

Depressão em idosos não institucionalizados no distrito de Bragança

Ana Isabel Cordeiro Folgado

**Relatório de estágio apresentado à Escola Superior de Saúde do Instituto
Politécnico de Bragança para obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem
Comunitária**

Orientação Científica:

Professora Doutora Maria Augusta Pereira da Mata

Professora Doutora Eugénia Maria Garcia Jorge Anes

Bragança, Outubro de 2021

Depressão em idosos não institucionalizados no distrito de Bragança

Ana Isabel Cordeiro Folgado

Relatório de estágio realizado no âmbito da unidade curricular – Estágio II/Trabalho de Projeto

lecionada no Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança.

Orientação científica:

Professora Doutora Maria Augusta Pereira da Mata

Professora Doutora Eugénia Maria Garcia Jorge Anes

Dedicatória

Aos meus filhos, que sem saberem, são a minha maior força e me impelem a lutar pelos sonhos e objetivos: os meus e os deles.

Aos idosos, que neste tempo de pandemia, ficaram impedidos de convívios, partilhas e visitas de familiares, e se mostraram tão fortes. Fui enfermeira, filha, neta, amiga, animadora... e orgulho-me de ser uma das poucas pessoas com quem puderam estar fisicamente e tentar manter pontes com quem amam. E eles nem imaginam o quanto me deram em troca.

Agradecimentos

À Professora Doutora Maria Augusta Mata pela ajuda e orientação, pelo seu incentivo, pelo seu tempo e pela infinita compreensão e paciência.

À Professora Doutora Eugénia Anes pelo contributo no desenvolvimento do presente estudo.

Aos idosos que aceitaram participar neste estudo e aos que proporcionaram condições para que o contacto com os participantes fosse possível.

A todos os membros da Equipa Maravilha.

A todos os envolvidos no projeto VeriSaúde da Escola de Bragança e GIG – Universidade da Corunha.

Ao meu marido, por tudo.

À minha colega, amiga e companheira nesta aventura Tânia Pereira.

À minha colega e amiga Cristiana Fermento, pela teimosia, pelo incentivo e também pelos intervalos de trabalho para desanuviar.

RESUMO

Enquadramento: Associado ao envelhecimento da população está também o aumento de patologias crónicas e do foro psicológico e mental. Entre elas inclui-se a depressão como sendo uma das patologias mentais mais frequentes e, como tal, um importante problema da saúde individual, familiar e comunitária. Duque (2020) afirma que a depressão no idoso, devido à sua prevalência e repercussões na qualidade de vida, é considerada uma das principais síndromes geriátricas. Afirma ainda que esta condição é potencialmente mais grave no idoso, estando associada a risco de suicídio superior comparativamente às pessoas de grupos etários mais baixos.

Objetivos: Identificar a prevalência de depressão/provável depressão nos idosos não institucionalizados do distrito de Bragança. Relacionar a prevalência de depressão/provável depressão nos idosos não institucionalizados do distrito de Bragança com as variáveis sociodemográficas; avaliação sensorial, hábitos de vida, estado de saúde.

Métodos: Assente na metodologia quantitativa, desenhou-se um estudo observacional, descritivo, analítico de coorte transversal, com uma amostra por conveniência, constituída por 770 idosos não institucionalizados, residentes no distrito de Bragança. Na recolha de dados, foi aplicado (entre outros) a Geriatric Depression Scale (GDS-15) para avaliação dos sintomas depressivos.

Resultados: Observou-se uma prevalência de provável depressão/depressão de 18,6%. Verificou-se que os idosos com idade superior a 80 anos, polimedicados, com pior autoperceção de saúde, desnutridos ou em risco nutricional, com maior dependência funcional ou com internamentos no último ano tem maior risco de vir a padecer de depressão. Por outro lado, o facto de ser casado, possuir maior nível de escolaridade, foram, neste estudo, considerados fatores de proteção para a depressão.

Conclusão: A identificação de fatores de risco e fatores protetores ao desenvolvimento da depressão é essencial para ajudar os profissionais, a fim de poder diagnosticar e intervir preventivamente junto desta camada da população.

Palavras-chave: Idoso não institucionalizado, Depressão, Envelhecimento

ABSTRACT

Background: Associated with the aging of the population is also the increase in chronic and psychological and mental pathologies. These include depression as one of the most frequent mental disorders and, as such, an important individual, family and community health problem. Duque (2020) states that depression in the elderly, due to its prevalence and repercussions on quality of life, is considered one of the main geriatric syndromes. It also states that this condition is potentially more serious in the elderly, being associated with a higher risk of suicide compared to people in lower age groups.

Aim: Identify the prevalence of depression/probable depression in non-institutionalized elderly people in the district of Bragança. Relate the prevalence of depression/probable depression in non-institutionalized elderly people in the district of Bragança with sociodemographic variables; sensory evaluation, lifestyle, health status.

Methods: Based on the quantitative methodology, an observational, descriptive, analytical cross-sectional cohort study was designed, with a convenience sample, consisting of 770 non-institutionalized elderly people, residing in the district of Bragança. In data collection, the Geriatric Depression Scale (GDS-15) was applied (among others) to assess depressive symptoms.

Results: There was a prevalence of probable depression/depression of 18.6%. It was found that elderly people over 80 years of age, polymedicated, with worse self-perception of health, malnourished or at nutritional risk, with greater functional dependence or hospitalized in the last year are at greater risk of suffering from depression. On the other hand, being married and having a higher level of education were, in this study, considered protective factors for depression.

Conclusion: The identification of risk factors and protective factors for the development of depression is essential to help professionals, in order to be able to diagnose and preventively intervene with this layer of the population.

Keywords: Non-institutionalized elderly, depression, aging.

SIGLAS

ABVD	Atividades Básicas de Vida Diária
AIVD	Atividades Instrumentais de Vida Diária
AVC	Acidente Vascular Cerebral
APA	<i>American Psychiatric Associations</i>
APNA	<i>Australian Primary Health Care Nurses Association</i>
CITP	Classificação Internacional Tipo de Profissões
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CPP	Classificação Portuguesa das Profissões
CSP	Cuidados de Saúde Primários
DGS	Direção Geral de Saúde
et al.	e colaboradores
EEEC	Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária
g	grama
GDS	<i>Geriatric Depression Scale</i>
GIG-UDC	Grupo de Investigação em Gerontologia da Universidade da Corunha
INE	Instituto Nacional de Estatística
Kg	Quilograma
Kg/m ²	Quilograma a dividir pela altura ao quadrado
M	metro
ml	mililitros
MMSE	<i>Mini-mental State Examination</i>
N	Amostra
n ^o	número
OE	Ordem dos Enfermeiros
OR	<i>Odds Ratio</i>

OMS	Organização Mundial de Saúde
<i>p</i>	nível de significância
p./pp.	página/páginas
PNSM	Plano Nacional para a Saúde Mental
s.d.	sem data
SNC	Sistema Nervoso Central
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
TEC	Terapia Eletroconvulsiva
UCC	Unidade de cuidados na comunidade
UBP	Unidade de Bebida Padrão
UCSP	Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados
ULSNE	Unidade Local de Saúde do Nordeste
Vol.	Volume
Vs	Versus
WHO	World Health Organization
%	Porcentagem

Índice

Índice de Gráficos.....	XI
Índice de Figuras	XII
Índice de Tabelas	XIII
Introdução	14
PARTE I - FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	16
1. Envelhecimento, envelhecimento demográfico e idosos.....	17
1.1. <i>Envelhecimento biológico</i>	20
1.2. <i>Envelhecimento psicológico</i>	21
1.3. <i>Envelhecimento social</i>	22
2- Depressão no idoso	22
2.1. <i>Causas biológicas</i>	23
2.2. <i>Causas psicológicas e sociais</i>	25
2.3. <i>Classificação</i>	26
2.4. <i>Sintomatologia</i>	28
2.5. <i>Diagnóstico</i>	30
3. A enfermagem comunitária e de saúde pública na promoção da saúde e prevenção da doença mental no idoso	30
3.1 <i>Apostar no envelhecimento ativo</i>	32
PARTE II - PERCURSO METODOLÓGICO	35
4. Metodologia.....	36
4.1. <i>Contextualização do estudo</i>	36
4.2. <i>Desenho do estudo</i>	37
4.3. <i>Questões de investigação/ hipóteses</i>	38
4.4. <i>População e amostra</i>	39
4.5. <i>Instrumento de recolha de dados e variáveis em estudo</i>	39
4.6. <i>Procedimentos formais e critérios de minimização de erros</i>	42
4.7. <i>Procedimentos éticos e deontológicos</i>	42
4.8. <i>Variáveis e operacionalização das variáveis</i>	43
4.9. <i>Procedimento de tratamento de dados:</i>	45
5. Apresentação dos resultados	47
6. Discussão dos resultados	59
7. Conclusões/sugestões	64
Referências bibliográficas.....	68
Anexo A	76

Anexo B.....	96
Anexo C	98
Introdução.....	103
1- Contextualização do local de estágio.....	106
1.1 <i>Área de influência</i>	106
1.2 <i>População Inscrita</i>	107
1.3 <i>A equipa da UCC</i>	108
1.4 <i>Carteira de serviços da UCC</i>	108
1.5 <i>Instalações da UCC</i>	109
1.6 <i>Relações Interinstitucionais</i>	110
2. Atividades Desenvolvidas em Estágio	111
3. Análise Crítica e Considerações Finais.....	114
Referências Bibliográficas	116
Anexo D	118
Bibliografia.....	128

Índice de Gráficos

Gráfico 1 - Pirâmide etária de Portugal no ano 2019	18
---	----

Índice de Figuras

Figura 1 – Neurónio e Sinapse	24
Figura 2 – Escala de Depressão Geriátrica e Avaliação	41
Figura 3 - Distribuição das idades segundo sintomatologia depressiva.....	52

Índice de Tabelas

Tabela 1 – Cracterização sociodemográfica dos idosos	48
Tabela 2 -Distribuição dos idosos segundo o consumo de álcool e tabaco.....	49
Tabela 3 -Distribuição da amostra segundo a capacidade visual e auditiva.....	49
Tabela 4 -Distribuição da amostra segundo a autoperceção de saúde e variáveis clínicas.....	51
Tabela 5 -Distribuição dos idosos segundo a extensão e satisfação com os contactos sociais e respetiva disponibilidade para ajudar.....	52
Tabela 6 - Relação e risco de depressão segundo as variáveis sociodemográficas.....	54
Tabela 7 - Relação e risco de depressão segundo o consumo de tabaco e álcool	55
Tabela 8 - Relação e risco de depressão segundo a acuidade visual e auditiva.....	56
Tabela 9 -Relação entre depressão e autoperceção da saúde e outras variáveis clínicas.....	58

Introdução

A depressão na população idosa constitui uma preocupação crescente na área da saúde, sendo que a sua prevalência tem vindo a aumentar. A depressão pode ser responsável pela perda de autonomia e agravamento de quadros patológicos já previamente existentes, estando assim associada ao aumento de morbilidade mortalidade, causando um aumento da utilização dos serviços de saúde, negligência do autocuidado, e menor adesão ao regime terapêutico, gerando assim consequências negativas na qualidade de vida do idoso (Teston, Carreira, & Marcon, 2014).

Com o intuito de consciencializar a sociedade para a depressão, em 2012 a WHO definiu o tema depressão no dia mundial da saúde mental. A finalidade foi aumentar a consciência da sociedade em geral para o problema da depressão e promover a discussão sobre as alternativas e investimentos na promoção, prevenção e tratamento deste transtorno.

O papel dos profissionais de saúde, da família, dos pares e da comunidade em geral, assume grande importância na prevenção da depressão no idoso.

No âmbito da Unidade Curricular Estágio I/Trabalho de Projeto, que decorreu na Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), elaborou-se um projeto de investigação sobre “Depressão no idoso não institucionalizado” que veio a ser operacionalizado no decorrer do Estágio II/Trabalho de Projeto, no 2º ano do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança.

Crê-se na pertinência deste estudo, pois na bibliografia consultada não constam estudos acerca na depressão dos idosos não institucionalizados do distrito de Bragança. Na consulta de alguns estudos relacionados com o tema surgiu a ideia que a depressão se encontrava associada a vários fatores, pelo que decidiu proceder a este estudo, a fim de analisar esta possível associação.

Acredita-se que com estabelecer associações entre estes fatores, a nossa intervenção como profissionais de saúde, quer na promoção, quer na prevenção ou no tratamento, pode efetivamente, ser melhorada.

Como objetivos deste estudo definimos:

- Avaliar a prevalência de depressão/provável depressão nos idosos, não institucionalizados, no distrito de Bragança;
- Analisar a depressão/provável depressão em função das variáveis socio-demográficas;
- Analisar a depressão/provável depressão segundo o consumo de tabaco e álcool;
- Analisar a depressão/provável depressão segundo a capacidade sensorial e auditiva;
- Analisar a depressão/provável depressão em função da autopercepção de saúde e outras variáveis clínicas.

Para a concretização dos objetivos desenhou-se um estudo de natureza quantitativa, descritivo, analítico de coorte transversal.

O presente estudo encontra-se organizado em duas partes essenciais. A primeira constitui o enquadramento teórico do tema, como fundamento científico do mesmo.

Na segunda parte descreve-se o percurso metodológico percorrido para a concretização dos objetivos e inclui, a descrição das variáveis e hipóteses em estudo, população e amostra, procedimentos éticos, instrumentos de recolha dos dados, bem como o tratamento estatístico imprimido aos dados obtidos.

PARTE I - FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

1. Envelhecimento, envelhecimento demográfico e idosos

O envelhecimento da população é apontado como um dos aspetos cruciais do século XXI. As alterações demográficas e o aumento da esperança média de vida da população impõem diversos desafios aos indivíduos e à sociedade, traduzindo-se, a nível individual, no aumento da longevidade, e a nível coletivo, nas mudanças e deficiências das relações sociais e familiares, bem como pelas implicações económicas (Pocinho, 2014).

O envelhecimento deve ser compreendido como um processo natural, dinâmico, progressivo e irreversível que acompanha o ser humano desde o seu nascimento até à sua morte. Este é um fenómeno pessoal e de variabilidade individual, e que está associado a um conjunto de alterações biológicas, psicológicas e sociais que se processam ao longo do ciclo vital (Jacob, Santos, Pocinho, & Fernandes, 2013).

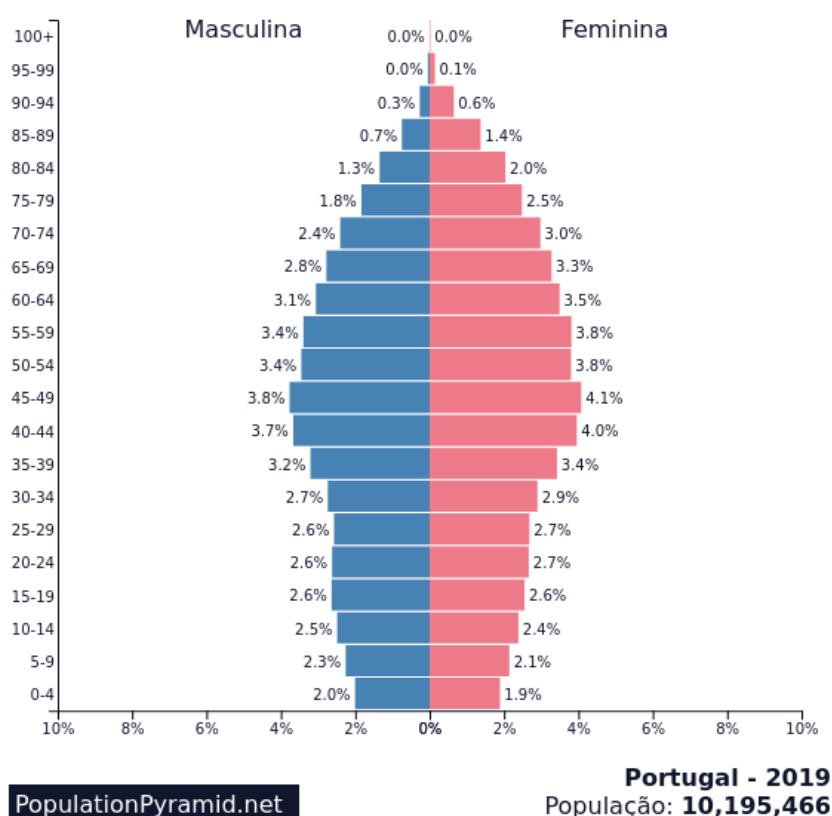
O processo de envelhecimento demográfico acentuar-se-á, quer pela redução da proporção de jovens na população total, quer pelo aumento da proporção de população com 65 ou mais anos (INE, 2019).

No caso de Portugal, este poderá perder população até 2080, passando dos 10,3 milhões em 2018 para 7,9 milhões de residentes em 2080. A população poderá ficar abaixo do limiar de 10 milhões de habitantes em 2033 (9 994 491 pessoas) (INE, 2019).

Esse fenómeno trouxe novidades à pirâmide demográfica portuguesa, tornando-a semelhante aos outros países da Europa e do mundo pelo que se preveem profundas alterações sociais, que devem ser acompanhadas por ações inovadoras e sintonizadas com a contemporaneidade como forma de garantir a qualidade de vida para o grupo populacional de idosos em contínuo crescimento.

O envelhecimento da população portuguesa é visível na forma que a pirâmide populacional assume (gráfico 1). A sua análise permite verificar o fenómeno do duplo envelhecimento: estreitamento da base evidenciando a diminuição da natalidade e o alargamento do topo da pirâmide com o alargamento das barras representativas dos grupos etários mais elevados. É ainda possível observar que o número de idosos (pessoas com 65 e mais anos) é superior ao número de jovens (pessoas com menos de 15 anos de idade).

Gráfico 1- Pirâmide etária de Portugal no ano 2019



Fonte: <https://www.populationpyramid.net/pt/portugal/2019/>

Portugal tem neste momento 10.347.892 habitantes, o que representa uma descida de 2% face a 2011), porém, segundo as estimativas do INE, em 2080, a população irá reduzir para 7,5 milhões (INE, 2021).

Face ao panorama do envelhecimento demográfico global, existe elevado número de pessoas idosas com vivências e características próprias que as distinguem dos restantes grupos populacionais. A Organização Mundial de Saúde define o idoso em função do nível socioeconómico do país. Nos países em desenvolvimento, considera-se idoso o indivíduo com 60 ou mais anos de idade e nos países desenvolvidos, é considerado idoso aquela pessoa com 65 ou mais anos de idade (WHO, 2004).

Associado ao conceito acima apresentado está o conceito de velhice que, segundo (Zimmerman, 2000), “... não é uma doença, mas sim uma fase na qual o ser humano fica mais suscetível a doenças” (p. 22). De acordo com (Pimentel, 2005) ser velho, só por si, não deveria ser um acontecimento negativo e preocupante. Os seres humanos, só porque

envelhecem não perdem necessariamente as suas capacidades e saberes podendo ser preciosos numa sociedade em transformação.

Embora o processo de envelhecimento seja extremamente complexo e possa ser interpretado sob várias perspetivas, trata-se de um processo normal, universal, gradual e irreversível de mudanças e de transformações que ocorrem com a passagem do tempo. Consiste num fenómeno intimamente ligado aos processos de diferenciação e de crescimento, já que nele concorrem a interação de fatores internos como o património genético, e externos, como o estilo de vida, a educação, e o ambiente em que o sujeito está inserido (Azevedo, 2015). Neste sentido, a principal característica do envelhecimento é a sua variabilidade inter e intra-individual, ou seja, existem padrões de envelhecimento diferentes entre indivíduos com a mesma idade cronológica, bem como nas distintas funções de um mesmo indivíduo (fisiológicas, psicológicas, sociais). Assim, existe a possibilidade de esclarecer um contraste frequente entre indivíduos com 70 ou mais, que desfrutam de vigor físico e de alegria de viver, traduzida em interações sociais gratificantes e em atividades com resultados positivos assinaláveis, e indivíduos de 60-65 anos, precocemente envelhecidos, tanto a nível biológico como psicológico e social. Do mesmo modo, há que ter em conta que, num mesmo indivíduo, as mudanças que se produzem com a passagem do tempo numa determinada função ou capacidade psicológica ou fisiológica não predizem necessariamente modificações noutras características psicológicas ou sistemas fisiológicos, havendo, portanto, uma cadência diferenciada na ocorrência dos diferentes tipos de envelhecimento.

Na análise das transformações associadas à idade em cada dimensão do funcionamento (biológico, psicológico e social) reside uma fonte de dificuldade que consiste na interação entre os distintos aspetos do funcionamento do indivíduo. Esta interação implica que, por exemplo, uma mudança no estado de saúde possa levar a uma diminuição do funcionamento cognitivo, ou que as perdas sociais como a viuvez, possam causar transtornos afetivos que, por sua vez, irão comprometer o estado de saúde do indivíduo.

O acentuado aumento do número de idosos trouxe consequências para a sociedade e, obviamente, para os indivíduos que compõem esta faixa etária. É necessário conhecer os determinantes das condições de saúde e de vida dos idosos e conhecer os múltiplos aspetos que envolvem a velhice e o processo de envelhecimento. Atender somente ao prisma bio fisiológico é desconhecer a importância dos problemas ambientais, psicológicos, sociais, culturais e económicos que pesam sobre eles. Ao contrário, é

relevante a visão global do envelhecimento como processo e do idoso como ser humano (Freitas, Py, Caçado, Doll, & Gorzoni, 2013).

Os múltiplos aspetos que representam o processo de envelhecimento clamam para a necessidade de proporcionar à pessoa idosa atenção abrangente à saúde, colocando em prática o preconizado pela Organização Mundial da Saúde. Pretende-se com isso não somente o controlo das doenças, mas, e principalmente, bem-estar físico, psíquico e social, ou seja, uma melhoria na qualidade de vida (Freitas, Py, Caçado, Doll, & Gorzoni, 2013).

1.1. Envelhecimento biológico

Apesar do envelhecimento ser um fenómeno comum a todos os seres vivos animais, é surpreendente que ainda hoje persistam tantas incertezas quanto à dinâmica e à natureza desse processo. Pode-se considerar o envelhecimento como a fase de todo um continuum da vida, que começa com a concepção e termina com a morte. Ao longo desse continuum é possível observar fases de desenvolvimento, puberdade e maturidade, entre as quais podem ser identificados marcadores bio fisiológicos que são considerados limites de transição entre essas fases (Freitas, Py, Caçado, Doll, & Gorzoni, 2013).

As manifestações somáticas da velhice são caracterizadas pela redução da capacidade funcional, redução da capacidade de trabalho e da resistência, às quais se associam perdas dos papéis sociais, solidão, perdas psicológicas, motoras e afetivas. Na maioria das pessoas, estas manifestações somáticas e psicossociais são mais evidentes muito antes da idade cronológica que delimita socialmente o início da velhice. Importa referir que não há uma consciência clara de que, por meio de características físicas, psicológicas, sociais e culturais e espirituais, possa ser anunciado o início da velhice (Freitas, Py, Caçado, Doll, & Gorzoni, 2013).

A imensa heterogeneidade entre os idosos em todos os seus aspetos, sejam eles morfológicos, funcionais, psicológicos e sociais, decorrentes, entre outros fatores, da grande amplitude dessa faixa etária, que se inicia cronologicamente aos 60 anos e atinge os 100 anos de idade ou mais, tem provocado questões sobre o conceito de normalidade, quando se faz referência à população idosa.

Sabe-se também que o ritmo de declínio das funções orgânicas varia de pessoa para pessoa, mesmo que possuam a mesma idade. Essa observação justifica a impressão de que os fatores determinantes do envelhecimento produzem efeitos deletérios diferentes de uma pessoa a outra. Na dimensão fisiológica, o processo de senescência provoca o envelhecimento das estruturas e do aspeto geral do corpo humano, bem como o declínio das funções orgânicas (Freitas, Py, Cançado, Doll, & Gorzoni, 2013).

Todas estas modificações ligadas ao processo de senescência vão levar a uma perda progressiva da capacidade de adaptação do organismo, isto é, a uma diminuição da sua capacidade funcional, ligada ou não a uma doença. Assim, o processo de senescência coloca o indivíduo numa situação de maior vulnerabilidade à doença, nomeadamente, a problemas crónicos de saúde que os pode limitar na sua vida quotidiana (Cancela, 2007).

Este processo de envelhecer não pode ser considerado doença. Em condições basais, o idoso não apresenta alterações no funcionamento ao ser comparado com o jovem. A diferença manifesta-se em situações nas quais se torna necessária a utilização das reservas homeostáticas que, no idoso, são mais fracas. Além disso, todos os órgãos ou sistemas envelhecem de forma diferenciada, tornando a variabilidade cada vez maior (Moraes, Moraes, & Lima, 2010).

1.2. Envelhecimento psicológico

O envelhecimento psicológico não ocorre com a passagem de tempo. É fruto da passagem do tempo, mas, sobretudo, do esforço pessoal contínuo na busca do autoconhecimento e do sentido da vida. O autoconhecimento, o estudo da estrutura e dinâmica do psiquismo e a superação dos conflitos do quotidiano são indispensáveis para que se possa atingir a independência psíquica, condição indispensável para a sabedoria. O envelhecimento psicológico é conquista individual e traduz-se pela modificação dos valores de vida ou pela aquisição dessa consciência (Moraes, Moraes, & Lima, 2010).

O ser humano pode envelhecer como um sábio ancião ou permanecer nos estágios infantis do psiquismo. Autonomia e independência resultantes do equilíbrio entre o envelhecimento psicológico e biológico. A singularidade individual torna-se mais exuberante quando se avaliam as dimensões biológica e psicológica, associadas ao contexto familiar e social, ou seja, a integralidade do indivíduo. O processo de

envelhecimento é, portanto, absolutamente individual, variável, cuja conquista se dá dia após dia, desde a infância. A velhice bem-sucedida é consequência de uma vida bem-sucedida (Moraes, Moraes, & Lima, 2010).

A vida é uma grande viagem em busca da felicidade. É necessário o aproveitamento de todas as fases da vida, superando-se os conflitos inerentes a cada ciclo, na busca de um equilíbrio cada vez maior (Pessoa, 2016).

1.3. Envelhecimento social

Paralelamente às alterações biológicas e psicológicas que ocorrem com o envelhecimento, associam-se as transformações a nível dos papéis sociais, exigindo capacidade de ajustamento ou adaptação às novas condições de vida.

Convém salientar que a perda de alguns papéis sociais não é necessariamente sentida pelo sujeito como algo negativo que acarreta inevitavelmente estados de tristeza e de insatisfação com a vida, mas que pode ser vivida como um simples desenrolar de transformações com as quais o indivíduo interage de modo satisfatório (Cornélio, 2009).

A velhice caracteriza-se, assim, pela mudança de papéis e, frequentemente, pela perda de alguns deles, sendo mais evidente a perda do papel profissional que ocorre no momento da reforma sendo que também ocorrem alterações nas esferas familiar e comunitária (Cornélio, 2009).

2- Depressão no idoso

A saúde mental é indispensável para o bem-estar geral do indivíduo e da sociedade. No entanto, a atenção dispensada aos transtornos mentais em comparação com a saúde física, são menores, apesar de se projetar, tendo em consideração o envelhecimento populacional, um aumento no quantitativo de indivíduos com transtornos mentais (Freitas, Py, Cançado, Doll, & Gorzoni, 2013).

