



UNIVERSIDADE DE COIMBRA
FACULDADE DE MEDICINA

VALIDAÇÃO DA ESCALA DO
CENTER FOR EPIDEMIOLOGIC STUDIES OF DEPRESSION – CES-D
NUMA POPULAÇÃO CLÍNICA DE IDOSOS

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO EM GERIATRIA

Marli Gomes de Pinho da Silva Loureiro

Coimbra, 2009

UNIVERSIDADE DE COIMBRA
FACULDADE DE MEDICINA

VALIDAÇÃO DA ESCALA DO
CENTER FOR EPIDEMIOLOGIC STUDIES OF DEPRESSION – CES-D
NUMA POPULAÇÃO CLÍNICA DE IDOSOS

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO EM GERIATRIA

Marli Gomes de Pinho da Silva Loureiro

Dissertação de Mestrado apresentada à
Faculdade de Medicina da Universidade de
Coimbra para a obtenção do grau de mestre em
Geriatrics, desenvolvida sob a orientação do Prof.
Doutor Manuel Teixeira Veríssimo.

Coimbra, 2009

“Onde há vontade, não falta caminho”

J. R. R. TOLKIEN

Agradecimentos

A realização deste trabalho só foi possível, com a carinhosa colaboração de todas as pessoas que me acompanharam ao longo deste percurso. Bem Haja a todos pelo apoio na sua execução e pelo enriquecimento dos meus conhecimentos.

Dirijo um Bem Haja muito especial:

Ao meu orientador de Dissertação deste Mestrado, Sr. Prof. Doutor Manuel Teixeira Veríssimo, pela sua capacidade científica disponibilizada à concretização deste trabalho.

Ao Núcleo Distrital de Saúde do Idoso da Sub-Região de Saúde de Castelo Branco e à Dr^a Stephanie psicóloga da Associação Mutualista Covilhanense pela colaboração e carinho demonstrados na aplicação do protocolo de investigação.

Aos responsáveis institucionais dos diversos Centros de Saúde da Sub-Região de Saúde de Castelo Branco, por autorizarem a realização deste trabalho.

À Prof. Doutora Rosa Marina Afonso, quer pelo auxílio não só na colheita dos dados, mas também pelo incentivo carinhoso e papel de amiga crítica.

Aos idosos que se prontificaram em colaborar neste trabalho, pois sem eles o mesmo não teria sido possível.

Dedico este trabalho à minha família

Aos meus filhos, Diogo e Patrícia, pela paciência e apoio sempre presentes.
Ao meu marido pelo contributo inestimável com a sua compreensão, minimizando as dificuldades sentidas na concretização deste trabalho.

Aos meus pais, pelo exemplo de carinho, perseverança, dedicação e respeito.

Resumo

O presente estudo tem por objectivo adaptar a escala do CENTER FOR EPIDEMIOLOGIC STUDIES OF DEPRESSION – CES-D à população portuguesa em sujeitos com idade igual ou superior a 65 anos no contexto dos Cuidados Primários de Saúde. Esta escala revelou-se noutros contextos ser um instrumento de interesse no rastreio da sintomatologia depressiva, comprovado pelos resultados de estudos realizados em diferentes países e culturas. Em Portugal, não é conhecida qualquer versão adaptada à população idosa.

O estudo realizado em contexto de consulta de ambulatório, teve como participantes 260 idosos, utentes dos vários Centros de Saúde da Sub-Região de Castelo Branco. Baseou-se na aplicação da escala CES-D, complementada por um questionário Sócio-Demográfico e de Saúde, construído para o estudo e ainda pela aplicação de uma versão portuguesa da General Perceived Self-Efficacy Scale (GSE) de Ralf Schwarzer & Matthias Jerusalem (1999), cujos resultados serviram de critério externo de validação.

A base teórica do estudo privilegiou os conhecimentos sobre a depressão e sobre o processo de envelhecimento no contexto dos Cuidados Primários de Saúde, como enquadramento do estudo empírico.

Os resultados encontrados, permitiram concluir que a escala do CENTER FOR EPIDEMIOLOGIC STUDIES OF DEPRESSION – CES-D, apresenta boas características psicométricas, avaliadas pelo estudo da Fidelidade, determinada através do coeficiente alfa de Cronbach ($\alpha = .896$), pelo estudo da Validade de constructo através da Análise em Componentes Principais (ACP) e da Validade por referência a critério externo, com o uso da escala GSE ($r = .496$). O estudo revelou ainda a presença de sintomatologia depressiva na população em estudo, numa frequência considerável, avaliada pelos resultados da CES-D usando o ponto de corte estabelecido por Radloff (1977) no estudo original. Os resultados mostram uma correlação significativa com o género, sendo o sexo feminino aquele que apresentou maior sintomatologia depressiva. Quanto à escolaridade dos participantes, os resultados apontaram para uma correlação negativa significativa. A variável idade não pareceu influenciar os resultados da CES-D.

Constatou-se pela comparação estabelecida entre os resultados da CES-D neste estudo e os resultados do estudo original de Radloff (1977) e da versão portuguesa de Gonçalves & Fagulha (2003) realizados na população geral, que contrariamente aos

estudos referidos, os aspectos depressivos e somáticos expressos na amostra de idosos portugueses, foram aqueles que assumiram maior relevância.

Abstract

The objective of the research presently being conducted is to adapt the scale of the CENTER FOR EPIDEMIOLOGIC STUDIES OF DEPRESSION – CES-D to the Portuguese population aged 65 or above in the context of Primary Health Care. This scale has revealed itself as a tool of interest in the prevention of depressive symptomatology, as proved by the results of research conducted in different countries and cultures. In Portugal such version adapted to the elderly population is unknown.

The research conducted in outpatients had 260 elder participants, patients of the various Health centers in the Sub- Region of Castelo Branco. The study was based on the application of the CES-D scale, complemented by a Social, Demographic and Health focused questionnaire along with a Portuguese version of the General Perceived Self-Efficacy Scale (GSE) by Ralf Schwarzer and Matthias Jerusalem (1999), whose results were used as criteria for external validation.

The basic theory of the study privileged the previous acquired knowledge of depression and the aging process in context of the Primary Health Care, as a guideline of the empirical study.

The results found enabled to conclude that the scale of the CENTER FOR EPIDEMIOLOGIC STUDIES OF DEPRESSION – CES-D presents good psychometric characteristics, evaluated by the fidelity study determined by the coefficient alpha of Cronbach ($\alpha = .896$) by the study of validity of construct using the Analysis of Principal Components (ACP) and the validity for reference of external criteria with the use of the scale GSE ($r = .496$). The study revealed the presence of depressive symptomatology in the studied population with a reasonable frequency evaluated by the results of the CES-D using the splitting point established by Radloff (1977) in the original study. The results show a significative correlation with gender, being that females presented the majority of the depressive symptomatology cases. A possible correlation with the educational level of the participants was negative. Being that the age had no influence on the CES-D results.

When comparing the results of the CES-D in this study and the results of the original study by Radloff (1977) as well as the Portuguese version by Gonçalves & Fagulha (2003) conducted in the general population, conversely to the studies

previously mentioned the depressive and somatic aspects evident in the sample group of Portuguese elders were of higher relevance.

Índice

INTRODUÇÃO.....	1
PARTE I FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	5
CAPÍTULO I. AS FACES DO ENVELHECIMENTO.....	7
1.1 Envelhecimento - Aspectos Introdutórios	9
1.1.1 Definir Envelhecimento.....	9
1.1.2 Antropologia e Envelhecimento.....	9
1.1.3 Envelhecimento Bio -Social.....	11
1.1.4 Epidemiologia e Envelhecimento.....	12
1.1.5 Demografia, Sócio-Demografia e Envelhecimento.....	12
1.1.5.1 O Presente	12
1.1.5.2 O Futuro.....	14
1.2 ASPECTOS BIOMÉDICOS DO ENVELHECIMENTO.....	16
1.2.1 As Idades do Envelhecimento.....	16
1.2.2 Envelhecimento Fisiológico e Patológico.....	17
1.2.3 Envelhecimento Cerebral.....	19
1.2.3.1 Alterações Estruturais	19
1.2.3.2 Processos Compensadores.....	20
1.2.3.3 Alterações Bioquímicas.....	21
1.3 ASPECTOS PSICOLÓGICOS DO ENVELHECIMENTO.....	23
CAPÍTULO II A DEPRESSÃO NO IDOSO.....	25
2.1 CRITÉRIOS DE DEFINIÇÃO PARA A DEPRESSÃO NO IDOSO.....	27
2.1.1 Breves Noções Históricas	27
2.1.2 Depressão - Definição e Particularidades do Conceito.....	27
2.2 SISTEMAS DE CLASSIFICAÇÃO DA DEPRESSÃO	31
2.2.1 Classificação Internacional de Doenças – CID-10.....	31
2.2.2 Manual de Diagnóstico e das Perturbações Mentais – DSM-IV.....	33
2.2.3 Classificação Internacional de Cuidados Primários - ICPC – 2	34

2.3 PARTICULARIDADES DA CLÍNICA DEPRESSIVA NO IDOSO.....	36
2.4 EPIDEMIOLOGIA DA DEPRESSÃO NO IDOSO.....	41
2.5 ETIOLOGIA DA DEPRESSÃO NO IDOSO.....	45
2.5.1 Causa Genética.....	45
2.5.2 Causas Neuroquímicas.....	45
2.5.3 Causas Hormonais.....	46
2.5.4 Causa Neurofisiológica.....	47
2.5.5 Causa Vascular.....	47
2.5.6 Factores Demográficos.....	48
2.5.7 Causas Psicológicas.....	48
2.5.8 Personalidade.....	50
2.5.9 Acontecimentos de Vida Stressantes.....	51
2.5.10 Causas Sociais.....	51
2.5.11 Doença Física.....	52
2.6 DEPRESSÃO E DOENÇA NEUROPSIQUIÁTRICA.....	54
2.7 DEPRESSÃO NO IDOSO E CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE.....	55
2.7.1 Medicina Geral e Familiar e a Doença Mental.....	55
2.7.2 Avaliação Geriátrica em Medicina Geral e Familiar.....	58
2.7.3 Avaliação Geriátrica e Depressão em Cuidados Primários.....	59
2.8 METODOLOGIAS NA AVALIAÇÃO DA DEPRESSÃO NO IDOSO.....	62

PARTE II INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA

CAPÍTULO III METODOLOGIA.....

3.1 DEFINIÇÃO, CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROBLEMA E OBJECTIVOS DA INVESTIGAÇÃO.....	75
3.2 PARTICIPANTES.....	77
3.2.1 Caracterização quanto à idade, género, estado civil e escolaridade.....	78
3.2.2 Acontecimentos de vida stressantes.....	83
3.2.3 Prestação de cuidados a outrem.....	85
3.2.4 Comorbilidade.....	86
3.2.5 Auto-Percepção de saúde.....	87

3.2.6 Hábitos de consumo de medicamentos.....	88
3.3 INSTRUMENTOS UTILIZADOS NA PESQUISA.....	90
3.3.1 Escala do Center For Epidemiologic Studies - CES-D.....	90
3.3.2 General Perceived Self-Efficacy Scale (GSE).....	96
3.4 PROCEDIMENTOS.....	99
3.4.1 Recolha dos dados.....	99
3.4.2 Análise de dados.....	100
CAPÍTULO IV APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	103
4.1 ESTUDO PSICOMÉTRICO DAS ESCALAS.....	105
4.1.1 General Self Efficacy Scale (GSE).....	105
4.1.1.1 Estatística descritiva da GSE.....	105
4.1.1.2 Fidelidade.....	107
4.1.1.3 Validade.....	109
4.1.2 Escala do Centro de Estudos Epidemiológicos (CES-D).....	111
4.1.2.1 Estatística descritiva da CES-D.....	112
4.1.2.2 Fidelidade.....	113
4.1.2.3. Validade.....	117
4.2 SINTOMAS DEPRESSIVOS NA POPULAÇÃO EM ESTUDO.....	125
4.2.1 Associação dos resultados da CES-D com as variáveis sócio-demográficas...	125
4.2.2. Associação da CES-D com as variáveis sócio-demográficas para um ponto de corte de 16.....	127
CONCLUSÃO.....	133
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	139
ANEXOS.....	156

Índice de Quadros

Quadro 1. Causas físicas da depressão (adaptado de Wilkinson, Moore & Moore, 2005, p. 53).....	52
Quadro 2. Prevalência de sintomas depressivos em amostras comunitárias de idosos (Rosa & Martín, 2007b).....	69
Quadro 3. Prevalência de sintomas depressivos em idosos atendidos em Cuidados Primários (Rosa & Martín, 2007b)	69

Índice de Gráficos

Gráfico 1. Distribuição dos sujeitos da amostra por grupo etário.....	79
Gráfico 2. Distribuição dos sujeitos da amostra por sexo.....	80
Gráfico 3. Distribuição dos sujeitos da amostra por estado civil.....	80
Gráfico 4. Distribuição dos sujeitos da amostra por escolaridade.....	81
Gráfico 5. Distribuição dos sujeitos da amostra por sexo e grupo etário.....	81
Gráfico 6. Distribuição dos sujeitos da amostra por grupo etário e sexo.....	82
Gráfico 7. Distribuição dos sujeitos da amostra por escolaridade e sexo.....	82
Gráfico 8. Distribuição da mostra por nível de escolaridade segundo o grupo etário	83
Gráfico 9. Frequência de comorbilidades nos sujeitos da amostra.....	87
Gráfico 10. Auto-percepção de saúde dos sujeitos da amostra.....	88
Gráfico 11. Frequência relativa do consumo diário de fármacos pelos sujeitos da amostra.....	89
Gráfico 12. Distribuição dos resultados dos 260 sujeitos segundo a GSE.....	106
Gráfico 13. Scree Plot - Selecção de factores com valores próprios superiores a 1 da GSE.....	109
Gráfico 14. Distribuição dos resultados da escala CES-D.....	112
Gráfico 15. Scree Plot – Selecção de Factores da CES-D com valor próprio superior a 1.....	119
Gráfico 16. Relação da escala CES-D com o género na população em estudo.....	125
Gráfico 17. Relação da escala CES-D com o grupo etário da população em estudo.	126
Gráfico 18. Relação entre os resultados da escala CES-D com a escolaridade da população em estudo.....	126

Índice de Tabelas

Tabela 1. Dados descritivos dos sujeitos participantes.....	79
Tabela 2. Acontecimentos de vida stressante no último ano.....	85
Tabela 3. Prestação de cuidado a outrem.....	85
Tabela 4. Estatística descritiva da GSE.....	107
Tabela 5. Consistência interna da GSE.....	107
Tabela 6. Correlação item-escala e alfa de Cronbach.....	108
Tabela 7. Variância Total Explicada.....	110
Tabela 8. Matriz de Componentes.....	110
Tabela 9. Estatística descritiva da escala CES-D.....	113
Tabela 10. Consistência interna CES-D.....	113
Tabela 11. Correlação item com a escala CES-D e Alfa de Cronbach.....	114
Tabela 12. Matriz de correlação inter-item da CES-D.....	116
Tabela 13. Estudo comparativo das correlações inter-item da escala CES-D.....	117
Tabela 14. Matriz factorial com quatro factores.....	120
Tabela 15. Síntese comparativa da dimensionalidade da CES-D em três estudos...	121
Tabela 16. Síntese comparativa da análise factorial entre os três estudos.....	122
Tabela 17. Correlação entre as escalas CES-D e GSE.....	124
Tabela 18. Correlação entre os resultados da CES-D e as variáveis idade e nível de escolaridade.....	127
Tabela 19. Comportamento da CES-D com ponto de corte 16.....	127
Tabela 20. Associação da CES-D com o Grupo Etário.....	128
Tabela 21. Associação da CES-D com o Género.....	129
Tabela 22. Associação da CES-D com a Escolaridade.....	129
Tabela 23. Associação da CES-D com o Estado Civil.....	130
Tabela 24. Comparação dos resultados obtidos neste estudo tomando os pontos de corte 16 (Radloff,1977) ou 20 (Gonçalves & Fagulha, 2003).....	131

INTRODUÇÃO

Entre a diversidade de patologias, sintomas e manifestações clínicas, a depressão encontra-se inúmeras vezes presente na consulta de Medicina Familiar.

A realidade fundamental desta especialidade, reside na abrangência de cuidados e na diversidade de sujeitos a que se dirige. O médico de família cuida dos cidadãos desde os primeiros momentos da gestação até aos mais tardios momentos de vida, atento desde as queixas mais subtis às mais explícitas, pesquisando desde as manifestações de saúde às de doença num constante confronto entre as exigências externas e as suas capacidades pessoais.

Perante as manifestações de sintomatologia depressiva, as questões colocam-se em torno da especificidade do sujeito que tem à sua frente: É mulher? É homem? Trata-se de uma criança? Trata-se de um jovem? Trata-se de um adulto? Trata-se de um idoso?

Depois de ajustar o pensamento ao indivíduo à sua frente, o médico de família encontra uma dupla realidade: prevenir e tratar. Em função da realidade encontrada novas questões se colocam: A atenção a dispensar passará por aconselhar? Não aconselhar? Referenciar? A quem referenciar? Quando referenciar? Tratar passará por prescrever? Por não prescrever?

Continua o dilema.

Para além do médico de família, qualquer pediatra aceita reavaliar cuidadosamente uma criança ou jovem com suspeita de depressão. Para além do médico de família, qualquer psiquiatra estará atento à depressão no adulto.

Se é idoso? Parece-nos que algo se complica.

