade do envelhecimento, poderão resultar na diminuição do peso dos aspectos negativos do envelhecimento.

A capacidade funcional do idoso encontra-se, por vezes, comprometida. A capacidade de manter uma vida independente está dependente da capacidade revelada em manter funções de cuidados pessoais e actividades instrumentais que possam servir para a manutenção da vida diária. A dificuldade em manter este tipo de actividades surge, apenas, na sequência de graves limitações sensoriais, de saúde física ou mental.

O envelhecimento activo que na definição da OMS (2002) corresponde ao processo de optimização de oportunidades para a saúde, participação e segurança, no sentido de aumentar a qualidade de vida durante o envelhecimento, pressupõe indivíduos competentes, capazes de vida autónoma e independente. O factor competência pode ser considerado um aspecto chave para o envelhecimento bem-sucedido. A competência emerge como uma combinação de factores biológicos e cognitivos. Os idosos mais competentes parecem ser os que têm maior capacidade física e mental para o que contribui serem mais jovens, com estatuto sócio-económico mais elevado, terem uma melhor auto-percepção da sua capacidade e um estilo de vida

mais saudável, em termos de alimentação, exercício físico e consumo de drogas. Parece comprovar-se empiricamente a concorrência de factores biopsicossociais para envelhecer com competência e conseqüentemente manter uma vida independente (Paúl, 2006; *in* Firmino, 2006).

A depressão é frequente entre os idosos estando relacionada, entre outros factores, com a deterioração da capacidade funcional (Veríssimo, 2006, *in* Firmino, 2006). De acordo com o mesmo autor, parece haver uma diminuição dos sintomas depressivos nos idosos que participam em programas de exercício físico e têm maior contacto social. Estes factores indiciam benefícios significativamente maiores para os idosos, permitindo um efeito positivo sobre a depressão.

A qualidade do envelhecimento depende de múltiplos factores. Em todo o mundo, os orçamentos limitados e a procura incontrollável de recursos tornam imperativa a existência de uma fórmula explícita de distribuição de recursos. Presentemente, para qualquer governo ou autoridade, apresenta-se como óbvio o uso de diversas estratégias de forma a otimizar os recursos da segurança social e dos cuidados de saúde aos mais velhos.

Relativamente à percepção de qualidade de vida, notam-se, ao longo dos tempos, algumas polémicas quanto à concepção de qualidade, quer para profissionais de saúde e das ciências sociais, quer para investigadores e responsáveis políticos (Santos e Paúl, 2006, *in* Firmino, 2006). Os próprios idosos, quando questionados, apresentam dificuldades na definição do conceito e não chegam a acordo acerca desta condição.

O envelhecimento é, por si só, um processo cuja qualidade está directamente relacionada com o bem-estar e com a forma como se satisfazem as necessidades ao longo da vida.

As análises de qualidade de vida relacionadas com a saúde medem o impacto das intervenções e dos processos de doença nos aspectos holísticos da vida pessoal. Para tal é importante a utilização de instrumentos de medida especialmente construídos e testados para avaliar a capacidade dos indivíduos para realizarem tarefas comuns do quotidiano. Este tipo de avaliação torna-se particularmente útil na medida em que permite investigar os efeitos globais (emocionais, físicos e sociais) das intervenções e

dos processos de doença na vida diária dos indivíduos; analisar os efeitos das intervenções ou da doença na perspectiva dos sujeitos; e determinar a necessidade de apoio social, emocional e físico no decurso da incapacidade do sujeito.

Desta forma, as medidas de qualidade de vida podem contribuir para a decisão entre diferentes intervenções, para informar os idosos e seus familiares sobre os possíveis efeitos destas, monitorizar o sucesso das mesmas na perspectiva dos indivíduos e ainda planear e coordenar os cuidados prestados (Santos e Paúl, 2006, *in* Firmino, 2006).

As medidas de qualidade de vida têm um carácter mais abrangente. Além de medirem os resultados na perspectiva do indivíduo, fornecem informação para o planeamento de intervenções multidisciplinares em que participam os diferentes responsáveis pelos diferentes cuidados, incluindo, por exemplo, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, psicólogos e familiares.