A depressão é um transtorno mental frequente, em todo o mundo, estima-se que mais de 300 milhões de pessoas, independentemente da idade, sofram com esse transtorno. É a

principal causa de incapacidade em todo o mundo e contribui de forma importante para a carga global de doenças (OPAS, s.d.).

Os transtornos depressivos estão entre as 10 principais causas de anos de vida ajustados para incapacidade, independentemente do sexo, para todas as idades. Porém, quando apenas a componente incapacidade da carga é avaliada, a depressão passa a ser a causa mais importante de anos de vida com incapacidade, independentemente da idade e do sexo (Freitas, Py, Cançado, Doll, & Gorzoni, 2013).

A depressão, em qualquer momento da vida, é algo que merece atenção e cuidados, mas que nos idosos precisa, além do desempenho da pessoa doente, interesses e cuidados de todos os envolvidos com esta pessoa (Melo & Ferruzzi, 2013).

No idoso, a depressão pode apresentar-se com défices cognitivos, na sua maioria, leves, no entanto, numa minoria, podem ser graves o bastante para simular um quadro demencial, caracterizando a chamada pseudo-demência depressiva (Freitas, Py, Cançado, Doll, & Gorzoni, 2013).

Os avanços na psiquiatria, neurobiologia e imagiologia permitem hoje um aprofundado conhecimento fisiopatológico da doença. As opções terapêuticas são extensas e bastante eficazes. Com um diagnóstico precoce, tratamento adequado conjugado com intervenções psicológicas e comportamentais, é possível resolver a doença ou, pelo menos, conviver com ela tornando-a menos debilitante.

A depressão constitui uma patologia complexa, heterogénea e multifatorial que, apesar de toda a investigação ocorrida acerca da temática, ainda persistem algumas dúvidas no que à sua origem diz respeito. Todavia, é possível afirmar que existem três grandes fatores associados à sua etiologia (Gusmão, 2005):

- Biológicos ou físicos;
- Psicológicos;
- Sociais.

2.1. *Causas biológicas*

A sede de todas as emoções do ser humano reside no cérebro. Por esse motivo, as pessoas clinicamente deprimidas sofrem certas variações nos circuitos neurais (dos neurotransmissores), causadas por baixos níveis de determinadas substâncias químicas no

cérebro. Vários estudos demonstram que, nestes indivíduos, existe uma carência de três neurotransmissores muito importantes: a dopamina, a serotonina e a noradrenalina (Dalgalarrodo, 2019).

Os níveis baixos nas sinapses (espaços entre os neurónios) provocam uma comunicação cerebral deficiente e as mensagens transmitidas nessas condições podem causar diversos sintomas depressivos.

Alguns fatores neurobiológicos podem conduzir à depressão de início tardio por aumentarem o risco e a vulnerabilidade do idoso à depressão, tais como alterações neuroendócrinas, alterações de neurotransmissores, alterações vasculares e processos de degeneração de circuitos corticais e subcorticais responsáveis pelo processamento e elaboração da vida afetiva e emocional. A produção diminuída de serotonina e a diminuição dos recetores para estes neurotransmissores representam fatores de vulnerabilidade à depressão no idoso (Stella, Gobbi, Corazza, & Costa, 2002).

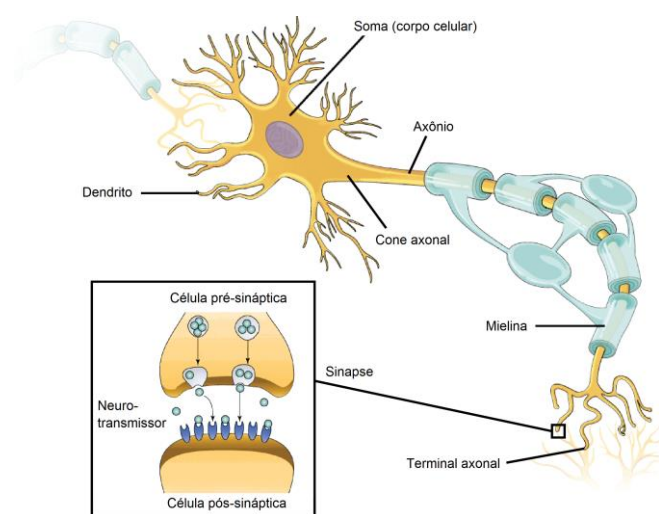


Figura 1 – Neurónio e Sinapse

Fonte: <https://pt.khanacademy.org/science/biology/human-biology/neuron-nervous-system/a/overview-of-neuron-structure-and-function>

Algumas doenças podem provocar ou até facilitar a ocorrência de episódios depressivos. São disso exemplos as doenças infecciosas, os acidentes vasculares cerebrais, a doença de Parkinson ou de Alzheimer, ou o cancro, devido ao choque advindo da descoberta de ser portador de uma doença grave (Soares, 2009).

As disfunções hormonais podem, igualmente, ser outra causa importante dos sintomas depressivos. Em termos simplistas, uma hormona é uma substância produzida por uma glândula e libertada na circulação sanguínea, atuando sobre órgãos ou tecidos. Por exemplo, a tiroide intervém no estado da pele, do cérebro, dos ossos, do coração e do tubo digestivo. No ser humano, existem dezenas de hormonas, de cujo bom funcionamento depende o equilíbrio do organismo (Martins, 2013).

A inexistência desse equilíbrio pode resultar em fadiga hormonal, que por sua vez, se reflete em sensação de esgotamento, com tendência para aumentar durante o dia; emagrecimento ou aumento de peso; problemas digestivos; de pressão arterial ou de memória; apatia ou dores ósseas (Martins, 2013).

De acordo com Dalgalarro (2019), pesquisas desenvolvidas nos últimos anos defendem que os transtornos mentais e comportamentais podem estar associados a uma significativa componente de risco genético. Assim se explica que a depressão ocorra com frequência em membros da mesma família. Sabe-se que o risco é maior quando um familiar direto teve uma manifestação grave da doença, com maior expressão nos jovens e adultos, além de que, quanto maior for o número de antecedentes familiares da patologia, maior será a probabilidade de os seus descendentes desenvolverem.

2.2. *Causas psicológicas e sociais*

Para além dos fatores biológicos, também os aspetos sociais e psicológicos do indivíduo exercem um papel importante no desencadeamento e manutenção dos quadros depressivos.

Devem ser consideradas como medidas para a redução do risco e da prevalência de depressão, uma melhor prevenção e tratamento das doenças crônicas, suporte social adequado, com prevenção do isolamento social e compensação do dano funcional (Freitas, Py, Cançado, Doll, & Gorzoni, 2013).

A depressão no idoso constitui um tipo particular da doença, diferente da mesma patologia noutras faixas etárias, com antecedentes significativos, sintomas muito próprios e respostas mais lentas à medicação e aos restantes tratamentos (Vaz & Gaspar, 2011).

As mudanças complexas que o envelhecer acarreta, podem fazer com que os idosos se sintam sós e inúteis. Sem o devido apoio, veem alterar, cada vez mais, o seu estado emocional, que influencia, por sua vez, os sistemas endócrino e neurológico, podendo resultar numa depressão. Enumeram-se, em seguida, alguns fatores que têm um grande impacto na vida dos mais velhos (Veloso, 2015):

- O fim da vida profissional, com a chegada da reforma, que traz mais tempo livre aliado à incerteza sobre como preenchê-lo. Muitos sentem que passam a levar a cabo meras ocupações destituídas de responsabilidade. Outros encaram esse marco associado a uma diminuição do rendimento e a uma perda de estatuto económico;
- A solidão, derivada da saída dos filhos de casa, e da natural morte de alguns amigos ou familiares, ou inclusive, do cônjuge. Em muitas situações, existe mesmo um grande afastamento familiar;
- A institucionalização, entendida por alguns como um afastar forçado do que lhes era familiar;
- A perceção negativa do envelhecimento e conseqüente alteração do seu valor e estatuto social, da imagem corporal e da identidade pessoal;
- O crescente declínio da condição física, que resulta na perda de qualidade de vida, maior frequência de doenças e, em alguns casos, limitações, incapacidades ou mesmo perda de autonomia;
- A falta de condições materiais a que alguns estão sujeitos;
- A ligação excessiva ao passado e às memórias, mormente quando não são positivas e quando não existiu uma boa capacidade de adaptação ao longo da vida.

O peso de todos estes elementos exerce uma influência na estabilidade emocional dos mais velhos e na forma como estes se relacionam com o mundo. Se não contarem com o suporte familiar ou social, que os faça sentir necessários e desejados, podem sobrevalorizar os sintomas.

2.3. *Classificação*

A depressão no idoso pode manifestar-se exatamente da mesma forma que na idade adulta. Quando assim sucede, o diagnóstico não é complicado e segue os trâmites habituais. Porém, pode apresentar-se, por vezes, com características capazes de confundir

os familiares e médicos, como é o caso da pseudodemência depressiva e das depressões involutivas.

Os efeitos da idade, das alterações cerebrais e a presença de comorbilidades influenciam o tipo de expressão da depressão e o grau de resposta ao tratamento.

De entre os subtipos de depressão apresentam-se os seguintes:

2.3.1. Depressão Major

A Perturbação Depressiva Major caracteriza-se por um período de pelo menos duas semanas, durante as quais se verifica humor deprimido ou perda de interesse por quase todas as atividades às quais a pessoa se propõe. Estes sintomas são acompanhados de pelo menos quatro dos seguintes sintomas adicionais da depressão: alterações de apetite, peso, sono ou de atividades psicomotoras, quer seja por agitação ou cinesia, baixos níveis de energia, sentimentos de culpa, inutilidade e depreciação, dificuldades de concentração e, finalmente, pensamento, tomada de decisão e ideação suicida. Relativamente à ideação suicida, nas mulheres a taxa de tentativa de suicídio é mais alta, mas menos eficaz, enquanto nos homens é mais baixa em tentativas e mais alta em concretizações completas (APA, 2014).

2.3.2. Depressão Episódica com Sintomas Insuficientes

Os pacientes idosos devem cumprir os mesmos critérios, definidos pelo DSM-V, para pacientes mais jovens. A depressão episódica com sintomas insuficientes, anteriormente designada por depressão minor, é uma síndrome depressiva de severidade leve a moderada que tem uma duração mínima de dois anos, mas menos 5 sintomas da depressão major por, pelo menos duas semanas. Esta síndrome leva ao sofrimento e dano funcional e não deve derivar do consumo de substância, condição médica ou luto (APA, 2014).

2.3.3. Distímia

A distímia diferencia-se da depressão major através de critérios de intensidade (menor na distímia), mas sobretudo de duração e evolução (Eisinger, 2008). Esta síndrome caracteriza-se por humor depressivo por mais dias (tempo mínimo de dois anos), que não seja acompanhado por mais de dois sintomas presentes na depressão major. A duração deve ser de pelo menos 2 anos. Um episódio de depressão major poderá não estar presente durante os primeiros 2 anos do distúrbio. Apenas é possível diagnosticar-se distímia em

pacientes que não tenham antecedentes familiares de depressão major, distímia ou distúrbios psicóticos e bipolares (APA, 2014).

2.3.4. Depressão Psicótica

A depressão psicótica é um subtipo da depressão major de gravidade extrema que se apresenta com características psicóticas (delírios ou alucinações) e que ocorre frequentemente em idosos. (APA, 2014) Alguns pacientes afetados manifestam alterações cognitivas importantes que contribuem para o desenvolvimento de alterações de humor. Estes pacientes apresentam maior risco de conversão irreversível para uma síndrome demencial, como no caso da doença de Alzheimer (Franco & Gil, 2014).

2.3.5. Depressão Vascular

A doença cerebrovascular associou-se a um aumento da vulnerabilidade, comprometimento cognitivo e desenvolvimento da depressão. Acompanham com a disfunção executiva (alteração na fluidez verbal), maior apatia, menor consciência de si mesmo e lentidão psicomotora. Apenas se desenvolve em pacientes com mudanças isquêmicas crônicas cerebrais. São as lesões no hemisfério esquerdo (córtex pré-frontal) aquelas que se podem associar a estes parâmetros com mais frequência nos primeiros dois anos (Franco & Gil, 2014).

2.4. *Sintomatologia*

A depressão é um dos transtornos mentais mais comuns durante a terceira idade, que surge associada a um risco aumentado de morbidade, aumento do risco de suicídio, diminuição do funcionamento físico, cognitivo e social, que leva a um aumento da mortalidade (Repousi, Masana, Sanchez-Niubo, Haro, & Tyrovolas, 2018). Segundo dados da Organização Mundial de Saúde, os idosos com uma sintomatologia depressiva têm pior funcionamento quando comparados com outros idosos com doenças crônicas (WHO, 2017). Um fator que contribui para este tipo de sintomatologia é o aumento da morbidade, do consumo de medicamentos e do próprio processo de envelhecimento (Repousi, Masana, Sanchez-Niubo, Haro, & Tyrovolas, 2018).

As principais manifestações da depressão no idoso incluem (APA, 2014):

A. Humor disfórico ou perda de interesse ou prazer por todas ou quase todas as atividades e diversões habituais. O humor disfórico caracteriza-se pela presença de sintomas designados pelos adjetivos “depressivo”, “triste”, “melancólico”, “desinteressado”, “abatido”, “desanimado”, “irritável”.

B. Têm sido observados quase todos os dias durante um período mínimo de duas semanas, pelo menos, quatro dos seguintes sintomas:

- Falta de apetite ou perda de peso significativa (sem fazer dieta), ou aumento do apetite com aumento significativo do peso;
- Insônia ou excesso de sono;
- Agitação ou retardamento psicomotor (não apenas a sensação subjetiva de agitação ou de estar menos ativo);
- Perda de interesse ou prazer pelas atividades habituais ou diminuição da libido, não restringida a um período de decepções ou alucinações;
- Falta de energia, fadiga;
- Sensação de inutilidade, autoculpabilidade, sentimento de culpa excessivo ou inapropriado (que também pode ser decepção);
- Queixas ou manifestações de diminuição da capacidade de raciocínio ou de concentração, nomeadamente, raciocínio lento, indecisão não associada a perda marcada da capacidade de associação ou incoerência;
- Pensamentos recorrentes de morte, ideação suicida, desejos de morte, ou tentativa de suicídio.

C. Nenhum dos parâmetros seguintes domina o quadro clínico quando está ausente uma síndrome afetiva (sintomas dos critérios do primeiro e segundo ponto acima mencionados):

- Preocupação com um humor incongruente com a decepção ou alucinação;
- Comportamento bizarro.

D. Não sobreposto a esquizofrenia, perturbação esquizoide ou paranoide.

E. Não relacionado com qualquer patologia mental orgânica ou sentimento de perda.

2.5. *Diagnóstico*

O diagnóstico da depressão baseia-se em critérios específicos, sobretudo o aparecimento de tristeza profunda ou perda de interesse pelos prazeres da vida, associados a, pelo menos, quatro dos outros sintomas acima descritos. No entanto, no idoso, o diagnóstico pode ser difícil, dado que os sintomas tendem a ser vistos, em certos contextos, como um estado de espírito normal na pessoa idosa, como uma crise de idade, podendo ser desvalorizados. Como se não bastasse, a patologia pode surgir encoberta por múltiplas queixas somáticas, que podem desviar a atenção do médico para o verdadeiro problema (Ramos T. S., 2014).

O diagnóstico da depressão é essencialmente clínico, devendo ser dada ênfase à história clínica atual e precedente, incluindo a história psiquiátrica do próprio paciente e dos seus familiares, uso de medicamentos, funcionalidade, avaliação psicológica, cognitiva e social, incluindo atividades profissionais, de lazer, suporte social/familiar, rede de relacionamentos e estrutura económica (Freitas, Py, Cançado, Doll, & Gorzoni, 2013).

No diagnóstico de uma depressão no idoso, há que distinguir a patologia de um quadro inicial de demência, dado que a depressão afeta as capacidades cognitivas e de memorização. Assim, é importante conhecer a sintomatologia de ambas as doenças. Por outro lado, a ligação da depressão à doença de Alzheimer é tida como estreita. O risco de desenvolvimento da patologia, assim como o declínio das capacidades mentais, é maior entre os idosos deprimidos (Ramos T. S., 2014).

3. A enfermagem comunitária e de saúde pública na promoção da saúde e prevenção da doença mental no idoso

Hoje, é amplamente reconhecida a importância do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária na promoção da saúde e na prevenção da doença junto de indivíduos, famílias e comunidades.

Em parceria com a comunidade, o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária trabalha com as famílias, grupos e comunidades no sentido da sua capacitação visando o aumento da sua literacia em saúde e, assim, capacitá-los para um efetivo acesso a

cuidados de saúde, tentando, sempre que possível, combater as desigualdades e inequidades existentes. O seu âmbito de intervenção tanto pode ser desenvolvido dentro dos serviços de saúde como no domicílio dos utentes e no seio da comunidade.

Inseridos numa equipa inter e multidisciplinar, o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública adota um modelo social de saúde para defender e dar voz à comunidade (APNA; sd).

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2018), os cuidados de saúde primários têm registado uma contínua evolução ao longo dos tempos assumido uma dimensão cada vez mais importante na promoção da saúde, prevenção e tratamento da doença e, neste contexto, o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública, dadas as suas competências específicas, assume um papel chave e de liderança de diagnóstico, planeamento, implementação e avaliação de atividades promotoras da saúde e de prevenção da doença.

As competências específicas que detém proporcionam-lhe, através da utilização da metodologia do planeamento em saúde, um conhecimento correto da população e, a partir desse conhecimento, desenhar estratégias de intervenção por forma a capacitar grupos e comunidades integrando os programas de saúde de âmbito comunitário e contribuindo para a concretização dos objetivos do Plano Nacional de Saúde. Para além destas, ao enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública compete ainda realizar e cooperar na vigilância epidemiológica dos fenómenos de saúde - doença que ocorrem numa determinada área geodemografia (OE, 2018).

Um dos programas de saúde prioritários em Portugal, é o programa nacional para a saúde mental criado pelo Despacho n.º 6401/2016 de 16 de maio. Este programa tem como missão “Assegurar a toda a população portuguesa o acesso a serviços habilitados a promover a sua saúde mental, prestar cuidados de qualidade e facilitar a reintegração e a recuperação das pessoas com doença mental” (DGS, Plano Nacional para a Saúde Mental, 2017), e afirma que a saúde mental constitui a base do bem-estar geral. A mesma Direção Geral afirma que, na presença de sofrimento emocional e o apoio de familiares e amigos já não é suficiente, a pessoa necessita de intervenção profissional que pode começar pelos profissionais dos Cuidados de Saúde Primários. Refere ainda que a problemática psíquica mais comum nas pessoas mais velhas é a depressão, situação que é passível de ser prevenida e tratada.

Também a (CNS, 2019), afirma que existem várias doenças mentais, nas quais se inclui a depressão, havendo, no entanto, estratégias efetivas que permitem a sua prevenção, bem como tratamentos e formas eficazes para o seu alívio. Enfatiza ainda que o acesso a cuidados de saúde e serviços sociais capazes de promoverem um tratamento e apoio social efetivos constituem a chave para o êxito da luta contra a patologia mental.

O equilíbrio psíquico dos indivíduos séniores depende, em muito, da sua capacidade de adaptação a uma nova existência. Se a chegada da reforma deixa mais tempo livre, é preciso encará-la como um espaço de abertura a novas oportunidades, antes adiadas por falta de tempo.

Tendo em consideração as competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública (OE, 2018), entende-se que o profissional desta área detém um papel fulcral no trabalho que desenvolve em multi e transdisciplinaridade, nomeadamente na promoção de um envelhecimento ativo e saudável da população sob os seus cuidados

3.1 Apostar no envelhecimento ativo

Envelhecer não significa ficar trancado em casa. A família, os amigos e até os próprios idosos devem incentivar-se ao máximo, através da concretização de atividades que privilegiem o convívio e o bem-estar (AMA, 2000):

- Praticar caminhadas, natação, ciclismo, dança, yoga, tai chi, entre outras.
- Cuidar dos netos;
- Investir na formação, inscrevendo-se numa universidade sénior ou num curso de pintura, jardinagem, etc.;
- Viajar ou passear, observar a paisagem, conversar com os amigos e apreciar a Natureza;
- Desfrutar de uma boa exposição, de uma peça de teatro, de um filme ou livro;
- Participar em festas ou eventos sociais.

A maximização da capacidade funcional é determinante para que as pessoas idosas possam dar continuidade ao seu desenvolvimento pessoal e ao seu papel ativo nas sociedades, destacando-se cinco domínios essenciais: capacidade de satisfazer as necessidades básicas; capacidade de aprendizagem, desenvolvimento e tomada de decisão

informada; capacidade de se movimentar; capacidade de fazer e manter relacionamentos; capacidade de contribuir para as suas famílias e comunidades. (DGS, 2017).

A depressão tem alto impacto na vida do paciente e de seus familiares, com significativo comprometimento nos aspetos sociais, ocupacionais e em outras áreas de funcionamento (Powel, Abreu, Oliveira, & Sudak, 2008).

É muito importante para o idoso que esteja inserido num ambiente saudável. É fundamental que tenha apoio de familiares e pessoas próximas, o que muitas vezes não acontece. Essa falta de apoio dos familiares prejudica o idoso depressivo, no sentido em que este já tende a isolar-se e apresentar humor deprimido, quando as pessoas com as quais convive, aparentam não se preocupar, o idoso tende a isolar-se mais (Melo & Ferruzzi, 2013).

A depressão é a doença do foro psicopatológico mais frequente nos idosos e, devido à elevada prevalência e impacto negativo na sua qualidade de vida, é considerada uma das principais síndromes geriátricas (Duque, 2020).

É uma doença complexa, principalmente pela dificuldade do doente em entender e aceitar a enfermidade. Diante dessa complexidade, a melhor forma de não adoecer é a adoção de atitudes e comportamentos promotores da saúde e preventivas da doença (Deus, 2011).

A depressão tem vindo a aumentar a sua prevalência entre a população idosa, considerando-se um importante problema de saúde pública, e é por essa razão, fundamental, que os profissionais de saúde, especialmente em cuidados de saúde primários estejam mais atentos neste sentido, a fim de acompanhar esse grupo etário, possibilitando assim um diagnóstico precoce, e um tratamento imediato e eficaz.

Conhecem-se hoje fatores ou causas que podem contribuir para o aparecimento de depressão, pelo que é importante o desenvolvimento e implementação de programas mais específicos para atendimento deste grupo para assim poder tratar, ou até prevenir o aparecimento desta doença (Oliveira, et al., 2012).

Viver com um idoso com depressão requer a participação da família no processo de cuidado. Idosos com tais sintomas podem negligenciar o autocuidado, o que pode comprometer seu estado de saúde e resultar em aumento de morbilidade e dependência. Isso requer que as famílias se reorganizem para enfrentar a doença (Souza, et al., 2014). O plano nacional de saúde mental 2017-2020 do SNS tem como visão prestar a toda a população portuguesa o acesso a serviços habilitados a promover a sua saúde mental,

prestar cuidados de qualidade e facilitar a reintegração e a recuperação das pessoas com doença mental.

Os profissionais de Saúde dos cuidados de saúde primários têm a importante função de identificar, diagnosticar e acompanhar os casos de depressão nos idosos na sua área de abrangência. Uma das suas prioridades é o acompanhamento das doenças mentais, por meio de assistência integral que considere tanto os aspetos individuais até o contexto familiar para responder às necessidades de saúde de pessoas com quadros depressivos, em especial os idosos (Souza, et al., 2014). Entre esses profissionais está o enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública que, pelas competências que detém, assume particular relevância no seio da equipa multi, inter e transdisciplinar no âmbito da promoção da saúde, prevenção da doença, identificação de casos e consequente encaminhamento para os profissionais e serviços adequados.

PARTE II - PERCURSO METOLÓGICO

4. Metodologia

O método científico envolve o processo de aquisição de conhecimentos, recorrendo a procedimentos reconhecidos de colheita, classificação, análise e de interpretação de dados. É indispensável na realização de trabalhos de investigação e apresenta diversas vantagens, de entre estas destacam-se: a sistematização dos dados, a credibilidade dos resultados e a aceitabilidade pela comunidade científica. Em função da natureza do problema que se pretende estudar numa investigação, deve ser adotada uma determinada estratégia de investigação e o correspondente desenho de estudo (Santos & Lima, 2019).

Face ao anteriormente descrito, apresenta-se seguidamente o percurso metodológico utilizado para a concretização dos objetivos.

4.1. Contextualização do estudo

Na atualidade o envelhecimento das populações é um dos mais importantes desafios para a saúde, especialmente nos países em desenvolvimento, onde o envelhecimento ocorre num ambiente de desigualdade social (Lima-Costa & Barreto, 2003).

Este envelhecimento é bem, visível no distrito de Bragança uma vez que, de acordo com o INE (2019) com base nas estimativas para 2018, os índices de envelhecimento neste distrito variam entre 217,9% no concelho de Bragança e 593,8% no concelho de Vinhais. Apesar de ser o quinto maior distrito português, com uma área de 6 608 km², tem uma densidade populacional baixa (população residente de 122 833 habitantes segundo os últimos censos). O distrito é delimitado a norte e a leste com Espanha, a sul com o distrito da Guarda e com o distrito de Viseu e a oeste com o distrito de Vila Real, e está dividido em doze concelhos: Alfândega da Fé, Bragança, Macedo de Cavaleiros, Miranda do Douro, Mirandela, Mogadouro, Vila Flor, Vimioso e Vinhais, Carrazeda de Ansiães, Freixo de Espada à Cinta e Torre de Moncorvo.

Trata-se de uma zona bastante montanhosa dominada por serras, montes e planaltos, com um clima seco com verões muito quentes e invernos longos e frios dando origem ao que o povo costuma referir “9 meses de inverno e três de inferno”.

Ao nível da educação, o distrito conta com escolas de 1º ciclo ao ensino secundário em todos os concelhos, á exceção de Freixo de Espada á Cinta e Vimioso, onde somente se ministram estudos até ao 3º ciclo. Para ensino profissional existem vários agrupamentos de escolas já com essa opção. A ministração de ensino superior está a cargo do Instituto Politécnico de Bragança que de há alguns anos a esta parte tem sido classificado como o melhor Instituto Politécnico do país.

No que à saúde diz respeito, existem três hospitais no distrito (Bragança, Macedo de Cavaleiros e Mirandela), já os Centros de Saúde existem em todos os concelhos. Sendo o distrito tão extenso, e com freguesias que distam até 100km de Bragança, existem utentes que têm de percorrer esse número de km para poder usufruir de uma consulta de especialidade. Acresce ainda a dificuldade dos acessos rodoviários, pois embora exista autoestrada para ligação entre as cidades mais populosas, os outros concelhos contam apenas com estradas nacionais.

É um distrito em que existem fracos recursos económicos, a população encontra-se ainda muito ligada á agricultura e pecuária, a indústria se encontra pouco desenvolvida, assim como o turismo, embora este último esteja, claramente, em expansão.

4.2. Desenho do estudo

Assente na metodologia quantitativa desenhou-se um estudo descritivo-analítico de corte transversal.