Perante um idoso e porque as suas queixas são inespecíficas e não enquadráveis nas clássicas definições de depressão, e porque transformam numa amálgama os sintomas físicos, psicológicos e afectivos, e porque se expressam de forma mais lenta e misturam muitos assuntos, e porque têm problemas de audição ou de compreensão, a dúvida nasce e o diagnóstico correcto tende a tardar.

O médico de família é “aquele com quem mais facilmente confidenciam”. Estará preparado? Estará apoiado nas suas dúvidas? Será o tempo de consulta previsto suficiente para este tipo de consulta?

Os profissionais de saúde cada vez mais necessitam de meios mais rápidos e fáceis de usar para encontrar as soluções mais assertivas. Precisam de munir-se de instrumentos válidos que ao serviço da sua realidade contribuam para um desempenho de qualidade.

Neste contexto, este trabalho procurou através de um estudo centrado na população idosa que se apresenta no laboratório da consulta, encontrar um instrumento de rastreio da depressão susceptível de orientar para um procedimento clínico ajustado.

Entre as múltiplas escalas de rastreio de depressão, optámos pela Escala de Depressão do Center For Epidemiologic Studies (CES-D), por ser uma escala resultante de estudos de outras escalas de depressão de reconhecido mérito, ser já amplamente estudada em vários países e culturas, ser de fácil e rápida aplicação por qualquer profissional de saúde e fundamentalmente, se apresentar de fácil compreensão e de resposta por parte de sujeito idoso.

O trabalho de seguida apresentado, compõe-se de duas partes principais: A Fundamentação Teórica e a Investigação Empírica.

A Parte I – Fundamentação Teórica, está organizada em dois capítulos. No Capítulo I – procurámos fazer um revisão sobre o envelhecimento, incontornável para a compreensão adequada do sujeito em causa, o idoso. Foram abordados o conceito, as características epidemiológicas e antropológicas e ainda a vertente bio-social e sócio-demográfica do envelhecimento.

No Capítulo II, focámos a atenção sobre a depressão. Procurámos abranger desde os critérios de definição e classificação da depressão, aos seus aspectos etiológicos e clínicos, contextualizados nos Cuidados Primários de Saúde.

Na Parte II, apresentamos a Investigação Empírica levada a cabo para a adaptação da Escala de Depressão do Center For Epidemiologic Center Studies – CES-D à população idosa que frequenta a consulta de Medicina Geral e Familiar. Esta parte é igualmente composta por dois capítulos.

Assim, no Capítulo III apresentamos a metodologia utilizada no estudo, começando por contextualizar o problema tratado, a depressão, seguindo com a caracterização da população em estudo e dos instrumentos utilizados no mesmo, CES-D (Radloff, 1977) e General Self Efficacy (GSE) (Nunes, Schwarzer & Jerusalém, 1999; Schwarzer & Jerusalém, s. d.).

Por último no Capítulo IV, damos conta do estudo psicométrico das escalas CES-D e GSE e da caracterização da sintomatologia depressiva apresentada pelos

sujeitos da amostra estudada, relacionando os valores obtidos na escala com as variáveis sócio-demográficas selecionadas. Foi ainda estabelecida a ponte entre os resultados encontrados no presente trabalho e os resultados dos estudos que lhe servem de referência, tendo por base, os conhecimentos conseguidos através da revisão bibliográfica efectuada.

Concluimos este trabalho com a descrição dos pontos de maior relevância encontrados, tendo em conta os pressupostos, o quadro teórico e objectivos colocados quando nos propusemos à sua realização.

PARTE I
FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

CAPÍTULO I

AS FACES DO ENVELHECIMENTO

1.1 ENVELHECIMENTO - ASPECTOS INTRODUTÓRIOS

1.1.1 DEFINIR ENVELHECIMENTO

De acordo com Kane, Ouslander e Abrass (2005, p. 31) “O termo *idoso*, é usado para populações que conseguiram viver determinado período de tempo, cumprindo a expectativa de vida esperada, o termo *envelhecimento* refere-se ao processo de crescimento e senescência que ocorre com o decorrer dos anos e que é um dos estágios do desenvolvimento. A expressão *relacionado com a idade* descreve de que maneira a idade é levada em consideração nos sistemas de saúde e sociais” (Kane, Ouslander & Abrass, 2005).

Definir envelhecimento é uma tarefa complexa. Deparamo-nos com alguma diversidade de termos e definições usadas na tentativa de sintetizar em algumas palavras o significado de um processo tão complexo. A heterogeneidade existente no grupo dos idosos e a diversidade como uma característica importante dos mais velhos são provas dessa complexidade.

Não existe um marcador biológico objectivo, nem tão pouco podemos ter como certo que algumas das alterações encontradas com mais frequência com o avançar da idade possam ser considerados parâmetros fiáveis de envelhecimento, pois que cada indivíduo, se torna cada vez mais diferente do seu congénere ao longo da sua existência.

Da mesma forma, deparamos com particularidades dos idosos, que dificultam ainda na actualidade, uma mais eficiente abordagem terapêutica pelo facto de não se reconhecer por um lado que os cuidados a prestar a esta população são diferentes daqueles a prestar a uma população de indivíduos jovens e por outro, que os cuidados a prestar a um idoso, são também diferentes daqueles a prestar a outro indivíduo idoso.

1.1.2 ANTROPOLOGIA E ENVELHECIMENTO

O envelhecimento é um processo onde se registam sucessivas perdas, quer fisiológicas quer sociais, que se vão projectar com enorme importância mas de forma diversa nos diferentes indivíduos idosos.

Segundo Alda Motta (2006) a velhice é um fenómeno bio-social e será reducionista falar em “velhice” com uma definição rígida, pois de acordo com esta autora não existe “velhice”, mas “velhices” e não há “velho” mas “velhos” e “velhas”.

Sai assim mais uma vez reforçado o carácter da grande heterogeneidade dos mais velhos nos mais variados aspectos, seja em função da classe social, seja em função do sexo, quer quanto a características étnico - raciais e até quanto aos diferentes grupos de idade que se criam nesta sociedade onde cada vez é mais comum atingir os cem anos.

O antropólogo Hahim Hazan, (citado por Motta, 2006, p. 78) considera que “*a velhice premeia cada relação e situação da vida das pessoas idosas*”, assim o idoso é mais avaliado pelas suas acções do que pela sua condição de sexo, idade ou profissão ou até mesmo de classe, como acontece nos adultos jovens e não é atribuída relevância ao contexto onde o indivíduo vive e envelhece.

São conhecidos alguns elementos comuns da classificação e do reconhecimento dos indivíduos idosos, dizendo que um velho seria alguém com bastante idade e ou aparência física de tal, com ideias que remetem ao passado inactivo, pouco ágil, de quem se espera bastante comedimento de participação.

Somos culturalmente formados para uma interpretação da velhice associando-a mais à decadência do que à sabedoria e decadência essa, que não passa só pela parte física, mas também pela doença e dependência.

Investigadores como Lenoir (referido por Motta, 2006, p. 79) analisam a velhice como “inflexão de idade e campo de conflito”, dizendo que “é nessa idade (de “velho”) que as gerações mais novas obrigam as gerações mais velhas a se retirarem das posições de poder a fim de vir a ocupa-las, o que constitui o pretexto da luta entre gerações”.

As classificações ou termos de jovem e velho ou idoso, não podem ter só em conta o número de anos, nem o estado de conservação do corpo, mas mais importante, deve atender ao estado das relações entre gerações, entre classes sociais e também da condição sexuada e das relações do género.

O conhecimento antropológico do envelhecimento, alerta para o facto do aumento da longevidade e aumento do número de idosos longevos, ser encarado sob um prisma meramente economicista, olhando apenas para o significado demográfico e apontando para os perigos de crises e perigos para a reprodução social (Motta, 2006).

No entanto tem-se vindo a observar alterações de comportamento dos idosos que se apresentam cada vez mais activos, dinâmicos e participativos embora muita da sua

participação esteja limitada a programas mais direccionados ao lazer do que para a participação como força de produção.

1.1.3 ENVELHECIMENTO BIO-SOCIAL

Contrariamente aos homens, as mulheres vivem mais e de forma mais participativa na vida social, o que também representa para elas, um maior desgaste físico e emocional e maior nível de stress. Observa-se nesta sociedade em mudança, que os idosos são cada vez mais a pedra de suporte das gerações que lhes seguem qualquer que sejam os seus recursos financeiros, devido ao aumento do desemprego de filhos adultos que vivem separados ou com precariedade de emprego ou mesmo como cuidadores e criadores dos netos.

Os factores externos, como a dieta, o sedentarismo, as causas psicológicas e os factores internos como a genética e outros, influenciam de forma positiva ou negativa o processo de envelhecimento, podendo falar-se em envelhecimento bem sucedido ou não ou ainda no envelhecimento normativo que representa o processo natural de desenvolvimento das fases avançadas da vida. Este desenvolvimento poderá ser considerado dividido em desenvolvimento primário que é universal e geneticamente programado e em secundário resultante das influencias externas e variável consoante o indivíduo, o meio e cultura (Netto, 2006).

Adoptando uma perspectiva biogerontológica, Mathéus Netto (2006) define envelhecimento como um processo dinâmico e progressivo, no qual há modificações, funcionais, bioquímicas e psicológicas, que levam à perda de capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, à maior vulnerabilidade e maior incidência de processos patológicos e também a uma redução da capacidade homeostática perante situações de sobrecarga funcional do organismo levando à morte

Apesar desta visão, mais abrangente em que se justifica a dificuldade em ter uma data ou um indicador, procura-se um critério cronológico que estabeleça o momento em que o indivíduo passa ao estatuto de “velho”. Nesta perspectiva, é considerado idade cronológica para assumir o estatuto de velho, o limite de idade de 60 anos para os países em desenvolvimento e 65 para os países desenvolvidos, dando assim importância à saúde física, psicológica e social.

A Organização Mundial da Saúde - (OMS) e a Constituição de vários países, consideram que a velhice inicia entre os 60 e 65 anos de idade.

É importante referir também a noção de idade funcional que se relaciona com a idade biológica e que é definida pela conservação do nível de capacidade adaptativa em função da idade cronológica. Segundo alguns autores, em condições precárias de vida a idade funcional precede a idade cronológica (Netto, 2006).

1.1.4 EPIDEMIOLOGIA E ENVELHECIMENTO

A diminuição da mortalidade e fecundidade verificada na segunda metade do século passado, associada à maior esperança de vida e do número de idosos, apresenta uma relação estreita com a “transição epidemiológica”. Segundo Omran (1971), (citado por Chaimowicz, 2006, p. 107), este conceito refere-se às modificações dos padrões de morbilidade, invalidez e morte que caracterizam uma população e que ocorrem com outras transformações demográficas e sociais. Adoptando a revisão elaborada por F. Chaimowicz (2006), o processo de transição epidemiológica deveu-se fundamentalmente a três grandes mudanças: à substituição das primeiras causas de morte por doenças transmissíveis para doenças não transmissíveis e causas externas; à melhoria das condições de vida que permitiu a deslocação da carga de morbimortalidade das idades mais jovens para os mais idosos e por fim à transformação da situação de predomínio da mortalidade para um predomínio de morbilidade.

A longevidade é influenciada por múltiplos factores, desde os genéticos aos culturais e sociais, e o conhecimento da epidemiologia do envelhecimento assume uma importância que ultrapassa os números e apresenta-se como base para o estudo e estruturação de políticas económicas, sociais e de saúde no sentido de proporcionar um aumento da qualidade de vida dos cidadãos.

1.1.5 DEMOGRAGIA, SÓCIO-DEMOGRAFIA E ENVELHECIMENTO

1.1.5.1 O presente

Tem-se verificado um progressivo aumento da população com idade superior a 65 anos à escala mundial. Portugal apresenta uma realidade semelhante visível através dos números apresentados pelo INE onde no Censo de 1991 a população com idade superior a 65 anos ocupava 13% da população portuguesa. Dez anos passados, nos

Censo de 2001, esta população sofreu um acréscimo para 16,4% e em 2004, para 17%, levando a supor que em 2044 poderá atingir 30% (Marques & Ramalheira, 2006).

Outros dados reforçam a importância crescente dirigida ao processo de envelhecimento que, numa primeira fase, se limitava ao seu evidente crescimento demográfico. Segundo Manuel Nazareth (2002), em Portugal existe um considerável número de idosos, sendo classificados de idosos os indivíduos com mais de 65 anos e são já cerca de 1,5 milhões num total de 10 milhões de habitantes. Na União Europeia são 57 milhões idosos num total de pouco mais de 370 milhões de habitantes e no mundo são 409 milhões de pessoas num total de 6 milhares de milhão de habitantes. Se inicialmente os organismos internacionais se preocupavam apenas com o crescimento em número das populações, na segunda metade do século XX, começou a atribuir maior importância à situação emergente das sociedades envelhecidas com realidades novas e desconhecidas.

O papel das ciências como, a economia, a psicologia, a antropologia, a ética e a geografia foram e continuam a ser relevantes no entendimento do crescimento demográfico, no entanto é fundamental o entendimento da relação dos idosos e das ciências biológicas, sendo de realçar a importância da Geriatria e da Gerontologia onde maior volume de investigação e de esclarecimentos se tem encontrado (Nazareth, 2002).

É importante reconhecer a existência do grande número de idosos, mas é mais importante ainda, que os políticos e os cidadãos se consciencializem desta nova realidade e avaliem o impacto e consequências do processo de envelhecimento em termos de pirâmide demográfica onde nos confrontamos não só, com um “envelhecimento da base” que pode ser interpretado com diminuição da importância dos jovens na sociedade, mas também um “envelhecimento do topo” com aumento da importância dos idosos. Este facto deveu-se sobretudo ao efeito conjugado de três importantes factores: o declínio da fecundidade, o aumento da duração média de vida e as migrações (Nazareth, 2002).

Anabela Mota Pinto (2001), citando a fonte do INE, diz-nos que num futuro bem próximo a população idosa superará a população jovem. Em 2020 a proporção da população de indivíduos com idade superior a 65 anos atingirá os 18,1% enquanto a população jovem, referida à população com idade entre os 0 e 14 anos, será de 16,1%. Outro dado a reter é de que serão as mulheres que viverão mais e existirão idosas num número superior ao número das mulheres jovens.

Em síntese, é fundamental que todos tenhamos consciência do crescendo de população idosa, verificado sobretudo à custa de pessoas com mais de 75 anos, os chamados grandes idosos, mas também, da importância de desenvolver esforços no sentido de lhes proporcionar maior qualidade de vida.

1.1.5.2 O futuro

Numa perspectiva de visão a longo prazo, atendendo não apenas à questão demográfica, o Conselho da Europa elaborou oito cenários, que são uma representação hipotética dos futuros possíveis baseados numa variedade de hipóteses, que visam explorar todas as possibilidades, ou melhor, as possibilidades extremas que devem balizar a reflexão prospectiva do envelhecimento (Nazareth, 2002).

Portugal baseou-se nos critérios adoptados pelo Eurostat, que apesar de serem menos em número, tem por outro lado a vantagem do facto de cada país quantificar as suas hipóteses e o resultado no total da União Europeia ser a soma dos vários resultados obtidos pelo conjunto de países.

São três os cenários prospectivos criados pelo representante na Eurostat, relativamente a Portugal, tendo por base os principais pontos de modificação demográfica: a prospectiva da fecundidade, prospectiva da migração e prospectiva da mortalidade.

Quanto à fecundidade parece haver uma perspectiva de estabilização e de não alteração dos números actuais (1,4 filhos por mulher), sendo o declínio da mortalidade em geral e o aumento da duração média de vida em particular os factores determinantes na prospectiva da evolução.

Permite um certo optimismo quanto ao futuro, o facto de se constatar uma evolução da técnica do tratamento das doenças oncológicas, uma melhoria das condições de saúde, uma melhoria dos conhecimentos no tratamento das doenças infecciosas e na prevenção das doenças cardiovasculares. Embora possamos considerar estes aspectos positivos, temos de admitir o verso da medalha, ou seja, os malefícios de boas armas no tratamento de doenças mas que serão também elas próprias a causa de outras doenças.

Segundo o Eurostat – no Cenário “Alto”, estão criadas as condições para num horizonte de 50 anos se prever um cenário optimista que aponta para um duração média de vida de 90 anos para o homem e de 95 para a mulher ou moderadamente optimista de

83 anos para o homem e de 87 para a mulher, ou seja, um aumento de 10 anos num horizonte de 50 anos (Nazareth, 2002).

Mas outros cenários se podem prever mais pessimistas e que contam com: o aumento das doenças infecciosas devido à resistência às terapêuticas antibióticas; a diminuição das condições gerais da saúde devido à má qualidade ambiental provocada por chuvas ácidas, pelos adubos químicos e outros elementos que põem em risco a vida das gerações futuras, e por último, perguntamos se as novas gerações serão igualmente resistentes como as gerações que estão actualmente com uma idade avançada, visto que são indivíduos seleccionados no contexto da grande mortalidade infantil do passado.

Assim sendo a Eurostat prevê num horizonte de 50 anos o aumento de 3 anos na esperança de vida. No caso de Portugal, segundo Manuel Nazareth (2002), nos próximos dez anos, espera-se poder atingir o nível de mortalidade da média da União Europeia e estabilizar num esperança de vida à nascença de 76 anos para os homens e 83 para as mulher.

Como é objectivado pela Organização Mundial da Saúde, para o fim do século XXI, devem-se preocupar os políticos assim como os investigadores, não só com a esperança de vida, mas também e sobretudo, com o aumento da expectativa de vida activa.

