



UNIVERSIDADE DO ALGARVE
Escola Superior de Educação e Comunicação
Escola Superior de Saúde
Mestrado em Gerontologia Social

**Depressão e Capacidade Funcional em Idosos
do Baixo Alentejo**

Elsa Cristina Martins Guerreiro

TESE DE MESTRADO
Mestrado em Gerontologia Social

Trabalho efetuado sob a orientação de:
Prof. Doutor José Eusébio Palma Pacheco

2016



UNIVERSIDADE DO ALGARVE
Escola Superior de Educação e Comunicação
Escola Superior de Saúde
Mestrado em Gerontologia Social

Depressão e Capacidade Funcional em Idosos do Baixo Alentejo

Elsa Cristina Martins Guerreiro

Trabalho efetuado sob a orientação de:
Prof. Doutor José Eusébio Palma Pacheco

Dissertação para obtenção
do grau de Mestre em
Gerontologia Social.

2016

Depressão e Capacidade Funcional em Idosos do Baixo Alentejo

Declaração de autoria de trabalho

Declaro ser a autora deste trabalho, que é original e inédito. Autores e trabalhos consultados estão devidamente citados no texto e constam da listagem de referências incluída.

(Elsa Cristina Martins Guerreiro)

Copyright

A Universidade do Algarve tem o direito, perpétuo e sem limites geográficos, de arquivar e publicitar este trabalho através de exemplares impressos reproduzidos em papel ou de forma digital, ou por qualquer outro meio conhecido ou que venha a ser inventado, de o divulgar através de repositórios científicos e de admitir a sua cópia e distribuição com objetivos educacionais ou de investigação, não comerciais, desde que seja dado crédito ao autor e editor.

“Envelhecer é como escalar uma grande montanha; enquanto se sobe, as forças diminuem, mas o olhar é mais livre, a vista mais ampla e serena.”

(Bergman, citado por Vilardell,2015,p.13)

AGRADECIMENTOS

O meu primeiro e sincero agradecimento é dirigido ao meu orientador, Professor Doutor Eusébio Palma Pacheco, pela colaboração e apoio dado ao longo da realização do trabalho, o seu contributo foi fundamental durante este percurso. Estou profundamente grata pela permanente disponibilidade e pelo encorajamento ao longo de todo este processo.

Agradeço a todos os idosos da freguesia de São Barnabé que voluntariamente se disponibilizaram e que tão bem me acolheram no processo de colheita de dados.

E finalmente, um especial agradecimento aos meus pais e marido e sobrinhos Tiago e Gabriel que sempre me apoiaram e incentivaram ao longo deste caminho.

A todos estes,

Eterna e sentida gratidão

RESUMO

O envelhecimento constitui um período do ser humano, que está relacionado com as dificuldades que surgem nesta etapa da vida, e quando os idosos não apresentam estratégias para lidar com as perdas, a incapacidade, as doenças e as pressões que vão surgindo tornam-se mais vulneráveis à depressão. Assim a depressão constitui uma doença mental frequente nos idosos, que provoca grande sofrimento e perda da qualidade de vida, que muitas vezes tem como desfecho o suicídio. Neste sentido, este estudo teve como principais objetivos determinar os níveis de depressão nos idosos do Baixo Alentejo, verificar a influência dos aspetos sociodemográficos, e ainda avaliar o nível de capacidade funcional, de modo a relaciona-los com a presença de depressão. A amostra em estudo foi constituída por 100 idosos, residentes na comunidade em meio rural, do Baixo Alentejo, da freguesia de São Barnabé, concelho de Almodôvar, com idades entre 65 e 94 anos.

Os resultados obtidos demonstraram uma ocorrência de depressão de 55%. Quanto ao nível de capacidade funcional, verificámos que 91% apresentava incapacidade funcional na sua forma ligeira, 7% moderada, e 2% elevada. Verificou-se que alguns aspetos sociodemográficos influenciam a depressão, outros a capacidade funcional. Relativamente à relação entre a capacidade funcional e a depressão, os dados deste estudo revelaram que a incapacidade funcional influencia a depressão, sendo que todos os idosos que apresentaram níveis de incapacidade funcional (moderada ou elevada) apresentaram em paralelo ocorrência de depressão.

Palavras-chave: Envelhecimento; Idoso; Depressão; Capacidade Funcional

ABSTRACT

Ageing is a period of crisis for humans, which is related to the difficulties that arise in this stage of life, and when the elderly do not have strategies to deal with the loss, disability, illness and the pressures that arise, they become more vulnerable to depression. Therefore, depression is a common mental illness in the elderly, which causes great suffering and loss of quality of life, which very often has as outcome the suicide.

Thus, this study had as main objective to determine the levels of depression in the elderly from the Baixo Alentejo, to verify the influence of sociodemographic aspects, and also assess the level of functional capacity in order to relate them to the presence of depression. The study sample consisted of 100 elderly, residents in communities of rural areas from the Baixo Alentejo, from the parish of São Barnabé and from Almodôvar municipality, within the ages of 65 to 94.

The obtained results showed a prevalence of 55% depression. Regarding the level of functional capacity, we found that 91% presented functional disability a mild form of it, 7% a moderate and 2% a high form. It was found that some sociodemographic aspects influence on depression, others on functional capacity.

Regarding the relationship between functional capacity and depression, the data revealed that the functional disability influences on the depression, considering that all the elderly with functional disability levels (moderate or high) showed in parallel a prevalence of depression.

Keywords: Aging; Elderly; Depression; Functional Capacity

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	13
PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO	
CAPÍTULO 1 - ENVELHECIMENTO	17
1.1 ENVELHECIMENTO DEMOGRÁFICO.....	17
1.2 ENVELECIMENTO HUMANO	19
1.2.1 Envelhecimento Biológico.....	20
1.2.2 Envelhecimento Psicológico.....	20
1.2.3 Envelhecimento Social.....	24
1.2.4 Envelhecimento e Saúde/Doença.....	24
1.3 ENVELHECER EM MEIO RURAL.....	26
CAPÍTULO 2 – SAÚDE MENTAL E DEPRESSÃO	28
2.1 SAÚDE MENTAL.....	28
2.1.1 Saúde Mental no idoso.....	30
2.1.2 Perturbações de humor	31
2.2 DEPRESSÃO.....	32
2.2.1 Classificação de Depressão.....	33
2.2.2 Depressão no idoso.....	34
2.2.3 Depressão e Atividade Física.....	37
CAPÍTULO 3 – CAPACIDADE FUNCIONAL	39
3.1 CAPACIDADE FUNCIONAL NO IDOSO.....	39
3.2 DEPRESSÃO E CAPACIDADE FUNCIONAL NO IDOSO.....	40

Parte I I - ESTUDO DE CAMPO

CAPÍTULO 1 – ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO	43
1.1 TIPO DE ESTUDO.....	43
1.2 QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO	44
1.3 PRINCIPAIS HIPÓTESES	45
1.4 POPULAÇÃO	46
1.4.1 Caracterização da Freguesia de São Barnabé.....	46
1.4.2 Caracterização da Amostra	47
1.5 INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS	49
1.5.1 Questionário Sociodemográfico	49
1.5.2 Escala de Depressão Geriátrica.....	50
1.5.3 Índice de Barthel.....	51
CAPÍTULO 2 – APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	53
2.1 OCORRÊNCIA DE DEPRESSÃO	53
2.2 OCORRÊNCIA DE CAPACIDADE FUNCIONAL	55
2.3 RELAÇÃO ENTRE AS VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS, A DEPRESSÃO E A CAPACIDADE FUNCIONAL.....	56
2.3.1 Depressão e as variáveis sociodemográficas.....	57
2.3.2 Capacidade Funcional e as variáveis sociodemográficas.....	58
2.4 ANÁLISE DAS HIPÓTESES FORMULADAS.....	59
2.5 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	63
CAPÍTULO 3 – CONCLUSÕES E IMPLICAÇÕES	68

BIBLIOGRAFIA72

ANEXOS.....76

I - Consentimento Informado

II - Questionário Sociodemográfico

III - Escala de Depressão Geriátrica

IV - Índice de Barthel

ÍNDICE DE GRÁFICOS E QUADROS

Gráfico 1: Ocorrência/ausência de depressão segundo a EDG.....	53
Gráfico 2: Diagnóstico prévio de ocorrência/ausência de depressão segundo o questionário sociodemográfico.....	53
Gráfico 3: Ocorrência/Ausência de depressão segundo o diagnóstico prévio a EDG.....	54
Gráfico 4: Ocorrência de capacidade funcional segundo o Índice de Barthel.....	55
Quadro 1: Evolução das perturbações de humor.....	31
Quadro 2: Resultados obtidos da análise estatística entre as variáveis sociodemográficas e a depressão e a capacidade funcional.....	57
Quadro 3: Ranks – Nível de depressão e de capacidade funcional.....	59
Quadro 4: Resultado obtido do teste de Kruskal Wallis entre a depressão e a capacidade funcional.....	59
Quadro 5: Ranks – Sexo e nível de depressão e de capacidade funcional.....	60
Quadro 6: Resultado obtido do teste de Kruskal Wallis entre as variáveis sexo e depressão e capacidade funcional.....	60
Quadro 7: Ranks – Idade e nível de depressão e de capacidade funcional.....	61
Quadro 8: Resultado obtido do teste de Kruskal Wallis entre as variáveis idade e depressão e capacidade funcional.....	61
Quadro 9: Ranks – Prática de atividade física e nível de depressão e de capacidade funcional.....	62
Quadro 10: Resultado obtido do teste de Kruskal Wallis entre as variáveis prática de atividade física e depressão e capacidade funcional.....	62

ABREVIATURAS

APA – American Psychological Association.

AVDs – Atividades de Vida Diária.

AVBD – Atividades de Básicas da Vida Diária.

AVID – Atividades de Instrumentais da Vida Diária.

CID-10 – Classificação Internacional de Doenças

Cit. In – citado em.

DSM – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais

EDG – Escala de Depressão Geriátrica

Ed. – Edição

Et al. – há dois ou mais autores e só está citado o primeiro.

In – em.

INE – Instituto Nacional de Estatística

OMS – Organização Mundial de Saúde

p – significância estatística

p. – Página

pp. – Páginas

s.d. – Sem data

SM – Saúde Mental

SPSS – Statistical package for the Social Sciences

Vol. - Volume

INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população constitui um fenómeno da atualidade, resultando do aumento dos níveis de esperança de vida e do declínio da natalidade, sendo um fenómeno transversal nos países desenvolvidos. Em Portugal o panorama é semelhante, a população idosa tem vindo a aumentar significativamente, segundo conclusões dos Censos 2011 o índice de envelhecimento passou de 102 em 2001, para 128, em 2011 (Sequeira, 2010; Ferreira, 2014).

O envelhecimento humano está relacionado com um conjunto de alterações biológicas, psicológicas e sociais, que decorrem ao longo da vida, fazendo parte do ciclo natural da vida, é um processo universal entre os seres humanos e complexo, diferenciando-se em função das características pessoais e variando bastante entre os sujeitos (Sequeira, 2010; Santos, 2000).

O processo de envelhecimento acarreta normalmente uma adaptação a alterações que vão surgindo na vida quotidiana, constituindo um período de crise do ser humano, relacionado de uma forma direta ou indireta com as dificuldades que surgem nesta fase da vida, como por exemplo, as doenças crónicas, a reforma, a saída dos filhos de casa, a viuvez, a perda de autonomia, a institucionalização, os défices cognitivos e as doenças crónico-degenerativas que prevalecem nesta fase da vida, as quais englobam doenças que comprometem o funcionamento do sistema nervoso central, nomeadamente a depressão (Stella et al., 2002; Firmino, et al., 2014).

A depressão é a patologia psiquiátrica mais frequente na terceira idade, apresentando graves consequências, incluindo o sofrimento dos doentes e dos prestadores de cuidados, a amplificação da incapacidade associada com perturbações do foro médico e cognitivas, o aumento dos custos com cuidados de saúde e o aumento da taxa de mortalidade relacionada com o suicídio e com doenças crónicas. A gravidade das consequências da depressão geriátrica constitui assim um dos principais problemas de saúde pública, no entanto esta patologia continua a ser subdiagnosticada e subtratada, especialmente quando surge no contexto de outros problemas de saúde, porque muitas vezes os sintomas depressivos são considerados “normais” devido à idade do doente, a

circunstâncias sociais e à presença de outras doenças. Assim, a depressão geriátrica torna-se altamente destruidora da qualidade de vida, conduzindo à incapacidade, na medida em que provoca perda da independência e da autonomia, comprometendo a realização das Atividades da Vida Diária (AVDs) e contribuindo ainda para o aumento do número de suicídios (Firmino et al., 2014; Spar & La Rue, 2005).

A capacidade funcional corresponde à capacidade da pessoa para cuidar de si própria, sendo capaz de efetuar um conjunto de tarefas que lhes possibilitem viver de forma independente. Esta capacidade tende a declinar com o avançar da idade (Fillenbaum, *cit. in* Botelho, 2014).

Assim, neste estudo teremos em atenção que nos indivíduos de idade mais avançada, existe a presença de maior número de doenças crónicas, que acompanham o envelhecimento, o que contribui para o eventual decréscimo da sua capacidade funcional, por vezes refletindo-se na incapacidade de realizar as Atividades da Vida Diária (AVDs) (Santos et al., *cit. in* Botelho, 2014).

Nos idosos, o grau de independência nas AVDs está associado à depressão, porém de forma negativa, ou seja, quanto mais independentes forem os idosos menos depressivos estarão (Drago & Martins, 2012).

Com o objetivo de aprofundar conhecimentos sobre a depressão e a capacidade funcional em idosos, este estudo, na área da Gerontologia, propõe-se a descobrir qual a ocorrência de depressão e de incapacidade funcional entre os idosos do Baixo Alentejo que constituem a amostra, realizando analogias entre estas e as diferentes variáveis sociodemográficas. E ainda compreender a relação entre a incapacidade funcional e a depressão.

Este trabalho de investigação encontra-se dividido em duas partes, sendo que na primeira faremos uma abordagem teórica e um enquadramento conceptual do tema a analisar, e na segunda apresentaremos a investigação de campo e as conclusões.

Assim, a primeira parte é constituída por três capítulos, que tratam o envelhecimento, a saúde mental e depressão e a capacidade funcional no idoso incluindo a relação entre a depressão e a capacidade funcional. Na segunda

parte é tratado o enquadramento metodológico e a apresentação e discussão dos resultados, assim como as referências bibliográficas e os anexos julgados pertinentes para o estudo.

PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

CAPÍTULO 1 – ENVELHECIMENTO

1.1 ENVELHECIMENTO DEMOGRÁFICO

A Sociedade atual caracteriza-se pelo envelhecimento demográfico, este fenómeno tem vindo a adquirir uma dimensão mundial, segundo indicadores avançados da Organização Mundial de Saúde (OMS) em 2010, os indivíduos com 65 ou mais anos de idade representavam 8% da população mundial, estimando-se que para 2050 o seu crescimento seja de 16%, nos países desenvolvidos este aumento tenderá encontrar-se nos 71% (Luz, 2014). No grupo dos mais envelhecidos, encontram-se os países mais desenvolvidos, nomeadamente os da Europa, este continente também é considerado “continente grisalho” (Rosa, 2012, p. 27), devido ao facto do envelhecimento da população manifestar-se notoriamente, sendo a área geográfica mais envelhecida à escala mundial (Marques *cit. in* Luz, 2014; Rosa, 2012).

O envelhecimento da população surge como consequência da redução da mortalidade em todas as idades e conseqüentemente aumento da esperança de vida, e ainda devido à diminuição da fecundidade que representa o decréscimo do número de nascimentos (Fernandes, 2014).

Em Portugal, este fenómeno não é exceção, sendo um dos países mais envelhecidos da Europa e do mundo, consequência da redução das taxas de mortalidade e de fecundidade. A redução da mortalidade e o conseqüente aumento da esperança de vida é resultante dos progressos médicos, científicos e sociais que contribuíram também para a redução da taxa de mortalidade infantil, que tem vindo diminuir consideravelmente em Portugal, encontrando-se com os valores mais baixos a nível mundial. A esperança média de vida aumentou em Portugal de 66,4 anos nas mulheres e 60,7 anos nos homens em 1960, para 83,2 e 77,4 anos respetivamente, em 2014.

