



Erica Filipa Cruz Sampaio

***Validação do Teste Older Adult Self-
Report (OASR) e Older Adult Behavior
Checklist (OABCL)***

Março de 2012

Instituto Superior de Ciências da Saúde Norte

Erica Filipa Cruz Sampaio

**Validação do Teste Older Adult Self-
Report (OASR) Older Adult Behavior
Checklist (OABCL)**

Dissertação apresentada por Erica Filipa Cruz Sampaio, ao Instituto Superior de Ciências da Saúde Norte, para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde, sob a orientação do Prof. Doutora Vera Almeida e co-orientação da Prof. Doutora Manuela Leite, do ISCS-N.

Gandra, Março de 2012

Agradecimentos

Antes de tudo quero agradecer às pessoas mais importantes da minha vida, os meus pais, pelo apoio que sempre me deram, pela educação que me deram, pelos valores que me inculcaram e pela imensa paciência que tiveram comigo. Agradeço em especial, por sempre acreditarem em mim e por exigirem sempre mais de mim.

Agradeço à minha irmã, pelo carinho e paciência que me demonstrou ao longo destes anos, que nem sempre foram fáceis. Para eles vai o meu eterno agradecimento.

Agradeço também a toda a minha família pelo apoio incondicional, em especial aos meus avós por todo o amor e carinho que sempre me deram. Agradeço à minha avó paterna, Alice, que apesar de não estar entre nós, estará para sempre no meu coração, e todas as vitórias conseguidas são para ela.

Um outro agradecimento vai para o Bruno, o meu namorado, pelo amor único e sincero que me proporciona, um muito obrigado por toda a compreensão, paciência, motivação, ajuda e por estar sempre ao meu lado e ser uma fonte inesgotável de apoio.

Um agradecimento muito especial à Filipa, a minha irmã do coração, uma amiga fantástica e insubstituível com a qual tenho o privilégio de ser amiga e que mudou a minha vida, que nunca me falhou e cuja amizade não tem preço.

À Virgínia pela disponibilidade e pela ajuda prestada.

Às Professoras Doutora Manuela Leite e Doutora Vera Almeida pela disponibilidade demonstrada, orientação e pelos conhecimentos transmitidos.

Ao Professor Doutor José Carlos Caldas, pela sua disponibilidade, paciência e pelo interesse mostrado.

À Professora Doutora Zita, que me ajudou na elaboração deste trabalho.

Um agradecimento especial às instituições e aos participantes que se disponibilizaram na participação deste estudo.

Acredito que o carácter de uma pessoa é construído todos os dias, com as experiências e com as pessoas com quem nos cruzamos. Por isso mesmo não podia deixar de agradecer a todos as pessoas que me ajudaram direta e indiretamente para a concretização desta tese, pois sem eles não seria possível. A todos eles os meus sinceros agradecimentos.

Gandra, 28 de Março de 2012

Resumo

A velhice constitui uma temática recente no âmbito da Psicologia. No entanto, ao longo das últimas décadas têm crescido significativamente as pesquisas junto a esta população, demonstrando a importância da sua compreensão (Araújo, Coutinho & Santos, 2006).

Neste contexto, a avaliação diagnóstica surge como um grande contributo na avaliação da população idosa. Deste modo considerou-se pertinente a validação e adaptação do *Older Adult Self-Report* (OASR) e *Older Adult Behavior Checklist* (OABCL) para a população portuguesa.

O *Inventário de Auto-Avaliação do Comportamento Para Idosos* (IAACI) é uma escala de auto-preenchimento com 123 itens, e o *Inventário de Comportamento Para Idosos* (ICI) é um questionário de heteroavaliação (Achenbach, Newhouse & Rescorla, 2004). O IAACI e ICI são formas paralelas que facilitam a comparação entre a perceção que o sujeito tem acerca dele próprio e a perceção dos outros em relação a ele. Estes questionários foram traduzidos de acordo com o processo de tradução consensualmente aceites (Beaton, Bombardier, Guillemin & Ferraz, 2000) sendo administrada a 301 idosos (M= 72.86; DP= 9.05) e 301 informantes (M= 72.86; DP= 9.05).

Os resultados abordam (a) características gerais da escala IAACI; (b) fidelidade, *Alpha Cronbach's* = 0.93 (c) validade (sete fatores explicando 38.58% da variância total) e para a escala ICI; (d) fidelidade, *Alpha Cronbach's* = 0.93 (e) validade (sete fatores explicando 41.14% da variância total).

Os resultados de ambas as abordagens psicométricas revelam uma boa adequabilidade do IAACI e ICI, apresentando-se como um instrumento pertinente para a avaliação de diversos aspetos da psicopatologia e funcionamento adaptativo.

Palavras-Chave: Inventário de Auto-Avaliação do Comportamento Para Idosos; Inventário do Comportamento para Idosos; propriedades psicométricas.

Abstract

Old age is a recent topic in psychology. However, over the last decade's research has grown significantly in this population, demonstrating the importance of their understanding (Araújo, Coutinho & Santos, 2006).

In this context, the diagnostic evaluation appears as a large contribution to the evaluation of the elderly. Thus it was considered pertinent to the validation and adaptation of the Older Adult Self-Report (OASR) and Older Adult Behavior Checklist (OABCL) for the Portuguese population.

The Older Adult Self-Report is self-completion scale with 123 items, and Older Adult Behavior Checklist is a heteroquestionnaire (Achenbach, Rescorla & Newhouse, 2004). The OASR and OABCL are parallel forms that facilitate comparison between of the perception that the subject has concerning about himself and the perception of the others towards him. These questionnaires were translated according to the translation process consensually accepted (Beaton, Bombardier, Guillemin & Ferraz, 2000) was administered to 301 elderly (M= 72.86; SD= 9.05) and 301 respondents (M= 72.86; SD= 9.05)

The results cover (a) general characteristics of the scale OASR (b) fidelity, *Cronbach's Alpha*= 0.93 (c) date (seven factors explaining 38.58% of total variance) and the scale OABCL (d) fidelity, *Cronbach's Alpha*= 0.93 (e) date (seven factors explaining 41.14% of total variance).

The results of both approach show good psychometric adequacy of OASR and OABCL, presenting itself as a useful tool for evaluating various aspects of psychopathology and adaptive functioning.

Keywords: Older Adult Self-Report; Older Adult Behavior Checklist; psychometric analysis.

Índice

Agradecimentos	i
Resumo	ii
Abstract	iii
I. Introdução	6
1.1. Terceira Idade / Envelhecimento.....	7
1.1.1 Terceira Idade como etapa do ciclo vital.....	8
1.1.2. Alterações psicossociais que podem colocar em risco a saúde mental	9
1.2. Saúde física e mental	12
1.2.1. Física	12
1.2.2. Mental.....	14
1.3. Avaliação Psicológica na Terceira Idade	17
1.4. Propriedades Psicométricas dos Testes.....	21
1.5. Classificação Categorical Vs Classificação Dimensional	23
1.6. Older Adult Self-Report (OASR) e Older Adult Behavior Checklist (OABCL) .	26
1.6.1. Descrição do instrumento	26
1.6.2. Propriedades Psicométricas do OASR e do OABCL.	29
II. Método.....	32
2.1. Objetivos	32
2.2. Desenho metodológico	32
2.3. Amostra.....	32
2.3.1. Selecção da amostra	32
2.3.2. Caraterização da amostra.....	33
2.4. Instrumentos.....	35

2.4.1. Older Adult Self-Report (OASR) e Older Adult Behavior Checklist (OABCL).....	36
2.5. Procedimentos	36
2.5.1. Tradução	36
2.5.2. Recolha de dados	37
2.5.3. Tratamento de dados	37
III. Resultados.....	39
3.1. IAACI	39
3.1.1 Resultados relativos às Escalas de Funcionamento Adaptativo da Amostra Normativa do IAACI	39
3.1.2. Sensibilidade do IAACI	42
3.1.3. Validade do Construto do Instrumento IAACI.....	43
3.1.4. Fidelidade dos resultados do Instrumento IAACI.....	45
3.1.5. Normas para a População Portuguesa do IAACI.....	46
3.2. ICI.....	47
3.2.1. Resultados relativos às Escalas de Funcionamento Adaptativo da Amostra Normativa do ICI.....	47
3.2.2. Sensibilidade do ICI	49
3.2.3. Validade do Construto do Instrumento ICI	51
3.2.4. Fidelidade dos resultados do Instrumento ICI	52
3.2.5. Normas para a População Portuguesa do ICI	53
3.3. Estudo das Correlações entre Variáveis (IAACI e ICI).....	53
IV. Discussão	54
V. Conclusão	58
Referências	60
Anexos.....	68

Índice de Abreviaturas

OASR: Older Adult Self-Report

OABCL: Older Adult Behavior Checklist

IAACI: Inventário de Auto-Avaliação do Comportamento Para Idosos

ICI: Inventário de Comportamento Para Idosos

INE: Instituto Nacional de Estatística

OMS: Organização Mundial de Saúde

BLAD: Bateria de Avaliação das Demências de Lisboa

MoCA: Montreal Cognitive Assessment

AESEBA: Achenbach System of Empirically Based Assessment

IGS: Índice Geral de Sintomas

ADM: Assessment Data Manager

KMO: Kaiser-Meyer-Olkin

Índice de Anexos

Anexo A: Consentimento Informado

Anexo B: Inventário de Auto – Avaliação do Comportamento para Idosos

Anexo C: Inventário do Comportamento para Idosos

Anexo D: Artigo

Tabela 3: Itens Críticos do IAACI e ICI

Tabela 5: Distribuição dos resultados das Escalas de Funcionamento Adaptativo do IAACI em função das Forças Pessoais

Tabela 20: Distribuição dos resultados das Escalas de Funcionamento Adaptativo do ICI em função das Forças Pessoais

Índice de Gráficos

Gráfico 1 – Histograma representativo da curva de distribuição normal do IAACI

Gráfico 2 – Histograma representativo da curva de distribuição normal do ICI

Índice de Tabelas

Tabela 1: Caracterização da amostra do Grupo IAACI.....

Tabela 2: Caracterização da amostra do Grupo ICI.

Tabela 3: Itens Críticos do IAACI e ICI

Tabela 4: Distribuição dos resultados das Escalas de Funcionamento Adaptativo do IAACI

Tabela 5: Distribuição dos resultados das Escalas de Funcionamento Adaptativo do IAACI em função das Forças Pessoais

Tabela 6: Análise da normalidade dos resultados do IAAC

Tabela 7: Valores de Assimetria e Curtose do IAACI

Tabela 8: Valores de Assimetria e Curtose da Internalização do IAACI

Tabela 9: Valores de Assimetria e Curtose da Externalização do IAACI

Tabela 10: Fatores obtidos na População Americana.

Tabela 11: Fatores obtidos na População Portuguesa

Tabela 12: Cálculo da Fidelidade

Tabela 13: Cálculo da Fidelidade para a Internalização

Tabela 14: Cálculo da Fidelidade para a Externalização

Tabela 15: *Alpha de Cronbach* dos 7 fatores

Tabela 16: Dados normativos relativos ao I.G.S. da amostra normativa total

Tabela 17: Dados normativos da Internalização da amostra normativa total

Tabela 18: Dados normativos da Externalização da amostra normativa total.

Tabela 19: Distribuição dos resultados das Escalas de Funcionamento Adaptativo

Tabela 20: Distribuição dos resultados das Escalas de Funcionamento Adaptativo do ICI em função das Forças Pessoais

Tabela 21: Análise da normalidade dos resultados do ICI

Tabela 22: Valores de Assimetria e Curtose do ICI

Tabela 23: Valores de Assimetria e Curtose da Internalização do ICI

Tabela 24: Valores de Assimetria e Curtose da Externalização do ICI

Tabela 25: Fatores obtidos na População Portuguesa

Tabela 26: Cálculo da Fidelidade

Tabela 27: Cálculo da Fidelidade para a Internalização

Tabela 28: Cálculo da Fidelidade para a Externalização

Tabela 29: *Alpha de Cronbach* dos 7 fatores

Tabela 30: Dados normativos relativos ao I.G.S. da amostra normativa total

Tabela 31: Dados normativos da Internalização da amostra normativa total

Tabela 32: Dados normativos da Externalização da amostra normativa total.

Tabela 33: Análise da correlação entre o IAACI e o ICI.

Tabela 34 – Análise da correlação entre os fatores de Externalização e Internalização do IAACI e o do ICI.

I. Introdução

O envelhecimento humano constitui um tema de enorme interesse devido ao aumento da esperança média de vida (Ramírez-Expósito & Martínez-Martos, 1999). De facto, o envelhecimento da população revela-se um fenómeno que se estende a todos os países, o número de pessoas com idade superior a sessenta anos aumenta de ano para ano (Fontaine, 2000).

Neste contexto, é de realçar a extrema importância da existência de instrumentos adaptados e validados para a população idosa portuguesa, que podem auxiliar e contribuir para uma avaliação diagnóstica (Sobral, 2006).

Deste modo, o presente estudo foi desenhado com a intenção de analisar a estrutura fatorial e as propriedades psicométricas do *Older Adult Self-Report (OASR)*, que na versão portuguesa denomina-se *Inventário de Auto-Avaliação do Comportamento Para Idosos (IAACI)* e o *Older Adult Behavior Checklist (OABCL)*, que na versão portuguesa denomina-se por *Inventário do Comportamento Para Idosos (ICI)* numa amostra portuguesa. A comparação das informações dos informadores de com os auto-relatos dos sujeitos podem ser de extrema importância, uma vez que permite destacar certas áreas que o próprio paciente pode não ter consciência de estarem afetadas, assim como os seus comportamentos.

Aparte deste objetivo teórico temos também o objetivo prático de disponibilizar um instrumento para a população portuguesa. Com isto, desejaríamos ver o nosso estudo como um contributo modesto e ao mesmo tempo válido para a intensificação da investigação empírica nacional nesta área.

Assim, espera-se um ponto de partida para maior investigação nesta área e, certamente um reforço ao suporte empírico com vista a uma melhor prática clínica quer ao nível de avaliação quer ao de intervenção clínica.

Dividimos o estudo da análise das características psicométricas do IAACI e do ICI em quatro secções principais: I. Descrição fenomenológica do envelhecimento; alterações psicossociais que podem colocar em risco a saúde mental; saúde física e mental; propriedades psicométricas dos testes; avaliação Psicológica na terceira idade; classificação Categorical Vs classificação Dimensional e a descrição do IAACI e ICI; II. Descrição do Método em que se inclui a análise dos dados; III. Apresentação dos Resultados; IV. Discussão dos resultados obtidos.

1.1. Terceira Idade / Envelhecimento

Muitas vezes deparamo-nos com a questão do envelhecimento. Afinal o que significa envelhecer? Torna-se importante referir que o processo de envelhecimento, não se trata somente de uma situação individual, é hoje em dia uma questão socialmente problemática (Cyssou, 2005).

A propensão para o aumento da população idosa é um dos traços mais evidentes da sociedade atual. Portugal defronta-se no presente com uma realidade social proeminente, como sendo, baixas taxas de natalidade e de mortalidade, com um peso significativo dos idosos no conjunto da população total do país. Esta nova “ordem social” comporta inevitavelmente uma série de implicações específicas, uma vez que os idosos representam 20% da população em diversos países, tornando-se assim numa “força potente” das sociedades democráticas e uma preocupação social dos estados (Paúl & Fonseca, 2005).

Em Portugal, a aproximação ao envelhecimento deve ser feita numa **perspetiva tripla**: a da **Psicologia** (a condição de ser idoso na atualidade, corresponde a padrões diversificados de histórias de vida e de comportamentos que precisam de ser devidamente compreendidos por um olhar psicológico – procura da construção de sentidos e significados para o ato de envelhecer); a da **Saúde** (o aumento do tempo de vida implica que haja uma maior probabilidade do idoso vir a adoecer, logo o recurso aos sistemas de saúde é mais frequente); a da **Presença de Cuidados** (as características particulares de cada idoso, levam à necessidade de adequar os cuidados a prestar a cada um em particular) (Paúl & Fonseca, 2005).

Por conseguinte, falar do envelhecimento não é uma tarefa linear, não sendo fácil, ou até mesmo possível eleger uma idade ou um acontecimento que seja representativo do ingresso na velhice. As novas transformações sociais têm tornado ainda mais difícil a tarefa de concretizar adequadamente o que é envelhecer e quais os factos e feitos que protagonizam o envelhecimento (Oberg, Narvanen, Nasman & Olsson, 2004; citado. por Paúl & Fonseca, 2005).