1.2 ASPECTOS BIOMÉDICOS DO ENVELHECIMENTO

1.2.1 AS IDADES DO ENVELHECIMENTO

Desde tempos remotos o envelhecimento se apresenta como uma fonte de estudo. Talvez que, os mais antigos relatos e os primeiros estudos realizados sobre o envelhecimento, datem de 106-43 a.C., por Cícero, no seu trabalho intitulado *De Senectute*, como nos refere Roger Fontaine (2000). A velhice é então descrita como *variável de indivíduo para indivíduo e como período da vida em que pode oferecer numerosas oportunidades pessoais*.

O envelhecimento é um conjunto de processos que ao longo da existência de cada indivíduo o vai transformando gradativamente e de forma diferente do seu congénere, dependendo esta transformação de múltiplos factores quer pessoais, quer sociais quer psicológicos ou ambientais que justificam a grande diversidade existente entre os indivíduos mais velhos.

A diversidade com que se apresenta o processo de envelhecimento, quer de pessoa para pessoa, quer ao longo do ciclo de vida de cada indivíduo, justifica atribuímos não uma idade, mas *idades* para o envelhecimento.

Birren e Cuningham (citados por Roger Fontaine, 2000, p. 23) mencionam três idades:

Idade biológica que é descrita como o resultado do envelhecimento orgânico, faz notar a variabilidade do envelhecimento visto que os indivíduos não parecem envelhecer todos ao mesmo tempo, nem todos com a mesma intensidade.

Algumas das alterações verificadas no envelhecimento resultam de um processo gradativo de perdas que podem começar ainda nos primeiros anos de vida adulta, mas que só se tornam evidentes, quando a perda é profunda.

A perda funcional torna-se significativa e evidente quando ultrapassa determinado nível e influencia o desempenho funcional de um órgão no indivíduo idoso e é por esse motivo que encontramos muitos indivíduos idosos, onde nos surpreende o facto de apresentarem exames laboratoriais com resultados normais (Kane, Ouslander, & Abrass, 2005).

A diminuição da capacidade de resposta ao stress externo é o principal factor que diferencia o jovem do idoso. São exemplos disso o facto de em situação basal o idoso poder apresentar um débito cardíaco normal, mas não conseguir durante o exercício desenvolver a adaptação necessária ao aumento do esforço. Na avaliação da função renal, o idoso pode apresentar níveis de creatinina normais apesar de o fluxo sanguíneo e a filtração glomerular se apresentarem diminuídos, o que se deve à diminuição da massa muscular e à consequente diminuição da produção da creatinina, própria do idoso.

A Idade Social, refere-se ao estatuto, aos hábitos e papeis desempenhados por cada indivíduo no meio em que vive.

Na nossa sociedade o valor dado ao trabalho, à beleza física, ao desempenho intelectual, é sobejamente relevante e daí que se possa dizer que a idade social de cada indivíduo é ditada pela idade que a nossa comunidade lhe atribui. A valorização destes aspectos têm consequências para o estatuto do indivíduo idoso.

A idade Psicológica, diz respeito às competências comportamentais que a pessoa desenvolve em resposta às mudanças do ambiente. Estão incluídas aqui, as capacidades mnésicas, intelectuais, a motivação para a aprendizagem e empreendimento que alguns autores, como nos diz Busse (citado por Roger Fontaine, 2000, p 25), integram no que chamam “ envelhecimento secundário” que depende do controlo do indivíduo, contrariamente ao que acontece ao “envelhecimento primário”.

O envelhecimento continua a ser um dos pontos mais complexos e obscuros para a ciência, pois que, apesar de despertar muito interesse na investigação científica, não é ainda possível o seu controle à luz dos conhecimentos actuais.

1.2.2 ENVELHECIMENTO FISIOLÓGICO E PATOLÓGICO

É consensual que o envelhecimento é universal e se deve a uma multiplicidade de variáveis, que por seu lado, podem influenciar positivamente ou negativamente, abrandando ou acelerando o processo de envelhecimento.

Podemos dizer que o envelhecimento “normal” ou senescência, é o resultado do conjunto de sinais de deficiências funcionais que vão aparecendo ao longo da vida do indivíduo, que não comprometem a vida de relação do sujeito, nem as actividades pessoais e que apesar de existirem danos, estes são de intensidade que o organismo consegue enfrentar de forma adaptativa.

O processo interno de adaptação, os hábitos pessoais como a dieta, exercício, exposição ambiental e constituição física influenciam o processo de envelhecimento, razão pela qual alguns autores o dividem (Cançado & Horta, 2006, p.195):

bem sucedido ou síndrome do envelhecimento puro – em que os indivíduos têm uma perda mínima numa função específica e mantém um padrão fisiológico plenamente satisfatório ao longo dos anos.

usual, em que os indivíduos têm um prejuízo significativo, mas apesar de não estarem doentes, apresentam um grande potencial para manifestarem doenças e incapacidades e em simultâneo têm a possibilidade de melhorar as perdas funcionais e reduzir os riscos de resultados adversos.

Para facilitar em termos didáticos, podemos aceitar como mudanças próprias do envelhecimento ou envelhecimento fisiológico, aquelas que se prendem com os critérios seguintes (Chavarino, 2002, p. 4):

1. *Sejam universais, isto é, que apareçam em todos os indivíduos que vivam o suficiente;*
2. *Sejam intrínsecos, isto é, que não apareçam como consequência de factores externos (ambientais);*
3. *Sejam progressivos, visto entendermos o envelhecimento como um processo.*

O *Envelhecimento patológico* ou senilidade, ocorre quando os danos são de grande intensidade, levando a deficiências funcionais acentuadas e comprometendo o desempenho de várias actividades quer físicas quer cognitivas quer da vida de relação. O termo senilidade, é um termo amplo, impreciso, muitas vezes indevidamente utilizado, que confunde a fronteira entre a idade e a doença mental e devido a esta facto, por vezes, sintomas importantes são atribuídos à idade, quer pelo próprio quer por familiares e mesmo por profissionais de saúde (Cançado & Horta, 2006).

Desta limitação na definição única de envelhecimento e visto a dificuldade em avaliar as alterações apresentadas pelo idoso, o profissional de saúde deve estar atento para distinguir o processo fisiológico do processo patológico de envelhecimento, não negligenciar as doenças tratáveis e por outro lado evitar que sejam tratadas como

doenças as manifestações justificadas pelo envelhecimento, respeitar todos os factores intrínsecos e extrínsecos ao indivíduo que seguramente influenciam a velocidade e qualidade do envelhecimento.

1.2.3 ENVELHECIMENTO CEREBRAL

1.2.3.1 Alterações estruturais

O cérebro, é uma parte estruturante e fundamental na qualidade e autonomia de cada pessoa e por isso se justifica fazer uma revisão acerca das alterações sofridas durante o processo de envelhecimento que parecem ser inevitáveis.

Devido ao envelhecimento, tanto o “normal” ou alteração de senescência relacionada com a idade, (ARCs – senescent age – related changes), como as doenças crónicas, provocam alterações cerebrais e declínio da performance (Drachman, 1997).

“O processo de senescência resulta invariavelmente da passagem dos anos e se por um lado, a expectativa de vida foi prolongada pela prevenção e tratamento de doenças específicas, a esperança de vida pode ser alterada modificando a ARCs” (Drachman, 1997, p. 819).

O autor refere que com o processo de envelhecimento assiste-se ao aumento da degenerescência neuronal, resultado de um conjunto de alterações entre as quais se destacam o desequilíbrio entre factores oncogénicos e não oncogénicos, factores de crescimento, acumulação de radicais livres, alteração das proteínas, declínio das cadeias funcionais e secundariamente a perda da produção de energia mitocondrial.

Para controlar a degenerescência neuronal, é necessário controlar as alterações de senescência, sendo para tanto fundamental conhecer os mecanismos implicados e prevenir o seu impacto na doença.

A redução do volume cerebral é uma das mais evidentes mudanças macroscópicas do envelhecimento (Chavarino, 2002; Cançado & Horta, 2006). Essa redução é estimada em cerca de 10% na idade de 80 anos, relativamente ao peso máximo do cérebro na idade adulta. O volume cerebral reduz à razão de 2% por década a partir dos 50 anos. Esta alteração não se verifica em simultâneo em todas as áreas do cérebro mas evolui de forma mais ou menos gradativa, sendo iniciada no volume do córtex, seguida pela redução na substância branca sub-cortical e corpo estriado.

Após os estudos de Hangs e colaboradores (referidos por Cançado & Horta, 2006), considerou-se que as alterações cerebrais mais significativas que ocorrem no envelhecimento, são: retracção do corpo celular dos grandes neurónios, aumento relativo da população dos pequenos neurónios e adelgaçamento da espessura cortical. Contrariando esta considerações, os trabalhos realizados na década de 1950-60 relacionavam o envelhecimento a perda celular.

Não podemos deixar de referir que as alterações relatadas, não estão presentes em todas as pessoas por igual. Existe uma grande variabilidade entre os indivíduos e é prova disso o facto de em muitos idosos não se detectaram alterações do volume cerebral, como ficou confirmado em estudos usando técnicas de neuroimagem.

1.2.3.2 Processos compensadores

Por outro lado, para além da redução do volume cerebral, processo esperado no envelhecimento, também os défices cognitivos se apresentam com maior frequência com o avançar da idade. Contudo, não se pode correlacionar com a perda da inteligência, sendo que foram encontrados doentes de Alzheimer com estruturas cerebrais normais para a idade (Chavarino, 2002; Cançado & Horta, 2006).

Relativamente à capacidade do cérebro de enfrentar as adversidades e perdas ao longo da vida, as suas características, assumem um aspecto interessante que entendemos realçar: a *redundância*, o *mecanismo compensador* e a *plasticidade* (Cançado & Horta, 2006).

Redundância refere-se ao facto de existirem muito mais células nervosas que as necessárias, embora se desconheça qual o número de células nervosas que são necessárias para determinadas funções.

O *mecanismo compensador*, é a capacidade que entra em acção na situação de lesão e parece que quanto mais alta for a estrutura atingida, maior é a eficiência deste mecanismo.

Por último a *plasticidade*, se refere à capacidade através da qual, os neurónios maduros estabelecem e desenvolvem novas sinapses o que justifica a

possibilidade de aprender e adquirir novos conhecimentos, lembrar novos factos e a possibilidade de desenvolver novas habilidades (Cançado & Horta, 2006).

1.2.3.3 Alterações bioquímicas

As mudanças microscópicas observadas no cérebro, devem-se à acumulação de pigmentos intra celulares, nomeadamente a lipofuscina, com a presença de pequenos vacúolos preenchidos com grânulos basófilos resultantes da autodestruição celular, da acumulação de depósitos de B amilóide e de anéis de miofibrilhas, que são prolongamentos neuronais degenerados, formando as placas neuríticas ou senis, que segundo Chevarino, não parecem ser responsáveis por défices cognitivos.

Outras alterações importantes que se relacionam com o envelhecimento, dizem respeito ao aumento da glia, às alterações produzidas por radicais livres e às alterações principalmente do DNA mitocondrial, mais que do DNA nuclear.

Ainda segundo Chavarino (2002), durante o envelhecimento cerebral pode verificar-se a diminuição da transmissão nervosa, devido a alterações da síntese ou na degradação dos neurotransmissores ou ainda por alterações que se podem verificar nos receptores.

Os neurotransmissores mais estudados e influenciados pelo envelhecimento normal, são a acetilcolina e a dopamina. A diminuição do número de receptores dopaminérgicos no envelhecimento, poder-se-ia dever tanto à morte de neurónios que expressam os receptores, como à diminuição da síntese destes receptores nos neurónios sobreviventes o que seria responsável pelas alterações motoras semelhantes às que se verificam na doença de Parkinson.

Relativamente à noradrenalina, e serotonina o que parece variar é o número dos receptores serotoninérgicos 5-HT_{1A} e 5-HT_{2A} no córtex cerebral.

A neurotransmissão glutamatérgica durante o envelhecimento é influenciada mais pela diminuição de receptores do tipo NMDA (N-metil-D-aspartato) ao nível de áreas corticais e hipocampo, que de outros receptores.

O ácido gamaminobutírico (GABA) é o neurotransmissor inibidor mais amplamente distribuído no sistema nervoso central mas os estudos sobre o seu efeito no envelhecimento são ainda muito escassos.

Segundo vários autores, (Chavarino, 2002; Cançado & Horta, 2006) tem-se dado relevância à relação existente na velhice entre as alterações de um sistema neurotransmissor e um deficit funcional determinado.

São exemplos da referida relação:

- a diminuição da actividade acetilcolinérgica cortical e hipocámpica e o défice cognitivo da velhice;

- as alterações da neurotransmissão dopaminérgica no estriado e as disfunções motoras e cognitivas;

- o deficit da neurotransmissão serotoninérgica cortical e a sua relação com a predisposição de sofrer de depressão (Chavarino, 2002; Barraclough & Gill, 1997; Cançado & Horta, 2006);

- o deficit de neurotransmissão glutamatérgica relacionada com as alterações de aprendizagem na velhice.

Mais relevante que a relação entre um deficit de neurotransmissão e um deficit de função, parece ser, o contributo entre a interacção de neurotransmissores diferentes no desenvolvimento de um determinado deficit funcional, como foi demonstrado no deficit cognitivo, em que intervêm não só os neurotransmissores acetilcolinérgicos, mas também o serotoninérgico, o dopaminérgico e glutaminérgico e nas alterações motoras em que pode ter um papel relevante não só a disfunção dopaminérgica mas também a glutaminérgica.

1.3 ASPECTOS PSICOLÓGICOS DO ENVELHECIMENTO

Ao longo da vida, todos os órgãos e sistemas se modificam reduzindo a sua função e adaptando-se à acção dos vários agressores internos e externos, permitindo maior ou menor qualidade de vida. O idoso, é a pessoa que conseguiu ultrapassar e ou adaptar-se aos vários desafios que a vida proporciona.

A duração média de vida, entendida como o limite superior da duração habitual da vida de um indivíduo tem progressivamente aumentado nas sociedades ocidentais e tem-se aproximado da esperança de vida.

Vive-se cada vez mais anos mas muitas vezes esses anos são acompanhados por situações de incapacidades ou discapacidades que limitam a autonomia e obrigam a uma vivência por vezes penosa.

David A. Drachman (1997), considera que aos 65 anos a esperança de vida é de cerca de 17 anos e em dois terços desse tempo, seria de vida independente, aos 85 anos a esperança de vida independente é apenas de um terço e que uma parte muito substancial desta incapacidade é de causa neural.

Num estudo realizado em Portugal com uma amostra de 265 indivíduos com mais de 75 anos de onze ficheiros clínicos de Médicos de Família, verificou-se um paralelo entre dependência física e deterioração mental (Loureiro et al., 2007) o que está de acordo com as considerações de Drachman.

Quando se trata de idosos, os técnicos de saúde devem ter presente um conceito mais abrangente de saúde que não se limite ao conceito habitual de ausência de doença ou enfermidade, mas que respeite os parâmetros que os idosos valorizam como presença de saúde e que diz respeito à possibilidade de realizarem uma vida independente, com autonomia e sobre a qual possuam controle sem a necessidade de serem cuidados (Paschoal, 1999).

Todos os aspectos são importantes para a participação do idoso na sociedade. Não só o desempenho físico, mas também o aspecto cognitivo tem relevância fundamental, pois que à queixa de esquecimento e ou perda de memória referido pelo idoso, se associam muitas vezes o isolamento, o afastamento do meio familiar e social e o desinteresse por si mesmo. A não valorização destas queixas, pode ser o ingrediente

que faz a diferença entre a saúde e a rápida progressão para a depressão e deterioração mental, tornando o tratamento mais difícil e a vida mais penosa.

CAPÍTULO II

A DEPRESSÃO NO IDOSO

2.1 CRITÉRIOS DE DEFINIÇÃO PARA A DEPRESSÃO NO IDOSO

2.1.1 BREVES NOÇÕES HISTÓRICAS

A Depressão é uma situação clínica onde se observam alterações semi-permanentes da regulação do humor, das perspectivas do sujeito e dos processos de defesa deste, alterando o seu estado de saúde, sendo este processo, o resultado do cruzamento de factores precipitantes e predisponentes (Vaz Serra, 1990).

J. A. Cervilla Ballesteros (2002) refere-se a uma série de mudanças nos conceitos usados pelos psiquiatras. O conceito de *melancolia*, definida como transtorno primário de emoções relacionados com aspectos como a perda, inibição e redução ou declive, era usado pelos clínicos para se referirem a um sub-tipo de mania enquanto o termo depressão, era exclusivamente usada e relacionado com a doença cardiovascular. Em meados do século XIX, o conceito de melancolia e de depressão foram congregados num conceito mais abrangente de Depressão Mental, que ainda no século XIX, passa a ser conhecido com a designação de depressão, termo este, que permanece nos nossos dias. Actualmente o conceito de depressão goza de grande consenso quando são cumpridos os critérios de descrição incluídos na Classificação Internacional de Doenças – CID-10, da Organização Mundial da Saúde (1993) ou no Módulo Estatístico dos Transtornos Mentais – DSM-IV (2002) e é considerada como a exacerbação dos sentimentos e sensações diárias acompanhadas de tristeza.

2.1.2 DEPRESSÃO – DEFINIÇÃO E PARTICULARIDADES DO CONCEITO

“Trata-se de uma perturbação do humor de gravidade e duração variáveis, que é frequentemente recorrente e acompanhada por uma variedade de sintomas físicos e mentais, que envolvem o pensamento, os impulsos e a capacidade crítica” (Wilkinson, Moore & Moore, 2005, p 21).