Descritivo, pois tem por objetivo determinar a distribuição de doenças ou condições relacionadas à saúde, segundo o tempo, o lugar e/ou as características dos indivíduos. Considera-se também um estudo analítico, porque serve para examinar a existência de associação entre uma exposição e uma doença ou condição relacionada à saúde. O estudo possui ainda um carácter transversal dado que os dados foram obtidos num único momento (Lima-Costa & Barreto, 2003).

4.3. *Questões de investigação/ hipóteses*

Qualquer trabalho de pesquisa deve iniciar com a colocação de algum problema ou questão. Ela orienta o grupo de investigação e o que motiva o esforço e investimento (Fonseca, et al., 2008).

Uma questão de investigação é um enunciado interrogativo, claro e inequívoco em que constam os conceitos-chave, especifica a população-alvo e sugere uma investigação empírica (Fortin, 2009).

Assim, para dar resposta aos objetivos formulados, para o presente estudo foram definidas as seguintes questões de investigação:

- Qual a prevalência de depressão/provável depressão nos idosos não institucionalizados do distrito de Bragança?
- De que forma a depressão/provável depressão se associa com as variáveis sociodemográficas, clínicas, comportamentais e sensoriais nos idosos estudados?

A hipótese é uma predição sobre uma relação existente entre as variáveis que se verifica empiricamente (Fortin, 2009).

Tal como a questão de investigação, a hipótese tem em conta as variáveis-chave e a população-alvo.

Atendendo à problemática em estudo e aos objetivos, formulam-se as seguintes hipóteses:

H1: A prevalência de depressão/provável depressão é diferente segundo as variáveis sociodemográficas;

H2: A prevalência de depressão/provável depressão é diferente segundo o consumo de tabaco e de álcool;

H3: A prevalência de depressão/provável depressão é diferente segundo a capacidade sensorial;

H4 A prevalência de depressão/provável depressão é diferente segundo a perceção individual de saúde e outras variáveis clínicas.

4.4. População e amostra

As pessoas idosas do distrito de Bragança constituem, a população alvo do presente estudo.

Dada a dificuldade em conseguir avaliar a globalidade da população e, no sentido de obter uma amostra representativa da mesma, definiram-se os seguintes critérios de inclusão:

- Ter no mínimo 65 anos (inclusive);
- Residir no distrito de Bragança;
- Residir no seu domicílio;
- Estar consciente e orientado (a);
- Aceitar de forma voluntária a participação no estudo.

Como critérios de exclusão definiram-se os seguintes:

- Ser portador de deficiência visual e/ou auditiva graves não corrigidas e observadas
- Desorientação temporo-espacial ou em relação a si mesmo;
- Não-aceitação na participação no estudo.

Mediante um processo de amostragem não probabilístico por conveniência, conseguiu-se uma amostra total de 770 idosos, Esta técnica utiliza a informação existente sobre a população, para que o processo de amostragem seja eficiente (Baptista & Sousa, 2011).

4.5. Instrumento de recolha de dados e variáveis em estudo

O instrumento utilizado para a recolha de dados (Anexo A) é composto por duas partes essenciais:

Na primeira foram questionados aspetos relacionados com dados sociodemográficos, consumos e questões relacionadas com a saúde dos participantes.

Na segunda parte é estabelecida a avaliação geriátrica nomeadamente:

A Escala de Avaliação Geriátrica (EDG) de Yesavage (versão curta), Escala de Critérios de Fragilidade de Fried, Índice de Comorbilidade de Charlson, MNA (mini nutritional assessment), Escala de Recursos Sociais, Índice de Barthel, Índice de Lawton & Brody e questionário WHOQOL-BREF para avaliação da Qualidade de Vida.

Para o presente estudo o instrumento de medida que permite avaliar a variável dependente – depressão nos idosos – é a escala de Yesavage (versão curta) que a seguir se descreve.

4.5.1. Instrumento de medida

A Escala de Avaliação Geriátrica (EDG) de Yesavage (versão curta) é utilizada para o rastreio da depressão, avaliando aspetos cognitivos e comportamentais tipicamente afetados na depressão na terceira idade (GERMI, s/d).

A informação é obtida através de um questionário direto ao paciente, sendo que este pode ser aplicado por médicos, psicólogos, enfermeiros ou outros profissionais de saúde (GERMI, s/d).

A versão completa tem 30 questões, a versão apresentada é a curta com 15 questões, esta está validada pelo seu autor e os resultados são sobreponíveis aos da versão completa, pelo que é mais utilizada (GERMI, s/d). É constituída por 15 questões com resposta dicotómica (Sim ou Não). As respostas sugestivas de existência de depressão correspondem a 1 ponto. A pontuação final resulta da soma da pontuação das 15 questões, correspondendo a uma de três categorias: Sem depressão 0-5 pontos; Depressão ligeira 6-10 pontos; Depressão grave 11-15 pontos.

Figura 2 – escala geriátrica de depressão (GDS)

ESCALA GERIÁTRICA DE DEPRESSÃO (GDS-15) (Sheikh & Yesavage, 1986,
com adaptação de João Apóstolo, 2011)

Escolha a melhor resposta relativamente a como se sentiu durante a última semana:

*1 De uma forma geral, está satisfeito (a) com a sua vida?	Sim ()	Não ()
2 Abandonou muitas das suas atividades e interesses?	Sim ()	Não ()
3 Sente que sua vida está vazia?	Sim ()	Não ()
4 Anda muitas vezes aborrecido(a)?	Sim ()	Não ()
*5 Está bem-disposto a maior parte do tempo?	Sim ()	Não ()
6 Anda com medo que lhe vá acontecer alguma coisa má?	Sim ()	Não ()
*7 Sente-se feliz a maior parte do tempo?	Sim ()	Não ()
8 Sente-se desamparado(a)?	Sim ()	Não ()
9 Prefere ficar em casa, em vez de sair e fazer outras coisas?	Sim ()	Não ()
10 Sente que tem mais problemas de memória do que as outras pessoas?	Sim ()	Não ()
*11 Sente que é maravilhoso estar vivo(a)?	Sim ()	Não ()
12 Sente-se inútil nas condições atuais?	Sim ()	Não ()
*13 Sente-se cheio de energia?	Sim ()	Não ()
14 Sente que a sua situação é desesperada?	Sim ()	Não ()
15 Acha que a maioria das pessoas está melhor que o (a) Senhor (a)?	Sim ()	Não ()

Fonte: <https://sapientia.ualg.pt/bitstream/10400.1/8657/6/GDS%2015%20-%20Portugu%C3%AAs.pdf>

4.6. Procedimentos formais e critérios de minimização de erros

O presente estudo foi desenvolvido em todo o distrito de Bragança sendo que a recolha de toda a informação decorreu entre setembro de 2017 e março de 2018.

A recolha de dados foi realizada por períodos da conveniência da equipa e com ajuda de autarcas da região, que foram devidamente informados acerca da finalidade do estudo e a quem foram apresentados os documentos comprovativos de parecer positivo da comissão de ética da ULSNE (Anexo B), combinando locais e horas para o efeito (centros de saúde, domicílios, zonas de repouso e lazer, ...) distintos em cada freguesia, para incluir todos os estratos da população desejada.

Na recolha de dados foram utilizados sempre os mesmos instrumentos e técnicas, minimizando a possibilidade de erro. O instrumento de recolha de dados foi aplicado de forma individual, e o mais reservada possível, evitando constrangimentos ou omissão de informação.

Na tentativa de minimizar o viés determinado pela presença das investigadoras, procurou-se cumprir os pressupostos de informação dada aos idosos. Foram utilizadas estratégias comunicacionais para a construção de empatia, respeitando a confidencialidade e assegurando que as informações recolhidas serviriam exclusivamente para tratamento estatístico.

É a definição e operacionalização das variáveis em estudo que permitem a determinação do rigor e explicitação científica, indispensáveis em qualquer trabalho de investigação.

4.7. Procedimentos éticos e deontológicos

Este estudo teve por base a metodologia já utilizada pelo Grupo de Investigação em Gerontologia da Universidade da Corunha (GIG-UDC) numa população com características semelhantes à nossa de toda a região da Galiza. O estudo foi replicado com o intuito de obter uma avaliação gerontológica integral, deste grupo etário, no Nordeste Transmontano.

Este conjunto de dados permitiram elaborar uma base de dados conjunta compilados em cinco teses de mestrado (Enfermagem Comunitária da Escola de Saúde de Bragança).

O investigador deve ter presente um conjunto de princípios que vão orientar a sua conduta ao longo da investigação. Os aspetos éticos são decisivos em investigação. Sem um código de ética que limite e oriente os passos da investigação é a própria que fica em causa (Ribeiro, 2010).

O anonimato foi salvaguardado. A informação recolhida através da aplicação de um formulário por entrevista, ou seja, o entrevistador leu as instruções, as questões, os descritores da escala de resposta e assinalou no formulário a resposta dada pelo inquirido.

Foram salvaguardados os pressupostos da Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial e da Convenção para a Proteção dos Direitos do Homem e da Dignidade do Ser Humano face às Aplicações da Biologia e da Medicina.

4.8. Variáveis e operacionalização das variáveis

Para além da variável dependente – depressão -, no presente estudo incluíram-se outras variáveis – variáveis independentes – que foram consideradas por se entender que estivessem, de alguma forma relacionadas com a depressão. Nestas, estão incluídas as variáveis de caracterização como: idade, sexo, habilitações literárias, estado civil, situação perante a reforma. Incluíram-se ainda hábitos comportamentais como o consumo de álcool e tabaco.

Existe um outro grupo de variáveis clínicas como: acuidade visual e auditiva, funcionalidade nas atividades básicas e instrumentais da vida diária, estado nutricional, comorbilidades, fragilidade, toma de medicação, internamentos no último ano e autoperceção de saúde.

Para proceder ao tratamento estatístico houve necessidade de operacionalizar algumas das variáveis, de acordo com o seguinte:

Habilitações literárias- variável ordinal questionada inicialmente de acordo com o seguinte: Não sabe ler nem escrever; escolaridade igual ou inferior a 8 anos; escolaridade

entre 9 e 17 anos e escolaridade superior a 17 anos, foi posteriormente operacionalizada em: com estudos vs sem estudos;

Acuidade visual – primariamente a sua diminuição foi registada por informação autodeclarada e, posteriormente confirmada com a aplicação do teste de Snellen operacionalizada em: com diminuição da acuidade visual vs sem diminuição da acuidade visual. A diminuição da acuidade visual foi definida a partir da linha 20/50 (Snellen, 1868). Nos idosos que usavam óculos foi efetuado o teste com o uso dos mesmos.

Acuidade auditiva - primariamente a sua diminuição foi registada por informação autodeclarada e, posteriormente confirmada com a aplicação do teste do sussurro (Swan & Browning, 1985). Foi considerado que os participantes tinham audição normal se repetissem pelo menos 3 de um total possível de 6 letras ou números corretamente, sussurrados a uma distância de 0,6 m atrás do seu campo de visão. A perda auditiva foi definida quando o idoso era incapaz de repetir a combinação. Nos idosos que usavam prótese auditiva foi efetuado o teste como uso dos mesmos.

Funcionalidade nas atividades básicas da vida diária (ABVD) – inicialmente operacionalizada de acordo com os seguintes pontos de corte: 90-100 Independente; 60-89 Ligeiramente dependente; 40-55 Moderadamente dependente; 20-35 Severamente dependente; <20 Totalmente dependente (Sequeira, 2010), foi posteriormente operacionalizada em independente vs dependente (inclui qualquer grau de dependência);

Funcionalidade nas atividades instrumentais da vida diária (AIVD) – operacionalizada em independente vs dependente de acordo com os critérios de Lawton e Broby.

Estado nutricional – inicialmente operacionalizada de acordo com a classificação incluída no Mini Nutritional Assessment nos seguintes grupos:

<17 - desnutrido

17 – 23,5 – Risco de desnutrição

24 – 30 - Estado nutricional normal.

Para a aplicação dos testes estatísticos foi dicotomizada em estado nutricional normal vs risco de desnutrição/desnutrido;

Comorbilidade – operacionalizada de acordo com: sem comorbiliade (não tem doenças associadas); Média comorbilidade (tem uma doença associada); elevada comorbilidade (tem duas ou mais doenças associadas);

Fragilidade – operacionalizada de acordo com os critérios de Fried et al (2001) e que incluem: perda de peso não intencional, diminuição da força muscular, diminuição da

resistência e energia, lentificação e diminuição da atividade física. Com base nesses critérios foram identificados 3 grupos de acordo com o seguinte: sem fragilidade: não apresentam nenhum critério; pré- frágil: apresentam um ou dois critérios; fragilidade: aqueles que apresentam três ou mais critérios.

Toma de medicação: variável dicotômica operacionalizada de acordo com o seguinte: toma menos de cinco medicamentos por dia vs toma cinco ou mais medicamentos por dia.

Depressão – Operacionalizada de acordo com os seguintes pontos de corte:

Sem depressão 0-5 Depressão ligeira 6-10 Depressão grave 11-15 (Apóstolo, 2012).

4.9. Procedimento de tratamento de dados:

O tratamento de dados foi efetuado com recurso ao programa estatístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 22 utilizando a seguinte metodologia estatística:

- Estatística descritiva com cálculo de frequências absolutas e relativas, bem como medidas de tendência central e de dispersão;
- Estatística inferencial com a aplicação do teste do qui-quadrado salvaguardando as seguintes condições:
 - não mais que 20% das celas com frequência esperada menor que 5
 - nenhuma cela com frequência esperada menor que 1

Em alternativa, caso alguma das condições anteriores se verificasse, recorrer-se-ia à utilização do Teste Exato de Fisher.

Este teste permite verificar a existência de relação ou diferenças de proporções entre variáveis e grupos estudados (Pestaga & Gageiro, 2014).

No presente estudo calcularam-se ainda medidas de associação como:

- razão de prevalência (estimador que expressa o risco) – mede a prevalência da condição de interesse no grupo de expostos em relação à prevalência no grupo dos não expostos (Schiaffino, Rodriguez, Pasarín, Regidor, & Fernandez, 2003).

- Para medir a força de associação procedeu-se ao cálculo do risco mediante a aproximação pelo Odds Ratio (OR) que quantifica a relação entre a variável independente e a variável resposta ou dependente (Tamhane, Westfall, Burkholder, & Cutter, 2016), e a sua análise efetuada da seguinte forma:

OR= 1- não há risco

OR>1 – existe risco

OR<1 – fator de proteção

No entanto, para verificar se os valores encontrados são estatisticamente significativos deve ter-se em consideração o Intervalo de Confiança a 95%. Os valores calculados para o OR serão significativos se o IC95% não contiverem o valor 1 (Pina, 2005).

5. Apresentação dos resultados

Inicia-se este capítulo pela caracterização da amostra estudada segundo variáveis sociodemográficas, situação sensorial auditiva e visual, consumos, autoperceção de saúde e algumas variáveis clínicas e, ainda segundo as redes informais de suporte social.

5.1. Caracterização da amostra de idosos estudada

A amostra em estudo é constituída maioritariamente por pessoas casadas ou em união de facto (n=452; 58,7%); do sexo feminino (n=448; 58,2%). De igual forma a maioria possui poucas habilitações literárias, dos quais, mais de metade tem menos de oito anos de escolaridade (n=580; 75,3%) seguidos daqueles que não sabem ler nem escrever (n=126; 16,4%). A idade mínima é de 65 anos e a máxima de 94 (média =76,29 anos±7,23 anos). A distribuição por grupo etário mostra que o grupo menos representado é o grupo dos 80 e mais anos (n= 127; 16,5%). Somente 34 idosos (4,4%) é que não estão reformados e 202 idosos (26,2%) moram sós. Na distribuição por concelho de residência é possível verificar que a maioria reside no concelho de Bragança (n=159; 20,6%), sendo Carrazeda de Ansiães o concelho menos representado (n=20; 2,6%). (Tabela 1).

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica dos idosos

Variáveis	n	%	
Estado civil	Solteiro	66	8,6
	Casado/União de facto	452	58,7
	Divorciado/Separado	19	2,5
	Viúvo	233	30,3
	Total	770	100,0
Sexo	Masculino	322	41,8
	Feminino	448	58,2
	Total	770	100,0
Habilitações Literárias	Não sabe ler nem escrever	126	16,4
	Menor ou igual a 8 anos	580	75,3
	9 17 anos	53	6,9
	>17 anos	11	1,4
	Total	770	100,0
Concelho de residência	Carraceda de Ansiães	20	2,6
	Freixo de Espada à Cinta	24	3,1
	Torre de Moncorvo	56	7,3
	Alfândega da Fé	32	4,2
	Bragança	159	20,6
	Macedo d Cavaleiros	96	12,5
	Miranda do Douro	48	6,2
	Mirandela	128	16,6
	Mogadouro	64	8,3
	Vila Flor	40	5,2
	Vimioso	32	4,2
	Vinhais	71	9,2
	Total	770	100,0
Grupo etário	65 – 69 anos	169	21,9
	70 – 74 anos	166	21,6
	75 – 79 anos	153	19,9
	80 – 84 anos	155	20,1
	>= 85 anos	127	16,5
	Total	770	100,0
Mora só	Não	568	73,8
	Sim	202	26,2
	Total	770	100,0
Reforma	Não	34	4,4
	Sim	736	95,6
	Total	770	100,0

A grande maioria dos idosos referiu não ser fumador (n=693). Também a maioria (n=491) disse não consumir álcool. Do total de 12 fumadores, 9 (75%) consomem álcool e, dos 65 ex-fumadores, 42 (64,6%) são consumidores de álcool (tabela 2).

Os fumadores consomem uma média de 16 cigarros por dia ($\pm 8,8$ cigarros) e os que abandonaram o consumo de tabaco fizeram-no em média há 25,3 anos ($\pm 12,9$ anos).

Os que consomem álcool bebem em médias 13,8 medidas de álcool por semana ($\pm 7,9$ medidas).

Tabela 2. Distribuição dos idosos segundo o consumo de álcool e de tabaco

			Consumo de álcool		Total
			Não	Sim	
Consumo de tabaco	Não fumador	n	465	228	693
		%	67,1%	32,9%	100,0%
	Fumador	n	3	9	12
		%	25,0%	75,0%	100,0%
	Ex-fumador	n	23	42	65
		%	35,4%	64,6%	100,0%
Total		n	491	279	770
		%	63,8%	36,2%	100,0%

Na tabela 3 está inserida a situação sensorial visual dos idosos inquiridos. A sua análise permite verificar que, do total de pessoas que referiram não padecer de problemas visuais, 3 (1,8%) apresentavam diminuição da acuidade visual comprovada pela aplicação do teste de Snellen. Do total de pessoas que referiram padecer desses problemas (n=556; 92,5%), 45 (7,5%) evidenciaram efetivamente padecer dessa diminuição sensorial mediante a aplicação do mesmo teste. Os problemas visuais mais referenciados foram cataratas (n=60), miopia (n=49) e estigmatismo (n=22). De realçar que a grande maioria (n=415) referiu não saber de que problema padecia.

No que diz respeito à acuidade auditiva pode verificar-se que 505 idosos referiram não padecer de tal problema. No entanto, após a aplicação do teste do sussurro verificou-se que destes, 77 (15,2%) apresentavam diminuição da acuidade auditiva. Dos 265 que referiram diminuição da audição, a aplicação do teste do sussurro confirmou essa diminuição em 228 (86,0%).

Tabela 3- Distribuição da amostra segundo a capacidade visual e auditiva

Acuidade visual			Problemas visuais (diminuição da acuidade visual)		Total
			Não	Sim	
Presença autodeclarada de problemas visuais	Não	n	166	3	169
		%	98,2%	1,8%	100,0%
	Sim	n	556	45	601
		%	92,5%	7,5%	100,0%
Total		n	722	48	770
		%	93,8%	6,2%	100,0%
Acuidade auditiva			Problemas auditivos (diminuição da acuidade auditiva)		Total
			Não	Sim	
Presença autodeclarada de problemas auditivos	Não	n	428	77	505
		%	84,8%	15,2%	100,0%
	Sim	n	37	228	265
		%	14,0%	86,0%	100,0%
Total		n	465	305	770
		%	60,4%	39,6%	100,0%

Na tabela 4 está representada a distribuição dos idosos segundo a autopercepção de saúde e algumas variáveis clínicas. Na sua análise é possível verificar que a maioria dos idosos (n=452; 56,1%) classifica a sua saúde como regular e 240 (31,2%) entendem que a sua saúde é boa ou excelente. Realce-se que 98 idosos (12,7%) classificaram a sua saúde como pobre.

A maioria dos idosos toma diariamente menos de cinco medicamentos (n=498; 64,7%). A sua distribuição segundo as comorbilidades evidencia que a grande maioria não padece de nenhuma comorbilidade (n=652; 84,7%). Da mesma forma, também mais de metade da amostra não apresenta risco nutricional (n=682; 88,6%). De realçar, no entanto que 4 idosos (0,5%) estão desnutridos. A maioria dos idosos é independente na execução das atividades básicas da vida diária (n=632; 82,1%), enquanto nas atividades instrumentais da vida diária o número de idosos independentes é inferior (n=413; 53,6%). Observa-se ainda que 128 idosos (16,0%) obtiveram pontuação compatível com fragilidade e 428 (55,6%) obtiveram pontuação compatível com pré fragilidade. À altura da colheita de dados, 127 idosos (16,5%) tinham tido pelo menos um internamento hospitalar.

Tabela 4. Distribuição da amostra segundo a autoperceção de saúde e variáveis clínicas

Variáveis		n	%
Auto percepção de saúde	Excelente	37	4,8
	Boa	203	26,4
	Regular	432	56,1
	Pobre	98	12,7
	Total	770	100,0
Toma de medicação diária	< 5 medicamentos	498	64,7
	5 ou mais medicamentos	272	35,3
	Total	770	100,0
Comorbilidade	Sem comorbilidade	652	84,6
	Baixa comorbilidade	69	9,0
	Elevada comorbilidade	49	6,4
	Total	770	100,0
Estado nutricional	Sem risco nutricional	682	88,6
	Risco de desnutrição	84	10,9
	Desnutrido	4	0,5
	Total	770	100,0
ABVD	Totalmente dependente	2	0,3
	Dependência severa	4	0,5
	Dependência moderada	15	1,9
	Dependência ligeira	117	15,2
	Independente	632	82,1
	Total	770	100,0
AIVD	Independente	413	53,6
	Dependente	357	46,4
	Total	770	100,0
Fragilidade	Sem fragilidade	219	28,4
	Pré Frágil	428	55,6
	Frágil	123	16,0
	Total	770	100,0
Internamentos hospitalares	Não	643	83,5
	Sim	127	16,5
	Total	770	100,0

Na tabela 5 estão representadas as variáveis relativas a redes de suporte social informal às quais os idosos podem recorrer. Pode verificar-se que, no que diz respeito à extensão dos contactos sociais, a maioria dos idosos inquiridos possui poucos contactos (n=428; 55,6%). Também a maioria dos idosos inquiridos se manifestaram como estando moderadamente satisfeitos com os contactos sociais que possuem (n=512; 66,5%) e 80 idosos (10,4%) referiram estar insatisfeitos com os seus contactos sociais. Pode ainda verificar-se que existem 23 idosos (3%) que referiram que os seus contactos sociais não têm nenhuma disponibilidade para os ajudar, mas a grande maioria dos inquiridos (n=571; 74,2%) referiu que os seus contactos teriam disponibilidade para os ajudar por um período de tempo prolongado.

Tabela5. Distribuição dos idosos segundo a extensão e satisfação com os contactos sociais e respetiva disponibilidade para ajudar

Variáveis		n	%
Extensão de contactos com outros	Poucos	428	55,6
	Adequados	89	11,5
	Extensos	253	32,9
	Total	770	100,0
Satisfação com os contactos	Insatisfeitos	80	10,4
	Moderadamente satisfeitos	512	66,5
	Muito satisfeitos	178	23,1
	Total	770	100,0
Disponibilidade para ajudar	Nenhuma	23	3,0
	Ocasional	60	7,7
	Pequeno período de tempo	116	15,1
	Longo período de tempo	571	74,2
	Total	770	100,0

Na distribuição dos idosos inquiridos segundo a classificação obtida na escala de depressão (fig.1), pode verificar-se que, maioritariamente, os idosos não evidenciaram padecer de depressão (n=627; 81,4%). Com pontuação compatível com provável depressão existiam 96 idosos (12,5%) e 47 (6,1%) idosos apresentaram pontuações indicativas de depressão estabelecida. Globalmente os dados obtidos permitiram identificar uma prevalência de provável depressão/depressão estabelecida de 18,6%.

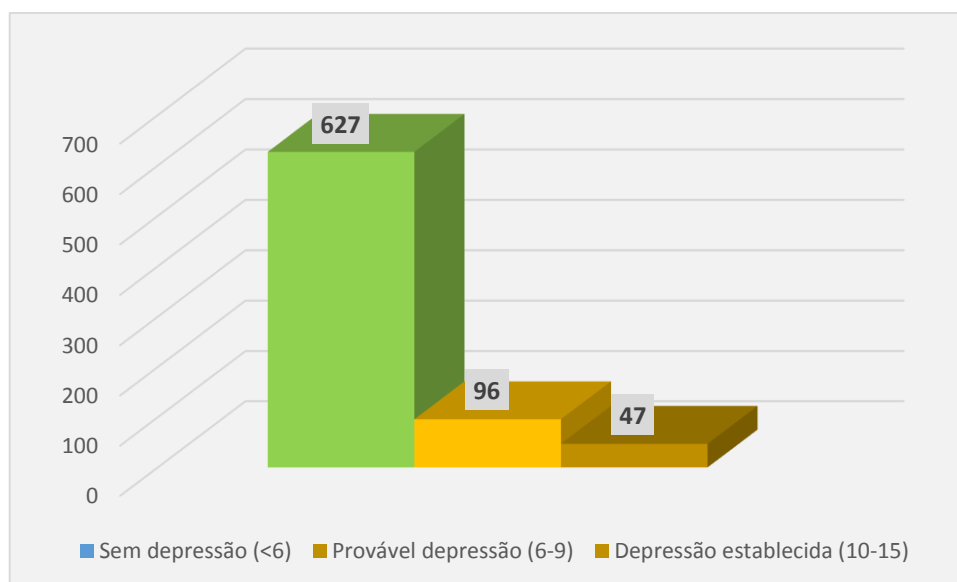


Fig.3 Distribuição dos idosos segundo sintomatologia depressiva (variável dependente)

5.2. Análise inferencial

Apresentam-se seguidamente os resultados obtidos na análise das hipóteses formuladas

H1: A prevalência de depressão/provável depressão é diferente segundo as variáveis sociodemográficas

A análise da tabela 6, permite verificar que na distribuição dos idosos segundo o sexo e sintomatologia depressiva, existe maior número de pessoas do sexo feminino com provável depressão. Neste sexo a razão de prevalência de depressão é de 20,3%, enquanto no sexo masculino se observa uma razão de prevalência de 16,1%. Pela aplicação do teste do qui-quadrado não se verificou existir relação entre as duas variáveis, pelo que as diferenças nas proporções entre os grupos não são estatisticamente significativas ($\chi^2=2,147$; $p=0,143$).

