



Instituto Politécnico
de Viana do Castelo

Filipa Manuela Ribeiro dos Santos

Funcionalidade e sintomatologia depressiva em pessoas com 65+
anos a residir na comunidade

Curso de Mestrado
Gerontologia Social

Trabalho efetuado sob a orientação da
Professora Doutora Maria Isabel Soares Parente Lajoso Amorim

Fevereiro, 2017

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Isabel Amorim, um sincero e especial agradecimento pela sua disponibilidade, exigência, apoio e motivação que me proporcionou ao longo deste trabalho. Obrigado pelo apoio no tratamento de dados, sem a sua ajuda não teria conseguido levar a cabo este estudo.

Agradeço a todos os idosos que generosamente participaram neste estudo, sem eles esta investigação não teria sido possível.

Ao meu namorado Hugo, uma das pessoas mais importantes na minha vida, agradeço o apoio incondicional em tudo na minha vida. Obrigado pela amizade, pela aprendizagem, pelo incentivo e pelos momentos de riso e de choro ao longo destes meses. Obrigado por nunca me deixares desistir.

Aos meus pais, irmã e avós obrigado pelo apoio e dedicação que sempre me ofereceram.

Aos meus cães Neco e ao Preto que embora seres que não falam estiveram incondicionalmente junto a mim, durante as horas de trabalho, sendo uma companhia incomparável. Seres de outro mundo que, nascem e já sabem amar de uma forma que os humanos levam uma vida inteira para aprender.

A todos aqueles que aqui ficando anónimos, direta ou indiretamente contribuíram para a realização deste trabalho.

“De tudo, ficaram três coisas:
a certeza de que estamos sempre começar,
a certeza de que é preciso continuar,
a certeza de que seremos interrompidos antes de terminar.

Portanto, devemos
fazer da interrupção um caminho novo;
da queda, um passo de dança;
do medo, uma escada;
do sonho, uma ponte;
da procura, um encontro.”

Fernando Pessoa

RESUMO

Contexto e objetivo de estudo. Um dos traços mais evidentes da sociedade portuguesa atual é a tendência para o aumento da longevidade. Assim, assiste-se a um aumento do interesse científico e social em relação à população idosa, existindo atualmente uma grande diversidade de quadros conceptuais, abordagens metodológicas e resultados de investigação. Dado este fenómeno de natureza demográfica e o seu interesse para a sociedade, surge a Gerontologia Social, a ciência que estuda o impacto das condições socioculturais e ambientais no processo de envelhecimento. O ambiente onde o indivíduo reside é importante na medida em que afeta as suas capacidades, sendo um importante elemento facilitador ou uma barreira para a sua vida, afetando assim diretamente a sua autonomia. Quando não existe um envelhecimento saudável, o indivíduo debate-se com uma maior predisposição para a vulnerabilidade e a fragilidade, podendo levar mesmo associar-se a situações de sintomatologia depressiva. Face ao apresentado, determina-se como objetivo geral do presente trabalho: Analisar a relação entre aspetos sociodemográficos, funcionalidade das atividades da vida diária e sintomatologia depressiva em idosos, a residir em contexto comunitário.

Método. Este trabalho caracteriza-se por ser um estudo de natureza quantitativo, descritivo - correlacional. A amostra é composta por 100 idosos a residir na comunidade. Relativamente aos instrumentos de recolha de dados utilizou-se um Questionário Sociodemográfico, o Índice de Barthel (Mahoney & Barthel, 1965; validado e adaptado para a população portuguesa por Sequeira, 2007), o Índice de Lawton (Lawton & Brody, 1969, validado e adaptado para a população portuguesa por Sequeira, 2007) e a Escala de Depressão Geriátrica-15 (validado e adaptado para a população portuguesa por Pocinho, Farate, Dias, Lee & Yesavage (2009).

Resultados. Fazem parte deste estudo 100 participantes, maioritariamente do sexo feminino (53%), com uma média de idade de 76,8 anos ($dp=8,4$). A maioria dos participantes é casada ou vive em união de facto (46,5%) e, apresenta escolaridade reduzida (69,1 % com 1 a 4 anos de escolaridade). No que respeita à capacidade funcional nas ABVD's 66% dos participantes são independentes e 50% são moderadamente dependentes nas AIVD's. 63% da amostra apresenta maior sintomatologia depressiva.

Conclusão. Constatou-se que maiores níveis de sintomatologia depressiva estão associados a piores resultados na realização das tarefas da vida diária. Mulheres, pessoas mais velhas, com mais elevada escolaridade e solteiras, viúvas ou divorciadas tendem a evidenciar piores resultados.

Palavras-chave: Envelhecimento; Gerontologia Social; Funcionalidade; Depressão; Comunidade.

Fevereiro, 2017

ABSTRACT

Background and studies objective. The current Portuguese society is going through a period of aging of the population, due to increased of longevity. This fact has interested the scientific sociology community to find out the cause of this trend. They have used a variety of concepts, different methodological approaches to get the results of research. The impact caused by this demographic phenomenon was so important for general society that made arise the Gerontology as a social science that studies the impact of all social and cultural aspects from the daily in the aging process. The environment where the individuals are living is really important because it can work as a facilitate element or a barrier to their lives and will influence their capacities to live autonomously. When the aging process is not healthy, the person exposed will be more vulnerable for depressive problems. The main objective of this dissertation is to analyze the relationship between social demographic aspects, depressive symptomatology and daily functionalities in elderly people when living in a community environment.

Methodology. This work has in its essence a quantity approach, being descriptive and correlational between the data analysed. The methodology used to obtain realistic statistics was completing a social-demographic questionnaire to 100 elderly persons living in community, using the Barthel Activities of Daily Living (ADL) Index (Mahoney & Barthel, 1965; validated and adapted for the Portuguese population by Sequeira, 2007); the Lawton Instrumental Activities of Daily Living (IADL) Scale (Lawton & Brody, 1969, validated and adapted for the Portuguese population by Sequeira, 2007); and the Geriatric Depression Scale (Validated and adapted for the Portuguese population by Pociinho, Farate, Dias, Lee & Yesavage (2009).

Results. The sample consists in 100 elderly persons living in a community-base and/or institutional home cares, mostly female (53%), with an average age of 76.8 years (SD = 8.4). Most of participants are married or cohabiting (46.5%) and have a reduced level of education (69.1% with 1 to 4 years of schooling); Regarding the independence for basic Activities of Daily Living (ADL), 66% are independent and 50% are moderately dependent on the Instrumental Activities of Daily Living (IADL). The percentage of individuals that manifested depressive symptomatology was 63%. It was noted that higher levels of depression symptoms are associated to participants with low ability to perform basic tasks of daily living.

Conclusion. The result achieved in this dissertation can be the beginning for futures programs to prevent geriatrics diseases as depression, which will help an early detection of symptoms and comorbidities. It is essential that these programs focus the prevention and promotion of mental health, with the goal to improve the life quality and well being of aged people in community.

Key words: Elderly; Aging; Gerontology; Functionality; Depression; Community.

February, 2017

ÍNDICE GERAL

Resumo	VII
Abstract	IX
Introdução	17
Capítulo I - Revisão da Literatura	23
1.1 O Envelhecimento	25
1.1.1 Envelhecimento populacional e individual	25
1.1.2 Gerontologia social	27
1.1.3 O fenómeno do envelhecimento à luz do modelo Ecológico da Competência-Pressão	29
1.1.4 Capacidade funcional.....	31
1.2 Alteração da Saúde Mental no Idoso: o caso da sintomatologia depressiva	35
1.3 Objetivos de estudo	40
Capítulo II - Método	43
2.1 Desenho de investigação	45
2.2 População e amostra	45
2.3 Instrumentos de recolha de dados.....	46
2.4 Procedimentos de recolha de dados	48
2.5 Estratégia de análise de dados	48
Capítulo III - Resultados	51
3.1 Caracterização sociodemográfica dos participantes	53
3.2 Descrição das principais variáveis: Funcionalidade e depressão.....	54
3.2.1 Funcionalidade na Vida Diária	54
3.2.2 Sintomatologia depressiva	55
3.3 Análise da relação entre variáveis sociodemográficas, funcionalidade e sintomatologia depressiva	56
3.4 Relação entre Funcionalidade e Sintomatologia depressiva	59
Capítulo IV - Discussão	61
Conclusão	67
Referências Bibliográficas	71

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Caraterização sociodemográfica dos participantes	53
Tabela 2. Caraterização da funcionalidade para as atividades básicas e instrumentais da vida diária	55
Tabela 3. Caraterização da sintomatologia depressiva	55
Tabela 4. Descrição das dimensões do envelhecimento segundo o género	56
Tabela 5. Descrição das dimensões do envelhecimento segundo o grupo etário	57
Tabela 6. Descrição das dimensões do envelhecimento segundo a escolaridade	58
Tabela 7. Comparações múltiplas em relação aos resultados do Índice de Barthel, Índice de Lawton e GDS em função do grupo de escolaridade	58
Tabela 8. Descrição das dimensões do envelhecimento segundo o estado civil.....	59
Tabela 9. Correlação entre Funcionalidade e sintomatologia depressiva	60

SIGLAS

INE – Instituto Nacional de Estatística

AVD's – Atividades da Vida diária

ABVD's – Atividades Básicas da Vida Diária

AIVD's – Atividades Instrumentais da Vida Diária

GDS-15 – Geriatric Depression Scale de Yesavage

INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população é uma realidade incontornável na sociedade ocidental do séc. XXI que lança novos desafios aos indivíduos e à própria sociedade. Em Portugal, nunca existiram tantas pessoas com 65 e mais anos, ou com 80 e mais anos, e tão poucos nascimentos e jovens como agora (Rosa, 2012). O último Censo da população realizado em Portugal em 2011 mostrou a tendência crescente para o aumento da população com 65 e mais anos. Entre 2001 e 2011, a proporção de jovens (população dos 0 aos 14 anos de idade) reduziu de 16,2% para 14,9% da população residente total. No mesmo período, a proporção de indivíduos em idade ativa (população dos 15 aos 64 anos de idade) também diminuiu de 67,3% para 66,0%, verificando-se simultaneamente o aumento da percentagem de idosos (população com 65+ anos de idade) de 16,6% para 19,0% (INE, 2012).

Com o acréscimo da longevidade, assiste-se a um aumento do interesse científico e social em relação à população idosa, existindo atualmente uma grande diversidade de quadros conceptuais, abordagens metodológicas e resultados de investigação. Para este aumento da longevidade, contribuem, entre vários fatores, a evolução decorrente do desenvolvimento nas ciências da saúde, que cooperam de forma decisiva para o aumento da esperança de vida e consequentemente aumento da população idosa (Sequeira, 2010).

De acordo com Paúl (1991) o envelhecimento humano pode ser entendido, também como um processo individual resultante de alterações biológicas, psicológicas, sociais, ou outras, provocadas pela idade, que atingem o ser humano modificando o seu relacionamento com a própria vida e com o mundo, alterando a sua relação com o tempo (Teixeira, 2006). Este processo possui três componentes: a biológica (capacidades/competências físicas do indivíduo); a psicológica (autorregulação do indivíduo para tomar decisões e opções); e ainda, a social (papéis sociais desempenhados na sociedade). Contudo, o processo de envelhecimento não depende exclusivamente das particularidades individuais da pessoa, mas também do ambiente em que está inserida. O ambiente físico dos idosos é considerado como sendo um fator otimizador ou negativo no evoluir do processo do envelhecimento, com efeitos diretos na sua autonomia e efeitos indiretos pela indução de ambientes sociais favoráveis ou desfavoráveis ao bem-estar dos mais velhos (Paúl, 2005).

Neste sentido, é possível constatar que o processo de envelhecimento é influenciado por fatores intrínsecos, mas também por fatores de ordem extrínseca. Nesta linha de pensamento, torna-se igualmente relevante referir que cada indivíduo envelhece de um modo particular, diferente de todos os outros, consoante o estilo de vida adotado.

Este crescente envelhecimento, aliado à maior longevidade e o aumento de doenças crónico-degenerativas, resultam numa redução progressiva da autonomia e da capacidade funcional do indivíduo idoso. Neste sentido, a funcionalidade traduz-se em várias atividades que podem subdividir-se em atividades básicas de vida diária (ABVD's), que englobam atividades de

autocuidado e, atividades instrumentais de vida diária (AIVD's), voltadas para a integração do indivíduo no meio ambiente (Marcolin & Dalacorte, 2008; Paúl & Fonseca, 2005).

A perda da capacidade de executar determinadas tarefas consideradas essenciais na prática diária induz a uma sobrecarga emocional que poderá tornar o indivíduo mais vulnerável ao aparecimento de sintomatologia depressiva. De facto, a relação entre capacidade funcional e depressão é cada vez mais estudada, e há estudos que comprovam a relação entre depressão e dependência funcional (Maciel & Guerra, 2006). Diversos autores constataram que à medida que os idosos se vão tornando mais dependentes fisicamente tendem a ficar mais deprimidos, independentemente da idade e do género (Lima, Silva & Ramos, 2009; Katt, Speranza, Shore, Saenz e Witta 2009).

Em relação à população idosa, a depressão constitui um motivo de hospitalização tão frequente quanto a demência. O quadro clínico desencadeado é habitualmente similar com o que se pode encontrar em outras faixas etárias, sendo, no entanto, menos comum o sentimento de culpa e incapacidade grave e mais frequente certas características como a hipocondria, agitação, sintomas obsessivos e medo de indigência (Santos, 2002). A depressão apresenta-se como o problema de saúde mental mais frequente na população idosa, e tem vindo a ser considerada um grave problema de saúde pública, sendo frequentemente sub-tratada e sub-diagnosticada, nomeadamente quando ocorre em contexto de múltiplos problemas de saúde, levando à perda de autonomia (Namorado, 2013).

Ao pensarmos que o envelhecimento, a capacidade funcional e a sintomatologia depressiva possam ser conceitos relacionados entre si, consideramos que esta relação merece ser estudada.

A escolha do tema deve-se ao fato de a literatura científica demonstrar o quão importante é realizar uma avaliação multidimensional nos adultos mais velhos, mais concretamente no que toca à funcionalidade (autonomia instrumental e física), particularmente envolvida na satisfação autónoma das atividades de vida diária e das atividades instrumentais. Por outro lado, a dimensão da população envelhecida, do nosso país, justifica o interesse por estudos neste âmbito. Associado à funcionalidade podem ser referidas outras variáveis que poderão comprometê-la, favorecendo a dependência funcional, nomeadamente a depressão. Assim, o presente trabalho pretende contribuir para um melhor entendimento sobre o processo de envelhecimento, procurando identificar, mais especificamente, alguns aspetos que também possam ser determinantes para a compreensão da sintomatologia depressiva nesta fase do ciclo de vida.

Face ao exposto, estabelece-se o seguinte objetivo geral para o presente estudo: Analisar a relação entre aspetos sociodemográficos, funcionalidade das atividades da vida diária e sintomatologia depressiva em idosos, a residir em contexto comunitário.

Em termos de estrutura, a presente dissertação encontra-se dividida em quatro capítulos. O primeiro capítulo pretende enquadrar teoricamente o problema de investigação através de uma revisão da literatura nos domínios mais relevantes para o seu equacionamento, abordando-se o envelhecimento, a Gerontologia Social, a Saúde mental a funcionalidade e a depressão no idoso.

O Capítulo II visa a apresentação do estudo empírico fazendo o seu enquadramento metodológico, descrevendo a forma como o estudo foi desenhado, apresentando a contextualização do estudo, os objetivos de investigação, os participantes no estudo, os instrumentos de recolha de dados, os procedimentos de recolha e análise dos dados. Por fim, no Capítulo III e IV, serão consideradas a apresentação e discussão dos resultados do estudo e as principais conclusões, face aos objetivos de estudo e as suas implicações para a prática gerontológica.