Apesar das alterações biológicas subjacentes ao processo de envelhecimento, do ponto de vista psicológico este processo é muitas vezes referido como uma fase de estabilidade, tendo em consideração que as grandes alterações da personalidade se foram dando ao longo da vida, nomeadamente durante período da adolescência, onde as

alterações físicas são mais evidentes, assim como a construção da sua própria identidade (Ramos, 2007).

De um modo geral podemos dizer que o **processo de envelhecimento** e a **velhice** são uma experiência e uma fase que devem ser vistas como integrantes do ciclo vital, potenciando o processo de diferenciação inter-individual – **princípio da heterogeneidade** (Paúl & Fonseca, 2005). As várias designações – envelhecimento, velho, idoso, velhice, entre outras, são expressões relativas em termos de significado, que está fortemente dependente do contexto social e histórico em que são produzidas.

O **envelhecimento** é um **fenómeno biológico, psicológico e social**. Do ponto de vista biológico, o envelhecimento inicia-se por volta dos 30 anos, e afeta globalmente o funcionamento orgânico, traduzindo-se num aumento da vulnerabilidade e probabilidade de falecimento – senescência (Kaplan, Sadock & Grebb, 1997). O aumento da vulnerabilidade e diminuição da expectativa de vida impele o idoso para um processo de adaptação psicológica e de auto-regulação, através do qual se verifica uma modificação da sua relação com o tempo (o idoso tem uma longa vida às suas costas e esperanças muito limitadas à sua frente), com o mundo (dificuldades adaptativas) e com a sua própria história (o idoso pode atribuir novos significados a factos antigos e os tons mais maduros da sua afetividade passam a colorir a existência de novas matizes) (Baltes, 1997; Fonseca, 2004; Paúl & Fonseca, 2005; Schroots & Birren, 1980; cit. por Paúl, 2008; Pinheiro & Lebres, 1998; citado. por Sequeira & Silva, 2002).

1.1.1 Terceira Idade como etapa do ciclo vital

É por volta dos **65 anos**, que se entra na última era da vida adulta, a **vida adulta tardia** (*late adulthood*). As principais tarefas que os sujeitos desta “estação” têm de confrontar dizem respeito, sobretudo, à adaptação ao declínio físico e aos problemas psicológicos decorrentes da perda da juventude (Levinson, 1990; cit. por Marchand, 2005).

O reconhecimento da crescente variabilidade entre os idosos, tem vindo a acentuar a necessidade de se **distinguir a idade cronológica da idade funcional**. Para Birren (1969; cit. por Marchand, 2005; Sequeira & Silva, 2002), a idade funcional é um critério mais correto do que a idade cronológica, sendo que isto levou a que surgissem alterações na legislação em alguns países quanto à idade de reforma obrigatória (Morais

& Kolinsky, 1996; cit. por Marchand, 2005). Assim, **na delimitação da velhice devem ser considerados critérios cronológicos, biológicos, funcionais, psicológicos e sociais** (Baltes & Smith, 1999; cit. por Marchand, 2005).

A Integridade do Eu / Desespero representa o último estágio de desenvolvimento psicossocial na perspectiva teórica de Erikson. Neste, a pessoa tem consciência de que entra na fase final do seu ciclo de vida, podendo ser vivida com o sentimento de realização pessoal – *integridade*, ou, com sentimentos menos positivos que pode, em alguns casos, ser acompanhados de *desespero*.

Erikson identificou como indicadores de integridade (Sugarman, 1993; cit. por Marchand, 2005): a aceitação da vida que se levou e a ausência de sentimentos fortes de pesar pelo facto de esta não ter sido diferente; a consciência de que cada um é responsável pela sua própria vida; a capacidade para defender a dignidade do seu estilo de vida, ainda que ciente da relatividade dos diversos estilos de vida; o reconhecimento do valor de outras formas de expressão de integridade; o reconhecimento da pequenez do seu lugar no universo.

A ausência da integridade do Eu é, pelo contrário, geralmente acompanhada pelo temor da morte e pelo sentimento de desespero. Este manifesta a consciência de que o tempo é curto para permitir recomeçar e, geralmente é acompanhado pelo sentimento de desgosto em relação às instituições, aos outros e ao próprio (Marchand, 2005).

1.1.2. Alterações psicossociais que podem colocar em risco a saúde mental

A velhice acarreta consigo várias perdas. Destacam-se a diminuição de capacidades físicas e a perda do cônjuge. A perda do trabalho, o declínio do padrão de vida e a diminuição das responsabilidades, a perda da capacidade para o auto-cuidado é uma das queixas mais frequentes, entre outras (Eizirik, 1980; cit. por Eizirik, Kapczinski, Knijnik & Vasconcelos 1998), que são não raras vezes temas comuns na psicoterapia. Para muitas pessoas idosas, as dificuldades de adaptação não residem na perda em si, mas no efeito cumulativo de perdas repetidas, não lhes sendo permitido tempo suficiente entre perdas para a realização do processo adaptativo de luto.

1.1.2.1. Reforma

Esta tem uma volubilidade que varia dos 65 aos 70 anos e envolve uma transformação abrupta na “homeostase” da pessoa. Daí ser uma fase potencialmente crítica, ou como refere Erikson uma crise normativa.

Sob o ponto de vista psicológico o momento de passagem à reforma não significa apenas o cessar de uma atividade profissional, é também o fim de um extenso período que marcou a vida, moldou hábitos, definiu prioridades e condicionou desejos. Todas estas perdas provocam em muito idosos estados de ânimo depressivos, sentimentos de frustração, tristeza (Paúl & Fonseca, 2005), e sem qualquer ocupação dos seus tempos livres, começando mesmo a criar sentimentos de inutilidade (Bee, 1997).

Apesar de ser um momento da vida de grandes alterações sociais e pessoais, permite à maioria das pessoas preparar calmamente a reforma. O fruto deste “labor construtivo” permite um bem-estar físico e mental e, reservas emocionais e cognitivas que possibilitam estratégias seguras de gestão de ganhos e perdas e, bons níveis de satisfação pessoal (Baltes & Smith, 2003; cit. por Leal, 2008).

1.1.2.2. Conjugalidade

O matrimónio é a forma mais comum de convivência entre os idosos, constituindo os cônjuges muitas vezes a única e principal fonte de companhia, intimidade e bem-estar. Quando comparados ao longo dos anos idosos casados com não casados, verifica-se uma menor incidência de transtornos psicológicos e melhores índices de saúde em idosos casados comparativamente aos outros (Pinazo, 2007).

Para além disso, a maior parte dos cuidados diários em situação dependência, são prestados pelo próprio cônjuge, verificando-se que a ajuda e a solidariedade entre os membros do casal são manifestadas de forma diferente e especial quando um dos membros precisa de atenção e cuidados (Pinazo, 2007).

Por tudo isto, apesar de a viuvez ser normativa na terceira idade, lidar com a morte do cônjuge revela-se uma tarefa difícil, uma vez que, perturba o equilíbrio do indivíduo (Havighurst, 1972; cit. por Silva, 2004; Márcia, 2002), cujas consequências podem ser traumatizantes e até assustadores para a pessoa enlutada (Bonnano, 2001).

Uma das principais consequências é o sentimento de solidão, podendo o mesmo conduzir ao isolamento social e/ou isolamento emocional (ausência de apoio, companheirismo, camaradagem, intimidade e contacto físico), o que leva na maior parte das vezes a um grande sofrimento pessoal (Pinazo, 2007).

1.1.2.3. Institucionalização

O aumento da vulnerabilidade física, a necessidade de cuidados continuados, e a ausência de apoio familiar, aumentam a probabilidade de institucionalização na terceira idade, sendo a mesma definida como o "ato ou efeito de institucionalizar".

Institucionalizar, por sua vez, é "dar ou adquirir o carácter de instituição (Dicionário de Língua Portuguesa, s/d).

Os lares de terceira idade, apesar de proporcionarem muitas vezes a principal e única fonte de cuidados, são geralmente descritos como espaços impessoais, "frios", monótonos, gerando uma sensação de estagnação temporal que as horas não passam e que permanece um tempo vazio de "espera" da morte (Vaz, 2009). Por isso, é com naturalidade que verificamos que um dos maiores medos dos idosos é serem institucionalizados, ou "colocados de parte" (Enelow, Farde & Smith, 1999).

Para além disso, Moragas (1997) adverte-nos para a possibilidade de "morte social" do idoso no decorrer do processo de institucionalização, pelo facto de esta normalmente restringir os contactos sociais com o exterior e os seus laços sociais habituais. O idoso vê-se longe da família, isolado de seu convívio social e adopta um estilo de vida diferente do seu, tendo que se adaptar a uma rotina nova de horários, condicionando a sua autonomia. Por sua vez, este isolamento social, pode conduzir à perda da identidade, de liberdade, de auto-estima, solidão e, muitas vezes, à recusa da própria vida.

Não obstante, os idosos residentes em instituições experienciam também uma perda de privacidade. Esta perda pode ocorrer de diversas maneiras: compartilhar os quartos com desconhecidos, as portas são deixadas entreabertas. A privacidade de propriedade e do próprio corpo (Vaz, 2009).

A baixa qualidade de vida oferecida pela maior parte das instituições, a sensação de abandono, dependência e inutilidade contribuem para o agravamento do estado afetivo e psicológico dos idosos. Contudo, importa salientar que apesar de um número

significativo de instituições se poderem enquadrar nesta imagem negativista das instituições de apoio à terceira idade, existem no entanto, muitas outras que zelam pelo bem-estar dos seus idosos, sendo entidades promotoras da autonomia e de qualidade de vida.

1.2. Saúde física e mental

1.2.1. Física

O envelhecimento está muitas vezes relacionado a uma visão estereotipada, que vê este processo como sinónimo de decadência, patologia e predomínio de diversas incapacidades (Triadó & Villar, 2007). Deste modo, consideramos pertinente abordar as patologias mais frequentes nos idosos.

1.2.1.1. Patologias mais frequentes na terceira idade

Os órgãos dos sentidos constituem modalidades sensoriais extremamente importantes no processamento da informação, cujas alterações decorrentes do processo de envelhecimento, conduzem a alterações nas capacidades perceptivas. A visão e a audição são os órgãos na adaptação à vida (Serra, 2006).

Os problemas mais comuns de visão apresentados pelos idosos são: as cataratas, glaucomas¹ e presbiopia (vista cansada) (Triadó, 2007). No entanto existem algumas alterações visuais que ocorrem com o avançar da idade como, a diminuição da acuidade, da acomodação, da sensibilidade às cores e da percepção da profundidade.

A audição, tal como a visão, é um sentido muito importante. Na maior parte das vezes, o seu declínio é determinado pela exposição que ocorre o longo da vida ao ruído excessivo, através do qual a pessoa vai perdendo a capacidade de localizar sinais sonoros, de discriminar a origem de diferentes sons e tem dificuldade em compreender o discurso das outras pessoas. A audição permite não só comunicar como também escutar sinais de alarme, o contacto com os netos, barulho da água das torneiras que podem ficar a correr, etc. (Serra, 2006).

Para além das alterações perceptivas, também são frequentes as comorbilidades de diferentes patologias, tais como a hipertensão artéria, diabetes, hipercolesterolemia

¹ Glaucoma – “ *Consiste num aumento da pressão intra-ocular provocando uma atrofia no nervo ótico e anormalidades no campo visual* ” (Triadó, 2007, p. 73).

entre outras, com graves repercussões no funcionamento cardiovascular. Se a estes associarmos a diminuição da frequência cardíaca típica nos idosos compreendemos o facto de os problemas cardíacos representarem a causa de morte mais frequente nesta população (Triadó, 2007).

A degeneração orgânica e as dificuldades de regeneração celular motivam o aparecimento das patologias tumorais.

1.2.1.2. Implicações psicológicas

As mudanças físicas na velhice são de grande importância pela relação que tem no funcionamento das pessoas no seu dia-a-dia. Um dos maiores medos e receios do idoso é a perda da capacidade de viver de forma independente. Muitos destes pacientes temem mais tornarem-se dependentes por conseguinte um peso para a família do que a própria morte (Enelow et al., 1999).

O principal problema da velhice é a dependência quando os problemas são graves e os idosos necessitam de ajuda, neste caso falamos de dependência, que os impede de realizar as atividades do seu dia-a-dia, o que muitas vezes culmina com problemas psicológicos (Triadó, 2007). Segundo o INE (2010), estima-se que em Portugal existam 32,40% de mulheres idosas dependentes e 22,90% de homens.

No caso dos órgãos dos sentidos, nomeadamente a visão e audição, tem impacto psicológico na medida em que a diminuição da acuidade visual pode limitar uma pessoa na condução do automóvel, num simples passeio, no atravessar a rua de um lado para o outro, o simples exercício de leitura pode torna-se num obstáculo para a pessoa e diversas tarefas que a pessoa já não é capaz de fazer por falta de visão. A acuidade visual pode também limitar o contacto social da pessoa, uma vez que esta passa a ficar dependente de outros para se movimentar, ficando desta forma impossibilitado de realizar certas atividades que poderiam ser gratificantes (Serra, 2006).

Quando uma pessoa idosa não ouve bem, sente-se incomodada e normalmente tem tendência a isolar-se socialmente, uma vez que a perda da audição gera problemas emocionais que podem alterar o seu bem-estar psicológico (Triadó, 2007).

1.2.2. Mental

A compreensão da saúde mental na idade adulta avançada, terá de atender ao percurso feito pelo indivíduo ao longo da vida – como foi experimentando emoções e afetos, como foi resolvendo conflitos e adaptando-se, como foi correspondendo às vicissitudes que a vida lhe trouxe. A saúde mental na velhice deverá ser entendida, tal como o envelhecimento, como um processo, em que múltiplos fatores intervêm (de ordem física, psicológica e social). Enquanto componentes deste processo, admitem-se valências negativas associadas a emoções negativas como a ansiedade, depressão e falta de controlo emocional e comportamental, mas também valências positivas como as emoções positivas, os laços afetivos e o bem-estar psicológico (Paúl & Fonseca, 2005).

1.2.2.1. Patologias mais frequentes na terceira idade

a. Perturbações de humor

Segundo a OMS (2002; cit. por Vaz, 2009), 25% dos idosos com idade superior a sessenta e cinco anos apresentam algum tipo de perturbação psiquiátrica, onde a depressão é mais frequente até aos setenta e cinco anos.

De acordo com o DSM-IV-TR (APA, 2000), a depressão é definida como o estado clínico mais grave das Perturbações de Humor, apresentando um maior risco de suicídio. É uma doença mental, bastante comum em idosos, o que leva a uma diminuição da sua qualidade de vida e a um aumento do sofrimento psíquico (Stella, Gobbi, Corazza & Costa, 2002).

A depressão caracteriza-se pelo predomínio de tristeza e lentificação motora, perda de apetite, emagrecimento e ideação pessimista e auto-desvalorização (Barreto, 2006), e apesar de ser menos prevalente nos idosos em comparação com os jovens adultos, ela pode ter consequências mais graves (Fiske, Wetherell & Gatz, 2009).

Nos idosos a depressão mostra alguma especificidade sintomatológica quando comparado com os mais jovens: ansiedade mais intensa, preocupação com a saúde e com a segurança material, hipocondria, sintomas ligeiramente paranóides, queixas de memória (Barreto, 2006), fadiga psicomotora (Fiske et al., 2009). Fiske, Wetherell e Gatz (2009), referem ainda que a depressão nos idosos manifesta-se menos em sintomas afetivos e mais em mudanças cognitivas e em sintomas somáticos.

A depressão é o principal fator de risco para o suicídio nos idosos e como tal deve ser conceptualizado como um comportamento complexo, sendo muitos os idosos que vivem situações insuportáveis de sofrimento psicológico e físico, que os levam a tentar o suicídio (Marques & Ramalheira, 2006).

No entanto, a doença, a dor crónica, a incapacidade funcional e o isolamento social, constituem um contexto favorável para o aparecimento de depressão e de suicídio no idoso (Marques & Ramalheira, 2006).

a. Transtornos ansiosos

Normalmente associada à depressão temos a ansiedade que é caracterizada por um estado emocional e por sintomas de mal-estar, apreensão e preocupação excessiva. Os sintomas de ansiedade são também frequentes nos idosos, e normalmente vêm acompanhados por diversas patologias (demências, alcoolismo, doenças somáticas) (Conde-Sala & Jarne, 2007).

Esta fase da vida é caracterizada muitas vezes pela existência de um conjunto de problemas, tais como o declínio físico, a perda de entes queridos, preocupações económicas e familiares, que formam um conjunto de preocupações para os idosos. Como tal, todos estes problemas provocam no idoso ansiedade e um mal-estar psicológico, que vai interferir na sua qualidade de vida (Montorio, Nuevo, Losada & Márquez, 2001).