Analisada a distribuição por grupo etário, pode verificar-se que a razão de prevalência de depressão é mais elevada nos grupos etários 80-84 anos (25,8%) e dos 80 e mais anos (23,6%). O cálculo do Odds ratio veio demonstrar que os idosos de 70-74 anos (OR= 2,358; IC95%=1,221-4,554), os de 75-79 anos (OR= 2,200; IC95%=1,122-4,315), os de 80-84 anos (OR=3,571; IC95%=1,887-6,777) e os de 80 e mais anos (OR=3,175; IC95%=1,625-6,204), evidenciam maior probabilidade de padecerem de depressão quando comparados com os de 65-69 anos, verificando-se diferenças estatisticamente significativas nas proporções entre os grupos estudados ($\chi^2=18,101$; $p=0,001$).

Na distribuição da depressão segundo o estado civil observa-se uma razão de prevalência de 28,8% nos solteiros, 14,4% nos casados, 24,5% nos viúvos, 10,5% nos divorciados. A aplicação do teste do qui-quadrado veio confirmar a relação entre o estado civil e a depressão. Pelo cálculo do Odds Ratio pode verificar-se que o estado civil de casado parece constituir um fator de proteção para a depressão (OR=0,517; IC95%= 0,358 – 0,746). O cálculo do OR para os restantes estados civis não se mostrou estatisticamente significativo uma vez que o IC a 95% incluía o valor 1.

A aplicação do teste do qui-quadrado comprovou a existência de relação entre a escolaridade e a depressão ($\chi^2=15,271$; $p<0,001$). Por outro lado, a razão de prevalência de depressão nos idosos que não possuem escolaridade (31,0%) é superior à observada nos idosos com escolaridade (16,1%). O cálculo do Odds Ratio parece indicar que a escolaridade constitui um fator de proteção para a depressão (OR=0,430; IC95%= 0,279-0,662).

A aplicação do teste do qui-quadrado não evidenciou a existência de relação entre o morar só e a depressão ($\chi^2=1,867$; $p=0,172$) apesar da razão de prevalência naqueles que moram sós (21,8%) ser mais elevada que naqueles que moram acompanhados (17,4%).

A razão de prevalência de provável depressão é mais elevada nos idosos reformados (18,9%) que nos não reformados (11,8%). Apesar disso o teste do qui-quadrado não demonstrou existir relação entre as variáveis ($\chi^2=1,090$; $p=0,297$).

Face aos resultados obtidos confirmou-se parcialmente a hipótese 1.

Tabela 6. Relação e risco de depressão segundo as variáveis sociodemográficas

Variáveis sociodemográficas		Depressão			Qui-quadrado	Odds ratio
		Sem depressão	Com depressão	Total		
		fo(%)	fo(%)	fo(%)		
Sexo	Feminino	357 (79,7)	191 (20,3)	448 (100,0)	2,147 (0,143)	
	Masculino	270 (83,9)	52 (16,1)	322(100,0)		
	Total	627(81,4)	143 (18,6)	770 (100,0)		
Faixa etária	65 a 69	154(91,9)	15 (8,9)	169 (100,0)	18,101 (0,001)	1†
	70 a 74	135 (81,3)	31 (18,7)	166 (100,0)		2,358(1,221-4,554)
	75 a 79	126 (82,4)	27 (17,6)	153 (100,0)		2,200(1,122-4,315)
	80 a 84	115 (74,2)	40 (25,8)	155 (100,0)		3,571(1,887-6,777)
	≥ 85 anos	97 (76,4)	30 (23,6)	127 (100,0)		3,175(1,625-6,204)
	Total	627 (81,4)	143 (18,6)	770 (100,0)		
Estado Civil	Solteiro	47 (71,2)	19 (28,8)	66 (100,0)	15,967 (0,001)	1†
	Casado	387 (85,6)	65 (14,4)	452 (100,0)		0,517(0,358-0,746)
	Viúvo	176 (75,5)	57 (24,5)	233 (100,0)		
	Divorciado	17(89,5)	2 (10,5)	19(100,0)		
	Total	627(81,4)	143 (18,6)	770 (100,0)		
Habilitações Literárias	Sem estudos	87 (69,0)	39 (31,0)	126 (100,0)	15,271 (<0,001)	1†
	Com estudos	540 (83,9)	104 (16,1)	644 (100,0)		0,430 (0,279-0,662)
	Total	627 (81,4)	143 (18,6)	770 (100,0)		
Mora só	Não	469 (82,6)	99 (17,4)	568 (100,0)	1,867 (0,172)	
	Sim	158 (78,2)	44 (21,8)	202 (100,0)		
	Total	627 (81,4)	143 (18,6)	770 (100,0)		
Reformado	Não	30 (88,2)	4 (11,8)	34 (100,0)	1,090 (0,297)	
	Sim	597 (81,1)	139 (18,9)	736 (100,0)		
	Total	627 (81,4)	143 (18,6)	770 (100,0)		

1†- classe de referência

H2: A prevalência de depressão/provável depressão é diferente segundo o consumo de tabaco e de álcool

A análise da sintomatologia depressiva segundo o consumo de tabaco e de álcool (tabela 7) permite verificar que a razão de prevalência nos não fumadores (19,2%) é maior que nos fumadores (8,3%) e ex fumadores (13,3%). Apesar disso o teste do qui-quadrado não confirmou a existência de relação entre as variáveis ($\chi^2=1,968$; $p=0,374$).

No que concerne ao consumo de álcool, verificou-se a existência de relação com a provável depressão ($\chi^2=8,157$; $p=0,004$). De facto, a razão de prevalência é maior nos não consumidores (21,6%) que nos consumidores de álcool (13,3%). O valor do Odds Ratio calculado (OR=0,555; IC95%= 0,370-,835) parece evidenciar que, na amostra estudada, o consumo de álcool constitui fator protetor para a depressão.

Face aos resultados obtidos confirmou-se parcialmente a hipótese 2

Tabela7. Relação e risco de depressão segundo o consumo de tabaco e álcool

Variáveis sociodemográficas		Depressão		Total fo(%)	Qui- quadrado ET(p)	Odds ratio OR (IC 95%)
		Sem depressão	Com depressão			
		fo(%)	fo(%)			
Consumo de Tabaco	Não fumador	560 (80,8)	133 (19,2)	693 (100,0)	1,968 (0,374)	
	Fumador	11 (91,7)	1 (8,3)	12 (100,0)		
	Ex fumador	56 (86,2)	9 (13,8)	65(100,0)		
	Total	627(81,4)	143 (18,6)	770 (100,0)		
Consumo de álcool	Não	385 (78,4)	106(21,6)	491 (100,0)	8,157 (0,004)	1† 0,555(0,370-,835)
	Sim	242 (86,7)	37 (13,3)	279 (100,0)		
	Total	627 (81,4)	143 (18,6)	770 (100,0)		

1†- classe de referência

H3: A prevalência de depressão/provável depressão é diferente segundo a capacidade sensorial

Ao analisar a distribuição de possíveis problemas depressivos segundo a diminuição da capacidade sensorial visual e auditiva (tabela 8), pode observar-se que nos problemas visuais autodeclarados a razão de prevalência (20,7%) é mais elevada naqueles que referiram não padecer desses problemas. Confirmada a diminuição da acuidade visual mediante a aplicação do teste de Snellen verifica-se que a razão de prevalência de provável depressão é mais elevada nos que padecem dessa diminuição (27,1%). Apesar disso, a aplicação do teste do Qui-quadrado não confirmou a existência de diferenças estatisticamente significativas nas proporções entre os grupos ($\chi^2=0,655$; $p=0,418$) e ($\chi^2=2,453$; $p=0,117$).

Na análise da acuidade auditiva pode observar-se que a razão de prevalência é mais elevada tanto naqueles que referiram padecer dessa diminuição (22,3%) como naqueles onde a mesma foi confirmada mediante o teste do sussurro (21,3%). Também nesta comparação de proporções não se verificou existirem diferenças significativas entre os grupos estudados ($\chi^2=3,643$; $p=0,056$) e ($\chi^2=2,507$; $p=0,113$). Em face destes resultados

não se procedeu ao cálculo do Odds Ratio. Perante estes resultados, a hipótese 3 não foi confirmada.

Tabela8. Relação e risco de depressão segundo a acuidade visual e auditiva

Variáveis sociodemográficas		Depressão		Total	Qui-quadrado	Odds ratio
		Sem depressão	Com provável depressão			
		fo(%)	fo(%)			
Problemas visuais autodeclarados	Não	134 (79,3)	35(20,7)	169(100,0)	0,655 (0,418)	
	Sim	493 (82,0)	108 (18,0)	601(100,0)		
	Total	627(81,4)	143 (18,6)	770 (100,0)		
Diminuição da acuidade visual (Snellen)	Não	592 (82,0)	130 (18,0)	722 (100,0)	2,453 (0,117)	
	Sim	35 (72,9)	13 (27,1)	48 (100,0)		
	Total	627 (81,4)	143 (18,6)	770 (100,0)		
Problemas auditivos autodeclarados	Não	421 (83,4)	84 (16,6)	505 (100,0)	3,643 (0,056)	
	Sim	206 (77,7)	59 (22,3)	265 (100,0)		
	Total	627 (81,4)	143 (18,6)	770 (100,0)		
Diminuição da acuidade auditiva (sussurro)	Não	387 (83,2)	78 (16,8)	465 (100,0)	2,507 0,113	
	Sim	240(78,7)	65 (21,3)	305 (100,0)		
	Total	627 (81,4)	143 (18,6)	770 (100,0)		

H4: A prevalência de depressão/provável depressão é diferente segundo a percepção individual de saúde e outras variáveis clínicas

Na tabela 9 pode observar-se a distribuição de provável depressão segundo a percepção individual de saúde e outras variáveis clínicas. Verifica-se que a razão de prevalência de possível depressão aumenta com a pior percepção individual de saúde (excelente:0,0%; boa:5,9%; regular:17,8% e pobre:55,1%). A aplicação do teste do qui-quadrado confirmou a existência de diferenças estatísticas nas proporções segundo os diferentes grupos ($\chi^2=116,594$; $p= <0,001$). Pelo cálculo do Odds Ratio pode verificar-se que quando comparado com as pessoas com uma excelente percepção individual de saúde, o risco de padecer de depressão aumenta com à medida que a percepção individual de saúde diminui (boa: OR=1,063; IC95%=1,027-1,100; regular: OR=1,217; IC95%=1,165-1,272; e pobre: OR=2,227; IC95%=1,789-2,774).

A razão de prevalência de provável depressão é, também superior nos idosos polimedicados (29,4%) relativamente aos que tomam menos de cinco medicamentos por dia (12,7%). A aplicação do teste do qui-quadrado confirmou a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos ($\chi^2=32,681$; $p= <0,001$). O cálculo do Odds Ratio evidenciou que os idosos polimedicados apresentam uma probabilidade

acrescida de padecerem de provável depressão (OR=2,877; IC95%=1,985-4,170) quando comparados com os que fazem menos medicação diária.

A razão de prevalência é igualmente mais elevada nos idosos que apresentam comorbilidades relativamente àqueles que não a apresentam (sem comorbilidade: 15,8%; média comorbilidade: 27,5% e elevada comorbilidade: 42,9%). Também nesta variável se verificaram diferenças significativas nas proporções entre os diferentes grupos ($\chi^2=26,095$; $p= <0,001$) e, quando comparados com os idosos que não têm comorbilidades, os outros dois grupos apresentam um risco acrescido de virem a padecer de provável depressão (média comorbilidade: OR= 2,025; IC 95%=1,147-3,576; elevada comorbilidade: OR=3,998; IC95%=2,186-7,311).

Também nos idosos em risco nutricional ou desnutridos a razão de prevalência (48,9%) é mais elevada que naqueles com estado nutricional normal (14,7%). O teste do qui-quadrado confirmou a diferença estatisticamente significativa nas proporções entre os dois grupos ($\chi^2=60,288$; $p= <0,001$). Calculado o risco através do Odds ratio verifica-se que os idosos em risco nutricional ou desnutridos apresentam maior risco de padecerem de provável depressão quando comparados com aqueles que apresentam um estado nutricional normal (OR=5,561; IC95%=3,480-8,887).

Também no desempenho das atividades de vida diária (básicas e instrumentais) se verificam razões de prevalência de depressão nos idosos dependentes (ABVD: 37,8% e AIVD: 26,3%) são mais elevadas que nos idosos independentes no desempenho dessas atividades de vida diária. O teste do qui-quadrado confirmou a existência de diferenças significativas nas proporções entre os dois grupos de idosos nos dois grupos de atividades (ABVD: ($\chi^2=37,580$; $p= <0,001$); AIVD: ($\chi^2=26,498$; $p= <0,001$). Também o cálculo do Odds ratio comprovou que os idosos dependentes nestas atividades apresentam risco acrescido de padecerem de provável depressão (ABVD: OR=3,441; IC95%=2,283-5,186; AIVD: OR=2,655; IC95%=1,816-3,883).

A distribuição dos idosos segundo a fragilidade e depressão mostra que as razões de prevalência são mais elevadas nos idosos pré frágeis (16,6%) e frágeis (44,7%) em comparação com os não frágeis. As diferenças nas proporções foram confirmadas pelo teste do qui-quadrado ($\chi^2=73,626$; $p= <0,001$), verificando-se que ambos os grupos apresentam risco acrescido de padecer de depressão quando comparados com os não frágeis, (Pré-frágil: OR=2,363; IC95%=1,354-4,123; Frágil: OR=9,611; IC95%=5,225-17,677).

A análise dos internamentos segundo a depressão evidencia que a razão de prevalência de depressão é mais elevada nas pessoas que sofreram pelo menos um internamento (31,5%) em comparação com aqueles que não tiveram internamentos. O teste do qui-quadrado confirmou as diferenças estatisticamente significativas nas proporções entre os grupos estudados ($\chi^2=16,800$; $p= <0,001$) e o cálculo do Odds ratio veio demonstrar que as pessoas com internamento possuem risco acrescido de padecer de depressão (OR=2,410; IC95%=1,569-3,704).

Face aos resultados obtidos a hipótese 4 foi confirmada na sua totalidade.

Tabela 9. Relação entre depressão e auto percepção de saúde e outras variáveis clínicas

Variáveis	Depressão			Total	Qui-quadrado	Odds ratio
	Sem depressão	Com provável depressão				
	fo(%)	fo(%)	fo(%)			
Auto percepção de saúde	Excelente	37 (100,0)	0 (0,0)	37 (100,0)		1†
	Boa	191 (94,1)	12 (5,9)	203 (100,0)	116,594	1,063(1,027-1,100)
	Regular	355 (82,2)	7 (1,8)	432 (100,0)	(<0,001)	1,217(1,165-1,272)
	Pobre	44 (44,9)	54 (55,1)	322(100,0)		2,227(1,789-2,774)
	Total	627(81,4)	143 (18,6)	770 (100,0)		
Toma de medicação diária	<5medicamentos	435(87,3)	63 (12,7)	498 (100,0)	32,681	1†
	5 ou mais	192(70,6)	380 (29,4)	272(100,0)	(<0,001)	2,877(1,985-4,170)
	Total	627 (81,4)	143 (18,6)	770 (100,0)		
Comorbilidade de	Sem comorbilidade	549 (84,2)	103 (15,8)	652 (100,0)		1†
	Média comorbilidade	50 (72,5)	19 (27,5)	69 (100,0)	26,095	2,025(1,147-3,576)
	Elevada comorbilidade	28(57,1)	21 (42,9)	49(100,0)	(<0,001)	3,998(2,186-7,311)
	Total	627(81,4)	143 (18,6)	770 (100,0)		
Estado nutricional	Normal	582 (85,3)	100 (14,7)	682(100,0)	60,288	1†
	Risco/Desnutrido	45 (51,1)	43 (48,9)	88 (100,0)	(<0,001)	5,561 (3,480-8,887)
	Total	627 (81,4)	143 (18,6)	770 (100,0)		
ABVD	Independente	540 (85,4)	92 (14,6)	632 (100,0)	37,580	1†
	Dependente	87 (63,0)	51 (37,0)	138 (100,0)	(<0,001)	3,441(2,283-5,186)
	Total	627 (81,4)	143 (18,6)	770 (100,0)		
AIVB	Independente	364 (88,1)	49 (11,9)	413 (100,0)	26,498	1†
	Dependente	263 (73,7)	94 (26,3)	357 (100,0)	(<0,001)	2,655(1,816-3,883)
	Total	627 (81,4)	143 (18,6)	770 (100,0)		
Fragilidade	Sem fragilidade	202 (92,2)	17 (7,8)	219 (100,0)		1†
	Pré Frágil	357 (83,4)	71 (16,6)	428 (100,0)	73,626	2,363(1,354-4,123)
	Frágil	68 (55,3)	55 (44,7)	123 (100,0)	(<0,001)	9,611(5,225-17,677)
	Total	627 (81,4)	143 (18,6)	770 (100,0)		
Internamentos	Não	540 (84,0)	103 (16,0)	643 (100,0)	16,800	1†
	Sim	87 (68,5)	40 (31,5)	127 (100,0)	(<0,001)	2,410(1,569-3,704)
	Total	627 (81,4)	143 (18,6)	770 (100,0)		

1†- classe de referência

6. Discussão dos resultados

A amostra em estudo é constituída maioritariamente por pessoas do sexo feminino (n=448; 58,2%), casadas ou em união de facto (n=452; 58,7%). A idade mínima é de 65 anos e a máxima de 94 (média =76,29 anos \pm 7,23 anos). A distribuição por grupo etário mostra que o grupo menos representado é o grupo dos 80 e mais anos (n= 127; 16,5%). Somente 34 idosos (4,4%) é que não estão reformados e 202 idosos (26,2%) moram sós.

A maioria da amostra possui poucas habilitações literárias tendo-se observado que mais de metade tem menos de oito anos de escolaridade (n=580; 75,3%) seguidos daqueles que não sabem ler nem escrever (n=126; 16,4%).

Segundo a classificação obtida na escala de depressão, pode verificar-se que, maioritariamente, os idosos não evidenciaram padecer de depressão (n=627; 81,4%). Com pontuação compatível com provável depressão existiam 96 idosos (12,5%) e 47 (6,1%) idosos apresentaram pontuações indicativas de depressão estabelecida. Globalmente os dados obtidos permitiram identificar uma prevalência de provável depressão/depressão estabelecida de 18,6%.

Silva et al. (2019) obteve um resultado de prevalência de sintomas depressivos de 37,2% da amostra constituída por 360 idosos, no entanto esta recolha foi realizada num atendimento de um centro de referência, pelo que num contexto diferente do nosso, uma vez que os participantes do nosso estudo se encontram no seu domicílio.

Teston et al. (2014) deparou-se com resultados semelhantes aos por nós encontrados, com uma prevalência de depressão de 18% numa amostra de idosos que viviam na comunidade que fizeram parte do seu estudo.

A depressão é mais elevada nos grupos etários 80-84 anos (25,8%) e dos 80 e mais anos (23,6%). O cálculo do Odds ratio veio demonstrar que os idosos com mais de 70 anos evidenciam maior probabilidade de padecerem de depressão quando comparados com os de 65-69 anos (p=0,001), tal resultado vai de encontro aos descobertos por Pinho et al. (2007) que numa revisão da literatura encontrou um aumento dos sintomas de depressão ou presença de depressão nas faixas etárias mais elevadas, independentemente do sexo.

Na distribuição da depressão segundo o estado civil observa-se uma razão de prevalência de 28,8% nos solteiros, 14,4% nos casados, 24,5% nos viúvos, 10,5% nos divorciados. A

aplicação do teste do qui-quadrado veio confirmar a relação entre o estado civil e a depressão. Estes resultados vão de encontro aos estudos realizados por Pinho et al. (2009), Teston et al. (2014) e Frade et al. (2015) nos quais se encontrou diferença estatisticamente significativa entre a prevalência de depressão e o estado civil, sendo que em todos eles, a menor prevalência era nos idosos casados/em união de facto. No nosso estudo, pelo cálculo do Odds Ratio pode verificar-se que o estado civil de casado parece constituir um fator de proteção para a depressão (OR=0,517).

Ser casado pode contribuir para minimizar os sentimentos de solidão, que muitas vezes são próprios a esta fase da vida (Oliveira, et al., 2012).

No que diz respeito ao sexo, este estudo permite verificar que a distribuição dos idosos segundo o sexo e sintomatologia depressiva, existe maior número de pessoas do sexo feminino com depressão (20,3%) do que no sexo masculino (16,1%). No entanto, pela aplicação do teste do qui-quadrado não se verificou existir relação entre as duas variáveis ($p=0,143$), resultados estes inversos aos encontrados por Teston et al. (2014) e Silva et al. (2017) que associam o sexo feminino á prevalência de depressão.

Quando analisada a prevalência de depressão segundo o nível de escolaridade, a aplicação do teste do qui-quadrado comprovou a existência de relação entre a escolaridade e a depressão ($p<0,001$). Por outro lado, a razão de prevalência de depressão nos idosos que não possuem escolaridade (31,0%) é superior à observada nos idosos com escolaridade (16,1%). Estes resultados vão de encontro aos estudos realizados por Pinho et al. (2014), Teston et al. (2014) e Silva et al. (2017) em que os idosos mais afetados pela depressão são aqueles que possuem menor nível de escolaridade. Por outro lado, o estudo desenvolvido por Frade et al. (2015) não confirma esta afirmação, referindo que os níveis de escolaridade não influenciaram os níveis de depressão na amostra de idosos por eles estudada. Neste estudo, o cálculo do Odds Ratio parece indicar que a escolaridade constitui um fator de proteção para a depressão (OR=0,430;).

No que diz respeito a hábitos de consumo, a grande maioria dos idosos referiu não ser fumador ($n=693$), assim como não consumir álcool ($n=491$).

A análise da sintomatologia depressiva segundo o consumo de tabaco e de álcool permite verificar que a razão de prevalência nos não fumadores (19,2%) é maior que nos fumadores (8,3%) e ex fumadores (13,3%). Apesar disso não se confirmou a existência de relação entre as variáveis ($p=0,374$).

No que concerne ao consumo de álcool, verificou-se a existência de relação com a depressão, verificando-se uma razão de prevalência maior nos não consumidores (21,6%) que nos consumidores de álcool (13,3%). O valor do Odds Ratio calculado (OR=0,555; IC95%= 0,370-,835) parece evidenciar que, na amostra estudada, o consumo de álcool constitui fator protetor para a depressão. Também num estudo desenvolvido por Noronha et al. (2019) esta situação se verificou, pois, o estudo que desenvolveu, revelou uma associação significativa e positiva entre a depressão e consumo de álcool, embora noutros estudos, segundo o mesmo autor, se verifique o contrário, principalmente em situações de abstinência.

Analisando a prevalência de depressão segundo a avaliação sensorial, verifica-se que a razão de prevalência de depressão é mais elevada nos que padecem dessa diminuição da acuidade visual (27,1%). Apesar disso, não se confirmou a existência de diferenças estatisticamente significativas ($p=0,117$).

No que diz respeito à acuidade auditiva também não se verificou existirem diferenças significativas entre os grupos estudados.

Em relação à polimedicação, nesta amostra verificou-se que a maioria dos idosos toma diariamente menos de cinco medicamentos ($n=498$; 64,7%), dados contrários aos exibidos por Silva et al. (2019) que no seu estudo, observou uma percentagem de idosos polimedicados foi de 66,6%.

A razão de prevalência de depressão é também superior nos idosos polimedicados (29,4%) relativamente aos que tomam menos de cinco medicamentos por dia (12,7%) ($p < 0,001$). O cálculo do Odds Ratio evidenciou que os idosos polimedicados apresentam uma probabilidade acrescida de padecerem de depressão (OR=2,877) quando comparados com os que fazem menos medicação diária.

Analisando a prevalência de depressão segundo a auto percepção de saúde e algumas variáveis clínicas é possível verificar que a maioria dos idosos ($n=452$; 56,1%) classifica a sua saúde como regular e 240 (31,2%) entendem que a sua saúde é boa ou excelente. Realce-se que 98 idosos (12,7%) classificaram a sua saúde como pobre.

Verifica-se que a razão de prevalência de depressão aumenta com a pior percepção individual de saúde (excelente:0,0%; boa:5,9%; regular:17,8% e pobre:55,1%). Pode verificar-se que quando comparado com as pessoas com uma excelente percepção

individual de saúde, o risco de padecer de depressão aumenta à medida que a percepção individual de saúde diminui (boa: OR=1,063; IC95%=1,027-1,100; regular: OR=1,217; IC95%=1,165-1,272; e pobre: OR=2,227; IC95%=1,789-2,774). Tais resultados vão de encontro ao estudo de Silva et al. (2019) no qual concluiu que a percepção negativa sobre a sua saúde está, de facto, associada á sintomatologia depressiva.

Observa-se ainda que 128 idosos (16,0%) obtiveram pontuação compatível com fragilidade e 428 (55,6%) obtiveram pontuação compatível com pré fragilidade. A distribuição dos idosos segundo a fragilidade e depressão mostra que as razões de prevalência são mais elevadas nos idosos pré frágeis (16,6%) e frágeis (44,7%) em comparação com os não frágeis. As diferenças nas proporções foram confirmadas pelo teste do qui-quadrado ($\chi^2=73,626$; $p= <0,001$), verificando-se que ambos os grupos apresentam risco acrescido de padecer de depressão quando comparados com os não frágeis. Também no estudo realizado por Silva et al. (2019) se encontrou associação entre a sintomatologia depressiva e a fragilidade.

A razão de prevalência é mais elevada nos idosos que apresentam comorbilidades relativamente àqueles que não a apresentam. Também nesta variável se verificaram diferenças significativas, tal como verificado por Pinho et al. (2009) numa revisão de literatura, em que 5 dos 11 estudos analisados referiam associação significativa entre as variáveis depressão e presença de comorbilidades. No nosso estudo, também foi possível perceber que os idosos com comorbilidades têm um risco acrescido de virem a padecer de depressão.

Também nos idosos em risco nutricional ou desnutridos a razão de prevalência (48,9%) é mais elevada que naqueles com estado nutricional normal (14,7%). O teste do qui-quadrado confirmou a diferença estatisticamente significativa nas proporções entre os dois grupos ($\chi^2=60,288$; $p= <0,001$). Calculado o risco através do Odds ratio verifica-se que os idosos em risco nutricional ou desnutridos apresentam maior risco de padecerem de depressão quando comparados com aqueles que apresentam um estado nutricional normal (OR=5,561).

A análise dos internamentos segundo a depressão evidencia que a razão de prevalência de depressão é mais elevada nas pessoas que sofreram pelo menos um internamento (31,5%) em comparação com aqueles que não tiveram internamentos. Verificou-se que as pessoas com internamento possuem risco acrescido de padecer de depressão

(OR=2,410). Estes resultados vão de encontro aos do estudo de Silva et al. (2019), em que também foi verificada a existência de associação entre a presença de sintomas depressivos e internamentos hospitalares, afirmando igualmente que os internamentos podem ser considerados de risco para a ocorrência de sintomas depressivos.

Quanto ao nível de dependência, a maioria dos idosos é independente na execução das atividades básicas da vida diária (n=632; 82,1%), enquanto nas atividades instrumentais da vida diária o número de idosos independentes é inferior (n=413; 53,6%). Podemos verificar que estamos perante uma amostra de participantes com ligeiro comprometimento funcional, com uma boa independência instrumental, talvez porque se trata de idosos que vivem no domicílio, e como tal apresentam mais autonomia e independência funcional nas atividades da vida diária.