CAPITULO I

REVISÃO DA LITERATURA

1.1 O Envelhecimento

1.1.1 Envelhecimento populacional e individual

Para compreender o fenómeno do envelhecimento é necessário ter presente que existem idades, consensualmente aceites, a partir das quais, para lá dos atributos pessoais (classe social, qualificações e competências, entre outras) todos os indivíduos são classificados indistintamente em categorias fixas denominadas idades jovem, ativa e idosa. A partir destas categorias etárias desenvolve-se a noção de envelhecimento demográfico (ou populacional) que se explica como uma evolução própria da organização etária da população que corresponde ao aumento da importância estatística dos idosos (envelhecimento no topo da pirâmide etária) ou à diminuição da importância estatística dos jovens (envelhecimento na base da pirâmide etária). Articulado com o envelhecimento demográfico está o envelhecimento societal que parece advir do primeiro, visto que, uma população pode estar a envelhecer e a sociedade não, o que significa que esta pode reagir à modificação do curso dos fatos, encontrando uma forma apropriada de os encarar (Rosa, 2012).

A abordagem sobre o envelhecimento da população adquiriu uma grande importância, nomeadamente na Europa. Tal decorre da relevância que esta questão tem vindo assumir nas últimas décadas, inicialmente em alguns países mais desenvolvidos da Europa e, atualmente numa escala mais alargada, onde se inclui outros países como os da América do Norte, América Latina e Ásia, que iniciaram processos relevantes de alteração de padrões de natalidade tradicionalmente elevada, como está acontecer com alguns dos mais importantes países emergentes (Dias & Rodrigues, 2012).

Segundo dados disponibilizados pelo Instituto Nacional de Estatística (INE), a população mundial depois de ter tido um crescimento de 2 biliões de pessoas em 1950 para 6,5 biliões em 2012, prevê-se que em 2050 possa rondar os 9,1 biliões. Verificou-se também, que a percentagem de pessoas idosas cresceu consideravelmente, passando de 8% em 1950 para 11% em 2009, sendo esperado que atinga os 22% em 2050 (INE, 2012).

Ao abordar o envelhecimento populacional é importante ter em conta dois fatores – a distinção entre países desenvolvidos e países em vias de desenvolvimento. Esta distinção é fundamental, pois a maior parte do crescimento global da população decorre nos países em vias de desenvolvimento. Assim, 95% do crescimento global resultará dos 50 países menos desenvolvidos e o continente africano será o que crescerá mais intensamente em termos populacionais. A nível mundial, a população idosa cresce a um ritmo de 2,6% por ano, por sua vez, a população global cresce a um ritmo muito mais lento de apenas 1,2%, não se perspetivando alterações nesta tendência pelo menos até 2050. Os países em vias de desenvolvimento terão muito mais dificuldade em se adaptar às mudanças que necessariamente terão que ocorrer na sociedade para que esta alcance um ponto de equilíbrio e sustentabilidade. São o caso da China e da Índia, que até 2050 podem sofrer danos se não obtiverem sucesso no seu processo de adaptação à nova realidade

demográfica, pois não só estarão a braços com uma grande fatia de população muito envelhecida, como com uma grande parcela muito jovem, tendo a população considerada ativa poucos integrantes quando comparada com os grupos referidos (Leão, Ataíde, Revés, Marques e Ponte, 2011).

Assim, é notório que o envelhecimento da população atinge uma dimensão mundial, embora seja na Europa que está mais concentrado. Portugal é um dos países mais envelhecidos, nomeadamente pela velocidade com que este processo se manifesta: em 1980 o Índice de Envelhecimento era de 44, ou seja, havia 44 idosos por cada 100 jovens, atualmente passou de 130 idosos por cada 100 jovens. Portugal tem hoje mais população idosa do que jovem (PORDATA, 2014).

Nas últimas décadas, a demografia portuguesa transformou-se, em sintonia com as profundas mudanças sociais, económicas e políticas, nacionais e internacionais, que marcaram todo este período. Em 1960, Portugal contava com 8,9 milhões de residentes, em 2011, passou para 10,5 o total de residentes (PORDATA, 2014).

No caso de Portugal, a pirâmide etária apresenta-se envelhecida na base e no topo. O acontecimento do duplo envelhecimento da população, que se caracteriza pelo aumento da população idosa e pela redução da população jovem, continua bem vincado nos resultados dos Censos 2011. Há cerca de trinta anos, em 1981, cerca de um quarto da população pertencia ao grupo etário mais jovem (0-14 anos) e apenas 11,4% estava incluída no grupo etário dos mais idosos (com 65 ou mais anos). Em 2011, Portugal apresentou cerca de 15% da população no grupo etário mais jovem (0-14 anos) e cerca de 19% da população tem 65 ou mais anos de idade (INE, 2012).

Rosa (2012) refere que a parcela de idosos mais velhos (com 80 ou mais anos), conhecida como “quarta idade “ tem vindo a reforçar o seu peso estatístico com o evoluir do tempo. Segundo o INE (2012), a população em Portugal deverá continuar a envelhecer e poderá ocorrer de modo intenso. Mesmo que os níveis de fecundidade aumentem ligeiramente e que os saldos migratórios permaneçam positivos, em 2060 a população portuguesa poderá estar ainda nos 10 milhões de indivíduos mas, no entanto, será muito mais envelhecida do que atualmente, sendo que, o número de pessoas com 65 ou mais anos poderá ser quase o triplo dos jovens. Tal acontece devido à redução da mortalidade e à redução da fecundidade.

Ainda segundo Rosa (2012), em 1920 os homens tinham uma esperança de vida de cerca de 36 anos, e em 1960 já atingia os 60 anos. Hoje passados 50 anos, a esperança de vida à nascença é de cerca de 76 anos. Desde 1920, e nos 90 anos que passaram desde então, o número médio de anos com vida aumentou 40 anos para os homens. Idêntica evolução se passou com as mulheres, as quais têm beneficiado sempre de uma esperança de vida superior à dos homens. Em 1920, a esperança de vida à nascença das mulheres era de 40 anos e, atualmente é de 82 anos.

Falar de envelhecimento requer que se fale do termo envelhecimento coletivo, mas também de envelhecimento individual. Segundo Rosa (2012), o envelhecimento individual é um conceito que se divide em dois: *envelhecimento cronológico*, um processo universal, progressivo e inevitável, que

todo o Ser Humano atravessa no seu processo de desenvolvimento; e *envelhecimento biopsicológico* vivido por cada pessoa de maneira diferente, sendo menos linear e não fixo em termos de idade. Cada pessoa manifesta este tipo de envelhecimento de acordo com o seu estilo de vida, da genética e até da sociedade que a rodeia.

Na mesma linha, a autora acima referida, salienta que, ligado ao processo de envelhecimento individual está a velhice sendo que, esta pode ser vista pela negativa ou pela positiva. A visão negativa junta a velhice à morte e destaca-a como a última fase da vida humana, onde é visível os sinais de deterioração física que se determinam sobre todo o resto. A visão positiva é a que alia a velhice ao privilégio de chegar a idades mais avançadas.

Independentemente das dificuldades associadas à saúde ou outras, a velhice pode ser um momento para concretizar sonhos irrealizáveis durante a constante pressão da vida quotidiana quando se está no ativo. Assim, embora a idade cronológica seja um atributo indiscutível, a velhice não o é. É uma realidade difusa, vivida, sentida e percecionada de forma díspar, desde o seu enaltecimento até ao repúdio.

O envelhecimento populacional acarreta consigo alguns receios de entre os quais a saúde, ou a falta dela. Com o aumento do número de indivíduos com 80 ou mais anos, ampliam-se as necessidades e a procura de cuidados de saúde. Com o avançar da idade aumenta o risco de doenças crónicas não transmissíveis ou degenerativas e aumentam as dificuldades de mobilidade, de visão e audição, o que leva muitas vezes à perda progressiva da autonomia e consequentemente à dependência de terceiros. A solidão, o isolamento familiar, a pobreza são outros dos receios dos indivíduos desta faixa etária.

A longevidade humana é uma realidade incontestável, no entanto as pessoas vivem uma ansiedade para não envelhecer, mas, importa referir que, o envelhecer ocorre ao longo da vida – desde o nascimento até à morte. Mas, há uma etapa da vida onde se faz notar com mais relevância, o que chama à atenção para a importância do planeamento da vida, de maneira a promover um envelhecimento bem-sucedido, em que o principal critério para o sucesso é a autonomia (física, psicológica e social) do idoso (Baltes e Baltes, 1990; OMS, 2001).

1.1.2 Gerontologia social

A partir do fim da II Guerra Mundial, houve a necessidade de obter mais conhecimentos no que respeita aos idosos, ao processo de envelhecimento, de como ele se coloca na história de vida de cada indivíduo e das suas consequências sobre a condição de vida quotidiana. Tal, aconteceu por causa do aumento da esperança média de vida levando ao envelhecimento da população. Assim, visto que o grupo de idosos começou a ter uma relevância estatística e social era necessária criar uma nova disciplina, a Gerontologia (Fonseca, 2005).

A palavra Gerontologia provém do vocábulo grego “gerontos” que significa aqueles que são mais velhos ou mais notáveis associado com o termo “logia” que significa grupo de conhecedores. Assim sendo, a gerontologia é uma nova área científica que se dedica ao estudo do envelhecimento humano e das pessoas mais velhas. É uma visão do envelhecimento que recebe contributos metodológicos e conceptuais de várias áreas científicas, como a Biologia, a Psicologia e a Sociologia (Paúl, 2012). Ou seja, caracteriza-se como um campo multidisciplinar. É um campo de estudos que investiga as experiências de velhice e envelhecimento em diferentes contextos socioculturais e históricos, abrangendo aspetos do envelhecimento normal e patológico. Investiga ainda o potencial de desenvolvimento humano associado ao curso de vida e ao processo de envelhecimento.

Ao longo do século XX, o estudo do envelhecimento associado ao ciclo de vida evoluiu de forma contínua e gradual. Hoje em dia, o desafio da Gerontologia concentra-se em garantir que a velhice e o envelhecimento sejam processos orientados e bem-assistidos. Torna-se, então, imprescindível que o aumento da esperança de vida seja acompanhado por ganhos na qualidade de vida, na satisfação e no bem-estar (Neri, 2008).

É neste sentido que a Gerontologia assenta numa abordagem teórica a nível biológico, psicológico e social, o que faz com que esta ciência desenvolva conhecimentos básicos a todos estes níveis e se demarque como multidisciplinar. Esta ciência é claramente interventiva, tentando melhorar as condições de vida das pessoas mais velhas, onde a intervenção pode ocorrer num contexto público ou privado, individual ou em grupo (Fernández-Ballesteros, 2004).

Fernández-Ballesteros (2004) destaca a multidisciplinaridade da Gerontologia, uma vez que a especificidade das tarefas com que o gerontólogo se depara expressa uma componente interativa impondo, desta forma, a necessidade de uma abordagem interprofissional.

Segundo Alkema & Alley (2006), os desafios da Gerontologia, enquanto campo integrado do conhecimento, inclui barreiras para a interdisciplinaridade e a adoção de uma linguagem comum entre os especialistas e estudiosos do envelhecimento. Como destacam os autores, a Gerontologia é vista por alguns estudiosos como uma ciência com dados ricos e teorias pobres. Na prática, o desafio reside em articular as teorias à prática com o intuito de aperfeiçoar as condições de vida e de saúde dos idosos e da população que envelhece.

As teorias na área da Gerontologia, como em todas as outras, servem para explicar e sistematizar os fenómenos que contactamos e, colocar hipóteses ou fundamentar intervenções, daí o seu carácter essencial para o desenvolvimento científico. Ou seja, utiliza-se uma teoria para explicar dados e gerar hipóteses que possam ser testadas pela pesquisa (Paúl, 2012).

Neste sentido, com o grande desenvolvimento da Gerontologia surgiram novos ramos de estudo como a Gerontologia Social. Esta, é a especialidade da Gerontologia que se preocupa essencialmente com o panorama da realidade sociocultural e ambiental inerente ao envelhecimento, bem como, das causas sociais para que se determinem ações de prevenção e/ou intervenção como respostas a situações adversas (Fernández-Ballesteros, 2004).

O termo Gerontologia Social foi usado pela primeira vez, em 1964, por Clark Tibbits para descrever a área da Gerontologia que estuda o impacto das condições socioculturais e ambientais no processo de envelhecimento e na velhice, as consequências sociais desse processo e as ações sociais que podem otimizar o processo de envelhecimento (Paúl, 2005). É uma área científica de formação recente que compõe uma exigência e carência das sociedades contemporâneas, aparecendo como construção de uma área do conhecimento na procura do saber sobre as interdependências entre o envelhecimento humano e coletivo, nomeadamente ao nível do impacto dos fenómenos do envelhecimento nas estruturas familiares, na economia, a proteção social, no direito, nas representações sociais sobre a vida, a morte e o envelhecimento, assim como, nas práticas culturais e na relação com o tempo.

Neste contexto, o gerontólogo social possui conhecimentos biopsicossociais dos idosos e do envelhecimento, ampliando estes mesmos conhecimentos a uma perspetiva social, em benefício das pessoas mais velhas (Fernández-Ballesteros, 2004).

Em forma de conclusão, importa referir que o principal objetivo da Gerontologia Social é o estudo e conhecimento da velhice para que o indivíduo viva mais e melhor. O interesse pela velhice e pelos processos de envelhecimento tem sido constante ao longo da história da humanidade, dado o constante interesse pelo prolongamento da vida (Fernández-Ballesteros, 2004).

1.1.3 O fenómeno do envelhecimento à luz do modelo Ecológico da Competência-Pressão

Em oposição ao desenvolvimento da teoria das ciências biológicas, o progresso teórico tem sido mais desafiador no que respeita à gerontologia social, devido aos complexos fenómenos do curso de vida. Apesar do estudo do envelhecimento ser recente, existe infinda informação. Todavia, não se sabe tanto quanto se gostaria de saber sobre como e porquê existe tanta alteração no envelhecimento. As perguntas porquê e como envelhecemos precisam de teorias esclarecedoras (Bengtson, Gans, Putney & Silverstein, 2009).

Bengtson e colaboradores (2009) definem a teoria como uma explanação que está alinhada com uma óptica científica sobre a evolução do conhecimento. Uma tentativa de explicar é o modo mais simples para definir teoria. Igualmente, Paúl (2012) define teoria como uma forma de expor e ordenar os fenómenos que analisamos e erigir hipóteses ou firmar intervenções, daí o seu carácter substancial para o desenvolvimento científico.

Se a teoria é diminuta, a investigação ou programa de intervenção irão falhar porque não vão obter os objetivos desejados. Se a explanação não é fundamentada por pressupostos teóricos que são ensaiados pela pesquisa, então é difícil avaliar se os resultados ou a política de intervenção é baseada em suposições aceitáveis sobre o porquê de as coisas acontecerem (Bengtson, Burgess & Parrott, 1997).

Existe muitas formas de conceptualizar o envelhecimento e a velhice, desde a biologia, a psicologia ou a sociologia. Porém, nenhuma destas teorias, em separado, será eficiente para explicar adequadamente o processo de envelhecimento, uma vez que, as mutações do tempo no organismo humano são múltiplas e com múltiplas causas (Fernandéz-Ballesteros, 2000). O autor descreve sucintamente o contributo de cada disciplina para o esclarecimento do processo de envelhecimento: as teorias biológicas explanam as alterações no organismo do indivíduo, no decorrer do processo de envelhecimento; as teorias psicológicas do envelhecimento consentem descrever as mudanças que, com o tempo e a idade, se criam no funcionamento psicológico dos indivíduos; as teorias sociais do envelhecimento explanam a complexidade e a variedade do processo de envelhecimento no contexto social.