Montorio et al., (2001) referem que existem evidências que comprovam que idosos com elevados níveis de ansiedade e preocupações apresentam doenças cardiovasculares, hipertensão e dores crónicas com sintomatologias maiores e mais intensas.

b. Transtornos Comportamentais nos doentes com demência

A demência é outra das psicopatologias comuns nos idosos. É definida como uma síndrome adquirida de natureza orgânica que é caracterizado por uma deterioração permanente da memória, da capacidade intelectual (função cognitiva), acompanhado por outras manifestações psicopatológicas como alterações no controlo emocional e no comportamento social (Boada & Tárraga, 2007). Com o aumento da idade a demência torna-se mais frequente. Existe uma tendência de um aumento exponencial de

prevalência de pessoas com mais de 65 anos com duplicação a cada 5 anos. Na Europa a taxa média de prevalência é de 1% para pessoas com 65 anos e de 20% para pessoas com mais de 80 anos (Ovweshott & Burns, 2006). Em Portugal estima-se que existam cerca de 153.000 pessoas com demência, 90.000 com Doença de Alzheimer (Alzheimer Portugal, s.d).

As demências são mais do que alterações de memória, são caracterizadas também pela falta de atenção e concentração, por dificuldades na comunicação, no raciocínio e planeamento, no reconhecimento de objetos, na orientação e na regulação das emoções (Boada & Tárraga, 2007). Para além das alterações descritas, as demências apresentam um conjunto heterogêneo de sintomas e comportamentos, como a agitação, agressão, deambulação, perturbação do sono e sintomas psicológicos, como a depressão, ansiedade, delírios e alucinações (Lawlor, 2006). Não obstante, considera-se que os fatores ambientais e sociais contribuem para o desencadeamento e perpetuação dos sintomas comportamentais e psicológicos da demência (Lawlor, 2006).

c. Delírios

O delírio, também conhecido por Síndrome Confusional Agudo (Nogal & Ribera-Casado, 2009) é caracterizado por uma alteração do nível da consciência e atenção, acompanhada por transtornos cognitivos e que se pode durar durante um breve período de tempo (horas ou dias) e que flutua com o tempo, mas que nos idosos pode-se prolongar durante um mês (Conde-Sala & Jarne, 2007). As suas principais características são a alteração do nível da consciência, dificuldade em manter a atenção, alteração cognitiva (défice ao nível da linguagem, memória e orientação) e alterações a nível percetivo (e.g. alucinações), sendo as alterações de memória, do ciclo do sono-vigília, da psicomotricidade, da perceção e o discurso incoerente, os sintomas mais frequentes e que se encontram presentes em 75% dos casos (Marques, Batista & Firmino, 2006).

Quanto à etiologia, são diversos fatores predisponentes, entre os quais, o défice sensorial (auditivo, visual), défice funcional (imobilidade e dependência funcional), má nutrição e a comorbilidade médica e psiquiátrica. Marques, Batista e Firmino (2006), referem ainda a idade avançada e a existência prévia de défice cognitivo, como sendo dois fatores de risco importantes.

d. Transtornos psicóticos SPITS

A principal e fundamental característica destes transtornos é a grave distorção da realidade e a sintomatologia alucinatória e delirante. Contudo, a maioria dos autores dá mais importância à personalidade paranóide, conhecida como uma doença com atitudes: de desconfiança, rigidez e autoritarismo, acentuado egocentrismo, juízos erróneos, insegurança e de isolamento social (Conde-Sala & Jarne, 2007).

e. Perturbações do sono

As perturbações do sono são uma das queixas mais evidenciadas pelos idosos, como tal consideramos pertinente referi-la. Cerca de 30 a 40 % dos idosos sofre perturbações do sono, onde a insónia inicial, despertares noturnos, insónia terminal, sonolência diurna ou sensação de não terem dormido, são as situações mais referenciadas por eles (Pinto, 2006).

A insónia nos idosos tem importantes repercussões sociais e pessoais. A nível social, apresenta um aumento da utilização dos recursos de saúde, aumento da utilização de hipnóticos, diminuição da qualidade de vida e conseqüentes maiores dificuldades nas atividades da vida diária. No que respeita às repercussões pessoais, existe um aumento da sonolência diurna, aumento do risco de depressão/ansiedade, maior tendência a reações agressivas (Pinto, 2006) e para maior ocorrência de alterações de humor (Harvery, 2011).

Neste sentido, devem ser tidos em consideração na avaliação das perturbações do sono no idoso alguns aspetos como, os hábitos pessoais, a existência de patologia associada ou desencadeante de fatores externos (Pinto, 2006).

Em suma, foi possível constatar que a população idosa encontra-se mais vulnerável às doenças mentais, devido a diversos fatores, como tal considera-se pertinente a avaliação do estado mental.

1.3. Avaliação Psicológica na Terceira Idade

A avaliação psicológica é um processo complexo na qual o Psicólogo utiliza estratégias com objetivos bem definidos para encontrar respostas a questões propostas com vista a soluções de problemas. (Cunha; 2002 cit. por Strapasson, Marques da Silva & Teodoro, 2010). Assim, a avaliação psicológica visa obter maior conhecimento

acerca do sujeito com o propósito de atingir os objetivos definidos e, assim, poder auxiliar em processos de tomada de decisões.

O desenvolvimento e o uso de testes e de outros instrumentos são, evidentemente, elementos distintivos da prática profissional da avaliação psicológica, sendo fundamentais na definição psicológica do sujeito, na eficácia de técnicas e programas de intervenção e na investigação (Simões, 2005, cit. por Simões, Almeida, Machado & Gonçalves, 2007). Para além disso, a avaliação tem o objetivo de produzir informação útil na ajuda da tomada de decisão (Ribeiro, 1999). Este autor refere ainda que “*nunca se avalia só por avaliar (...) a seguir à avaliação algo deve ocorrer*” (p.78, 1999), ou seja, embora o uso de testes psicológicos sejam de grande utilidade e que nos fornecem informações preciosas numa avaliação, estes apenas constituem um dos recursos de avaliação psicológica. A entrevista, o processo de recolha de dados, interpretações da informação, são outros recursos técnicos também imprescindíveis numa avaliação (Machado; 2007 cit. por Strapasson, Marques da Silva & Teodoro, 2010). Neste sentido, e com um aumento progressivo da esperança média de vida, é notório um aumento da preocupação respetiva à necessidade de uma atenção especial e global aos idosos, quer pelos profissionais de saúde, quer pela própria população idosa e pela sociedade (Veríssimo, 2006). Os idosos apresentam problemas e limitações consequentes do próprio processo de envelhecimento, com as doenças e até com a própria sociedade em que estão inseridos.

Neste contexto torna-se essencial falar de uma avaliação geriátrica multidimensional que é descrita como “*um processo diagnóstico multidisciplinar, e frequentemente interdisciplinar, orientada para detetar problemas médicos, psico-sociais e funcionais do idoso, com o objetivo de desenvolver um plano de tratamento e acompanhamento a longo prazo*” (Veríssimo, 2006, p. 490), e que é constituída para além da própria avaliação clínica, o estado físico, mental, funcional, social e nutricional. Assim, mais que um instrumento de diagnóstico, é um processo de averiguações de situações e de respostas mais adequadas às necessidades do idoso. Com base nestes propósitos, Veríssimo (2006) refere que a avaliação multidisciplinar é constituída pela

anamnese, exame físico, avaliação nutricional², exame mental, avaliação funcional³, avaliação social⁴ e exames laboratoriais.

No que diz respeito ao exame mental, Veríssimo (2006) considera-o essencial numa avaliação geriátrica. O exame mental é um procedimento importante para a descrição do comportamento do idoso que é possível de evidenciar no decorrer da entrevista (Trzepacz & Baker, 2001).

Veríssimo (2006) refere como pertinente fazer uma avaliação focada no estado afetivo e cognitivo do idoso, utilizando instrumentos simples, mas que permitam detetar mudanças comportamentais ou deterioração mental em fases iniciais e fazer o diagnóstico diferencial de estados de confusão mental.

No que respeita à avaliação do estado cognitivo do idoso, este pode ser avaliado através de um vasto leque de instrumentos que embora com algumas limitações, ajudam no diagnóstico e em particular no seguimento da demência (Veríssimo, 2006). Como tal, todas as funções cognitivas devem de ser avaliadas, funções como a atenção⁵ e concentração⁶, memória⁷, linguagem⁸, cálculo, orientação⁹, gnosias¹⁰, praxias¹¹ e função executiva¹²). Para esse efeito, é utilizado o Mini Mental State, encontrando-se já validado para a população portuguesa. Este teste é provavelmente o mais utilizado e é especialmente mais usado para o despiste de demência (Sobral, 2006).

² Avaliação nutricional – engloba a história clínica, inquérito alimentar, avaliação antropométrica e avaliação bioquímica (Veríssimo, 2006).

³ Avaliação funcional – Diz respeito à “*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 atividades da vida diária*” (Veríssimo, 2006, p. 495).

⁴ Avaliação social – “*(...) envolve a relação do idoso com o cuidador, família e meio em que vive. Estando o estado social intimamente relacionado com o estado físico e mental (...)*” (Veríssimo, 2006, p. 496).

⁵ Atenção - “*capacidade de focar e direcionar os processos cognitivos durante um estado fisiológico de alerta*” (Trzepacz & Baker, 2001, p. 153).

⁶ Concentração - “*capacidade de focar e manter a atenção por um dado período de tempo*” (Trzepacz & Baker, 2001, p. 153).

⁷ Memória - “*capacidade humana para adquirir, reter e reproduzir com um fim a informação recebida*” (Gandiaga, 2006, p.117).

⁸ Linguagem – “*conjunto de mecanismos e comportamentos motores que permitem a produção dos sons constitutivos da linguagem falada, ou fonemas*” (Habib, 2003, p. 241).

⁹ Orientação - “*capacidade de compreender e de ter consciência do próprio em relação ao ambiente, tempo cronológico ou temporalidade, e identidade própria*” (Trzepacz & Baker, 2001, p. 192).

¹⁰ Gnosias - “*processos de reconhecimento de estímulos graças à função integradora das áreas de associação do cérebro, em colaboração com diversas estruturas corticais e subcorticais*” (Portellano, 2005, p. 273).

¹¹ Praxias - “*ações motoras coordenadas que se realizam para a consecução de um fim*” (Portellano, 2005, p. 263).

¹² Função Executiva - “*capacidades que permitem a uma pessoa levar a cabo com êxito uma conduta com um propósito determinado*” (Gandiaga, 2006, p. 120).

Existem inúmeros testes destinados à avaliação cognitiva do idoso. Entre os quais podemos destacar os seguintes: Alzheimer 's Disease Assessment Scale ¹³, Bateria de Avaliação das Demências de Lisboa (BLAD)¹⁴. Para além destes testes, Ismail e Shulman (2006) nomeiam outros testes importantes na avaliação cognitiva como o Teste do Relógio (constitui um bom instrumento de rastreio da demência e recolhe um vasto tipo de disfunções cognitivas, nomeadamente, compreensão, planeamento, memória visual, capacidade visuoespacial, pensamento abstrato, programação motora e executiva, concentração e capacidade de inibir a tendência de ser conduzido pelas características percetivas de um estímulo), o Montreal Cognitive Assessment (MoCA) (teste de rastreio para défice cognitivo ligeiro que avalia diversos domínios do funcionamento cognitivo afetados pela demência, nomeadamente a memória a curto prazo, capacidade visuoespacial, função executiva, atenção, concentração, memória do trabalho, linguagem e orientação temporo-espacial).

Para além destes instrumentos de diagnóstico das demências, existem escalas avaliativas da evolução da gravidade da deterioração. Estas escalas têm como propósito clarificar o nível da gravidade da deterioração que o idoso apresenta.

Sobral (2006) destaca algumas escalas, Global Deterioration Scale¹⁵, Clinical Dementia Rating Scale (Huges et al., 1982, cit. por Sobral, 2006) e a Escala de Deterioração de Blessed (Blessed et al., 1968, cit. por Sobral, 2006). De todas as escalas mencionadas, Sobral (2006) dá uma maior importância à Global Deterioration Scale, pois considera um instrumento que avalia todos os estádios de deterioração, que vai desde a normalidade até ao défice cognitivo muito grave, isto é, é constituída por sete estádios que caracterizam a evolução da demência.

De entre muitos instrumentos desenvolvidos para a avaliação dos estados depressivos, podemos destacar a Escala de Depressão Geriátrica¹⁶. Trata-se de um instrumento fidedigno e de fácil e rápida aplicação.

Respetivamente à avaliação do estado afetivo do idoso, nomeadamente a depressão, é muito frequente nos idosos. O seu diagnóstico é muitas vezes dificultado

¹³ Escala de Avaliação da Doença de Alzheimer - Adaptado por Guerreiro, 2003 (Mohs, 1983, Rosen, 1984, cit. por Santana).

¹⁴ BLAD – (Garcia, 1984 cit. por Sobral, 2006).

¹⁵ Escala de Deterioração Global (Reisberg *et al.*, 1982, 1989, cit. por Sobral, 2006).

¹⁶ Escala de Depressão Geriátrica - (Yesavage et al., 1983)

pela presença de outras doenças, é importante prevenir não só a perda da funcionalidade e até o suicídio, mas principalmente tentar melhorar a qualidade de vida do idoso (Veríssimo, 2006).

No que concerne à avaliação da deterioração cognitiva, esta deve ser uma avaliação fundamental no idoso, sendo também necessário avaliar as possíveis perturbações comportamentais associadas aos défices mnésicos. Problemas comportamentais como a hiperatividade, agressividade física e verbal, desinibição, deambulação e perturbações de sono (Blacker, Cummings & Goldberg, 1997; Glaser, 1997 cit. por Sobral, 2006).

No caso dos doentes de Alzheimer, estes podem desenvolver sintomas que não sejam apenas a nível cognitivo mas também sintomas relacionados com o humor (e.g. depressão, ansiedade, irritabilidade, agitação e apatia) (Sobral, 2006).

Assim, contexto torna-se fundamental referir que “ *a avaliação geriátrica baseia-se em diagnósticos funcionais interdisciplinares, sendo correntemente denominada Avaliação Geriátrica Ampla*”, que procura desenvolver instrumentos fidedignos que consigam ajudar os idosos a terem uma melhor qualidade de vida (Paixão & Reichenheim, 2005).

1.4. Propriedades Psicométricas dos Testes

Os testes representam uma das técnicas mais utilizadas pelos psicólogos na sua prática profissional. É difícil encontrar uma definição exata de "teste" ou de "aplicação de teste" enquanto processo, na medida em que, ao fazê-lo, haverá a propensão para excluir alguns procedimentos, que deveriam ser abrangidos, ou para incluir outros que deveriam ser excluídos.

Qualquer procedimento utilizado com vista a "avaliar" deve ser considerado como "teste", seja qual for a forma de aplicação que lhe esteja associada; independentemente de ter sido ou não desenvolvido por um especialista na construção de testes (Pires, Rocha, Almeida, Afonso, Seabra-Santos, Simões & Ribeiro, s.d). Assim, podemos dizer que um teste é um dispositivo de medição ou técnica usada para quantificar o comportamento e ajudar na compreensão e a previsão do comportamento (Kaplan, & Saccuzzo, 2004).

Segundo Ismail e Shulman (2006), um bom instrumento de rastreio cognitivo para os cuidados primários de saúde deve ser: de curta duração, de simples administração e simples de clarificar; ser aceitável para os doentes, isto é, não causar excessiva perturbação ou reações catastróficas; deve ser independente de fatores potenciais de confusão como a cultura, a linguagem e a educação; deve apresentar propriedades psicométricas adequadas e deve avaliar um conjunto de funções cognitivas.

Neste sentido, os testes devem assentar em dados empíricos que comprovem a sua fidelidade, sensibilidade e validade, face aos objetivos da avaliação (Pires, Rocha, Almeida, Afonso, Seabra-Santos, Simões & Ribeiro, s.d). Tendo o facto de terem sido utilizadas no presente estudo, aquando a validação do IAACI e do ICI, torna-se pertinente fazer uma breve abordagem de cada uma das características.