A prevalência de depressão nos idosos dependentes é mais elevada que nos idosos independentes no desempenho dessas atividades de vida diária. Existe diferenças significativas ($p < 0,001$). Também o cálculo do Odds ratio comprovou que os idosos dependentes nestas atividades apresentam risco acrescido de padecerem de depressão. Estes resultados vão de encontro aos estudos obtidos por e Silva et al. (2019) em que foi encontrada associação entre a dependência funcional e os sintomas depressivos. Pinho et al. (2014) no seu artigo de revisão de literatura, refere que a incidência de depressão se encontra provavelmente associada á vulnerabilidade dos idosos e limitação funcional, do que á idade propriamente dita.

No que diz respeito à extensão dos contactos sociais, a maioria dos idosos inquiridos possui poucos contactos (n=428; 55,6%). Apesar da razão de prevalência de depressão naqueles que moram sós (21,8%) ser mais elevada que naqueles que moram acompanhados (17,4%), tal como verificado em vários estudos como os de Pinho et al. (2009), Oliveira et al. (2012), Teston et al. (2014), Frade et al. (2015) e Silva et al. (2017), não se verificou a existência de relação entre o morar só e a depressão ($p=0,172$).

A razão de prevalência de depressão é mais elevada nos idosos reformados (18,9%) que nos não reformados (11,8%). No entanto, não se verificou existir relação entre as variáveis ($p=0,297$). Importa referir que apenas 34 idosos dos 770 não estavam, á data da recolha de dados, reformados.

7. Conclusões/sugestões

Neste capítulo enumeramos as principais conclusões deste estudo, que teve por base a metodologia já utilizada pelo Grupo de Investigação em Gerontologia da Universidade da Corunha (GIG-UDC) em toda a região da Galiza, que conta com uma população com características idênticas à do distrito de Bragança.

Os dados obtidos permitiram-nos concluir que a amostra estudada é constituída maioritariamente por pessoas casadas ou em união de facto (n=452; 58,7%), do sexo feminino (n=448; 58,2%). De igual forma a maioria possui poucas habilitações literárias, dos quais, mais de metade tem menos de oito anos de escolaridade (n=580; 75,3%) seguidos daqueles que não sabem ler nem escrever (n=126; 16,4%), esta situação poderá ser justificada pelo facto de nas décadas 30-50 a escolaridade ser de acesso desigual a esta população, na altura crianças ou adolescentes. A idade mínima é de 65 anos e a máxima de 94 (média =76,29 anos±7,23 anos). A distribuição por grupo etário mostra que o grupo menos representado é o grupo dos 80 e mais anos (n= 127; 16,5%). Em toda a amostra, apenas 34 idosos (4,4%) é que não estão reformados e 202 idosos (26,2%) moram sós.

Segundo a classificação obtida na escala de depressão, pode verificar-se que, a grande maioria dos idosos não evidenciaram padecer de depressão (n=627; 81,4%). Com pontuação compatível com provável depressão existiam 96 idosos (12,5%) e 47 (6,1%) idosos apresentaram pontuações indicativas de depressão estabelecida. Globalmente os dados obtidos permitiram identificar uma prevalência de depressão de 18,6%.

A prevalência de depressão foi superior nos grupos etários com idades superiores a 80 anos. Acredita-se que esta situação esteja relacionada com o avançar da vida, perdas afetivas, aumento de comorbilidades, o aproximar do final de vida.

O sexo feminino foi aquele em que observou maior prevalência de depressão, no entanto não se observou diferença estatisticamente significativa em relação ao sexo masculino.

Quanto aos hábitos de vida, constatou-se que a grande maioria dos idosos referiu não ser fumador (n=693). Também a maioria (n=491) disse não consumir álcool.

A análise da sintomatologia depressiva segundo o consumo de tabaco e de álcool permite verificar que a razão de prevalência nos não fumadores (19,2%) é maior que nos fumadores (8,3%) e ex fumadores (13,3%). No entanto não confirmou a existência de relação entre as variáveis, já no que concerne ao consumo de álcool, verificou-se a

existência de relação com a depressão, pois o valor do Odds Ratio calculado (OR=0,555) parece evidenciar que, na amostra estudada, o consumo de álcool constitui fator protetor para a depressão. Esta situação poderá ser justificada por reuniões familiares e de amigos, em que beber constitui um ato social frequente nestes eventos, e culturalmente aceita nestas gerações.

Quanto á capacidade sensorial, a razão de prevalência de depressão é mais elevada nos que padecem quer da diminuição de acuidade visual, quer da diminuição da acuidade auditiva, no entanto não se verificou em nenhuma das situações diferença estatisticamente significativa.

Verificou-se que a prevalência de depressão é maior nos idosos com pior percepção da saúde, nos idosos polimedicados, naqueles que possuem mais comorbilidades, nos frágeis ou pré-frágeis e desnutridos ou com risco nutricional. Da mesma forma verifica-se que os idosos com pior saúde autopercebida, os idosos polimedicados, com mais comorbilidades, idosos frágeis ou pré frágeis e desnutridos ou com risco nutricional têm maior risco de desenvolverem problemas depressivos.

A saúde auto percebida é uma avaliação subjetiva, pois esta avaliação possui caráter multidimensional, em que as características individuais condicionam o seu modo de encarar a vida, e que por isso, não é exata. Por outro lado, as comorbilidades acarretam, normalmente, maior dependência física, pior saúde auto percebida, possíveis internamentos e polimedicação, fatores estes que poderão estar associados ao desenvolvimento desta doença.

No que diz respeito ás atividades de vida diária, temos em estudo uma amostra com um bom nível funcional, quer nas ABVD, quer nas AIVD. Ainda assim, concluiu-se que a prevalência de depressão é maior nos idosos dependentes, e também que o risco de desenvolver depressão é maior nos idosos dependentes nas atividades de vida diárias (quer nas básicas, quer nas instrumentais). As limitações quer nas ABVD, quer nas AIVD implicam comprometimento físico, social e funcional, pelo que podem, atendendo ao nível de autonomia, gerar um desequilíbrio emocional, no bem-estar individual e social, podendo desencadear sintomatologia depressiva.

Na amostra estudada, 127 tinham tido algum internamento no último ano, no entanto pode-se concluir que prevalência de depressão é mais elevada nas pessoas que sofreram pelo menos um internamento, assim como se pode perceber que as pessoas com internamento possuem risco acrescido de padecer de depressão. Os internamentos estão

associados a agudizações de doenças, quedas, diminuição da funcionalidade, entre outros, em que se é confrontado com as próprias fragilidades, a solidão e percepção de que saúde estará em risco.

No que diz respeito aos recursos sociais, embora a prevalência de depressão seja superior nos idosos que moram sozinhos, não foi observada uma diferença estatisticamente significativa que nos permita estabelecer essa relação. Esta situação poderá ser justificada pelo apoio que nesta região se presta entre os conterrâneos e especificamente amigos mais próximos e vizinhos, que muitas vezes são considerados como família e o seu principal apoio e amparo.

Da totalidade da amostra em estudo, 11.8% encontrava-se ainda profissionalmente ativo á data de recolha de dados. A prevalência de depressão encontrada foi maior na população reformada, no entanto não foi encontrada relação entre as variáveis. Estes resultados podem ser justificados pela atividade paralela que nesta região se pratica, a agricultura, que não sendo cada vez mais um meio de subsistência, é uma forma de ocupar o tempo e também proporciona momentos de convívio e partilha.

Acreditamos ter conseguido atingir os objetivos aos quais nos propusemos, validando 1 hipótese e duas hipóteses parcialmente das quatro inicialmente formuladas.

Esta foi uma caminhada em conjunto, em foram adquiridas novas experiências, partilhas com colegas e com todos os idosos participantes no estudo.

As dificuldades sentidas prendem-se, principalmente, com a grande área geográfica para colheita dos dados, o tamanho da amostra e o facto de ter de conciliar este trabalho com a atividade profissional e a família.

Considera-se que esta investigação deve ser assumida como um ponto de partida, de diagnóstico, planificação, estruturação e implementação de programas e/ou projetos de intervenção em saúde comunitária que potenciem a saúde dos indivíduos, e neste contexto de enfermagem comunitária, da comunidade.

Embora os resultados desta investigação indiquem uma prevalência de depressão abaixo de outros estudos realizados (18.6%), estes devem ser encarados como um estímulo motivando-nos enquanto enfermeiros especialistas em enfermagem comunitária e de saúde pública a desenvolver aptidões e implementar atividades/estratégias com o objetivo de potenciar a sua saúde mental dos nossos idosos. Neste sentido consideramos que esta

investigação apresenta um importante contributo na saúde dos idosos, pois com os resultados obtidos podemos agora apostar na promoção da saúde e prevenção da doença.

Fica a sugestão de novos estudos nesta área, ou até replicar este estudo nos vários distritos do país, seria interessante perceber e comparar a prevalência de depressão nos idosos nas diferentes regiões do país, e quem sabe poder adotar estratégias nacionais com o objetivo de prevenir os problemas depressivos.

Referências bibliográficas

- AMA. (2000). *Depressão - como viver com a doença e como a tratar*. AMA (*American Medical Association*).
- APA. (2014). *Manual de diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (5ª ed., Vols. DSM-5). Clieupsi Editores.
- APNA. (10 de 09 de 2020). *Community health nursing*. Obtido de APNA: Supporting nurses im primary health care: <https://www.apna.asn.au/profession/what-is-primary-health-care-nursing/community-health-nursing>
- Apóstolo, J. L. (2012). *Instrumentos para Avaliação em Geriatria*. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- APPSIQ. (2010). Obtido em Julho de 2019, de Associação Paranaense de Psiquiatria: https://psiquiatria-pr.org.br/news-appsiq_det.php?blog=4637
- Azevedo, M. d. (2015). *O envelhecimento ativo e a qualidade de vida: uma revisão integrativa*. Porto: Dissertação de mestrado para a Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Baptista, C. S., & Sousa, M. J. (2011). *Como Fazer Investigação, Dissertações, Tese e Relatórios* (07-2011 ed.). Pactor. Obtido em Dezembro de 2020, de <https://reader.wook.pt/?mode=preview&sample=11006357-0-BS&ru=https%3A%2F%2Fwww.wook.pt%2Flivro%2Fcomo-fazer-investigacao-dissertacoes-tese-e-relatorios-cristina-sales-baptista%2F11006357&bu=https%3A%2F%2Fwww.wook.pt%2Flivro%2Fcom-o-fazer-investigacao-disse>
- Barreto, J. (1988). Aspectos psicológicos do envelhecimento. *Psicologia*, VI, pp. 159, 170.
- Beck, A., & Alford, B. (2011). *Depressão: causas e tratamento* (2ª ed.). Porto Alegre: Artmed Editora.
- Berger, L., & Mailloux-Poirier, D. (2007). *Pessoas idosas. Uma abordagem global*. Lisboa: Lusodidacta.
- Cancela, D. (2007). *O processo de envelhecimento*. trabalho realizado no estágio de complemento de licenciatura em Psicologia da Universidade Lusíada do Porto.
- CNS. (2019). *Sem mais tempo a perder: saúde mental em Portugal - o desafio da próxima década*. Lisboa: Conselho Nacional de Saúde.
- Coelho, V. (2014). *Relação entre depressão e menopausa em mulheres na faixa etária de 45 a 65 anos*. Obtido em Julho de 2019, de Psicologado: <https://psicologado.com.br/atuacao/psicologia-clinica/relacao-entre-depressao-e-menopausa-em-mulheres-na-faixa-etaria-de-45-a-65-anos>
- Cornélio, O. (2009). *Depressão nos idosos que frequentam o Centro de Dia de Cedofeita*. Porto: Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade Fernando Pessoa.

- Coutinho, M., Gontíes, B., Araújo, L., & Sá, R. (2003). Depressão, um sofrimento sem fronteira: representações sociais entre crianças e idosos. *Psico-USF n°2, 8*, pp. 183-192.
- Dalgalarrondo, P. (2019). *Psicopatologia e Semiologia dos Transtornos Mentais* (3ª ed.). Porto Alegre: Artmed Editora.
- Deus, G. (2011). Mente saudável. *Viver Cassems*, pp. 24-29.
- DGS. (2017). *Plano Nacional para a Saúde Mental*. Lisboa, Portugal: DGS.
- DGS. (2017). Estratégia nacional para o envelhecimento ativo e saudável 2017-2025. Obtido em Março de 2020, de <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/07/ENEAS.pdf>
- DGS. (2017). Estratégia nacional para o envelhecimento ativo e saudável 2017-2025. Portugal. Obtido de <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/07/ENEAS.pdf>
- Duque, S. (17 de Novembro de 2020). *A depressão nos idosos nunca deverá ser encarada como consequência do envelhecimento*. Obtido em Outubro de 2021, de <https://justnews.pt/artigos/a-depressao-nos-idosos-nunca-devera-ser-encarada-como-irreversivel-e-intratavel#.YW8vDNLMJdg>
- Figueiredo, D. (2007). *Prestação familiar de cuidados a idosos dependentes com e sem demência*. tese apresentada para obtenção do grau de Doutor em Ciências da Saúde, Universidade de Aveiro.
- Fonseca, C. B., Canhota, C., Silva, E. E., Simões, J. A., Yaphe, J., Maia, M. C., . . . Ramos, V. (2008). *Investigação Passo a Passo - Perguntas e Respostas Essenciais para a Investigação Clínica* (1ª ed.). Lisboa: Nucleo de Investigação da APMCG.
- Fortin, M.-F. (2009). *Fundamentos e Etapas no Processo de Investigação*. Lusodidacta.
- Foster, R. K., & Marriott, H. (2006). Alcohol consumption in the new millennium – weighing up the risks and benefits for our health. Em R. K. Foster, & H. Marriott, *British Nutrition Foundation Nutrition Bulletin* (pp. 286-331). London: British Nutrition Foundation.
- Frade, J., Barbosa, P., Cardoso, S., & Nunes, C. (Jan-Mar de 2015). Depressão no idoso: sintomas em indivíduos institucionalizados e não-institucionalizados. *Revista de Enfermagem Referência, 4*, pp. 41-49. Obtido de <http://dx.doi.org/10.12707/RIV14030>
- Franco, M. P., & Gil, P. G. (2014). *Protocolo diagnóstico y terapéutico de la depresión en el anciano* (Vol. 11). Madrid, Espanha: Elsevier. Obtido em Março de 2020, de [https://doi.org/10.1016/S0304-5412\(14\)70833-9](https://doi.org/10.1016/S0304-5412(14)70833-9)
- Freitas, E. V., Py, L., Cançado, F. A., Doll, J., & Gorzoni, M. L. (2013). *Tratado de Geriatria e Gerontologia* (3ª ed.). Rio de Janeiro, Brasil: Guanabara Koogan. Obtido em Dezembro de 2020

- Freitas, P. (Junho de 2011). *Solidão em idosos, percepção em função da rede social*. Faculdade de Ciências Sociais da Universidade Católica Portuguesa, Braga.
- Fried, L. P., Tangen, C. M., Walston, J., Newman, A. B., Hirsch, C., Gottdiener, J., . . . McBurnie, M. (Março de 2001). Frailty in Older Adults: Evidence for a Phenotype. *The Journals of Gerontology*, 56, 146-157. Obtido de <https://doi.org/10.1093/gerona/56.3.M146>
- GERMI. (s/d). Obtido em Junho de 2019, de https://www.spmi.pt/wp-content/uploads/GERMI_36.pdf
- Gnjidic, D., Hilmer, S. N., Blyth, F. M., Naganathan, V., Waite, L., Seibel, M. J., . . . Le Couteur, D. G. (September de 2012). Polypharmacy cutoff and outcomes: five or more medicines were used to identify community-dwelling older men at risk of different adverse outcomes. *Journal of Clinical Epidemiology*, 65, 989-995.
- Guedes, A. (2008). *Avaliação do impacto da perturbação mental na família e implementação de um programa psicoeducacional*. tese de Mestrado em Psiquitria e Saude Mental, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto .
- Gusmão, R. (2005). *Depressão: deteção, diagnóstico e tratamento. Estudo de prevalência e despiste das perturbações depressivas e tratamento*. tese de Doutoramento Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa.
- ICN. (Maio de 2008). *Servir a comunidade e garantir qualidade: Os enfermeiros na vanguarda dos Cuidados de Saude Primários*. Genebra, Suíça.
- INE. (2019). *Estatísticas demográficas - 2018*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, IP.
- Jacob, L., Santos, E., Pocinho, R., & Fernandes, H. (2013). *Envelhecimento e economia social:perpetivas sociais*. Viseu: Psicossoma.
- Jung, C. (1971). *A prática da psicoterapia* . Editora Vozes.
- Júnior Empresa do ISEG — Lisbon School of Economics & Management. (2018). *ISEG JBC - Junior Business Consoulting*. Obtido em Junho de 2019, de <https://medium.com/@isegjbc/o-envelhecimento-da-popula%C3%A7%C3%A3o-portuguesa-8426628cf14c>
- KhanAcademy. (s.d.). *Visão geral da estrutura do neurónio e a sua função*. Obtido em Junho de 2019, de Khan Academy: <https://pt.khanacademy.org/science/biology/human-biology/neuron-nervous-system/a/overview-of-neuron-structure-and-function>
- Leandro-França, C., & Murta, S. G. (2014). *Prevenção e promoção daSaúde Mental no Envelhecimento: Conceitos e intervenções* (34 ed., Vol. 2). Brasília, Brasil: Universidade de Brasília.
- Lima-Costa, M. F., & Barreto, S. M. (Out/Dez de 2003). Tipos de estudos epidemiológicos:conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. *Epidemiologia e serviços de saúde*, 12, pp. 189-201. Obtido em Abril de 2020, de <http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v12n4/v12n4a03.pdf>

- Lisboa, A. A., Meereis, E. C., Gonçalves, M. P., & Silva, A. M. (Dezembro de 2013). Análise comparativa entre idosos ex-tabagistas institucionalizados e não institucionalizados quanto à função respiratória, níveis de ansiedade, de depressão e de qualidade de vida. *Revista Kairós Gerontologia*, 16, pp. 65-77.
- Martinez-Amorós, E., Cardoner, N., Gálvez, V., & Urretavizcaya, M. (2012). Eficacia y patrón de uso de la terapia electroconvulsiva de continuación y mantenimiento en el trastorno depresivo mayor. *Revista de Psiquiatria y Salud Mental*, 5, pp. 241-253.
- Martins, R. (2013). Envelhecimento, atividade física e saúde cardiovascular. Faculdade de Ciências do Desporto e Educação Física da Universidade de Coimbra.
- Melo, L. S., & Ferruzzi, A. H. (Maio de 2013). Depressão na Terceira Idade. Obtido em Março de 2020, de <https://psicologado.com.br/psicopatologia/transtornos-psiquicos/depressao-na-terceira-idade>
- Moraes, E., Moraes, F., & Lima, S. (2010). Características biológicas e psicológicas do envelhecimento. *Revista de Medicina Minas Gerais*, pp. 67-73. Obtido em Março de 2020, de http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/_artigos/197.pdf
- Noronha, B. P., Nascimento-Souza, M. A., Lima-Costa, M. F., & Peixoto, S. V. (Outubro de 2019). Padrões de consumo de álcool e fatores associados entre idosos brasileiros: Pesquisa Nacional de Saúde (2013). *Ciência e Saúde Coletiva*, 11. doi:<https://doi.org/10.1590/1413-812320182411.32652017>
- Oliveira, M. F., Bezerra, V. P., Silva, A. O., Alves, M. S., Moreira, M. A., & Caldas, C. P. (2012). Sintomatologia de depressão autorreferida por idosos que vivem em comunidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17, 2191-2198. doi:<https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000800029>
- ONU. (2014). *Mundo terá 2 bilhões de idosos em 2050; OMS diz que 'envelhecer bem deve ser prioridade global'*. Obtido em 2019 de Julho, de ONU Brasil: <https://nacoesunidas.org/mundo-tera-2-bilhoes-de-idosos-em-2050-oms-diz-que-envelhecer-bem-deve-ser-prioridade-global/>
- OPAS. (s.d.). OPAS. Obtido de <https://www.paho.org/pt/topicos/depressao>
- Paul, M. (1997). *Lá para o fim da vida. Idoso, família e meio ambiente*. Coimbra: Livraria Almedina.
- Pessoa, J. (2016). Qualidade de vida e memória: um estudo na terceira idade. Obtido em Outubro de 2021, de <https://repositorio.ufpb.br/jspui/bitstream/123456789/1812/1/CBS20062016>
- Pimentel, L. (2005). *O lugar do idoso na família* (2ª ed ed.). Quarteto editora.
- Pina, A. P. (2005). *Investigação e estatística com o EpiInfo*. Delegação Regional do Algarve do Instituto da Droga e Toxicodependência, Gabinete de Investigação e Estatística. Obtido em Julho de 2020, de

<https://prosilvio.files.wordpress.com/2015/03/investigac3a7c3a3o-estadc3adstica.pdf>

- Pinho, M. X., Custódio, O., & Makdisse, M. (2009). Incidência de depressão e fatores associados em idosos residentes na comunidade: revisão de literatura. *Revista Brasileira Geriatria e Gerontologia*, 12, pp. 123-140. Obtido em Dezembro de 2020
- Pocinho, R. (2014). Mayores en contextos de aprendizaje: Caracterización y efectos psicológicos en los alumnos de las Universidades de Mayores en Portugal. Valencia, Espanha.
- populationpyramid.net*. (Junho de 2019). Obtido de <https://www.populationpyramid.net/portugal/2019/>
- PORDATA*. (s.d.). Obtido de <https://www.pordata.pt/>
- Powel, V., Abreu, N., Oliveira, I. R., & Sudak, D. (Outubro de 2008). Teoria cognitivo-comportamental da depressão. *Revista Brasileira de Psiquiatria*.
- Ramos, F., Silva, S., Freitas, D., Gangussu, L., Bicalho, A., Sousa, B., . . . Guimarães, T. (2019). Fatores associados á depressão em idoso. *Revista eletrónica Acervo Saúde*.
- Ramos, T. S. (Julho de 2014). Depressão e demência no idoso: diagnóstico diferencial e correlações. Porto, Porto, Portugal.
- Repousi, N., Masana, M., Sanchez-Niubo, A., Haro, J., & Tyrovolas, S. (2018). Depression and metabolic syndrome in the older population: A review of evidence. *Journal of Affective Disorders*, 56-64.
- Ribeiro, J. L. (2010). *Investigação e avaliação em psicologia e saúde* (2ª ed.). Lisboa: Placebo.
- Sabala, I. F. (2012). A satisfação dos utentes idosos nos cuidados continuados no Algarve. Algarve, Portugal.
- Santos, L. A., & Lima, J. M. (2019). *Orientações metodológicas para a elaboração de trabalhos de investigação* (2ª ed., Vol. 8). Lisboa, Portugal: Cadernos do IUM - Instituto Universitário Militar.
- Schiaffino, A., Rodriguez, M., Pasarín, M., Regidor, E. B., & Fernandez, E. (Fevereiro de 2003). Odds ratio or prevalence ratio? Their use in cross-sectional studies. *Gaceta sanitaria*, 17, pp. 70-74.
- Serafim, F. (2007). Promoção do bem estar global na população sénior: práticas de intervenção e desenvolvimento de actividades físicas. Algarve.
- Silva, A., Sgnaolin, V., Nogueira, E. L., Loureiro, F., Engroff, P., & Gomes, I. (Março de 2017). Doenças crónicas não transmissíveis e fatores sociodemográficos associados a sintomas de depressão em idosos. *Jornal Brasileiro Psiquiátrico*, 66, pp. 45-51. doi:10.1590/0047-2085000000149

- Silva, P. O., Aguiar, B. M., Vieira, M. A., Costa, F. M., & Carneiro, J. A. (2019). Prevalência de sintomas depressivos e seus fatores associados em idosos atendidos por um centro de referência. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 22. doi:10.1590/1981-22562019022.190088
- Snellen. (1868). *Test-types for the determination of the acuteness of vision*. London: Williams and Norgate.
- Soares, A. J. (5 de Novembro de 2009). Variáveis psicossociais e reactividade emocional em cuidadores de dependentes de substâncias. Braga, Braga, Portugal.
- Sousa, M., Nunes, A., Guimarães, A. I., Cabrita, J. M., Cavadas, L. F., & Alves, N. F. (2010). Depressão em idosos. prevalência e fatores associados. *Revista Portuguesa Clinica Geral*, pp. 384-391.
- Souza, R. A., Costa, G. D., Yamashita, C. H., Amendola, F., Gaspar, J. C., Alvarenga, M. R., . . . Oliveira, M. A. (2014). Funcionalidade familiar de idosos com sintomas depressivos. *Revista Escola de Enfermagem USP*, pp. 469-476.
- Stella, F., Gobbi, S., Corazza, D., & Costa, J. (Agosto/Dezembro de 2002). Depressão no Idoso: Diagnóstico, Tratamento e Benefícios da Atividade Física. *Motriz, Rio Claro*, 8, pp. 91-98. Obtido em Julho de 2019, de <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2544.pdf>
- Swan, I., Browning, C., & G., G. (Abril de 1985). the whispered voice as a screening test for hearing impairment. *Journal of the Royal*, 197.
- Tamhane, A. R., Westfall, A. O., Burkholder, G. A., & Cutter, G. R. (Dezembro de 2016). *Prevalence Odds Ratio versus Prevalence Ratio: Choice Comes with Consequences* (Vol. 30). *Statistics in Medicine*. Obtido em Julho de 2020, de <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/sim.7059>
- Teston, E. F., Carreira, L., & Marcon, S. S. (mai-jun de 2014). Sintomas depressivos em idosos: comparação entre residentes em condomínio específico para idosos e na comunidade. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 3, pp. 450-456. doi:10.5935/0034-7167.20140060
- Vaz, S. F., & Gaspar, N. M. (Julho de 2011). Depressão em idosos institucionalizados no distrito de Bragança. *Revista de Enfermagem Referência*, 3, pp. 49-58.
- Veloso, A. S. (23 de Juho de 2015). Envelhecimento, saúde e satisfação : efeitos do envelhecimento ativo na qualidade de vida. Coimbra.
- Wagner, G. A. (Novembro de 2015). Tratamento da depressão no idoso além do cloridrato de fluoxetina. *Revista Saúde Pública*, p. 49:20.
- WHO. (2004). *WHO Ageing and Health Programme*. Obtido em Junho de 2019, de World Health Organization: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/68728/WHO_CHP_HPR_04.02_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

- WHO. (12 de Dezembro de 2017). Obtido de World Health Organization - La salud mental y los adultos mayores: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/la-salud-mental-y-los-adultos-mayores>
- Yesavage, J., Brink, T., Rose, T., Lum, O., Huang, V., Adey, M., & Leirer, V. (1982-1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *Journal of psychiatric research*, 17, 37-49.
- Zimerman, G. I. (2000). *Velhice Aspectos Biopsicossociais*. Artmed Editora.

ANEXOS

Anexo A
Instrumento de recolha de dados



UNIVERSIDADE DA CORUÑA
Grupo de Investigación en Xerontoloxía

AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL NO IDOSO



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BRAGANÇA
Escola Superior de Saúde

ID PARTICIPANTE _____
CONCELHO _____

Consentimento Informado, livre e esclarecido para participação em investigação

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se tiver alguma dúvida relativamente a esta proposta, não hesite em solicitar esclarecimento. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

Título do estudo: Avaliação Multidimensional no Idoso, não Institucionalizados, do distrito de Bragança.