Relativamente à redução dos níveis da fecundidade e a conseqüente diminuição da taxa de natalidade, Portugal encontra-se atualmente no grupo de países da Europa com níveis de fecundidade mais baixos. Na década de 60, cada mulher

apresentava uma média de filhos superior a três e em 2015 esta média apresentava um valor inferior a 1,3 filhos, esta realidade prendem-se com o facto de cada vez ser mais retardado o projeto da maternidade, consequência do desenvolvimento e da modernização da sociedade portuguesa, que apresenta maiores habilitações literárias da população, aumento da participação da mulher no mercado de trabalho e a terciarização da economia ou a urbanização (Rosa, 2012; Santana & Duro, 2014; Pordata, 2015).

Segundo uma revisão elaborada pelo Instituto Nacional de Estatística (INE), com base nos resultados dos Censos de 2001 e 2011, a população residente em Portugal aumentou de 10 394 669 para 10 542 398 habitantes, no entanto, a proporção de jovens (população dos 0 aos 14 anos de idade) decresceu de 16,2% para 14,9% da população residente total, 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 que a percentagem de idosos (população com 65 ou mais anos de idade) aumentou de 16,6% para 19,0%, sendo que o índice de envelhecimento passou de 102,2 para 127,8 idosos para cada 100 jovens, entre 2001 e 2011. Daqui resulta um evidente desequilíbrio geracional, que caracteriza a sociedade portuguesa como uma sociedade envelhecida (INE,2013; Luz, 2014).

Estima-se assim de acordo com esta tendência que a população idosa continue a aumentar em Portugal e que represente em 2060 mais de 32% do total da população portuguesa. O aumento da longevidade coloca desta forma grandes desafios na sociedade atual essencialmente no que diz respeito às estruturas da saúde e de apoio social (Santana & Duro, 2014; Ferreira, 2014).

1.2 ENVELHECIMENTO HUMANO

O envelhecimento humano está relacionado com um conjunto de alterações biológicas, psicológicas e sociais, que decorrem ao longo da vida, fazendo parte do ciclo natural da vida, neste sentido torna-se complicado definir um critério rigoroso que estabeleça, quando é que se entra na velhice. No entanto, é comum referirmo-nos a pessoas idosas, quando estas atingem 65 anos, idade estabelecida pela maior parte das sociedades europeias para a entrada na reforma. Independentemente do critério estabelecido, em relação ao marco da velhice, é de considerar que os sinais de envelhecimento são visíveis e envolvem aspetos de ordem, biológica, psicológica e social, embora os indivíduos possam envelhecer de forma mais acelerada nalgumas dimensões do que noutras (Spar & La Rue, 2005; Sequeira, 2010). Todas essas alterações relacionadas com o envelhecimento variam de acordo com as características genéticas, fatores externos, modos de vida e hábitos de cada indivíduo (Souza et al., 2012).

O envelhecimento não é uma doença, pois se vivemos, logo envelhecemos, é desta forma um processo universal entre os seres humanos e complexo, diferenciando-se em função das características pessoais e variando bastante entre os sujeitos (Sequeira, 2010; Santos, 2000). A variabilidade interindividual entre as pessoas mais velhas é mais elevada do que a verificada noutros grupos etários, de facto com o decorrer dos anos e a acumulação de experiências as diferenças entre os indivíduos acentuam-se, salientando-se competências ou incapacidades cuja base genética em interação com o meio permite manifestar (Firmino et al., 2014).

Quando se fala em envelhecimento humano é fundamental distinguir entre o que é resultado do processo de envelhecimento, como as mudanças corporais da idade (senescência ou envelhecimento primário) e aquilo que é secundário, originado por processos patológicos característicos desta faixa etária, mas que não têm necessariamente que estar presentes (senilidade ou envelhecimento secundário). Assim, o envelhecimento primário está relacionado com longevidade máxima do ser humano e o envelhecimento secundário com as diferenças interindividuais (Spar & La Rue, 2005).

1.2.1 Envelhecimento Biológico

O envelhecimento biológico é determinado pela diminuição da taxa metabólica, em consequência da diminuição das trocas energéticas do organismo. Existe uma redução da capacidade regenerativa das células, uma vez que estas não são imortais e a sua substituição não é ilimitada, levando à diminuição de muitas das suas capacidades funcionais, o que conduz ao envelhecimento dos tecidos que se traduz nas mudanças corporais (McArdle, et al., 1998; *cit. in* Sequeira, 2010). Estas alterações resultantes da diminuição da capacidade de regeneração celular predispõem o idoso ao aparecimento de várias patologias, tais como doenças cardiovasculares, diabetes ou obesidade (Sequeira, 2010).

O sistema imunitário também sofre uma diminuição de eficácia, levando ao aumentando do risco para desencadear doenças. Também, a doença na terceira idade implica repercussões mais graves do que no adulto jovem, mesmo que não seja uma doença mortal ou debilitante (Paúl, 2005).

O envelhecimento primário inicia-se com as mudanças do especto exterior, com o aparecimento de cabelos brancos, menor elasticidade da pele e dos músculos, lentificação motora, diminuição do equilíbrio, da força muscular e da velocidade de reação, bem como alterações emocionais e cognitivas.

Relativamente às alterações internas do organismo, estas decorrem devido a mudanças anatómicas e de funcionamento em alguns órgãos, no metabolismo basal e nos vários sistemas orgânicos, em que vão reduzindo a sua capacidade biológica de autorregulação (Spar & La Rue, 2005).

1.2.2 Envelhecimento Psicológico

As mudanças físicas inerentes ao processo de envelhecimento implicam repercussões psicológicas nos idosos a nível de mudanças de atitudes e de comportamentos. O envelhecimento psicológico está relacionado com fatores patológicos, genéticos, ambientais, do contexto sociocultural e da forma como é preparado e vivido o projeto de vida. A satisfação pessoal, as emoções, a

sensibilidade, os sentimentos e os desejos de cada indivíduo são dimensões que contribuem para a sua qualidade de vida e para o seu bem-estar psicológico.

Geralmente, é comum referirmo-nos ao funcionamento cognitivo de pessoas com idade avançada, como se nesta etapa da vida existisse uma forte deterioração e redução da capacidade de aprendizagem (Fernández-Ballesteros, 2011).

No entanto, com base nas investigações, é de referir que o declínio associado à velhice depende do tipo de função cognitiva que foi avaliada. Também convém salientar que a deterioração do rendimento cognitivo ocorre na sequência de doenças demenciais, sendo uma deterioração patológica, por outro lado o declínio está associado à diminuição que ocorre com frequência ao longo da vida, a chamada deterioração fisiológica, em que se verifica em apenas alguns problemas de execução cognitiva (Fernández-Ballesteros, 2011).

Segundo, Park (1999), o envelhecimento normal, apresenta algumas alterações cognitivas, mas que não têm implicações nas atividades diárias dos idosos, visto que existem fatores que contribuem para a manutenção do funcionamento em relação ao declínio cognitivo (*cit. in* Sequeira, 2010).

Esses fatores como a natureza gradual das alterações permitem a readaptação e a preservação dos conhecimentos nos idosos, que por sua vez facilitam a resolução de problemas, como a automatização de muitas atividades e a manutenção do ambiente e das rotinas familiares. Assim estes fatores permitem extinguir parte do declínio cognitivo (Sequeira, 2010).

Spar e La Rue (2005) consideram algumas variáveis a destacar, relacionadas com a cognição no envelhecimento normal como, fatores genéticos, saúde, escolaridade, atividade mental, atividade física, personalidade e humor, meio social e cultural, treino cognitivo, sexo e os conhecimentos especializados.

Podemos considerar que a capacidade de processamento da informação é resultante da capacidade que o idoso possui para receber, decodificar e reter essa informação, estando por sua vez relacionada a outras funções cognitivas. As funções cognitivas e intelectuais revelam-se numa estrutura psicológica, denominada por, inteligência. Esta pode ser encarada como a capacidade de adaptação ao meio ou por um conjunto de competências, que permitem resolver

problemas contextualmente indispensáveis. A inteligência também é resultado da interação entre fatores biológicos e ambientais (Fernández-Ballesteros, 2011).

De acordo com, Sequeira (2010), a inteligência, é uma questão complexa e subjetiva, que envolve múltiplos fatores, é dividida em inteligência fluida e inteligência cristalizada. A inteligência fluida, consiste no processo básico de informação, na capacidade de raciocinar, compreender a relação entre objetos, criar novas ideias e adaptar-se às mudanças, começa a declinar depois dos 25 anos. A inteligência cristalizada, consiste no processo de obtenção de conhecimento, vocalizando-se na acumulação de informações, no conhecimento e na experiência que os indivíduos obtêm a nível sociocultural, esta mantém-se constante e aperfeiçoa-se ao longo da vida.

Relativamente a uma avaliação de idosos, Hertzog, concluiu a atenuação da eficiência, relativamente à velocidade de processamento da informação do Sistema Nervoso Central, que se reflete na moderação cognitiva, levando a um declínio da inteligência com o aumento da idade (*cit. in* Paúl, 2005).

Salthouse sugeriu uma avaliação em relação ao envelhecimento cognitivo, no que respeita a cognição fluida (memória, raciocínio e capacidade espacial), em que constatou a diminuição progressiva destas capacidades (*cit. in* Paúl, 2005).

Normalmente, quando os idosos se referem aos seus problemas cognitivos, referem-se habitualmente a problemas de memória (Sequeira, 2010).

No que diz respeito à memória, esta permite o registo e armazenamento de informações sob a forma de saberes, emoções, lembranças, etc. Estas informações contribuem para a nossa identidade pessoal, permite-nos funcionar no nosso meio, e compreender-nos melhor e ao mundo que nos rodeia (Alaphilippe & Baill, 2013).

A memória possui uma das funções cognitivas fundamentais para o envelhecimento ativo, em que depende essencialmente da sua preservação. Neste sentido a memória possui uma extrema importância no dia-a-dia das pessoas, como por exemplo, ao nível da comunicação, da relação, da execução de tarefas, etc. (Sequeira, 2010).

Assim podemos considerar, a memória do trabalho (memória a curto prazo ou imediata), que se relaciona com a retenção e manipulação da informação registada a curto prazo. Este tipo de memória declina com a idade, e cria dificuldades na aprendizagem e na recordação de novas informações. A memória a longo prazo (memória de recordação), mantém-se estável, sem declínio acentuado com a idade (Sequeira, 2010).

Os autores Prull e col, bem como Spar e La Rue, referem que à medida que a idade avança verifica-se uma diminuição da velocidade de recuperação dos recursos de memória, existindo maior declínio na memória imediata, na fixação da nova informação, devido às alterações no sistema sensório-motor (*cit. in* Sequeira, 2010).

Alguns problemas que as pessoas idosas demonstram no que diz respeito à aprendizagem de informação recente pode estar relacionado com as poucas estratégias que utilizam, pois muitos têm uma atitude muito passiva para aprender e relembrar, em relação aos adultos mais novos. Assim o treino da memória pode favorecer a rememoração de nomes, locais, listas, etc. (Sequeira, 2010).

Spar e La Rue, consideram que o envelhecimento pode entrepor-se no desempenho cognitivo mediante as mudanças que surgem nas seguintes aptidões: habilidades preceptivo-motoras, atenção, inteligência, memória do trabalho (recente), memória remota (a longo prazo), visuo-espacial, raciocínio prático, funções executivas e velocidade. Estas alterações são características do envelhecimento, embora o seu declínio dependa das características individuais do idoso e do contexto em que vive ou viveu. (*cit. in* Sequeira, 2010).

O défice cognitivo ligeiro tem suscitado grande preocupação, uma vez que existem idosos com défices cognitivos mais deteriorados do que o normal para a idade, mas sem serem relevantes no desempenho das atividades da vida diária. As áreas mais afetadas são as que correspondem às aprendizagens e à aquisição de informação nova.

Morris e col, afirmam que grande parte dos idosos com défice cognitivo ligeiro acaba por desenvolver uma demência, neste sentido estes devem ser

monitorizados e incluídos em programas de estimulação cognitiva adequada (*cit. in Sequeira, 2010*).

1.2.3 Envelhecimento Social

O envelhecimento social está relacionado com as mudanças dos papéis sociais no contexto em que o indivíduo está inserido. A velhice é acompanhada por alterações a nível do desempenho de papéis sociais (familiares, ocupacionais e comunitários), sendo frequente que a perda de papéis aumente com o avançar da idade. Os idosos tendem participar em redes sociais mais pequenas e a encurtar os contactos intersociais, apesar de continuarem socialmente ativos a nível familiar e com os amigos mais íntimos (Spar & La Rue, 2005; Sequeira, 2010).

A entrada na reforma, a mudança de residência são exemplos de acontecimentos que modificam verdadeiramente as redes sociais dos indivíduos, a viuvez e a perda de amigos e familiares, leva à degradação ou reorganização das redes sociais, facilitando ou dificultando a manutenção dos idosos na comunidade. Torna-se assim importante a existência de redes de apoio informal de modo a garantir a autonomia, uma autoavaliação positiva, uma maior saúde mental e a satisfação com a vida, imprescindíveis para um envelhecimento harmonioso (Paúl, 2005).

1.2.4 Envelhecimento e Saúde/Doença

O inexorável envelhecimento humano proporciona alterações biológicas que debilitam os mecanismos de defesa e a homeostasia, as doenças são mais frequentes, desta forma as alterações da função imunológica inerentes ao envelhecimento podem estar relacionadas com um aumento do risco de desenvolver doenças infecciosas, autoimunes ou malignas. Para um idoso a probabilidade da morte aumenta com o passar dos anos e a recuperação de uma doença embora não mortal nem particularmente debilitante, é frequentemente maior do que num adulto jovem. Atualmente mais de um terço dos doentes que procura os Centros de Saúde são idosos, e a idade média dos doentes

internados nos serviços hospitalares de Medicina Interna é superior aos 75 anos (Clara, 2014; Paúl, 2005).

Os problemas de saúde são claramente das principais preocupações dos idosos, o seu estado de ânimo, a competência e o nível de atividades variam de acordo com o seu estado de saúde real, sendo que a saúde física exerce um impacto forte no bem-estar psicológico dos idosos. A variável saúde/doença exerce uma grande importância no envelhecimento, uma vez que está na origem da distinção entre envelhecimento normal (não implica a ocorrência de doença) ou patológico (em que há doença tornando-se a causa próxima de morte) (Birrer & Cunningham; Lachman & Baltes ,*cit. in* Fonseca, 2006). Esta distinção permite distinguir cenários diferentes na forma como se encara o envelhecimento com base no fator saúde, de uma forma mais otimista e assente nos progressos da medicina que permitiram desacelerar e prevenir a incidência de muitas doenças crónicas típicas do envelhecimento patológico permitindo que a maioria dos idosos até aos 75 anos, sejam relativamente saudáveis. Por outro lado num sentido mais pessimista, uma vez que continua a existir uma grande probabilidade das pessoas contraírem doenças muito graves, cuja ocorrência amplia na “4.ª idade”, fazendo diminuir a qualidade de vida a partir dessa idade de modo irreversível (Baltes & Smith;Lachman & Baltes *cit. in* Fonseca, 2006). Segundo Fonseca (2016, p.128) “...a saúde não é por si só condição de felicidade, a sua ausência provoca sofrimento (físico e psíquico) e quebra no bem-estar, através de interações complexas – directas e indirectas- com factores da qualidade de vida”. A doença mobiliza as capacidades de *coping* das pessoas para a recuperação, evidencia toda a sua atividade e recursos nesse problema e pode provocar ainda uma diminuição da capacidade económica, perda de autonomia, alterações nas AVDs e das relações sociais, desconforto generalizado e também medo da morte, todas essas consequências surgem mais prováveis e agravadas entre os idosos, tornando mais complicado a adaptação e exigindo a adoção de medidas compensatórias para o equilíbrio interno e entre o organismo e o ambiente sejam restabelecidos.