Assim, a Fidelidade também designada por exatidão ou precisão, corresponde ao grau de confiança que possuímos em relação aos resultados obtidos num teste ou, consistência de resultados obtidos pelos mesmos sujeitos em diferentes ocasiões temporais ou com diferentes conjuntos de itens equivalentes (Hogan, 2007). A fidelidade dos resultados numa prova diz-nos algo sobre o grau de confiança ou de exatidão que podemos ter na informação obtida (Almeida & Freire, 1997). Ribeiro (1999) refere que podemos identificar vários tipos de fidelidade num teste: o teste-reteste¹⁷, formas alternativas¹⁸, duas metades¹⁹, consistência interna²⁰ e a fidelidade do cotador²¹.

No que respeita à sensibilidade, também conhecida como capacidade de discriminação de um teste, diz respeito ao grau de distribuição dos resultados de acordo com a sua frequência, isto é, com a curva de distribuição de resultados, permitindo maior ou menor diferenciação dos sujeitos testados quanto à característica medida (Anastasi & Urbina, 1997).

¹⁷ Teste-reteste – corresponde à administração do teste mais do que uma vez aos sujeitos (e correlacionam-se os resultados obtidos nas duas aplicações) e espera-se que obtenham nas duas aplicações resultados semelhantes (Ribeiro, 1999).

¹⁸ Formas alternativas – consiste em administrar de ambas as formas do teste no mesmo sujeito, correlacionando os resultados obtidos nas duas formas (Hogan, 2007).

¹⁹ Duas metades – é um procedimento semelhante ao das formas alternativas, no entanto a metade do teste é comparada com a outra metade. Os sujeitos respondem ao teste e depois este é repartido em dois (Ribeiro, 1999).

²⁰ Consistência interna – diz respeito ao grau de uniformidade e de coerência que existe entre as respostas dos sujeitos a cada item que compõem a prova (Almeida & Freire, 1997).

²¹ Fidelidade do cotador – “*Consiste na garantia de que o teste dá de que há concordância dos resultados quando estes são recolhidos por dois cotadores diferentes na passagem do mesmo teste*” (Ribeiro, 1999, p. 113).

No que se refere à validade, esta significa em que medida os resultados no teste estão a medir (predizem) aquilo que pretendem medir (Almeida & Freire, 1997), isto é, “*garantia que o teste mede o que se propõe medir*” (Ribeiro, 1999, p. 113). A validade é algumas vezes definida como questão ao que queremos responder, “*Será que o teste mede aquilo que queremos medir*” (Kaplan & Saccuzzo, 2004, p. 135). A validade pode ser dividida em validade de conteúdo, validade de um constructo e validade de critério (Ribeiro, 1999).

A validade de conteúdo diz respeito à relação que existe entre o conteúdo de um teste e de alguns domínios bem definidos de conhecimento ou comportamento (Hogan, 2007), com a validade de conteúdo pretendesse avaliar em que medida o conteúdo da prova (itens) cobre os aspetos mais relevantes do constructo (Almeida & Freire, 1997).

A validade de constructo é “*a validade nobre de qualquer constructo (...) ela garante que o teste mede o constructo*” (Ribeiro, 1999, p. 114). Anastasi (1990: cit. por Ribeiro, 1999) apresenta vários métodos de determinação da validade de constructo: correlação com outros testes, análise fatorial, consistência interna, efeitos de variáveis experimentais na nota do teste, validade convergente e discriminante.

Por último temos a validade de critério, que diz respeito à eficácia de um teste em prever o comportamento de um determinado sujeito numa situação (Anastasi, 1990, cit. por Ribeiro, 1999).

1.5. Classificação Categorical Vs Classificação Dimensional

O que é o DSM?

O **DSM** é descrito como um manual diagnóstico e estatístico, que se correlaciona com a **Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10**, da Organização Mundial da Saúde (OMS) (Matos, Matos & Matos, 2005). Este manual fornece critérios de diagnóstico para a generalidade das perturbações mentais, incluindo componentes descritivas, de diagnóstico e de tratamento, constituindo um instrumento de trabalho de referência para os profissionais da saúde mental. É assim, um sistema classificatório multiaxial, que se encontra organizado de forma a poder agrupar 16 classes diagnósticas diferentes, classificada por códigos numéricos específicos e que são distribuídos por cinco grandes eixos, sendo eles:

Eixo I: Descreve os transtornos clínicos propriamente ditos.

Eixo II: Descreve o atraso mental.

Eixo III: Descreve as condições médicas gerais.

Eixo IV: Problemas psicossociais e ambientais, associados com o transtorno mental em questão.

Eixo V: Constitui-se por uma escala de avaliação global de funcionamento (AGF).

Matos et al. (2005) apresentam algumas características importantes do DSM, sendo elas:

1. Descrição dos transtornos mentais;
2. Definição de diretrizes diagnósticas precisas, através da lista de sintomas que configuram os respectivos critérios diagnósticos;
3. Modelo atóxico, sem qualquer preocupação com a etiologia dos transtornos;
4. Descrição das patologias, aspetos associados, padrões de distribuição familiar, da prevalência na população geral, do curso, da evolução, do diagnóstico diferencial e das complicações psicossociais decorrentes;
5. Procura de uma linguagem comum, para uma comunicação facilitada entre os profissionais da área de saúde mental;
6. Incentivo à pesquisa.

O DSM é um sistema diagnóstico nosográfico e têm por objetivo classificar os transtornos mentais, mas no entanto, não substituem o exercício da clínica.

DSM como um **Modelo Categorical**

O DSM é uma classificação categorial que divide os transtornos mentais em grupos de critérios com características definidas. Utilizando a nomenclatura padrão para definir os transtornos e fornecer instruções codificadas precisas para diagnósticos, o DSM-IV facilita o diagnóstico, o tratamento e as análises estatísticas dos transtornos mentais.

O manual é constituído por um grande número de categorias do transtorno mental, e para cada categoria, uma série de critérios para a adesão da categoria. No entanto e como o próprio DSM-IV-TR reconhece, existem algumas limitações desta abordagem categorial *"uma abordagem categorial da classificação funciona melhor*

quando todos os membros de uma classe de diagnóstico são homogêneos, quando existem limites claros entre as classes, e quando as diferentes classes são mutuamente exclusivas " (p. xxxi cit. por Krueger & Markon, 2006, p. 1).

O DSM tem sido uma taxonomia categorial que tem funcionado razoavelmente bem na psicopatologia em adultos. Esta utilidade pode ser resultado do facto de que a maior parte das pesquisas acerca da psicopatologia antes do DSM-III foi realizada em adultos (Hudziak, Achenbach, Althoff & Pine, 2007).

A psicopatologia da criança difere da psicopatologia do adulto. O estudo da psicopatologia deve ter em conta as mudanças relacionadas com a idade no que é considerado normal e patológico numa determinada idade pode ser considerada normal e noutra época pode ser considerado anormal. Devido às múltiplas fontes de variação no diagnóstico da infância, as diferenças quantitativas podem ser mais cruciais nas crianças do que no diagnóstico do adulto. A classificação categorial do DSM tem sido comprovada de difícil aplicação em crianças, pois não consegue identificar essas diferenças (Hudziak et al., 2007).

O modelo categorial tem como principal preocupação classificar com limites claros, sem sobreposições, com casos homogêneos, dentro de cada categoria diagnosticada. Este tipo de modelo seria mais apropriado em fenómenos de distribuição descontínua (Alcantara, 2003). Este modelo é mais rigoroso, facilita a investigação e gera o progresso científico através de sucessivas gerações de especialistas (Krueger & Markon, 2006).

O modelo categorial fornece uma informação resumida e facilita a comunicação entre os técnicos e facilita a pesquisa criando instrumentos de diagnóstico de fácil aplicação. Em contrapartida, apresenta algumas desvantagens como a tendência para reducionismos, a perda de informação aquando o desejo de clarificar e considerar o que é comum dentro da categoria, em função das características de cada um (Lyons, 1995; Torres, 1993; Widiger, 1991; Widiger, 1992; Frances, 1982, cit. por Alcantara, 2003).

Hudziak et al. (2007) defendem ainda que um modelo puramente categórico não representa importantes fontes de variação (e.g. os sistemas neurais subjacentes ao comportamento diferem no género e idade). Defendem ainda, que um sistema de diagnóstico deve ter em conta o género e idade.

Várias pesquisas têm contribuído para a compreensão do desenvolvimento da psicopatologia e para a sua avaliação dimensional nas últimas décadas. Torna-se portanto propício considerar a adição de características dimensionais do DSM (Hudziak et al., 2007).

Modelo dimensional

O modelo dimensional pretende distribuir dentro de uma “ dimensão” as diferentes manifestações do comportamento ou emoções. Estão nos extremos da dimensão os casos patológicos. Este modelo é o mais adequado nas abordagens do comportamento e emoções (Alcantara, 2003).

Os critérios dimensionais reduzem a necessidade de tomada de decisões arbitrárias acerca das transições de um período de desenvolvimento para o outro. Permite também rastrear a psicopatologia da infância para a adolescência e da idade adulta. Ao contrário do modelo categorial, o modelo dimensional considera importante as fontes de variação como o gênero e a idade. O modelo dimensional oferece muitas vantagens para a neurociência e à genética facilitando deste modo o conhecimento (Hudziak et al., 2007).

Assim, e como conclusão podemos dizer que os quadros clínicos, sob o ponto de vista do modelo dimensional, são decorrentes de alterações de **quantidade**, que se podem expressar conforme o seu grau de intensidade, ao contrário do que propõe o modelo categorial, que considera os transtornos mentais como sendo produzidos por uma alteração de **qualidade**, diferente para cada um dos transtornos (Matos et al., 2005).

1.6. Older Adult Self-Report (OASR) e Older Adult Behavior Checklist (OABCL)

1.6.1. Descrição do instrumento

O Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA) comporta um conjunto de formas para avaliar o funcionamento adaptativo e problemas de uma maneira fácil e com baixos custos (Achenbach & Rescorla, 2000, 2001, 2003; McConaughy & Achenbach, 2001, 2004, cit por Achenbach, Newhouse & Rescorla, 2004).

O *Older Adult Self-Report (OASR)*, que na versão portuguesa denomina-se *Inventário de Auto-Avaliação do Comportamento Para Idosos (IAACI)* é um questionário de auto-avaliação e o *Older Adult Behavior Checklist (OABCL)*, que na versão portuguesa denomina-se por *Inventário do Comportamento Para Idosos (ICI)* é um questionário de heteroavaliação, são formas paralelas que facilitam a comparação entre a percepção que o sujeito tem acerca dele próprio e a percepção dos outros em relação a ele (Achenbach, Newhouse & Rescorla, 2004).

Neste questionário é descrito o comportamento para a faixa etária dos 60 a 90 e mais anos onde o idoso descreve o seu próprio comportamento e onde é também descrito através da percepção que os outros têm acerca dele (e.g. o cônjuge, companheiro, familiares, amigos, filhos, cuidadores, entre outros). A sua administração demora cerca de 15 a 20 minutos, podendo no entanto variar consoante o entrevistado.

Este questionário é constituído por *Escalas de Funcionamento Adaptativo*, por *Escalas Orientadas para o Diagnóstico DSM*, *Itens de Desejabilidade Social*, *Itens Críticos* e *Escalas Síndrome* (resultantes da análise fatorial dos itens da escala).

O IAACI e o ICI são questionário idênticos, exceto que o ICI tem um item adicional na escala dos Esposos/Parceiros (item II.G. *Aborrece-se com o comportamento do cônjuge/companheiro*), e o IAACI tem um item adicional na última página (item VIII). Os itens do ICI são apresentados na terceira pessoa com intuito de descrever o idoso a partir da perspectiva de uma pessoa próxima dele (Achenbach et al., 2004).

O IAACI e o ICI incluem itens tendo em conta amigos e esposos/parceiros. Os itens adicionais que determinam os pontos fortes pessoais são intercalados entre os itens de problemas nas páginas 2 e 3 em cada questionário.

Assim, cada questionário é constituído por um cabeçalho onde são pedidos determinados dados demográficos, como a data de nascimento, habilitações literárias, profissão (caso se encontre reformado, a profissão que exerceu antes da reforma), e por duas secções acerca das relações do idoso com os amigos (I. Amigos) e com o cônjuge ou companheiro (II. Cônjuge ou Companheiro). No entanto, a escala designada como “cônjuge ou companheiro” está classificada somente para idosos que viveram com um esposo ou parceiro em alguma altura durante os últimos dois meses (Achenbach et al., 2004).

O IAACI e ICI são constituídos por 127 itens onde são abordadas questões de ordem comportamental, emocional, problemas sociais, e ainda itens de desejabilidade social (III), contudo dentro deste grupo existem 20 itens que avaliam a variedade das forças pessoais (item 1, 4, 6, 44, 64, 71, 78, 88, 95, 96, 98, 107, 108, 112, 113, 116, 118, 119, 120 e 123). Estes itens são intercalados entre itens que avaliam vários tipos de problemas. Caracteriza-se por uma escala tipo *Lickert*, (0 = “*não verdadeiro*”; 1 = “*Um Pouco ou As Vezes Verdadeiro*”; 2 = “*Frequentemente ou Muitas Vezes Verdadeiro*”) com exceção dos últimos três itens (124, 125, 126 e 127) em que é pedida uma quantificação numérica. Estas três últimas questões, por estarem relacionadas com o consumo de substâncias como o tabaco, álcool e drogas, são denominadas Escalas de Uso de Substâncias.

As questões seguintes são relacionadas com a existência de doença, deficiência ou incapacidade que o idoso tenha (IV) assim como o local onde o idoso reside (V), as preocupações (VI), as qualidades que o idoso possui (VII) e por últimos os sentimentos ou crenças que melhor ajudam a descrever o idoso (VIII). As escalas de I a III (os itens das forças pessoais) são denominadas Escalas de Funcionamento.

Para facilitar uma fácil e rápida a interpretação dos resultados da avaliação, cada item da escala e respetiva pontuação são exibidos num perfil, no qual apresenta os pontos fortes de funcionamento adaptativo e/ ou problemas do indivíduo. Portanto, nos questionários para idosos do Sistema ASEBA, existem duas versões *hand-scored*, uma para traçar o perfil do funcionamento adaptativo e outra para traçar o perfil sindromático. Tendo em conta diferenças do género e idade nas pontuações, as normas para as idades 60-75 e maior que 75 são exibidas em perfis separados para homens e mulheres (Achenbach et al, 2004).

Um painel internacional de psiquiatras e psicólogos identificaram os itens problema dos questionários para idosos como consistentes com as categorias diagnósticas do DSM-IV. Existem neste questionário seis Escalas Orientadas para o Diagnóstico DSM, ou seja, itens que requerem a classificação de problemas comportamentais, emocionais e sociais (1.Problemas Depressivos, 2.Problemas de Ansiedade, 3.Problemas Somáticos, 4.Problemas de Demenciais, 5.Problemas Psicóticos, 6.Problemas de Personalidade Anti-Social).

Para além desta avaliação, também cotaram cada item em: 0= não crítico, 1= possivelmente crítico e 2= definitivamente crítico, de acordo com o que os clínicos achavam acerca das pessoas, sendo que os 31 itens que foram avaliados por $\geq 62\%$ dos clínicos como definitivamente críticos foram sinalizados com sobrescrito e no perfil de síndrome (Achenbach et al., 2004).

Foram encontrados padrões de associações entre o factor analítico derivado de síndromes para os quais Achenbach (1966) cunhou os termos de “Internalização e Externalização” (Achenbach & Rescorla, 2000, 2001, 2003 cit. por Achenbach et al., 2004). Cada fator consiste num conjunto de itens e cada um tem uma carga sobre o fator. O grupo de síndromes da Internalização inclui problemas que têm a ver maioritariamente com a própria pessoa. No entanto, na escala original não foi possível obter fator de Internalização e Externalização para agrupar as *Escala Síndrome*. Assim os sete fatores que constituem estas escalas são: **Ansiedade / Depressão** (é constituído pelo item 8, 9, 11, 13, 14, 21, 23, 26, 28, 32, 34, 40, 42, 45, 47, 62, 91, 93, 100 e 109), **Preocupações** (51, 72, 89, 90, 101, 102, 117 e 121), e **Queixas Somáticas** (5, 33, 46, 49a, 49b, 49c, 49d, 49e, 49f, 49g, 49h, 49i, 49j e 103), **Problemas de Pensamento** (24, 27, 30, 31, 36, 38, 41, 57, 58, 60, 61, 74, 75, 77 e 99), **Problemas Cognitivos / Memória** (7, 12, 20, 52, 69, 70, 110, 114 e 122), **Limitação Funcional** (3, 10, 16, 29, 54, 55, 68, 92, 104, 106 e 111), e **Irritação / Desinibição** (2, 15, 18, 19, 22, 25, 35, 37, 39, 43, 59, 65, 67, 76, 79, 83, 84, 85, 86 e 94).