Assume-se, assim, a relação de contingência e de exclusividade que se quis atribuir à qualidade de vida e ao estado de saúde, substituindo-se esta por uma abordagem multidimensional que consegue contemplar factores pessoais (estado de saúde, competências funcionais, relações sociais, actividades de lazer, etc.) e factores sócio-ambientais (apoio social, condições económicas, serviços de saúde, serviços sociais, qualidade do ambiente, aspectos culturais, etc.).

Na velhice, como em todas as outras fases da vida, a manutenção e o investimento na qualidade de vida deve contemplar, de forma multidimensional, elementos subjectivos e objectivos. Se se tiver em consideração a percepção e a valorização que o idoso faz da saúde e dos serviços de saúde, da satisfação social, das necessidades culturais e ambientais, bem como a avaliação real da qualidade ambiental, da disponibilidade dos serviços de saúde e dos serviços sociais, da saúde objectiva (avaliação), do apoio social e dos factores culturais, entendem-se as necessidades das pessoas idosas como um sistema, em que interagem e se satisfazem diferentes contextos: a relação com o próprio, a relação com o grupo social e a relação com o meio ambiente (Santos e Paúl, 2006, *in* Firmino, 2006).

A dinamização da prestação de cuidados institucionais tem assumido grande destaque nas últimas décadas, tendo em consideração que existe um elevado nível de

institucionalização das pessoas idosas com problemas de saúde mental, em diferentes regimes. O crescente reconhecimento da importância, ou mesmo da crucialidade, do ambiente psicossocial em que funcionam os utentes e os técnicos reflecte-se enquanto aspecto dominante do processo terapêutico. O equilíbrio entre as necessidades, disposições ou predições das pessoas e as oportunidades de acção que o ambiente lhes oferece é geralmente considerado um bom preditor dos sentimentos de ânimo e vitalidade, bem como de satisfação com o espaço institucional. Esta ideia corrobora a noção de que o conceito de adaptação ambiental depende do grau em que as necessidades pessoais conseguem ser satisfeitas pelo ambiente (Murray, 1938, *in* Santos e Paúl, 2006, *cit in* Firmino, 2006).

Bibliografia

Baltes, M. & Carstensen, L. (1996). The process of successful aging. *Ageing and Society*, 16, 397-422.

Barañano, A. M. (2008). *Métodos e técnicas de investigação em gestão: Manual de apoio à realização de trabalhos de investigação*. Lisboa: Edições Sílabo.

Botelho, A. (2005). A funcionalidade dos idosos. In Fonseca, A. & Paúl, C. (org.), *Envelhecer em Portugal*, pp. 115 a 135. Lisboa: Climepsi,

Brandtstadter, J. & Rothermund, K. (2002). The life-course dynamics of goal pursuit and goal adjustment: A two-process framework. *Developmental Review*, 22, 117-150.

Carrilho, M. J., & Patrício, L. (2005). A situação demográfica recente em Portugal. *Revista de Estudos Demográficos*, 38, 111-140.

Comissão das Comunidades Europeias (1999). *Comunicação da Comissão: Uma Europa para todas as idades. Promover a prosperidade e a solidariedade entre gerações*. Bruxelas.

Duarte, Y., Andrade e Lebrão, M. (2007). O Índice de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos. *Rev Esc Enferm USP*; 41(2):317-25.

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

Fernandes, A. (1997). *Velhice e Sociedade: Demografia, família e políticas sociais em Portugal*. Oeiras: Celta Editora.

Fernandes, A. A. (2005). Envelhecimento e saúde. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 23, (2), pp. 45-48.

Fernández-Ballesteros, R. (1998). Quality of life: The differential conditions. *Psychology in Spain*, 2 (1), 57-65.

Fernandez-Ballesteros, R. (2000). *Gerontologia Social*. Madrid: Pirâmide.

Firmino, H., Pinto, L., Leuschner, A., Barreto, J. (2006). *Psicogeriatría. Psiquitria Clínica*

Fonseca, A. (2006). *O Envelhecimento: Uma abordagem psicológica* (2ª. ed.). Lisboa: Universidade Católica Editora.

Fonseca, A. et al. (2008). *Projecto de Investigação – Caracterização de Perfis de Envelhecimento na População Portuguesa Normal*. Projecto financiado pela Fundação Calouste Gulbenkian, no âmbito do Financiamento de Projectos de Investigação em Neurociências (Área do Envelhecimento).