1.3 ENVELHECER EM MEIO RURAL

A velhice é um processo inevitável caracterizado por um período de grandes mudanças a nível biológico, psicológico e social, específicos de cada indivíduo, uma vez que ninguém envelhece ao mesmo ritmo e da mesma maneira, dependendo de uma multiplicidade de fatores internos e externos (Schoroets e Birren *cit. in* Sequeira & Silva, 2002). Logo existem muitas formas de viver a velhice, pois cada idoso transporta consigo a sua história de vida, determinada pelo seu património genético e psicossocial, assim tal como refere Lima e Viegas a velhice é um destino biológico do homem, que é vivida de forma muito variável consoante o contexto em que se inscreve, é assim de referir que apesar do envelhecimento ser caracterizado por um conjunto de alterações em diferentes níveis, estes podem ser atenuados ou incrementados de acordo com o contexto em que o idoso se insere (*cit. in* Sequeira & Silva, 2002).

Apesar de muitos idosos envelhecerem em meios urbanos devido ao aumento da urbanização, é ainda significativo o número de idosos que envelhecem em ambientes rurais que apresentam características e necessidades específicas devido ao meio em que estão inseridos.

Apesar de não ser fácil a definição de “idosos rurais”, existem diversas expressões que são utilizadas com frequência, que vão desde idosos que vivem em zonas não urbanas, ou em pequenas povoações com menos de 2500 moradores, ou ainda agricultores que residem em propriedades mais ou menos isoladas. Envelhecer em meio rural, tal como outras situações residenciais implica necessidades e características específicas que devem ser consideradas. Os idosos residentes em meios rurais deparam-se com uma variedade de necessidades, como a inexistência de serviços sociais, de saúde e de transportes, normalmente apresentam dificuldades económicas para aceder a serviços e equipamentos afastados da zona onde residem, a migração das zonas rurais para os meios urbanos despovoou estes meios, afastando assim os potenciais prestadores de cuidados familiares (Paúl et al., 2005).

Tudo isto implica que exista uma sobrecarga da condição de idoso, ou seja, vive-se em zonas despovoadas e com baixos recursos, que por vezes se associam a problemas de saúde, de fracos rendimentos e de solidão. Em Portugal, as zonas

rurais nomeadamente no interior, apesar de serem zonas pouco povoadas a maioria dos residentes são idosos que vivem entregues a si próprios e/ou aos seus cônjuges e a companheiros de longa data, ou institucionalizados (Paúl et al., 2005).

CAPÍTULO 2 – SAÚDE MENTAL E DEPRESSÃO

2.1 SAÚDE MENTAL

O conceito de “Saúde Mental” (SM) é muito abrangente, sendo que não é fácil defini-lo e identificar aquilo que o determina, no entanto tal como a Organização Mundial de Saúde (OMS), define o conceito de “saúde” que não se restringe a considerar a ausência de doença mas um estado completo de bem-estar físico, psíquico e social. Também o conceito de SM apresenta o mesmo pressuposto, não considerando apenas a inexistência de sintomas associados a doença mental mas também a presença de emoções e sentimentos positivos associados ao bem-estar, sendo fruto de várias e complexas interações que incluem fatores biológicos, psicológicos e sociais. Neste sentido a OMS define SM como “um estado de bem-estar no qual a pessoa realiza as suas capacidades, pode fazer face ao stress normal da vida, trabalhar de forma produtiva e frutífera e contribuir para a comunidade em que se insere” (Saraiva, 2014, p. 17). Uma vez que não é fácil definir de forma completa SM, todos os conceitos abrangem entre outras coisas, o bem-estar subjetivo, a auto eficiência percebida, a autonomia, a competência, a dependência intergeracional e a autorrealização do potencial e emocional do indivíduo. A saúde física e mental abarca aspetos físicos, psicológicos e sociais, sendo que a combinação destes fatores interfere e contribuem de forma significativa para o estado de saúde dos indivíduos (Silva, 2005).

As perturbações mentais e comportamentais são situações clínicas que se caracterizam por “alterações do modo de pensar e do humor (emoções) ou por comportamentos associados com a angústia pessoal e/ou deterioração do funcionamento”, sendo que estas perturbações mentais e comportamentais “... não são apenas variações dentro da escala do «normal», mas fenómenos claramente anormais ou patológicos” (OMS *cit. in* Brandão et al., 2015, p. 2).

A OMS considera ainda a esse respeito que para serem classificadas como perturbações, esses fenómenos anormais ou patológicos devem ocorrer de

forma continuada ou recorrente e implicar deterioração ou perturbação do funcionamento pessoa numa ou mais esferas da vida (*cit. in* Brandão et al., 2015) A SM assume-se como fundamental para o bem-estar do indivíduo, embora as doenças mentais na atualidade estejam entre as principais causas de incapacidade e de elevadas taxas de morbilidade e mortalidade. A nível mundial as estimativas apontam para a existência de 450 milhões de pessoas com perturbações mentais, sendo que a perturbação que apresenta uma taxa mais elevada é a depressão. Portugal é dos países da Europa com elevada ocorrência de perturbações mentais os dados apontam para um quinto da população geral em 2013. Também grande parte dos casos de suicídio cometidos são devidos a transtornos mentais (Silva, 2005; Saraiva & Cerejeira, 2014; Brandão et al., 2015; Direção Geral de Saúde, 2014).

Segundo Saraiva e Cerejeira (2014), as doenças mentais têm vindo a ser muitas vezes ignoradas e negligenciadas, o que se tem vindo a refletir num aumento significativo de casos de indivíduos com perturbações mentais e que cada vez mais se vai ampliando o distanciamento que se estabelece entre a necessidades e as ofertas de tratamento. As doenças mentais também podem ter influencias negativas em certas doenças físicas, tal como é o caso de indivíduos que sofrem de depressão e que são detentores de cancro a taxa de mortalidade nestes casos apresenta-se quase 40 % mais elevada.

De acordo com o Relatório de Saúde no Mundo (2001), fatores sociais e económicos (pobreza), demográficos (sexo, idade), ameaças graves (conflitos, desastres), presença de doenças físicas graves e o ambiente familiar determinam a ocorrência, o começo e o desenvolvimento das perturbações mentais. De acordo com Erikson, cada indivíduo ao longo do percurso de vida é confrontado com situações de conflito que geram crises e de acordo com a resolução que cada indivíduo lhe der, assim sairá mais fortalecido ou enfraquecido, ou seja ganhará maior ou menor capacidade para resolver novas crises que vão surgindo. As dificuldades em resolver os conflitos podem ter repercussões na SM de cada indivíduo (Silva, 2005).

2.1.1 Saúde Mental no idoso

A compreensão da SM nas pessoas de idade mais avançada implica ter em conta o percurso de vida destes indivíduos, no que diz respeito a emoções, afetos, conflitos e à maneira como foram respondendo às vicissitudes que a vida lhes trouxe. Tal como o envelhecimento a SM na velhice deve ser entendida como um processo em que intervêm fatores de ordem física, psicológica e social. Em resultado deste processo, surgem valências negativas associadas a emoções negativas como ansiedade, depressão e falta de controlo emocional e comportamental, mas também valências positivas como emoções positivas, os laços afetivos e o bem-estar psicológico (Silva, 2005).

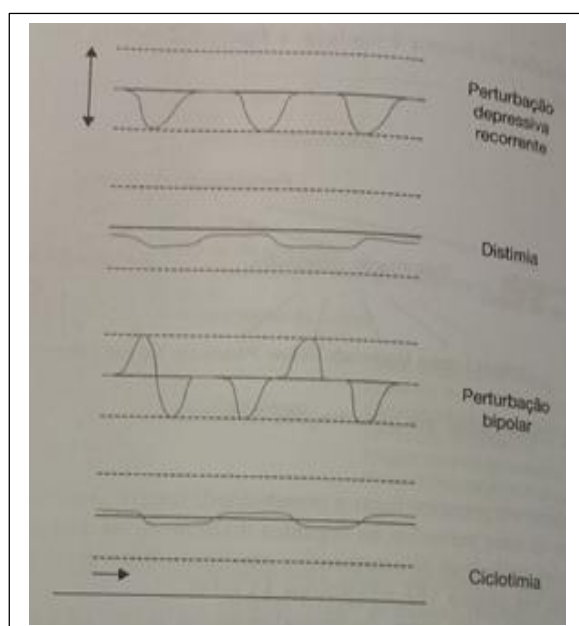
Em Portugal os dados indicam que um terço da população idosa têm perturbações mentais (Brandão et al., 2015). As estimativas apontam ainda a este respeito que existe um aumento da incidência de distúrbios psicológicos, na medida em que durante o processo de envelhecimento podem surgir períodos de crise, relacionado de uma forma direta ou indireta com as dificuldades que surgem nesta fase da vida, como por exemplo, as doenças crónicas, a reforma, a saída dos filhos de casa, a viuvez, a perda de autonomia, a institucionalização e os défices cognitivos. Os problemas de SM nas pessoas de idade mais avançada não são detetados na maioria das vezes de forma sistemática, pois são apenas considerados após a exclusão de doenças orgânicas ou quando são verificados comportamentos anormais (Cheik et al., 2003; Firmino et al., 2014; Observatorio de Las Personas Mayores, 2010).

As pessoas idosas apresentam como perturbações mentais mais frequentes a depressão e demência (Brandão et al., 2015). De facto a depressão e demência têm limitado a vida de idosos em todo o mundo, na medida em que levam à perda da independência e autonomia (Benedetti et al., 2008).

2.1.2. Perturbações de humor

Dentro do quadro das doenças mentais, encontram-se as perturbações de humor, “o humor é um sentimento generalizado e sustentado, que é vivenciado internamente e que influencia o comportamento e perceção do mundo de uma pessoa” (Pereira & Saraiva, 2014, p.205). A expressão externa de um indivíduo manifestar o seu estado de humor é através do afeto, o humor pode ser normal, elevado ou deprimido. Um indivíduo saudável apresenta vários estados de humor através de uma enorme manifestação de expressões afetivas. Por outro lado, um indivíduo portador de uma perturbação de humor apresenta de forma constante, um estado de humor elevado (mania) ou deprimido, causando-lhe um elevado sofrimento e prejudicando o seu funcionamento interpessoal, social e ocupacional.

São vários os tipos de perturbações de humor: a depressão *major* (retrata apenas episódios depressivos), a distímia (forma menos grave de depressão *major*), a perturbação bipolar (retrata episódios depressivos e maníacos), e a ciclotímia (forma menos grave de perturbação bipolar) (Pereira & Saraiva, 2014,) (vide quadro1).



Quadro1: Evolução das perturbações de humor (Guia prático de Psiquiatria, 2005, p.176)

2.2 DEPRESSÃO

Por depressão, entende-se uma patologia mental a que está subjacente um elevado grau de sofrimento psíquico esta pertence ao grupo das perturbações de humor também designada como uma doença afetiva. A depressão é resultado da interação de fatores biológicos (genético, estados físicos, alterações neuro químicas, anomalias das monoaminas, alterações do funcionamento do eixo HPA), psicológicos (ambiente na infância, privação emocional, perda dos pais, cognições anormais, desamparo aprendido, fatores da personalidade – neuroticismo) e sociais (acontecimentos da vida, desemprego) (Stella et al., 2002; Harrison et al., 2006).

A depressão é uma doença mental muito frequente, podendo atingir 20% da população e segundo a OMS prevê-se que em 2020 esta seja a segunda causa de incapacidade no mundo. Em Portugal segundo dados de um estudo epidemiológico nacional de saúde mental, cerca de 8% da população geral sofre desta patologia. A ocorrência da depressão é duas vezes mais frequente em mulheres do que em homens, sendo que no que respeita ao estado civil, observa-se mais em pessoas divorciadas ou separadas e solteiras. Muitos doentes que sofrem de depressão não recebem tratamento, sendo que esta consequência muitas vezes se revela em suicídio, pois a maioria dos casos o suicídio surge em contexto de depressão (Costa, 2005; Pereira & Saraiva, 2014). No quadro das perturbações depressivas existem vários tipos destas perturbações sendo que “ a característica comum a todas estas perturbações é a presença de tristeza, vazio ou humor irritável, acompanhada de alterações somáticas e cognitivas que afetam de forma significativa a capacidade de funcionamento do indivíduo. O que difere entre as várias perturbações são questões relacionadas com a duração, *timing* ou etiologia presumida.” (DSM-5-TM, 2014, p.183).

No entanto nem todas as pessoas que sofrem de depressão apresentam queixas de baixo humor, apresentando em vez disso sintomas cognitivos, comportamentais ou somáticos. Neste sentido muitos dos casos de depressão

não são revelados nos serviços de psiquiatria, em que a depressão se apresenta muitas vezes mascarada (Harrison et al., 2006).

2.2.1. Classificação da Depressão

As perturbações depressivas são classificadas de várias formas por diversos autores, no entanto as classificações mais usadas têm em conta a Classificação Internacional de Doenças (CID - 10) e o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) (Ballone, 2010). A depressão major e a distímia são exemplos dos vários tipos de perturbações de humor. (Pereira & Saraiva, 2014).

As perturbações depressivas definidas pela CID-10 da OMS condizem com a classificação dos critérios estabelecidos pelo DSM-5-TM da *American Psychological Association* (APA) relativamente à depressão major. A depressão major é caracterizada por apresentar humor deprimido, perda de interesse ou prazer, que permanece na pessoa pelo menos duas semanas, provocando alterações no funcionamento social, ocupacional ou noutras áreas importantes de funcionamento, durante este período de tempo a pessoa tem de apresentar, pelo menos, quatro sintomas adicionais diferentes dos dois referidos anteriormente, tais como: alterações na atividade motora/motricidade, falta de energia, alterações no sono, alterações do apetite/peso, distorções cognitivas, alterações cognitivas e/ou ideação suicida. Evidenciam-se ainda outros sintomas na depressão como, alterações da esfera sexual, queixas dolorosas e desconfortos físicos na ausência de doença física, ocasionar quaisquer sintomas dolorosos ou físicos e acentuar dores persistentes. Existem diversos subtipos de síndromes depressivas, como a depressão endógena ou melancólica, depressão atípica, depressão sazonal, depressão psicótica.

A distímia apresenta um quadro clínico parecido ao de um episódio depressivo major, embora com sintomas atenuados e duração crónica de, pelo menos, dois anos. São frequentes queixas subjetivas tais como letargia, inércia, anedonia, dificuldades de concentração, pessimismo, sentimentos de baixa autoestima, desânimo e de infelicidade. São também comuns alterações do apetite e

agitação ou lentificação psicomotora, existe ainda uma maior sensibilidade (Pereira & Saraiva, 2014).

A depressão menor também é uma forma comum de depressão que provoca mal-estar, ou défice social, ocupacional ou noutras áreas do funcionamento, mas que não preenche os critérios da depressão maior ou da distímia. Segundo os critérios de investigação do DSM para a perturbação depressiva menor, a pessoa com esta perturbação deve apresentar no mínimo dois sintomas e no máximo cinco, sendo que os sintomas são semelhantes aos da depressão *major*, num período de duas semanas e pelo menos um dos sintomas deve ser humor depressivo e/ou acentuada diminuição do interesse ou do prazer por todas ou quase todas as atividades (Spar & La Rue, 2005).

Independentemente da forma como a depressão se apresenta, a presença de sintomas depressivos exerce um importante impacto na qualidade de vida dos sujeitos, no entanto quanto esta patologia é tratada de forma adequada, quer seja com tratamento farmacológico e psicoterapia, tem bom prognóstico, quando não é devidamente diagnosticada e bem tratada, pode ser responsável pela principal causa de incapacidade (principalmente laboral) a nível mundial, bem como por uma sobretaxa de mortalidade através de suicídios (Pereira & Saraiva, 2014).

2.2.2 Depressão no idoso

Existem várias tipologias de depressão, tal como já foi referido anteriormente sendo que a que tem suscitado maior preocupação se entende por depressão maior. Sendo de realçar que a depressão maior parece ser a perturbação mental comum com ocorrência mais elevada em idosos (Gonçalves, 2014).