A depressão pode incluir-se nas perturbações afectivas, por se tratar de uma alteração do humor ou do afecto. Harrisson, Gueddes, & Sharpe (2006) chamam a atenção para a distinção entre episódio e perturbação depressiva. Como *episódio*

depressivo consideram a alteração no momento, enquanto a *perturbação depressiva* se refere ao diagnóstico da doença subjacente.

Torna-se também importante falar sobre a associação entre ansiedade e depressão, apesar de muitos psiquiatras considerarem como situações clínicas distintas e com características muito próprias.

Diferentes autores, citados por Miguel Bragança (2007), não comungam da mesma opinião, tendo por referência um estudo realizado por Zinbarg e colaboradores, (referidos por Bragança, 2007, p. 4), no qual 11% das pessoas estudadas, apresentavam uma combinação de sintomas típicos de depressão e de ansiedade.

No *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais – DSM-IV*, da American Psychiatric Association (2002) e *Classificação de Internacional de Doenças - CID-10* (1992), encontra-se classificada como *perturbações subsindromáticas*, a perturbação em que não se atinjam os critérios necessários para ser feito o diagnóstico de ansiedade e de depressão de forma independente (Bragança, 2007).

Estudos realizados em instituições psiquiátricas e na comunidade, mostram diferenças. Se por um lado nas instituições, os diagnósticos de depressão e ansiedade se apresentam com características e quadros clínicos específicos e facilmente identificáveis, na comunidade o mesmo não acontece e estas situações clínicas interligam-se com maior frequência. Segundo Miguel Bragança (2007) esta distinção é mais defendida por quem trata, nomeadamente pelo psiquiatra, do que por quem dela sofre, o doente.

Podemos aceitar a descrição de *depressão*, como doença que é reconhecida habitualmente pelo próprio ou pela família e inclui frequentemente sintomas como: humor deprimido, perturbações do sono, perda de interesse ou de prazer pelas actividades habituais, diminuição da energia e fadiga, perda de apetite ou do peso, auto – recriminação e culpa, incapacidade de concentração, posição e gestos característicos e diminuição da libido, associando-se ainda a ansiedade, irritabilidade e lentidão (Wilkinson, Moore & Moore, 2005). Quando a sintomatologia depressiva se intensifica, considera-se *depressão grave* e podem encontrar-se sintomas como, ideação suicida recusa alimentar e ideias delirante e ou alucinações.

Importa fazer também uma referencia aos significados de *depressão Ligeira* e *Moderada*, pela relativa frequência com que aparecem.

Autores como Harrisson, Gueddes e Sharpe (2006, p. 170), consideram a depressão ligeira como a “forma mais comum do episódio depressivo, em que os

sintomas mais presentes são a sensação de cansaço, de stress e mais raramente a ideação suicida que geralmente não é consumada com auto-agressão”. Uma característica importante é o facto de apesar de humor diminuído, o doente mantém a sua vida profissional e manifesta ainda reacção positiva perante boas notícias.

A *depressão Moderada* considerada por estes autores como uma classificação “académica” e descrevem os seguintes sintomas como característicos deste tipo de depressão:

- Humor objectiva e subjectivamente deprimido;
- Sintomatologia somática nomeadamente a perturbação do sono e do apetite;
- Anedonia e ausência de motivação;
- Anergia;
- Má concentração;
- Cognições negativas – concentração em recordações desagradáveis, insucessos, desapontamentos e num futuro negro;
- Lentificação motora comum ou em alguns doentes, a agitação independente do que têm em mente;
- Sentimentos de desespero e desamparo;
- Ideação e intenção suicida provocada pelo humor baixo, pelas cognições negativas e sentimentos de desespero – relativamente aos quais se deve sempre inquirir e levar a sério o doente;
- Ansiedade e isolamento social;
- Disfunção proeminente com incapacidade para trabalhar de forma apropriada ou isolamento social marcado.

Quanto à depressão grave, o desinteresse pela vida e pelo envolvimento, a ideação suicida muito marcada e o risco de suicídio muito elevado, são os sintomas marcantes.

Harrison, Gueddes e Sharpe, (2006), chamam ainda a atenção para a forma de depressão a que chamam de *depressão psicótica*, ou *Psicose depressiva*, quando se está em presença de sintomas exacerbados e delirantes e por vezes também de alucinações auditivas. Os sintomas depressivos, a congruência do humor, as ideias delirantes e alucinações, fazem o diagnóstico diferencial desta, com outras psicoses, onde se inclui o

síndrome de Cotard em que o doente considera que parte de si próprio ou do seu corpo está morto.

A depressão pode evoluir na sua gravidade de tal forma que o doente pode apresentar *estupor depressivo*, com completa imobilidade e perda da expressão facial, chegando ao extremo de recusar ingestão de alimentos ou de líquidos desencadeando a morte por desnutrição e/ ou desidratação.

Nos idosos, os transtornos depressivos assumem um carácter sobejamente relevante, não só pelo aumento da sua prevalência, bem como, pela comorbilidade com doenças próprias do envelhecimento, como por exemplo em doença de Parkinson.

Os autores P. Gregorio e M. Carrasco (2004), referem-se à grande preocupação e alerta lançado pela OMS, no início deste século, sobre as consequências nefastas da depressão e ansiedade, particularmente nas populações mais frágeis, como os idosos. A depressão não diagnosticada e não tratada, agrava o risco de deterioração funcional e risco de suicídio e por seu lado a ansiedade, agrava o sofrimento de um grande número de morbilidades do idoso.

É justamente devido à elevada frequência e à gravidade dos sintomas da depressão, que a sua detecção precoce é fundamental para garantir uma intervenção oportuna no sentido de permitir uma maior qualidade de vida aos doentes que dela sofrem e melhorar a capacidade de suporte das famílias destes doentes, mas também, para a redução dos custos sociais e económicos que esta doença implica para a humanidade quer no presente quer no futuro.

2.2 SISTEMAS DE CLASSIFICAÇÃO DA DEPRESSÃO

A depressão é uma doença mental frequente no idoso, com um grau elevado de sofrimento físico e psíquico. Não raramente os sintomas apresentados pelos idosos, são na realidade síndromas que envolvem aspectos clínicos etiopatogénicos e de tratamento, associados a doença física, a acontecimentos vitais, nomeadamente o luto, perda de laços afectivos, a doença crónica e incapacidades, o isolamento, a perda de recursos económicos e muitos outros factores que se poderiam apontar para além destes (Stella, Gobbi, Corazza & Costa, 2002; Rosa & Martin, 2007b).

Embora seja junto do seu médico de família que a maior parte dos idosos procura o tratamento para os seus sintomas, por motivos vários, o reconhecimento da doença está longe de atingir o ideal. O principal objectivo da detecção da depressão, prende-se com a prevenção da morbilidade. O continuum entre o normal e a doença mental, no idoso, dificulta o diagnóstico à luz de classificações rígidas.

Consideramos importante abordar os vários sistemas classificativos da depressão e iniciaremos pelas classificações que reúnem o consenso internacional sobre o diagnóstico da depressão: *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10* (Organização Mundial de Saúde – OMS, 1993) e *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais - DSM-IV-TR* (American Psychiatric Association, 2002). Como referem Andrade Rosa e Molina Martin (2007c), 20 a 25% dos doentes que consultam os cuidados primários, fazem-no por um problema relacionado com a saúde mental, sejam eles distúrbios psiquiátricos ou distúrbios somáticos, favorecidos ou agravados por factores psicológicos ou problemas emocionais, daí a importância também da *Classificação Internacional de Cuidados Primários – IPCP-2* (2001).

2.2.1 CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE DOENÇAS – CID-10

A Classificação Internacional das Doenças, CID 10 (Wilkinson, Moore e Moore, 2005, Organização Mundial da Saúde, 1993) define episódio depressivo de acordo com uma lista de dez sintomas, que se indicam abaixo, presentes pelo menos durante duas semanas.

1. Humor depressivo (anormalmente baixo para o indivíduo);

2. Perda do interesse (pelas actividades habitualmente agradáveis);
3. Diminuição da energia (ou aumento da fatigabilidade).

(Devem estar presentes pelo menos duas das características acima indicadas)

4. Perda de confiança ou da auto-estima;
5. Sentimentos inapropriados de culpa ou recriminação;
6. Ideação ou comportamento suicida;
7. Problemas de concentração (por exemplo, com indecisão);
8. Atraso ou agitação psicomotora;
9. Perturbação do sono de qualquer tipo;
10. Aumento ou diminuição do apetite (com alteração do peso corporal).

Divide as manifestações depressivas em episódio depressivo ligeiro, quando presentes quatro desses sintomas, em episódio depressivo moderado quando se encontram patentes seis sintomas e episódio grave se estão presentes oito sintomas e não devendo ser levado em conta a existência de outras doenças ou uso de substâncias,.

Em episódios depressivos, quer sejam leves, moderados ou graves, encontram-se sintoma comuns, como sejam, o humor deprimido, a redução da energia e do nível de actividade no contexto de diminuição do interesse, diminuição da concentração Wilkinson, Moore e Moore, 2005, Organização Mundial da Saúde, 1993).

Pode também ser especificada uma síndrome somática que exige a presença dos seguintes oito sintomas:

1. Marcada perda de interesse pelas actividades habitualmente agradáveis;
2. Ausência das respostas emocionais habituais;
3. Acordar de manhã pelo menos duas horas mais cedo que o habitual;
4. O humor depressivo é mais intenso durante a manhã;
5. Acentuada inibição psicomotora (objectivada por terceiros);
6. Acentuada perda de apetite;
7. Perda de peso (pelo menos 5% do peso corporal durante o último mês);
8. Acentuada perda do desejo sexual.

Em caso de ocorrerem ideias delirantes ou alucinações durante os episódios depressivos, especificar-se-á a presença de sintomas psicóticos.

2.2.2 MANUAL DE DIAGNÓSTICO E DAS PERTURBAÇÕES MENTAIS – DSM-IV

O Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais – DSM IV, assume a depressão com uma abordagem multiaxial, e exige no entanto para a classificação de episódio depressivo major a coexistência de cinco ou mais critérios, durante pelo menos duas semanas, devendo um dos sintomas ser, humor depressivo ou perda de prazer ou interesse (Wilkinson, Moore e Moore, 2005, American Psychiatric Association – DSM-IV, 2002).

O DSM-IV divide os sintomas em quatro subgrupos:

- transtorno depressivo major (episódio);
- transtorno depressivo major (recidivante);
- transtorno distímico;
- transtorno não especificado.

No DSM IV para o diagnóstico do episódio Depressivo Major, torna-se necessário estarem presentes 5 (ou mais) dos sintomas abaixo apresentados, durante o período de pelo menos duas semanas e representarem uma alteração do funcionamento prévio. Preconiza que pelo menos um dos sintomas seja humor depressivo ou perda de prazer ou interesse e não deve incluir os sintomas que são claramente provocados por um estado físico geral, ideias delirantes ou alucinações que são incongruentes com o humor.

- 1) Humor depressivo durante a maior parte do dia , quase todos os dias, indicados ou pelo relato subjectivo (por exemplo, sente-se triste ou vazio) ou pela observação de outros (por exemplo, parece choroso);
- 2) Diminuição clara do interesse ou prazer em todas ou quase todas as actividades durante a maior parte do dia, quase todos os dias (indicado pelo relato subjectivo ou pela descrição de outros);

- 3) Perda de peso, quando não está a fazer dieta, ou aumento de peso significativo (por exemplo uma alteração de mais de 5% do peso corporal num mês) ou diminuição ou aumento do apetite quase todos os dias;
- 4) Insónia ou hipersónia quase todos os dias;
- 5) Agitação ou lentificação psicomotora quase todos os dias (observável por outros e não meramente pelo relato subjectivo de se sentir agitado ou lento);
- 6) Fadiga ou perda de energia quase todos os dias;
- 7) Sentimentos de desvalorização ou culpa excessiva ou inapropriada (que pode ser delirante) quase todos os dias não meramente auto censura ou sentimentos de culpa por estar doente);
- 8) Diminuição da capacidade de pensamento ou da concentração, ou indecisão, quase todos os dias ou pelo relato, ou pela observação de outros);
- 9) Pensamentos recorrentes acerca da morte (não somente acerca do medo de morrer), ideação suicida recorrente sem planos específicos ou tentativa de suicídio ou plano específico para cometer suicídio.

Ambas as classificações apresentam o grupo dos transtornos adaptativos que podem apresentar-se por sintomatologia depressiva e alterações de ansiedade.

2.2.3 CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE CUIDADOS PRIMÁRIOS - ICPC – 2

A Classificação Internacional de Cuidados Primários – ICPC-2, criada pela Comissão Internacional de Classificações da WONCA (2001) e reconhecida pela Organização Mundial da Saúde (OMS), apresenta-se como um sistema que tendo por base a CID-10 distingue-se desta porque permite a classificação das doenças orientada para o doente e não para a doença, usando três elementos importantes de uma consulta:

1. motivos que levaram à marcação da consulta;
2. diagnóstico ou problema;
3. procedimentos.

A depressão, no capítulo denominado Psicológico, enquadra as descrições relacionáveis com os sintomas depressivos:

P03 Sensação de Depressão

Inc – sentir-se pouco à vontade, infeliz, preocupado

Exc.- perturbação depressiva P76

Critérios: sentimentos relatados pelo doente como uma experiência emocionante ou psicótica não atribuída a uma perturbação mental. Verifica-se uma transição gradual de sentimentos indesejáveis, mas mais ou menos normais, para sentimentos que são tão perturbadores para o doente, que este procura ajuda de um profissional.

P76 Perturbações Depressivas

Incl: psicose afectiva NE (não específica), neurose depressiva, psicose depressiva, misto de ansiedade e depressão, depressão reactiva, depressão

Excl: reacção aguda ao stress

Critérios; distúrbio importante do estado de espírito no sentido da Depressão. O estado de espírito como energia e a actividade diminuem, assim como diminui a alegria, o interesse e a concentração. O sono e o apetite são normalmente alterados e a auto-estima e a confiança diminuem.

Em síntese, o diagnóstico da depressão no idoso, obriga a ter em consideração as particularidades do envelhecimento, a heterogeneidade dos idosos, os factores favorecedores e determinantes da etiologia da sintomatologia depressiva mais do que a preocupação de estabelecer o enquadramento nas classificações de DSM-IV e CID- 10, que têm mais por referência a duração e intensidade dos sintomas do que as suas causas.

E como afirma Gutiérrez Rodríguez, (2008, p. 19), “quando se tem em conta a população geriátrica, se deve ter presente que nem a DSM IV nem a CID 10 dispõem de critérios específicos para a sua aplicação em população idosa”.

2.3 PARTICULARIDADES DA CLÍNICA DEPRESSIVA NO IDOSO

A diversidade das queixas de sintomas relacionados com depressão, perante um investigador menos atento ou menos conhecedor, pode marcar a diferença entre a desvalorização dos sinais e sintomas que poderiam ser a pista fundamental para o tratamento e a melhoria da qualidade de vida do idoso e o percurso da doença para a cronicidade e até em casos mais graves, para a morte.

A atenção muito rigorosa que é necessário dispensar aos sintomas do idoso, justifica-se plenamente pois que a sua atipicidade não permite fazer a correspondência, na maioria das situações, com os critérios classificativos de depressão Major existentes da DSM IV ou na CID-10.

Segundo Carvalho e Fernandez (1999), está estimado que cerca de 40% dos idosos com depressão não são diagnosticados. A dificuldade em diagnosticar a depressão no idoso deve-se a múltiplos factores, entre os quais, as falsas crenças quer de familiares quer dos profissionais de saúde, que consideram tristeza e a depressão, como normal do envelhecimento. Deve-se também ao próprio idoso, que frequentemente não acredita na medicação e muitas vezes tem mesmo medo dela, evitando o seu tratamento e mantendo o seu sofrimento.

A sintomatologia é muitas vezes mascarada pelo próprio, devido à presença de doença física. Os problemas mal resolvidos por parte dos familiares como sejam mágoas conscientes ou inconscientes relativas ao idoso, dificultam que aqueles aceitem a vertente psicológica e vejam a necessidade de ser tratada como outra qualquer doença.

Segundo Franco Lovaco (2007) podem-se encontrar algumas diferenças entre os quadros clínicos depressivos nos adultos e idosos, nomeadamente a ausência de *espírito depressivo*, sintoma pouco habitual nos mais velhos e que é facilmente confundido como uma consequência do envelhecimento, quer pelo próprio quer também pelos profissionais de saúde.

Os idosos por outro lado e contrariamente ao que se passa nos adultos e jovens, apresentam uma elevada frequência de *queixas somáticas* que se manifestam vulgarmente por dores de pernas e costas, dores epigástricas, cefaleias e por obstipação, que é um sintoma, muito frequente. Verbalizam por vezes de forma delirante os sintomas ao referirem que os seus órgãos estão parados, nomeadamente do foro

digestivo e cardíaco, e na sua expressão mais extrema, podem chegar a dizer que não existem. Esta sintomatologia hipocondríaca é conhecida como Síndrome de Codart.

Apresentam com frequência uma *lentidão psicomotora* que é conhecida pela teimosia e resistência dos idosos em se movimentarem, ficando muito tempo na cama ou sentados, sem realizar qualquer tarefa, e quando são solicitados para a modificação de comportamento e para a realização de algum movimento, manifestam contrariedade e irritação, o que desencadeia a perda de motivação do cuidador.

A lentificação, manifesta-se não só pela permanência estática mas também através da comunicação com poucas palavras, em tom débil, por vezes em monossílabas como se lhes custasse a responder e em casos extremos podem-se mostrar totalmente inexpressivos e com um mutismo acinético.