1.6.2. Propriedades Psicométricas do OASR e do OABCL.

Quando os instrumentos como a OASR e OABCL estão completos é importante saber o grau para cada escala de pontuações que se mantém consistente sobre períodos em que as características adaptativas e os problemas das pessoas que são avaliadas e não se espera que mudem (Achenbach et al., 2004).

Outra propriedade de escala de pontuações é a sua consistência interna. Isto refere-se ao grau de cada item numa escala correlacionado com outros. A consistência interna é algumas vezes chamada de fidelidade dividida a meio. Isto porque ela pode ser estimada correlacionando a soma das pontuações na outra metade dos itens de uma escala com a soma das pontuações na outra metade (Achenbach et al., 2004).

Testes de fidelidade e de consistência interna são tipicamente vistos como propriedades psicométricas das próprias escalas. Contudo, relatórios de funcionamento adaptativo e problemas dependem inevitavelmente das perspectivas dos informantes.

No estudo original, Achenbach et al., (2004), obtiveram uma **fidelidade** alta, oscilando entre 0.80 e 0.90, cujos teste-reteste *rs* eram significativos para $p < 0.01$. A média de *r* para as escalas de funcionamento adaptativo do OASR é de 0.89, e de 0.94 para a OABCL.

A média de *rs* para os fatores é também 0.89 e 0.94, enquanto o *r* para o Índice Geral de Sintomas (I.G.S.) em ambas as formas é de 0.95. No que diz respeito às Escalas Orientadas para o Diagnóstico DSM, a média de *r* é de 0.88 na OASR e 0.93 na OABCL (Achenbach et al., 2004).

A consistência interna elevada é desejável e indica que a escala é altamente confiável. Contudo, porque a consistência interna é calculada com base nas pontuações obtidas em todos os itens, esta pode não transmitir realmente a fidelidade do teste-reteste da escala. Para além disso, algumas escalas com uma consistência interna muito alta podem não ser válidas assim como outras com consistência interna muito baixa (Achenbach et al., 2004).

Assim, os alphas de Cronbach's para as Escalas de Amigos e Cônjuge/Companheiro variam de 0.66 a 0.71 enquanto os alphas das Forças Pessoais variam de 0.83 e 0.90. Os alphas mais elevados para a Escala de Forças Pessoais resultara provavelmente de um maior comprimento (20 itens versus 4 a 7 itens para as Escalas de Amigos e Cônjuge/Companheiro).

Para os fatores, os alphas variam de 0.66 a 0.97. Os únicos alphas que estavam abaixo do 0.70 eram da síndrome de Preocupações da OASR e OABCL que têm os menores itens. Escalas Orientadas para o Diagnóstico DSM, os alphas variam entre 0.63 a 0.89. Os únicos alphas abaixo do 0.70 foram da Escala de Problemas Psicóticos e de Personalidade Anti-Social da OASR (Achenbach et al., 2004).

O cálculo da **validade** do OASR e OABCL foi realizado como justificação os parâmetros apresentados de seguida. O propósito fundamental da OASR e da OABCL é ajudar a identificar as necessidades para ajudar com comportamentos, emoções e problemas sociais e funcionamentos adaptativos. A OASR e a OABCL providenciam retratos diferenciados das pessoas em termos específicos e problemas com

características adaptativas, agregação de problemas relacionados com bases empíricas e Escalas Orientadas para o Diagnóstico DSM.

Os valores das correlações entre avaliações de diferentes respondentes podem ser modestos, especialmente se estes desempenharem diferentes papéis no que diz respeito ao indivíduo sobre o qual estão a responder. No entanto, a fidelidade teste-reteste do OASR e do OABCL é boa. Assim, com base nestes critérios, o Professor Achenbach optou por correlacionar o OABCL com outras escalas (*Neuropsychiatric Inventory, Mini-Mental State Examination, Clock Drawing Test, Geriatric Dementia Rating, Dementia Severity Rating, Trail Making Test Part A e Instrumental Activities of Daily Living*), uma vez que existia uma elevada correlação entre as duas escalas (OASR e OABCL), tendo obtido correlações significativas (Achenbach et al., 2004).

II. Método

No presente capítulo explicitaremos os objetivos gerais do estudo, o desenho metodológico da investigação, seleção e caracterização da amostra, os instrumentos utilizados na recolha de dados e quais os procedimentos.

2.1. Objetivos

Consideramos que o objetivo da presente investigação é a aferição e a validação para a População Portuguesa do OASR e do OABCL. Neste sentido, pretende-se com a análise da estrutura fatorial do IAACI e do ICI, perceber se numa amostra portuguesa a estrutura fatorial se mantém, tendo em consideração o estudo original realizado com uma amostra norte-americana (Achenbach et al., 2004), assim como, avaliar as características psicométricas do IAACI e do ICI (sensibilidade, validade e fidelidade) e relações existentes entre ambos.

Além deste objetivo teórico, tínhamos também o objetivo prático de disponibilizar um instrumento internacionalmente credível para a investigação em língua portuguesa e em amostras nacionais sendo de grande utilidade na prática clínica.

2.2. Desenho metodológico

O presente estudo segundo Polit & Hungler (2004), é de natureza quantitativa de investigação metodológica que procura avaliar as propriedades psicométricas do IAACI e do ICI tendo em conta a realidade portuguesa, uma vez que já foi construído e validado para a língua inglesa (Achenbach et al., 2004).

2.3. Amostra

2.3.1. Seleção da amostra

No presente estudo foi utilizada uma amostra não-probabilística sem qualquer método estatístico de seleção. Definiram-se apenas alguns critérios de inclusão e exclusão.

Critérios de Inclusão: Idosos de ambos os sexos, com idade igual ou superior a 60 anos, residentes em Portugal que voluntariamente colaboraram no preenchimento dos

questionários. No caso do ICI como se tratava de um questionário de heteroavaliação, os respondentes tinham de possuir um nível de proximidade ao sujeito que lhes permitisse responder às questões do inventário.

Critérios de Exclusão: Idosos em situação de isolamento.

2.3.2. Caracterização da amostra

A amostra foi constituída por 301 pares de participantes, isto é 301 idosos que responderam ao IAACI e 301 indivíduos com uma relação de proximidade com o idoso que responderam ao ICI ($N = 301$). 60.2% dos idosos são do sexo feminino ($n = 183$) e 39.2% são homens ($n = 118$). A idade dos participantes varia entre os 60 e os 102 anos de idade ($M = 72.86$; $DP = 9.05$).

Tabela 1

Caracterização da amostra do Grupo IAACI

	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>Máx</i>	<i>Min</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>
Género						
Feminino	183	60.20				
Masculino	118	39.20				
Idade	301	100	102	60	9.05	72.86
Etnia						
Latino	301	100				
Estado Civil						
Casado/a, viver com cônjuge	162	53.80				
Viúvo /a	105	34.90				
Nunca foi casado /a	18	6				
Casado/a, mas separado /a do cônjuge	8	2.70				
Divorciado /a	8	2.70				
Habilitações						
Literárias						
Até ao 12º ano, sem o completar	246	81.70				
Nunca frequentou a escola	39	13.00				
Licenciatura	8	2.70				
Bacharelato	4	1.30				
12º ano completo	3	1.00				
Outro	1	0.30				
Doença						
Incapacitante ou Deficiência						
Não	186	6.80				
Sim	115	38.20				
Onde Reside						
Casa própria	237	78.70				
Lar de Idosos	41	13.60				
Casa de familiar	16	5.30				
Casa de repouso	3	1.50				
Apoio Domiciliário	1	0.30				
Outro	16	5.30				
Preocupações						
Não tem preocupações	189	62.80				

Tem preocupações	112	37.20
------------------	-----	-------

Tabela 2

Caracterização da amostra do Grupo ICI

	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>Máx</i>	<i>Min</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>
Gênero						
Feminino	183	60.20				
Masculino	118	39.20				
Idade	301	100	102	60	9.05	72.86
Etnia						
Latino	301	100				
Estado Civil						
Casado/a, a viver com cônjuge	162	53.80				
Víuvo /a	105	34.90				
Nunca foi casado /a	18	6				
Casado/a, mas separado /a do cônjuge	8	2.70				
Divorciado /a	8	2.70				
Habilitações						
Literárias						
Até ao 12 ^a ano, sem o completar	246	81.70				
Nunca frequentou a escola	39	13.00				
Licenciatura	8	2.70				
Bacharelato	4	1.30				
12 ^a ano completo	3	1.00				
Outro	1	0.30				
Doença						
Incapacitante ou						
Deficiência						
Não	173	57.50				
Sim	128	42.50				
Onde Reside						
Casa própria	237	78.70				
Lar de Idosos	41	13.60				
Casa de familiar	16	5.30				
Casa de repouso	3	1.50				
Apoio Domiciliário	1	0.30				
Outro	16	5.30				
Preocupações						
Não tem preocupações	187	62.10				
Tem preocupações	114	37.90				
Tipo de						
Informante						
Esposo /a	56	18.60				
Filho / a	87	28.90				
Outro	158	52.50				

No que se refere ao *Gênero*, 60.20% dos idosos eram do sexo feminino e 39.20% eram do sexo masculino. Relativamente às *Idades*, a média localizou-se nos 72.86 anos e o desvio padrão nos 9.05, sendo o mínimo e máximo as idades limite do questionário (60 e 102 anos, respetivamente) (ver a Tabela 1 e 2).

No que respeita ao *Grupo Étnico* a amostra era completamente Latina, 100%

Relativamente ao *Estado Civil*, 53.8% dos sujeitos são casados e vivem com o cônjuge, 34.90% dos sujeitos são viúvos, 6% referem que nunca foram casados, 2.70% dos sujeitos são casados mas vivem separados do cônjuge e 2.70% são divorciados (ver as Tabelas 1 e 2).

No que concerne às *Habilitações Literárias*, 81.70% possuem habilitações até ao 12º ano por completar, 13.0% nunca frequentou a escola, 2.70% são licenciados, 1.30% possuem Bacharelato, 1.00% possuem o ensino secundário completo e 0.30% possuem outro tipo de habilitações (ver as Tabelas 1 e 2).

Relativamente à prevalência de *Doença Incapacitante ou Deficiência*, 61.80% dos indivíduos referem não possuir qualquer tipo de deficiência ou incapacidade e 38.20% dos indivíduos referem serem portadores de algum tipo de incapacidade – Tabela 1. No que se refere à prevalência de *Doença Incapacitante ou Deficiência*, segundo os informantes, 57.50% dos indivíduos não possuíam qualquer tipo de deficiência ou incapacidade e 42.50% dos indivíduos possuem algum tipo de incapacidade ver a Tabela 2).

No que se diz respeito ao *local onde residem*, 78.70% referem que vivem em casa própria, 13.60% vivem num Lar de Idosos, 5.30% reside na casa de um familiar, 5.30% vive noutra lugar, 1.50% vive numa casa de repouso e 0.30% referem apenas o apoio domiciliário (ver as Tabelas 1 e 2).

No que concerne às *Preocupações*, 62.80% referem não ter nenhuma preocupação e 37.20% referem ter preocupações – Tabela 1. Relativamente às *Preocupações*, segundo os informantes, 62.80% deles dizem não possuir nenhum tipo de preocupação acerca do sujeito, enquanto 37.30% afirmam possuir preocupações relativamente ao sujeito acerca do qual se encontram a responder ao questionário (ver a Tabela 2).

2.4. Instrumentos

Após a obtenção do consentimento informado (ver Anexo A) utilizou-se o questionário IAACI, (ver Anexo B) e o ICI (ver Anexo C) que foi traduzido do original com o objetivo de caracterizar a amostra.

2.4.1. Older Adult Self-Report (OASR) e Older Adult Behavior Checklist (OABCL)

O OASR é um questionário de auto-avaliação e o OABCL, é um questionário de heteroavaliação, são formas paralelas que facilitam a comparação entre a percepção que o sujeito tem acerca dele próprio e a percepção dos outros em relação a ele (Achenbach, Newhouse & Rescorla, 2004).

O IAACI e o ICI são questionário idênticos, exceto que o ICI tem um item adicional na escala dos Esposos/Parceiros (item II.G. *Aborrece-se com o comportamento do cônjuge/companheiro*), e o IAACI tem um item adicional na última página (item VIII). Os itens do ICI são apresentados na terceira pessoa com intuito de descrever o idoso a partir da perspectiva de uma pessoa próxima dele.

Existem neste questionário seis Escalas Orientadas para o Diagnóstico DSM, ou seja, itens que requerem a classificação de problemas comportamentais, emocionais e sociais (1.Problemas Depressivos, 2.Problemas de Ansiedade, 3.Problemas Somáticos, 4.Problemas de Demenciais, 5.Problemas Psicóticos, 6.Problemas de Personalidade Anti-Social).

Para além desta avaliação, também cotaram cada item em: 0= não crítico, 1= possivelmente crítico e 2= definitivamente crítico, de acordo com o que os clínicos achavam acerca das pessoas, sendo que os 31 itens que foram avaliados por $\geq 62\%$ dos clínicos como definitivamente críticos foram sinalizados com sobrescrito e no perfil de síndrome (Achenbach et al., 2004) (Tabela 3 em Anexo).

2.5. Procedimentos

Para a exequibilidade deste estudo foram necessários alguns procedimentos. O primeiro diz respeito à tradução do instrumento em causa para a língua portuguesa, o segundo diz respeito à autorização junto das entidades. O terceiro prende-se com a autorização aos participantes. Este estudo teve como ponto de partida, a autorização desta investigação, por parte do autor original da escala, Thomas Achenbach.

2.5.1. Tradução

Os procedimentos de tradução seguiram as duas fases: *1ª Fase: Tradução Inicial*: Consiste na tradução direta da versão original inglesa do OASR e do OABCL

para a língua portuguesa – IAACI e ICI respetivamente. Esta tarefa foi realizada por dois profissionais de saúde (Caldas & Carneiro, 2010), licenciados em Psicologia Clínica, com vínculo académico e com conhecimento do propósito da tradução (Beaton, Bombardier, Guillemin & Ferraz, 2000). De seguida e reunidas condições, procedemos à 2ª fase: *Tradução de volta ao inglês «back translation»*, sendo realizada por um tradutor oficial de inglês, sem qualquer conhecimento do questionário original e sem formação e conhecimento na área da saúde, sendo comparada com a tradução pré-final, mantendo assim, a integridade do instrumento (Beaton et al., 2000).

2.5.2. Recolha de dados

Antes do fornecimento dos questionários, os participantes foram informados de forma concisa de acordo com os objetivos e a pertinência do estudo, tendo sido recolhido o consentimento informado.

Seguidamente procedeu-se à administração dos instrumentos, reforçando o carácter confidencial das suas respostas. Nas instruções gerais informamos os participantes que o preenchimento do instrumento poderia tomar aproximadamente 20 minutos.

2.5.3. Tratamento de dados

Esta etapa é das mais importantes numa investigação, apesar de muitas vezes negligenciada (Hair, Anderson, Tatham & Black, 1998). Terminada a recolha procedemos à construção da base estatística. Para tal, foi usado um programa específico da AESEBA, fornecida pelo autor das escalas o *Assessment Data Manager, versão 9.1 - ADM*, onde foram inseridas as respostas dadas pelos participantes.

Seguidamente para se poder analisar os dados, procedeu-se à transferência dos mesmos para o IBM SPSS *statistical* (versão 20) do *windows* dado ser a ferramenta mais ajustada ao tratamento deste tipo de dados.

Os dados foram tratados a fim de satisfazer alguns parâmetros para os dados amostrais exigidos para a utilização das técnicas de *Análise Fatorial Exploratória* (AFE), *Rotação Varimax e forçada a dois e a sete fatores*, tendo em consideração o estudo original.

Utilizou-se a Estatística Descritiva para caracterizar a amostra (médias, frequências, desvios padrão e percentagens). Recorreu-se à Estatística Inferencial para calcular a sensibilidade, validade e fidelidade do instrumento, bem como para correlacionar os dados obtidos.

Para o calcular a sensibilidade dos instrumentos, analisou-se os valores a média, moda e mediana dos resultados, analisando o seu grau de concordância com os valores de assimetria e curtose.

Para o calcular a validade dos testes, recorreu-se à análise fatorial em *Rotação Varimax*, em dois e sete fatores (como na escala original), sendo posteriormente analisada a carga fatorial de cada item da escala e (re)estruturados e (re)formulados os fatores da escala original.

Para o cálculo da fidelidade do instrumento, optou-se pelo coeficiente *Apha de Cronbach*, que corresponde a uma medida de consistência interna (Spector, 1992) que permite explorar o grau em que em que o nosso instrumento produz resultados consistentes ou equivalentes sendo uma representação legítima e adequada do construto ou ausência de erro aleatório.