No campo das teorias sociais, o contexto físico e social em que os idosos estão incluídos, torna-se alvo de estudo, na medida em que se torna pertinente para a promoção de uma velhice bem-sucedida (Paúl, 1997). A abordagem ambiental do comportamento humano é uma área recente da Psicologia, em que se integram, para além das variáveis psicológicas e sociais do indivíduo e do seu grupo de pertença, as variáveis do meio físico.

Posto isto, Lawton (1989) foi um dos primeiros a direcionar o interesse para a interação pessoa-ambiente na velhice, desenvolvendo o Modelo Ecológico da Competência-Pressão (Lawton & Nahemow, 1973; Lawton, 1977). O Modelo assenta em dois conceitos nucleares – competência e pressão ambiental. A competência é definida pelo autor como *“o limite teoricamente superior da capacidade do indivíduo para funcionar nas áreas da saúde, biológica, a sensação-percepção, e conduta motora, e a cognição”* (Lawton, 1975, p. 23). Já a pressão ambiental refere-se ao grau de exigência que o ambiente exerce sobre as capacidades sociais e físicas da pessoa, quer do ponto de vista real, quer subjetivo.

De acordo com o referido modelo, os aspetos que predizem a adaptação ambiental dos idosos são a sua competência individual e a pressão exercida pelo meio ambiente em que se encontram. Exigências excessivas do meio face às competências, provocam resultados negativos e stress, sendo que exigências inadequadas conduzem à perda de competências por falta de uso. Nesse sentido, uma pessoa mais competente suporta uma maior pressão do meio, permanecendo adaptada.

Assim, as características ambientais podem funcionar tanto como barreiras, como facilitadoras de determinado comportamento, dependendo das características de cada indivíduo. Assim, é importante encontrar e proporcionar ao idoso um ambiente que, no que respeita às exigências pessoais não “peque” por excesso nem por defeito, pois a adaptação tem a ver com princípios homeostáticos: a pressão ambiental não pode ser nem maior nem menor do que aquela que o indivíduo está habituado. Tal, levaria a um sentimento de desconforto e desadaptação. Não obstante, a pressão ambiental percebida varia de indivíduo para indivíduo, consoante as suas próprias competências para lidar com ela.

Para Lawton (1975), o ambiente mais favorável seria aquele cujo nível de exigência se situa no limite do nível máximo de competência. O autor avançou posteriormente com a hipótese da “docilidade ambiental” para salientar o papel do ambiente na compensação das perdas inerentes ao envelhecimento, isto é, à medida que o nível de competência pessoal decresce, mais os fatores ambientais influenciam o comportamento e a capacidade adaptativa (quer positiva, quer negativamente) (Paúl, 2005). A este propósito Lawton (1975) considera que o ambiente pode exercer três tipos de funções: (1) manutenção, (2) estimulação e (3) suporte. A manutenção refere-se ao papel de constância e previsibilidade que o ambiente deve assegurar (ex., conferir identidade aos ambientes, preservar os significados cognitivos e afetivos do ambiente). Já a função estimulação diz respeito à capacidade do ambiente apresentar novas fontes de estímulos capazes de estimular comportamentos novos ou esbatidos. Finalmente, a função suporte significa compensar a redução ou perda de competências, através, por exemplo, da eliminação de barreiras ou da disponibilização de mecanismos compensatórios. Neste contexto, o ambiente ideal é aquele que faz apelo ao uso das capacidades residuais da pessoa – “*a zona de desempenho potencial máximo*” (Paúl, 2005, p. 252).

Neste sentido, o ideal será um ambiente que promova a utilização de todas as competências/capacidades do indivíduo. Quanto mais competente for o indivíduo, menor será a influência do ambiente no seu comportamento, assim como, quanto menos competente for, mais relevante será a influência do meio. Deste modo, quando a pressão do ambiente supera o limite das capacidades do indivíduo, poderá ocorrer resultados negativos e sentimentos de *stress* e incompetência. Se as exigências do meio forem inadequadas pode haver possíveis perdas de competências dos indivíduos devido à falta de uso, levando a uma diminuição da capacidade funcional.

1.1.4 Capacidade funcional

O funcionamento do organismo humano é sustentado por mecanismos comuns a todos os processos biológicos que, com a longevidade, estão sujeitos a entrar em falência (Lithgow & Kirkwood, 1996). Verifica-se uma deterioração estrutural e funcional em vários tecidos e órgãos, diminuição da capacidade de resposta ao stress imposto pelo ambiente (Andres, 1969) e há uma vulnerabilidade para o surgimento de doenças (Rowe & Kahn, 1987).

Assim, o envelhecimento enquanto etapa da vida é um processo biológico inevitável, pois implica modificações somáticas e psicossociais. Deste modo, as dimensões biológicas, sociais e psicológicas interagem de forma contínua de acordo com a interação humana, onde cada uma afeta e é afetada (Sequeira, 2007).

Fillenbaum (1984) um dos primeiros autores abordar o tema da funcionalidade, ou capacidade funcional, refere que esta está relacionada com a autonomia na execução de tarefas

diárias e necessárias a todos os indivíduos, como tarefas de cuidados pessoais e de adaptação ao meio em que se vive, que asseguram a possibilidade de se viver sozinho no domicílio.

A capacidade funcional permite ao indivíduo poder cuidar de si próprio, desempenhando tarefas de cuidados pessoais e de adaptação ao meio em que vive (Fillenbaum, 1986). Esta, deve ser avaliada de acordo com o que o indivíduo faz no seu dia-a-dia e com os meios que dispõe e, ser relacionada com fatores físicos e/ou mentais e com fatores extrínsecos, de natureza social, económica ou ambiental, que interfiram no desempenho (Katz, Ford, Moskowitz, Jackson & Jaffe, 1963; Bowling, 1997). E, deve ser classificada de acordo com o grau de autossuficiência nesse desempenho, o que, pode manifestar-se em dois pontos independência (o indivíduo é totalmente independente ou, utiliza algum auxiliar mecânico) ou dependência (o indivíduo necessita de ajuda regularmente de terceiros na execução de pelo menos uma das tarefas de funcionalidade).

De acordo com a literatura consultada, existe uma panóplia de fatores que podem ser considerados de risco para interferir com a funcionalidade de um indivíduo, podendo tornar-se numa condição que possa ser considerada como situação de dependência funcional. Assim, seguindo esta linha de pensamento, Marcolin e Dalacorte (2008) sustentam que, em idosos com problemas ao nível da audição, incontinência urinária, défice cognitivo e alterações dos membros superiores e inferiores, podem verificar-se limitações na capacidade funcional, pelo que, pode concluir-se que são mais dependentes sob o ponto de vista funcional.

Por sua vez Cigolle, Langa, e Kabeto (2007) referem como fatores de risco na capacidade funcional, problemas como quedas, baixo índice de massa corporal, tonturas, incontinência urinária, défices cognitivos, alterações de índole visual ou auditiva. Fatores que diminuem o potencial funcional do indivíduo, tornando-os mais dependentes. Ainda sobre este assunto, Johnson, Lui e Yeffe (2007) constataram que indivíduos idosos com défice cognitivo mostravam maior deterioração na realização de tarefas, o que incita a uma maior probabilidade de declínio da capacidade funcional. Na população idosa, denotam-se muitas queixas ao nível do funcionamento cognitivo e da dependência funcional, constatando-se, assim, uma forte ligação entre o cognitivo e a capacidade funcional. (Marra, Pereira, Faria, Pereira, Martins & Tirado, 2007).

Edwards (2001) refere que fatores como a hipertensão, doenças cardiovasculares, alterações músculo-esqueléticas, problemas psíquicos e alterações da densidade óssea, da força muscular e da resistência a fraturas incutem à perda de autonomia. O autor adita ainda que o declínio da cognição, por meio da detioração de algumas capacidades intelectuais, tais como o tempo de reação, velocidade de aprendizagem e a memória, instiga de igual modo à dependência funcional.

Assim, e em jeito de conclusão, a funcionalidade parece associar-se à autonomia/independência no desempenho de atividades práticas frequentes e indispensáveis a todos os indivíduos, por exemplo os cuidados pessoais e de adaptação ao contexto de vida, que possibilitam ao indivíduo viver ou não sozinho no domicílio (Botelho, 2005).

A autonomia pode ser definida como a capacidade percebida para lidar, controlar e tomar

decisões no quotidiano e de acordo com regras e preferências sociais (OMS, 2002). A perda de autonomia consiste na incapacidade do indivíduo fazer escolhas por si próprio de acordo com as suas regras e valores e dirigir a sua conduta (Fernandes, 2002).

No que diz respeito à independência, não sendo sinónimo de autonomia, pode definir-se como a capacidade de realizar funções relacionadas com a vida diária, possibilitando o indivíduo de viver na comunidade sem ajuda ou com ajuda parcial de outros (OMS, 2002). Sousa, Figueiredo e Cerqueira (2004), fazendo referência à importância da independência para os mais velhos, sustentam que esta é sinónimo de capacidade de cuidarem de si próprios, sem dependerem de outros para tarefas de cuidados pessoais e tarefas domésticas, terem poder de decisão e liberdade nas suas escolhas e, fundamentalmente, não se sentirem um fardo ou uma obrigação para os outros.

Relativamente à dependência, esta refere-se à situação de incapacidade de executar por si mesmo as atividades de vida diária. Na ótica de Sequeira (2010) a dependência está intimamente relacionada com a incapacidade da pessoa para a satisfação das necessidades humanas básicas, necessitando por isso de ajuda de terceiros para sobreviver.

Ainda relacionado com esta temática, Fernandes (2002) sustenta que a dependência nos mais velhos aparece mais frequentemente aquando a presença de determinadas situações que impossibilitam o indivíduo de satisfazer as suas necessidades, tais como, a falta de apoio e afeto familiar, o isolamento e a solidão que conduz à perda de familiares e amigos, a inatividade resultante da reforma ou perda de forças, mudança de estatuto social e perda de prestígio e a passividade devido ao facto de não terem compromissos.

É importante realçar que autonomia e independência constituem conceitos distintos, mas relacionados. Neste sentido, a autonomia e dependência podem coexistir quando um indivíduo preserva a capacidade de decisão e de execução (Gouveia, 2008). De acordo com a mesma autora, pode também acontecer uma outra situação, sendo que pode constatar-se uma perda de independência embora o indivíduo mantenha a autonomia, ou seja, o indivíduo mantém a capacidade de decisão mas não a capacidade de execução. Ainda nesta linha de pensamento, e considerando uma outra situação possível, pode ocorrer a perda de autonomia com a independência preservada, isto é, a capacidade de execução está presente, no entanto o indivíduo não mantém a capacidade de decisão de acordo com as regras e valores pessoais. Por último, uma outra suposição consiste na perda, em simultâneo, da autonomia e da independência, na qual o indivíduo perdeu a capacidade de execução e de decisão, o que induz à dependência total de terceiros.

Ora, o envelhecimento é pautado pela associação com a dependência. Tal facto é considerado por alguns autores como um estereótipo visto que grande parte da dependência advém de patologias e não são um efeito direto da idade, pelo que, um indivíduo em idade precoce pode, de igual modo, ser dependente. Sousa, Figueiredo e Cerqueira (2004, p.48) sustentam que *“é corrente associar velhice a dependência; (...) algumas pessoas mostram declínio no seu estado de*

saúde e nas competências cognitivas, precocemente, enquanto outras vivem saudáveis até os 80 anos e mesmo 90 anos. Na verdade qualquer declínio precoce reflete patologia e não os efeitos da idade ou seja a dependência não é um elemento que caracteriza apenas esta fase da vida”.

Segundo os autores supracitados, é de salientar que quer a doença, quer o processo de senescência podem estar associados com a idade não sendo, no entanto, determinados por esta.

Importa ainda referir que qualquer indivíduo pode ter necessidade de ajuda para satisfazer as suas necessidades. No entanto, devido ao processo de envelhecimento, os idosos exigem uma atenção especial, pelo que se torna fulcral promover o bem-estar do idoso, dedicar-lhe atenção e estabelecer uma relação de ajuda de modo a solucionar os seus problemas (Sousa, 2008).

Posto isto, é de salientar a importância do desenvolvimento de estratégias de prevenção da dependência, mesmo antes de esta se instalar na vida do idoso. Deste modo, preservar-se-á a sua dependência mantendo a qualidade de vida.

A avaliação do estado de saúde dos indivíduos idosos com recurso, somente, a estatísticas de mortalidade, pode não constituir um retrato real e detalhado das condições de vida e de saúde dessa população, dado que não reflete a elevada incidência de situações que intervêm na sua qualidade de vida sem, no entanto, serem responsáveis pela sua morte. A importância da inclusão de indicadores de morbilidade que abordem também as incapacidades tendo sido cada vez mais indiscutível, uma vez que traduzem o impacto da doença/incapacidade sobre a família, o sistema de saúde e a qualidade de vida dos idosos (Sousa, 2008).

Neste sentido, no momento da avaliação da população mais velha, torna-se indispensável incidir sob o ponto de vista funcional. Nesta linha de pensamento, a avaliação funcional pode ser caracterizada como uma tentativa sistematizada de medir, de um modo objetivo, os níveis em que um indivíduo é capaz de executar determinadas atividades ou funções em áreas distintas, empregando habilidades diversas para o desempenho das tarefas da vida quotidiana e para o instituir de interações sociais (Sousa, 2008). Segundo Veríssimo (2006), a avaliação funcional consiste na recolha e posterior interpretação de dados que facilitam avaliar o nível da capacidade funcional do indivíduo, compreendendo-se por capacidade funcional a capacidade do indivíduo para a execução das atividades de vida diária. Nesta linha de pensamento, Paúl e Fonseca (2005) sustentam que a avaliação da funcionalidade deve ser elaborada tendo em conta o que o indivíduo faz no seu dia-a-dia e com os meios que tem ao seu dispor, e que deve ainda ser relacionada com fatores mentais e/ou físicos e com fatores extrínsecos, de ordem social, ambiental e económica, que intervenham na função.

Ainda sobre este tema, Ermida (1996) indica que a avaliação funcional incluída na avaliação geriátrica tem como objetivo crucial a avaliação da capacidade do idoso para o cumprimento de atividades que lhe possibilitem viver de um modo autónomo e independente no meio em que se encontra inserido. Neste sentido a avaliação da funcionalidade possui como objetivo inicial o reconhecimento de perturbações funcionais, físicas, mentais e sociais de modo a que possa ser efetuado um plano de intervenção que recaia sobre a conservação e possível recuperação das

capacidades (Paúl & Fonseca, 2005). Deste modo, este tipo de avaliação é realizada com o propósito de avaliar o grau de autonomia/independência e a deterioração funcional, melhorar o diagnóstico e o prognóstico da situação, antecipar riscos e complicações definindo o tipo de cuidados, adaptar e otimizar o plano de cuidados, instituir estratégias de prevenção e avaliar a necessidade de uma possível institucionalização (Ermida, 2006).

Assim, com o intuito de classificar a funcionalidade, a incapacidade e a saúde, e após alguns anos de desenvolvimento, surgiu a Classificação Internacional da Funcionalidade (CIF) tendo-se tornado padrão em cerca de 200 países. A CIF deixa relacionar condições de saúde, fatores pessoais e fatores ambientais, com alteração biológicas e/ou funcionais, também nomeadas deficiências, e as suas consequências no grau de atividade e de participação dos indivíduos (Botelho, 2005).