Os idosos deprimidos podem manifestar também, *sentimentos de incapacidade*, apatia e recusa em realizar as actividades habituais tão simples como a higiene diária a que o doente estava habituado a realizar. Este comportamento incompreensível aos olhos do cuidador e dos familiares que não conseguem reconhecer qualquer lesão ou limitação física que justifique o comportamento do idoso, respondem por vezes agressivamente.

O autor Franco Lobato (2007) descreve ainda os *sentimentos de inutilidade* e estorvo manifestados com frequência pelo idoso, que verbalizam a sensação de serem uma sobrecarga para a sua família ou para o cuidador e de tal forma repetidamente que pode assumir características delirantes.

A recusa em se alimentar ou ingerir líquidos, pode pôr o idoso em risco de desidratação e desnutrição e por vezes e não tão raro assim, pode levar à morte por caquexia.

Além das *alterações appetite*, podem manifestar-se também alterações do sono, que se podem manifestar por dificuldades em adormecer e / ou apresentarem sonolência diurna com frequentes episódios de adormecimento.

As *alterações cognitivas* mais frequentes são as alterações de memória recente e da atenção. A linguagem, as capacidades viso espaciais podem lentificar, mas comumente não estão afectadas. Os idosos deprimidos podem manifestar desinteresse em responder e são frequentes as respostas de “não sei”, “ não me recordo” o que pode levar a confusão e dificuldade em discriminar a falta de atenção, da verdadeira perda de memória.

Os doentes que apresentam verdadeiros défices de atenção, vulgarmente tentam esconder apresentando justificações para os seus esquecimentos e ou minimizando os sintomas.

Os idosos deprimidos podem apresentar alguma desorientação temporal, devido às alterações de interesse, atenção e também da memória.

Os *comportamentos regressivos*, os medos múltiplos e o receio de estarem sós, tornam-nos muito dependentes de terceiros nas suas actividades de vida diária e uma sobrecarga para o cuidador. Exigem companhia constante e apresentam episódios de quedas exuberantes, incontinência urinária ou fecal como forma de chamar a atenção sobre si.

Os sintomas referidos que não se identificam ou não estão descritos como sintomas característicos de Depressão Major, são frequentes nos adultos e idosos, mas com maior frequência nestes últimos. A atipia dos sintomas associado ao facto de se acreditar vulgarmente que o idoso é sempre um individuo com espírito depressivo, releva para segundo plano um diagnóstico precoce e um tratamento atempado da depressão no doente idoso e geriátrico (Lovaco, 2007).

Um aspecto muito importante a dar atenção é o aumento das emergências psiquiátricas nos idosos, nomeadamente nos doentes geriátricos. A dificuldade de fazer um diagnóstico de depressão e um diagnóstico diferencial com outras doenças psicogeriatricas, tem –se verificado com crescente frequência.

É muito difícil avaliar e ou tratar doentes geriátricos com sintomas psiquiátricos, não só porque o idosos sofrem de co-morbilidades, mas também porque eles minimizam ou exacerbam os sintomas psiquiátricos (Jenike & Cremens, 1994).

O serviço de urgência é um dos locais onde a dificuldade do diagnóstico diferencial correcto entre uma causa orgânica ou psiquiátrica pode ocorrer. Um estado confusional agudo ou uma perda de consciência, podem ser confundidos com uma doença psiquiátrica, nos idosos que recorrem ao serviço de urgência. Podem também apresentar sintomas de doença mental devido à polimedicação, e quando não devidamente controlados.

A demência é entre vários quadros psiquiátricos, aquele que com frequência obriga o cuidador a procurar o serviço de urgência, mas são também muitos os casos de depressão, delirium, ansiedade, violência e insónia.

O diagnóstico é dificultado devido à característica frequente no idoso, de não aceitar ajuda para os seus problemas psiquiátricos e conseqüentemente minimizar as queixas.

O risco de suicídio nos idosos, é um aspecto de obrigatória atenção, pela sua gravidade e pelo aumento da frequência de casos.

Alguns estudos comunitários realizados nos Estados Unidos, afirmam que os doentes deprimidos são cerca de 13 %, e que 20-35% de idosos com outras comorbidades estão deprimidos. Outros autores avançam para uma prevalência de 20-80% (Carvalho & Fernandez, 1999) e outros ainda referem que os doentes com idade superior a 65 anos são cerca de 11% da população dos Estados Unidos, mas correspondem a 25 % das situações de suicídio (Jenike & Cremens, 1994).

Não deve ser subestimada a doença física em idosos com doença mental, pois os doentes idosos deprimidos, apresentam uma menor esperança de vida e associam um risco acrescido de doença cardíaca. Estes idosos, são geralmente mais mal nutridos e apresentam quadros de agitação que duram meses ou até anos (Jenike & Cremens, 1994).

Estes autores referem que as doenças físicas estão muitas vezes subjacentes aos quadros depressivos apresentados pelos doentes geriátricos o que torna importante a realização de história clínica e pesquisa laboratorial para diagnóstico da doença.

Os profissionais de saúde e nomeadamente o médico assistente devem estar vigilantes nos doentes com doença física e uma importantes causa de depressão muitas vezes sub diagnosticada e sub tratada diz respeito à depressão após um acidente vascular cerebral. Em cerca de 50% dos doentes com lesões do hemisfério cerebral esquerdo, desenvolvem uma depressão clinicamente significativa numa incidência superior ao que seria de esperar atendendo ao grau de incapacidade e comparando com outras doenças neurológicas. (Jenike & Cremens, 1994; Carvalho & Fernandez, 1999).

A atenção que é indicada atribuir ao diagnóstico precoce dos sintomas depressivos, está patente na recomendação de Valdecir Carvalho e Elida Fernandez (1999), de que não só a depressão mas todo o processo de envelhecimento deve ser analisado atendendo à sua característica multifactorial e às particularidades próprias do idoso.

Estes autores (1999, p.169) reforçam esta sua perspectiva ao considerar o envelhecimento como um processo pluridimensional baseado em três factores: “em primeiro lugar, o processo de envelhecimento é um factor puramente biológico,

implícito na herança e previsto no próprio código genético de cada ser humano, que desencadeia uma série de mudanças físicas, tanto em nível celular como em níveis motor e sensorial.

Em segundo lugar, trata-se de um processo claramente social: o idoso muda o seu rol dentro da sociedade, adquire uma série de direitos sociais enquanto perde outros e começa a fazer parte de um meio social repleto de características próprias.

Por último, é uma fase a mais no processo de desenvolvimento psicológico humano, com características comportamentais específicas que conduzem a mudança de conduta em vários aspectos”.

A idade avançada da vida promove pelas suas características físicas, psicológicas e sociais, a possibilidade de os indivíduos virem a sofrer de forma mais ou menos grave de sintomas depressivos que podem reduzir a qualidade de vida, o aumento da morbidade e até o risco de morte.

2.4 EPIDEMIOLOGIA DA DEPRESSÃO NO IDOSO

A história da humanidade como dizem M. Martins Carrasco, L. Aguera Ortiz e J. Cervilla Ballesteros, (2002, p. XV) tristeza e a depressão está repleta de acontecimentos bons e maus, de guerras e momentos de paz e solidariedade, de epidemias e catástrofes e períodos de aparente equilíbrio social parecendo que nada de novo se observa. De acordo com estes autores, um facto verdadeiramente novo e de relevante papel na evolução da humanidade e muito especialmente no século XXI, é o envelhecimento populacional numa proporção absoluta ou relativa, fruto de factores como a melhoria das condições sócio sanitárias, como o aumento da esperança de vida e a diminuição da natalidade.

O aumento da longevidade é acompanhado por alterações económicas e sociais mas em termos clínicos, aparece muitas vezes associado à doença crónica e dentro destas, às doenças do foro psicológico, nomeadamente das depressões e demências.

A Depressão é muitas vezes mascarada ou desconsiderada, visto que a sua avaliação é erroneamente identificada com o processo de envelhecimento dito normal, tanto por profissionais como pelo idoso ou família, sendo este facto uma razão de agravamento de custos para o próprio e para a sociedade.

Muitos estudos têm sido realizados relativamente aos aspectos epidemiológicos da Depressão. Inúmeras vezes não são consensuais os resultados nomeadamente quanto à sua prevalência, exactamente pela dificuldade em realizar o diagnóstico precoce da depressão nos indivíduos idosos.

Segundo os autores Mónica Frank e Nezilour Rodrigues (2006), a prevalência da Depressão em idosos na comunidade, atinge valores que variam entre 4,8 e 14,6% e quando se trata de doentes idosos institucionalizados, estes números chegam a ultrapassar os 22%. Os mesmos autores referem que em estudos onde não são usados os critérios da DSM-IV ou CID 10, mas escalas de sintomas depressivos clinicamente relevantes, a prevalência da Depressão pode chegar aos 59,3%.

Charles Reynolds III (2004), aponta para uma prevalência semelhante da depressão com sintomas clinicamente significativos, relativamente aos autores anteriores, entre 15- 20% dos pacientes com idade acima dos 60 anos, e ressalta a co-existência de outras doenças, especialmente a diabetes, artrites, hipotiroidismo, doença

coronária, insuficiência cardíaca, doença pulmonar obstrutiva crónica, doença neurodegenerativa como a doença de Alzheimer ou a doença de Parkinson.

Este autor também refere que nos idosos que sofrem de depressão, se verificar um agravamento da incapacidade, o que desencadeia uma diminuição da qualidade de vida, redução da aderência à prescrição terapêutica, o aumento dos gastos com os cuidados de saúde e um aspecto não menos importante, o desgaste dos cuidadores, para além de constituir um factor de risco de suicídio.

Dados avançados por Luís Marques e Horácio Firmino (2003) relativamente à população idosa portuguesa, apresentam uma prevalência de sintomas depressivos na comunidade de 15%, e quando se trata de perturbações depressivas major um valor de 4%. Referem-se a um agravamento da depressão com aumento da sua prevalência, na população feminina mais que na masculina, com 11% e 5% respectivamente.

A institucionalização em lares aumenta até 40% o número de idosos com sintomas depressivos e para 20% com perturbação depressiva major. Nos idosos hospitalizados cerca de 50% apresentam sintomas depressivos.

Os idosos sofrem mais de sintomas depressivos e a população jovem apresenta mais perturbações depressivos.

A prevalência da depressão registada em consultas médicas de ambulatório varia entre 7 e 36% (Marques & Firmino, 2003).

O sexo feminino, segundo estes autores, pelo facto de estar mais sujeito a situações stressantes de vida e pela maior facilidade de expressão dos sentimentos e sintomas, procura mais frequentemente ajuda, que o sexo oposto. Por este facto os sintomas depressivos na mulher levam-na a sofrer de maior morbidade, enquanto no homem, é maior a tendência para a morte.

Cervilla Ballesteros (2002), realça a importância das perturbações depressivas em psiquiatria geriátrica, lembrando a proporção crescente da população de idosos e da frequente comorbilidade desta Depressão com outras doenças próprias do indivíduo mais velho, como a Demência e a doença de Parkinson. Por outro lado faz notar que apesar da crescente prevalência da Depressão, existe um défice de diagnóstico desta afecção considerando-a uma das preocupações centrais da psicopatologia do idoso.

Os estudos epidemiológicos não têm sido consensuais quanto à prevalência e incidência da depressão no idoso, e considera aquele autor que o grande estudo epidemiológico de repercussão mundial, o famoso Epidemiological Catchment Área (ECA) (realizado por Regier e cols.), em 5702 idosos, teve o mérito de ser um dos

primeiros grandes estudos realizados em idosos, mas por outro lado, teve o problema de usar instrumentos e métodos para a população em geral nomeadamente o DSM III –R, e não específicos para a população idosa. Este estudo, contrastava com o estudo de New Haven (realizado por Huntly e cols., 1986) realizado dois anos antes e que fez uso da CES-D com um corte para a detecção de casos de 16 ou mais pontos numa amostra de 2811 indivíduos (Ballesteros, 2002).

O estudo Euro-DEP, realizado em vários países, com uma amostra de 13808 indivíduos usou uma metodologia homogénea e específica para os idosos, a escala Geriátric Mental State – AGECAT. Encontrou uma larga diversidade na prevalência da depressão nos vários países e ressaltou o facto de ser uma entidade nosológica frequente, principalmente nos graus de leve a moderada, mais habitual em mulheres e numa apresentação tão frequente nos idosos quanto nos adultos mais jovens o que está de acordo com o que foi referido também por outros autores como Frank e Rodrigues (2006).

Os estudos de incidência da depressão são poucos e Ballesteros (2002) refere o trabalho realizado na comunidade por Prince e colaboradores (1977) que estabelece uma relação entre a depressão, incapacidade e incapacidade funcional. Este estudo encontrou uma taxa de 12% da incidência da depressão.

A importância deste estudo revela a relação estreita da incapacidade funcional e da etiologia da depressão, numa amostra que correspondia a 70% da população.

Como referido por Carvalho e Fernandes (1999, pg 160) a Organização Mundial da Saúde define Epidemiologia como a ciência que estuda a distribuição da doença numa população e os factores que a determinam, daí a importância da análise de factores que são relevantes na origem da depressão, como acontecimentos stressantes de vida, perda de suporte social, a existência de doença física do cônjuge ou viuvez precoce, a co-morbilidade no próprio de duas ou mais doenças. Lembram ainda estes autores que para além dos factores sociais, biológicos e psicológicos que se consideram facilitadores de depressão, a importância da associação da depressão com demência (Carvalho & Fernandez, 1999).

O primeiro grande estudo epidemiológico de repercussão mundial no campo psiquiátrico, o famoso estudo americano, Epidemiological Catchment Área, em idosos (Carvalho & Fernandez, 1999; Ballesteros, 2002; Gregorio & Carrasco, 2004), demonstraram a elevada frequência de depressão no idoso, quando comparada com a população jovem, principalmente à custa das formas ligeira e moderada e também na

depressão mascarada. Neste estudo não foram usados instrumentos e métodos específicos para a população idosa mas para a população geral. A enorme dificuldade no diagnóstico precoce da depressão, deve-se ao facto do seu não reconhecimento, o que é estimado em cerca de 40%, segundo Carvalho e Fernandes (1999).

Os diferentes critérios usados para avaliar a prevalência da Depressão, pode ser uma das razões porque as taxas se apresentam com tanta diversidade, podendo variar entre os 5 e 44%. Avaliando as particularidades das classificações de depressão, Carvalho e Fernandez (1999) consideram o CID 10 mais sensível que o DSM. III.

Ao contrário dos dados apresentados noutros estudos, Carvalho e Fernandez, referem que em estudos epidemiológicos recentes, a depressão não se apresenta mais frequente no sexo feminino, e também os mesmos estudos não são unânimes em que a prevalência da depressão aumenta nas idades acima dos 60 ou 65 anos, embora alertem para o reconhecido aumento do número de suicídios na senectude.

Estes autores, alertam para a importância do aumento de população idosa, e referem uma estimativa da Organização Mundial da Saúde de 1979, de que cerca de 35% da população com mais de 60 anos dos países industrializados, sofre de perturbações mentais e que 1 em cada 10 idosos sofre de depressão, cuja causa mais presente é de ordem psicossocial, mais do que causa médica e que na génese da depressão estão as situações stressantes de vida e a solidão.

A institucionalização tende a aumentar a frequência da depressão devido entre muitos factores, à perda de auto-estima, despersonalização, perda da identidade e muitas vezes à recusa de viver, tendo o National Institute of Aging dos Estados Unidos mostrado em estudos realizados, que 60 a 90% dos idosos instituídos necessitam de uma consulta psiquiátrica.

A Organização Mundial da Saúde chama a atenção também para a hospitalização como factor de stress, atribuindo-lhe uma responsabilidade de cerca de 35% das depressões consideradas com depressão reactiva ou devida à presença de doença clínica. O ambiente hospitalar não parece ser um ambiente ideal para o tratamento e reabilitação destes doentes (Carvalho & Fernandez, 1999).

Podemos dizer que a Depressão, principalmente no idoso, tem uma relação tanto ou mais importante com problemas de ordem psicológica e social, que com problemas médicos e que o seu diagnóstico precoce pode ser mais profícuo quando pesquisada a depressão nas formas ligeiras ou moderadas, pois são estas que se apresentam com

maior frequência no idoso, podendo assim prevenir um agravamento da sintomatologia e evitar custos desnecessários quer para o próprio quer para a sociedade.

2.5 ETIOLOGIA DA DEPRESSÃO NO IDOSO

Vários autores estão de acordo com a multiplicidade de factores que estão na origem da depressão como sejam as causas de ordem genética, neuroquímica, psicológica e psicodinâmica, personalidade, acontecimentos de vida stressantes e condição social (Carvalho & Fernandez, 1999 Barraclough & Gill, 1997; Blazer, 1999; Ballesteros, 2002; Marques & Firmino, 2003; Frank & Rodrigues, 2006)

2.5.1 CAUSA GENÉTICA

As causas relacionadas com a origem genética da depressão, nomeadamente na depressão da idade avançada, não está perfeitamente demonstrada (Blazer, 1999; Marques & Firmino, 2003; Ballesteros, 2002) e parece que estará mais relacionada com a doença bipolar (Carvalho & Fernandez, 1999).

Existe alguma evidência de que as causas genéticas estejam mais relacionadas com os transtornos depressivos nas idades mais jovens, como é demonstrado em estudos com gémeos monozigóticos, como salienta Ballesteros (2002) ao referir os trabalhos de R. Baldwin (cf. *Depressive Illness*, 1998), que apresentam uma concordância de 40%, e de Jennifer Barraclough e David Gill (1997) com uma concordância que varia entre 50% a 70%.