Explicação do estudo: Avaliar a Qualidade de Vida, Perfil de Depressão, Estado Nutricional, Estado Cognitivo e a Fragilidade em Idosos, não Institucionalizados, do distrito de Bragança. Será feita a recolha de dados junto dos participantes, utilizando um questionário com várias escalas, estas escalas serão aplicadas por entrevista. Inicialmente será aplicado um teste de rastreio para avaliar a sua cognição e perceber se está apto a participar no presente estudo.

Condições: A sua participação neste estudo é voluntária e assenta na gratuidade e altruísmo. Tem o direito de recusar a sua participação no estudo a qualquer momento, sem que daí advinha qualquer prejuízo para si.

Confidencialidade e anonimato: É garantida a confidencialidade e uso exclusivo dos dados recolhidos para o presente estudo. Após preenchimento do questionário, os seus dados serão tratados anonimamente e a sua identificação nunca será tomada pública.

Agradecemos a sua colaboração.

A equipa de investigação responsável por este estudo:

- Adília Fernandes	- Augusta Mata	- Manuel Brás
- Ana Folgado	- Emília	- Sandra Fernandes
- Ana Pereira	- Helena Pimentel	- Tânia Pereira
- Andreia Costa	- Leonel Preto	- Virginia de Sousa

✂
Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas.

Nome: _____

Assinatura: _____ Data: ___ / ___ / ___

Este documento é composto de 1 página e feito em duplicado:
uma via para o/a investigador/a, outra para a pessoa que consente

ID:

✂
Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas.

Nome: _____

Assinatura: _____ Data: ___ / ___ / ___

Este documento é composto de 1 página e feito em duplicado:
uma via para o/a investigador/a, outra para a pessoa que consente

ID:



UNIVERSIDADE DA CORUÑA
Grupo de Investigación en Xerontoloxía



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BRAGANÇA
Escola Superior de Saúde

FOLHA PARA ITENS DO MINI MENTAL:

8. LINGUAGEM (COMPREENSÃO DE ORDENS); 10. ESCRITA e 11. DESENHO (Prática construtiva).

OBSERVAÇÕES:



ipb


INSTITUTO POLITÉCNICO DE BRAGANÇA
Escola Superior de Saúde



UNIVERSIDADE DA CORUÑA
Grupo de Investigación en Xerontoloxía



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BRAGANÇA
Escola Superior de Saúde

MINI-MENTAL STATE EXAMINATION (MMSE ^{1, 2})	PONTOS
1. ORIENTAÇÃO TEMPORAL A) Ano..... B) Estação do ano..... C) Dia do Mês..... D) Dia da semana..... E) Mês do ano.....	.....(5)
2. ORIENTAÇÃO ESPACIAL A) País..... B) Distrito..... C) Cidade..... D) Casa..... E) Andar.....	.....(5)
3. RETENÇÃO "Vou dizer 3 palavras, queria que as repetisse mas só depois de eu as dizer todas, procure sabe-las de oor" Palavras: <u>Palma; Gato; Bola</u> (Repetir em intervalos de 1s até que as aprenda). Nº de tentativas (máx. 5)	.....(3)
4. ATENÇÃO E CÁLCULO "Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e depois ao número encontrado voltar a tirar 3 e repete assim até eu dizer para parar" 30_27_24_21_18_15_	.....(5)
6. EVOCAÇÃO "Veja se consegue dizer as 3 palavras que pedi à pouco para decorar" (Palma; Gato; Bola)	.....(3)
8. LINGUAGEM "Como se chama isto?" Mostrar os objetos: Relógio; Lápis	.....(2)
7. LINGUAGEM (REPETIÇÃO) Repita esta frase: "O RATO ROEU A ROLHA"	.....(1)
8. LINGUAGEM (COMPRENSÃO DE ORDENS) "Pegue o papel com a mão direita. Dobre o papel ao meio. Coloque o papel na mesa".	.....(3)
9. LEITURA Leia o que está no papel e faça o que lá diz: FECHER OS OLHOS	.....(1)
10. ESCRITA Escreva uma frase. (deverá ter sujeito, objecto, verbo e fazer sentido) Ignorar erros ortográficos.	.....(1)
11. DESENHO (Prática construtiva) Copie o desenho abaixo. Estabeleça um ponto se todos os lados e ângulos forem preservados e se os lados da interseção formarem um quadrilátero.	.....(1)
Pontuação TOTAL (Máximo 30)	.....
Considera-se com defeto cognitivo: Analfabetos a 15 pontos 1 a 11 anos escolaridade ≤ 22 pontos Com escolaridade superior a 11 anos ≤ 27 pontos	

¹ Original: Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. Mini-Mental State. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiat Res* 12(3): 129-138.

² Guarniero, M., Silva, A. & Botelho, M. (1994). Adaptação à população portuguesa na tradução de "Mini Mental State Examination" (MMSE). *Revista Portuguesa de Neurologia*, 1 (6), 9-10.

Data de Avaliação: ____/____/____		Enfermeira: _____																											
DADOS PESSOAIS																													
ID*:	Data de Nascimento: ____/____/____ Idade: ____ anos	Sexo: () Feminino () Masculino																											
Habilitações literárias <input type="checkbox"/> Não sabe ler nem escrever <input type="checkbox"/> < 8 Anos (Até ao 6º ano de escolaridade) <input type="checkbox"/> 9-17 Anos (9º e 12º ano de escolaridade) <input type="checkbox"/> ≥ 17 Anos (Curso superior)																													
Profissão	Encontra-se reformado? () Sim; () Não. Profissão que exerceu mais tempo: _____																												
AVALIAÇÃO SENSORIAL, HÁBITOS DE VIDA E ESTADO DE SAÚDE																													
1. Tem problemas de visão? () Sim; () Não. Qual? _____; () Não sabe. Se sim, usa óculos? () Sim; () Não. Valor do teste Snellen (acuidade visual): ____/____																													
2. Tem problemas de audição? () Sim; () Não. Próteses auditivas: () Sim; () Não Teste do susurro: () Com perda auditiva () Sem perda auditiva																													
3. Consumo de tabaco: () Não fumador; () Fumador; () Ex fumador. Nº cigarros/dia: ____ Nº de anos que fuma: ____ Há quantos anos deixou de fumar: ____																													
4. Consumo de cafés ou bebidas contendo cafeína, n/ida: ____																													
5. Consumo de álcool: () Sim; () Não. Nº copos/semana: ____ Tipo de bebida: _____																													
6. Perímetro Anca _____cm Perímetro Cintura _____cm																													
7. Medicamentos consumidos nos últimos 3 meses:																													
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Princípio ativo:</th> <th>Horário:</th> <th>Via de administração:</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>			Princípio ativo:	Horário:	Via de administração:																								
Princípio ativo:	Horário:	Via de administração:																											
8. História de internamentos hospitalares no último ano: Esteve internado no último ano? () Sim; () Não Se sim, quantas vezes? ____																													
9. Necessidade de auxílios para a marcha: () Sim; () Não Se sim, qual? <input type="checkbox"/> Bengala/ 1 canadiana; <input type="checkbox"/> Canadianas; <input type="checkbox"/> Muletas axilares; <input type="checkbox"/> Andarilho; <input type="checkbox"/> Cadeira de rodas																													

*ID: Código do Concelho (CA, FE, TM, AF, BR, MC, MD, ME, MO, VF, VI, VN), código enfermeira (iniciais do nome e apelido), código numérico do participante (000) (Exemplo: CAVS015)



ipb

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BRAGANÇA
Escola Superior de Saúde

CRITÉRIOS DE FRAGILIDADE DE FRIED ³		FRÁGIL
PRESEÇA DE PELO MENOS 3 DOS SEQUITES CRITÉRIOS:		
PERDA DE PESO NÃO INTENCIONAL: $\geq 4,5$ Kg no último ano ou $\geq 5\%$ do peso corporal no último ano		() Sim () Não
2. FATIGA (Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale): Afirmativo se responde 2 ou 3 à pergunta A ou B		() Sim () Não
A. Sente que tudo o que faz representa um esforço?	B- Sente que não tem vontade de fazer nada?	
0. Poucas ou nenhuma vez (menos de 1 dia)	0. Poucas ou nenhuma vez (menos de 1 dia)	A: ()
1. Algumas, mas por pouco tempo (1-2 dias)	1. Algumas, mas por pouco tempo (1-2 dias)	
2. Quantidade de tempo moderada (3-4 dias)	2. Quantidade de tempo moderada (3-4 dias)	B: ()
3. A maior parte do tempo (5-7 dias)	3. A maior parte do tempo (5-7 dias)	
ATIVIDADE FÍSICA REDUZIDA. Minnesota Leisure Time Activity (MLTA) ⁴ Kcal/ semana calculadas segundo algoritmo estandarizado.		() Sim () Não
Que atividade física fez no seu tempo livre no ÚLTIMO MÊS OU MÊS HABITUAL?		
1. Caminhar	Dias/mês: _____ Minutos/dias: _____ Meses/ano: _____	
2. Trabalhar na horta	Dias/mês: _____ Minutos/dias: _____ Meses/ano: _____	
3. Fazer desporto ou dançar. Que tipo de desporto ou dança?		
Tipo desporto/dança: _____	Dias/mês: _____ Minutos/dias: _____ Meses/ano: _____	
Tipo desporto/dança: _____	Dias/mês: _____ Minutos/dias: _____ Meses/ano: _____	
Tipo desporto/dança: _____	Dias/mês: _____ Minutos/dias: _____ Meses/ano: _____	
4. Subir escadas	Dias/mês: _____ Andares/dia (cada andar 0,5 minutos)	
NUMA SEMANA OU SEMANA HABITUAL?		
Quanto tempo dedica a fazer compras e PÉ? Minutos/semana: _____		
Quanto tempo dedica a LIMPAR A CASA? Minutos/semana: _____		
Kcal gastas por semana (segundo algoritmo estandarizado):		
<u>Homens</u> : Se as Kcal de atividade física por semana são < 383 são frágeis.		
<u>Mulheres</u> : Se as Kcal por semana são < 270 são frágeis.		
DIMINUIÇÃO DA VELOCIDADE DA MARCHA Tempo para percorrer 4, 57m: _____s		() Sim () Não
<u>Homens</u>	<u>Mulheres</u>	
≤ 173 cm: ≥ 7 s	≤ 150 cm: ≥ 7 s	
>173 cm: ≥ 8 s	>150 cm: ≥ 8 s	
DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR		() Sim () Não
Força de prensão da mão dominante: Média de 3 avaliações em mão dominante (Kgf):		
1ª Tentativa (); 2ª (); 3ª (); Média: _____ Kgf		
<u>Homens</u>	<u>Mulheres</u>	
IMC ≤ 24 : ≤ 29 Kgf // IMC 24,1-28: ≤ 30 Kgf	IMC ≤ 23 : ≤ 17 Kgf // IMC 23,1-28: $\leq 17,3$ Kgf	
IMC >28 : ≤ 32 Kgf	IMC 28,1-29: ≤ 18 Kgf // IMC >29 : ≤ 21 Kgf	
Classificação segundo os critérios anteriores		
() indivíduo frágil: 3 ou mais critérios positivos.		
() indivíduo pré frágil: 1 a 2 critérios positivos. () indivíduo não frágil: critérios negativos.		
SAÚDE AUTOPERCEBIDA		

³ Versão Original: Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2001;56:M146-56.

Versão Original: Taylor HL, Jacobs DR Jr, Schuckler B, et al. A questionnaire for the assessment of leisure time physical activities. *J Chronic Dis*. 1978;3(12):741-55.

No geral como classifica a sua saúde?

1. Excelente
2. Boa
3. Regular
4. Má

ÍNDICE DE COMORBILIDADE DE CHARLSON (ICC)	
PONTUAÇÃO	SIM=1
Enfarte do miocárdio	
Insuficiência cardíaca congestiva	
Doença vascular periférica	
Doença cérebro-vascular	
Demência	
Doença pulmonar crónica	
Doença do tecido conjuntivo	
Úlcera gastroduodenal	
Doença hepática ligera	
Diabetes sem complicação	
PONTUAÇÃO	SIM =2
Hemiplegia	
Doença renal severa ou moderada	
Diabetes com lesão orgânica	
Tumor	
Leucemia	
Linfoma	
PONTUAÇÃO	SIM =3
Doença do fígado moderada ou grave	
PONTUAÇÃO	SIM =6
Tumor maligno, metástase	
AIDS	
PONTUAÇÃO TOTAL	
ANOTAÇÕES:	



ipb

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BRAGANÇA
Escola Superior de Saúde

MINI NUTRITIONAL ASSESSMENT MNA [®] 4+5	
Peso, kg: ()	Altura, Cm: ()
TRIAGEM	
A) A ingestão de alimentos diminuiu nos últimos 3 meses devido à falta de apetite, problemas digestivos, dificuldade de mastigação ou deglutição? 0 = redução severa na ingestão de alimentos 1 = redução moderada na ingestão de alimentos 2 = não houve redução na ingestão de alimentos	<input type="checkbox"/>
B) Perda de peso involuntária nos últimos 3 meses? 0 = perda de peso superior a 3 kg 1 = não sabe 2 = perda de peso entre 1 e 3 kg 3 = nenhuma perda de peso	<input type="checkbox"/>
C) Mobilidade? 0 = preso à cama ou à cadeira 1 = pode sair da cama/cadeira, mas não sai 2 = sai	<input type="checkbox"/>
D) Sofreu stress psicológico ou doença aguda nos últimos 3 meses? 0 = sim 1 = não	<input type="checkbox"/>
E) Problemas neuropsicológicos? 0 = demência severa ou depressão 1 = demência leve 2 = sem problemas psicológicos	<input type="checkbox"/>
F) Índice de massa corporal (IMC = peso / (altura) ² em kg/m ²) 0 = IMC <19 1 = 19 ≤ IMC <21 2 = 21 ≤ IMC <23 3 = IMC ≥ 23	<input type="checkbox"/>
AVALIAÇÃO	
G) Vive independentemente (não em uma casa de repouso)? 0 = não 1 = sim	<input type="checkbox"/>
H) Toma mais de 3 medicamentos receitados por dia? 0 = sim 1 = não	<input type="checkbox"/>
I) Escoras ou úlceras cutâneas? 0 = sim 1 = não	<input type="checkbox"/>
J) Quantas refeições completas a pessoa faz diariamente? 0 = 1 refeição 1 = 2 refeições 2 = 3 refeições	<input type="checkbox"/>



ipb

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BRAGANÇA
Escola Superior de Saúde



UNIVERSIDADE DA CORUÑA
Grupo de Investigación en Xerontoloxía



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BRAGANÇA
Escola Superior de Saúde

K) Selecionar os marcadores de consumo para injeção de proteínas

Pelo menos uma porção de produtos lácteos por dia? Sim () Não()
Duas ou mais porções de ovos por semana? Sim () Não()
Carne, peixe ou frango todo dia? Sim () Não()

0,0 = ao 0 ou 1
outra resposta
sim
0,5 = ao 2
respostas sim
1,0 = ao 3
respostas sim

L) Consome duas ou mais porções de frutas ou verduras por dia?

0 = não 1 = sim

M) Qual a quantidade de líquido (água, suco, café, chá, leite) consumida por dia?

0,0 = menos de 3 copos
0,5 = 3 a 5 copos
1,0 = mais de 5 copos

N) Modo de alimentação?

0 = não se consegue alimentar sem ajuda
1 = alimenta-se sozinho com alguma dificuldade
2 = alimenta-se sozinho sem problemas

O) Ponto de vista pessoal da condição nutricional

0 = vê-se desnutrido
1 = não tem certeza de sua condição nutricional
2 = vê-se sem problemas nutricionais

P) Em comparação com outras pessoas da mesma idade, como o paciente avalia sua condição de saúde?

0,0 = não tão boa
0,5 = não sabe
1,0 = tão boa quanto
2,0 = melhor

Q) Circunferência braquial (CB) em cm

0,0 = CB < 21
0,5 = 21 ≤ CB ≤ 22
1,0 = CB > 22

R) Circunferência da Panturrilha (CP) em cm

0 = CP < 31
3 = CP ≥ 31

Avaliação da Triagem (máx. 14 pontos)

12-14 pontos _____ estado nutricional normal
8-11 pontos _____ sob risco de desnutrição
0-7 pontos _____ desnutrido

avaliação Global (máx. 30 pontos)

24-30 pontos _____ estado nutricional normal
17-23,6 pontos _____ sob risco de desnutrição
Menos de 17 pontos _____ desnutrido

⁴ Original: Guigoz Y, Vellas B, Garry J. Mini Nutritional Assessment: A practical assessment tool for grading the nutritional state of elderly patients. *Facts Res Gerontology*. 1994;(2):15-59.

Revisão: Vellas B, Vilens H, Abellan G et al. Overview of the MNA® – It's history and challenges. *J Nutr Health Aging* 2006;10:456-463/ Guigoz Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA®) Review of the Literature – What does it tell us? *J Nutr Health Aging* 2006;10:465-487.

⁵ Português: Nestlé Nutrition Institute(2000).Um guia para completar a Mini Avaliação Nutricional. Disponível em www. <url: http://www.nns-elderly.com/forms/mna_guide_portuguese.pdf>.



-BRAGANZA



CLASSIFICAÇÃO FUNCIONAL PARA IDOSOS⁶			
Classifica as funções de ingestão da seguinte forma:			
0	Nenhuma deficiência	0-4	Consegue mastigar adequadamente os alimentos sólidos, movimentando-os na boca e deglutindo-os sem dificuldades. Consegue sugar líquidos e degluti-los sem dificuldades
1	Deficiência ligeira	5-24	Consegue mastigar adequadamente pequenas quantidades de alimentos sólidos, movimentando-os na boca e deglutindo-os sem dificuldades. Consegue sugar lentamente líquidos e degluti-los sem dificuldades
2	Deficiência moderada	25-49	Consegue mastigar pequenas quantidades de alimentos sólidos se previamente partidos em pequenas partes. Movimentando-os na boca demoradamente e deglutindo-os sem dificuldades. Consegue sugar líquidos com dificuldade e deglute-os com sinais de engasgamento
3	Deficiência grave	50-95	Consegue mastigar apenas alimentos pastosos, movimentando-os na boca demoradamente e deglutindo-os com algumas dificuldades. Não consegue sugar líquido e deglute-os com sinais de engasgamento
4	Deficiência completa	96-100	Não consegue mastigar alimentos sólidos ou pastosos, não consegue degluti-los. Não consegue sugar líquidos e não consegue degluti-los.

⁶ Original Lopes, M.J., Pereira, CSM, da Fonseca, C.V. Manual de aplicação de tabela de classificação de funcionalidade para idosos, 6510 Funções de Ingestão, Cuidados Continuados, Saúde e apoio social. Janeiro 2017.



ipb

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BRAGANÇA
Escola Superior de Saúde



UNIVERSIDADE DA CORUÑA
Grupo de Investigación en Xerontoxia



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BRAGANÇA
Escola Superior de Saúde

ESCALA DE RECURSOS SOCIAIS OARS-MFAQ ^{7,8}		
1 Estado civil? 1.- Solteiro(a) 2.- Casado(a)/União de facto 3.- Viúvo(a) 4.- Divorciado(a) / Separado(a)		
2 Quem vive consigo (MARCAR 'Sim' ou 'Não')		
Ninguém	Sim	Não
Marido/Mulher	1	0
Filhos/as	1	0
Netos/as	1	0
Pais ou sogros	1	0
Irmãos/as ou cunhados/as	1	0
Outros familiares (ESPECIFICAR)	1	0
Amigos/as	1	0
Assistente (presta cuidados em casa sem grau de parentesco)	1	0
Outros/as (ESPECIFICAR)	1	0
3. Quantas pessoas conhece o suficiente para ir visitá-las em suas casas? 3.- Cinco ou mais 2.- Três ou quatro 1.- Um ou dois 0.- Ninguém NS / NR		
4. Com que frequência falou a semana passada ao telefone, seja com familiares, amigos ou outros, quer tenha sido você a ligar ou ligarem para si? (se não tem telefone também se aplica a pergunta) 3.- Uma vez por dia ou mais 2.- De duas a seis vezes por semana 1.- Uma vez por semana 0.- Nenhuma NS / NR		
5. Na última semana, quantas vezes passou algum tempo com alguém com quem não vive, o visitou, veio vê-lo, passearam juntos, foram a um espetáculo ou realizaram qualquer outra atividade? 3.- Uma vez por dia ou mais 2.- De duas a seis vezes por semana 1.- Uma vez por semana 0.- Nenhuma NS / NR		
6. Existe alguém em quem possa confiar? 1.- Sim 2.- Não NS / NR		
7. Com que frequência se sente sozinho? 0.- Muitas vezes 1.- Algumas vezes 2.- Quase nunca NS / NR		
8. Vê os seus familiares e amigos com a frequência que deseja, ou pelo contrário, sente-se triste com o pouco convívio? 1.- tantas vezes quanto desejo 0.- Não tantas vezes como gostaria NS / NR		
9. Existe alguém que possa ajudá-lo/a caso esteja doente ou incapacitado/a, por exemplo, o seu cônjuge, um familiar ou um amigo? (Refere-se a ajuda social, não económica) 1.- Sim 0.- Não há ninguém disposto e capaz de ajudar NS / NR		
Se sim, responda às seguintes perguntas:		
a. Tem alguém que lhe presta cuidados o tempo que necessita, por pouco tempo, ou ocasionalmente (ex. Que o leve ao médico ou prepare refeições ocasionalmente...)		
3.- Alguém que o cuidaria tanto tempo quanto necessita		
2.- Alguém que o cuidaria por pouco tempo (de poucas semanas a seis meses)		
1.- Alguém que o ajudaria de vez em quando (levando-o ao médico ou preparando-lhe refeições) NS / NR		
b. Quem são essas pessoas?		
Relação	Sim	Não
Cônjuge	1	0
Irmãos/as	1	0
Filhos/as	1	0
Netos/as	1	0
Outro parente	1	0
Amigo/a	1	0
Outro especificar	1	0

⁷ Versão Original: Filmerbaum GG. Multidimensional Functional Assessment of Older Adults: The Duke Older Americans Resources and Services Procedures. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, 1988.

⁸ Português: Rodrigues RMC. Validação da versão em português europeu de questionário de avaliação funcional multidimensional de idosos, Parte A-Recursos sociais p.8-14. Rev Panam Salud Pública. 2006;23(2):108-15.



-BRAGANZA



ipb

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BRAGANÇA
Escola Superior de Saúde

ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA DE YESAVAGE (GDS-VE) ^{8,9}		
1. Em geral está satisfeito com a sua vida?	SIM	NÃO
2. Abandonou muitos dos seus interesses e actividades habituais?	SIM	NÃO
3. Sente que a sua vida está vazia?	SIM	NÃO
4. Sente-se frequentemente aborrecido?	SIM	NÃO
5. Na maior parte do tempo está de bom humor?	SIM	NÃO
6. Tem medo de que algo de mal lhe aconteça?	SIM	NÃO
7. Sente-se feliz na maior parte do tempo?	SIM	NÃO
8. Sente-se frequentemente abandonado / desamparado?	SIM	NÃO
9. Prefere ficar em casa, a sair e fazer coisas novas?	SIM	NÃO
10. Sente que tem mais problemas de memória do que os outros da sua idade?	SIM	NÃO
11. Actualmente, acha que é maravilhoso estar vivo?	SIM	NÃO
12. Sente-se inútil?	SIM	NÃO
13. Sente-se cheio de energia?	SIM	NÃO
14. Sente-se sem esperança?	SIM	NÃO
15. Acha que as outras pessoas estão melhores que o você?	SIM	NÃO
Pontuação TOTAL (Máximo 15)		.....

⁸ Original (GDS-15): Sheikh JI, Yesavage JA. Geriatric Depression Scale (GDS): Recent evidence and development of a shorter version. *Clin Gerontol* 1986;5(1/2):165-73.