Descrevemos, de seguida, os resultados obtidos.

III. Resultados

3.1. IAACI

3.1.1 Resultados relativos às Escalas de Funcionamento Adaptativo da Amostra Normativa do IAACI

Como foi mencionado anteriormente, as escalas de I a III (os itens das Forças Pessoais) do IAACI e do ICI são designadas por Escalas de Funcionamento Adaptativo, e consistem em itens cujas pontuações serão agregadas para fornecer uma pontuação geral da sub-escala. Assim, pontuações elevadas na escala de funcionamento adaptativo indicam níveis relativamente elevados dos tipos de comportamentos adaptativos avaliados pelos itens da escala. Apresentamos na tabela seguinte os resultados médios obtidos pela amostra da população idosa portuguesa nos diferentes itens das Escalas de Funcionamento Adaptativo do IAACI.

Tabela 4

Distribuição dos resultados das Escalas de Funcionamento Adaptativo do IAACI

	<i>Frequência</i>	<i>%</i>
Número de amigos		
Não tem amigos	15	5
Tem 1 amigo	25	8.30
Tem 2 ou 3 amigos	106	3.20
Tem 4 ou mais amigos	155	51.50
Total	301	100
Tempo despendido com os amigos por mês		
Menos de um	24	8
1 ou 2	63	20.90
3 ou 4	92	30.90
5 ou mais	122	40.50
Total	301	100
Como se dá com os amigos		
Não muito bem	16	5.30
Medianamente	77	25.60
Acima da média	128	42.50
Muito acima da média	80	26.60
Total	301	100
Quantidade de visitas que recebe por mês		
Menos de 1	12	4
1 ou 2	68	22.60
3 ou 4	89	29.60
5 ou mais	132	43.90
Total	301	100

Deste modo, no que diz respeito à secção I. *Amigos*, segundo os idosos a média é de 2.33 amizades por indivíduo, sendo que 5% dos sujeitos não possuem qualquer amigo, 8.30% possuem um amigo, 35.20% possuem entre dois e três amigos e 51.50% possuem quatro ou mais amigos (ver a Tabela 4). Relativamente ao *Tempo* dispensado

com os amigos (em nº de vezes por mês, incluindo contacto pessoal, telefone, cartas, e-mail), em média os sujeitos encontram-se 2.04 vezes por mês com os amigos, sendo que 8% dos sujeitos não estão nenhuma vez por mês com os amigos, 20.90% estão entre uma e duas vezes por mês, 30.60% estão entre três e quatro vezes por mês e 40.50% estão cinco ou mais vezes por mês (ver a Tabela 4).

No que diz respeito à avaliação da *Relação* dos indivíduos com os seus amigos, a média é 1.90, sendo que 5.30% dos sujeitos não se relacionam muito bem com os seus amigos, 25.60% relacionam-se medianamente, 42.50% relaciona-se acima da média e 26.6% relaciona-se muito acima da média com os seus amigos (ver a Tabela 4). Quanto ao número de vezes por mês que amigos ou familiares *Visitam* o sujeito, 4% responderam que não recebem nenhuma visita, 22.60% responderam que recebem uma ou duas visitas, 29.60% responderam que recebem entre três e quatro visitas e 43.90% que recebem cinco visitas ou mais (ver a Tabela 4).

No que concerne à secção II. *Cônjuge e Companheiro*, 6% dos indivíduos nunca foram casados e 53.80% são casados e encontram-se a viver com o cônjuge. Para além disso, 2.78% não vive com o parceiro e 53.20% encontra-se a viver com o parceiro.

Relativamente à secção das *Forças Pessoais* avaliou-se os 20 itens constituintes. No que se refere à pergunta “*Aproveito bem o tempo*”, 10% referem não ser verdade, 39.20% consideram ser às vezes verdadeiro e 50.80% consideram ser muitas vezes verdadeiro. Relativamente à pergunta “*Tenho cuidado com a minha aparência*”, 23.30% consideram não ser verdade, 34.90% referem ser às vezes verdade e 41.90% consideram ser muitas vezes verdade. À pergunta “*Sou auto-confiante*”, 19.9% dos sujeitos responderam não ser verdade, 38.20% consideram ser às vezes verdade e 41.9% dizem ser muitas vezes verdade. No que diz respeito à pergunta “*Consigo fazer algumas coisas melhor que as outras pessoas*”, 36.20% dos sujeitos referem não ser verdade, 44.50% consideram ser às vezes verdade e 19.30% dizem ser muitas vezes verdade. Relativamente à pergunta “*Assumo as minhas responsabilidades para com os outros*”, 17.90% referem não ser verdade, 16.60% consideram ser às vezes verdade e 65.40% dizem ser muitas vezes verdade. À pergunta “*Luto pelos meus direitos*”, 16.30% referem não ser verdade, 30.6% responderam ser às vezes verdade e 53.20% dizem ser muitas vezes verdade. No que concerne à pergunta “*Gosto de estar com as pessoas*”, 15.0% referem não ser verdade, 23.30% consideram ser às vezes verdade e 61.80%

dizem ser muitas vezes verdade. Relativamente à pergunta “*Gosto de ajudar os outros*”, 15.30% responderam não ser verdade, 23.30% consideram ser às vezes verdade e 61.50% referem ser muitas vezes verdade. No que se refere à pergunta “*Gosto de fazer as pessoas rir*”, 33.20% responderam não ser verdade, 37.50% consideram ser às vezes verdade e 29.20% dizem ser muitas vezes verdade. À pergunta “*Tento ser justo*”, 11.00% dos sujeitos referem não ser verdade, 21.90% consideram ser às vezes verdade e 67.10% dizem ser muitas vezes verdade. No que diz respeito à pergunta “*Gosto de experimentar coisas novas*”, 36,50% responderam não ser verdade, 36.90% referem ser às vezes verdade e 26.60% dizem ser muitas vezes verdade. No que concerne à pergunta “*Sinto-me mais novo do que sou*”, 64.80% dizem não ser verdade, 19.90% consideram ser às vezes verdade e 15.30% dizem ser muitas vezes verdade. Relativamente à pergunta “*Gosto de ler*”, 42.90% responderam não ser verdade, 27.20% consideram ser às vezes verdade e 29.90% dizem ser muitas vezes verdade. No que respeita à pergunta “*Preparo as minhas refeições*”, 39.20% dizem não ser verdade, 15.30% consideram ser às vezes verdade e 45.50% consideram ser muitas vezes verdade. No que concerne à pergunta “*Trato da minha roupa*”, 43.50% responderam não ser verdade, 10.00% consideram ser às vezes verdade e 46.50% dizem ser muitas vezes verdade. Relativamente à pergunta “*Sou eu que faço as compras*”, 41.90% referem não ser verdade, 17.90% consideram ser às vezes verdade e 40.20% responderam ser muitas vezes verdade. No que diz respeito à pergunta “*Sou feliz*”, 10.30% responderam não ser verdade, 36.50% referem ser às vezes verdade e 53,20% dizem ser muitas vezes verdade. À pergunta “*Acho que as pessoas confiam em mim*”, 14.60% dizem não ser verdade, 22.90% consideram ser às vezes verdade e 62.50% dizem ser muitas vezes verdade. No que concerne à pergunta “*Aproveito as oportunidades ao máximo*”, 20.90% consideram não ser verdade, 33.90% referem ser às vezes verdade e 45.20% dizem ser muitas vezes verdade e à pergunta “*Tenho bastante sentido de humor*”, 37,20% considera não ser verdade, 37.20% responderam ser às vezes verdade e 25.60% dizem ser muitas vezes verdade – (Tabela 5 em Anexo).

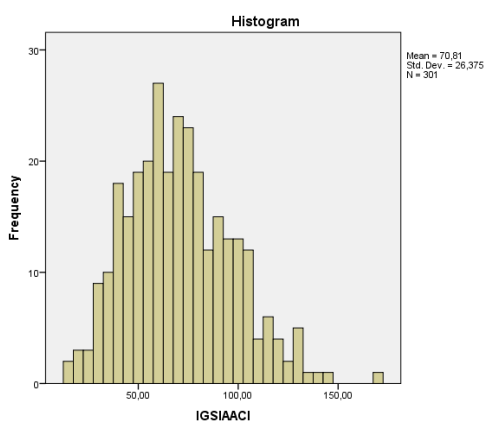
3.1.2. Sensibilidade do IAACI

Tabela 6

Análise da normalidade dos resultados do IAACI

<i>IGS</i>	
Média	70.81
Mediana	68.0
Moda	66
Desvio Padrão	26.37

Gráfico 1 – Histograma representativo da curva de distribuição normal



Através da análise, pode-se verificar que a média, moda e mediana dos resultados são relativamente coincidentes e os valores de assimetria e curtose são próximos do valor 1, assim, respeitam sensivelmente uma distribuição normal, uma vez que a média, moda e mediana são relativamente próximas (M=70.81; Mediana=68; Moda=66; DP=26.37) (ver a Tabela 6 e Gráfico 1).

Tabela 7

Valores de Assimetria e Curtose do IAACI

<i>IGS</i>	
<i>Assimetria</i> 3.35	<i>Curtose</i> 5.43

Os valores de assimetria e curtose são 3.35 e 5.43 respectivamente, o que demonstra uma distribuição normal dos resultados totais (ver a Tabela 7).

Os valores de curtose e assimetria foram também calculados para a Internalização e Externalização. O fator Internalização apresenta um valor de assimetria

de 3.84 e curtose de 0.23 demonstrando que representam uma distribuição assimétrica dos resultados (ver a Tabela 8).

Tabela 8

Valores de Assimetria e Curtose da Internalização do IAACI

<i>Internalização IAACI</i>				
<i>Assimetria</i>	<i>Curtose</i>	<i>Média</i>	<i>Moda</i>	<i>Mediana</i>
3.84	0.23	48.82	37	47

O fator Externalização apresenta um valor de assimetria de 16.54 e 23.84 de curtose o que significa que representam uma distribuição assimétrica dos resultados (ver a Tabela 9).

Tabela 9

Valores de Assimetria e Curtose da Externalização do IAACI

<i>Externalização IAACI</i>				
<i>Assimetria</i>	<i>Curtose</i>	<i>Média</i>	<i>Moda</i>	<i>Mediana</i>
16.54	23.84	7.64	2	5

3.1.3. Validade do Construto do Instrumento IAACI

Antes de procedermos à observação da análise fatorial propriamente dita é necessário avaliar o valor de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), pois este valor “*permite-nos aferir a qualidade das correlações entre variáveis de forma a prosseguir com a análise fatorial*” (Pestana & Gagueiro, 2008, pp. 492) e do Teste de Especificidade de Bartlett.

O KMO varia entre 0 e 1 e compara as correlações de ordem simples, com as correlações parciais observadas entre as variáveis. Deste modo, um valor de KMO perto de 1 indica-nos coeficientes de correlação parciais pequenos, isto é, muito boa, enquanto valores próximos de 0 indica-nos que a análise fatorial não é considerada boa, pois existe uma correlação fraca entre as variáveis, sendo valores de $KMO < 0,5$ considerados inaceitáveis.

Neste caso o valor do KMO obtido foi de 0.80, o que significa que a análise fatorial é boa, permitindo desta forma a prossecução da análise fatorial.

Através da análise fatorial, seguida de rotação *Varimax*, procedeu-se à realização da análise dos itens distribuindo-os por **dois** fatores, que na população americana, Achenbach designou por Internalização e Externalização. De seguida repetiu-se o mesmo procedimento, de maneira a obter **sete** fatores, segundo o modelo explicativo de Achenbach obtido na população americana (1. Ansiedade / Depressão; 2. Preocupações; 3. Queixas Somáticas; 4. Problemas Cognitivos / Memória; 5. Problemas de Pensamento ; 6. Irritação / Desinibição; 7. Limitação Funcional) de maneira a verificar se os mesmos são coincidentes para a população normativa portuguesa (ver a Tabela 10). Os fatores obtidos constituem as Escalas Síndrome do questionário, e permitem avaliar diferentes problemas comportamentais. Na versão portuguesa da escala, não foi possível manter fiel os sete fatores, sendo que apenas cinco fatores foram concordantes com a escala original e dois fatores não tinham qualquer concordância com a escala do Achenbach. Assim sendo, os fatores **Limitação Funcional e Problemas Cognitivos / Memória** na escala do Achenbach correspondem a um fator na escala portuguesa. O fator **Preocupações** na escala do Achenbach coincide com o mesmo fator na escala portuguesa. O fator **Queixas Somáticas** na escala original coincide também com o fator obtido na escala portuguesa. Os fatores **Problema de Pensamento e Irritação / Desinibição** na escala original correspondem a apenas um fator na escala portuguesa. Foi encontrado um fator que não se encontra na escala original do Achenbach, o fator **Inibição Social** (Ver a Tabela 11). Os sete fatores que constituem o IAACI explicam 38.58% variância total.

Tabela 10

Fatores obtidos na População Americana

Ansiedade / Depressão	Limitação Funcional
Preocupações	Irritação / Desinibição
Queixas Somáticas	
Problemas de Pensamento	
Problemas Cognitivos / Memória	

Tabela 11

Fatores obtidos na População Portuguesa do IAACI

Problemas Cognitivos / Memória + Limitação Funcional	Preocupações
Problemas de Pensamento + Irritação / Desinibição	Inibição Social

Queixas Somáticas

3.1.4. Fidelidade dos resultados do Instrumento IAACI

Tabela 12

Cálculo da fidelidade do IAACI

Escala	α Cronbach - Versão Portuguesa -
IAACI	0.93

No cálculo da fidelidade do instrumento, obteve-se no IAACI (versão portuguesa do OASR) um α de Cronbach = 0.93, o que revela uma muito boa consistência interna do instrumento (ver a Tabela 12).

Tabela 13

Cálculo da fidelidade para a Internalização do IAACI

α Cronbach	Número de Itens
0,94	86

Para o fator Internalização, encontrou-se um α de Cronbach de 0.94, o que evidencia que a consistência interna deste fator é muito boa (ver a Tabela 13).

Tabela 14

Cálculo da fidelidade para a Externalização do IAACI

α Cronbach	Número de Itens
0.92	35

Para o fator Externalização encontrou-se um α de Cronbach de 0.92 o que prova que a consistência interna deste fator é muito boa (ver a Tabela 14).

Tabela 15

Alpha de Cronbach dos 7 fatores do IAACI

Fatores	α Cronbach	Número de Itens
1	0.94	42
2	0.92	37
3	0.90	24
4	0.76	10
5	0.77	4

6	0.71	10
7	0.67	6

No que respeita aos 7 fatores, encontrou-se valores de *alpha de Cronbach* situados entre 0,94 e 0,67 sendo os valores mais elevados respeitantes aos fatores 1 e 2, e os valores mais baixos respeitantes aos fatores 6 e 7 (ver a Tabela 15).

3.1.5. Normas para a População Portuguesa do IAACI

Tabela 16

Dados normativos relativos ao I.G.S. da amostra normativa total do IAACI

Dados Normativos do IGS					
	<i>N</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
IGS	301	15	169	70.81	26.37

Tabela 17

Dados normativos relativos da Internalização da amostra normativa do IAACI

Dados Normativos da Internalização					
	<i>N</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
Internalização	301	4	124	48.82	22.74

Tabela 18

Dados normativos relativos da Externalização da amostra normativa do IAACI

Dados Normativos da Externalização					
	<i>N</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
Externalização	301	0	59	7.64	8.83

As normas foram calculadas com base nas médias, desvios padrão e cálculo dos respetivos percentis, através das médias do somatório para o total da amostra, nos dois fatores (ver as Tabelas 16, 17 e 18).

3.2. ICI

3.2.1. Resultados relativos às Escalas de Funcionamento Adaptativo da Amostra Normativa do ICI

Seguidamente irão ser apresentados os resultados médios obtidos pela amostra da população idosa portuguesa nos diferentes itens das Escalas de Funcionamento Adaptativo do ICI.