2.5.2 CAUSAS NEUROQUÍMICAS

Parece ser pacífico que existe uma causa neuroquímica das perturbações afectivas, verificando-se que se encontram alterações nas concentrações cerebrais de neurotransmissores monoaminados e ou na sensibilidade dos seus receptores locais (Barraclough & Gill, 1997; Blazer, 1999; Ballesteros, 2002).

A diminuição da síntese de noradrenalina (NA) e a sua implicação na depressão tem sido demonstrado pela eficácia de fármacos que bloqueiam a recaptação da NA e

favorecem a transmissão noradrenérgica e/ ou da hidroxitriptamina (5HT, serotonina), ou seja, permitem a sua disponibilidade no cérebro e melhoram os sintomas depressivos.

O sistema serotoninérgico exerce a sua acção na etiologia da depressão o que é demonstrado pela diminuição da concentração plasmática do triptofano nos deprimidos (Barraclough & Gill, 1997; Ballesteros, 2002). Os fármacos usados nos tratamentos das comorbilidades nos idosos, são outro dos factores etiológicos da depressão. Assim os hipotensores como a reserpina, ao reduzirem a concentração de monoaminas no cérebro, podem causar depressão. A administração da leodopa, melhora os sintomas depressivos nos doentes com doença de Parkinson.

Relativamente aos neurotransmissores, conclui-se que não tanto a alteração da concentração mas a redução da sua sensibilidade, se relacionam com o envelhecimento e produção de depressão (Blazer, 1999).

2.5.3 CAUSAS HORMONAIAS

Embora sem evidência científica que os indivíduos de idade avançada apresentem mais alterações que os mais novos, a desregulação do eixo neuro-endócrino, que reflecte a disfunção do eixo hipotálamo-pituitário-supra-renal, parece estar associado com a depressão, visto que em doentes deprimidos se tem encontrado cerca do dobro de cortisol que nos indivíduos normais, o que se atribui ao aumento da estimulação a partir da ACTH.

De forma sintética, pode-se dizer que a corticotrofina hipofisária (CRH, ou *corticotrophine releasing hormone*), é libertada a partir do núcleo para ventricular do hipotálamo através do sistema portal até à pituitária anterior, onde estimula a produção da hormona adrenocorticotrofina (ACTH, ou *adrenocorticotrophin hormone*) que por sua vez estimula a produção de cortisol nas supra-renais. O cortisol é produzido em qualquer situação de stress, perda de sangue, ansiedade e outras (Wilkinson, Moore & Moore, 2005).

A administração exógena de ACTH tem sido usada, como teste auxiliar de diagnóstico da depressão. A sua administração provoca um aumento de cortisol da glândula supra-renal quando o doente se encontra deprimido.(Barraclough & Gill, 1997; Blazer, 1999; Wilkinson, Moore, & Moore, 2005).

Também se tem verificado que os doentes com depressão apresentam esta glândula supra renal aumentada em comparação com indivíduos normais e que reduz em mais de 70% do seu tamanho após um tratamento adequado.

Outras alterações estão também implicadas na fisiopatologia da depressão, como sejam a diminuição da resposta da Hormona do Crescimento em resposta a uma hipoglicémia induzida pela insulina. Em indivíduos eutiroideus, também se verifica uma diminuição da resposta da TSH à estimulação com TRH.

2.5.4 CAUSA NEUROFISIOLÓGICA

A alteração da arquitectura do sono com diminuição da fase de movimento rápido dos olhos (REM) tem sido considerado o marcador biológico mais robusto de depressão. Este facto está na origem da alteração do ritmo circadiano do sono e no contributo para a depressão no idoso.

As alterações neurofisiológicas verificadas em EEG, são específicas da depressão como a diminuição do sono de onda lenta e latência do REM reduzida (Blazer, 1999; Ballesteros, 2002).

2.5.5 CAUSA VASCULAR

Muitos estudos sugerem uma relação entre alterações apresentadas em determinadas zonas cerebrais e depressão.

Através de técnicas de neuroimagem, tem-se verificado alterações do volume ventricular e modificações na substância branca subcortical e na substância branca periventricular que são específicas da depressão no idoso.

Esta organicidade é comprovada pelo aparecimento de depressão de início tardio ou muito tardio, em grandes idosos de 75-80 anos, sem quadro anteriores de depressão mas com risco elevado de doença vascular.

A atrofia cortical e central são outras das alterações estruturais que suportam a hipótese de risco de depressão vascular em doentes idosos, independentemente de perdas sociais ou isolamento e daí que alguns autores chamem a atenção para o risco elevado dos idosos com doença cardio e cerebrovascular apresentarem um risco também elevado de depressão – (depressão vascular) (Blazer, 1999; Ballesteros, 2002; Orol, 2004).

2.5.6 FACTORES DEMOGRÁFICOS

A idade apresenta-se como um factor de risco da depressão. Estudos recentes, refutam a ideia generalizada da semelhança dos quadros clínicos da depressão em todas as idades e sugerem que na idade avançada se observam mais, os sintomas depressivos menos acentuados e mais ligados aos sintomas somáticos, que nas populações mais novas (Davies & Copeland, 1988)

O género feminino apresenta uma maior prevalência da depressão, o que está relacionado por um lado, com aspectos fisiológicos de doença crónica bastante frequente que predispõe a sintomas depressivos e por outro, com a grande sobrecarga e stress a que está mais sujeita no mundo laboral e na família onde desempenha o papel quase em exclusivo de cuidadora quer dos filhos quer dos pais.

Como refere Maria Constança Paúl (1996), as mulheres apresentam uma sintomatologia mais expressa com choro, desesperança, solidão e ideias suicidas enquanto os homens apresentam sintomas mais somáticos gerais, insónia inicial, perda de interesse no trabalho, humor depressivo e a lentificação apresenta-se como o sintoma mais frequente nos homens.

2.5.7 CAUSAS PSICOLÓGICAS

Como refere Roger Fontaine (2000) o envelhecimento pode ser apreendido a vários níveis, o mais biológico, que se refere às alterações mais visíveis como o aspecto envelhecido, as doenças físicas, as rugas, o nível social com a mudança de estatuto conferida pela reforma, e o nível psicológico com as mudanças das capacidades intelectuais, e das motivações. Qualquer comportamento possui um aspecto estrutural e um aspecto afectivo. O autor relaciona com os aspectos estruturais os processos mentais, e os afectos relaciona-os com as necessidades às quais estão subjacentes as motivações. Como exemplos destas características, apresentam-se as alterações da memória relacionadas com os aspectos estruturais do cérebro e a depressão relacionada com os aspectos afectivos.

Embora o envelhecimento seja diferente de pessoa para pessoa e não ser homogéneo o seu efeito sobre as actividades psicológicas, Roger Fontaine (2000, p. 42),

consegue aqui estabelecer relações entre o envelhecimento cerebral e alterações psicológicas :

O estudo do envelhecimento coloca difíceis problemas metodológicos, na constituição de amostras e no controle de efeito de coorte;

O envelhecimento é um processo de degradação geral do organismo e do sistema nervoso. Pode-se esperar uma diminuição no plano intelectual e modificações gerais do comportamento;

O envelhecimento atinge preferencialmente determinadas estruturas e pode-se esperar que no plano psicológico algumas actividades resistam e outras não;

O envelhecimento cerebral é um processo diferencial que ocorre com gravidade variável conforme os indivíduos. Pode-se por isso esperar diferenças individuais acentuadas no plano psicológico,;

O envelhecimento parece estar sob o controle do ambiente. No plano psicológico podemos esperar perfis psicológicos diferentes dependentes da história de vida e modos de vida de cada pessoa;

A neuroplasticidade, embora menos eficaz, observa-se no idoso e a arborização dendrítica de certas áreas cerebrais parece ser mais abundante nos idosos. Podemos esperar observar efeitos muito positivos de programas de optimização e melhoramento dos recursos cognitivos dos idosos;

A distinção entre envelhecimento normal e patológico, não é nítida. Podemos igualmente contar com a distinção pouco nítida no plano psicológico.

Os aspectos psicológicos contribuem também para a depressão e o idoso ao longo da vida sofre de vários eventos stressantes e de várias perdas que o tornam mais vulnerável, o primeiro e mais intuitivo é a *perda de um objecto de valor*, entendida como a perda de um ente querido, a perda de um animal de estimação ou outra perda afectiva.

As teorias psicológicas de Freud, defendem que uma baixa auto estima correlacionada com um mau desenvolvimento da personalidade, explicam o processo depressivo. Outros autores entendem que os indivíduos que revelam uma incapacidade de expressar os sentimentos de hostilidade e agressividade, exprimem-se com sentimentos de angústia e culpa (Barracough & Gill, 1997; Blazer, 1999; Wilkinson, Moore & Moore, 2005).

As teorias cognitivas como defende Aaron Beck (referido por Wilkinson, Moore & Moore, 2005), atribuem importância na etiologia da depressão aos pensamentos negativos resultantes de experiências negativas, pessimismo e perda de esperança, concepção negativa da vida, do mundo, do futuro e de si próprio. Roger Fontaine (2000) defende que mais do que um estado patológico, se deve considerar a depressão como um processo patológico, pois em qualquer fase da vida qualquer um se pode confrontar com ela e atribui seis características que são: a degradação da auto-estima, o declínio da adaptação à própria imagem, diminuição do domínio do ambiente, a perda de autonomia, o aparecimento dos desequilíbrios da personalidade e o declínio da capacidade de mudança. Este último aspecto faz com que o idoso não rejeite a sociedade actual mas a considere decadente em relação à da sua juventude.

As alterações cognitivas, são também uma característica do envelhecimento. D.C.Steffens e G.G.Potter (2008), numa revisão de vários autores, estimam a presença de 11 - 30% de distúrbios depressivos clinicamente significativos nos idosos e 17-36% de alterações cognitivas em adultos com idade superior a 65 anos. Na comunidade, a comorbilidade da depressão e alterações cognitivas aparecem em cerca de 25% dos idosos de 85 anos e ambas tendem a aumentar e agravar o status físico, funcional e a mortalidade. Ambas as situações, depressão e défice cognitivo, tendem a aumentar nos países industrializados e o seu conhecimento constitui um alerta para o diagnóstico atempado.

A deterioração cognitiva, a concentração alterada, a inibição de resposta e a dificuldade em aquisição de novas informações, o défice de memória mais acentuado nos idosos que tiveram quadros de depressão nas idades mais jovens, são aspectos muito importante que segundo Manuel Martin Carrasco, rondam os 45 % na população com cerca de 85 anos. Estes aspectos, dificultam o diagnóstico do síndrome depressivo e o diagnóstico diferencial com demência, devido ao facto desta cursar muitas vezes com depressão.

2.5.8 PERSONALIDADE

A personalidade do indivíduo é um contributo fundamental para o desenvolvimento ou não de depressão, podendo-se dizer que personalidades diferentes predisõem para diferentes manifestações de doença mental, e que a personalidade afecta o prognóstico das perturbações mentais (Harrison, Geddes, & Sharpe, 2006).

A personalidade ansiosa, com dificuldade de adaptação ao stress, a baixa auto-estima com padrões negativos de pensamento acerca de si próprio e dos outros, são factores que estão associadas às perturbações depressivas.

Um dos traços de personalidade que mais predispõe à depressão é a dependência interpessoal, isto é, a excessiva necessidade de reafirmação, de apoio e atenção pelas outras pessoas e este aspecto de personalidade aumenta nos indivíduos mais velhos (Baldwin & Hirschfeld, 2003).

2.5.9 ACONTECIMENTOS DE VIDA STRESSANTES

A relevância que deve ser dada aos acontecimentos de vida stressantes como factores etiológicos da depressão, aparece confirmada por diferentes estudos como os de Post em 1987 e Murpy em 1982, entre outros, referidos por Cervilla Ballesteros, (2002).

No primeiro estudo refere-se que dois terços dos idosos com depressão relatavam um acontecimento stressante, normalmente relacionado com uma perda de alguém. No estudo de Murphy, em 48% dos doentes deprimidos da sua amostra, apresentavam um acontecimento de vida stressante no ano anterior relacionado com situações de perda de entes queridos, ou de propriedades, doença grave em alguém próximo, dificuldades económicas ou mudança de residência. segundo Cervilla Ballesteros (2002).

Outro acontecimento de vida stressante, prende-se com a própria doença física crónica onde se verificam sintomas depressivos ou mesmo depressão numa variação entre 20% a 50% dos idosos, como a diabetes, cancro, distúrbios metabólicos, artrites, doença cardiovascular e doenças dos órgãos dos sentidos além das doenças neurológicas como a doença de Parkinson, doença de Alzheimer que ao produzir incapacidade e limitação da funcionalidade, apresenta-se como factor de risco de depressão bastante valorizado (Kraaij & Wilde, 2001; Ballesteros, 2002; Stickle & Onedera, 2006).

2.5.10 CAUSAS SOCIAIS

Muitos factores de vulnerabilidade como a perda de emprego, a reforma, a classe social baixa, a pobreza, os acontecimentos de vida stressantes, como o luto, divórcio, o cuidar de outros, encontram-se associadas a sintomatologia depressiva nos idosos.

O suporte social deficitário, as relações de amizade e familiares pobres, a mudança para um papel mais sublaterno ocupado pelo idoso na família e no seu contexto social, o isolamento social frequente na idade avançada, são outros factores de fragilidade para o idoso.

Segundo o Modelo Social Breakdown, de Kuypers & Bengston (1973), referido por Stickle e Onedera (2006), os idosos podem eternizar as mensagens negativas, com consequente perda da auto-estima, reforçar o seu sentimento de insegurança relativo às suas capacidades e aumentar a sensação de vulnerabilidade assumindo o estereotipo de pessoa inútil à sociedade.

2.5.11 DOENÇA FÍSICA

A doença física ou estados crónicos de incapacidade são fortes promotores de quadros depressivos e é importante ter em atenção os sintomas físicos na avaliação da depressão e ainda o conceito de falta de saúde pelo idosos.

As doenças neurológicas, doenças malignas, doenças endócrinas, renal, anemia, infecções, efeitos secundários de tratamento farmacológicos abstinência de drogas, enquadram-se nas causas físicas da depressão (Quadro 1).

Quadro 1. Causas físicas da depressão (adaptado de Wilkinson, em Wilkinson, Moore & Moore, 2005, p. 53)

Doenças neurológicas	Doença de Parkinson Esclerose múltipla Acidente Vascular Cerebral Epilepsia Demência
Doenças Malignas	Cancro do pulmão Tumores cerebrais Cancro de Addison
Doenças endócrinas	Hipotiroidismo Síndrome de Cushing
Doença renal	Insuficiência renal Hemodiálise Deficiência de ferro Deficiência de vitamina B12

Infeções	Gripe e período pós gripal Hepatite Mononucleose infecciosa Brucelose Zona
Efeitos secundários de tratamento farmacológico	Metildopa Corticosteroides L-Dopa Diuréticos Barbitúricos Reserpina
Abstinência de drogas	Tranquilizantes Benzodiazepínicos Anfetaminas Álcool

Para que se faça uma procura constante de todas as possíveis causas e factores de vulnerabilidade no idoso que o arrastam para a depressão, é necessário que os profissionais de saúde estejam atentos, tenham conhecimentos e se empenhem na pesquisa de uma história clínica que concilie e dê espaço aos antecedentes de doença física, dos aspectos e características familiares, à história de vida, escute e se preocupe em entender a interpretação do idoso relativamente a si mesmo como pessoa, e sobre a sua percepção do “seu mundo”.

A depressão no idoso é multifactorial e inclui alterações biológicas, psicológicas e psicossociais, constata-se que nenhuma causa pode ser em exclusivo responsabilizada pela depressão, mas sim que a depressão envolve vários domínios e origens.

Desde as alterações estruturais do cérebro, as alterações químicas, os mecanismos de regulação de feedback e ritmos circadianos, que são muito frequentemente implicados na patofisiologia dos distúrbios de humor (Blazer, 1998) outros aspectos como os factores sociais e psicológicos, a personalidade e o contexto envolvente são igualmente importantes.

2.6 DEPRESSÃO E DOENÇA NEUROPSIQUIÁTRICA

A depressão apresenta-se associada em muitos casos a doenças do foro neurológico sendo as mais frequentes na demência tipo Alzheimer e Doença de Parkinson.

Estruturalmente o cérebro apresenta alterações que ao serem frequentes no processo de envelhecimento encontram-se também em cérebros de doentes portadores dessas doenças como é o caso da presença de pequenos vacúolos preenchidos com grânulos basófilos resultantes da autodestruição celular que parece ser uma característica do envelhecimento muito embora se encontre também na doença de Alzheimer.

O aparecimento destas placas apenas no hipocampo e córtex cerebral, são uma característica da doença Alzheimer e só se encontram em alguns cérebros de idosos sãos, o que se poderia considerar como uma forma preclínica dessa doença, mais do que de envelhecimento.

A atrofia neuronal, considerada como a diminuição das dendrites e de neurónios e conseqüentemente do número de ligações sinápticas pode também ser considerada, como uma manifestação de doença visto que na doença de Alzheimer há cerca de 50% de morte neuronal do córtex. A hipertrofia e hiperplasia astrocíticas com aumento da proteína glial encontram-se muito aumentadas nas doenças de Alzheimer, Parkinson e Huntington (Chavarino, 2002).

2.7 DEPRESSÃO NO IDOSO E CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE

2.7.1 MEDICINA GERAL E FAMILIAR E A DOENÇA MENTAL

A medicina familiar é uma especialidade médica abrangente, cuida dos aspectos preventivos e curativos e reabilitadores das doenças sem distinção da idade, do género, do nível social ou cultural dos indivíduos que fazem parte da listagem de utentes de cada Médico de Família.