As causas de depressão no idoso associam-se a uma pluralidade de fatores, sendo estes, fatores genéticos, eventos vitais como o luto e o abandono, doenças incapacitantes, entre outros. A depressão nos idosos também se relaciona frequentemente com uma perda de qualidade de vida ligada ao isolamento social e ao aparecimento de doenças clínicas graves (Pacheco *cit. in* Stella et al., 2002). Assim os principais fenómenos que contribuem para a depressão nos idosos assentam em fatores biológicos (genéticos,

predominância no sexo feminino, endócrinos, vasculares, patologias médicas) fatores psicológicos (personalidade, estilo cognitivo, défices cognitivos) e fatores sociais (eventos da vida, baixo estrato socioeconómico, solidão) (Firmino et al., 2014).

Todavia alguns idosos expressam a depressão através de sintomas físicos, em vez de sintomas emocionais (tristeza, perda de esperança, medo da morte, da pobreza, sentimentos de culpa) (Fernandes *cit. in* Fernandes, 2014). Existem ainda situações em que os idosos negam sentir-se deprimidos, apesar de o sentirem (CCSMLT *cit. in* Fernandes, 2014).

Quando o paciente idoso manifesta um quadro depressivo ao longo do seu ciclo de vida, esta patologia apresenta uma forte componente genética na sua origem, enquanto quando a depressão surge depois dos 65 anos a componente genética é menos significativa, ganhando relevância os processos neurobiológicos (Stella et al., 2002).

Outras alterações verificadas nos idosos deprimidos prendem-se com alterações neurocognitivas, tais como, comprometimento na atenção, memória, velocidade de processamento, função executiva, emoção e tomada de decisão (Rozenhal, Laks & Emgelhardt *cit. in* Moraes et al., 2007).

O estado depressivo no idoso, além dos sintomas comuns à patologia, caracteriza-se também pelas queixas somáticas, hipocondria, baixa autoestima, sentimentos de inutilidade, humor disfórico, tendência auto depreciativa, alteração do sono e do apetite, ideação paranoide e pensamentos recorrentes de suicídio (Stella et al., 2002). Sendo de realçar a este propósito que nos pacientes idosos com depressão o risco de suicídio é duas vezes maior face aos idosos não deprimidos (Pearson & Brown *cit. in* Stella et al., 2002).

Ainda referente a esta questão, salienta-se que as causas de suicídio nos idosos em Portugal têm que ver sobretudo com as doenças físicas, institucionalização, viuvez, baixo suporte social e doenças psiquiátricas, das quais se destacam a depressão e alcoolismo. Assim se compreende que o suicídio seja atualmente uma realidade em crescimento nos idosos, estimando-se que corresponda a ¼ do total de suicídios no país (Santos *cit. in* Fernandes, 2014).

Quanto à determinação do momento e do contexto em que surge o quadro depressivo, reveste-se de extrema importância para o diagnóstico etiológico da

depressão e das comorbidades, para o tratamento e prognóstico (Stella et al., 2002).

Ainda que com incidência elevada nas doenças clínicas gerais, a depressão não tem sido adequadamente diagnosticada e tratada. Não raras vezes, os sintomas da depressão são confundidos com a doença clínica geral ou como um resultado do envelhecimento, sendo por isso desvalorizadas (Stella et al., 2002). A este respeito Carvalho e Fernandez realçam que 40% dos casos de depressão nos idosos não são diagnosticados (*cit. in* Benedetti et al., 2008).

Existem patologias frequentes no idoso em que a ocorrência da depressão se apresenta significativamente elevada, doença de Parkinson (40 a 60%), Alzheimer (30 a 40%), doença de Huntington (30 a 40%), Esclerose Múltipla (20 a 60%), Epilepsia (10 a 50%). Quadros como o hipotireoidismo, diabetes mellitus, doenças cardíacas e doenças autoimunes também apresentam ocorrência elevada de depressão (Cole & Bellavare; Evans et al.; Prince et al. *cit. in* Stella et al., 2002).

A depressão pode ainda surgir na sequência de outras doenças psiquiátricas, nomeadamente, transtorno obsessivo compulsivo, síndrome do pânico, entre outras (Cheik et al., 2003). Neste sentido a depressão pode existir como patologia de forma isolada ou como uma patologia que ocorre após outras doenças (Boiffin; Calil & Miranda *cit. in* Cheik et al., 2003).

Há ainda que ressaltar que existem medicamentos que podem apresentar efeitos colaterais suscetíveis de causarem sintomas depressivos, como anti hipertensivos e anti parkinsonianos (Stella et al., 2002).

A depressão nos idosos tem sido apontada como um fator de risco para o desenvolvimento posterior de um quadro de demência (Stella et al., 2002). Alguns estudos evidenciam que 50% dos pacientes deprimidos desenvolvem um processo demencial num período de 5 anos (Rasking *cit. in* Stella et al., 2002). Determinadas alterações nas funções cognitivas provocadas pela depressão, ainda que temporárias, podem levar inclusive a que se confunda depressão e demência aquando do diagnóstico.

O tratamento da depressão no idoso tem como objetivos, reduzir o sofrimento psíquico causado pela doença; diminuir o risco de suicídio; melhorar o estado global do paciente e assegurar uma melhor qualidade de vida. Sendo que as formas de tratamento utilizadas envolvem psicoterapia, intervenção

psicofarmacológica e quando necessário eletroconvulsoterapia. O exercício físico surge aqui igualmente como uma importante ferramenta no tratamento e prevenção da depressão (Stella et al., 2002).

O tratamento da depressão, atualmente, tem apresentado bons resultados, surgindo investigações recentes que defendem um tratamento combinado de intervenção psicoterapêutica e farmacológica (Sado et al., *cit. in* Fernandes, 2014).

A depressão, a par da demência, encontra-se entre as principais causas de tempo vivido com incapacidade, na medida em que provocam perda da independência e da autonomia (Gordilho et al. *cit. in* Benedetti, et al., 2008). Devido a esse facto e ainda à elevada morbilidade e mortalidade que a depressão provoca, esta é considerada um dos maiores problemas de saúde pública do mundo (Strawbridge et al., *cit. in* Moraes et al., 2007).

A ocorrência da depressão é estimada em aproximadamente 17% da população mundial (Davidson et al. *cit. in* Moraes et al., 2007). Sendo que em Portugal no ano 2008 se verificou, mediante um estudo conduzido em centros de cuidados de saúde primários, que a ocorrência de depressão major é de 18% nas mulheres e 7% em homens (King et al. *cit. in* Gonçalves, 2014).

2.2.3 Depressão e Atividade Física

Tem-se verificado que a prática de atividade física, com regularidade, representa um importante contributo no tratamento da depressão, exigindo do indivíduo um comprometimento ativo, aumentando a autoconfiança do mesmo e melhorando as adaptações metabólicas e capacidades funcionais. Deste modo a prática regular de exercício físico reduz o risco de declínio funcional e da mortalidade, contribuindo assim para um melhor saúde física e psicológica (Pereira et al. *cit. in* Souza et al., 2012).

Têm sido apresentadas duas vertentes distintas de modo a explicar a associação entre atividade física e depressão. A primeira sugere que a atividade física se assume como um fator determinante na diminuição da intensidade dos sintomas depressivos (Lapirem et al. *cit. in* Moraes et al., 2007). Já a segunda vertente

indica que a depressão influencia a prática de atividade física, na medida em que os idosos depressivos são mais sedentários do que os não depressivos (Van Gool et al. *cit. in* Moraes et al., 2007).

A falta de prática de atividade física no idoso, e a consequente lentificação motora e não mobilidade física levam, sob o ponto de vista da saúde mental a uma baixa autoestima, diminuição da sua participação na comunidade e do seu círculo de relações sociais. Em resultado são agravados o sofrimento psíquico, a sensação de incapacidade funcional, e os sentimentos de isolamento e de solidão. Ainda na ótica da saúde mental a atividade física, nomeadamente quando praticada em grupo, fortalece a autoestima do idoso, aumenta as relações psicossociais e contribui para o reequilíbrio emocional (Moraes et al., 2007).

CAPÍTULO 3 – DEPRESSÃO E CAPACIDADE FUNCIONAL

3.1 CAPACIDADE FUNCIONAL NO IDOSO

O estado funcional no idoso segundo Lawton (1982), é referido como a interação entre as variáveis individuais (saúde física e mental, capacidades cognitivas, afetividade, qualidade de vida, autoeficácia e controle de si e do meio), e as variáveis ambientais (pressão exercida pelo meio envolvente) (*cit. in* Azeredo, 2011).

A funcionalidade global ou capacidade funcional corresponde à capacidade da pessoa para cuidar de si própria, sendo capaz de efetuar um conjunto de tarefas que lhes possibilitem viver de forma independente. Esta capacidade tende a declinar com o avançar da idade (Fillenbaum, *cit. in* Botelho, 2014).

Nos indivíduos de idade mais avançada, existe a presença de maior número de doenças crónicas, que acompanham o envelhecimento, o que contribui para o eventual decréscimo da sua capacidade funcional, por vezes refletindo-se na capacidade de realizar as Atividades da Vida Diária (AVDs) (Santos et al., *cit. in* Botelho, 2014).

A dependência resulta normalmente do declínio funcional da pessoa, em consequência de uma patologia ou devido a um acidente. O aparecimento de uma dependência implica uma mudança na vida, resultado de um acontecimento que pode surgir de forma abrupta (AVC, acidente, etc.) ou de forma progressiva, associada a uma diminuição da capacidade das estruturas ou funções do organismo (demência) (Sequeira, 2010).

A capacidade funcional deve ser avaliada de acordo com o que o indivíduo faz no seu quotidiano e com os meios que dispõe, devendo ser relacionada com fatores físicos e/ou mentais e também com fatores extrínsecos, sociais, económicos ou ambientais, que interfiram na função. Esta avaliação deve ser classificada em relação ao grau de autossuficiência nesse desempenho, podendo manifestar-se como independência quando há total independência, ou apenas quando há utilização de auxiliares mecânicos que permitem ultrapassar as limitações existentes, e como dependência quando existe necessidade de

ajuda regular de terceiros, no desempenho de pelo menos uma das tarefas de funcionalidade (Botelho, 2005).

A avaliação da competência funcional nos idosos é importante, porque possibilita determinar o grau de dependência apresentado uma capacidade preditiva significativa, a nível de risco de institucionalização, deterioração física, necessidade de recursos de saúde e até de mortalidade. Para a avaliação funcional das pessoas idosas existem instrumentos próprios, tais como o Índice de Barthel e o Índice de Katz que avaliam as Atividades Básicas da Vida Diária (ABVDs), estas englobam um conjunto de atividades primárias da pessoa, relacionadas com o autocuidado e a mobilidade, que permitem à pessoa viver sem a ajuda de outros, tais como: comer, usar a casa de banho, vestir-se, arranjar-se, tomar banho, transferir-se, caminhar, etc. (Sequeira, 2010).

A avaliação da capacidade para a realização das ABVDs, permite graduar a autonomia do idoso. A sua independência requer, no entanto, a capacidade para a realização de outras atividades, de carácter instrumental, mais exigentes e requerendo maior capacidade física e cognitiva do que as atividades básicas. São as chamadas Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVDs), em que os instrumentos de avaliação mais comuns para avaliar a capacidade funcional nestas atividades são as Escalas de Lawton e Brody. As AIVD incluem o exercício das seguintes tarefas: fazer compras, preparar refeições, lida da casa, tratar da sua roupa, usar o telefone, tomar os seus medicamentos, gerir o seu dinheiro, usar transportes (Botelho, 2014).

3.2 DEPRESSÃO E CAPACIDADE FUNCIONAL NO IDOSO

A literatura tem focado pouco a independência funcional nos idosos com perturbações mentais, no entanto a escassa literatura neste campo sugere que as perturbações mentais em pessoas idosas associam-se ao declínio na independência funcional, colocando em causa as competências de autocuidado, outros estudos sugerem que a relação entre independência funcional e perturbação mental caracteriza-se por reciprocidade, ou seja, a perturbação mental pode desencadear dependência funcional (Brandão et al., 2015)

A depressão encontra-se entre as principais causas de tempo vivido com incapacidade, na medida em que provoca perda da independência e da autonomia (Gordilho et al. citado em Benedetti et al., 2008). No entanto segundo um estudo realizado por Brandão et al., (2015), as perturbações mentais mais frequentes são a demência e a depressão, sendo que a depressão é mais frequente em pessoas independentes e a demência nos idosos com algum nível de dependência.

Segundo Katona e Shankar (2004), a depressão condiciona o funcionamento cognitivo do idoso começando por manifestar dificuldades em processos mais complexos, o que interfere com a sua capacidade de tomada de decisão, autonomia e funcionamento diário (*cit. in* Azeredo, 2011).

Nos idosos, o grau de independência nas AVDs está associados à depressão, porém de forma negativa, ou seja, quanto mais independentes forem os idosos menos depressivos estarão (Drago & Martins, 2012).

A manutenção da autonomia e independência nos idosos, são condições essenciais para a qualidade de vida, estando condicionadas pelos níveis de saúde física e mental (Azeredo 2011).

PARTE II: ESTUDO DE CAMPO

CAPÍTULO 1 – ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

1.1 TIPO DE ESTUDO

O tipo de estudo, segundo Fortin (1999, p.133), “...descreve a estrutura utilizada segundo a questão de investigação vise descrever variáveis ou grupos de sujeitos, explorar ou examinar relações entre variáveis ou ainda verificar hipóteses ou causalidade”.

Face ao objetivo definido para este trabalho de investigação, o presente estudo é quantitativo, uma vez que é utilizada a metodologia quantitativa que assenta na colheita de dados observáveis e quantificáveis, que assentam na observação de factos objetivos existentes independentemente do investigador e tem como intenção contribuir para o desenvolvimento e validação dos conhecimentos, concedendo ainda a possibilidade de generalizar os resultados, de prever e de controlar os resultados (Fortin,1999).

O presente estudo é também do tipo descritivo simples que “...consiste em discriminar os factores determinantes ou conceitos que, eventualmente, possam estar associados ao fenómeno em estudo. São procuradas as relações entre os conceitos a fim de obter um perfil geral do fenómeno (...) relativo a uma população, de maneira a estabelecer as características desta população ou de uma amostra desta.” (Fortin, 1999, p. 162-163). Trata-se ainda de um estudo transversal pois os dados foram colhidos num curto período tempo de (aproximadamente 9 meses), e representam um corte transversal das características da população em estudo.

1.2 QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO

A escolha da temática desenvolvida neste trabalho surgiu pelo interesse inerente à revisão da literatura desenvolvida no âmbito do Mestrado em Gerontologia Social, nomeadamente nas áreas curriculares da Psicologia de Envelhecimento e Saúde Mental do Idoso com o objetivo de aprofundar conhecimentos sobre a problemática da depressão nos idosos e a relação existente entre a depressão e a capacidade funcional, bem como pela curiosidade que me suscitou a população em estudo (idosos do Baixo Alentejo - meio rural), uma vez que grande parte destes idosos vivem isolados, e onde a solidão predomina. Para além disso a temática parece ser pertinente na área da Gerontologia uma vez que a depressão é um dos problemas de saúde mental que mais prevalece na população idosa e representa uma das principais causas de incapacidade funcional.

Foi definido como objetivo geral deste trabalho de investigação avaliar a ocorrência de depressão nos idosos que compõem a amostra definida para o estudo. Tendo os seguintes objetivos específicos:

- Avaliar a relação entre aspetos sociodemográficos (género, idade, habilitações literárias, valor da reforma, com quem vive, frequência das visitas da familiares, prática de a atividade física ou cultural, ocupação diária, estado de saúde, diagnóstico de depressão, medicação antidepressiva) e a depressão nos idosos do Baixo Alentejo;
- Relacionar a presença de depressão e o nível de capacidade funcional e nos idosos do Baixo Alentejo.