Fonseca, A., (2005). O Envelhecimento Bem-sucedido. In Fonseca, A. & Paúl, C. (org.), *Envelhecer em Portugal* [281-311]. Lisboa: Climepsi.

Forsell, Y., & Winbland, B. (1999). Incidence of Major depression in a very elderly population. *Internacional Journal of Geriatric Psychiatry*, 14 (5), 368-372

França, R., Fortes, V. e Costa, G. (2004). O idoso com acidente vascular cerebral (AVC) isquêmico agudo: vivenciando o cuidado, *RBCEH – Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, Passo Fundo, 22-29 - Jul./Dez.

Heikkinen, R. (2000). Ageing in autobiographical context. *Ageing Society*, 20, 467-483.

Hill, M. & Hill, A. (2000). *Investigação por questionário*. Lisboa: Edições Sílabo.

Jorm, A. & Mackinnon, A. (1995). *Psychogeriatric Assessment Scales: User's Guide and Materials* (2nd edition). Canberra: ANUTECH Pty Ltd.

Jorm, A., Mackinnon, A., Christensen, H., Henderson, A., Jacomb, P., & Korten, A. (1997). The Psychogeriatric Assessment Scales (PAS): Further data on psychometric properties and validity from a longitudinal study of the elderly. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 12, 93-100.

Lobo, A. & Pereira, A. (2007). Idoso institucionalizado: funcionalidade e aptidão física. *Revista Referência*, II Série – nº. 4 – Junho

Maciel, A. & Guerra, R. (2007). Influência dos factores biopsicossociais sobre a capacidade funcional de idosos. *Revista Brasileira de Epidemiologia*; 10(2), 178-89.

Mackinnon, A. & Mulligan, R. (2001). The Psychogeriatric Assessment Scales (PAS): Psychometric properties in French and German speaking populations. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 16, 892-899.

Marques, S., Rodrigues, R., & Kusumota, L., (2006) O idoso após acidente vascular cerebral: Alterações no relacionamento familiar, *Revista Latino-americana de Enfermagem*, Maio-Junho; 14(3).

Osborn, D., Fletcher, A., Smeeth, L., Stirling, S., Bulpitt, C., Breeze, E., *et al.* (2003). Factor associated with depression in a representative sample of 14217 people aged 75 and over in the United Kingdom: results from the MRC trial of assessment and management of older people in the community. *Internacional Journal of Geriatric Psychiatry*, 18 (7), 623-630.

Paúl, C. (1996). *Psicologia dos idosos. O envelhecimento em meios urbanos*. Braga: Sistemas Humanos e Organizacionais.

Paúl, C. (2006). *Psicologia do Envelhecimento*. In Firmino, H., Pinto, L., Leuschner, A., Barreto, J. (Eds). *Psicogeriatría*. Psiquitria Clínica.

Peterson, R. (coord.), Morris, John; Cummings, J.; Ivnik, R.; Smith, G.; Sliwinski, M. *et al.*; Clifford, R.; Johnson, K. *et al.*; Braak, H. *et al.*; Gómez-Isla, T. *et al.*; Graff-Radford, N.; Knopman, D., (2004). *Défice Cognitivo Ligeiro. O envelhecimento e a doença de Alzheimer*. Lisboa. Climepsi Editores

Roach, S. (2002). *Introdução à enfermagem gerontológica*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Rowe, J., Kahn, R. (1998). *Successful aging*. New York. Pantheon Books

Santos, A. e Pavarini, S. (2011). Funcionalidade familiar de idosos com alterações cognitivas em diferentes contextos de vulnerabilidade social. *Rev. Electr. Enf. (Internet)*. Abr/jun; 13 (2): 361-7.

Santos, P. e Paúl, C. (2006). *Desafios na saúde dos mais velhos: o outro lado da terapia*. In Firmino, H., Pinto, L., Leuschner, A., Barreto, J. (2006). *Psicogeriatría*. Psiquitria Clínica

Smeltzer, S. C. & Bare, B. G. (2002). Bruner & Studdarth: *Tratado de enfermagem médico cirúrgica* (9th ed., vol.3). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Sousa, L. & Figueiredo, D. (2002). Dependence and independence among old persons – realities and myths. *Reviews in Clinical Gerontology*, 12, (3), 269-273.