⁹ Português Apóstolo, JA et al. Contribuição para a adaptação da Geriatric Depression Scale -15 para a língua portuguesa. *Revista de Enfermagem Referência - IV - n.º 3 - 2014*

ÍNDICE DE BARTHEL ^{11,12}
1.- COMER
<p><input type="checkbox"/> 10. Independente: Capaz de utilizar qualquer instrumento necesario, capaz de fragmentar a comida, barrar a manteiga, usar condimentos, etc., sozinho. É capaz de comer em tempo considerado razoável. A comida pode ser cozinhada e servida por outra pessoa.</p> <p><input type="checkbox"/> 5. Necessita ajuda: para cortar a carne o pão, barrar a manteiga, etc., contudo é capaz de comer solo.</p> <p><input type="checkbox"/> 0. Dependente: Necesita ser alimentado por outra pessoa.</p>
2.- HIGIENE PESSOAL
<p><input type="checkbox"/> 5. Independente: Capaz de se levantar, usar o duche ou a banheira, permanecendo em pé. Utilizar a esponja sobre todo o corpo. Inclusive entrar e sair do banho. Pode realizar todo o procedimento sem ter ajuda de terceiro presente durante o procedimento.</p> <p><input type="checkbox"/> 0. Dependente: Necesita alguma ajuda ou supervisão.</p>
3.- VESTUÁRIO
<p><input type="checkbox"/> 10. Independente: Capaz de se vestir e despir, apertar cordões dos sapatos, apertar botões e colocar outros complementos que necessite (por exemplo, cinta ou calcanheiras, etc.) sem ajuda.</p> <p><input type="checkbox"/> 5. Necessita ajuda, contudo realiza sozinho pelo menos metade das tarefas num tempo considerado razoável.</p> <p><input type="checkbox"/> 0. Dependente.</p>
4.- HIGIENE PESSOAL
<p><input type="checkbox"/> 5. Independente: Realiza todas as atividades pessoais sem ajuda. Inclusive lavar cara e mãos, pentear-se, maquihar-se e lavar os dentes. Algo complementar para esta pose ser fornecido por outra pessoa.</p> <p><input type="checkbox"/> 0. Dependente: Necesita alguma ajuda.</p>
5.- DEJECCÕES
<p><input type="checkbox"/> 10. Contínente: Nenhum episódio de incontinência. Caso necessita um enema ou supositórios é capaz de os aplicar sozinho.</p> <p><input type="checkbox"/> 5. Acidente ocasional: Menos de uma vez por semana ou necessita ajuda para enemas e aplicação de supositórios.</p> <p><input type="checkbox"/> 0. Incontinente: Inclusive administração de enemas e supositórios por outra pessoa.</p>
6. MICÇÃO (AVALIAR A SITUAÇÃO NA SEMANA ANTERIOR)
<p><input type="checkbox"/> 10. Contínente: Nenhum episódio de incontinência (seco de dia e de noite). Capaz de usar qualquer dispositivo. Em algallados, inclusive trocar saco colector sozinho.</p> <p><input type="checkbox"/> 5. Acidente ocasional: Máximo 1 em 24 horas, inclusive necessita ajuda na manipulação de sondas vesicais e dispositivos urinários.</p> <p><input type="checkbox"/> 0. Incontinente: Inclusive pessoa com sonda vesical incapaz de a manipular.</p>



ipb

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BRAGANÇA
Escola Superior de Saúde

7. USAR A CASA DE BANHO	
<input type="checkbox"/> 10. Independente: Entra e sai sozinho. Capaz despir-se e vestir-se, limpar-se, prevenir manchas na roupa. Capaz de se sentar e de se levantar da sanita sem ajuda (pode utilizar barras de apoio e suporte) Se usa urinol é capaz de o esvaziar completamente sem ajuda e sem sujar.	
<input type="checkbox"/> 5. Necessita ajuda: Capaz de movimentar-se com uma pequena ajuda para o equilíbrio, vestir-se e despir-se, contudo pode limpar-se sozinho. Ainda assim é capaz de utilizar a casa de banho.	
<input type="checkbox"/> 0. Dependente: Incapaz de usar a casa de banho sem ajuda total.	
8. TRANSFERÊNCIA CADEIRA/CAMA	
<input type="checkbox"/> 15. Independente: Sem ajuda em todas as fases. Caso utilize cadeira de rodas, aproxima-se da cama, trava a cadeira, retira o apoio de pés, coloca-se em posição de sentado de um dos lados da cama, e assim entra e sai da cadeira para a cama sem ajuda.	
<input type="checkbox"/> 10. Ajuda Parcial: Inclui supervisão verbal ou pequena ajuda física, tal como aquela que é oferecida por uma pessoa não muito forte ou sem ensinamento para tal.	
<input type="checkbox"/> 5. Ajuda total: Capaz de estar sentado sem ajuda, contudo necessita muita assistência (pessoa forte ou com ensinamento para tal) para sair ou entrar na cama ou movimentar-se.	
<input type="checkbox"/> 0. Dependente: Necessita de ser transferido com grua ou há a completa elevação por duas pessoas. Incapaz de permanecer sentado.	
9. DEAMBULAÇÃO	
<input type="checkbox"/> 15. Independente: Pode andar pelo menos 50 m ou o equivalente em sua casa sem ajuda nem supervisão. A velocidade não é importante. Pode usar ajuda (ex. canadiana, etc.) exoeto andarilho. Caso use próteses, é capaz de as colocar e retirar sozinho.	
<input type="checkbox"/> 10. Necessita ajuda: Supervisão e pequena ajuda física (por pessoa não muito forte) para andar 50m. Inclui-se ajuda de auxiliares de marcha para se manter de pé (andarilho).	
<input type="checkbox"/> 5. Independente em cadeira de rodas em 50 m: Deve ser capaz de desiocar-se, transpor portas e virar (esquinas) sozinho.	
<input type="checkbox"/> 0. Dependente: Caso utilize a cadeira de rodas e necessite ser empurrado por terceiro.	
10. SUBIR E DESCER ESCADAS	
<input type="checkbox"/> 10. Independente: Capaz de subir e descer um andar sem ajuda nem supervisão. Pode utilizar o apoio de que precisa para andar (canadianas) e o corrimão.	
<input type="checkbox"/> 5. Necessita ajuda: Supervisão física ou verbal.	
<input type="checkbox"/> 0. Dependente: Incapaz de transpor degraus. Necessita elevador.	
PONTUAÇÃO TOTAL:	

¹¹ Original: Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: the Barthel Index. *MJ State Med J.* 1965;14:61-65.

¹² Português: Araújo, F., Ribeiro, J. L. P., Oliveira, A., & Pinto, C. (2007). Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 25(2), 59-66.



ÍNDICE DE ATIVIDADES INSTRUMENTAIS LAWTON & BRODY ¹³	
NESTE MOMENTO NECESSITA AJUDA PARA:	
CAPACIDADE PARA USAR O TELEFONE	
0 – Incapaz de utilizar o telefone	
1 – Atende o telefone mas não faz chamadas	
1 – Marca números conhecidos (familiares)	
1 – Utiliza o telefone por iniciativa própria e sem ajuda	
FAZER COMPRAS	
0 – Incapaz de fazer compras	
0 – Necessita de ajuda para qualquer compra	
0 – Compra pequenas coisas	
1 – Faz todas as compras sem ajuda	
PREPARAÇÃO DAS REFEIÇÕES	
0 – Necessita que se lhe preparem e sirvam as refeições	
0 – Prepara as refeições, mas não mantém dieta adequada	
0 – Prepara as refeições se lhe fornecerem os ingredientes	
1 – Planeia, prepara e serve sem ajuda, refeições adequadas	
CUIDAR DA CASA	
0 – Não participa em qualquer tarefa doméstica	
1 – Necessita de ajuda em todas as tarefas domésticas	
1 – Realiza tarefas domésticas, mas não mantém um nível de higiene adequado	
1 – Realiza pequenas tarefas domésticas	
1 – Cuida da casa sem ajuda ou com ajuda ocasional (trabalhos pesados)	
LIMPEZA DA ROUPA	
0 – A lavagem da roupa é feita por terceiros	
1 – Lava sozinho pequenas peças de roupa	
1 – Lava sozinho toda a sua roupa	
UTILIZAÇÃO DOS MEIOS DE TRANSPORTE	
0 – Incapaz de viajar	
0 – Viaja em táxi ou automóvel, com ajuda de terceiros	
1 – Viaja em transporte público mas vai acompanhado	
1 – Não utiliza outro transporte para além do táxi	
1 – Viaja de forma independente (transporte público ou carro próprio)	
MEDICAÇÃO	
0 – Incapaz de se responsabilizar pela sua medicação	
0 – Necessita que lhe sejam preparadas as doses com antecedência	
1 – Não precisa de ajuda para tomar correctamente a medicação (hora e dose corretas)	
UTILIZAÇÃO DO DINHEIRO	
0 – Incapaz de manejar o dinheiro	
1 – Necessita de ajuda para ir ao banco e para grandes gastos	
1 – Não necessita de ajuda para fazer contas e/ou utilizar o dinheiro	
Pontuação TOTAL (Máxima Dependência: 0 pontos)	

¹³ Araújo, F., Pais Ribeiro, J., Oliveira, A., Pinto, C., & Martins, T. (2008). Validação de escala de Lawton e Brody numa amostra de idosos não institucionalizados. In: I. Leal, J. Pais-Ribeiro, I. Silva & S. Marques (Eds.). Actas do 7º congresso nacional de psicologia da saúde (pp.217-220). Lisboa: ISPA.



ipb

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BRAGANÇA
Escola Superior de Saúde

QUALIDADE DE VIDA- QUESTIONÁRIO WHOQOL-BREF (Versão Original)¹⁴ VERSÃO PT¹⁶

O questionário seguinte procura conhecer a sua qualidade de vida, saúde, e outras áreas da sua vida. Irei ler-lhe cada pergunta assim como cada opção de resposta. Escolha a resposta que lhe parecer mais adequada. Caso não tenha a certeza da resposta a dar escolha a que lhe parecer mais apropriada. Por favor, tenha presente os seus padrões, expectativas, alegrias e preocupações. Pedimos que para responder a estas questões tenha em conta a sua vida nas últimas 2 semanas.

	Muito má	Má	Normal	Boa	Muito boa
1. Como avalia a sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5
	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Regular	Satisfeito	Muito satisfeito
2. Até que ponto está satisfeito com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As seguintes questões fazem referência à sua Saúde Física

	Nada	Um Pouco	Normal	Muito	Extremamente
3. Em que medida acha que a sua dor (física) o(a) impede de fazer o que precisa?	5	4	3	2	1
10. Tem energia suficiente para a sua vida diária?	1	2	3	4	5
16. Até que ponto está satisfeito(a) com o seu sono?	1	2	3	4	5
15. Como avalia a capacidade de se movimentar?	1	2	3	4	5
17. Até que ponto está satisfeito(a) com sua capacidade de desempenhar as atividades da sua vida diária?	1	2	3	4	5
4. Em que medida necessita de cuidados médicos para fazer a sua vida diária?	5	4	3	2	1
18. Em que medida está satisfeito(a) com a sua capacidade de trabalho?	1	2	3	4	5

As seguintes questões fazem referência à Psicologia

	Nada	Um Pouco	Normal	Muito	Extremamente
6. Quanto você aproveita a sua vida?	1	2	3	4	5
7. Tem capacidade de concentração?	1	2	3	4	5
19. Até que ponto está satisfeito consigo próprio?	1	2	3	4	5
11. É capaz de aceitar a sua aparência física?	1	2	3	4	5



ipb

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BRAGANÇA
Escola Superior de Saúde



UNIVERSIDADE DA CORUÑA
Grupo de Investigación en Xerontoloxía



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BRAGANÇA
Escola Superior de Saúde

28. Com que frequência tem sentimentos negativos tais como tristeza, desespero, ansiedade ou depressão?	5	4	3	2	1
8. Em que medida sente que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5

As seguintes questões fazem referência às Relações Sociais

	Nada	Um pouco	Normal	Muito	Extremamente
20. Até que ponto está satisfeito com as suas relações pessoais?	1	2	3	4	5
22. Até que ponto está satisfeito com o apoio que recebe dos seus amigos?	1	2	3	4	5
21. Até que ponto está satisfeito com a sua vida sexual?	1	2	3	4	5

As seguintes questões fazem referência ao Meio ambiente

	Nada	Um pouco	Normal	Muito	Extremamente
8. Até que ponto se sente seguro no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
23. Até que ponto está satisfeito com as condições do lugar em que vive?	1	2	3	4	5
12. Tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades?	1	2	3	4	5
24. Até que ponto está satisfeito com o acesso que tem aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
13. Até que ponto tem fácil acesso às informações necessárias para organizar a sua vida diária?	1	2	3	4	5
14. Em que medida tem oportunidade para realizar atividades de lazer?	1	2	3	4	5
9. Em que medida é saudável o seu ambiente físico?	1	2	3	4	5
25. Até que ponto está satisfeito com os transportes que utiliza?	1	2	3	4	5

¹⁴ Original:- WHOQOL Group. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. *Psychol Med* 1998;28(3):561-8.

- Slaughton SM, Lottly M, O'Connell KA. The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: psychometric properties and results of the international field trial. A report from the WHOQOL group. *Qual Life Res* 2004;13(2):299-310.

¹⁵ Português: Vaz Serra, A., Canevaro, M. C., Simões, M. R., Pereira, M., Gameiro, S., Quartilho, M. J., Carona, C. & Paredes, T. (2006). Estudos psicométricos do instrumento avaliação de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-Bref) para Português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*, 27(1), 41-49.



-BRAGANZA

1
5

CARACTERÍSTICAS DO CUIDADOR
<p>NOS ÚLTIMOS CINCO ANOS FOI CUIDADOR PRINCIPAL DE UMA PESSOA COM IDADE SUPERIOR A 60 ANOS DURANTE UM PERÍODO ACIMA DE 6 MESES?</p> <p>Sim () Não ()</p>
<p>QUEM ERA A PESSOA CUIDADA ?</p> <p>Esposa/Marido () Pai/Mãe () Outros (Especificar): _____</p>
<p>INTENSIDADE DO STRESS GERADA PELO PROCESSO DE CUIDAR ()</p> <p>1 Nada stressante 2 Pouco stressante 3 Stressante 4 Muito stressante 5 Extremamente stressante</p>
<p>Abandonou alguma das suas actividades habituais devido ao processo de cuidar?</p> <p>Sim () Não ()</p>

AVALIAÇÃO DE QUEDAS			
Sofreu alguma queda nos últimos 6 meses?	() Sim	() Não	Nº de quedas/frequência: ____
Causa da queda	() comprometimento cognitivo	() tonturas / síncope / vertigem	
	() debilidade muscular	() alteração sensorial	
	() medicamentos	() entomo (causa externa?)	
	() acidente	() outra	
Consequências imediatas da queda	() nenhuma	() ferida superficial ou contusão	
	() fratura e/ou outras consequências graves	() traumatismo crânio encefálico	
	() outra		

Anexo B
Parecer Comissão Ética



REPÚBLICA
PORTUGUESA
carine



SNS SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO NORDESTE (ULSNE)

Reunião em 24.11.2017
Antecipado em termos do parecer
da Comissão de Ética.

Dr. Carlos Alberto Vaz
Presidente do
Conselho de Administração

Exmo. Sr.
Dr. Carlos Vaz
Presidente do Conselho de Administração
da ULSNE, E.P.E.
Praça Cavaleiro Ferreira
5301 - 862 Bragança

17 11-15 15:12 006486

SUA REFERÊNCIA	SUA COMUNICAÇÃO DE	NOSSA REFERÊNCIA N.º: PROC. N.º:	DATA
ASSUNTO: Estudo: Avaliação Multidimensional de Pessoas Idosas não Institucionalizadas do Distrito de Bragança			

Exmo. Senhor,

Após reunião de 25 de Outubro de 2017, vem esta CE, enviar a V. Ex.ª o parecer emitido do Estudo, supra citado.

Com os melhores cumprimentos,



Anexo C
Relatório de estágio

**Relatório de Estágio realizado na Unidade de Cuidados
na Comunidade de Mogadouro – Centro de Saúde
Mogadouro**

Ana Isabel Cordeiro Folgado

Orientadores:

Ângela Luís

Mogadouro, fevereiro 2018

Lista de Abreviaturas e Siglas

ACES	Agrupamento dos Centros de Saúde
ASCJR	Ação de Saúde para Crianças e Jovens em Risco
CPCJ	Comissão de proteção de crianças e jovens
CSP	Cuidados de Saúde Primários
DGS	Direção Geral de Saúde
ECCI	Equipa de Cuidados Continuados Integrados
ECL	Entidade Coordenadora Local
GASJ	Gabinete de Apoio à Sexualidade Juvenil
IPB	Instituto Politécnico de Bragança
IPJ	Instituto Português da Juventude
OE	Ordem dos Enfermeiros
PASSE	Programa Alimentação Saudável em Saúde Escolar
PNSE	Programa Nacional Saúde Escolar
PRESSE	Programa Regional de Educação Sexual em Saúde Escolar
RNCCI	Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
SAM	Sistema de Apoio ao Médico
SAPE	Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem.
SIDA	Síndrome de Imunodeficiência Adquirida
SINUS	Sistema de Informação Nacional dos Cuidados de Saúde Primários
SPMS	Serviços Partilhados do Ministério da Saúde
UCC	Unidade de Cuidados na Comunidade
UCSP	Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados
ULSNE	Unidade Local de Saúde do Nordeste
USP	Unidade de Saúde Pública
VIH	Vírus da Imunodeficiência Humana

Índice

Introdução	103
1- Contextualização do local de estágio	108
1.1 Área de influência.....	106
1.2 População Inscrita.....	107
1.3 A equipa da UCC.....	108
1.4 Carteira de serviços da UCC.....	108
1.5 Instalações da UCC.....	109
1.6 Relações Interinstitucionais.....	110
2. Atividades Desenvolvidas em Estágio	111
3. Análise Crítica e Considerações Finais.....	114
Referências Bibliográficas	1166

Índice de Figuras

Figura 1. Mapa das freguesias do Concelho de Mogadouro	106
Figura 2. Pirâmide etária dos utentes inscritos na UCSP de Mogadouro	107
Figura 3. Constituição da equipa multidisciplinar da UCC.....	108

Introdução

Os cuidados de saúde primários (CSP) são o primeiro nível de contacto com o sistema nacional de saúde para os indivíduos, as famílias e a comunidade, trazendo os cuidados de saúde o mais próximo possível dos locais onde as pessoas vivem e trabalham (ICN, 2008)

São os cuidados de saúde primários que mais têm contribuído para a melhoria do estado de saúde das populações, pelo que é vital continuar a investir neste nível de cuidados. Estes são o pilar essencial do Serviço Nacional de Saúde pois atingem importantes funções de promoção e proteção da saúde e prevenção da doença, e visam aumentar a capacidade de o indivíduo de poder agir sobre fatores determinantes da saúde individual e coletiva para a posterior adoção de comportamentos promotores da saúde (DGS, 2011).

As alterações ao nível do perfil demográfico, indicadores de morbilidade assim como as doenças crónicas refletem que as necessidades em saúde estão a sofrer modificações e, por isso, está a ser atribuída uma maior importância aos cuidados de saúde primários. A rede de Cuidados de Saúde Primários como estrutura de proximidade, continuidade e de acesso privilegiado é centrada no cidadão, família e comunidade (DGS, 2013) e, integrado nesta rede, surge o enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública.

A Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública abrangendo o domínio dos cuidados de saúde primários, constitui uma prática globalizante que intervém junto do utente, família, grupos e comunidade, na promoção de saúde, prevenção da doença. Assim o papel do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública assume particular importância na perceção das respostas humanas aos diferentes processos de vida, aos problemas de saúde que surgem ao longo desta e manifesta elevada competência em responder às necessidades das pessoas grupos ou comunidades tendo sempre presente e proporcionando ganhos em saúde (OE, 2010).

No contexto atual dos Cuidados de Saúde Primários sobressai a capacidade do enfermeiro pelo papel que desempenha e que deve reforçar na vanguarda nos Cuidados de Saúde Primários e na inovação dos cuidados, sendo aqui que o enfermeiro integra o processo de promoção da saúde e prevenção da doença, distinguindo atividades de educação para a saúde, gestão e avaliação dos cuidados de saúde prestados, manutenção e restabelecimento da saúde.

É através dos avanços de investigação e da aplicação dos saberes que advêm da investigação que se afirma a identidade de enfermagem enquanto profissão. É assim pois que se inova, fortalece e melhoram os fundamentos teóricos da mesma, baseando a sua prática na evidência científica.

No âmbito da Unidade Curricular do Estágio I - Trabalho de Projeto, desenvolvido nas Unidades funcionais Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) e Unidade de Saúde Pública (USP), foi elaborado o projeto de investigação que, conduziria ao Diagnóstico de situação de saúde sobre a temática “Depressão em idosos não institucionalizados do distrito de Bragança” integrado na Unidade Curricular do Estágio II - Trabalho de Projeto no 2.º ano do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária da Escola de Saúde de Bragança, e que dá corpo ao Relatório de Estágio para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Comunitária.

O presente relatório reflete o trabalho desenvolvido ao longo do estágio as competências adquiridas, refletindo sobre as competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. Foram, portanto, desenvolvidas várias atividades em diversos domínios da Enfermagem Comunitária inseridas no plano de atividades da UCC e USP, parte destas terão continuidade no tempo, para o desenvolvimento das atividades previstas no projeto de intervenção.

O desenvolvimento deste estágio teve subjacente à definição dos objetivos e competências a adquirir, competências estas descritas no guia orientador de estágio.

O primeiro estágio decorreu entre 20 de fevereiro de 2017 e 07 de julho de 2017, num total de 150 horas e o segundo decorreu entre 18 de setembro de 2017 e 16 de fevereiro de 2018 no Centro de Saúde de Mogadouro, perfazendo um total de 420 horas, conforme previsto no plano curricular.

A elaboração deste relatório de estágio tem como desígnio organizar e descrever de uma forma objetiva as atividades desenvolvidas no decorrer do mesmo; dar resposta a uma exigência curricular e servir de instrumento de avaliação.

O relatório encontra-se estruturado em duas partes sendo elas: Primeira parte: contextualização do local de estágio e descrição das atividades realizadas em estágio. Segunda parte: análise das competências adquiridas durante o processo formativo, análise crítica do estágio.

A metodologia para a elaboração deste documento baseia-se na análise descritiva, crítica e reflexiva, utilizando como estratégias/recursos a pesquisa bibliográfica para fundamentação das atividades; a utilização do Guia Orientador de Estágio, o plano de ação da Unidade de Cuidados da Comunidade (UCC), os esclarecimentos/orientações do Professor Orientador visando a orientação científica e a acuidade crítica no decurso do estágio, o recurso permanente à relação comparativa entre as atividades desenvolvidas e os objetivos fixados e as normas de execução de trabalhos escritos.

1- Contextualização do local de estágio

O estágio desenvolveu-se essencialmente na Unidade de Cuidados da Comunidade (UCC) do Centro de Saúde de Mogadouro, integrado na unidade Local de Saúde do Nordeste (ULSNE).

Esta tem por missão contribuir para a melhoria do estado de saúde da população da sua área geográfica de intervenção, visando a obtenção de ganhos em saúde e concorrendo assim, de um modo direto, para o cumprimento da missão da ULSNE em que se integra.

A UCC orienta a sua ação de acordo com o plano de ação, o regulamento interno e a carta de qualidade, tendo em consideração o rigoroso cumprimento de atividades de promoção, proteção da saúde, prevenção e controlo da doença.

O horário de funcionamento é em dias úteis das 8h às 20h, e fins-de-semana e feriados das 9h às 13h (para a Equipa de Cuidados Continuados Integrados).

1.1 Área de influência

As equipas do Centro de Saúde de Mogadouro desenvolvem a sua atividade numa área que tem uma extensão aproximada de 760,65 km², cerca de 9000 habitantes, distribuídos por 21 freguesias (fig.1), sendo que dista cerca de 80 km da cidade de Bragança (Capital do Distrito).



Figura 1- Mapa das freguesias do Concelho de Mogadouro

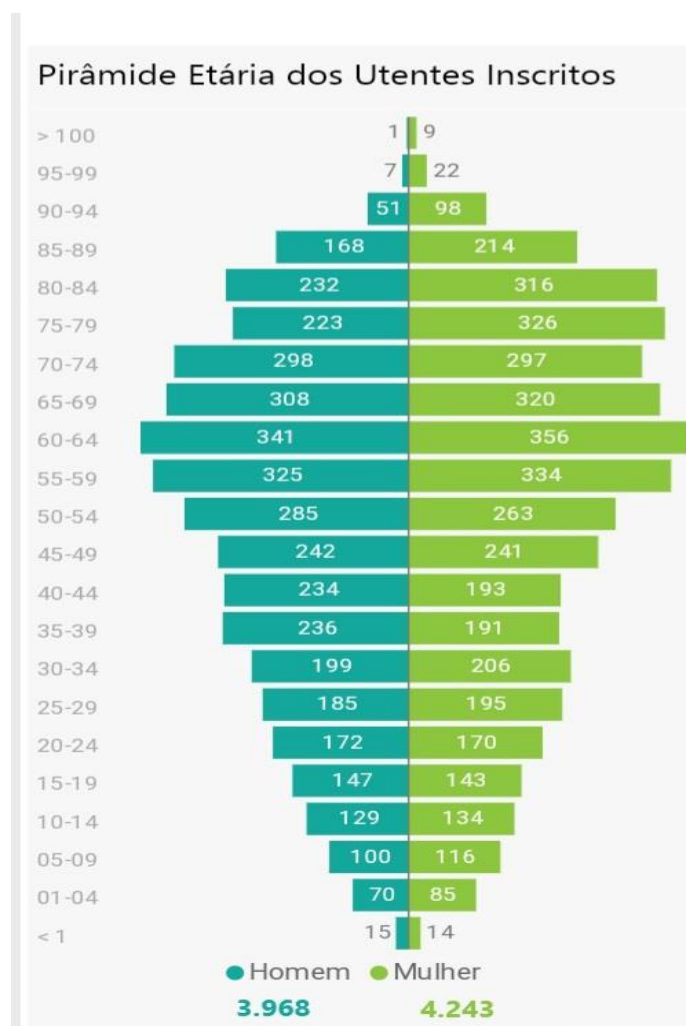
Fonte: <https://pt.wikipedia.org/wiki/Mogadouro>

1.2 População Inscrita

O Centro de Saúde de Mogadouro conta com 8179 utentes inscritos.

A população inscrita, espelha, á semelhança dos concelhos circundantes e população de toda a região, pode verificar-se que se trata de uma população envelhecida. Na pirâmide populacional apresentada é possível observar o fenómeno do duplo envelhecimento. O envelhecimento da base e o envelhecimento do topo. Dadas as características demográficas da população, esta apresenta necessidades próprias do seu grupo etário que merecem toda a atenção por parte da equipa.

Figura 2 - pirâmide etária dos utentes inscritos na UCSP Mogadouro



Fonte: <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/1/10031/1040800/Pages/default.aspx>

1.3 A equipa da UCC

Constituída por uma equipa multiprofissional que desenvolve as suas atividades de acordo com o Plano de Ação e carteira de serviços, em articulação com as restantes Unidades Funcionais e colaboração com as diferentes entidades da comunidade.

As equipas multidisciplinares possuem uma relação entre os diversos profissionais que têm como centro as necessidades dos utentes, tendo uma atitude humanizada e uma abordagem ampla dos cuidados.

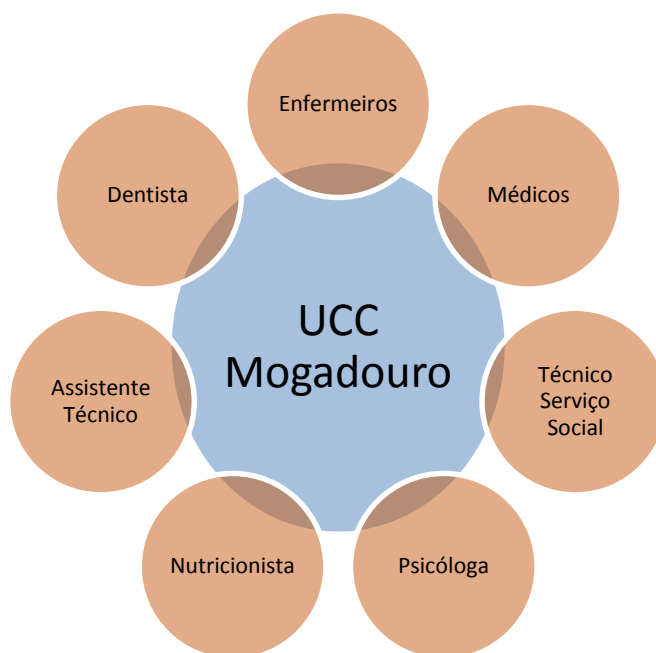


Figura 3. Constituição da equipa multidisciplinar da UCC

1.4 Carteira de serviços da UCC

As atividades desenvolvidas pela UCC passam pelo diagnóstico de saúde da comunidade assim como todas as estratégias de intervenção definidas pelo Plano Nacional de Saúde. Essas ações integram-se no plano de ação da ULSNE.

A UCC abrange atualmente os seguintes programas de saúde:

- Como parte do Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE):
 - Gabinete de apoio ao aluno sediado na Escola secundária, mas que presta apoio em todo o agrupamento de escolas;

- Programa de Alimentação Saudável em Saúde Escolar (PASSE)
- Programa Regional de Educação Sexual em Saúde Escolar (PRESSE)
- Saúde Oral
- Crescer em Segurança: Prevenção de acidentes (em colaboração com GNR)
- Gabinete de Apoio à Sexualidade Juvenil (GASJ)
- Como parte do Programa Nacional de Saúde Reprodutiva:
 - Atendendo a “Ação de Saúde para Crianças e Jovens em Risco” (ASCJR)
 - Núcleo de apoio a crianças e jovens em risco
 - Comissão de proteção de crianças e jovens (CPCJ)
 - Sistema Nacional de Intervenção precoce
- Como parte do Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas:
 - Rede social
 - Equipa de cuidados continuados integrados (ECCI)
 - Operacionalização de projetos comunitários em parceria com a rede social direcionados à terceira idade.

1.5 Instalações da UCC

A localização da UCC é no 1º piso do Centro de Saúde de Mogadouro.