O presente estudo tem assim por base a questão de investigação: “ Qual a relação entre depressão e a capacidade funcional nos idosos do Baixo Alentejo”? Com base na questão de investigação, as questões de pesquisa definidas foram: “ Quais as variáveis sociodemográficas (género, idade, estado civil, habilitações

literárias, etc.) que influenciam a presença de depressão nos idosos do Baixo Alentejo?” e “ Qual a ocorrência de depressão em idosos do Baixo Alentejo?”

1.3 PRINCIPAIS HIPÓTESES

As hipóteses surgem quer da observação de fenómenos da realidade quer da teoria ou de estudos publicados, assim o investigador pode estabelecer relações entre os fenómenos e desta forma constituir base para a enunciação de hipóteses, que devem ser apoiadas através da revisão de estudos publicados que permitam encontrar bases teóricas necessárias para a sua formulação. As hipóteses constituem “um enunciado formal das relações previstas entre duas ou mais variáveis” (Fortin,1999, p.102).

Com base na teoria consultada e no objetivo designado para o presente estudo, assente da identificação de depressão e a relação com a capacidade funcional em idosos do Baixo Alentejo, foram elaboradas a seguintes hipóteses (**H**):

H₁: A capacidade funcional influencia a depressão nos idosos do Baixo Alentejo.

H₂: O sexo influencia, tanto a depressão como a capacidade funcional nos Idosos do Baixo Alentejo.

H₃: A idade influencia, tanto a depressão como a capacidade funcional, nos Idosos do Baixo Alentejo.

H₄: A prática de atividade física influencia, tanto a depressão como a capacidade funcional nos Idosos do Baixo Alentejo.

1.4 POPULAÇÃO

De acordo com Fortin (1999, p. 373), uma população é um “ conjunto de todos os sujeitos ou outros elementos de um grupo bem definido tendo em comum uma ou várias características semelhantes e sobre o qual assenta a investigação”.

A população de onde é extraída a amostra que incidiu este estudo são idosos (com 65 ou mais anos) da comunidade (habitam nas próprias casas ou de familiares), residentes no Baixo Alentejo, na freguesia de São Barnabé, concelho de Almodôvar.

1.4.1 Caracterização da Freguesia de São Barnabé

São Barnabé é das seis freguesias do concelho de Almodôvar que se encontra no Baixo Alentejo, distrito de Beja, apresenta uma área de 141,67 km². Foram inquiridos nos censos 2011, 531 habitantes, sendo que 297 eram idosos. É uma zona tipicamente serrana, a população é bastante dispersa por montes isolados e distantes e vive, na sua maioria, das atividades ligadas à extração de cortiça, produção de aguardente de medronho, queijo de cabra e mel, que desenvolve em paralelo com a pequena agricultura familiar. A maioria da população mais jovem migrou para as zonas urbanas em busca de uma vida melhor. Tratando-se de uma zona tipicamente rural, a empregabilidade é escassa, a taxa de natalidade é muito reduzida o que levou ao encerramento das 7 escolas primárias existentes na freguesia, a única instituição existente na freguesia é um lar de idosos. Nesta freguesia existe uma consulta médica uma vez por semana. Na aldeia de São Barnabé, não existe Farmácia, a autarquia local é que proporciona o serviço da compra dos medicamentos inerentes às receitas emitidas nas consultas. A rede de transportes também é muito deficiente, sendo que a maioria dos montes são isolados e não tem acesso a qualquer tipo de transporte, o que dificulta grande parte da população nomeadamente a mais idosa a deslocar-se à aldeia, bem como à sede do conselho, impossibilitando

muitas vezes o acesso a consultas médicas, à prática de atividade física, e a outros serviços essenciais.

1.4.2 Caracterização da amostra

A amostra é, segundo Fortin (1999, p.202), “um sub-conjunto de uma população ou de um grupo de sujeitos que fazem parte de uma mesma população. É, de qualquer forma, uma réplica em miniatura da população alvo...” e “...deve ser representativa da população visada, isto é, as características da população devem estar presentes na amostra seleccionada”.

Na vertente avaliativa, este estudo realizou-se recorrendo a uma amostra constituída por idosos residentes na comunidade em meio rural, do Baixo Alentejo, da freguesia de São Barnabé, concelho de Almodôvar, que aceitaram participar no estudo. A amostra total ($n = 100$) foi constituída por sujeitos de ambos os sexos, tendo-se seguido os seguintes critérios de inclusão: a) idade igual ou superior a 65 anos b) condições psicológicas que não impossibilitaram responder de forma autónoma e consciente aos instrumentos aplicados. A amostra classifica-se como não probabilística por conveniência uma vez que tratou-se de “... um procedimento de selecção segundo o qual cada elemento da população não tem uma probabilidade igual de ser escolhido para formar a amostra” (Fortin, 1999, p.208).

A todos os idosos que participaram no estudo, foi apresentado o Consentimento Informado e, apesar de alguns deles não saberem assinar, a aplicação dos instrumentos de recolha de dados foi sempre realizada após a sua exposição e compreensão.

Os sujeitos da amostra apresentaram idades compreendidas entre 65 e os 94 anos, com uma idade média de 76,93 anos. Relativamente ao sexo contendo, 42 homens e 58 mulheres, houve predominância do feminino, que representa 58% da amostra, e 42% do masculino. Quanto ao estado civil, houve ocorrência nos casados ou em união de facto representaram 67 % da amostra, a viuvez representava 24%, 5% estavam divorciados ou separados, e os restantes 4%

eram solteiros. Relativamente às habilitações literárias, 39% da amostra era analfabeta, 38% havia concluído o ensino básico, 22% das pessoas inquiridas sabiam ler e escrever sem frequentar qualquer nível de ensino e apenas 1% frequentou o ensino superior. Verificou-se que mais de 50% não possuíam escolaridade (61%). No que respeita ao valor da reforma, 48% da amostra recebia entre 300,00€ e 399,00€, 36% recebia entre 200,00€ e 299,00€, 9% recebia entre 400,00€ e 499,00€, 4% recebia entre 500,00€ e 599,00€ e apenas 3% recebia mais de 750,00€. Quanto a com quem vivem habitualmente os sujeitos inquiridos, 67% vivia com o cônjuge, 20% vivia sozinho, 7% vivia com o filho(a), 4% vivia com o irmão(a) e 2% vivia com o companheiro(a). No respeitante ao tempo das visitas familiares, 40% eram visitados diariamente, 38% semanalmente, 13% mensalmente, 4% anualmente, também 4% nunca recebiam visitas familiares e apenas 1% recebia visitas familiares semestralmente. Quanto à prática de atividades, 88% dos sujeitos não praticava nenhuma atividade física ou cultural, apenas 12 % praticava atividade física e nenhum dos inquiridos praticava atividades de âmbito cultural. Relativamente à ocupação diária de cada sujeito, 90% ainda tinha alguma ocupação e apenas 10% não detinha nenhuma ocupação. Quanto à caracterização da saúde, 57% da amostra considerava a sua saúde como nem boa nem má, 32% má, 7% boa, 4% muito má e nenhum dos sujeitos inquiridos considerou a sua saúde como muito boa. Quanto ao diagnóstico médico de depressão prévio à realização do inquérito, apenas 12% da amostra estava diagnosticada e 88% não apresentava qualquer diagnóstico de depressão, todos sujeitos que estavam diagnosticados tomavam medicação antidepressiva, nenhum dos restantes sujeitos tomava este tipo de medicação. Dos sujeitos da amostra que se encontravam medicados com fármacos antidepressivos, 11% encontravam-se medicados há mais de um ano e apenas 1% havia menos de seis meses.

1.5 INSTRUMENTOS DE COLHEITA DE DADOS

A escolha dos instrumentos utilizados surgiram de modo a responder aos objetivos delineados para o presente estudo, assim “ a natureza do problema de investigação determina o tipo de método de colheita de dados a utilizar (...) São de considerar certos factores na escolha de um instrumento de medida: os objectivos do estudo, o nível dos conhecimentos que o investigador possui sobre as variáveis, a possibilidade de obter medidas apropriadas às definições conceptuais, a fidelidade e a validade dos instrumentos de medida, assim como, a eventual concepção pelo investigador dos seus próprios instrumentos de medida.” (Fortin, 1999, p.239).

Neste estudo foram utilizados os seguintes instrumentos de recolha de dados:

- Para caracterização sociodemográfica – Questionário Sociodemográfico.
- Para avaliar a depressão – Escala de Depressão Geriátrica.
- Para avaliar a incapacidade funcional – Índice de Barthel.

1.5.1 Questionário Sociodemográfico

O Questionário Sociodemográfico (**ANEXO II**) desenvolvido e aplicado no âmbito desta investigação foi composto por questões fechadas, tendo como intenção recolher dados para caracterização sociodemográfica da amostra, ou seja dados objetivos referentes às características pessoais e sociais da população em estudo, através da identificação de 1) sexo, 2) idade, 3) estado civil, 4) habilitações literárias, 5) valor da reforma, 6) com quem vive habitualmente, 7) regularidade das visitas familiares, 8) prática de atividades física/cultural, 9) ocupação diária, 10) caracterização da saúde. Sendo que as últimas questões do questionário surgiram face à especificidade da problemática definida para o presente estudo, relativas ao diagnóstico prévio de depressão, à toma de medicação antidepressiva e à quantidade de tempo associado a essa toma.

1.5.2 Escala de Depressão Geriátrica

De modo a avaliar o humor depressivo foi aplicada a Escala de Depressão Geriátrica sendo uma escala que permite identificar os sintomas de depressão nos idosos, construída originalmente por Yesavage, Brink, Rose, Lum, Huang, Adey e Leirer em 1983. A escala original é composta por 30 perguntas em que as respostas se apresentam de forma dicotómica (sim ou não) de acordo com a forma como o idoso se tem sentido nos últimos tempos. Cada resposta é pontuada com 0 ou 1, no final a pontuação total é dada pela soma dos pontos atribuídos a cada um dos itens e o *score* total indica ausência ou ocorrência de depressão no idoso (Pocinho, et al., 1999). Neste estudo foi aplicada a versão portuguesa da Escala de Depressão Geriátrica (EDG) (**ANEXO III**) facultada pela Doutora Margarida Pocinho, constituída por 27 itens, sendo que os itens 27, 29 e 30 da escala original foram retirados uma vez que segundo os autores não apresentavam consistência interna e a sua correlação positiva com cada uma das dimensões da escala foi sempre inferior a 0,3 (Pocinho, et al., 1999).

Relativamente à pontuação da escala o seu valor mínimo é 0 e o máximo 27, consoante a pontuação final obtida deduz-se a interpretação. Neste estudo também se utilizou o ponto de corte sugerido pela autora no valor 11 do *score* total sendo que o *score* total inferior a 11 (< 11) indica ausência de depressão e o *score* total igual ou superior a 11 (≥ 11) corresponde a presença de depressão no idoso, de acordo com Pocinho (2007, p.162) assim “tomando como ponto de corte o valor 11, a acurácia da GDS é de 95%, apresentando uma capacidade de 100% de detectar doença quando ela existe de facto, e de detectar a ausência de doença quando ela não existe de facto, de 83%. Face ao exposto, decidimos definitivamente pelo ponto de corte 11”.

No que diz respeito ao grau fidedignidade da versão da EDG de Pocinho (2007) apresentava uma fidedignidade global de *alfa de Cronbach* = 0,906, sendo considerada muito elevada uma vez que cada item se correlaciona fortemente com os restantes.

A escolha da EDG para o presente estudo deveu-se por segundo os autores parecer ser um instrumento altamente válido e confiável para uso na triagem de depressão em idosos portugueses (Pocinho, et al., 1999).

No presente estudo a fidedignidade da utilização da EDG revelou um valor de *alfa de Cronbach* =0,901 revelando um bom coeficiente fidedignidade muito semelhante ao apresentado na versão da EDG de Pocinho (2007).

1.5.3 Índice de Barthel

A capacidade funcional é entendida segundo Ermida (2014, p.109) como “ a habilidade e a capacidade para o exercício de um conjunto de atividades da vida diária que permitem, a qualquer indivíduo, viver no seu ambiente com autonomia e/ou independência”.

A avaliação da capacidade funcional permite avaliar o grau de autonomia/independência, o Índice de Barthel (**ANEXO IV**) é uma escala utilizada para a avaliação desta capacidade nos idosos, avalia dez atividades consideradas básicas para a autonomia da vida diária: lavar-se, vestir-se, alimentar-se, usar a sanita, transferir-se, mobilidade, subir e descer escadas, tomar banho, ser continente a nível fecal e vesical. Este índice é composto por 10 itens que correspondem a cada uma das ABVDs, cada atividade apresenta entre 2 a quatro níveis de dependência, em que 0 corresponde à dependência total e a independência pode ser pontuada com 5, 10 ou 15 pontos de acordo com os níveis de dependência (Sequeira, 2010; Ermida, 2014).

O Índice de Barthel aplicado neste trabalho de investigação encontra-se normalizado pela Direção-Geral de Saúde (2011), em que a sua pontuação total pode variar de 0 a 100 consoante o *score* total, sendo que a incapacidade funcional categoriza-se em três níveis: ligeira (Barthel > 90), moderada (> 90 Barthel > 55), e elevada (Barthel < 55). A aplicação do Índice de Barthel neste estudo permitiu avaliar a incapacidade funcional determinando o grau de independência global de cada idoso inquirido, sendo um dos objetivos delineados. No que diz respeito ao grau fidedignidade do Índice de Barthel, segundo Sequeira (2010) apresenta uma boa consistência interna com um coeficiente de *alfa de Cronbach* = 0,89, sendo segundo este autor um

instrumento bastante utilizado na prática clínica e na investigação. No presente estudo apresenta uma boa consistência interna com um coeficiente de *alfa de Cronbach* = 0,899, semelhante ao apresentado por Sequeira (2010).

CAPÍTULO 2 – APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

2.1 OCORRÊNCIA DE DEPRESSÃO

De modo a dar resposta à questão de investigação delineada neste trabalho de investigação respeitante à ocorrência de depressão em idosos do Baixo Alentejo, este estudo revelou com base na aplicação da EDG, a presença de 55 casos de diagnóstico depressivo, representando 55% da amostra (*vide* gráfico 1).

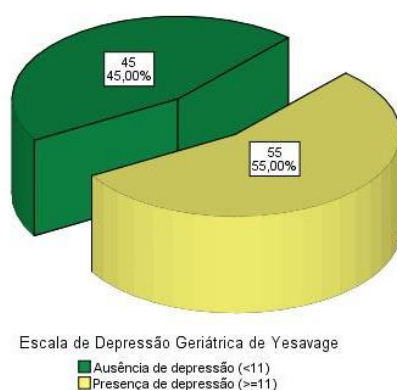


Gráfico 1: Ocorrência/ausência de depressão segundo a EDG

No entanto segundo os dados apurados no questionário sociodemográfico verificou-se que somente 12% dos idosos apresentavam diagnóstico prévio de depressão e que se encontravam medicados com antidepressivos (*vide* gráfico 2).

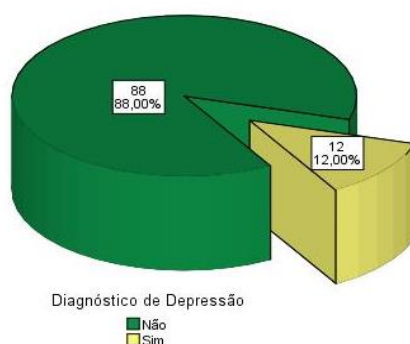


Gráfico 2: Diagnóstico prévio de ocorrência/ausência de depressão segundo o questionário sociodemográfico

Sendo de salientar que somente se observou concordância entre o diagnóstico prévio de depressão à aplicação dos instrumentos e a avaliação pela obtida pela

EDG em 49% dos casos sendo que 47% dos casos não apresenta diagnóstico prévio de depressão mas segundo a EDG manifestam presença de depressão e ainda 4% dos casos revelam diagnóstico prévio de depressão mas segundo a EDG não manifestam presença de depressão, ou seja dos 88 casos não diagnosticados com depressão, 47 casos apresentam depressão segundo a EDG e dos 12 casos com diagnóstico de depressão 4 casos não apresentam depressão segundo a EDG (*vide* gráfico 3).