Veríssimo, T. (2006). *Actividade física e envelhecimento*. In Firmino, H., Pinto, L., Leuschner, A., Barreto, J. (Eds.). *Psicogeriatría*. Psiquitria Clínica

Veríssimo, T. (2006). *Avaliação multidimensional do idoso*. In Firmino, H., Pinto, L., Leuschner, A., Barreto, J. (Eds.). *Psicogeriatría*. Psiquitria Clínica

Anexos

Escalas de Avaliação Psicogeríátrica (EAP)

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

Entrevista do Sujeito

Identificação

1. Nome do sujeito ou identificação:

2. Sexo do sujeito (fazer círculo à volta): Masc. Fem.

3. Data de entrevista: _____

4. Nome do entrevistador ou identificação:

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

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

Tudo o que aqui for conversado é confidencial.

Vamos começar com algumas perguntas gerais.

Informação Geral

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

Correctamente soletrado

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

2. *Em que ano nasceu?*

Ano.....

Não sabe

--	--	--	--

3. *Então que idade tem agora?*

Idade

.....

Não sabe

--	--	--

4. *Em que país nasceu?*

País _____

Não sabe

Somar caixas



Se o total é 1 ou mais,

passa à Escala de Compromisso Cognitivo.

Escala de Acidente Vascular Cerebral (Sujeito)

Alguma vez teve ou lhe disseram que teve:

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

Não

Sim

Não sabe

0

1

S2. Uma série de mini - acidentes vasculares cerebrais

(ou AVC,

ou trombose)?

Não

Sim

Não sabe

0

1

Alguma vez...

(Incluir o estado actual.)

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

Não

Sim

Não sabe

0

1

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

Não

Sim

Não sabe

0

1

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

Não

Sim

Não sabe

0

1

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

Não

Sim

Não sabe

0

1

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

Somar caixas S1 a S6

.....

S

?

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

S'

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

Escala de Depressão

Agora gostaria de lhe perguntar como se sente interiormente.

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

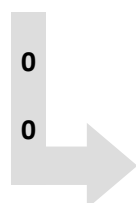
Não

Depende da situação

Sim

Não sabe

0
0



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

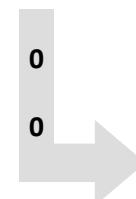
Não

Depende da situação

Sim

Não sabe

0
0



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

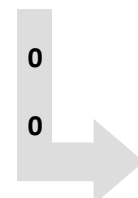
Não

Depende da situação

Sim

Não sabe

0
0



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

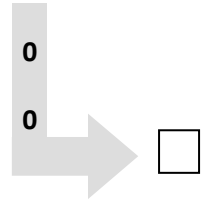
Não

Depende da situação

Sim

Não sabe

0
0



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

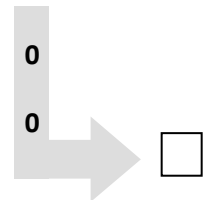
Não

Depende da situação

Sim

Não sabe

0
0



D6. Nas últimas duas semanas, teve movimentos repetidos em alguma parte do seu corpo (ex., tiques, balançar a perna) - isto é, andou tão

agitado(a) que não conseguia estar quieto(a)?

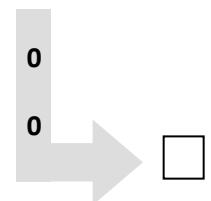
Não

Depende da situação

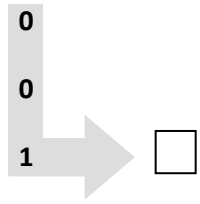
Sim

Não sabe

0
0

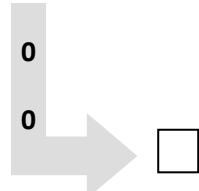


D7. Nas últimas duas semanas, quantas vezes é que sentiu falta de confiança em si próprio(a)?

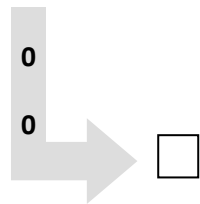
- Nunca 0
 - Algumas vezes 0
 - A maior parte das vezes 1
 - Sempre
 - Não sabe
- 

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

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

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

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

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

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

Não

Depende da situação

Sim

Não sabe

0
0

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

Não

Depende da situação

Sim

Não sabe

0
0

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

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

Não

Depende da situação

Sim

Não sabe

0
0

Agora calcule o resultado EAP/Depressão (D)

Somar caixas D1 a D12

Número de caixas com ' ? '

→ D

→ ?