Farias e Buchalla (2005) sustentam, a incapacidade funcional de um indivíduo não é apenas resultado de uma deficiência orgânica, mas sim da interação entre diversos fatores, entre os quais, a deficiência que o indivíduo apresenta, a limitação à participação em atividades de cariz social, a restrição das atividades habitualmente praticadas, fatores pessoais e de ordem ambiental que exercem influencia no desempenho das atividades de vida diárias. Na análise dos mesmos autores, todos estes fatores podem funcionar como facilitadores ou impeditivos para o estado funcional de um indivíduo. Esta facilita relacionar condições de saúde, fatores pessoais e ambientais, as alterações funcionais e /ou orgânicas, bem como os seus efeitos no grau de atividade dos indivíduos (Paúl & Fonseca, 2005). A avaliação da funcionalidade vai resultar numa classificação dicotómica (dependência ou independência).

A funcionalidade é uma dimensão na avaliação gerontológica, sendo amplamente avaliada através de medida do grau de dependência/independência nas atividades da vida diária (AVD).

Neste sentido, a avaliação da funcionalidade apresenta como objetivos identificar perturbações funcionais, físicas, mentais e sociais, e coadjuvar para a intervenção com vista à manutenção e/ou recuperação de capacidades (Stuck, Siu, Wieland, Adams & Rubenstein, 1993).

Os elementos a incluir para avaliar a funcionalidade são os que permitem antecipar a capacidade dos idosos para se manterem a viver de forma independente, uma vez que há probabilidade de isso poder vir a suceder na sua vida (National Institutes of Health, 1988; OMS, 1989).

1.2 Alteração da Saúde Mental no Idoso: o caso da sintomatologia depressiva

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (2002), não há uma definição única e completamente objetiva de saúde mental, visto que, as diferenças culturais, os julgamentos subjetivos, e a adoção de uma visão proveniente de teorias concorrentes afetam o modo como é vista a

saúde mental. A saúde mental é muito mais que a mera ausência de transtornos mentais, estando bem patente a dimensão positiva na sua definição como “...o estado de bem-estar no qual o indivíduo realiza as suas capacidades, podendo fazer face ao stress normal da vida, trabalhar de forma produtiva e frutífera e, contribuir para a comunidade em que se insere” (OMS, 2002, p.11). Assim sendo, a saúde mental permite à pessoa a sua integração na sociedade.

Moreira e Melo (2005) por sua vez, contrariam também uma definição de saúde mental linear ao referir que a doença mental, se constrói a partir de aspetos sociais e antropológicos, não devendo a saúde mental ser percecionada apenas do ponto de vista patológico, como ausência de doença.

Segundo a Comissão das Comunidades Europeias - CCE (2005) “*Sem saúde mental não há saúde*” (p.3). A saúde mental é um componente inseparável da saúde em geral, assumindo-se como um aspeto chave para o bem-estar das pessoas. A saúde mental é componente essencial no sentido da prosperidade, solidariedade e justiça social das sociedades. O oposto, a doença mental, implica custos elevados, perdas, sobrecargas para outras pessoas e sistemas sociais. O estado mental de cada pessoa é influenciado por inúmeros fatores: biológicos, individuais, familiares e sociais, económicos e ambientais.

Segundo a mesma fonte, acima referida, estima-se que mais de 27% dos europeus adultos vivam pelo menos uma forma de doença mental durante um ano, sendo que, as mais comuns são a ansiedade e a depressão. Prevê-se que, em 2020, a depressão esteja no topo das causas de morbilidade nos países desenvolvidos.

A depressão é uma das perturbações mentais mais dominantes e com consequências mais devastadoras para o indivíduo – pessoais, profissionais e sociais, sendo hoje em dia a quarta causa de incapacidade em todo o mundo.

A tomada de consciência dos problemas levantados pela doença mental levou políticos e profissionais de várias áreas, nomeadamente da saúde, a procurar soluções. Todos defendem que uma das primeiras prioridades consiste em “*proporcionar a todos os doentes mentais cuidados e tratamentos eficazes e de grande qualidade*” (CCE, 2005, p.5).

A abordagem médica, embora seja fundamental, não pode agir sobre as determinantes sociais que influenciam diretamente com a saúde mental. Assim, indo de encontro à estratégia da OMS, é preciso uma abordagem holística que envolva não apenas a prestação de tratamento e cuidados às pessoas, mas acima de tudo ações destinadas à população em geral, com o intuito de promover a saúde mental, prevenir a doença mental e responder aos problemas associados com a estigmatização e os direitos humanos (CCE, 2005).

A mesma fonte sublinha a importância de promover a saúde mental e prevenir a doença mental ao longo de todo o ciclo vital, agindo sobre os determinantes individuais, familiares, comunitário e sociais da saúde mental, com vista a reforçar os fatores protetores e reduzir os fatores de risco. Se é importante intervir na infância e adolescência, como anos determinantes para a saúde mental, numa abordagem holística, contribuindo para aumentar as competências sociais, melhorar

a resiliência e reduzir o assédio, a ansiedade e os sintomas depressivo. Ou na idade adulta melhorando a capacidade individual e diminuindo os fatores de stress é também fulcral a intervenção junto da população idosa. O envelhecimento acarreta muitos fatores de stress suscetíveis de aumentar a doença mental como a diminuição das capacidades funcionais e o isolamento social, nomeadamente o confronto com a deterioração da saúde física, associada a todas as outras perdas vivenciadas durante o envelhecimento que pode ser vivida como uma provação e predispor a problemas emocionais. Prevenir essa deterioração com a implementação de hábitos de vida de saúde (como por exemplo o exercício físico regular) e um meio ambiente seguro poderá constituir-se como uma estratégia de prevenção suscetível de ser implementada pelo próprio, devidamente informado e esclarecido, gerindo e controlando as condições da sua vida.

Existem muitos mitos a respeito da saúde mental do idoso. Um deles é o facto de muitas pessoas ainda acreditarem que perder a função mental, a senilidade, ou incompetência mental é natural da velhice. Os estereótipos sobre a personalidade na vida tardia passam sempre por caracterizar o idoso como sendo infantil, rígido ou intratável. Essa conceção é amplamente aceite e com frequência quando aparecem os sinais patológicos num idoso não é feita nenhuma intervenção por ser considerado normal (CCE, 2005).

No que respeita às perturbações da saúde mental nos idosos, a depressão é a que se apresenta com maior frequência.

Na origem da depressão está a interação de fatores biológicos, psicológicos e sociais. Há fatores biológicos como alterações nos neurotransmissores mais especificamente no funcionamento da serotonina, norepinefrina e dopamina (Baldwin e Birtwistle, 2002), ou fatores genéticos ou hereditários (Levinson, 2006). Sendo estes fatores biológicos significativos na origem das perturbações depressivas, há ainda a considerar os fatores psicossociais nomeadamente, eventos negativos, abusos emocionais ou físicos, acontecimentos de elevada tensão, pressão (determinantes psicossociais) e que poderão ser fatores fundamentais ao provocar desgaste psicológico e aumentar a vulnerabilidade para as perturbações psicopatológicas. Esta vulnerabilidade aumenta se se verificar uma constante e importante falta de suporte social (Paykel, 1994).

Atualmente, a depressão é considerada um problema de saúde importante que afeta pessoas de todas as idades, contudo, é na velhice que ela atinge os mais elevados índices de morbidade e mortalidade, na medida em que assume formas banais, muitas vezes difíceis de diagnosticar e, naturalmente, de tratar.

Apresenta-se como um problema de saúde mental mais frequentemente na população idosa, tem vindo a ser considerada um grave problema de saúde pública, sendo frequentemente sub-tratada e sub-diagnosticada, nomeadamente quando ocorre em contexto de múltiplos problemas de saúde, levando à perda de autonomia e ao agravamento de processos patológicos pré-existentes (Namorado, 2013).

Para diagnosticar a depressão, os sintomas referenciais ocorrem em três domínios: 1) afeto: choro, tristeza, apatia; 2) cognição: desesperança, culpa, sentimentos de inutilidade e menos valia,

ideias de morte e 3) somáticos: falta de energia, dores difusas, alterações no sono, apetite e hábito intestinal e diminuição da libido. Alguns fatores de risco para os transtornos depressivos estão já estabelecidos no domínio, nomeadamente a idade avançada, patologias crónicas, ansiedade, falta de vínculos e de suporte social (Paradela, 2011).

Por vezes, as pessoas que convivem com os idosos associam à idade avançada a melancolia e a tristeza devido às perdas que ocorrem nesta fase de vida (Drago & Martins, 2012). Contudo, a depressão não é um acontecimento normal do processo de envelhecimento como a sociedade e até mesmo os próprios idosos creem.

Os eventos stressantes da vida são, também, fatores que aumentam o risco de sintomas depressivos. Fatores sociais como a reforma, divórcio, acidentes traumáticos ou as próprias perdas de familiares e amigos podem levar a estados depressivos nos idosos. Para Barreto (2006), as perdas que o idoso vai experimentando, a nível pessoal e/ou social, criam situações de luto cuja resolução nem sempre é fácil, sobretudo se certos fatores negativos se fazem sentir. Entre eles têm sido assinalados: a falta de apoio familiar, o isolamento social, a situação de ter a seu cargo outro dependente e a carência de recursos materiais.

A institucionalização é um outro fator que pode vir a desencadear estados depressivos. A ida do idoso para uma instituição dá-se, na grande maioria dos casos, após a perda do cônjuge ou a perda de autonomia, tornando-se dependente de terceiros. Para além desta perda, ao entrar na instituição o idoso deixa a sua casa e os seus horários, ou seja, deixa de ter as suas rotinas. O indivíduo deixa de poder controlar o que se passa à sua volta e a perceção de tal facto aumenta a sua vulnerabilidade e pode levar à depressão (Paúl, 1997).

Por continuar sub-diagnosticada - a OMS refere que 66% dos indivíduos com uma perturbação depressiva estão sub-diagnosticados - a depressão sobrecarrega as famílias e instituições que providenciam cuidado aos idosos, é altamente destruidora da qualidade de vida e, como tal, impõem uma grande carga social e económica para a sociedade (Costa, 2005). Segundo a mesma autora, as principais consequências e implicações da depressão do idoso são ao nível económico (aumento da população dependente, aumento das despesas com a saúde e a segurança social), social (alteração das relações familiares e interpessoais, maior necessidade de instituições que prestam cuidado e assistência ao idoso), sanitário (aumento do consumo de cuidados primários, aumento da necessidade de pessoal e de instituições especializadas) e ético (problemática do suicídio).

A investigação demonstra que, no que respeita às perturbações da saúde mental nos idosos, a depressão é aquela que aparece com uma maior frequência, sendo, o motivo de mais de 60% das admissões em unidades de psiquiatria geriátrica (Drago & Martins, 2012). Por sua vez, Costa (2005) no seu estudo sobre a depressão nos idosos portugueses apurou que é uma perturbação psiquiátrica extremamente prevalente, quer para os idosos institucionalizados quer para os que vivem na comunidade.

Em estudos comparativos com idosos institucionalizados e idosos não institucionalizados, é

possível verificar que há uma maior prevalência de sintomas depressivos entre os idosos institucionalizados, podendo dever-se este resultado ao fato de estes se encontrarem longe do seu ambiente familiar e sujeitos à rotina do lar de idosos (Frade, Barbosa, Cardoso & Nunes, 2015). No mesmo sentido vão os resultados encontrados por Barroso e Tapadinhas (2006), que também evidenciam que os idosos institucionalizados têm elevados níveis de depressão.

De acordo com o estudo longitudinal de Samuelsson, Camish-Syensson, Hagberg, Sundstrom, e Dehlin (2005) a taxa de incidência para a depressão e para a ansiedade será a maior em idosos entre os 67 e os 81 anos, apontando-se a viuvez como um fator a considerar nesta faixa etária. Ainda neste estudo verificou-se que os baixos rendimentos dos idosos foram identificados como fatores desencandadores de quadros depressivos.

Oliveira, Santos, Cruvinel e Néri (2006), por sua vez, referem que 25% dos inquiridos com mais de 65 anos vivem sozinhos e passam oito ou mais horas por dia sem interagir com ninguém.

A investigação nesta área demonstra que em idosos com depressão, o suporte social revela-se um elemento protetor do declínio nas capacidades de realização das atividades de vida diária, uma vez que a interação social promove a atividade física e mental, diminuindo a gravidade dos efeitos depressivos (Hays, Steffens, Flint, Bosworth & George, 2001, como citado em Rodrigues, 2009).

Perder a capacidade de realizar tarefas básicas do dia-a-dia acarreta uma sobrecarga emocional que na maioria das vezes leva a sintomas depressivos.

A associação da capacidade funcional e da depressão tem vindo a ser estudada e, começam já a surgir alguns estudos que comprovam a relação entre si (Maciel & Guerra, 2006) demonstrando que, à medida que os idosos se tornam fisicamente mais dependentes, tendem a ficar mais deprimidos (Lima, Silva e Ramos, 2009; Patrick, Johnson, Turner & Brown, 2004).

Lima, Silva e Ramos (2009) ao entender que fatores sociodemográficos ou outros indicadores de capacidade funcional se poderão associar à depressão, encontram resultados que evidenciam que, à medida que os idosos se tornam mais dependentes fisicamente tendem a ficar mais deprimidos, independentemente da idade e do género.

Também Katt e colaboradores (2009) atestam a relação entre capacidade funcional e depressão, suportando que dificuldades ou incapacidade no desempenho das atividades instrumentais da vida diária (AIVD's) ou atividades básicas da vida diária (ABVD's) contribuem para a diminuição do bem-estar dos idosos, podendo este fato fomentar o aparecimento de sintomas depressivos. No que concerne às AIVD's, por se tratar de tarefas mais complexas que exigem maior elaboração e coordenação, qualquer alteração que aponte limitação na capacidade de as realizar cria um sentimento negativo que pode incutir um episódio depressivo (Maciel & Guerra, 2006). É essencial salientar que, de acordo com Nybo, Gaist, Jeune, McGue, Vaupel e Christensen (2001), os idosos consideram que uma boa saúde física é importante para continuar a viver, não considerando que esta seja determinante no seu bem-estar emocional. Contudo, num estudo realizado com 1695 idosos, Katt e colaboradores (2009) referem que embora os indivíduos tenham a percepção de que a

sua condição física não intervém no seu bem-estar emocional, tal não se verifica. No seu estudo, os autores encontraram que quando os problemas de saúde se apresentam e começam a ser impeditivos para que o indivíduo realize as suas atividades de vida diária, isto acarreta um risco para o bem-estar dos idosos, mais concretamente um risco para o desenvolvimento de sintomas depressivos.

Segundo Cairney, Faulkner, Veldhuizen e Wade (2009) a saúde física está associada a um menor sofrimento mental. Para os autores, um indivíduo com a capacidade funcional preservada detém uma menor probabilidade de experienciar sentimentos de angústia e de depressão. Outros autores acrescentam que a saúde física tem sido frequentemente relacionada a distúrbios psicológicos e transtornos psiquiátricos, sustentando que as limitações na capacidade de execução de atividades de vida diária estão muito ligadas a sintomas depressivos (Cairney, Faught & Hay, 2005).

Weinberger e Whitbourne (2010) foram outros autores que deram o seu contributo para esta temática. Os autores sustentam a existência de uma relação bidirecional entre capacidade funcional e depressão. Esta conexão foi interpretada à luz da Teoria do Processamento da Identidade por Whitbourne (1986) que mostra as diferenças individuais no processamento da identidade tendo um papel importante e que indivíduos que vivem o processo de envelhecimento com limitações no funcionamento físico são inclinados a mostrar sensibilidade ao feedback negativo, o que leva a uma forte probabilidade de experienciarem baixa autoestima, desespero e sentimentos de angústia e inutilidade.