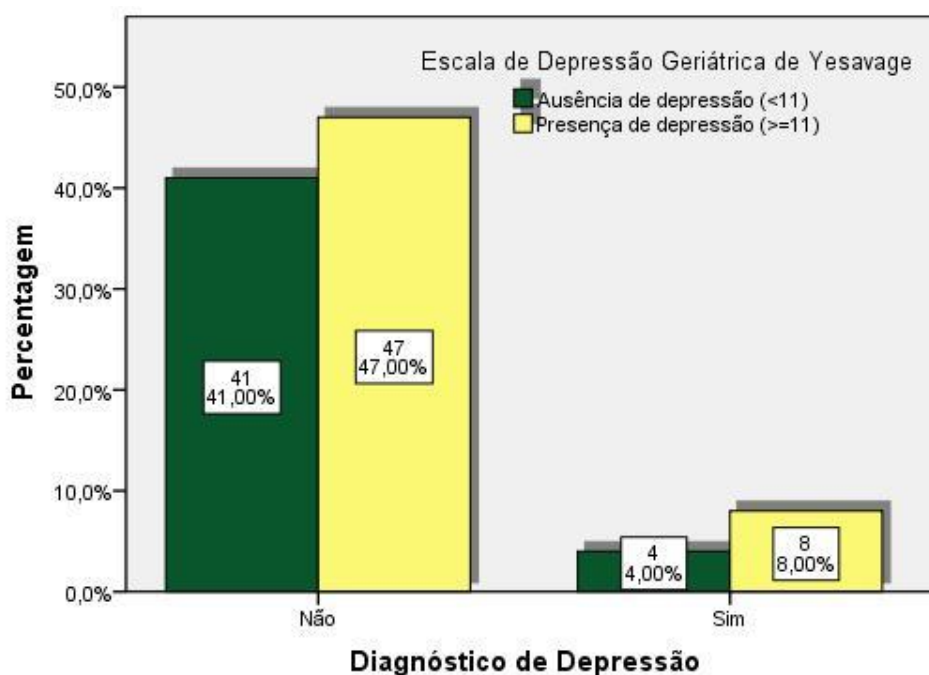


Gráfico 3: Ocorrência/Ausência de depressão segundo o diagnóstico prévio a EDG

2.2 OCORRÊNCIA DA CAPACIDADE FUNCIONAL

Relativamente à ocorrência da capacidade funcional em idosos do Baixo Alentejo, este estudo revelou com base na aplicação do Índice de Barthel uma ocorrência de idosos com incapacidade funcional ligeira, nomeadamente 91%, 7% apresentam uma incapacidade funcional moderada e somente 2% uma incapacidade funcional elevada. (*vide* gráfico 4).

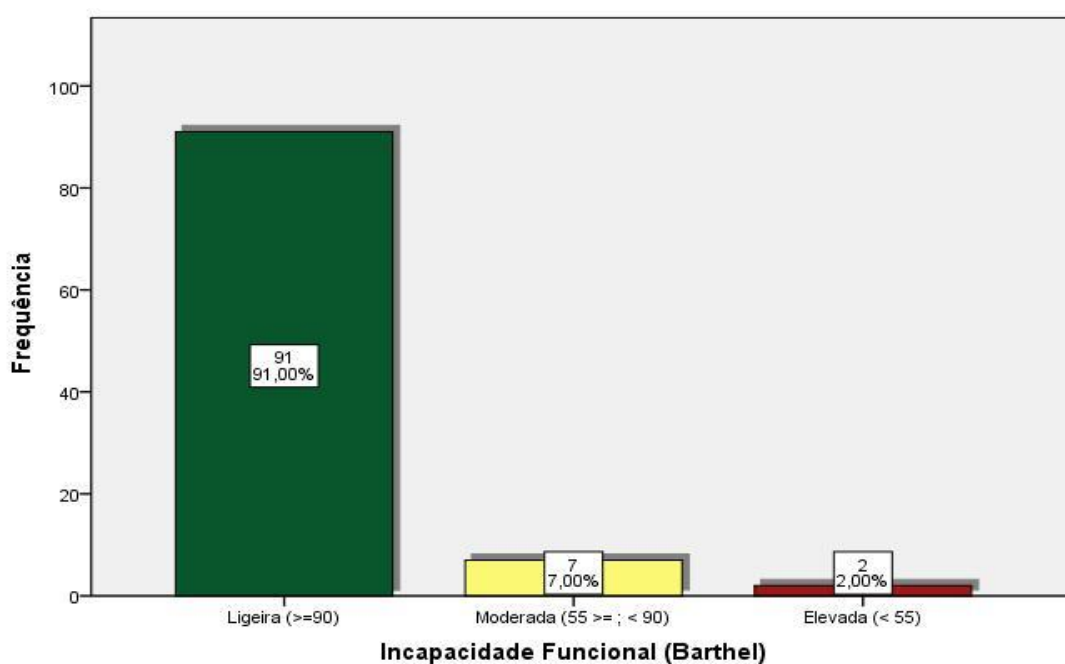


Gráfico 4: Incapacidade Funcional (Índice de Barthel)

2.3 RELAÇÃO ENTRE AS VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS, A DEPRESSÃO E A CAPACIDADE FUNCIONAL

Com o objetivo de analisar a relação entre as variáveis em estudo, foi efetuado o tratamento de dados através do *software* aplicativo SPSS versão 22.

No sentido de analisar a relação entre os aspetos sociodemográficos, a depressão e a incapacidade funcional utilizamos o coeficiente de correlação de *Spearman*, que pretende medir a intensidade da relação entre as variáveis. O coeficiente do *Rho de Spearman* varia entre valores de -1 e 1, no sentido em que quando mais próximo o valor estiver destes extremos, maior será a associação entre as variáveis, e o valor negativo aponta para que as variáveis variam em sentido inverso, assim as categorias mais elevadas de uma variável estão associadas a categorias mais baixas da outra variável (Pestana & Gageiro, 2003).

Esta análise teve por base os dados obtidos no questionário sociodemográfico e os dados resultantes da aplicação da EDG (ocorrência e ausência de depressão) e os níveis de incapacidade funcional (ligeira, moderada e elevada) obtidos através do Índice de Barthel. Nesta análise considerámos as variáveis em estudo apenas com resultados estatisticamente significativos. Nesta fase não são consideradas variáveis sociodemográficas “Sexo, Idade e Prática de Atividade Física” pois serão consideradas quando analisarmos as hipóteses em estudo.

Seguidamente são apresentados os resultados das correlações de Spearman realizadas e as correspondentes significâncias estatísticas (*vide* quadro 2).

Quadro 2: Resultados obtidos da análise estatística entre as variáveis sociodemográficas e a depressão e a capacidade funcional.

	Depressão		Capacidade Funcional	
	Coefficiente de Correlação	Sig. (2-tailed)	Coefficiente de Correlação	Sig. (2-tailed)
Estado Civil	,102	,310	-,146	,147
Habilitações Literárias	-,061	,544	,200*	,046
Valor da Reforma	-,280**	,005	,035	,733
Com quem vive	,186	,065	-,075	,461
Frequência das visitas Familiares	-,091	,368	,229*	,022
Ocupação durante o dia	,341**	,001	-,480**	,000
Autoavaliação da saúde	-,583*	,000	238*	,017
Diagnóstico prévio de depressão	-,097	,339	-,036	,723
Toma medicação antidepressiva	-,097	,339	-,036	,723
Tempo de medicação antidepressiva	-,044	,892	-,135	,676

* $p < .05$

** $p < .01$

2.3.1 Depressão e as variáveis sociodemográficas

Da leitura do quadro 2 verificou-se que existem correlações estatisticamente significativas entre a depressão e o valor da reforma, a ocupação durante o dia e a autoavaliação de saúde.

A depressão apresenta uma correlação negativa de baixa intensidade com o valor da reforma ($Rho Spearman = -.280$ e $p = .005$), o que significa que na amostra em estudo a valores de reforma mais elevados encontra-se associada uma menor ocorrência de depressão nos idosos ($p < .01$).

A correlação entre a depressão e a ocupação durante o dia é uma correlação positiva de baixa intensidade ($Rho Spearman = ,341$ e $p = .001$), indicando que uma “não” ocupação durante o dia encontra-se associada a valores mais elevados de ocorrência de depressão nos idosos ($p < .01$).

A correlação entre depressão e a autoavaliação de saúde, é a maior correlação observada, sendo esta negativa e de moderada intensidade ($Rho Spearman = -,583$ e $p = .000$). Esta correlação indica que uma melhor autoavaliação de saúde (“boa” e “muito boa”) encontra-se associada a valores mais baixos de ocorrência de depressão ($p < .05$).

2.3.2 Capacidade Funcional e as variáveis sociodemográficas

Ainda com base nos resultados do quadro 2 verificou-se que existem correlações estatisticamente significativas entre a capacidade funcional e as habilitações literárias dos idosos, a frequência das visitas familiares, a ocupação durante o dia e a autoavaliação de saúde.

Quanto à análise estatística entre a capacidade funcional e as habilitações literárias ($Rho Spearman = ,200$ e $p = .046$), verificando-se uma correlação positiva e de baixa intensidade. Este resultado significa que a baixos níveis de habilitações literárias (analfabeto, sabe ler e escrever) estão associados a níveis de incapacidade funcional baixos ($p < .05$).

Da análise entre a capacidade funcional e a frequência das visitas familiares ($Rho Spearman = ,229$ e $p = .022$), verificando-se uma correlação positiva de baixa intensidade. Esta correlação é indicadora de que poucas visitas familiares estão associados a níveis de incapacidade funcional baixos ($p < .05$).

Na análise estatística entre a incapacidade funcional e a ocupação durante o dia ($Rho Spearman = -,480$ e $p = .000$), verificando-se uma correlação negativa de moderada intensidade. Esta correlação, que é a mais elevada entre as observadas, é indicadora de que níveis mais elevados de ocupação durante o dia encontra-se associada a valores mais baixos de incapacidade funcional, ($p < .01$).

Na relação entre a capacidade funcional e a autoavaliação de saúde ($Rho Spearman = ,238$ e $p = .017$), verificando-se uma correlação positiva de baixa intensidade, em que baixos níveis de autoavaliação de saúde encontram-se associada a valores mais baixos de incapacidade funcional, ($p < .05$).

2.4 ANÁLISE DAS HIPÓTESES FORMULADAS

Para a análise das hipóteses formuladas anteriormente e cuja análise será seguidamente apresentada, foi utilizado o teste de Kruskal Wallis, pois este pode ser usado como alternativa ao teste Anova quando existem grandes afastamentos da normalidade (Pestana & Gageiro, 2003).

Quanto à primeira hipótese (H_1), em que se pretende compreender se a capacidade funcional influencia a depressão nos idosos do Baixo Alentejo. Pela análise dos dados (*vide* quadros 3 e 4), constatou-se que esta hipótese é estatisticamente significativa, com Chi-Square = 7.999 e um nível de significância de $p = .005$, pelo que rejeita-se a hipótese nula, ou seja a capacidade funcional influencia a depressão, apresentando os idosos com presença de depressão ranks médios em incapacidade funcional significativamente superiores $RM=54,18$, aos sem presença de depressão $RM=46,00$.

Quadro 3: Ranks – Nível de depressão e de capacidade funcional

Descritivos Barthel por EDG			
Variável		N	Rank Médio
EDG	Ausência de depressão (<11)	45	46,00
	Presença de depressão (≥ 11)	55	54,18

Quadro 4: Resultado obtido do teste de Kruskal Wallis entre a depressão e capacidade funcional

	Depressão	Capacidade Funcional
Chi.Square	-----	7,999
Sig	-----	,005*

* $p < .05$

Quanto à segunda hipótese definida (H_2), pretende-se esclarecer se o sexo influencia, tanto a depressão como a capacidade funcional nos Idosos do Baixo Alentejo.

Após a análise dos dados (*vide* quadros 5 e 6), constatou-se que esta hipótese é estatisticamente significativa para a depressão, com Chi-Square = 8.278 e um nível de significância de $p=.004$, pelo que rejeita-se a hipótese nula, ou seja o sexo influencia a depressão, apresentando os idosos do sexo feminino um rank médio significativamente superior $RM = 56.62$ aos do sexo masculino $RM = 42.05$

Para a capacidade funcional, constatou-se que a hipótese não é estatisticamente significativa, com Chi-Square = .010 e um nível de significância de $p = .922$, pelo que se aceita a hipótese nula, de que o sexo não influencia a incapacidade funcional nos Idosos do Baixo Alentejo. A diferença entre a média de capacidade funcional de idosos do sexo masculino e sexo feminino é de 0,29.

Quadro 5: Ranks – Sexo e nível de depressão e de capacidade funcional

Variável	N	Rank Medio		
		EDG	Barthel	
Sexo	Masculino	42	42,05	50,67
Sexo	Feminino	58	56,62	50,38

Quadro 6: Resultado obtido do teste de Kruskal Wallis entre as variáveis sexo e depressão e capacidade funcional

	Depressão	Capacidade funcional
Chi.Square	8,278	,010
Sig	,004*	,922

*** $p < .05$**

No que respeita à terceira hipótese (H_3), pretendeu-se entender se a idade influencia, tanto a depressão como a capacidade funcional, nos Idosos do Baixo Alentejo. A análise dos dados revelou (*vide* quadros 7 e 8) que esta hipótese é estatisticamente significativa para a capacidade funcional, com Chi-Square =

14,009 e um nível de significância de $p = .001$, pelo que rejeita-se a hipótese nula, ou seja a idade influencia a capacidade funcional, apresentando os idosos com incapacidade funcional ligeira o menor rank médio de idade $RM = 47.19$, os com incapacidade funcional moderada o maior rank médio de idade $RM = 88.57$ e os com incapacidade funcional elevada um rank médio de idade intermédio $RM = 68.00$.

Para a depressão, constatou-se que a hipótese não é estatisticamente significativa, com Chi-Square = ,046 e um nível de significância de $p = .830$, pelo que se aceita a hipótese nula, de que a idade não influencia a depressão nos Idosos do Baixo Alentejo. A diferença de ranks médios de idade entre idosos com presença de depressão e idosos sem presença de depressão é de 1.25.

Quadro 7: Ranks – Idade e nível de depressão e de capacidade funcional

Variável		N	Rank Médio
Depressão	Ausência de depressão (<11)	45	51,19
	Presença de depressão (≥11)	55	49,94
Incapacidade funcional	Ligeira (≥ 90)	91	47,19
	Moderada [55 ; 90 [7	88,57
	Elevada (< 55)	2	68,00

Quadro 8: Resultado obtido do teste de Kruskal Wallis entre as variáveis idade e depressão e capacidade funcional

	Depressão	Capacidade Funcional
Chi.Square	,046	14,009
Sig	,830	,001*

* $p < .05$

Relativamente à última hipótese (H_4), foi objetivo compreender se a prática de atividade física influencia tanto a depressão como a capacidade funcional nos Idosos do Baixo Alentejo. Através da análise dos dados (*vide* quadro 9 e 10)

constatou-se que esta hipótese é estatisticamente significativa para a depressão, com Chi-Square = 4,909 e um nível de significância de $p = .027$, pelo que rejeita-se a hipótese nula, ou seja a prática de atividade física influencia a depressão, apresentando os idosos sem nenhuma atividade física ranks médios em depressão significativamente superiores $RM = 52,55$, aos que praticam atividade física $RM = 35,50$.

Para a capacidade funcional, constatou-se que a hipótese não é estatisticamente significativa, com Chi-Square = 1,333 e um nível de significância de $p = .248$, pelo que se aceita a hipótese nula, de que a prática de atividade física não influencia a capacidade funcional nos Idosos do Baixo Alentejo. A diferença entre a média de capacidade funcional de idosos que não praticam e praticam atividade física é de 5,11.