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

→ D'

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

Escala de Compromisso Cognitivo

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

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

"Pêra" "Gato" "Bola"

Pode repeti-los?

Repita o nome dos objectos até que todos sejam aprendidos.

Parar após cinco tentativas sem sucesso.

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

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

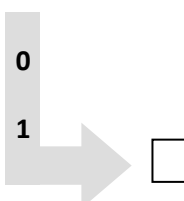
A frase deverá ter um sujeito e um verbo, e deve fazer sentido.

Erros de ortografia e de gramática são aceitáveis.

Correcto

Incorrecto ou recusa fazer

Não convidado a fazer (por ex., limitação motora ou sensorial)



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

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

Pêra	0		<input type="checkbox"/>
Objecto não mencionado ou recusa responder	1		
Não convidado a fazer (por ex., limitação sensorial)			
Gato	0		<input type="checkbox"/>
Objecto não mencionado ou recusa responder	1		
Não convidado a fazer (por ex., limitação sensorial)			
Bola	0		<input type="checkbox"/>
Objecto não mencionado ou recusa responder	1		
Não convidado a fazer (por ex., limitação sensorial)			

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

João Ferreira, Rua Direita, 42, Porto

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

0		<input type="checkbox"/>
1		

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

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

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

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

0
↓
→

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

0
↓
→

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

0
↓
→

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

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

0
↓
1
→

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

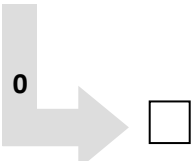
Registe 0 para cada componente recordado, 1 se um componente não é mencionado ou o sujeito recusa responder. A ordem dos componentes não é importante.

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

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

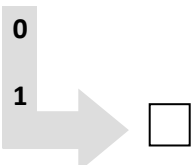
Dar ao sujeito a folha com os dois pentágonos e aponte para o espaço em branco por baixo.

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

Correcto	
Incorrecto ou recusa fazer.....	
Não convidado a fazer	

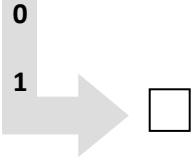
C7. *Leia em voz alta as palavras contidas nesta página e depois faça o que elas dizem.*

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

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

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

Dar ao sujeito a folha com as palavras "tossir com força".

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

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

Dar ao sujeito a folha com os quatro objectos.

Registe 0 para cada objecto identificado, 1 se um objecto não for mencionado ou se o sujeito recusar responder.

A ordem dos objectos não é importante.

Chaleira	0	
Objecto não mencionado ou recusa responder	1	<input type="checkbox"/>
Não convidado a fazer (por ex., limitação sensorial)		
Telefone	0	
Objecto não mencionado ou recusa responder.....	1	<input type="checkbox"/>
Não convidado a fazer (por ex., limitação sensorial)		
Tesouras	0	
Objecto não mencionado ou recusa responder.....	1	<input type="checkbox"/>
Não convidado a fazer (por ex., limitação sensorial)		
Garfo	0	
Objecto não mencionado ou recusa responder.....	1	<input type="checkbox"/>
Não convidado a fazer (por ex., limitação sensorial)		

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

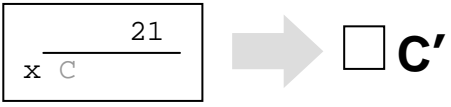
Agora calcule o resultado EAP/Compromisso Cognitivo (C)

Somar caixas C1 a C9

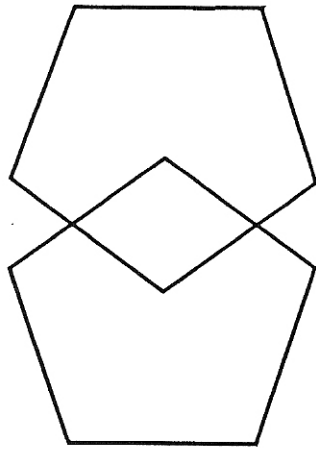
Número de caixas com ' ? '



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



Escrever uma frase completa



FECHE OS OLHOS

TOSSIR COM FORÇA