1.3 Objetivos de estudo

Os progressos tecnológicos da medicina e a melhoria das condições socioeconómicas tornaram possível ao Homem acrescentar tempo aos anos de vida e, hoje, ser idoso é um privilégio da maioria da população mundial. Assim, com o aumento da população envelhecida surge uma das questões mais preocupantes centrada na capacidade dos idosos para desenvolverem as atividades da vida diária autonomamente. Segundo a Direção Geral da Saúde (2006) apesar de ter havido um aumento da esperança média de vida, a realidade mostra que os últimos anos de vida são frequentemente acompanhados por um aumento dos problemas de saúde, quedas, problemas habitacionais, entre outros que posteriormente levam a uma diminuição da funcionalidade e consequentemente da autonomia. Estas mudanças implicam uma adaptação a um novo modo de vida, que, nem sempre, o indivíduo é capaz de acompanhar. Estas contrariedades contribuem frequentemente para a diminuição da saúde mental dos indivíduos. Neste sentido, revela-se importante estudar o impacto destas mudanças na vida de quem as vivência.

A literatura na área associa, com alguma frequência a incapacidade funcional à manifestação de sintomatologia depressiva no idoso. É perante o confronto com estas situações, assim como os

resultados de estudos já desenvolvidos, e contributos teóricos enunciados que surgem as questões de investigação. Questões, que de acordo com Fortin (2009) devem apresentar-se de forma clara, formuladas no presente e que abordem os conceitos em estudo:

- a) É percebida pelos idosos a incapacidade funcional?
- b) A incapacidade funcional relaciona-se com a presença de sintomatologia depressiva em idosos a residir em contexto comunitário?

No âmbito deste estudo, e considerando a problemática apresentada, a definição de objetivos permite-nos uma clarificação do que efetivamente se pretende estudar. De modo geral, é fundamental que os objetivos de investigação sejam precisos e estejam redigidos de modo claro, com a finalidade que o investigador deseja atingir, assim, deve fazer alusão às variáveis e à população-alvo do estudo (Fortin, 2009).

Apresenta-se como objetivo geral deste estudo: Analisar a relação entre aspetos sociodemográficos, funcionalidade e sintomatologia depressiva no idoso a residir em contexto comunitário.

Passam a definir-se os objetivos específicos que ajudarão a sistematizar e organizar o pensamento crítico com vista à consecução dos mesmos: (1) Caraterizar capacidade funcional de idosos a residir em contexto comunitário; (2) Caraterizar a sintomatologia depressiva dos idosos a residir em contexto comunitário; (3) Identificar aspetos sociodemográficos associados à capacidade funcional e à sintomatologia depressiva e; (4) Analisar a relação entre sintomatologia depressiva e capacidade funcional em idosos a residir em contexto comunitário.

CAPITULO II

MÉTODO

2.1 Desenho de investigação

A investigação científica é um processo sistemático que tem como objetivo fornecer informação para resolver um problema ou dar resposta a questões complexas. Para tal, é fundamental, que os aspetos metodológicos estejam bem definidos para que a informação seja precisa e objetiva. Só assim se conseguem atingir os objetivos delineados. O desenho de investigação consiste numa linha traçada pelo investigador de modo a conseguir alcançar os objetivos a que se propôs, respondendo assim às questões de investigação (Fortin, 2009).

Todos os desenhos de estudo quantitativos têm em comum a observação sistemática dos fenómenos de interesse, o uso da teoria e dos métodos estatísticos adequados para analisar os dados e interpretar os resultados. Para além de ser importante o nível de conhecimento no domínio em estudo para a escolha do tipo de investigação, é o objeto de investigação que determina o método apropriado ao estudo de um fenómeno (Fortin, 1999).

O presente estudo insere-se no paradigma positivista, pois está mais associado à natureza quantitativa dos estudos, bem como ao seu método de recolha de dados, os testes e as escalas de estudo (Mackenzie & Knipe, 2006). Este paradigma concebe a realidade como única e estática na qual os factos objetivos existem, independentemente do investigador, e podem ser isolados (Fortin, 2009).

Do ponto de vista metodológico, é um estudo de natureza quantitativa, pois através desta é possível uma recolha e análise de dados para responder às questões de investigação, recorrendo à medição numérica e estatística para estabelecer com precisão os modelos de comportamento de uma população.

Declara-se o presente estudo como um estudo descritivo - correlacional, uma vez que tem como objetivo primordial descrever de maneira simples características de determinada população ou fenómeno e, ao mesmo tempo correlacional, porque se pretende obter relações existentes entre as variáveis em estudo (Gil, 1999).

No que respeita ao momento em que ocorrem as observações, o estudo é transversal, uma vez que a avaliação destas variáveis é efetuada num único momento. Fortin (2009) refere que este tipo de estudo avalia a frequência de certo acontecimento ou de um problema numa população, num determinado momento.

2.2 População e amostra

Designa-se por população ou universo o conjunto total de casos sobre os quais se deseja retirar conclusões (Hill & Hill, 2008), que partilhem características comuns, definidas por um conjunto de critérios (Fortin, 1999). Frequentemente, o investigador não consegue aceder à população,

sendo nestas situações, somente possível considerar a amostra. Por sua vez, a amostra caracteriza-se por um grupo de sujeitos retirados de uma população mediante a aplicação de um método de amostragem, sendo este, uma técnica que permite escolher um conjunto de sujeitos representativos da população (Freixo, 2009).

O presente estudo faz parte de um projeto de investigação mais alargado – um estudo sobre envelhecimento de base comunitária – que se realiza no distrito de Viana do Castelo, num território mediantemente urbano (seis freguesias). A amostra deste projeto ($n= 100$), correspondente a 3% da população com 65+ anos, conforme o último Censo da população, foi estratificada em termos de género e grupo etário. Em termos de estratégia de amostragem foi utilizado o procedimento “bola de neve”. O primeiro participante foi indicado pelo Presidente da Junta de Freguesia.

Para o presente estudo de investigação definiram-se os seguintes critérios de inclusão na amostra: a) Ter 65 ou mais anos e b) Morar em contexto comunitário, ou seja viver em casa e; c) aceitem participar no estudo.

2.3 Instrumentos de recolha de dados

Tendo em conta os objetivos específicos estabelecidos para este estudo (consultar Capítulo I – Revisão da literatura), do referido projeto de investigação vão ser utilizadas as escalas de medida relativas à avaliação da funcionalidade da vida diária e sintomatologia depressiva, para além do questionário sócio-demográfico, que se apresenta em seguida.

- **Questionário Sociodemográfico.** A ficha sócio-demográfica, composta por questões de resposta aberta e fechada, tem por objetivo caracterizar em termos gerais a população em estudo. Esta ficha integra informação demográfica, como idade, género, escolaridade, estado civil e ocupação profissional.
- **Índice de Barthel** de Mahoney & Barthel (1965) validado e adaptado para a população portuguesa por Sequeira (2007). É um instrumento de avaliação das atividades básicas da vida diária (ABVD), sendo composto por dez atividades básicas da vida diária: comer, higiene pessoal, uso dos sanitários, tomar banho, vestir e despir, controlo dos esfíncteres, deambular, transferência da cadeira para a cama, subir e descer escadas. Cada atividade apresenta entre dois a quatro níveis de dependência, em que 0 corresponde à dependência total, e 5, 10 ou 15 correspondem aos níveis de diferenciação da independência. A amplitude do somatório das respostas pode variar entre 0 a 100, na qual uma maior pontuação indica

maior grau de independência nas ABVD. Um somatório entre 90 e 100 corresponde a independente, entre 60 a 85 a ligeiramente dependente, entre 40 e 55 a moderadamente dependente, entre 20 a 35 a severamente dependente e menor que 20 a totalmente dependente. No que respeita às características psicométricas, o Índice de Barthel apresenta uma boa consistência interna com um *alfa de Cronbach* de 0,89.

- **Índice de Lawton** de Lawton & Brody (1969), validado e adaptado para a população portuguesa por Sequeira (2007). O Índice de Lawton é um instrumento de avaliação das atividades instrumentais da vida diária (AIVD). Avalia oito categorias diferentes: capacidade de utilizar o telefone; fazer compras; preparar refeições; realizar tarefas domésticas; lavar roupa; usar meios de transportes; responsabilizar-se pela sua medicação e lidar com os assuntos económicos. Na versão utilizada a pontuação de cada item varia entre 1 e 5 pontos (cada item apresenta 3, 4 ou 5 níveis diferentes de dependência, pelo que cada atividade é pontuada de 1 a 3, de 1 a 4 ou de 1 a 5) em que a maior pontuação corresponde a um maior nível de dependência. O somatório total varia entre 8 a 30 pontos, sendo que um total igual a 8 pontos corresponde a independente, entre 9 e 20 a moderadamente dependente (necessita de uma certa ajuda) e maior que 20 a severamente dependente (necessita de muita ajuda). No que respeita às características psicométricas e tendo em consideração o estudo de adaptação para a língua portuguesa, a Escala de Lawton apresenta boa consistência interna, com um *alfa de Cronbach* de 0,92.
- **Geriatric Depression Scale-15 (GDS-15)** de Yesavage & Brink (1983), validado e adaptado para a população portuguesa como Escala de Depressão Geriátrica-15 (EDG-15) por Pociño, Farate, Dias, Lee & Yesavage (2009). A EDG-15 foi elaborada no sentido de medir a sintomatologia depressiva na população idosa, sendo que tem os itens mais fortemente correlacionados com o diagnóstico de depressão. A escala é constituída por 15 questões de resposta dicotómica (sim/não), cotada de 0 a 1 pontos. A cotação global da escala varia entre 0 e 15 pontos. No que diz respeito à cotação, quando se responde afirmativamente às questões 2,3,4,6,8,9,10,12,14,15 e de forma negativa às questões 1,5,7,11,13 é atribuído a cada questão 1 ponto. Quanto aos “ponto de corte”, para a população portuguesa, entre 0 a 5 pontos não apresenta depressão e com valores superiores a 5 pontos apresenta depressão. Relativamente às características psicométricas, a GDS-15 apresenta boa consistência interna, com um *alfa de Cronbach* de 0,83.

2.4 Procedimentos de recolha de dados

A recolha de informação foi efetuada em casa dos participantes ou noutro local previamente agendado (exemplo, sede da Junta de freguesia) por colaboradores de investigação preparados para o efeito e familiarizados com o protocolo de investigação.

O consentimento livre e informado por parte dos participantes, foi obtido após ser fornecida toda a informação relativa ao investigador, à natureza da investigação e objetivos da mesma. Foram também notificados da liberdade de colocar as questões que assim percebessem como pertinentes. Foi-lhes claramente informado o direito de rejeitar a sua participação ou desistir durante a mesma, sem que isso trouxesse qualquer implicação para o seu dia-a-dia. Foi assegurado o anonimato, a privacidade e a confidencialidade da informação recolhida e da análise dos dados, de forma a que fosse impossível reconhecer os participantes.

2.5 Estratégia de análise de dados

A análise de dados foi efetuada com recurso ao programa *IBM SPSS Statistics 21*, recorrendo-se a métodos de estatística descritiva e inferencial.

No que respeita aos procedimentos de análise de dados, e tendo por referência os objetivos do presente trabalho, realizou-se, em primeiro lugar, análise de estatística univariada descritiva, nomeadamente medidas de tendência central e dispersão, sendo os resultados apresentados sob a forma de frequências absolutas (número) e relativas (percentagem) para variáveis categóricas, bem como a média acompanhada de desvio-padrão como medida de dispersão para variáveis métricas.

Posteriormente realizaram-se análises de estatística inferencial, analisando-se os pressupostos para a utilização de testes paramétricos *Kolmogorov-Smirnov*, de acordo com Maroco (2007), recorrendo simultaneamente à análise do coeficiente de assimetria e curtose, verificando-se a normalidade da amostra se os valores dos coeficientes descritos se encontrassem no intervalo $[-1,96; 1,96]$.

Considerando que a maior parte das variáveis em estudo não apresentaram distribuição normal e elevada assimetria, optou-se pela utilização de estatística não paramétrica, utilizando-se para comparar as medidas de tendência central a aplicação do teste U de Mann-Whitney e na comparação de mais de dois grupos independentes o teste de Kruskal-Wallis, seguido do teste de Mann-Whitney, aplicando-se a correção de Bonferroni para comparações múltiplas. Como medida de associação entre variáveis, foi utilizado o coeficiente de correlação de Spearman. Trata-se de

medidas de associação entre variáveis quantitativas, indicando que os fenómenos não estão indissoluvelmente ligados, sendo que a intensidade de um é acompanhada tendencialmente pela intensidade do outro, no mesmo sentido ou no sentido inverso (Morteira, citado por Pestana e Gageiro, 2014). Referindo-se a valores absolutos, os coeficientes de correlação inferiores ou iguais a 0,3 indicam uma associação fraca, valores entre 0,4 e 0,7 indicam uma correlação moderada e acima deste valor pode considerar-se uma correlação forte (Pestana e Gageiro, 2014).

Considerou-se um nível de significância de 5% nos testes de hipóteses.

Importa ainda referir que no presente estudo, apesar de se ter recorrido à utilização de testes não paramétricos na procura de relações entre as variáveis, são apresentados em tabela os valores de média e desvio padrão, visto que a maioria dos estudos desenvolvidos fazem referência a estas medidas, facilitando a discussão dos resultados.

CAPÍTULO III

RESULTADOS

No presente capítulo serão descritos os resultados relativos à avaliação efetuada à população residente na comunidade.

3.1 Caracterização sociodemográfica dos participantes

A amostra é constituída por 100 idosos, 53 mulheres (53%) e 47 homens (47%), com idades compreendidas entre os 65 e os 94 anos ($M=76,8$, $dp=8,4$) (Tabela 1).

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica dos participantes

	Total n=100 %
Género	
Masculino	47
Feminino	53
Idade $M (dp)$	76,8 (8,4)
Min-Max	65-94
Escolaridade ^(c) $M (dp)$	3,3 (2,3)
Min-Max	0-12
0	18,6
1-4	69,1
5+	12,4
Estado civil ^(a)	
Solteiro	8,1
Casado/união de facto	46,5
Viúvo	41,4
Separado/divorciado	4,0
Tem filhos?	
Sim	86,6
Não	13,4
N.º de filhos ^(b) $M (dp)$	3,4 (2,9)
Min-Max	0-14
Situação Profissional	
Ativo	5,0
Reformado não ativo	82
Reformado ativo	12
Doméstica	1,0
Sector de atividade ^(d)	
Especialistas nas profissões intelectuais e científicas	1,1
Técnicos e profissionais de nível intermedio	6,5
Pessoal administrativo e similares	1,1
Pessoal dos serviços e vendedores	6,5
Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pescas	30,4
Operários, artífices e trabalhadores similares	23,9
Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores de montagens	4,3
Trabalhadores não qualificados	5,4
Doméstica e outras situações	20,7
Anos de profissão $M (dp)$	37,7 (20,8)
Min-Max	0-87

^(a) n=99; ^(b) n=67; ^(c) n= 97; ^(d) = 92

No que concerne ao estado civil, 46,5% dos participantes é casado, 41,4% viúvo, 8,1% solteiro e 4,0% é separado ou divorciado.

Quanto à questão se tem filhos, a maioria dos participantes (86,6%) responde afirmativamente, sendo que, o número médio de filhos é de 3,4 ($dp=2,9$).

Relativamente à escolaridade, a maioria dos participantes possui entre 1 a 4 anos (69,1%), 12,4% tem 5 ou mais, e 18,6% não frequentaram a escola. A média de escolaridade é de 3,3 tendo um desvio padrão de 2,3.