Tabela 19

Distribuição dos resultados das Escalas de Funcionamento Adaptativo do ICI

	<i>Frequência</i>	<i>%</i>
	<i>Frequência</i>	<i>%</i>
Número de amigos		
Não tem amigos	14	4.70
Tem 1 amigo	35	11.60
Tem 2 ou 3 amigos	105	34.90
Tem 4 ou mais amigos	147	48.80
Total	301	100
Tempo despendido com os amigos por mês		
Menos de um	22	7.30
1 ou 2	61	20.30
3 ou 4	96	31.90
5 ou mais	122	40.50
Total	301	100
Como se dá com os amigos		
Não muito bem	20	6.60
Medianamente	92	30.60
Acima da média	112	37.20
Muito acima da média	77	25.60
Total	301	100
Quantidade de visitas que recebe por mês		
Menos de 1	14	4.70
1 ou 2	63	20.90
3 ou 4	82	27.20
5 ou mais	142	47.20
Total	301	100

Deste modo, no que diz respeito à escala I. *Amigos*, a média (segundo os informantes) é de 2,28 amizades por indivíduo, sendo que 4.70 % dos sujeitos não possuem qualquer amizade, 11.60 % possuem uma única amizade, 34.90 % possuem entre dois e três amigos e 48.80 % possuem quatro ou mais amigos (ver a Tabela 19). Relativamente ao *Tempo* dispensado com os amigos (em nº de vezes por mês, incluindo contacto pessoal, telefone, cartas, e-mail), em média os sujeitos “estão” 2.06 vezes por mês com os amigos, sendo que 7.30 % dos sujeitos não estão nenhuma vez por mês com os amigos, 20.30% estão entre uma e duas vezes por mês, 31.90% estão entre três e quatro vezes por mês e 40.50% estão cinco ou mais vezes por mês (ver a Tabela 19).

No que diz respeito à avaliação por parte dos informantes da *Relação* dos indivíduos com os seus amigos a média é de 1.48, sendo que, 6.60 % dos informantes acreditam que o sujeito não se relaciona muito bem com os seus amigos, 30.60 % acha que o sujeito se relaciona medianamente, 37.20 % acha que se relaciona acima da média e 25.60% dos informantes acredita que o sujeito se relaciona muito acima da média com os seus amigos. Quanto ao número de vezes por mês que amigos ou familiares *Visitam* o sujeito a média é de 2.17, sendo que 4.70 % dos informantes responderam que o sujeito não recebe nenhuma visita, 20.90 % responderam que o sujeito recebe uma ou duas visitas, 27.20 % responderam que recebe entre três e quatro visitas e 47.20 % que recebe cinco visitas ou mais (ver a Tabela 19).

No que concerne á secção II. *Cônjuge e Companheiro*, segundo os informantes, 6% dos indivíduos nunca foram casados e 53.20% são casados e encontram-se a viver com o cônjuge. Para além disso, 2.70% não vive com o parceiro e 53.20% encontra-se a viver com o parceiro.

Relativamente à secção das *Forças Pessoais* avaliou-se os 20 itens constituintes, a média é de 1.48. No que se refere à pergunta “*Aproveito bem o tempo*”, 15% referem não ser verdade, 37.90 % consideram ser às vezes verdadeiro e 47.20 % consideram ser muitas vezes verdadeiro. Relativamente à pergunta “*Tenho cuidado com a minha aparência*”, 23.60% consideram não ser verdade, 36.50% referem ser às vezes verdade e 39.90% consideram ser muitas vezes verdade. À pergunta “*Sou auto-confiante*”, 23.90% dos sujeitos responderam não ser verdade, 38.50% consideram ser às vezes verdade e 37.50% dizem ser muitas vezes verdade. No que diz respeito à pergunta “*Consigo fazer algumas coisas melhor que as outras pessoas*”, 36.20% dos sujeitos referem não ser verdade, 43.50% consideram ser às vezes verdade e 20.30% dizem ser muitas vezes verdade. Relativamente à pergunta “*Assumo as minhas responsabilidades para com os outros*”, 22.30% referem não ser verdade, 21.90% consideram ser às vezes verdade e 55.80% dizem ser muitas vezes verdade. Á pergunta “*Luto pelos meus direitos*”, 16.90% referem não ser verdade, 30.90% responderam ser às vezes verdade e 52.2% dizem ser muitas vezes verdade. No que concerne à pergunta “*Gosto de estar com as pessoas*”, 12.30% referem não ser verdade, 27.60% consideram ser às vezes verdade e 60.10% dizem ser muitas vezes verdade. Relativamente à pergunta “*Gosto de ajudar os outros*”, 21.60% responderam não ser verdade, 23.90% consideram ser às

vezes verdade e 54.50% referem ser muitas vezes verdade. No que se refere à pergunta “*Gosto de fazer as pessoas rir*”, 36.20% responderam não ser verdade, 34.50% consideram ser às vezes verdade e 29.20% dizem ser muitas vezes verdade. À pergunta “*Tento ser justo*”, 16.60% dos sujeitos referem não ser verdade, 24.9% consideram ser às vezes verdade e 58.50% dizem ser muitas vezes verdade. No que diz respeito à pergunta “*Gosto de experimentar coisas novas*”, 43.20% responderam não ser verdade, 33.90% referem ser às vezes verdade e 22.90% dizem ser muitas vezes verdade. No que concerne à pergunta “*Sinto-me mais novo do que sou*”, 74.10% dizem não ser verdade, 12.00% consideram ser às vezes verdade e 14.0% dizem ser muitas vezes verdade. Relativamente à pergunta “*Gosto de ler*”, 45.80% responderam não ser verdade, 26.90% consideram ser às vezes verdade e 27.20% dizem ser muitas vezes verdade. No que respeita à pergunta “*Preparo as minhas refeições*”, 38.90% dizem não ser verdade, 18.30% consideram ser às vezes verdade e 42.90% consideram ser muitas vezes verdade. No que concerne à pergunta “*Trato da minha roupa*”, 43.20% responderam não ser verdade, 12.30% consideram ser às vezes verdade e 44.50% dizem ser muitas vezes verdade. Relativamente à pergunta “*Sou eu que faço as compras*”, 38.90% referem não ser verdade, 19.90% consideram ser às vezes verdade e 41.20% responderam ser muitas vezes verdade. No que diz respeito à pergunta “*Sou feliz*”, 15.90% responderam não ser verdade, 34.20% referem ser às vezes verdade e 49.8% dizem ser muitas vezes verdade. À pergunta “*Acho que as pessoas confiam em mim*”, 18.60% dizem não ser verdade, 25.90% consideram ser às vezes verdade e 55.50% dizem ser muitas vezes verdade. No que concerne à pergunta “*Aproveito as oportunidades ao máximo*”, 27.60% consideram não ser verdade, 34.20% referem ser às vezes verdade e 38.20% dizem ser muitas vezes verdade e à pergunta “*Tenho bastante sentido de humor*”, 38,20% considera não ser verdade, 35.20% responderam ser às vezes verdade e 26.20% dizem ser muitas vezes verdade – (Tabela 20 em anexo).

3.2.2. Sensibilidade do ICI

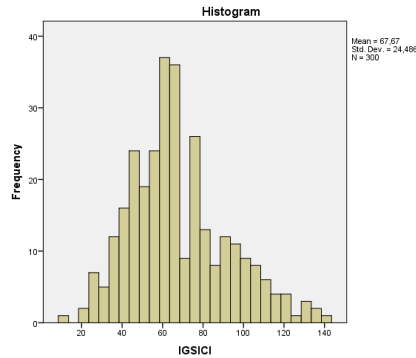
Tabela 21

Análise da normalidade dos resultados do ICI

IGS	
Média	67.67

Mediana	64.00
Moda	66
Desvio Padrão	24.49

Gráfico 2 – Histograma representativo da curva de distribuição



normal

Através da análise, pode-se verificar que a média, moda e mediana dos resultados são relativamente coincidentes e os valores de assimetria e curtose são próximos do valor 1, assim, respeitam sensivelmente uma distribuição normal, uma vez que a média, moda e mediana são relativamente próximas ($M= 67.67$; Mediana= 64; Moda= 66; DP= 24.49) (ver a Tabela 21 e Gráfico 2).

Tabela 22

Valores de Assimetria e Curtose do ICI

<i>IGS</i>	
Assimetria 4.15	Curtose 0.37

Os valores de assimetria e curtose são 4.15 e 0.37 respectivamente, o que demonstra uma distribuição assimétrica dos resultados totais (ver a Tabela 22).

Tabela 23

Valores de Assimetria e Curtose da Internalização do ICI

Internalização ICI				
Assimetria 5.47	Curtose 1.42	Média 41.00	Moda 39	Mediana 38

Os valores de curtose e assimetria foram também calculados para a Internalização e Externalização.

O fator Internalização apresenta um valor de assimetria de 5.47 e 1.42 de curtose demonstrando que representam uma distribuição assimétrica dos resultados (ver a Tabela 23).

O fator Externalização apresenta um valor de assimetria de 15.56 e 21.60 de curtose o que significa nitidamente uma distribuição assimétrica dos resultados (ver a Tabela 24).

Tabela 24

Valores de Assimetria e Curtose da Externalização do ICI

Externalização ICI				
Assimetria	Curtose	Média	Moda	Mediana
15.56	21.60	9.24	2	6

3.2.3. Validade do Construto do Instrumento ICI

Como foi referido acima, antes de iniciarmos a análise fatorial, realizou-se também o KMO e o Teste de Especificidade de Bartlett.

No caso do ICI o teste KMO apresentou um valor de $0.83 > 0.50$ sendo um bom indicador (Pestana & Gageiro, 2003), ao passo que no teste de *Bartlett*, o nível de significância de $0.000 < 0.001$ assegura haver correlação entre as variáveis e que o número da amostra adequa-se ao estudo (Pestana & Gageiro, 2003).

O procedimento para o ICI foi exatamente igual ao realizado para o IAACI, (ver a Tabela 10), obtendo-se os mesmos fatores que o IAACI (Ver a Tabela 25). Os sete fatores que constituem o ICI explicam 41.14% variância total.

Tabela 25

Fatores obtidos na População Portuguesa do ICI

Problemas Cognitivos / Memória + Limitação Funcional	Preocupações
Problemas de Pensamento + Irritação / Desinibição	Inibição Social
Queixas Somáticas	

3.2.4. Fidelidade dos resultados do Instrumento ICI

Tabela 26

Cálculo da fidelidade do ICI

Escala	α Cronbach - Versão Portuguesa -
ICI	0,93

No cálculo da fidelidade do instrumento, obteve-se no ICI (versão portuguesa do OABCL) um α de Cronbach = 0.93, o que revela uma muito boa consistência interna do instrumento (ver a Tabela 26).

Tabela 27

Cálculo da fidelidade para a Internalização do ICI

α Cronbach	Número de Itens
0,94	78

Para o fator Internalização encontrou-se um α de Cronbach de 0.94 o que evidencia que a consistência interna deste fator é muito boa (ver a Tabela 27).

Tabela 28

Cálculo da fidelidade para a Externalização do ICI

α Cronbach	Número de Itens
0,94	39

Para o fator Externalização encontrou-se um α de Cronbach de 0.94 o que prova que a consistência interna deste fator é muito boa (ver a Tabela 28).

Tabela 29

Alpha de Cronbach dos 7 fatores do ICI

Fatores	α Cronbach	Número de Itens
1	0,93	31
2	0,92	26
3	0,90	2
4	0,88	16
5	0,83	14
6	0,82	10
7	0,79	5

No que respeita aos 7 fatores, encontrou-se valores de *Alpha de Cronbach* situados entre 0.93 e 0.79 sendo os valores mais elevados respeitantes aos fatores 1 e 2, e os valores mais baixos respeitantes aos fatores 6 e 7 (ver a Tabela 29).

3.2.5. Normas para a População Portuguesa do ICI

Tabela 30

Dados normativos relativos ao I.G.S. da amostra normativa total do ICI

Dados Normativos do IGS					
	<i>N</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
IGS	301	11	140	67.67	24.49

Tabela 31

Dados normativos relativos da Internalização da amostra normativa do ICI

Dados Normativos da Internalização					
	<i>N</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
Internalização	301	1	113	41	20.91

Tabela 32

Dados normativos relativos da Externalização da amostra normativa do ICI

Dados Normativos da Externalização					
	<i>N</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
Externalização	301	0	67	9.24	10.32

As normas foram calculadas com base nas médias, desvios padrão e cálculo dos respetivos percentis, através das médias do somatório para o total da amostra, nos dois (ver as Tabelas 30, 31 e 32).

3.3. Estudo das Correlações entre Variáveis (IAACI e ICI)

Tabela 33

Análise da correlação entre o IAACI e o ICI

Correlação entre IAACI e o ICI				
	<i>IGS ICI</i>	<i>R</i>	<i>P</i>	
<i>IGS IAACI</i>	1	0.83	< 0.001	

Através da análise da Tabela 33, verificou-se uma correlação positiva forte entre as variáveis ($r= 0.83$ e $p<0.001$), o que significa que existe uma elevada concordância

inter-avaliadores, isto é, entre os indivíduos que responderam ao questionário e os informantes (auto e heteroavaliação).

Tabela 34

Análise da correlação entre os fatores de Externalização e Internalização do IAACI e o do ICI

	Internalização ICI	Externalização ICI	Internalização IAACI
Internalização ICI	1	-	-
Externalização ICI	0.26**	1	-
Internalização IAACI	0.84**	0.22**	1
Externalização IAACI	0.21**	0.83**	0.28**

** $p < .01$.

Todos os fatores correlacionam-se de modo positivo significativo (ver a Tabela 34).

IV. Discussão

Com o presente estudo, pretendíamos analisar as propriedades psicométricas da versão Portuguesa do OASR (IAACI) e OABCL (ICI), de forma a verificar se a sua estrutura fatorial replicava aquela que foi originalmente encontrada (Achenbach et al., 2004). Caso a nossa estrutura fatorial não fosse a mesma do OASR e OABCL, pretendíamos discutir a dimensionalidade encontrada. Tínhamos, ainda, a expectativa de que as propriedades psicométricas do IAACI e ICI, revelando-se suficientemente sólidas, validassem a sua utilização para a investigação empírica em Portugal, assim como um instrumento auxiliar na prática clínica.

De uma maneira geral, o IAACI e ICI revelaram possuir boas características psicométricas, a par disso, a análise da sensibilidade dos itens mostrou que os mesmos possuem bom poder discriminativo. Observamos também que foi mantido a estrutura original (OASR e OABCL).

De seguida, observamos os resultados mais detalhadamente. Antes porém, importa destacar a solidez quer dos resultados estatísticos, quer da amostra, pois ambos asseguram as boas qualidades do IAACI e ICI. No que respeita à sensibilidade, podemos dizer, que através da análise da sensibilidade do IAACI e do ICI os itens apresentam distribuição normal uma vez que os valores da média, moda e mediana são relativamente próximos. No entanto, e no que diz respeito aos valores de assimetria e curtose dos fatores da Internalização e Externalização, estes evidenciaram uma fraca sensibilidade, uma vez que ultrapassam os valores críticos, -1.96 e 1.96 (Pestana & Gagueiro, 2008), evidenciando assim uma distribuição assimétrica positiva.

No que diz respeito aos resultados estatísticos, os valores da consistência interna e das análises fatoriais são considerados bons. No caso concreto do *Alpha de Cronbach*, os valores do nosso estudo são concordantes com os valores avançados pela literatura sendo o valor total de IAACI $0.93 > 0.60$ e do ICI $0.93 > 0.60$ (Hair et al., 1998). Quanto à amostra, é de salientar não só o seu tamanho ($N=301$), assegurando a confiança na análise fatorial realizada, mas sobretudo as suas características, nomeadamente no que se refere à variância de idades, de género e de habilitações literárias, que a tornam numa amostra ampla.

Assim, no que diz respeito à validade, nomeadamente à validade fatorial, verificou-se que através da análise fatorial extraiu-se primeiro dois fatores para cada

escala, que correspondem a fatores de Internalização e Externalização. Através desta análise extraíram-se posteriormente sete fatores.

Neste contexto, foi feita a comparação entre os fatores encontrados na escala norte – americana com a escala portuguesa, assim como a comparação entre os fatores obtidos no IAACI e no ICI, onde constatou-se que dos sete fatores obtidos em cada escala, existiam dois fatores que eram completamente divergentes um do outro.

Na versão portuguesa da escala, não foi possível manter fiel os sete fatores, sendo que apenas cinco fatores foram concordantes com a escala original e dois fatores não tinham qualquer concordância com a escala do Achenbach. Assim sendo, os fatores **Limitação Funcional e Problemas Cognitivos / Memória** na escala do Achenbach correspondem a um fator na escala portuguesa. O fator **Preocupações** na escala do Achenbach coincide com o mesmo fator na escala portuguesa. O fator **Queixas Somáticas** na escala original coincide também com o fator obtido na escala portuguesa. Os fatores **Problema de Pensamento e Irritação / Desinibição** na escala original correspondem a apenas um fator na escala portuguesa. Foi encontrado um fator que não se encontra na escala original do Achenbach, o fator **Inibição Social**.