Quadro 9: Ranks – Prática de atividade física e nível de depressão e de capacidade funcional

Descritivos Depressão e Capacidade Funcional por prática de atividade física				
Variável	Categoria	N	Rank Médio	
			EDG	Barthel
Prática de Atividades	Nenhuma	88	52,55	51,11
	Física	12	35,50	46,00

Quadro 10: Resultado obtido do teste de Kruskal Wallis entre as variáveis prática de atividade física e depressão e capacidade funcional

	Depressão	Capacidade Funcional
Chi.Square	4,909	1,333
Sig	,027*	,248

* $p < .05$

2.5 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Começamos por concluir neste estudo que a ocorrência de depressão entre os idosos do Baixo Alentejo que constituíram a amostra parece ser uma realidade, sendo que surgiram 55 idosos com um *score* total na EDG igual ou superior a 11, pelo que se conclui que 55% da amostra apresenta valores correspondentes a ocorrência de depressão, os *scores* para estes idosos variam ente 11 e 26. A ocorrência de depressão obtida neste estudo coincide com resultados obtidos por outros investigadores que estudaram uma temática semelhante em Portugal, como Costa (2005), que indicou uma ocorrência de 67,9% numa amostra de 72 idosos, Almeida e Quintão (2012), obtiveram 73,17% de diagnóstico de depressão em 71 idosos e Sousa et al. (2010), assinalaram a ocorrência de provável depressão de 42,1% em 449 idosos.

Verificamos ainda que somente se observa concordância entre o diagnóstico prévio de depressão e a avaliação obtida através da EDG em 49% dos casos em que 47% dos casos não referem ter diagnóstico prévio de depressão mas segundo a EDG manifestam ocorrência de depressão e 4% dos casos que referem apresentar diagnóstico prévio de depressão, não manifestam presença de depressão segundo a EDG, ou seja dos 88 idosos que referem não estar diagnosticados com depressão, 47 casos apresentam depressão segundo a EDG e dos 12 casos com diagnóstico prévio de depressão, 4 casos não apresentam depressão segundo a EDG. Tudo isto vem reforçar a opinião de vários autores ao referirem que a depressão nos idosos é muitas vezes de difícil diagnóstico, os sintomas da depressão são muitas vezes confundidos com os indícios de outras doenças ou como um resultado do envelhecimento, sendo por isso desvalorizados (Stella et al.,2002; Sequeira, 2010; Spar & La Rue,2005, Costa, 2005). Ainda a este respeito Carvalho e Fernandez realçam que 40% dos casos de depressão nos idosos não são diagnosticados (*cit. in* Benedetti et al., 2008).

Relativamente à capacidade funcional nos idosos do Baixo Alentejo constatou-se através dos dados recolhidos que 91% dos casos apresenta incapacidade funcional ligeira/independência, 7% moderada e 2% elevada. Os dados obtidos neste estudo coincidem com os dados apresentados num estudo realizado por

Brandão, et al.,(2015), em que numa amostra de 157 idosos, 81,5% são independentes ou com uma incapacidade funcional ligeira, 13,2% dependência moderada e dependentes severos são apenas 5,3%. Também Sequeira (2010), revela num estudo que apresenta, que mais de 50% da amostra de idosos revela independência ou dependência ligeira, ainda segundo outro estudo, quanto ao exercício das ABVD, o nível de independência situa-se nos 84%, (Drago & Martins, 2012).

Com base na observação dos resultados obtidos, no que respeita às variáveis sociodemográficas (estado civil, habilitações literárias, com quem vive, frequências das visitas familiares) não se verificaram fatores de grande influência para a condição depressiva, o que também se verificou num estudo realizado por Costa (2005), em que neste estudo o autor apenas verificou significância no que respeita ao estado civil em que a maior parte dos idosos deprimidos eram viúvos ou separados.

Relativamente à relação entre a capacidade funcional e as habilitações literárias verificou-se que a baixos níveis de habilitações literárias (analfabeto, sabe ler e escrever) estão associados a níveis de incapacidade funcional baixos, o que não vai ao encontro do que refere Azeredo (2011), referindo que o baixo nível educacional tem influência sobre a capacidade funcional da pessoa idosa.

No que toca ao valor da reforma constatou-se que valores de reforma mais elevados encontram-se associados a uma menor ocorrência de depressão, tal como refere Firmino et al., 2014, que pelo contrário o baixo estrato socioeconómico, é um dos exemplos de fatores que contribuem para a depressão nos idosos.

A frequência das visitas familiares apenas revelou alguma significância no que diz respeito à capacidade funcional em que a pouca frequência de visitas familiares estão associadas a níveis de incapacidade baixos, o que vem confirmar a opinião de Cabete (2005) que refere o inverso, em que um indivíduo dependente corresponde àquele que necessita de ajuda regular de terceiros (*cit. in Azeredo, 2011*).

No entanto a “não” ocupação durante o dia encontra-se associada a valores elevados de ocorrência de depressão nos idosos e quanto à incapacidade

funcional, níveis elevados de ocupação durante o dia encontram-se associados a níveis baixos de incapacidade funcional. Estes resultados vão ao encontro de um estudo realizado por Fonseca (2005), constatando que os idosos que apresentam ocupação útil do tempo, apresentam maior bem-estar, pelo contrário os idosos que aparentam menor bem-estar são aqueles que apresentam limitações/incapacidades em termos de saúde e que se mostram vulneráveis à solidão. Neste sentido, Imaginário (2003), salienta que a dependência nos idosos aumenta em situações de inatividade (*cit. in Azeredo, 2011*).

Quanto à autoavaliação da saúde dos idosos, verificou-se que uma melhor autoavaliação de saúde encontra-se associada a valores baixos de ocorrência de depressão, neste sentido Fonseca (2006) refere que os problemas de saúde são claramente das principais preocupações dos idosos, o seu estado de ânimo, a competência e o nível de atividades variam de acordo com o seu estado de saúde real, sendo que a saúde física exerce um impacto forte no bem-estar psicológico dos idosos.

No que respeita ao sexo procurando relacionar se esta variável influencia a depressão e a capacidade funcional constatou-se que este fator é estatisticamente significativo para a depressão, ou seja o sexo influencia a depressão, em que se verificou maior ocorrência de depressão nos idosos do sexo feminino. Em geral existe concordância a nível da literatura de que o sexo feminino é fator de risco para a depressão (Firmino et al., 2014; Sousa et al., 2010; Azeredo, 2011).

Para a incapacidade funcional, constatou-se que o sexo não influencia a capacidade funcional nos idosos. A diferença entre a média de incapacidade funcional de idosos do sexo masculino e sexo feminino é de 0,29. Autores como Botelho (2005), Brandão (2015), Reis et al. (2011), afirmam não haver diferenças estatísticas significativas entre o sexo feminino e masculino no que diz respeito à incapacidade funcional nos seus estudos.

No que respeita à idade se esta influencia tanto a depressão como a capacidade funcional. Constatou-se que a idade não influencia a depressão nos idosos, pois a diferença valores médios de idade entre idosos com presença de depressão e idosos sem presença de depressão é de 1.25, o que é concordante com os estudos de Costa (2005) e de Reis et al. (2011), em que a idade não revelou

qualquer diferença com significado estatístico no que diz respeito à presença de diagnóstico de depressão.

No entanto neste estudo a idade influencia a capacidade funcional, apresentando os idosos com incapacidade funcional ligeira menor idade, os com incapacidade funcional moderada e elevada apresentam idade mais alta. No sentido de explicar esta influência, “Nos indivíduos mais envelhecidos, a presença frequente de doença de natureza crónica, que acompanha o envelhecimento natural, contribui para a eventualidade de decréscimo da sua capacidade funcional” (Santos et al., *cit. in* Botelho 2014, p.32). No estudo de Brandão (2015), a idade também emerge como determinante da dependência funcional, em que o grupo de idosos independentes apresenta a média etária mais baixa e o grupo de dependentes apresenta a média etária mais elevada.

Procurando compreender se a prática de atividade física influencia tanto a depressão como a capacidade funcional nos idosos, constatou-se que a prática de atividade física influencia a depressão, apresentando os idosos sem nenhuma atividade física maior ocorrência de depressão em relação aos que praticam atividade física. Têm sido apresentadas duas vertentes distintas de modo a explicar a associação entre atividade física e depressão. A primeira sugere que a atividade física se assume como um fator determinante na diminuição da intensidade dos sintomas depressivos (Lapirem et al. citado em Moraes et al., 2007). Já a segunda vertente indica que a depressão influencia a prática de atividade física, na medida em que os idosos depressivos são mais sedentários do que os não depressivos (Van Gool et al. citado em Moraes et al., 2007).

Para a incapacidade funcional, constatou-se que a prática de atividade física não influencia a incapacidade funcional nos idosos. A diferença entre a média de incapacidade funcional de idosos que não praticam e praticam atividade física é de 5,11. Deste modo a prática regular de exercício físico reduz o risco de declínio funcional e da mortalidade, contribuindo assim para uma melhor saúde física e psicológica (Pereira et al. *cit. in* Souza et al., 2012).

De modo a compreender se a capacidade funcional influencia a depressão nos idosos, os resultados encontrados neste estudo evidenciaram que a incapacidade funcional possui influência sobre a depressão, em que os idosos com presença de incapacidade funcional (moderada e elevada) apresentam

simultaneamente ocorrência de depressão. Nos idosos, o grau de independência nas atividades básicas de vida diária está associado à depressão, porém de forma negativa, ou seja, quanto mais independentes forem os idosos menos depressivos estarão. A perda de autonomia é dos fenómenos, sobretudo a nível psicológico, que maior influência exerce na vida dos idosos e na qualidade da mesma (Drago & Martins, 2012).

CAPÍTULO 3 – CONCLUSÕES E IMPLICAÇÕES

O envelhecimento da população é uma realidade que se verifica a nível mundial, sendo que Portugal não é exceção, pois encontra-se entre os países mais envelhecidos da Europa e do mundo. Este envelhecimento da população portuguesa é consequência principalmente da redução das taxas de mortalidade, de fecundidade e devido ao saldo migratório. Estima-se assim de acordo com esta tendência que a população idosa continue a aumentar em Portugal. O aumento da longevidade coloca desta forma grandes desafios na sociedade atual essencialmente no que diz respeito às estruturas da saúde e de apoio social.

O envelhecimento humano está relacionado com um conjunto de alterações biológicas, psicológicas e sociais, que decorrem ao longo da vida, fazendo parte do ciclo natural da vida é desta forma um processo universal entre os seres humanos e complexo, diferenciando-se em função das características pessoais e variando bastante entre os sujeitos.

O inexorável envelhecimento humano proporciona alterações biológicas, psicológicas e sociais que podem estar relacionadas com um aumento do risco de desenvolver doenças físicas ou mentais.

Relativamente às perturbações mentais, estas podem ocorrer durante o processo de envelhecimento, pois constitui um período do ser humano, relacionado de uma forma direta ou indireta com as dificuldades que surgem nesta fase da vida, como por exemplo, as doenças crónicas, a reforma, a viuvez, a perda de autonomia, a institucionalização e os défices cognitivos. As pessoas idosas apresentam como perturbações mentais mais frequentes a depressão e as demências.

A depressão é um dos problemas de saúde mental que mais afeta a população idosa, assim os principais fenómenos que contribuem para a depressão nos idosos assentam em fatores biológicos (genéticos, predominância no sexo

feminino, endócrinos, vasculares, patologias médicas) fatores psicológicos (personalidade, estilo cognitivo, défices cognitivos) e fatores sociais (eventos da vida, baixo estrato socioeconómico, solidão).

No que diz respeito à capacidade funcional há que ter em conta que um país envelhecido significa que há tendência para um maior índice de dependência funcional, uma vez que nos indivíduos de idade mais avançada, existe a presença de maior número de doenças crónicas, que acompanham o envelhecimento, o que contribui para o eventual decréscimo da sua capacidade funcional, por vezes refletindo-se na incapacidade de realizar as AVDs.

Com base neste estudo apurou-se um índice de ocorrência de depressão de 55% entre os idosos do baixo Alentejo, sendo que o sexo feminino apresentou maior ocorrência de depressão. Ainda com base nos resultados, constatou-se que 88 casos não tinha diagnóstico prévio de depressão e 12 casos apresentavam diagnóstico prévio de depressão, fazendo medicação. Neste estudo, dos 12 casos previamente diagnosticados com depressão, 4 casos não tinham depressão, o que reflete um resultado diferente, e que está de acordo com a literatura que diz que a depressão nos idosos é de difícil diagnóstico e que muitas das vezes é subdiagnosticada e subtratada, especialmente quando surge no contexto de outros problemas de saúde, porque muitas vezes os sintomas depressivos são considerados “normais” na faixa etária dos idosos.

Quanto às variáveis sociodemográficas em estudo e a depressão verificaram-se algumas significâncias, nomeadamente com o valor da reforma, a ocupação durante o dia e a autoavaliação da saúde. Ainda relativamente às variáveis sociodemográficas, observou-se também alguma influência das habilitações literárias, da frequência das visitas familiares, da ocupação durante o dia e da autoavaliação da saúde sobre a capacidade funcional. No entanto, no que diz respeito à prática de atividade física constatou-se que os idosos que não praticam esta atividade apresentam maior ocorrência de depressão em relação aos que praticam. Sendo que dos 12 idosos que praticam atividade física apenas 3 apresentam diagnóstico depressivo.

Relativamente à avaliação da capacidade funcional dos idosos do Baixo Alentejo verificou-se que 91% dos casos apresenta incapacidade funcional ligeira/independência, 7% moderada e 2% elevada, sendo que a idade surge

como determinante da incapacidade funcional, em que o grupo de idosos independentes apresenta a média etária mais baixa e o grupo de dependentes apresenta a média etária mais elevada.

Esta investigação, com esta amostra, permitiu observar a influência da perda da capacidade funcional na depressão pois todos os idosos que revelaram apresentar níveis de moderada ou elevada incapacidade funcional apresentavam em simultâneo, uma maior ocorrência de depressão.

No geral esta investigação decorreu sem grandes percalços, sendo que o único obstáculo que surgiu durante este processo de investigação deveu-se essencialmente ao tempo de recolha de dados, uma vez que se tratou de amostra de 100 idosos residentes na comunidade pertencentes ao meio rural o que implicou várias deslocações e bastante tempo despendido, uma vez que as povoações/montes eram dispersas e com poucos habitantes, sendo que houve situações de montes com apenas um idoso.

No que diz respeito à revisão da literatura, a dificuldade deveu-se nomeadamente à reduzida quantidade de investigações no âmbito da depressão e da capacidade funcional em idosos da comunidade em Portugal.

Contudo, este estudo permitiu reforçar a ideia de que a elevada ocorrência da depressão entre os idosos é uma realidade e que deve ser dada maior importância por parte dos profissionais de saúde aos sintomas apresentados pelos idosos, uma vez que, segundo este estudo, a maioria dos idosos que apresenta sintomas depressivos não estão diagnosticados e conseqüentemente não estão devidamente medicados. Ainda com base nos resultados deste estudo verificou-se, tal como já foi referido, que apenas 12 idosos praticavam atividade física e que destes apenas 3 apresentavam ocorrência de depressão. Torna-se assim de extrema importância o incentivo e a oportunidade dos idosos praticarem atividade física, sendo que muitos, por viverem isolados, sem transporte e longe da sede de freguesia, não têm oportunidade de usufruir desta atividade implementada pela Câmara Municipal. Cabe, neste sentido, às autarquias em conjunto com os profissionais de saúde o papel fundamental na divulgação dos benefícios da prática desta atividade na saúde física e mental, bem como a criação de condições favoráveis que possibilitem a prática de atividade física aos idosos.