No que respeita à situação profissional e maioria dos participantes está reformado não ativo (82%). Quanto ao setor de atividade profissional desenvolvida ao longo da vida ativa, verifica-se que a categoria dos agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pessoas agrega a maior parte dos participantes (30,4%), seguindo-se a categoria de operários, artífices e trabalhadores similares com 23,9% e a categoria de doméstica e outras situações com 20,7%. A média de anos de atividade profissional ronda os 37,7 ($dp=20,8$).

3.2 Descrição das principais variáveis: Funcionalidade e depressão

3.2.1 Funcionalidade na Vida Diária

A funcionalidade para as atividades básicas e instrumentais da vida diária é avaliada através do índice de Barthel e do Índice de Lawton, como referido anteriormente.

Os resultados obtidos pela aplicação do Índice de Barthel revelam uma pontuação média de 88,2 ($dp=17,1$) variando as pontuações entre 0 e 100. A amostra insere-se em apenas quatro dos cinco níveis de dependência deste índice: 66% são independentes nas atividades básicas da vida diária, 25% ligeiramente dependentes, 7% moderadamente dependentes e 2% severamente dependentes.

Relativamente à funcionalidade para as atividades instrumentais da vida diária, os participantes apresentam uma média de 13,2 ($dp=6,2$) no Índice de Lawton, variando entre 8 a 30 pontos. 36% dos participantes são independentes, 50% são moderadamente dependentes e 14% severamente dependentes.

Tabela 2. Caracterização da funcionalidade para as atividades básicas e instrumentais da vida diária

	Total (<i>n</i> =100)	
	<i>N</i>	%
Funcionalidade para as atividades básicas da vida diária <i>M (dp)</i>	88,2 (17,1)	
Amplitude teórica	0-100	
Min-Máx	0-100	
Md (<i>P</i> ₂₅ ; <i>P</i> ₇₅)	11,0 (8,0-17,0)	
Independente	66	66
Ligeiramente dependente	25	25
Moderadamente dependente	7	7
Severamente dependente	2	2
Totalmente dependente	0	0
Funcionalidade para as atividades instrumentais da vida diária <i>M (dp)</i>	13,2 (6,2)	
Amplitude teórica	8-30	
Min-Máx	8-30	
Md (<i>P</i> ₂₅ ; <i>P</i> ₇₅)	97,5 (81,3-100,0)	
Independente	36	36
Moderadamente dependente	50	50
Severamente dependente	14	14

3.2.2 Sintomatologia depressiva

No que concerne à sintomatologia depressiva, os participantes obtiveram uma pontuação total média de 4,9 pontos (*dp*=3,2) na Escala de Depressão Geriátrica que varia entre 0-15.

Da totalidade dos participantes 63% apresenta maior sintomatologia depressiva (pontuação > 5) (tabela 3) sendo que os restantes apresentam uma menor sintomatologia depressiva.

Tabela 3. Caracterização da sintomatologia depressiva

	Total (<i>n</i> = 100)	
	<i>n</i>	%
Sintomatologia depressiva (GDS15 total) <i>M (dp)</i>	4,9 (3,2)	
Amplitude teórica	0-15	
Min-Máx	0-14	
Md (<i>P</i> ₂₅ ; <i>P</i> ₇₅)	4 (2,3-7,0)	
Grupos Sintomatologia depressiva		
Maior sintomatologia depressiva (> 5 pontos)	63	63
Menor sintomatologia depressiva (0-5 pontos)	37	37

3.3 Análise da relação entre variáveis sociodemográficas, funcionalidade e sintomatologia depressiva

Foram exploradas diferenças de grupos relativamente às pontuações obtidas nas escalas de avaliação: Índice de Barthel, Escala de Lawton e a Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15).

- **Género**

Comparando os resultados obtidos pelos participantes em função do grupo de género, utilizando o teste de Mann-Whitney, relativamente às ABVD'S avaliadas pela Escala de Barthel, a pontuação dos participantes do género feminino é inferior à pontuação média dos participantes do género masculino (86,2 vs. 90,5), sendo esta diferença estatisticamente significativa ($Z=-2,044$; $P=0,041$).

Quanto às AIVD'S avaliadas pela Escala de Lawton, a pontuação obtida pelos participantes do género feminino é superior à pontuação média dos participantes do género masculino (14,1 vs. 12,1), sendo também neste caso esta diferença estatisticamente significativa ($Z=-2,174$; $p=0,030$). Sendo que, em ambos os casos são as mulheres a apresentar maior grau de dependência.

Tabela 4. Descrição das dimensões do envelhecimento segundo o género

	Género	Média (dp)	Mediana (p)	Min-Máx	Z	P
Barthel	Feminino	86,2 (16,7)	90 (20)	40-100	-2,044	0,041
	Masculino	90,5 (17,5)	100 (15)	30-100		
Lawton	Feminino	14,1 (6,2)	12 (11)	8-29	-2,174	0,030
	Masculino	12,1 (6,0)	9 (7)	8-29		
GDS-15	Feminino	5,7 (3,3)	5 (5)	0-14	-2,877	0,004
	Masculino	3,9 (2,8)	3 (4)	0-12		

Verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre homens e mulheres na sintomatologia depressiva ($Z= -2,877$, $p= 0,004$), com as mulheres a apresentar valores mais elevados.

- **Idade**

Comparando os resultados dos obtidos pelos participantes com 65-79 anos e 80 ou mais anos, utilizando o teste Mann-Whitney, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas

entre estes dois grupos nas duas escalas de avaliação da funcionalidade - Barthel ($Z = -3,105$; $P = 0,002$) e Lawton ($Z = -4,535$; $P = < 0,001$) .

Tabela 5. Descrição das dimensões do envelhecimento segundo o grupo etário

	Grupo etário	Média (dp)	Mediana (p)	Min-Máx	Z	P
Barthel	65-79	91,2 (15,6)	100 (10)	40-100	-3,105	0,002
	80+	83,0 (18,7)	85 (23)	30-100		
Lawton	65-79	11,4 (5,3)	8 (5)	8-27	-4,535	<0,001
	80+	16,3 (6,5)	14,5 (8,75)	8-29		
GDS-15	65-79	4,4 (3,2)	3,5 (4)	0-14	-2,157	0,031
	80+	5,7 (3,1)	5,5 (5)	0-12		

A pontuação média dos participantes com 80 ou mais anos é inferior à pontuação média dos participantes com 65-79 anos no Índice de Barthel (83,0 vs. 91,2). Os participantes mais velhos têm pontuações mais elevadas na Escala de Lawton (16,3 vs. 11,4) e na Escala de Depressão Geriátrica (5,7 vs. 4,4) cuja maior pontuação indica respetivamente maior grau de dependência e maior sintomatologia depressiva.

- **Escolaridade**

Analisando as diferenças entre sub grupos de acordo com a escolaridade utilizando o teste de kruskal Wallis, relativamente aos resultados obtidos para o Índice de Barthel, é permitido verificar que pelo menos um difere significativamente, verificando-se que os participantes com 0 anos de escolaridade apresentam uma média inferior (80,3) em relação ao grupo que tem entre 1 a 4 anos de escolaridade (88,6) e por sua vez em relação aos participantes com 5 ou mais anos (95,8). No caso da Escala de Lawton, verifica-se a mesma tendencia, (indicando maior grau de dependência nas AIVD's, lembrando que neste caso a escala está cotada em sentido contrário), no entanto sem que as diferenças se apresentem como estatisticamente significativas. Na Escala de Depressão Geriátrica, o grupo com 0 anos de escolaridade apresenta resultados significativamente mais elevados (indicando maior presença de sintomatologia depressiva) do que os restantes grupos de escolaridade (tabela 7). De referir que numa amostra de 100 participantes, três indivíduos não responderam na avaliação da dimensão da escolaridade.

Tabela 6. Descrição das dimensões do envelhecimento segundo a escolaridade

	Escolaridade	Média (dp)	Mediana (p)	Min-Máx	X²	P
Barthel	0	80,3 (18,7)	85 (26,25)	40-100	11,724	0,003
	1-4	88,6 (16,8)	95 (20)	30-100		
	5+	95,8 (14,4)	100 (0)	50-100		
Lawton	0	15,0 (6,2)	13,5 (11)	8-27	3,549	0,170
	1-4	13,1 (6,3)	11 (9)	8-29		
	5+	11,2 (5,0)	9 (4,5)	8-24		
GDS-15	0	7,1 (2,9)	7 (6)	3-12	11,594	0,003
	1-4	4,5 (3,0)	4 (4)	0-14		
	5+	4,0 (3,6)	2,5 (6)	0-12		

*n=97

A fim de procurar determinar quais os grupos que se distinguem de forma estatisticamente significativa procedeu-se à comparação múltipla (entre os grupos) com a aplicação do teste Mann-Whitney com correção de Bonferroni para a significância, e conforme observável na tabela 7 verificou-se que estas diferenças se evidenciaram na funcionalidade avaliada pelo Índice de Barthel entre os grupos 1 (0 anos) e 3 (+5 anos), assim como na sintomatologia depressiva entre os grupos 1 (0 anos) e o Grupo 2 (1-4 anos) e entre o G1 (0 anos) e o G3 (5+ anos).

Tabela 7. Comparações múltiplas em relação aos resultados do Índice de Barthel, Índice de Lawton e GDS em função do grupo de escolaridade

	Escolaridade					
	G1 (0 anos) vs G2 (1-4 anos)		G1 (0 anos) vs G3 (5+ anos)		G2 (1-4 ANOS) vs G3 (5+ anos)	
	U	P	U	P	U	P
Índice Barthel	U= -2,159	P= 0,031	U= -3,172	P= 0,002	U= -2,367	P= 0,018
GDS	U= -3,227	P= 0,001	U= -2,424	P= 0,015	U= -0,915	P= 0,360

*P<0,017 (correção de Bonferroni)

- **Estado civil**

Comparando os resultados dos participantes em função do estado civil, com a utilização do teste de Mann-Whitney, constituíram-se dois grupos: *solteiros/divorciados/viúvos* e *casados/em união de fato*, verificando-se diferenças estatisticamente significativas entre os grupos em todas as variáveis em estudo.

Tabela 8. Descrição das dimensões do envelhecimento segundo o estado civil

	Estado Civil	Média (dp)	Mediana (p)	Min-Máx	Z	P
Barthel	Solteiro/divorciado/viúvo	84,5 (18,3)	90 (24,5)	35-100	-3,023	0,003
	Casado/união de facto	92,3 (15,0)	100 (10)	30-100		
Lawton	Solteiro/divorciado/viúvo	15,0 (6,1)	13 (9,5)	8-29	-4,170	<0,001
	Casado/união de facto	11,2 (5,7)	8 (4,25)	8-29		
GDS-15	Solteiro/divorciado/viúvo	6,0 (3,5)	6 (5,5)	0-14	-3,484	<0,001
	Casado/união de facto	3,6 (2,4)	3 (2,25)	0-11		

*n=99

A pontuação média obtida pelos participantes do grupo *solteiros/divorciados/viúvos* revela maior dependência funcional em relação à pontuação média dos *casados/união de fato*, quer quando avaliada pela Escala de Barthel (84,5 vs. 92,3), quer quando avaliado pela Escala de Lawton (15,0 vs. 11,2). No caso dos resultados obtidos para a Escala de Depressão Geriátrica o grupo dos *solteiros/divorciados/viúvos* evidencia mais sintomatologia depressiva que os *casados/união de fato* (6,0 vs. 3,6). De salientar que um dos participantes não respondeu à questão do estado civil.

3.4 Relação entre Funcionalidade e Sintomatologia depressiva

Para estudar a associação entre os resultados da Funcionalidade e da Sintomatologia Depressiva foi utilizado o Coeficiente de correlação de Spearman. Os resultados evidenciam uma correlação positiva, moderada e estatisticamente significativa entre Sintomatologia Depressiva e os resultados da Funcionalidade obtidos pela Escala de Lawton ($rs=0,427$; $p<0,01$), evidenciando-se que maior sintomatologia depressiva se relaciona com maior dependência nas atividades instrumentais da vida diária. Quando se analisa a relação entre sintomatologia depressiva e funcionalidade das atividades básicas da vida diária avaliadas pela Escala de Barthel observa-se uma associação negativa, moderada e estatisticamente significativa ($rs= -0,490$; $p<0,01$), no entanto nesta análise deve ter-se em conta que esta escala tem uma orientação diferente (como referido anteriormente) e a maior dependência equivalem pontuações mais baixas, indicando assim que de fato

maiores níveis de sintomatologia depressiva estão associados a piores resultados na realização das tarefas da vida diária.

Tabela 9. Correlação entre Funcionalidade e sintomatologia depressiva

	GDS	Lawton	Barthel
GDS total	--	0,427 **	-0,490 **
Lawton total	--	--	- 0,721 **

Correlação rs de Spearman; ** $p < 0,01$

A Escala de Lawton apresenta uma associação negativa e forte com a Escala de Barthel ($r_s = -0,721$; $p < 0,01$), verificando-se contudo o mesmo artefacto referido anteriormente, e na realidade maior dependência na realização tarefas instrumentais da vida diária (Lawton) está associada com maior dependência realização das tarefas básicas da vida diária (Barthel).

CAPITULO IV

DISCUSSÃO

Depois de apresentados e descritos os resultados do presente estudo torna-se imperativo analisar e interpretar os resultados tendo por base o enquadramento conceptual e empírico delineado anteriormente.

Este estudo recorreu a uma amostra constituída por 100 pessoas com 65 ou mais anos residentes no distrito de Viana do Castelo. No presente estudo, os participantes são maioritariamente do género feminino (53%), com idades compreendidas entre 65 e os 94 anos, sendo que a média de idade ronda os 76,8 ($dp=8,4$). Os participantes frequentaram a escola em média três anos ($M=3,3$; $dp=2,89$), sendo que relativamente ao estado civil a maioria dos idosos são casados ou vivem em união de facto (46,5%), seguindo-se os viúvos com 41,4 % e têm em media três filhos. Em relação à sua situação profissional, a maioria dos participantes são reformados não ativos (82%), sendo que na vida laboral ativa um número elevado de participantes desempenhou funções como agricultores e trabalhadores qualificados na agricultura e nas pescas.

As características sociodemográficas dos participantes são paralelas às encontradas nos estudos na área do envelhecimento. Segundo dados do INE (2012), o número de população feminina tem aumentado, com o avanço da idade, uma vez que, no grupo etário dos 65 ou mais anos se confere a predominancia das mulheres, em relação aos homens. De acordo com Rosa (2012) as mulheres têm beneficiado sempre de uma esperança média de vida superior à dos homens sendo que atualmente é de 82 anos e os homens 76 anos. Carvalho & Dias (2011), nos seus estudos, bem como dados recentes do INE, apontam que nos próximos anos, com o aumento da esperança média de vida, crescerá também o número de idosos na quarta idade, adensando a faixa etária da população que está acima dos 80 anos, ganhando assim, cada vez mais evidência na sociedade. Os resultados relativos ao estado civil dos participantes, com maior prevalência de casados, poderá dever-se à idade média dos participantes (77,8 anos) que ainda se encontra no grupo da terceira idade.

A baixa escolaridade dos participantes poderá dever-se à época em que os idosos viviam, onde davam prioridade ao trabalho.