Esta inclui:

- 1 hall que serve também como sala de espera;
- 3 gabinetes de enfermagem;
- 1 gabinete médico;
- 1 sala de reuniões;
- 1 gabinete para secretaria;
- 1 casa de banho.

Todos os gabinetes contam com computadores fixos, e existe também computador portátil, projetor e outros materiais para as sessões no exterior.

Contam ainda com os programas e sistemas informáticos como o Sistema de Informação Nacional dos Cuidados de Saúde Primários (SINUS), que permite fazer a gestão de utentes (dados demográficos, inscrição na unidade de saúde, atribuição de médico e enfermeiro de família, gestão do processo de família); o agendamento de contactos programados e registo de contactos não programados (agendamento de consultas e atos de enfermagem, efetivação, remarcação, gestão de ausências); a cobrança de taxas (cálculo de isenções e dispensas de taxas moderadoras e taxas sanitárias, motor de regras para cálculo da cobrança); assim como a gestão de utilizadores, gestão de profissionais, geração de agendas e ainda possibilita a consulta de estatísticas e listagens.

O SClínico Cuidados de Saúde Primários (CSP) que é mais um sistema de informação evolutivo, desenvolvido pelos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS) criado a partir da utilização e duas outras aplicações usadas na saúde o SAM (Sistema de Apoio ao Médico) e o SAPE (Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem). Esta tem como objetivo ser uma aplicação que reúne informação do doente e que pode ser consultada em qualquer altura por parte de todos os prestadores de cuidados de saúde.

O SClínico insere-se na estratégia definida pelo Ministério da Saúde para a área de informatização clínica do SNS, que prevê a uniformização dos procedimentos dos registos clínicos, de forma a garantir a normalização da informação.

O acesso à informação clínica variada do utente, a utilização e partilha dos dados com profissionais de saúde de diversas áreas e a sistematização dos mesmos, permitirá homogeneizar as práticas e a informação recolhida a nível nacional, tornando a atuação dos profissionais de saúde mais eficaz, fazendo com que desempenhem melhor o seu papel na equipa multidisciplinar, possibilitando, desta forma, um melhor apoio, assistência e acompanhamento ao utente.

1.6 Relações Interinstitucionais

A UCC colabora com entidades externas, públicas e privadas: Camara Municipal, Agrupamentos de Escolas, Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS), CPCJ e Juntas de Freguesia.

A equipa da UCC desenvolve a sua atividade na comunidade, em articulação/ligação, complementaridade e partilha de cuidados e informação com as equipas de outras unidades funcionais como Unidade de cuidados de Saúde personalizados (UCSP), e com a Equipa de Coordenação Local para os cuidados Continuados (ECL), no âmbito da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) e Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos, bem como, em articulação com os parceiros da comunidade, cooperação entre todos os elementos da equipa para a concretização dos objetivos da acessibilidade, da globalidade e da continuidade dos cuidados de saúde.

2. Atividades Desenvolvidas em Estágio

No âmbito da unidade curricular Estágio II/Trabalho de Projeto, foi proposto intervir na comunidade, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, assim como contribuir para o processo de capacitação de grupos e comunidades e ainda integrar as intervenções, nos planos de atividades da UCC com base em diagnósticos de saúde.

Aqui é feita a descrição e reflexão acerca das atividades desenvolvidas ao longo do estágio e que contribuiriam para a aprendizagem, enriquecimento profissional e pessoal tendo em conta os objetivos preconizados no Guia Orientador de Estágio

Ao longo do estágio foi possível a intervenção e o desenvolvimento de múltiplas atividades inseridas nos vários programas desenvolvidos pela UCC.

Além das atividades descritas que decorreram no estágio, este teve como objetivo principal a elaboração de um diagnóstico de saúde de uma comunidade e o estabelecimento de um projeto de intervenção comunitária, mercê do diagnóstico de situação de saúde. O diagnóstico realizado integrou 770 idosos do distrito de Bragança que atendiam aos critérios de inclusão previamente estabelecidos e a quem foi aplicado o instrumento de recolha de dados (por entrevista). A aplicação dos questionários por entrevista atendeu a todas as considerações éticas e deontológicas explicando sempre previamente ao participante os objetivos do estudo.

Os objetivos definidos foram:

- Avaliar a prevalência de depressão nos idosos, não institucionalizados, no distrito de Bragança;
- Analisar a depressão segundo as variáveis socio-demográficas;
- Analisar a depressão segundo o consumo de tabaco e álcool;
- Analisar a depressão segundo a capacidade sensorial e auditiva;
- Analisar a depressão em função da autopercepção de saúde e outras variáveis clínicas.
- Realizar um plano de intervenção comunitário no âmbito da prevenção da depressão, intervindo nas potenciais problemáticas identificadas com a presente investigação.

Com a elaboração do diagnóstico de saúde pôde estabelecer-se um projeto de intervenção comunitária com vista à intervenção e resolução dos problemas identificados e ao qual se deu o nome de “Entardecer Feliz”. O propósito do desenvolvimento deste projeto de intervenção, além de se constituir como uma exigência curricular, é sem dúvida o de poder contribuir de forma sustentada para o desenvolvimento da enfermagem comunitária e de saúde pública podendo assim melhorar os cuidados prestados à população.

O projeto “Entardecer Feliz” servirá como base para a intervenção ao nível da prevenção da depressão nos idosos do distrito de Bragança, promovendo o empoderamento das pessoas através de encontros em grupo, para partilha e aprendizagens, procurando assim ganhos em saúde e em qualidade de vida do idoso. O planeamento das atividades que sustentam o projeto de intervenção foi feito com a colaboração de todos os intervenientes assim como com a equipa da UCC.

O enfermeiro tem a importante missão de identificar e avaliar as necessidades da pessoa agindo posteriormente em conformidade e estabelecendo uma relação empática com a pessoa contribuindo para a aceitação dos cuidados a serem prestados sempre com o intuito de promover a saúde da pessoa/doente/utente.

Face ao exposto e atendendo às competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, nomeadamente na integração e coordenação dos Programas de Saúde no âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde pudemos integrar várias ações de educação para a saúde para além deste projeto de intervenção:

- Março a Maio de 2017- Realização de ações de educação para a saúde/formação em contexto escolar sobre Higiene oral, e vigilância da higiene oral na hora de almoço nas escolas, atividade incluída no programa “sempre a sorrir” com a colaboração do município de Mogadouro na entrega de kits de escovagem dos dentes;
- Dia 08 de Abril de 2017 – Participação na Feira da Saúde, contando com as parcerias IPB e Associação dos diabéticos do Distrito de Bragança;
- Dia 26 de Junho de 2017 - Realização de ação de educação para a saúde em contexto escolar sobre “Hábitos de vida saudáveis”, com o apoio do CRI;
- Abril e Maio de 2017 - Realização de ações de formação em contexto escolar “Primeiros Socorros e Suporte Básico de Vida” às turmas de 8º e 9º ano;
- Outubro e Novembro de 2017 –Realização de ação de sensibilização em contexto escolar sobre “Segurança alimentar”, e vigilância das refeições na cantina escolar;
- 16 de Outubro de 2017- Realização de ação de sensibilização sobre “Lanches Saudáveis” ao 1º ciclo do agrupamento de escolas de Mogadouro;
- Dia 31 de Outubro de 2017 – Sessão de esclarecimento á comunidade acerca de “Alimentação saudável e leitura de rótulos dos alimentos”;
- Novembro e Dezembro de 2017 - Realização de um conjunto de ações de sensibilização sobre “Diabetes – viver com” á comunidade em várias aldeias do concelho;
- Janeiro e Fevereiro de 2018 – Realização de ações de sensibilização á comunidade em várias aldeias relacionadas com o frio e cuidados a ter no domicílio;
- Fevereiro 2018 - – Realização de ação de sensibilização acerca de violência no namoro, destinada a alunos do 9º ao 12º ano;
- Março 2018 – Realização de ação de sensibilização acerca de comportamentos de risco nas férias – viagem de finalistas aos alunos de 12º ano;
- Abril 2018 - Realização de ação de sensibilização acerca prevenção de maus tratos na infância, destinada a alunos do pré-escolar, 1º e 2º ciclo no agrupamento de escolas de Mogadouro;

3. Análise Crítica e Considerações Finais

Este relatório permitiu descrever, analisar e refletir acerca das atividades desenvolvidas durante os períodos de estágio nomeadamente no estágio II, realizado na UCC do Centro de Saúde de Mogadouro, assim como operacionalizar as competências adquiridas ao longo do mesmo.

O objetivo principal deste estágio prende-se com a consolidação de competências exigidas ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, principalmente no que diz respeito à avaliação do estado de saúde da comunidade, no que diz respeito à capacitação de grupos, coordenação de Programas de Saúde no âmbito comunitário e na cooperação e realização de vigilância epidemiológica.

Foi neste sentido que a temática da depressão no idoso foi alvo de análise, reflexão e pesquisa, pois consideramos que esta é uma questão pessoal, enquanto indivíduo, mas também coletiva, enquanto ser pertencente a uma comunidade, necessitando assim de intervenções ao nível do empowerment individual e comunitário.

Os programas de saúde nomeadamente o Programa Nacional Para a Saúde das Pessoas Idosas, Programa Nacional de Saúde Mental, assim como as propostas feitas pela direção geral de saúde e apresentadas como “Estratégia Nacional Para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2017-2025”, (DGS,2017), são fundamentais uma vez que planificam estratégias fundamentais para o envelhecimento ativo e saudável. A deteção precoce de sinais de depressão deverá constituir assim uma preocupação dos profissionais de saúde e da comunidade em geral.

Consideramos, ainda, que todas as outras atividades realizadas no âmbito deste estágio beneficiaram para uma aprendizagem absolutamente necessária para o desenvolvimento de qualquer profissional de saúde e, concretamente o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública.

O estágio foi muito produtivo, possibilitou a aquisição de novos conhecimentos e consolidação de conhecimentos anteriormente adquiridos relativamente aos cuidados de saúde primários, no âmbito da promoção da saúde e prevenção da doença do indivíduo e, sobretudo, na comunidade. Ainda neste período, procedeu-se à aplicação do instrumento de recolha de dados que serviu de base ao nosso estudo.

O sucesso deste estágio deve-se quer ao esforço individual, quer á equipa da UCC, que possibilitou a oportunidade de participar em grande parte dos projetos desenvolvidos durante este período neste local de estágio.

O percurso feito conta com várias aprendizagens que refletem o desenvolvimento das competências específicas de forma a fortalecer o desenvolvimento de boas práticas de enfermagem, desde o planeamento, investigação á intervenção no âmbito da Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, tal como expresso no regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública emanado pela Ordem dos Enfermeiros portugueses.

Assim sendo, o estágio foi enriquecedor, quer a nível pessoal quer a nível profissional, proporcionou a consciencialização e a consolidação de competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária principalmente na capacitação de grupos e comunidades; na colaboração e na vigilância epidemiológica; na integração dos Programas de Saúde de âmbito comunitário; na execução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde assim como avaliação do estado de saúde da comunidade.

Referências Bibliográficas

- Administração Central do Sistema de Saúde, IP. (2017, Março). *Contratualização nos cuidados de saúde primários 2017*. Lisboa.
- Conselho internacional de enfermeiros (2008, Maio). *Servir a comunidade e garantir a qualidade: os enfermeiros na vanguarda dos cuidados de saúde primários*. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/documents/kit_die_2008.pdf
- Correia, C., Dias, F., Coelho, M., Page, P., Vitorino, P. (2001). Os enfermeiros em cuidados de saúde primários. *Revista de Saúde Pública*, 2, 75-82.
- DGS - Direção-Geral da Saúde (2015). Plano nacional de saúde revisão e extensão a 2020. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Diário da República, 2.^a série, N.º 74 de 16 de Abril de 2009. *Regulamento da Organização e do Funcionamento da Unidade de Cuidados na Comunidade*.
- Direção Geral de Saúde. (Março de 2011). *Orientações para a Organização e Funcionamento das Unidades de Cuidados de Saúde Personalizado*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Direção Geral de Saúde. (Julho de 2017). *Estratégia nacional para o envelhecimento ativo e saudável 2017-2025*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde. (2010.) *Desafios em tempo de crise Relatório de Primavera 2010*. Disponível em http://www.opss.pt/sites/opss.pt/files/RelatorioPrimavera2010_OPSS-FT.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento conceptual - Enunciados descritivos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Organização Mundial da Saúde. (2008). *Relatório mundial de saúde 2008, cuidados de saúde primários, agora mais que nunca*. Disponível em http://www.who.int/whr/2008/whr08_pr.pdf.

Organização Mundial de Saúde (1978). Declaração de Alma-Ata. *Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde: Saúde para todos no ano 2000*. Disponível em: <http://www.saudepublica.wb.pt> .

Regulamento n.º 128/2011 de 18 de fevereiro. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. *Diário da República n.º 35 - Série II*, de 18 de fevereiro de 2011

Serviço Nacional de Saúde (2018). Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários. Disponível em: <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/1/10031/1040255/Pages/default.aspx>

UCC Mogadouro Disponível em: <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/1/10031/1040855/Pages/default.aspx>

Anexo D
Projeto Intervenção Comunitária

Projeto de Intervenção Comunitária

“Entardecer feliz”

1. Âmbito

O projeto de intervenção “Entardecer feliz” surge na sequência de um diagnóstico de situação realizado a partir dos resultados obtidos no estudo desenvolvido no âmbito do estágio II/Trabalho de projeto, com o tema “Depressão nos idosos não institucionalizados no distrito de Bragança”. Inicialmente dirigido à população de Bemposta, Concelho de Mogadouro, este projeto tem por objetivo promover o convívio social, as relações interpessoais, diminuindo o isolamento social da população, no sentido de diminuir o risco de depressão da população.

Este fenómeno da longevidade, onde está intrínseco o processo natural do envelhecimento o nível físico, psicológico e social, levam à necessidade atuar nos fatores determinantes já descritos para o desenvolvimento de depressão, a fim de poder apostar na prevenção desta doença.

Atendendo ao impacto económico, social e humano, a depressão no idoso assume-se como um problema de saúde pública, que exige a ação multidisciplinar e transversal à dinâmica social.

Neste sentido, acreditamos que este projeto de intervenção comunitária poderá ser útil no que diz respeito à promoção da saúde mental e prevenção da depressão nesta comunidade.

2. Enquadramento

O envelhecimento populacional é um fenómeno mundial, já característico, não apenas em países desenvolvidos, mas também nos países em desenvolvimento, resultado de variáveis sociodemográficas, alterações sociais e culturais (Ramos, et al., 2019).

Neste sentido o Plano Internacional de Ação sobre o Envelhecimento (PIAE) aprovado pelos países membros da Organização das Nações Unidas, estabelecem direções e

medidas prioritárias para promover uma velhice saudável (Leandro-França & Murta, 2014).

O envelhecimento ativo surge como um termo para englobar a visão da velhice como um processo do ciclo de vida, que deve ser vivenciado com autonomia, independência, reconhecimento de direitos, segurança, dignidade, bem-estar e saúde (Leandro-França & Murta, 2014).

Com o propósito de consciencializar a população mundial para o problema da depressão, a WHO em 2012 definiu esta doença como tema principal do dia da saúde. Entretanto, o cenário vai-se agravando, e com os aumentos dos índices de envelhecimento e as vulnerabilidades inerentes, os idosos são caracterizados como grupo de risco para esta doença (Leandro-França & Murta, 2014).

A depressão em idosos é um prolema de saúde pública, não só pela sua prevalência, mas também pela sua importância como causa de comorbilidade, pois constitui uma das principais causas de incapacidade (Sousa, et al., 2010).

A literatura especializada refere que as intervenções de prevenção e promoção da saúde oferecem um excelente potencial em promover o empoderamento, saúde e cidadania, preparação da reforma e adaptação, reduzir sintomas de depressão e ansiedade (Leandro-França & Murta, 2014).

É neste sentido que surge o presente projeto de intervenção através da implementação de atividades numa aldeia piloto – Bemposta - de forma a promover o envelhecimento ativo e empoderar a população, podendo, se possível ser replicado no concelho ou no distrito.

2.1. Resultados do estudo

O motivo da escolha por esta área de intervenção baseia-se na reflexão e no estabelecimento de prioridades sobre os problemas de saúde identificados pelo diagnóstico da situação de saúde que teve como principal objetivo identificar a prevalência de depressão nos idosos não institucionalizados do distrito de Bragança.

O diagnóstico realizado integrou 770 idosos do distrito de Bragança tendo-se considerado como critérios de inclusão ter no mínimo 65 anos (inclusive), residir no distrito de

Bragança, não se encontrar institucionalizado, estar consciente e orientado e aceitar a participação no estudo.

Como objetivos deste estudo definimos:

- Avaliar a prevalência de depressão nos idosos, não institucionalizados, no distrito de Bragança;
- Analisar a depressão em função das variáveis sociodemográficas;
- Analisar a depressão segundo o consumo de tabaco e álcool;
- Analisar a depressão segundo a capacidade sensorial e auditiva;
- Analisar a depressão em função da autoperceção de saúde e outras variáveis clínicas.

Os resultados permitem concluir que a amostra em estudo é constituída maioritariamente por pessoas casadas ou em união de facto, do sexo feminino, a maioria possui poucas habilitações literárias, 16,4% são analfabetos. A idade mínima é de 65 anos e a máxima de 94, verificando-se ainda que 34 idosos não estão reformados.

Existe maior prevalência de depressão no sexo feminino e nos reformados e nos idosos que moram sós, no entanto não se verifica diferença estatisticamente significativa. Já no que concerne ao estado civil, idade, nível e escolaridade, existe relação, considerando-se o nível de escolaridade mais elevado e o estado civil casado como fator de proteção para o desenvolvimento de depressão.

No que diz respeito aos consumos, a prevalência de depressão é maior nos não fumadores, no entanto não existe diferença estatisticamente significativa, o mesmo não acontece com o consumo de álcool, sendo que neste estudo a álcool pode ser considerado como um fator de proteção para o desenvolvimento de depressão.

Verificou-se que não existe relação entre a prevalência de depressão e a capacidade sensorial, concretamente a acuidade visual e acuidade auditiva.

Relativamente á saúde autopercebida e outras variáveis clínicas, conformou-se a hipótese formulada, que existe relação entre a prevalência de depressão e autoperceção de saúde e outras variáveis clínicas, especificamente presença de comorbilidades, fragilidade,

desnutrição ou risco nutricional, dependência nas AVD, polimedicação e internamentos no último ano.

3- Integração

Este projeto é transversal aos cuidados de saúde, particularmente na intervenção comunitária, sendo a sua área de intervenção focalizada nos idosos não institucionalizados. Encontra-se em consonância com o Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas e com o Programa Nacional para a Saúde Mental, pois o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública desenvolve uma prática globalizante centrada na comunidade. O enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, deve deter um conhecimento profundo sobre as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde assim como uma elevada capacidade para atender às necessidades do indivíduo ou comunidade (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

4. Organização e parcerias

Gestor/Coordenador do projeto: Enfermeira Ana Isabel Cordeiro Folgado, aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária.

Cliente/Utilizador: Idosos não institucionalizados da aldeia de Bemposta.

Intervenientes:

- o Equipa multidisciplinar de profissionais da UCC - Mogadouro.
- o Responsável do Projeto – Enfermeira Ana Isabel Cordeiro Folgado

Parcerias:

- o Câmara Municipal de Mogadouro
- o Junta de Freguesia de Bemposta
- o Centro de saúde de Mogadouro

Sujeitos das Ações: Idosos não institucionalizados da aldeia de Bemposta

Níveis de intervenção: Promoção da saúde (auto estima, relação interpessoal), capacitação individual, prevenção do isolamento social e depressão.

Caráter das ações: expositivas, demonstrativas e interativas, dirigidas aos idosos não institucionalizados.

1. Período de Intervenção

Início: Janeiro 2022

Fim: Junho 2022

2. Plano de Ação

Inicialmente reuniu-se com o Presidente da Junta de Freguesia, no sentido de se apresentarem os resultados do estudo realizado e expor os objetivos do projeto de intervenção, pedindo autorização e colaboração para a realização do mesmo. A todos os intervenientes foi explicado o objetivo do estudo e respetivo plano de ação e intervenção assim como os pressupostos éticos e deontológicos.

Irá convocar-se um grupo de idosos (máximo 15 idosos) através de publicação em edital na Junta de Freguesia e pedindo-se autorização para utilização de um espaço físico com condições para se realizarem as atividades.

Numa segunda fase procede-se à realização de um Plano de Ação, onde constam as atividades a realizar, previsto para o presente Programa de Intervenção.

“Projeto Entardecer Feliz”				
Objetivo Geral: promover o envelhecimento ativo, empoderando a população e prevenindo a depressão.				
População Alvo: Idosos não institucionalizados da aldeia de Bemposta				
Objetivos Específicos	Atividades	Local	Ações previstas	Data
Divulgar o cartaz do projeto.	Fixar cartaz nos locais de convívio da aldeia.	Aldeia de Bemposta	1	Dezembro 2021
Sensibilizar os idosos para a importância do relacionamento interpessoal com os seus pares, apreciando atividades em grupo, conversando sobre suas rotinas e partilhando o tempo livre.	Realização de atividades de interação com os elementos do grupo com base no diálogo, partilha de acontecimentos de vida, tradições e saberes.	Espaço cedido pela Junta de Freguesia	1	Janeiro 2022
Promover a socialização e convívio através do exercício físico, explicando os benefícios de incluir a atividade física nas rotinas diárias.	Realização de aula de educação física em grupo.	Espaço cedido pela Junta de Freguesia	1	Janeiro 2022
Promover a socialização e convívio através da música.	Realização de uma sessão musical com participação do grupo.	Espaço cedido pela Junta de Freguesia	1	Fevereiro 2022
Capacitar o grupo para a utilização do telemóvel para videochamadas.	Realização de uma sessão informativa, explicativa e demonstrativa no uso da aplicação whatsapp.	Espaço cedido pela Junta de Freguesia	1	Março 2022
Habilitar o grupo para a convivência com as doenças crónicas.	Realização de uma sessão informativa e explicativa sobre doenças crónicas e como conviver com essas doenças.	Espaço cedido pela Junta de Freguesia	1	Abril 2022

2.1. Planeamento das sessões de Intervenção

Projeto “Entardecer feliz”						
Sessão	Ação de Intervenção	Conteúdos	Formadores	Data	Duração	Local
1	Promoção do relacionamento interpessoal.	Apresentação dos vários elementos do grupo; Partilha de informação sobre recursos familiares e sociais na tentativa de perceber se os idosos se sentem sós.	Ana Folgado (Enfermeira)	Janeiro 2022	2h	Junta de Freguesia
2	Promoção da socialização através do exercício físico	Aula de educação física promovida pelos professores de educação física do município. Sensibilização para inclusão do exercício físico nas rotinas diárias.	Ana Folgado eventualmente com colaboração de um técnico da área de desporto	Janeiro 2022	2h	Junta de Freguesia
3	Promover a socialização através da música.	Aula de música promovida pelos professores de música do município com músicas tradicionais conhecidas dos idosos com a sua participação com instrumentos musicais mais pequenos cedidos pelo município.	Ana Folgado eventualmente com colaboração de um técnico da área de música	Fevereiro 2022	2h	Junta de Freguesia
4	Capacitar o grupo para a utilização do telemóvel para videochamadas.	Sessão de esclarecimento sobre como utilizar a aplicação whatsapp, como realizar chamadas, videochamadas e áudios, com presença de professores do município e funcionário da junta de freguesia para ajuda nas práticas de utilização. Esta atividade tem por objetivo estreitar a comunicação com familiares das gerações mais jovens, mesmo com aqueles que se encontram mais distantes.	Ana Folgado eventualmente com a colaboração de um técnico de informática.	Março 2022	3h	Junta de Freguesia
5	Habilitar o grupo para a convivência com as doenças crónicas.	Realização de uma sessão informativa e explicativa sobre doenças crónicas, nomeadamente Hipertensão arterial (HTA), Diabetes Mellitus e como conviver com elas, orientando para vigilância regular, cuidados alimentares e medicamentosos, exercício físico.	Ana Folgado eventualmente com a colaboração de uma colega e um(a) médico (a) do Centro de Saúde.	Abril 2022	2h	Junta de freguesia

3. Avaliação

A avaliação irá ser realizada pela Gestora/Coordenadora do projeto, com base nos indicadores de estrutura, de processo, resultado e desempenho.

Os **indicadores de estrutura** associam-se aos recursos materiais e humanos que serão avaliados ao longo da implementação do projeto.

Indicadores de Estrutura	
Recursos Humanos	Recursos Materiais
Equipa dinamizadora do Projeto Profissionais de Saúde Equipa colaboradora do município/junta de freguesia	Material para o desenvolvimento das atividades (computador/projetor, telemóveis, instrumentos musicais, matérias de educação física) Sala de formação/reunião

Os **indicadores de processo**, estão ligados ao planeamento e à implementação/execução de cada atividade proposta e serão avaliados ao longo do projeto, no sentido de se avaliar a sua eficácia

Indicadores de Processo
Tempo de planeamento para cada atividade Tempo para realização de cada atividade Avaliação de cada atividade Percentagem de ações desenvolvidas Índice de participação da população-alvo nas atividades

Os **indicadores de resultado** são aqueles que permitem verificar a aquisição de ganhos em saúde, serão avaliados através da realização de uma investigação com características idênticas às do presente trabalho, verificando se o projeto teve impacto ao nível dos comportamentos e conhecimentos demonstrados pelos idosos.

Indicadores de Resultado	Metas	
	Situação Atual (no distrito)	Data definida
Diminuição da prevalência de depressão	18.6%	10%

Sendo que esta percentagem acima descrita na situação de prevalência atual diz respeito á amostra do estudo realizado, que engloba idosos de todo o distrito, será aplicada a escala de depressão geriátrica - versão curta na primeira sessão, para que seja possível verificar ou confirmar os resultados obtidos.

Os **indicadores de desempenho** serão avaliados ao longo do projeto, para controlo da evolução do mesmo. Será avaliado o cumprimento das atividades previstas e a participação da população alvo convidada para cada atividade. O indicador de desempenho considerado será a aplicação do plano de ação a todas as aldeias do Concelho de Mogadouro e envolvimento dos idosos.

Indicadores de Desempenho
Adesão dos idosos ao projeto de intervenção
Percentagem de ações desenvolvidas
Cumprimento dos objetivos previstos
Índice de participação dos idosos nas atividades
Avaliação das ações (apreciação global da intervenção, objetivos conteúdos, atividades, participação, recursos e desenvolvimento das ações/programa)

Bibliografia

- Leandro-França, C., & Murta, S. G. (2014). *Prevenção e promoção da Saúde Mental no Envelhecimento: Conceitos e intervenções* (34 ed., Vol. 2). Brasília, Brasil: Universidade de Brasília.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ramos, F., Silva, S., Freitas, D., Gangussu, L., Bicalho, A., Sousa, B., . . . Guimarães, T. (2019). Fatores associados á depressão em idoso. *Revista eletrónica Acervo Saúde*.
- Sousa, M., Nunes, A., Guimarães, A. I., Cabrita, J. M., Cavadas, L. F., & Alves, N. F. (2010). Depressão em idosos. prevalência e fatores associados. *Revista Portuguesa Clinica Geral*, pp. 384-391.