BIBLIOGRAFIA

- Alaphilippe, D. & Bailly, N. (2013). *Psicologia do Adulto Idoso* [Trad. J. Chaves]. Lisboa: Edições Piaget.
- Almeida, L & Quintão, S. (2012). Depressão e Ideação Suicida em Idosos Institucionalizados e Não Institucionalizados em Portugal. *Acta Med Port*, 25(6), pp.350-358.
- Azeredo, Z. (2011). *O idoso como um todo*. Viseu: PsicoSoma.
- Ballone, G. J. (2010). *Depressão: Tipos*. Consultado a 31/03/2016, disponível em <http://www.psiqweb.med.br/> .
- Benedetti, T. R. B., Borges, L. J., Petroski, E. L & Gonçalves, L. H. T. (2008). *Atividade física e o estado de saúde mental de idosos*. *Rev. Saúde Pública*, 42 (2), pp. 302-307.
- Botelho, A. (2005). A Funcionalidade dos Idosos. In Paúl, C.& Fonseca, A. M (coord), *Envelhecer em Portugal* (pp. 111-135). Lisboa: Lidel.
- Botelho, A. M. (2014). Envelhecimento e funcionalidade. In Fonseca, M. A (coord), *Envelhecimento Saúde e Doença* (pp. 31-61). Lisboa: Coisas de Ler.
- Brandão, M. P., Gonçalves, J., Sá-Couto, P. & Sousa, L. (2015). *Independência funcional de pessoas idosas com perturbações mentais: um estudo num serviço de psiquiatria em Portugal*. *Rev Port Saúde Pública*.
- Cheik, N. C., Reis, I. T., Heredia, R. A. G., Ventura, M. L., Tufik, S. et. al (2003). *Efeitos do exercício físico e da atividade física na depressão e ansiedade em indivíduos idosos*. *R. bras.Ci. e Mov.*, 11 (3), pp. 45-52.
- Clara, G.J. (2014). Para que serve a Geriatria? In Veríssimo, M. T (coord), *Geriatria Fundamental* (pp. 13-16). Lisboa: Lidel.
- Costa, A. (2005). A Depressão nos Idosos Portugueses. In Paúl, C.& Fonseca, A. M (coord), *Envelhecer em Portugal* (pp. 155-175). Lisboa: Lidel.
- Direção-Geral da Saúde (2014). *Portugal: Saúde Mental em números – 2014*. Programa Nacional para a Saúde Mental. Lisboa: Direção Geral de Saúde.
- Drago, S & Martins, R. (2012). *A Depressão no Idoso*. *Ver. Millenium*, 43 (6/12), pp. 79-94.
- DSM-5 TM (2013). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*. The American Psychiatric Association. 5ª ed., Lisboa : Climepsi Editores.
- Ermida, J.G. (2014). Avaliação geriátrica global. In Veríssimo, M. T (coord), *Geriatria Fundamental* (pp. 103-117). Lisboa: Lidel.
- Fernandes, A. (2014). Saúde, doença e (r) evolução demográfica. In Fonseca, M. A (coord), *Envelhecimento Saúde e Doença* (pp. 9-28). Lisboa: Coisas de Ler.

- Fernandes, L. (2014). Envelhecimento e demências. In Fonseca, A. M. (coord), *Envelhecimento, Saúde e doença* (pp. 93-120). Lisboa: Coisas de Ler.
- Fernández- Ballesteros, R (2011). *La Psicogerontología, una nueva Disciplina de la Psicología Aplicada* [A Psicogerontologia, uma nova Disciplina da Psicologia Aplicada]. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Ferreira, J. A. (2014). Demografia e epidemiologia do envelhecimento. In Veríssimo, M. T (coord), *Geriatría Fundamental* (pp. 59-64). Lisboa: Lidel.
- Firmino, H., Nogueira, V., Neves, S. & Lagarto, L. (2014). Psicopatologia das pessoas mais velhas. In Veríssimo, M. T (coord), *Geriatría Fundamental* (pp. 143-157). Lisboa: Lidel.

- Fonseca, M. A. (2005). Aspetos psicológicos da “passagem à reforma”. In Paúl, C.& Fonseca, A. M (coord), *Envelhecer em Portugal* (pp. 45-73). Lisboa: Lidel.
- Fonseca, A. M. (2006). *O Envelhecimento. Uma abordagem psicológica*. Lisboa: Universidade Católica Editora.

- Fortin, M.F (1999). *O Processo de Investigação – da concepção à realização*. Loures. Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda.

- Gonçalves, D. C. (2014). Cuidados psicológicos: a depressão em idosos In Fonseca, A. M (coord), *Envelhecimento, Saúde e doença* (pp. 263-289). Lisboa: Coisas de Ler.

- Harrison. P., Geddes J. & Sharpe, M (2006). *Guia Prático de Psiquiatria*. Lisboa: Climepsi Editores

- Instituto Nacional de Estatística (2013). *Censos 2011: Resultados Definitivos*. Consultado a 21-12-2015, disponível em:
http://censos.ine.pt/portal/xmain?xipd=CENSOS&xpgid=censos2011_apresentaca

- Luz, R. A. (2014). Sociologia do envelhecimento. In Veríssimo, M. T (coord), *Geriatría Fundamental* (pp. 65-74). Lisboa: Lidel.

- Moraes, H. et al. (2007). *O exercício físico no tratamento da depressão em idosos: revisão sistemática*. Rev Psiquiatr, 29 (1), pp.70-79.

- Observatório de personas Mayores (2010). *La salud mental y el bienestar de las personas mayores. Hacerlo posible*. Boletín sobre el envejecimiento, 46.

- Organização Pan-Americana da Saúde & Organização Mundial de Saúde (2001). *Relatório sobre a Saúde no Mundo. Saúde Mental: Nova Conceção, Nova Esperança*. Geneve. Organização Mundial da Saúde.

- Paúl, C. (2005). A construção de um modelo de envelhecimento humano. In Paúl, C.& Fonseca, A. M (coord), *Envelhecer em Portugal* (pp. 143-157). Lisboa: Lidel.

- Paúl, C., Fonseca, M, A., Martín, I. & Amado, J. (2005). Satisfação e qualidade de vida em idosos portugueses. In Paúl, C.& Fonseca, A. M (coord), *Envelhecer em Portugal* (pp.77-95). Lisboa: Lidel.
- Pestana, M.H. & Gageiro, J.N. (2003). *Análise de dados para Ciências Sociais: A complementaridade do SPSS*. 3ª ed., Lisboa: Ed. Sílabo.
- Pereira, G. S & Saraiva, B. C. (2014). Perturbações Depressivas. In Saraiva, B.C & Cerejeira, J (coord), *Psiquiatria Fundamental* (pp.205-222). Lisboa: Lidel.
- Pocinho, Farate, Dias, Lee & Yesavage (1999). *Clinical and Psychometric Validation of the Geriatric Depression Scale (GDS)for Portuguese Elders*. *Clinical Gerontologist*, Vol.32, pp.233-236. Doi: 10.1080/07317110802678680.
- Pocinho, M.T.S. (2007). *Factores Socioculturais, Depressão e Suicídio no Idoso Alentejano*. Dissertação de Doutoramento em Ciências Biomédicas (Saúde Mental) do Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Universidade do Porto.
- Pordata (s.d). *Números de Portugal*. Fundação Francisco Manuel dos Santos. Consultado a 20-12-2015, disponível em:
<http://www.pordata.pt/Tema/Portugal/Populacao-1>.
- Reis, A. L. Sampaio, S. L. Costa, N. A & Mascarenhas, M. H. C. (2011). *Influência do quadro depressivo na capacidade funcional de idosos institucionalizados*. *C&D-Revista Eletronica da Fainor, Vitoria da Conquista*, 4(1), pp. 62-72.
- Rosa, J.V. (2012). *O Envelhecimento da Sociedade Portuguesa*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
 - Santana, I. & Douro. D. (2014). Envelhecimento Cerebral e Demência. In Veríssimo, M. T (coord), *Geriatric Fundamental* (pp. 159-175). Lisboa: Lidel.
- Santos, P.F.C. (2000). *Depressão no Idoso*. Coimbra: Quarteto.
- Saraiva, B. C. (2014). Promoção da saúde mental e prevenção da doença mental. In Saraiva, B.C & Cerejeira, J (coord), *Psiquiatria Fundamental* (pp.17-20). Lisboa: Lidel.
- Saraiva, B.C & Cerejeira, J. (2014). *Psiquiatria Fundamental*. Lisboa: Lidel.
- Sequeira, C (2010). *Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental*. Lisboa: Lidel.
- Sequeira, A. & Silva, N. M. (2002). *O bem estar da pessoa idosa em meio rural*. *Análise Psicológica*, 3 (XX), pp. 505-516.
- Silva, M. E. D. (2005). Saúde Mental e Idade Avançada – uma Perspectiva abrangente. In Paúl, C.& Fonseca, A. M (coord), *Envelhecer em Portugal* (pp. 138-156). Lisboa: Lidel.

- Sousa, M., Nunes, A., Guimarães, I.A., cabrita, M. J., Cavadas, F. L & Alves, F. N. (2010). *Depressão em idosos: ocorrência e factores associados*. Revista Portuguesa Clínica Geral, 26, pp.384-391.
- Souza, D. B., Serra, A. J. & Suzuki, F. S. (2012). *Atividade Física e Nível de Depressão em Idosas*. Revista Brasileira de Ciências da Saúde, 16 (1), pp. 3-6.
- Spar, J. & La Rue, A. (2005). *Psiquiatria Geriátrica* [Trad. J. Almeida]. Lisboa: Climepsi Editores.
- Stella, F., Gobbi, S., Corazza, D. I. & Costa, J. L. R. (2002). *Depressão no Idoso: Diagnóstico, Tratamento e Benefícios da Atividade Física*. Motriz, Rio Claro, 8 (3), 91-98.
- Vilardell, M. (2015). *Como Envelhecer em Forma*. Lisboa: Porto Editora.

ANEXOS

Anexo I

CONSENTIMENTO INFORMADO PARA A PARTICIPAÇÃO NA INVESTIGAÇÃO

Depressão e Capacidade Funcional em Idosos do Baixo Alentejo

Ex. m^o (ª) Sr. (ª)

Gostaria de solicitar autorização para que participasse nesta investigação, que tem como objetivo geral avaliar a ocorrência de depressão em idosos do Baixo Alentejo, bem como relacionar a depressão com a capacidade funcional.

Procedimento: Será solicitado ao participante que responda verbalmente aos questionários, sendo anotado pelo pesquisador no formulário próprio. Outras formas de administração do questionário: assistido pelo entrevistador ou autoadministrado.

Riscos: Os participantes do estudo não estarão expostos a riscos, a não ser eventual desconforto na hora de responder aos questionamentos.

Publicação do estudo: O estudo será publicado na forma de Projeto de Pesquisa, bem como em artigos e outros meios impressos e orais.

Pelo presente termo de consentimento informado, declaro que fui esclarecido(a), de forma clara e detalhada, livre de qualquer constrangimento e coerção, dos objetivos, da justificativa, dos procedimentos, riscos e benefícios da presente investigação. Fui igualmente informado(a):

- da garantia de receber resposta a qualquer esclarecimento acerca dos procedimentos e outros assuntos relacionados à investigação;
- da liberdade de retirar o meu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo;
- da segurança de que não serei identificado(a) e do carácter confidencial das informações relacionadas à minha privacidade e os questionários serão anónimos.

Não haverá qualquer inconveniência para todos os que participarem nesta investigação, assim como para os que não participarem.

O investigador responsável por este estudo é a Elsa Guerreiro, tendo como Orientador o Prof. Doutor Eusébio Pacheco da Universidade do Algarve.

Assinale conforme a sua vontade, no respetivo quadro.

- Autorizo a participação neste estudo
- Não autorizo a participação neste estudo

Declaro que recebi cópia do presente termo de compromisso.

Data: _____

Assinatura: _____

Anexo II

Questionário Sociodemográfico

1. **Sexo:** Feminino Masculino
2. **Idade** _____ anos
3. **Estado Civil:** Solteiro Casado/ União de facto Divorciado/ Separado
Viúvo
4. **Habilitações Literárias:**
Analfabeto Sabe ler e escrever Ensino básico Ensino secundário
Ensino superior
5. **Valor da Reforma:** Entre 200,00 € e 299,00 € Entre 300,00 € e 399,00 €
Entre 400,00 € e 499,00 € Entre 500,00 € e 749,00 €
> 750,00 €
6. **Com quem vive habitualmente:**
Cônjuge Companheiro(a) Filho(a) Irmão(a) Sozinho(a)
7. **A sua família costuma visita-lo?**
Diariamente Semanalmente Mensalmente Semestralmente
Anualmente Nunca
8. **Pratica alguma atividade?** Não Física Cultural
9. **Tem alguma ocupação?** Sim Não
10. **Como considera a sua saúde:**
Muito má Má Nem boa nem má Boa Muito boa
11. **Diagnóstico de Depressão:** Sim Não
12. **Toma medicação antidepressiva?** Sim Não
 - 12.1. **Se Sim, há quanto tempo?**
Há menos de 6 meses Entre 6 meses e 1 ano Mais de 1 ano

Anexo III

ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA DE YESAVAGE

Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage (1983)

(Adaptada à população portuguesa por Pocinho, 2007)

DGS	Sim	Não
1 - Está satisfeito com a sua vida atual?	0	1
2 - Abandonou muitas das suas atividades e interesses?	1	0
3 - Sente que a sua vida está vazia?	1	0
4 - Anda muitas vezes aborrecido?	1	0
5 - Encara o futuro com esperança?	0	1
6 - Tem pensamentos que o incomodam e não consegue afastar?	1	0
7 - Sente-se animado e com boa disposição a maior parte do tempo?	0	1
8 - Anda com medo que lhe vá acontecer alguma coisa má?	1	0
9 - Sente-se feliz a maior parte do tempo?	0	1
10 - Sente-se muitas vezes desamparado ou desprotegido?	1	0
11 - Fica muitas vezes inquieto e nervoso?	1	0
12 - Prefere ficar em casa, em vez de sair e fazer outras coisas?	1	0
13 - Anda muitas vezes preocupado com o futuro?	1	0
14 - Acha que tem mais problemas de memória do que as outras pessoas?	1	0
15 - Atualmente, sente-se muito contente por estar vivo?	0	1
16 - Sente-se muitas vezes desanimado e abatido?	1	0
17 - Sente que, nas condições atuais, é um pouco inútil?	1	0
18 - Preocupa-se muito com o passado?	1	0
19 - Sente-se cheio de interesse pela vida?	0	1
20 - Custa-lhe muito meter-se em novas atividades?	1	0
21 - Sente-se cheio de energia?	0	1
22 - Sente que para a sua situação não há qualquer esperança?	1	0
23 - Julga que a maior parte das pessoas passa bem melhor do que o senhor?	1	0
24 - Aflige-se muitas vezes por coisas sem grande importância?	1	0
25 - Dá-lhe muitas vezes vontade de chorar?	1	0
26 - Sente dificuldade em se concentrar?	1	0
27 - Evita estar em locais onde estejam muitas pessoas (reuniões sociais)?	1	0

Anexo IV

ÍNDICE DE BARTHEL

Alimentação	Independente	10
	Precisa de alguma ajuda (por exemplo para cortar os alimentos)	5
	Dependente	0
Transferências	Independente	15
	Precisa de alguma ajuda	10
	Necessita de ajuda de outra pessoa, mas não consegue sentar-se	5
	Dependente, não tem equilíbrio sentado	0
Toalete	Independente a fazer a barba, lavar a cara, lavar os dentes	5
	Dependente, necessita de alguma ajuda	0
Utilização do WC	Independente	10
	Precisa de alguma ajuda	5
	Dependente	0
Banho	Toma banho só (entra e sai do duche ou banheira sem ajuda)	5
	Dependente, necessita de alguma ajuda	0
Mobilidade	Caminha 50 metros, sem ajuda ou supervisão (pode usar ortóteses)	15
	Caminha menos de 50 metros, com pouca ajuda	10
	Independente, em cadeira de rodas, pelo menos 50 metros, incluindo esquinas	5
	Imóvel	0
Subir e Descer Escadas	Independente, com ou sem ajudas técnicas	10
	Precisa de ajuda	5
	Dependente	0
Vestir	Independente	10
	Com ajuda	5
	Dependente	0
Controlo Intestinal	Controla perfeitamente, sem acidentes, podendo fazer uso de supositório ou similar	10
	Acidente ocasional	5
	Incontinente ou precisa de uso de clisteres	0
Controlo Urinário	Controla perfeitamente, mesmo algaliado desde que seja capaz de manejar a algália sozinho	10
	Acidente ocasional (máximo uma vez por semana)	5
	Incontinente, ou algaliado sendo incapaz de manejar a algália sozinho	0
TOTAL		