No caso da validade convergente, ou seja, da análise das correlações entre os dois questionários (IAACI e ICI), podemos concluir que existe uma correlação positiva forte, isto é, existe uma concordância de respostas entre os idosos que responderam ao questionário e os informantes, ao contrário do estudo norte-americano que apresenta nível modesto de acordo entre os idosos e os informantes (Achenbach et al., 2004).

No que concerne à fidelidade, utilizou-se o *Alpha de Cronbach* com o propósito de calcular a consistência interna, onde os valores de alpha superiores a 0.9 revelam uma muito boa consistência interna; uma boa consistência interna entre 0.8 e 0.9; entre 0.7 e 0.8 uma razoável consistência interna; fraca se for entre 0.6 e 0.7; e inadmissível se o valor de alpha for inferior a 0.6 (Pestana & Gagueiro, 2008). Pode-se concluir que tanto o IAACI como o ICI apresentam uma boa consistência interna, assim como o fator Internalização e Externalização de ambos os questionários.

Do mesmo modo, calculou-se também a consistência interna para os sete fatores, no entanto apenas seis foram coincidentes com o original. Assim, o fator **Problemas Cognitivos / Memória + Limitação Funcional** o fator **Problemas de Pensamento + Irritação/ Desinibição** e o fator **Preocupações** possuem uma muito boa consistência

interna, o fator **Inibição Social** revelou uma razoável consistência interna e o fator **Queixas Somáticas** demonstrou possuir uma fraca consistência interna.

Em suma, e em resposta ao nosso objetivo prático, as características da amostra e os resultados estatísticos apontam para um instrumento com boas e adequadas características gerais ao nível da fidelidade do IAACI (*Alpha de Cronbach*=0.93; validade (38.58% da variância total) e do ICI (*Alpha de Cronbach*=0.93; validade (41.14% da variância total). A análise fatorial como meio imprescindível numa análise psicométrica de instrumentos (Pestana & Gageiro, 2003) mostrou-nos também um bom ajustamento global do IAACI e ICI, demonstrando ser um instrumento útil e apropriado na prática clínica.

V. Conclusão

A versão portuguesa do OASR (IAACI) e OABCL (ICI) caracterizou-se com uma estrutura multidimensional – cinco fatores - sendo eles: **Problemas Cognitivos / Memória + Limitação Funcional; Problemas de Pensamento + Irritação/ Desinibição; Preocupações; Inibição Social e Queixas Somáticas**, alimentando de maneira pertinente a discussão relativa à natureza multidimensional da psicopatologia no idoso. O ICI em paralelo com o IAACI podem contribuir para uma importante componente normativa para a avaliação do diagnóstico (Brigidi, Achenbach, Dumenci & Newhouse, 2010).

Pela análise das suas características psicométricas, mostramos também que estas duas versões demonstram ser vantajosas e apropriadas na avaliação de sintomas psicopatológicos assim como a comparação entre a percepção que o sujeito tem acerca dele próprio com a percepção que os outros têm acerca dele (e.g. o cônjuge, companheiro, familiares, amigos, filhos, cuidadores, entre outros).

Expectativa-se assim que este estudo seja um ponto de partida para uma maior e melhor produção científica nesta área e, seguramente um reforço ao suporte empírico promovendo uma melhor prática clínica quer ao nível de avaliação quer ao nível de intervenção clínica. Neste contexto, gostaríamos ver o nosso estudo como um contributo modesto e ao mesmo tempo válido para a intensificação da investigação empírica nacional no âmbito da psicopatologia do Idoso.

O IAACI e ICI podem melhorar significativamente a avaliação em diversos contextos, incluindo avaliações psiquiátricas e psicológicas, assistência médica, cuidados de rotina e avaliação dos eventos, tais como acidentes vasculares cerebrais, quedas, doenças, avaliações após mudanças significativas na vida da pessoa, tais como a perda de um ente querido ou uma mudança para uma residência ou para um ambiente de assistência (Achenbach et al., 2004).

Não obstante, consideramos as seguintes limitações do estudo:

Em primeiro lugar, neste tipo de estudos há uma possibilidade da ocorrência de respostas tendenciosas em relação às características dos participantes neste estudo, ou seja, respostas estereotipadas tanto por deseabilidade social como por respostas sistemáticas, apesar do comprometimento com o anonimato. Segundo, o contexto cultural influencia o nosso estudo da mesma forma que o processo de tradução do

IAACI e ICI mesmo seguindo todos os parâmetros e etapas recomendadas. Em Terceiro não é podemos concluir que os valores considerados satisfatórios numa determinada amostra sejam generalizáveis a todas da mesma população.

Por último, e em relação ao nosso instrumento, apesar de possuir satisfatórias características psicométricas, avaliando de forma fidedigna e válida, não devemos ter uma representação reducionista.

Referências

- Achenbach, T. M., Newhouse, P. A., & Rescorla, L. A. (2004). *Manual for the ASEBA Older Adults Forms & Profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families.
- Almeida, L., & Freire, T. (1997). *Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação*. Coimbra: APPORT.
- Anastasi, A., & Urbina, S. (1997). *Psychological Testing* (7th. ed.). New Jersey: Prentice-Hall.
- Alzheimer Portugal (s.d). em 7 de Novembro de 2011, disponível em <http://www.alzheimerportugal.org/scid/webAZprt/defaultCategoryViewOne.asp?categoryID=899>
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text revision). Washington, DC.
- Araújo, L.F., Coutinho M.P.L., & Santos, M.F.S. (2006). O idoso nas instituições gerontológicas: Um estudo na prespetivas das representações sociais. *Psicologia & Sociedade*, 18 (2), 89-98.
- Barreto, J. (2006). Tratamento atual da depressão no idoso (Eds.), *Psicogeriatria*. (pp. 245-258). Coimbra: Livraria Almedina.
- Beaton, D. E., Bombardier, C., Guillemin, F., & Ferraz, M.B. (2000). Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine*, 25 (24), 3186-91.
- Bee, H. (1997). *O Ciclo Vital*. Artes Médicas: Porto Alegre.

- Boada, E. H. (2007). Envelhecimento e doença (Eds.), *Síndromes Geriátricas* (pp.1-9). Algés: Lundbeck.
- Bonanno, G. (2001). Introduction. New directions in bereavement research and theory. *American Behavioral Scientist*, 44 (5), 718-725.
- Brigidi, B. D., Achenbach, T. M., Dumenci, L., & Newhouse, P.A. (2010). Broad spectrum assessment of psychopathology and adaptive functioning with the Older Adult Behavior Checklist: a validation and diagnostic discrimination study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. DOI:10.1002/gps.2459.
- Ciconelli, R. M. (1997). *Tradução para o Português e Validação do Questionário Genérico de Avaliação da Qualidade de Vida "Medical Outcomes Study 36-Item Short- Form Health Survey (SF-36)*. Tese de Doutorado, Universidade Federal de São Paulo.
- Conde-Sala, J. L. & Jarne, A. (2007). Transtornos mentales en la vejez (2ª. ed.), *Psicología de la vejez*. (pp. 341-364). Madrid: Alianza Editorial.
- Cyssou, C. (2005). *A Entrevista em Clínica* (1ª edição). Lisboa: Climepsi Editores
- Dicionário da Língua Portuguesa. (s/d). *Infópedia: Enciclopédia e Dicionários* Porto Editora. Acedido em 7 de Novembro de 2011, disponível em <http://www.infopedia.pt/>
- Eizirik, C. L., Kapczinski, F., Knijnik, F. & Vasconcelos, M. C. G. (1998). Psicoterapia na velhice (Eds.), *Psicoterapias: Abordagens atuais* (pp. 485-493). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Enelow, A., Farde, D., Smith, K. (1999). *Entrevista Clínica e cuidados ao paciente*. Lisboa: Climepsi Editores

- Fiske, A., Wetherell, J. L. & Gatz, M. (2009). Depression in Older Adults. *Rev. Clin. Psychol*, 5, 363-89.
- Fontaine, R. (2000). *Psicologia do envelhecimento*. Lisboa: Climepsi Editores
- Gandiaga, N. (2006). Neuropsicología. (pp. 112-124). Em L. A. Ortiz, J. P. Ballesteros & M. M. Carrasco (Eds.), *Psiquiatria Geriátrica*. (2ª ed.). Barcelona: Masson.
- Habib, M. (2003). *Bases Neurológicas dos Comportamentos*. (1ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores
- Hair, J. R., Anderson, R. E., Tatham, R. L., & Black, W.C. (1998). *Multivariate data analysis* (5ª ed.). Upper Saddle River: Prentice Hall.
- Harvery, A. D. (2011). Sleep and Circadian Functioning: Critical Mechanisms in the Mood Disorders? *Rev. Clin. Psychol*. 7, 297–319
- Hogan, T. P. (2007). *Psychological Testing: A Practical Introduction* (2º ed.). New York: Wiley.
- INE. (2010). *Índice de dependência de idosos*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, I.P.
http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrC od=0001271&contexto=bd&selTab=tab2
- Ismail, Z. & Shulman, K. I. (2006). Avaliação cognitiva breve para a demência (Eds.), *Psicogeriatría*. (pp. 513-529). Coimbra: Livraria Almedina.
- Kaplan, R., & Saccuzo, D. (2004). *Psychological Testing: Principles, Applications and Issues* (6th ed.). Belmont: Wadsworth Publishing Co.

- Kaplan, H., Sadock, B., & Grebb, J. (1997). *Compêndio de Psiquiatria: Ciências Comportamentais e Psiquiatria Clínica*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Lawlor, B. (2006). Sintomas comportamentais e psicológicos na demência (Eds.), *Psicogeriatria*. (pp. 267-276). Coimbra: Livraria Almedina.
- Leal, I. (2008). *A Entrevista Psicológica: Técnica, Teoria e Clínica*. Lisboa: Fim de Século.
- Marcia, E. (2002). Identity and psychologist development in adulthood. *International Journal of Theory and Research*, 2 (1), 7-28.
- Marchand, H.D. (2005). *A Idade da Sabedoria: maturidade e envelhecimento*. Porto: Ambar.
- Marques, T., Batista, M. & Firmino, H. (2006). *Delirium* (Eds.), *Psicogeriatria* (pp. 303-323). Coimbra: Livraria Almedina.
- Marques, L. & Ramalheira, C. (2006). *Os idosos e o suicídio* (Eds.), *Psicogeriatria* (pp. 233-244). Coimbra: Livraria Almedina.
- Moragas, R. M. (1997). *Gerontologia Social: Envelhecimento e Qualidade de Vida* (pp. 283). São Paulo: Paulinas.
- Montrio, I., Nuevo, R., Losada, A. & Márquez, M. (2001). Prevalencia de trastornos de ansiedad y depresión en una muestra de personas mayores residentes en la comunidad. *Mapfre Medicina*, 12 (1), 19-26.
- Nogal, M. L. & Ribera-Casado, J. M. (2009). Síndrome confusional (delirium) en el anciano. *Psicogeriatría*, 1 (4), 209-221.
- Noronha, A. P. P. (2002). Os Problemas Mais Graves e Mais Frequentes no Uso dos Testes Psicológicos. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 15 (1), 135-142.

- Paixão, C. & Reichenheim, M. E. (2005). Uma revisão sobre instrumentos de avaliação de estado funcional do idoso. *Cadernos de Saúde Pública (FIOCRUZ)*. 21 (1), 109-118.
- Paúl, C. (2008). *Envelhecimento Ativo e Redes de Suporte Social*. Porto: ICBAS – UP, 275-287.
- Paúl, C. (2006). Psicologia do envelhecimento (Eds.), *Psicogeriatría (pp. 43-68)*. Coimbra: Livraria Almedina.
- Paúl, C., & Fonseca, A.M. (2005). *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Pestana, M. H. & Gagueiro, J. N. (2008). *Análise da dados para ciências sociais – a complementaridade do SPSS (5ª .ed)*. Lisboa: edições Sílabo, Lda.
- Pinazo, S. (2007). Relaciones sociales (2ª ed.), *Psicología de la vejez (pp. 253-285)*. Madrid: Alianza Editorial.
- Pinto, L. (2006). Perturbações do sono no idoso (Eds.), *Psicogeriatría (pp. 107-112)*. Coimbra: Livraria Almedina.
- Pires, A. A., Rocha, A. M., Almeida, L., Afonso, M. J., Seabra-Santos, M. J., Simões, M., & Ribeiro, R. B. (s.d). *Directrizes Internacionais para a Utilização de Testes: CEGOC-TEA, ISBN: 972-8817-07-X*
- Polít, D. & Hungler, B. (2004). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização (5ª.ed.)*, Porto Alegre, Artmed.
- Portelhana, J. (2005). *Introducción a la neuropsicología*. Madrid: McGrawhill.

- Ramírez-Expósito, M. & Martínez-Matos, J. (1999). Alteraciones neuronales inducidas por procesos degenerativos en el sistema nervioso central. Influencia del envejecimiento normal y patológico. *Revista de Neurología*, 29 (9), 824-833.
- Ramos, R., 2007, *Ansiedade face à morte nos idosos: Diferenças por idade e sexo – correlação com certas variáveis*. Tese de Doutoramento não publicada, Porto: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação do Porto.
- Ribeiro, J. (1999). *Investigação e avaliação em psicologia e saúde* (Eds.). Lisboa Climepsi: Editores
- Santana, I. (2005). Avaliação neuropsicológica (Eds.), *Demência (s) – Manual para Médicos* (pp. 23-29). Coimbra: Universidade de Coimbra – Faculdade de Medicina
- Schmidt, S., & Bullinger, M. (2003). Current issues in cross-cultural quality of life instrument development. *Arch Phys Med Rehabil.* 84 (2), 29-34.
- Sequeira, A., Silva, M.N. (2002). O Bem-estar da Pessoa Idosa em Meio Rural. *Análise Psicológica*, 3, (20), 505-516.
- Serra, V. A. (2006). O que significa envelhecer (Eds.), *Psicogeriatría* (pp.21- 33). Coimbra: Livraria Almedina.
- Silva, M. (2004). *Processos de luto e educação*. Tese de Mestrado não publicada, Braga: Universidade do Minho.
- Simões, M. R., Almeida, L. S., Machado, C. & Gonçalves, M. M. (2007). Instrumentos de Avaliação Psicológica: Dos novos desenvolvimentos às políticas de Investigação em Portugal. Em M. R. Simões, C. Machado, M. M. Gonçalves & L. S. Almeida. *Avaliação Psicológica: Instrumentos validados para a população portuguesa – Volume III*. (pp. 9-23). Coimbra: Quarteto.

- Sobral, M. (2006). A contribuição da psicologia na avaliação do idoso (Eds.), *Psicogeriatría* (pp. 499-512). Coimbra: Livraria Almedina.
- Spector, P. E. (1992). Summated rating scale construction: an introduction. *Age Series: Quantitative Applications in the Social Sciences*. Vol 82. Los Angeles: Sage.
- Stella, F., Gobbi, S., Corazza, D.I., & Costa, J.L.R. (2002). Depressão no Idoso: Diagnóstico, Tratamento e Benefícios da Atividade Física, *Motriz*, 8 (3), 91-98.
- Strapasson, E. M., Marques da Silva, R., & Teodoro, V. (2010). *O Processo de Avaliação Psicológica na Actuação dos Psicólogos Organizacionais e do Trabalho*, Universidade do Vale do Itajaí. Actas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia Universidade do Minho. Portugal
- Triadó, C. (2007). Cambios físicos en el envejecimiento (2ª. ed.), *Psicología de la vejez*. (pp. 65-85). Madrid: Alianza Editorial.
- Triadó, C. & Villar, F. (2007). La psicología del envejecimiento: conceptos, teorías y Métodos (2ª. ed.), *Psicología de la vejez* (pp. 29-61). Madrid: Alianza Editorial.
- Trzepacz, P. T. & Baker, R. W. (2001). *Exame Psiquiátrico do estado mental* (1ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Vaz, S.F.A. (2009). *A Depressão no Idoso Institucionalizado: Estudo em Idosos Residentes nos Lares do Distrito de Bragança*. Tese de Mestrado não publicada, Porto: FPCEUP.
- Veríssimo, M. T. (2006). Avaliação multidimensional do idoso (Eds.), *Psicogeriatría*. (pp. 489-498). Coimbra: Livraria Almedina.

Yesavage, J. A., Brink, T. L., Rose, T. L., Lum, O., Huang, V., Adey, M. et al. (1983).
Development and validation of a geriatric depression screening scale: a
preliminary report. *J. Psychiat Res*, 17 (1), 37-49.

Anexos