Relativamente à capacidade funcional das atividades básicas da vida diária avaliadas pelo Índice de Barthel, pode verificar-se que mais de metade dos participantes são independentes (66%), havendo ainda uma elevada percentagem que apresenta algum grau de dependência. Por sua vez, na capacidade funcional das atividades instrumentais da vida diária 50% dos participantes é moderadamente dependente. Falar de funcionalidade traduz-se em várias atividades que podem subdividir-se em ABVD's, que englobam atividades de autocuidado, tais como, lavar-se, vestir-se, utilizar sanitários, transferir-se de posição, controlo dos esfíncteres e comer, e AIVD's, voltadas para a integração do indivíduo no meio ambiente, sendo elas, cozinhar, fazer compras, usar o telefone, auto administração de medicação, gerir o próprio dinheiro e realizar tarefas domésticas (Paúl & Fonseca, 2005). No entanto, em relação às AIVD's existem autores que defendem a importância de distinguir entre as tarefas que implicam saúde física e força e, tarefas que implicam recursos cognitivos complexos (Patrick, Johnson, Turner & Brown, 2004). Na ótica dos autores, as AIVD's

físicas incluem tarefas domésticas e fazer compras, por sua vez, as AIVD's cognitivas incluem o uso do telefone, a toma de medicamentos e a gestão das finanças. Os indivíduos com incapacidade nas AIVD's de ordem física podem, eventualmente, ser capazes de continuar incluídos na sociedade com recurso à ajuda de terceiros (uma empregada doméstica, por exemplo), contrariamente, a incapacidade de ordem cognitiva pode eventualmente originar, a integração numa estrutura residencial.

As AIVD's, referem-se assim a tarefas mais complexas, que requerem uma maior elaboração e coordenação, e qualquer alteração que indique limitação na capacidade de as realizar poderá gerar um sentimento negativo que pode associar-se a um episódio depressivo (Maciel & Guerra, 2006).

A perda da capacidade de executar determinadas tarefas consideradas essenciais à prática diária induz a uma sobrecarga emocional que na maioria das vezes resulta no diagnóstico de depressão. De facto, a relação entre capacidade funcional e depressão vem sendo cada vez mais estudada, e há estudos que comprovam a relação entre depressão e dependência funcional (Maciel & Guerra, 2006), e esta situação é bem evidenciada nos resultados do presente estudo.

Os valores médios relativos à sintomatologia depressiva apresentados pelos participantes é de 4,9 numa escala que varia entre 0 e 15 pontos. Foi possível verificar que 63% apresenta maior sintomatologia depressiva o que poderá dever-se à elevada percentagem de participantes que apresentaram algum grau de dependência nas AIVD's.

Considerando os aspetos sociodemográficos associados à incapacidade funcional e à sintomatologia no que diz respeito à incapacidade funcional, no género é possível verificar que o sexo masculino apresenta uma maior independência nas ABVD's (90,5 vs 86,2) e nas AIVD's (12,1 vs 14,1) comparativamente com o sexo feminino. Na investigação desenvolvida por Perrig-Chiello, Perrig, Nebelbacher e Stahelin (2006) concluiu-se que há diferenças significativas na relação da autonomia funcional com o género, mostrando que as mulheres são significativamente mais dependentes que os homens nas atividades de vida diária. As mulheres, apesar de terem uma maior longevidade, apresentam maiores limitações ou maior perda da capacidade funcional. Segundo Sousa (2012), a maior longevidade é apontada como explicação para essa perda da capacidade funcional ser mais acentuada no sexo feminino. Acredita-se que em virtude das mulheres viverem mais tempo do que os homens, elas experienciam um maior número de doenças crónicas, resultando numa limitação funcional ou incapacidade (Fiedler & Peres, 2008).

Assim, os resultados do presente estudo vão de encontro à literatura existente sobre esta temática visto que, na amostra recolhida os homens e as mulheres não estão a envelhecer de igual forma no que toca à funcionalidade.

Também em relação à presença de sintomatologia depressiva se verifica variação tendo em conta o género com os homens a apresentar níveis de sintomatologia depressiva inferior às mulheres ($M=3,9$ vs $M=5,7$ respetivamente), resultados que vão de encontro à maior parte dos resultados encontrados na literatura neste âmbito (Radloff & Era, 1979; Takkinen, Gold, Pederson,

Malmberg, Nilson & Rovine, 2004). É frequentemente ponderado se a maior prevalência de depressão nas mulheres se deve ao fato de estas serem mais vulneráveis. Zunzunegui (2007), num estudo com 4449 idosos, encontrou resultados semelhantes com sintomatologia depressiva elevada mais frequente nas mulheres comparativamente com os homens, sendo os principais fatores de manutenção a educação, estilos de vida e problemas de saúde e funcionais, permanecendo discutível, na perspetiva deste autor, se as mulheres possuem maior prevalência de sintomas depressivos porque são mais propensas a ser expostas a determinados fatores de risco ou porque elas estão mais vulneráveis a esses fatores, concluindo que a maior prevalência de depressão nas mulheres se deve ao fato de estas serem mais vulneráveis a um fator de risco.

Alguns autores vão um pouco mais longe, e com o intuito de estudar a relação entre depressão e diferenças de género, realizaram um estudo com 249 pares de gémeos de sexos opostos com idades compreendidas entre os 70 e os 80 anos, confirmando a mais elevada sintomatologia depressiva das mulheres em relação aos homens, sendo que, o estado civil, a baixa condição socioeconómica, baixa escolaridade, ocupações menos qualificadas, maior probabilidade de viuvez, maior isolamento social e limitações na capacidade funcional foram os fatores que mais contribuíram para a manutenção dos sintomas depressivos (Takkinen, Gold, Pederson, Malmberg, Nilson & Rovine, 2004).

Também a idade foi aspeto da nossa atenção, levando à comparação entre os dois grupos etários (terceira e quarta idade) verificando-se que o grupo dos 65-79 anos (terceira idade) apresenta maior independência nas ABVD's e nas AIVD's, situação esperada e que vai de encontro aos estudos realizados nesta área (Perrig-Chiello, Perrig, Uebelbacher e Stanhelin, 2006). Silva (2013) num estudo que incidia na avaliação da funcionalidade nas atividades da vida diária de idosos também com recurso ao Índice Barthel e à Escala de Lawton, observou diferenças entre a terceira (65-79 anos) e a quarta idade (80 ou mais anos). O Grupo de idosos com 80 ou mais anos apresentou maior dependência nas ABVD's e AIVD's, quando comparado com o grupo de idosos de 65 a 79 anos. Tal fato, pode dever-se ao avançar da idade, dos decréscimos fisiológicos, doenças crónicas, e outros problemas e saúde que tendem a acumular-se e a interferir no estado de saúde do indivíduo e na sua qualidade de vida (Rodrigues, 2009). Com o avançar da idade, confrontamo-nos também e com alguma frequência com um aumento da prevalência de doenças crónicas e incapacitantes, responsáveis por perda da funcionalidade que poderão, possivelmente, conduzir também à dependência funcional de terceiros. A capacidade funcional associada ao avanço da idade, é um aspeto que está amplamente documentado na literatura, como por exemplo, no estudo de Berlim (Steihagan-Thiessen & Borchelt, 2001).

Também em relação à sintomatologia depressiva se encontra variabilidade considerando a idade, com o grupo de 80 e mais anos (quarta idade) a apresentar maior sintomatologia depressiva com uma média de 5,7 ($dp=3,1$). Estes resultados apontam no sentido esperado, verificando-se um aumento da sintomatologia depressiva com a idade. O impacto da idade na ocorrência de depressão pode ser compreendido pela própria característica do processo de envelhecimento. Com o passar

dos anos, acontecimentos relacionados com perdas, comprometimento de saúde, morte de familiares, perda das relações sociais, do trabalho e do prestígio social, diminuição do sono, favorecem o surgimento dessa mesma patologia (Mehta, Yaffe & Covinsky, 2002).

Outra variável considerada foi a escolaridade verificando-se que os participantes com um maior grau de dependência nas ABVD's apresentam escolaridade mais baixa. Este resultado vai de encontro ao estudo realizado por Silva (2013) que conclui que existe uma associação moderada baixa e positiva com as ABVD's e uma associação moderada baixa e negativa com as AIVD's.

Baixo nível de escolaridade, por sua vez, pode ser considerado um importante fator de risco associado à depressão (Kulaksizoglu, 2005), sendo para o autor a educação um dos principais critérios de avaliação do nível socioeconómico de uma população, outra importante variável, na avaliação de sintomatologia depressiva. Resultados também encontrados no presente estudo

Os indivíduos que possivelmente vivem mais sós, como os solteiros/divorciados/viúvos apresentam maior dependência na capacidade funcional comparativamente com o grupo dos casados/união de facto e maior sintomatologia depressiva ($M= 6,0$; $dp=3,0$). Tal, poderá dever-se a um maior isolamento e privação de partilha de uma vida com um parceiro o que poderia ser um facilitador em situações de crise. Um parceiro poderá ser uma fonte de apoio emocional e instrumental evitando assim sintomas depressivos.

Numa investigação levada a cabo por Maciel e Guerra (2007), os idosos casados ou que mantinham uma relação conjugal apresentaram menor limitação funcional. No entanto, salientam que, noutros estudos, viver sozinho pode significar uma motivação à manutenção das habilidades para realizar atividades de vida diária, devido à inexistência de um companheiro para ajudar (Rautio et al., 2001).

Um objetivo neste estudo é a análise da relação entre sintomatologia depressiva e capacidade funcional, e os resultados mostram que maiores níveis de sintomatologia depressiva estão associados a piores resultados na realização das tarefas da vida diária. Este resultado vai de encontro à literatura da área, constatando-se que à medida que os idosos se vão tornando mais dependentes fisicamente tendem a ficar mais deprimidos (Lima, Silva e Ramos 2009), embora também se estabeleça esta relação num sentido contrário quando se refere que na população envelhecida, a depressão se encontra entre as doenças mais frequentes e que esta aumenta a probabilidade de os mais velhos desenvolverem incapacidade funcional (Imaginário, 2008). Assim sendo, a depressão terá um impacto determinante na vida dos idosos, já que os sintomas depressivos, afetam, de modo adverso, a qualidade de vida das pessoas mais velhas, em termos da funcionalidade e posteriormente no bem-estar geral (Gallo & Rabins, 2010).

Os estudos de associação em estudos de natureza transversal não permite encontrar direcionalidade, contudo perante resultados encontrados na literatura poderá pensar-se numa bidirecionalidade da relação, esperando-se que sintomatologia depressiva possa afetar a funcionalidade nos mais velhos e/ou vice-versa.

CONCLUSÃO

Ao longo do século XX, o decréscimo verificado na taxa de mortalidade – em todas as idades – e o consequente aumento da esperança média de vida, têm vindo a traduzir-se numa verdadeira revolução demográfica à escala global, colocando o envelhecimento no centro das atenções de diferentes áreas científicas.

Com o avanço da idade há um aumento da prevalência de doenças crónicas e incapacitantes, responsáveis por perda de funcionalidade e conducentes a dependência funcional de terceiros (Botelho, 2007; Ramos, 2003). No entanto, de acordo com estes autores, embora a grande maioria dos idosos apresente um quadro de uma ou mais doenças crónicas, isso não implica necessariamente limitações na sua funcionalidade, sendo mesmo, em maior número, aqueles que, residentes na comunidade, se apresentam como funcionalmente independentes, controlando as suas doenças e vivendo com satisfação. No entanto, uma das problemáticas que surge com grande incidência, durante esta fase do curso de vida, é a depressão. A depressão é uma das psicopatologias mais comuns que afeta a população idosa.

O presente trabalho teve assim como objecto de estudo analisar a relação entre aspetos sociodemográficos, funcionalidade e sintomatologia no idoso a residir em contexto comunitário.

No que concerne à capacidade funcional nas ABVD's e AIVD's aproximadamente metade dos idosos estudados é dependente ou moderadamente dependente, com a maior parte dos indivíduos a apresentar maior sintomatologia depressiva.

Os resultados permitiram verificar que existe uma estabelecida associação entre a capacidade funcional, sintomatologia depressiva e algumas variáveis sociodemográficas, tais como: o género; o grupo etário, a escolaridade e o estado civil, a ter alguma influência nos resultados.

Maiores níveis de sintomatologia depressiva estão associados a piores resultados na capacidade funcional. Mulheres, pessoas mais velhas, com menor escolaridade e solteiras, viúvas ou divorciadas tendem a evidenciar piores resultados

Apesar da concretização dos objetivos de investigação delineados para o presente estudo, importa referir algumas limitações do estudo que podem comprometer a generalização dos resultados. Desta forma e perante os resultados obtidos, importa referir que não se pretende, efetuar uma generalização dos resultados obtidos para a população idosa portuguesa, uma vez que foi utilizado o tipo de amostragem não probabilística por bola de neve e apenas foram inquiridos idosos residentes num distrito da região norte do país.

Em síntese, destaca-se a necessidade de realizar novos estudos com amostras mais alargadas, utilizar um tipo de amostragem probabilística, alargar o estudo a todos os distritos do norte ou de todo o país e, considerar outras variáveis que a literatura tem sugerido influenciar a sintomatologia depressiva.

Em trabalhos futuros que abordem a temática da funcionalidade e da sintomatologia depressiva em idosos a residir na comunidade, surge como crucial reconhecer a necessidade de se obter informação consistente acerca da funcionalidade e prevalência da depressão, de modo a

estruturar e projetar os meios necessários à prestação de serviços mais adequados para a população idosa. Foi analisado no presente estudo, que a diminuição da funcionalidade pode associar-se à sintomatologia depressiva, assim, programas de prevenção de doenças como a depressão na comunidade, ajudará a detetar antecipadamente sintomas e comorbidades permitindo intervir precocemente. É, no nosso parecer, fundamental incidir sobre programas de prevenção e promoção da saúde mental na comunidade. A prevenção deve compreender a promoção da saúde como uma área específica da prevenção e ressalta a integração entre prevenção, promoção, tratamento. O foco da promoção da saúde deverá incidir no desenvolvimento de competências e recursos para o confronto com vulnerabilidades individuais e ambientais. A prevenção tem como objetivo a diminuição dos riscos de surgimento de problemas ou transtornos, e o tratamento foca no atendimento assistencial àqueles que possuem um diagnóstico de um transtorno mental. Na complementação deste processo, ações de manutenção são essenciais para adesão ao tratamento ao longo do tempo e para prevenção à recaída e reincidência.

A Gerontologia Social pode ser uma via para a sensibilização, compreensão e intervenção de modo a promover um envelhecimento bem-sucedido. Neste sentido, e tendo em linha de conta que esta Ciência é muito atual e imprescindível nos anos vindouros é fundamental continuar a construir conhecimentos sólidos através de uma investigação sistemática, com recurso a metodologias robustas e adequadas às temáticas sob investigação, a desenvolver estratégias de intervenção, cientificamente sustentadas, assim como a contribuir para a formação de profissionais capazes de intervir no sentido da inovação e mudança. O envelhecimento da população é um dos fenómenos da atualidade. Por isso, torna-se necessário prosseguir com estudos neste domínio, de modo a reunir evidência para desenvolver programas e serviços que permitam que as pessoas mais velhas permaneçam nas suas casas tanto tempo quanto possível mantendo uma boa saúde mental bem como a preservação da sua capacidade funcional.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alkema, G.E. & Alley, D.E. (2006). Gerontology's Future: An integrative model for disciplinary advancement. *The Gerontologist*, 46 (5), 574-582.
- Andres, R. (1969). Physiological factors of aging significant to the clinician. *Journal of the American geriatrics society*, 17 (3).
- Baldwin, D. & Birtwistle, J. (2002). *An Atlas of depression*. CRC.
- Bengtson, V. L., Burgess, E. O., & Parrott, T. M. (1997). Theory, explanation, and a third generation of theoretical development in Social Gerontology. *Journal of Gerontology*, 52, (2) 72-88.
- Bengtson, V., Gans, D., Putney, N., & Silverstein, M. (2009). Theories about age and aging. In V.L. Bengtson, D. Gans, N. Putney, M. Silverstein (Eds.), *Handbook of theories of aging*. New York: Springer Publishing Company.
- Barreto, J. (2006). *Tratamento atual da depressão no idoso*. Psicogeriatria: Editora Psiquiatria Clínica.
- Barroso, V. (2006). Órfãos Geriátricos: Sentimentos de Solidão e Depressividade – Estudo Comparativo entre Idosos Institucionalizados e não Institucionalizados. [documento eletrónico] retirado de: <http://www.psicologia.com.pt/artigos/textos /TL0091.pdf>
- Baltes, P., & Baltes, M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. In P. Baltes & M. Baltes (Eds), *Successful aging: perspectives from the behavioral sciences*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Botelho, A. (2005). A funcionalidade dos idosos. In C. Paúl & A. Fonseca (Coord.), *Envelhecer em Portugal* (pp. 111-135). Lisboa: Climepsi.
- Botelho, A. (2007). Idade avançada – características biológicas e multimorbilidade. *Rev. Port. Clin. Geral*, 23, 191-195.
- Bowling, A. (1997). The measurement of functional ability. In A. Bowling (Ed.), *Measuring health. A review of quality of life measurement scales* (pp. 17-37). Buckingham: Open University Press.
- Cairney, J., Faulkner, G., Veldhuizen, S. & Wade, T. (2009). Changes over time in physical activity and psychological distress among older adults. *La Revue canadienne de psychiatrie*, 54 (3), pp. 160-169.