Aproximadamente 60 a 70% da população adulta já teve pelo menos uma vez um quadro depressivo ou um conjunto de sintomas que de alguma maneira, interferiu no normal desempenho das suas actividades (Mann, 1996).

O tempo que medeia entre a sintomatologia sentida pelo doente até à manifestação e recurso a cuidados de saúde, depende de factores diversos como a tolerância ao sintoma, que são muitas vezes atribuídos a um “normal” curso de acontecimentos de vida, e desvalorizados não sendo procurado o tratamento.

Os sintomas vão degradando a qualidade de vida do indivíduo, provocando-lhe uma progressiva incapacidade acompanhado por sintomas de tristeza e de perda de energia.

Outro aspecto importante que interfere na procura de cuidados de saúde para além da auto percepção de doença, é o conceito cultural do doente perante a doença psiquiátrica, pois que muitos dos doentes não assumem os seus sintomas como possível sofrimento justificável com doença mental, pelo estatuto negativo que atribuem a este facto, é assim também uma das razões apontadas por alguns autores, como Anthony Mann (1996) para justificar a razão pela qual o doente procura o médico de família e não o Psiquiatra.

Não podemos deixar de fazer referencia ao facto que o relacionamento com o médico de família na maioria dos casos, se baseia numa proximidade que resulta do longo período de conhecimento mútuo conseguido ao longo dos vários ciclos de vida.

O Professor Michael Shepherd que orientou um estudo do Departamento de Clínica Geral do Instituto de Psiquiatria em Londres, referido por Mann (1996) demonstrou que uma parte significativa das consultas do médico de família eram

constituídas por consultas de depressão e algumas tão graves e crónicas como muitas acompanhadas pelos psiquiatras. As dificuldades encontradas na relação entre doente e médico de família, entre este e o psiquiatra Anthony Mann (1996) resume em duas principais “barreiras”:

- O significado atribuído à “*Neurose*”, que é diferente quando se fala em médico de família, psiquiatra ou de um leigo. Para o médico de medicina geral e familiar significou até às recentes alterações de terminologia, um estado persistente de ansiedade ou depressão. Para o Psiquiatra correspondia a ansiedade ou Neurose depressiva. Para o leigo, o termo neurótico é relacionado com pessoas muito queixosas ou carentes. Em termos clínicos, ansiedade e neurose depressiva assumem o significado de conjunto de síndromas psiquiátricas (Mann, 1996).
- A *atribuição* que os doentes necessitam relativamente aos seus sintomas e ao desconforto que sentem. Quando procuram o médico de família este frequentemente incita o doente a suportar os sentimentos com paciência enquanto o psiquiatra dá maior importância à gravidade e intensidade do sintoma e incapacidade funcional, tratando independentemente da causa.

O médico de família é “*o psiquiatra de primeira linha*” como considera Adriano Vaz Serra (1996, p.V), justificando esta afirmação com o facto de constatar que os doentes psiquiátricos se dirigem em primeiro lugar aos seus médicos de família e depois aos psiquiatras. Apresenta algumas razões que parecem ser justificação para que o diagnóstico de doença mental passe por vezes despercebido ao médico de família:

- A descrição que o doente faz relativamente aos seus sintomas, tem um carácter pessoal e é influenciado pela cultura, pelo meio ambiente e familiar. Pode nesse relato, introduzir informações de doenças suas passadas, com informação sobre doenças de familiares ou de amigos. A descrição do doente quanto aos seus sintomas *nem sempre coincide com a anatomia normal, fisiologia anatomia patológica ou psicopatologia.*
- Por outro lado, *se ao psiquiatra lhe passam despercebidas várias doenças somáticas, ao clínico geral há a tendência para lhe acontecer o mesmo em relação às perturbações psíquicas, a metodologia de observação está mais*

predisposta a valorizar mais os aspectos psíquicos no primeiro caso e os somáticos no segundo caso.

- Refere que *a doença física e psíquica embora possam aparecer isoladas, podem no entanto coexistir.*

Do exposto se entende que os problemas psiquiátricos, desde os ligeiros aos graves, são de grande importância e o médico de família depara-se frequentemente com eles.

Anthony Mann (1996), reportando-se a um estudo realizado em Inglaterra e no País de Gales em 1981 pôde observar que os distúrbios psiquiátricos nos cuidados primários são o dobro do número total apresentado para todas as formas de contactos com especialistas psiquiátricos. O autor cita também estudos como o de Shepherd em 1966 e Relatórios como o do Royal College of General Practitioners em 1973, que demonstram que as perturbações psiquiátricas não psicóticas representam um volume considerável do trabalho psiquiátrico em Clínica Geral.

Para contrapor a ideia de que as situações psiquiátricas em Clínica Geral, são pouco preocupantes, em que se questionam se “*os doentes estão mesmo doentes ou se justificam a atenção dispendiosa dada pelos cuidados de saúde ou mesmo um exame aprofundado*”, Anthony Mann (1996) apresenta três aspectos relevantes a ter em consideração quanto ao peso das consultas de perturbação psiquiátricas em Clínica Geral:

- Os estudos que relatam que a sintomatologia de estados de depressão e ansiedade encontrados num hospital não diferem muito das que são encontradas na Clínica Geral, como o caso de depressões graves que representam cerca de 5% de todas as consultas para perturbação psiquiátrica. Também a relação entre a existência de suicídio consumado e a consulta recente no médico de família, abonam a constatação de que o doente procura ajuda junto do seu médico de família.
- O número e tipo de receituário usado pelo MF com cada vez com maior frequência. O tratamento com psicotrópicos faz parte do acto diário de prescrição na clínica geral.

- O custo económico que representaram as consultas de situações não psicóticas em Clínica Geral.

2.7.2 AVALIAÇÃO GERIÁTRICA EM MEDICINA GERAL E FAMILIAR

O desenvolvimento tecnológico e acima de tudo, as melhorias nas condições sócio – sanitárias, veio permitir um aumento da longevidade que é seguido de perto com o aumento da morbilidade por várias doenças, nomeadamente das doenças incapacitantes quer física quer mental.

Cada vez mais a sociedade sente o peso que representa a incapacidade, visto que contrariamente ao que se verificava há algumas décadas atrás, hoje, e devido a factores como o ingresso da mulher no mundo laboral e a falta de infra-estruturas quer dos serviços de saúde quer dos serviços sociais, o idoso fica a depender de outros ou de si próprio.

As características próprias do idoso, diferentes dos outros grupos etários, devem ser do conhecimento dos profissionais de saúde e tidas em conta, no contexto da prestação de cuidados por parte destes nas instituições onde trabalham.

Entre essas características destacam-se segundo García e Ortego (2007):

- Maior prevalência de doenças crónicas, pluripatologia e polimedicação;
- Apresentação atípica das doenças;
- Aparecimento dos síndromas geriátricos;
- Alterações fisiológicas que afectam a farmacodinamia com repercussão na prescrição de fármacos;
- Maior tendência para a deterioração funcional e cognitiva após doença aguda, com perda da reserva fisiológica e necessidade de mais tempo para a recuperação;
- Maior problemática social e maior necessidade de coordenação sócio-sanitária.

Daqui se entende a necessidade de uma abordagem especial e específica do idoso que nem sempre se verifica, porque tanto os profissionais de saúde como os serviços sociais não raras vezes apresentam uma preparação inadequada ao tratamento

dos idosos vulneráveis, generalizando a estes doentes o conhecimento usado para outros grupos etários com particularidades diversas.

A qualidade dos cuidados dirigidos aos doentes idosos, exige do médico em Cuidados Primários conhecimentos em várias áreas que saiam da “confortável área” do modelo médico convencional e ainda, o envolvimento dos cuidadores nas recomendações, orientações e na planificação de cuidados (Williams, 2004).

O objectivo dos cuidados geriátricos é identificar os idosos que pelas suas características de vulnerabilidade e fragilidade possam e devem beneficiar de um plano de intervenção. Estes doentes caracterizam-se por terem mais de 65 anos com declínio funcional e risco de perda de autonomia e eventualmente de morte. Trata-se de um conceito mais amplo que o conceito de doente geriátrico: o conceito de idoso frágil.

O conceito de fragilidade não é estático, nem tão pouco se trata de um fenómeno súbito, mas de um processo em *continuum* desde a não fragilidade até à fragilidade. (García & Ortego, 2007). A avaliação geriátrica obriga a uma abordagem interdisciplinar e multidisciplinar.

O médico em Cuidados Primários de Saúde, tem um papel determinante na triagem e continuidade dos cuidados aos doentes idosos pelas características inerentes à sua especialidade, pela abrangência da sua abordagem e pela prevalência de idosos que acedem à sua consulta e constam do seu ficheiro clínico.

2.7.3 AVALIAÇÃO GERIÁTRICA E DEPRESSÃO EM CUIDADOS PRIMÁRIOS

Molina Martín e Andrade Rosa (2007a) estimam que existam aproximadamente 450 milhões de pessoas que sofrem de alguma perturbação mental ou neurológico ou de algum problema psicossocial como álcool ou drogas.

Segundo estes autores, poucas serão as famílias que não se defrontem com a doença mental porque uma em cada quatro pessoas será afectada ao longo da vida com distúrbio mental, uma em cada 5 pessoas com mais de 65 anos sofre de um distúrbio mental e em 2030 supostamente os idosos com distúrbio psiquiátrico irão igualar ou ultrapassar o grupo dos mais jovens.

Em Portugal e segundo o Plano Nacional de Saúde 2004-2010 (2004), estima-se que a prevalência de perturbações psiquiátricas na população em geral ronde os 30 %. A depressão pode atingir 20% da população. É a primeira causa de incapacidade e

juntamente com a esquizofrenia é responsável por 60% dos suicídios. A mesma fonte refere que a população idosa com idade superior a 75 anos no Alentejo, apresentou a mais alta taxa de suicídio nos últimos dez anos.

Todos os grupos etários são afectados como vimos, mas os distúrbios depressivos no idoso assumem algumas particularidades importantes a assinalar (Martín & Rosa, 2007a):

- Como causa de morbilidade, a depressão é a oitava patologia mais incapacitante;
- Embora isoladamente já seja causa importante de incapacidade, agrava este quadro o facto de se acompanhar de doença física;
- Aumenta os custos com internamento hospitalar;
- Alarga o período de hospitalização por doença física;
- Nas pessoas de idade avançada tem valor preditivo de suicídio. Embora muitos dos idosos tenham tido contacto com os cuidados primários, os diagnósticos de depressão e risco de suicídio frequentemente não é feito senão após consumado;
- A depressão no idoso contribui para a morte cardiovascular e para a morte não cardiovascular;
- Diminui a qualidade de vida;
- É infradiagnosticada e quando diagnosticada é infratratada.. Os idosos também estão mais sujeitos a medicação inapropriada que os adultos jovens.

A depressão é geralmente acompanhada de défice cognitivo (Hess & Pullen, 1996; Reynolds III, 2004; Molina & Ortego, 2007). Devido à atipia da sintomatologia depressiva no idoso, da sua coexistência com outras doenças crónicas e por vezes a limitação da sensibilidade e dos conhecimentos em psicogeriatría, justificam a frequência com que a depressão no idoso se prolonga ao longo dos anos sem ser diagnosticada.

Nos Estados Unidos, segundo Karl Moe e Charles Privitera (2004) 50% dos diagnósticos de depressão são realizados em consultas do médico de família ao revés de 20% que são em consulta do especialista em psiquiatria, mas por outro lado, os médico

de família não diagnosticam em 50% das depressões nos seus utentes e quando a reconhecem, o tratamento é muitas vezes insuficiente.

Os autores referem que os doentes deprimidos nos Cuidados Primários de Saúde, usam entre 50-75% mais os serviços que outros doentes, e os tratamentos com a doença mental estão reduzidos em 25% relativamente a outros tratamentos.

A depressão normalmente não se apresenta de forma isolada, acompanhando-se frequentemente de outras queixas e patologias. Nestas circunstâncias verifica-se que quando isto acontece, o tratamento da depressão assume um plano subalterno, não lhe sendo reconhecido o papel como factor de risco de morbilidade, atendendo que é tão comum a depressão como a hipertensão, nos cuidados primários, tão incapacitante e instável como a angina de peito, artrites e diabetes méllitus. Como factor de risco mortalidade por suicídio, é 100 vezes superior num doente deprimido que na população em geral (Moe & Privitera, 2004).

Apesar desta realidade, a depressão nos indivíduos de idade avançada, não deixa de ser tratável e quando isso acontece, os idosos manifestam preferência por serem tratados pelo seu médico de família relativamente ao psiquiatra (Reynolds III, 2004).

O médico especialista em medicina familiar entende também que faz parte da sua área de intervenção, o tratamento dos idosos. Considera ainda que a depressão no idoso é mais uma “responsabilidade familiar”, visto ser a família que mais precocemente pode detectar a modificação de comportamento e de humor manifestado pelo seu parente idoso, e ser ela a promover não só o recurso à consulta, que permite o diagnóstico, mas também orientar e fazer cumprir o tratamento durante o tempo desejável.

O Plano Nacional de Saúde 2004-2010 da Direcção Geral da Saúde (2004) realça a importância e urgência de uma boa articulação com os Cuidados de Saúde Primários, e outros serviços onde se promovam a melhoria dos cuidados em saúde mental atendendo, como aí é expresso, que se trata de um problema transversal da sociedade.

2.8 METODOLOGIAS NA AVALIAÇÃO DA DEPRESSÃO NO IDOSO

No Plano Nacional de Saúde 2004-2010 da Direcção Geral da Saúde (2004), apresenta-se uma estimativa pouco animadora das perturbações mentais, prevendo-se que atinjam 30% na população geral, sendo que 12% destas se enquadram nas doenças psiquiátricas graves.

A depressão é considerada neste plano, como a principal causa de incapacidade entre todas as doenças nos países desenvolvidos, e em Portugal, pretende-se através de um grupo de trabalho da Direcção Geral da Saúde (DGS) para além de outras medidas, implementar programas na área da prevenção da saúde mental no envelhecimento.

A importância da saúde mental no envelhecimento, justifica-se pelos dados apontados pela DGS, a partir de um inquérito realizado pelos serviços de psiquiatria de hospitais públicos. Revelaram esses estudos que apenas 28% destas instituições desenvolvem apenas duas das três principais áreas de actuação na prática da psicogeriatría:

- (1) Programas na área da saúde mental do idoso;
- (2) Internamento específico em unidades de psicogeriatría e / ou
- (3) Programas / acções de formação sobre saúde mental.

O censo psiquiátrico de Novembro de 2001 revelou uma predominância de casos de depressão na consulta externa e urgências; de síndromes demenciais na urgência e internamento; e de alterações associadas ao consumo de álcool na urgência (Plano Nacional de Saúde, 2004-2010).

Sendo considerada por autores como Dan Blazer (1999), a causa mais frequente de sofrimento emocional e significativa redução da qualidade de vida na idade avançada, impõe-se o rastreio precoce dos sintomas de alerta. Como já se deixou entender neste trabalho, a sua detecção, apresenta dificuldades, quer pela somatização das queixas, quer pela co-morbilidade com doenças físicas, quer pela desvalorização do próprio, da família e dos profissionais de saúde ao considerarem os sintomas como alterações

associadas ao envelhecimento normal, quer também pela pouca prática e conhecimento dos profissionais de saúde.

São também motivos importantes como refere Rodríguez (2008), os dados divergentes dos vários estudos epidemiológicos, quando se analisam as taxas de prevalência, da incidência, da recorrência e da cronicidade da depressão no idoso. Os dados divergentes devem-se às diferentes metodologias usadas, quer relativamente ao tamanho da amostra, quer à especificidade geográfica e sócio demográfica das populações estudadas que não permitem a sua extrapolação para outras populações, quer aos objectivos do estudo se é dirigido à depressão grave ou a qualquer transtorno de humor. Os dados divergentes podem ainda ficar a dever-se aos instrumentos utilizados como a DSM IV ou CID-10, cujas sensibilidade e especificidade, se encontram distanciados da população idosa e ainda porque nesta população, se registam comorbilidades e incapacidades que vão interferir nos resultados dos estudos.

Apesar destes factos mantém-se a necessidade de realizar estudos e criar instrumentos que permitam avaliar e rastrear as queixas depressivas nos idosos, tendo em conta o facto da depressão ser considerada actualmente pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como a principal causa de doença incapacitante nas mulheres e em 2020 será a principal causa de incapacidade nas mulheres e homens (Rodríguez, 2008).

É reconhecido por muitos autores o aumento da prevalência da depressão com o avançar da idade, o aumento da mortalidade por suicídio, o agravamento da depressão pela presença de doença física, mas também o aumento da doença física pela presença de depressão, como provado pelo Center Epidemiologic Study. Este estudo longitudinal em cerca de 6000 doentes idosos totalmente independentes, durante 6 anos constatou que os indivíduos que apresentavam sintomas depressivos, tinham um risco maior de apresentar uma nova incapacidade em alguma das actividades da vida diária e maior risco de deterioração funcional em alguma das actividades relacionadas com a mobilidade (Rodríguez, 2008).

A presença de patologia mental na população em geral, não implica a sua detecção ou tratamento como referem os autores Rosa & Martin (2007c), com base no modelo de Goldberg e Huxley (1996), consideram que existe uma prevalência de 25 a 30% de pessoas da comunidade a sofrer de doença mental, mas apenas 22% recorre ao seu médico e apenas são diagnosticados 10% e ainda que são encaminhados para o psiquiatra 4% destes doentes. Dos doentes que chegam à consulta do psiquiatra, apenas 0,5% são internados.