Cairney J., Faught B. & Hay J. (2005). Physical activity and psychological distress in older adults. *Journal of Physic Activity Health*, 2 (1), 98 -114.

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

Cigolle, C.T., Langa, K.M., Kabeto, M.U., Tian, Z. & Blaum, C.S. (2007). Geriatric conditions and disability: the Health and Retirement Study. *Ann Intern Med*, 147 (3), 156–164.

Comissão das Comunidades Europeias (2005). *Livro Verde – Melhorar a saúde da população. Rumo a uma estratégia de saúde mental para a União Europeia*. Bruxelas.

Costa, A. (2005). A depressão nos idosos portugueses. In Paúl, C. & Fonseca, A.M. (Coord.), *Envelhecer em Portugal* (pp.159-176). Lisboa: Climepsi Editores.

Dias, I. & Rodrigues, E. V. (2012). Demografia e Sociologia do envelhecimento. In C. Paúl & O. Ribeiro (Coord.), *Manual de Gerontologia* (pp. 179-202). Lisboa: Lidel.

Direção Geral de Saúde. (2006). *Programa Nacional Para a Saúde das Pessoas Idosas*. Lisboa: Divisão de Doenças Genéticas, Crónicas e Geriátricas.

Drago, S. & Martins, R. (2009). *A Depressão no Idoso* *Millenium*, 43, 79-94.

Edwards, P. (2001). *Health and ageing*. Geneva, WHO.

Ermida, J. G. (1996). Avaliação Geriátrica compreensiva. *Revista Portuguesa de Medicina Geriátrica-Geriatria*, 84, 5-11.

Farias, N. & Buchalla, C. (2003). A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde da OMS: Conceitos, usos e perspetivas. *Revista Brasileira Epidemiol*, 8 (2), 187-193

Fernandes, P. (2002). *A depressão no idoso* (2ª Ed.). Coimbra: Quarteto.

Fernandes, P. (2002). *A depressão no idoso* (2ª Ed.). Coimbra: Quarteto.

Fernández – Ballesteros, R. (2000). *Gerontología Social*. Madrid: Ediciones Pirâmide.

Fernández-Ballesteros, R. (2004). *Gerontología Social*. In R. Fernández-Ballesteros (Coord.), *Gerontología Social*. Madrid: Pirâmide.

Fillenbaum, G. G. (1986). *The wellbeing of the elderly. Approaches to multidimensional assessment*. Genebre: OMS.

Fonseca, A. M. (2005). O Envelhecimento Bem-sucedido, In C. Paúl e A. M. Fonseca (coord.), *Envelhecer em Portugal* (pp. 282-311). Lisboa: Climepsi.

Fortin, M.F. (1999). O processo de Investigação: da concepção à realização. Loures: Lusociência.

Fortin, M. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusíada.

Frade, J., Barbosa, P., Cardoso, S., & Nunes, C. (2015). Depressão no idoso: sintomas em indivíduos institucionalizados e não-institucionalizados. *Revista de Enfermagem Referência*, 4, 41-48.

Freixo, M. (2009). *Metodologia científica: Fundamentos, Métodos e Técnicas*. Lisboa: Instituto Piaget.

Gil, A.C. (1999). *Como elaborar projetos de pesquisa*. (5ª edição) São Paulo: Editora Atlas.

Gouveia, B. (2008). *Fundamentação ética da humanização dos cuidados ao utente idoso em ambulatório*. Tese de mestrado em Filosofia. Faculdade de Filosofia. Universidade Católica Portuguesa: Braga.

Hill, A. & Hill, M.M. (2008). *Investigação por questionário*. Lisboa: Edições sílabo.

Imagínario, C. (2004). *O idoso dependente em contexto familiar*. Coimbra: Formasau.

Instituto Nacional de Estatística (2012). Censos 2011- Resultados Definitivos. Instituto Nacional de Estatística, Lisboa. [documento eletrónico] retirado de: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_base_dados&contexto=bd&selTab=tab.

Johnson, J.K., Lui, L. & Yaffe, K. (2007). Executive function, more than global cognition, predicts functional decline and mortality in elderly women. *Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 62, 1134–1141.

Katt, J., Speranza, L., Shore, W., Saenz, K. & Witta, E. (2009). Doing well: A SEM analysis of the relationships between various activities of daily living and geriatric wellbeing. *The jornal of Genetic Psychology*, 170 (3), 213-226.

Katz, S., Ford, A. B., Moskowitz, R. W., Jackson, B. A. & Jaffe, M. W. (1963). Studies of illness in the aged: the index of ADL; a standardized measure of biological and psychosocial function. *The journal of the American Medical Association*, 185, 914-919.

Kulaksizoglu, I. B., Gürvit, H., Polat, A., Harmanci, H., Cakir, S., Hanagasi, H, Bilgic, B., & Emre, M. (2005). Unrecognized depression in community-dwelling elderly persons in Istanbul. *International Psychogeriatrics*, 17 (2), 303-312.

Lawton, M. P., & Nahemow, L. (1973). Ecology and the aging process. In C. Edisdorfer & M.P. Lawton (Eds.), *Psychology of adult development and aging* (pp. 619–674). Washington, DC: American Psychological Association.

Lawton, M. P. (1975). The Philadelphia Geriatric Center Morale Scale: a revision. *Journal of Gerontology*, 30, 85-89.

Lawton, M. P. (1977). The impact of the environment on aging and behavior. In J. E. Birren & K. W. Schaie (Eds.), *New dimensions in environmental design research* (pp. 276-301). New York: Van Nostrand Reinhold.

Lawton, M. P. (1989). Measuring caregiving appraisal. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 44, 61-71.

Lawton, P. & Brody, M. (1969). Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living". *Gerontologist*, 9 (3), 179-186.

Leão, C., Ataíde, A., Revés, M., Marques, M. & Ponte, S. (2011). *Globalização do Envelhecimento – o caso português*. Centro de Estudos da População, Economia e Sociedade.

Levinson, D. F. (2006). The genetics of depression: A review. *Biological Psychiatry*, 60(2), 84-92.

Lima, M., Silva, R. & Ramos, L. (2009). Fatores associados à sintomatologia depressiva numa coorte urbana de idosos. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 58 (1), 1-7.

Lithgow, G. J. & Kirkwood, T.B.L. (1996). Mechanisms and evolution of aging. *Science*, 273-280.

Maciel, A. & Guerra, R. (2006). Prevalência e fatores associados à sintomatologia depressiva em idosos residentes no Nordeste do Brasil. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 55(1), 26-33.

Maciel, A. & Guerra, R. (2007). Influência dos fatores biopsicossociais sobre a capacidade funcional de idosos residentes no nordeste do Brasil. *Rev Bras epidemiol*, 10(2), 178-189.

Mackenzie, N. & Knipe, S. (2006). Research dilemmas: Paradigms, methods and methodology. *Issues in Educational Research*, 16 (2), 193-205.

Marra, T. A., Pereira, L. S. M., Faria, C.D.C.M., Pereira, D.S., Martins, M.A.A. & Tirado, M.G.A. (2007). Avaliação das atividades da vida diária de idosos com diferentes níveis de demência. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, 11(4), 267-273.

Maroco, J. (2007). *Análise estatística: Com utilização do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.

Mehta, K. M., Yaffe, K., & Covinsky, K. E. (2002). Cognitive impairment, depressive symptoms and functional decline in older people. *Journal of American Geriatrics Society*, 50 (6), 1045-50.

Moreira, P. & Melo, A. (2005). *Saúde Mental: do tratamento à prevenção*. Porto: Porto Editora.

Namorado, A.C.F.F. (2013). *Estados afetivo-emocionais em pessoas idosas institucionalizadas e em Centro de Dia*. Tese de Mestrado em Enfermagem. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

National Institutes of Health (1988). National Institutes of Health Consensus Development Conference Statement: Geriatric assessment methods for clinical decision-making. *Journal of American Geriatric Society*, 36, 342-347.

Neri, A. (2008). *Palavras-chave em Gerontologia*. Brasil: Átomo Alínea.

Nybo, H., Gaist, D., Jeune, B., McGue, M., Vaupel, J., & Christensen, K. (2001). Functional status and self-rated health in 2,262 nonagenarians: The Danish 1905 Cohort Survey. *The American Geriatrics Society*, 49, 601–609.

Oliveira, K., Santos, A., Cruvinel, M., Néri, A. (2006), Relação entre Ansiedade, Depressão e Desesperança entre Grupos de Idosos. *Psicologia em Estudo*, 11 (2), 351-359.

Organização Mundial de Saúde (2001). *Relatório sobre a saúde no mundo – saúde mental: nova concepção, nova esperança*. Génova: OMS.

Organização Mundial de Saúde. (2002). *Active ageing, a policy framework*. Madrid: WHO

Paradela, E.M.P. (2011). Depressão em idosos. *Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto*, 10, 31-40.

Paúl, C. (1991). *Percursos pela velhice: uma perspectiva ecológica em Psicogerontologia*. Tese de doutoramento. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar.

Paúl, C. (1997). *Lá para o fim da vida – Idosos família e meio ambiente*. Coimbra: Livraria Almedina.

Paúl, C. (2005). Envelhecimento e Ambiente. In L. Soczka (Ed.), *Contextos humanos e psicologia ambiental* (pp. 247-268). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Paúl, C. (2012). Tendências actuais e desenvolvimentos futuros da Gerontologia. In Paúl, C. & Ribeiro, O. (Coord.) *Manual de Gerontologia*. (pp. 1-17). Lisboa: Lidel.

Paúl, C. & Fonseca, A. M. (2005). *Envelhecer em Portugal: Psicologia, saúde e prestação de cuidados*. Lisboa: Climepsi Editores.

Patrick, J., Johnson, J., Turner, R. & Brown, T. (2004). The effects of depressed affect on functional disability among rural older adults. *Quality of Life Research*, 13, 959-967.

Paykel, E. S. (1994). Life events, social support and depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89 (377), 50-58.

Perrig-Chiello, P., Perrig, W. J., Uebelbacher, A., & Stahelin, H. B. (2006). Impact of physical and psychological resources on functional autonomy in old age. *Psychology, Health & Medicine* 11(4), 470-482.

Pestana, M. H. & Gageiro, J. M. N. (2014). *Análise de dados para ciências sociais. A complementaridade do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.

Pocinho, M. T. S., Farate, C., Dias, C. A., Lee, T. T., & Yesavage, J. A. (2009). Clinical and Psychometric Validation of the Geriatric Depression Scale (GDS) for Portuguese Elders. *Clinical Gerontologist*, 32 (2), 223-236.

PORDATA. (2014). *Indicadores de Envelhecimento segundo os Censos*. Fundação Francisco Manuel Dos Santos. Dados obtidos em www.pordata.pt, a 10-09-2016.

Phaneuf, M. (1993). *El proceso de atención de enfermería. Cuidados de enfermería*. Madrid: McGraw-Hill.

- Rodrigues, R. (2009). *Avaliação Comunitária de uma população idosa: da funcionalidade à utilização de serviços*. Lisboa: Mar da Palavra.
- Rosa, M. J. V. (2012). *Envelhecimento da Sociedade Portuguesa*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Rowe, J. W., & Kahn, R. L. (1987). *Human aging: usual and successful*. *Science*, 237, 143-149.
- Samuelsson, G., Mc Camish-Syensson, C., Hagberg, B., Sundstrom, G. & Dehlin, O. (2005). Incidence and risk factors for depression and anxiety disorders: results from a 34 year longitudinal Swedish cohort study. *Aging Ment Health*, 9 (6), 571-575.
- Santos, P. (2002). *A depressão no idoso: estudo da relação entre fatores pessoais e situacionais e manifestações da depressão*. Lisboa: Quarteto Editora.
- Sequeira, C. (2007). *Cuidar de Idosos Dependentes*. Coimbra: Quarteto.
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lisboa: Lidel
- Silva, F. (2013). *Avaliação da dependência funcional da pessoa idosa nas Atividades Básicas e Instrumentais de Vida Diária* (Dissertação de Mestrado não publicada). Universidade Fernando Pessoa, Porto.
- Sousa, L., Figueiredo, D. & Cerqueira, M. (2006). *Envelhecer em Família: os cuidados familiares na velhice*. 1. Porto: Ambar
- Sousa, A. A. D. (2012). *Incapacidades nas atividades instrumentais de vida diária: estudo epidemiológico*. VI FEPEG – Fórum de Ensino, Pesquisa, Extensão e Gestão. Universidade Estadual de Montes Claros-Unimontes.
- Sousa, F. (2008). *Depressão e atividades de vida diária no idoso*. Tese de Mestrado em Gerontologia e Geriatria. Secção Autónoma de Ciências da Saúde. Universidade do Porto: Porto
- Schneider, R.H., Marcolin, D. & Dalacorte, R.R. (2008). Avaliação funcional de idosos. *Scientia Medica* 18 (1), 4-9.

Steihagen-Thiessen, E. & Borchelt, M. (2001). Morbidity, Medication, and Functional Limitations in Very Old Age. In P.B. Baltes & K.U. Mayer (Eds), *The Berlin Aging Study: Aging From 70 to 100* (pp. 131-166). New York: Cambridge University Press.

Stuck, A. E., Siu, A. L., Wieland, G. D., Adams, J. & Rubenstein, L. R. (1993). Comprehensive geriatric assessment: A meta-analysis of controlled trials. *Lancet*, 342, 1032-1036.

Takkinen, S., Gold, C., Pedersen, N., Malmberg, B., Nilsson, S. & Rovine, M. (2004). Gender differences in depression: a study of older unlike-sex twins. *Aging & Mental Health*, 8 (3), pp.187-195.

Teixeira, P. (2006). Envelhecendo passo a passo [documento eletrônico] retirado de: www.psicologia.com.pt/artigos/textos/A0283.pdf.

Weinberger, M. & Whitbourne, S. (2010). Depressive symptoms, self-reported physical functioning, and identity in community-dwelling older adults. *Ageing int*, 35, 276-285.

Whitbourne, S. K. (1986). *The me I know: A study of adult identity*. New York: Springer-Verlag.

Yesavage, J. A., Rose, T. L., Lum, O., Huang, V., Adey, M., & Leirer, V. O. (1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, 17, 1, 37-49.

Zunzunegui, M., Minicuci, N., Blumstein, T., Noale, M., Deeg, D., Jylhä, M. & Pedersen, N. (2007). Gender differences in depressive symptoms among older adults: a cross-national comparison. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 42, 198- 207.