Para uma melhor compreensão a importância do rastreio da depressão na comunidade, será oportuno fazer uma breve apresentação do modelo de Goldberg e Huxley (1996). As perturbações mentais podem ser estudadas a partir do conhecimento do funcionamento do cérebro ou através do conhecimento do comportamento do homem como ser social (Eisenberg, 1996). A questão põe-se na divergência entre as diferentes abordagens. Os psiquiatras procuram identificar e compreender a doença mental através da sua correlação com a função cerebral que se apresenta desorganizada. Os psicólogos e psicoterapeutas, defendem uma abordagem direccionada para o comportamento. O modelo de Bio-Social de Goldberg e Huxley (1996), aceita os modelos clássicos para as perturbações psicóticas, mas consideram que, para os padrões de queixas menos graves mas também mais frequentes, esses modelos não conseguem dar uma boa resposta. Contrariamente, o modelo dimensional permite uma visão mais aproximada da realidade clínica. Nos cuidados primários, a depressão e ansiedade coexistem muito frequentemente, e quando o profissional usa o modelo categórico e tenta integrar numa ou noutra categoria de perturbação, pode tornar impossível a previsão do resultado terapêutico. Por outro lado, apesar da grande morbilidade, nem todos os doentes apresentam um quadro clínico que se adapte ao modelo standard (Eisenberg, 1996).

Outras questões se levantam e que justificam o estudo da depressão na comunidade. Os doentes que são admitidos no hospital, são apenas um pequeno grupo heterogéneo de todas as pessoas deprimidas da comunidade. Por outro lado, uma grande parte dos doentes com perturbações mentais existentes na comunidade, não chegam aos serviços de psiquiatria, porque (Goldberg & Huxley, 1996):

- os próprios doentes não se consideram doentes o suficiente para se queixarem;
- apesar de apresentarem queixas, o seu médico não as reconhece;
- mesmo o médico as reconhecendo, não as referencia aos serviços de saúde mental.

As doenças mentais que chegam aos serviços de psiquiatria, são as que se integram melhor nos modelos clássicos e apresentam mais alterações. A gravidade das perturbações mentais existentes na comunidade, é relevante, pela morbilidade e

disfuncionalidade social que provocam, apesar de não se enquadrarem nos modelos clássicos.

A maioria dos doentes são observados nos cuidados primários, apesar dos serviços mentais tratarem os casos de perturbação mental mais graves ao longo do ano. Os autores referem que a detecção precoce das perturbações mentais, é importante porque vai ajudar o doente. É necessário que os clínicos em cuidados primários estejam treinados e possuam meios de detecção das perturbações mentais, apropriados (Goldberg & Huxley, 1996)

Outro aspecto com implicação em saúde pública, é o facto de a detecção dos casos de perturbação mental em cuidados primários, minimizar a incapacidade crónica destes doentes e ainda, promover a filtragem para os cuidados psiquiátricos, correspondendo para uma melhor gestão de recursos, dando aos doentes mais graves os cuidados especiais que necessitam.

“O Modelo Bio-Social de Goldberg e Huxley, segue uma estrutura para a compreensão do modo como o indivíduo se define como mentalmente doente, eventualmente procurando os serviços de saúde “ (Goldberg & Huxley, 1996, p.3)

Este modelo consta de cinco níveis, correspondente ao trajecto do doente até aos cuidados psiquiátricos e por quatro filtros entre esses níveis, que devem ser superado para ascender ao nível seguinte.

O primeiro nível, depende da morbilidade que existe na comunidade e dos factores que permitem que a doença seja reconhecida, pelo indivíduo e família ou pelas pessoas que rodeiam o doente. (Goldberg & Huxley, 1996; Rosa & Martin, 2007c; Gregory & Simon, 2003)

No segundo nível, depende do comportamento do doente perante a doença, da severidade dos sintomas e o grau de incapacidade. Neste nível, o doente estabelece o contacto com o médico de família independentemente de este identificar ou não a doença. Estão incluídos neste nível as alterações de humor. Para aceder a este nível o doente deve passar no primeiro filtro que depende do comportamento do doente perante a doença e se recorre a ajuda institucional ou permanece na comunidade sem receber ajuda médica e estão entre os que mais dificilmente passam este filtro, as mulheres casadas e com filhos, os pobres e os idosos (Goldberg & Huxley, 1996; Rosa & Martin, 2007c; Gregory & Simon, 2003).

O terceiro nível é aquele em o doente é identificado após o contacto com o médico de família e reconhecido pelo médico. É a chamada morbilidade mental total ou

a “ morbidade psiquiátrica aparente”, a que se vê em medicina geral. O segundo filtro depende da capacidade do médico para detectar os distúrbios depressivos.

O quarto nível, refere-se aos que recebem tratamento nos serviços especializados. O terceiro filtro depende de alguns factores não clínicos, da raça, da classe social assim como da capacidade de pagamento (Gregory & Simon, 2003).

O quinto nível refere-se aos internamentos em serviços de saúde mental e depende do local e dos recursos e dos critérios de optimização da consulta especializada, ou seja, embora a abordagem da especialidade de psiquiatria seja importante ela fica reservada apenas aos casos em que possa ser possibilitado um amplo benefício. As taxas, segundo Godberg e Huxley, estão fortemente relacionadas com a desvantagem social, nomeadamente, idosos vivendo em casa, entre outros.

Gregory & Simon (2003) refere que os cuidados primários apresentam vantagem pelo facto de mais precocemente se confrontarem com o doente, por prestarem cuidados de longa duração e o poder coordenar vários aspectos da saúde do doente. O especialista em psiquiatria, apresenta a vantagem de prestar cuidados mais diferenciados e uma eficiência mais apurada que lhe vem da maior prática e conhecimento nesta área.

Estes autores alertam para a variabilidade destes factores e dão o exemplo da vantagem para os doentes, que apresentem comorbilidade crónica e que tenham estabelecido uma longa relação com a equipa de cuidados.

Os processos depressivos foram alvo de muitos estudos, pela importância que lhes era atribuída devido à mortalidade por eles causada. O estudo Global Burden of Disease (GBD), apresentou uma nova perspectiva, dirigindo a atenção sobre a gravidade das patologias e a relaciona-las com a incidência, prevalência, duração, incapacidade associada à idade de início, taxas de tratamento e mortalidade das patologias estudadas e esperança de vida das populações.

Este estudo, suportado pelo Banco Mundial e Organização Mundial da Saúde, teve como objectivo o estudo de 107 patologias e do peso que as mesmas representavam, quanto à morbidade e mortalidade a elas ligadas. Concluiu que as perturbações mentais, apresentavam uma gravidade igualável à patologia cardiovasculares e respiratórias e ultrapassavam o conjunto das doenças neoplásicas e das patologias secundárias à infecção por HIV. O GBD classifica a depressão como o problema de saúde mais incapacitante e de maior relevância em termos de sobrecarga económica em todo o mundo (World Health Organization – WHO, 2008). Os autores, C. Murray e A.

Lopez, (citados por Gusmão, Xavier, Heitor, Bento & Almeida, 2005), numa revisão sobre a incidência das perturbações depressivas, baseada em estudos prospectivos de base populacional, destacaram os estudos de Lundby na Suécia, o estudo Epidemiológico Catchment Área (ECA), nos Estados Unidos e o estudo de Camberwell no Reino Unido, os quais tiveram uma duração respectivamente de 25 anos, 12,6 anos e 18 anos, tendo concluído que a depressão é uma doença cuja incidência tem vindo a aumentar e que varia entre 4 a 20 novos casos ano.

A prevalência da depressão, dependente das características da população e dos cuidados prestados quer nos cuidados primários quer nos hospitais, mostra taxas variáveis entre centros com diferentes culturas e localizações, mas com o resultado de ser uma doença muito comum e um importante problema de saúde pública.

Quanto à prevalência da depressão nos cuidados primários, os autores referem estar muito aquém do desejável o seu reconhecimento por parte destes profissionais. A variabilidade das taxas de prevalência entre vários países onde foi estudada, é explicada pelos diferentes acontecimentos stressores, diferenças étnico-genéticas, diferenças na gravidade e pela expressão da intensidade das perturbações depressivas. Nos cuidados primários, as perturbações emocionais do tipo depressivo, rondam os 20 a 25% dos utentes, para a globalidade de todos os tipos de depressão, sendo portanto considerável o peso económico, a sobrecarga familiar e social que representa (Gusmão, et al., 2005).

Estes autores referem a importância dos factores de risco. O sexo feminino apresenta o dobro da frequência quando comparado ao sexo masculino. Os acontecimentos negativos ocorridos no ano anterior e a associação com o risco de suicídio são mais frequentes nos idosos, embora se encontre a aumentar nas camadas mais jovens também.

A importância da co-morbilidade e agravamento de outras patologias, são outros dos aspectos verificados na revisão feita por R. Gusmão et al. (2005).

Em Portugal, podem-se referir três estudos sobre a prevalência de sintomas depressivos na comunidade, dois deles realizados na zona Centro, onde a prevalência de sintomas depressivos foi de 16,9% e de 18,4%, e um terceiro estudo realizado no Algarve, onde a prevalência de sintomatologia depressiva apresentou uma taxa de 17,8%. Estes estudos foram também alvo de crítica, pois que se considerou que houve uma sobrevalorização dos sintomas depressivos, que se deveu provavelmente a erro na metodologia utilizada que se baseava na auto-avaliação. No estudo realizado no âmbito do projecto dos Médicos-Sentinela, a subavaliação da incidência dos sintomas

depressivos, foi justificada pela dificuldade da definição de caso e na aferição do diagnóstico clínico pelos médicos de família.

O desenho do estudo não tendo em conta a padronização de um instrumento de auto e hetero-avaliação, seguida de uma entrevista semi-estruturada ou estruturada, é uma das críticas ao estudo PRODIGT, em que Portugal participou.

A Direcção Geral da Saúde obteve dados sobre a prevalência pontual da depressão, a partir dos três censos psiquiátricos: de 1988, 1996 e 2001. O censo de 2001, revelou o conjunto das depressões como as patologias com maior prevalência em ambulatório, cerca de 21,5%. Em termos económicos, o Serviço Nacional de Saúde, apresenta valores elevados no consumo de antidepressivos, que ocupam o primeiro lugar no ranking dos psicofármacos (Gusmão et al., 2005).

Relativamente a Portugal, os autores concluem que apesar da depressão apresentar tendência a aumentar, os estudos realizados são ainda insuficientes.

A Organização Mundial da Saúde de 2001, consciente do problema que representa a saúde mental, recomenda para um país como Portugal “...Fazer realizar estudos em contexto da atenção primária sobre prevalência, evolução resultados de impacto dos transtornos mentais na comunidade”, e associando-se a esta preocupação da OMS o Ministério da Saúde apresentou um documento – “Contributos para um Plano Nacional de Saúde - onde expressa: ...ser desejável a realização de projectos sobre doenças crónicas e particularmente prevalentes e /ou incapacitantes como a doenças cardiovasculares, o cancro, a SIDA, doenças mentais...” (Gusmão et al. 2005, p. 141).

A dificuldade encontrada na realização dos estudos com idosos, prende-se também com diferenças, já referidas neste trabalho, de apresentação da sintomatologia depressiva no grupo dos idosos e não idosos, mas também entre os idosos e grandes idosos.

Vários estudos apontam para outras particularidades como é o facto de não ser praticável a classificação rígida a partir das clássicas classificações DSM-IV e CDI-10.

A discriminação entre depressão major e minor ou sintomas depressivos é obrigatória na análise dos estudos com idosos, devido aos diferentes factores de risco e stressores. (Beckman, Deeg, Tilburg, Smit, Hooijer, Tilburg, 1995; Paul, 1993; Kraaij & Wilde, 2001)

A depressão aparece com maior frequência na comunidade e os doentes portadores de sintomas depressivos, procuram com maior frequência o seu médico de

família. Torna-se assim importante que estes médicos realizem o rastreio numa fase precoce dos sintomas depressivos por forma a estabelecer normas de intervenção.

Entre muitos instrumentos utilizados para avaliação da depressão, a escala da Center of Epidemiologic Studies desenvolvida por Radloff (1977), apresenta-se como um instrumento de rastreio, usado em todo o mundo, não sendo um instrumento de diagnóstico, permite obter um indicador de possível presença de depressão (Bastisoni, Neri, Cupertino, 2007).

Uma das possibilidades que está no âmbito da aplicação da CES-D, prende-se com o facto de ter sido largamente usada em estudos e permitir não só o estudo da sintomatologia depressiva na depressão em geral, mas também na população clínica (Afonso, 2007).

O Center for Epidemiologic Studies Scale – CES-D foi já amplamente utilizada e se apresentam de seguida, alguns dos muitos estudos realizados com este instrumento (Quadro 2 e 3).

Quadro 2. Prevalência de sintomas depressivos em amostras comunitárias de idosos (Rosa & Martín, 2007b).

Autor	País	N	Instrumento	Prevalência
Kennedy e cols. 1989	EUA	2317	CES-D	16,9%
Lhara, 1993	JAPÃO	695	CES-D	5,3%
Beekman e cols. 1995b	HOLANDA	3056	CE-D	14,9% (2% de depressão major)

Quadro 3. Prevalência de sintomas depressivos em idosos atendidos em cuidados primários (Rosa & Martín, 2007b).

Autor	País	N	Instrumento	Prevalência
Callahan e cols. 1994	EUA	1711	CES-D	17,1% de sintomas significativos de depressão

PARTE II
INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA

CAPÍTULO 3

METODOLOGIA

3.1 DEFINIÇÃO, CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROBLEMA E OBJECTIVOS DA INVESTIGAÇÃO

O contacto do médico de família com os vários escalões etários confere-lhe experiência e sensibilidade quanto aos problemas dos vários grupos. Com relativa frequência, o tempo disponibilizado para a consulta dos idosos é insuficiente, podendo ser justificável pelo facto dos idosos apresentarem as suas queixas de forma pouco definida, com um discurso algo ambíguo, não permitindo sempre estabelecer um diagnóstico imediato. A este problema, poderá não ser alheio também, o facto da formação académica médica ser insuficiente ou mesmo omissa em geriatria e ainda a falta de programa de vigilância e prevenção para o idoso, à semelhança do que acontece por exemplo, com a vigilância da saúde materna, da saúde infantil e outros.

A “doença” do idoso apresenta especificidades muito próprias, pois não se limita apenas ao sofrimento de um órgão ou sistema, mas também das vivências e acontecimentos de vida que modulam o problema que apresenta ao médico. A sua fragilização é consequência da doença orgânica, da incapacidade física e ou mental, mas também, do apoio social e familiar insuficiente (Falceto, Busnello, & Bozzetti, 2000; Hyer, Carpenter, Bishmann, & Wu, 2005).

O aumento da população envelhecida é uma realidade incontornável. Entre os múltiplos problemas que se registam com frequência aliados ao processo de envelhecimento, a depressão apresenta-se como a doença psiquiátrica mais frequente que coexiste com outras comorbilidades.

Autores como Cervilla Ballesteros (2002), referem que há indícios epidemiológicos do défice da sua detecção precoce, apesar dos sintomas depressivos e a depressão apresentarem uma prevalência considerável e serem alterações centrais da psicopatologia do idoso. A sobrecarga com actos burocráticos e o número elevado de consultas, são razões que dificultam a abordagem mais profunda das queixas que os utentes apresentam. Pode-se assim perder, verdadeiros indicadores de graves problemas não só físicos, mas também de ordem emocional que prejudicam o bem estar subjectivo do indivíduo.

Entendemos por isso, que o uso de instrumentos credíveis que facilitem a avaliação nas várias áreas do conhecimento, possa contribuir para o diagnóstico. No

estudo que apresentamos, tentámos através da validação de uma escala de rastreio dos sintomas depressivos e da sua adaptação à população idosa portuguesa, ir de encontro a essa necessidade. Temos conhecimento que em Portugal esta escala se apresenta apenas estudada e validada com a população jovem e adulta. Os objectivos colocados para este trabalho, são os seguintes:

1 - Validar a escala de Depressão do Center for Epidemiological Studies (CES-D) (Radloff, 1977) em sujeitos com idade igual ou superior a 65 anos na população portuguesa, em ambiente de clínica ambulatória. Para tal, estudaremos as suas características psicométricas atendendo a diferentes indicadores:

1.1 – Fidelidade obtida através do índice de consistência interna das respostas, traduzido pelo coeficiente alfa de Cronbach;

1.2 – Validade do construto mediante a análise factorial por componentes principais

1.3 – Validade por referência a critério externo, através da correlação dos resultados obtidos pela aplicação da CES-D com os resultados da General Self-Efficacy Scale (GSE) (Schwarzer, 2009; Schwarzer & Jerusalem, 1995).

2 – Caracterizar os sintomas depressivos na amostra estudada, com base nos resultados obtidos com o instrumento estudado.

3.2 PARTICIPANTES

O estudo teve como participantes, indivíduos de nacionalidade portuguesa de idade igual ou superior a 65 anos de ambos os sexos, inscritos nos ficheiros dos Médicos de Família de 10 Centros de Saúde, sedes e extensões, da Sub-Região de Saúde de Castelo Branco, durante os meses de Janeiro a Abril de 2008. Recolheu-se uma amostra de conveniência constituída por 260 idosos, tendo a sua participação obedecido a critérios de inclusão e exclusão.

Foram incluídos no estudo os idosos que:

- procuraram a consulta de ambulatório de Medicina Geral e Familiar da instituição de saúde;
- deram o consentimento livre e informado para a sua participação após devidamente elucidados dos objectivos e características do estudo;
- não apresentavam impedimento para o entendimento das perguntas.

Foram excluídos do estudo, os idosos com:

- défice cognitivo evidente e/ou doença mental;
- défice auditivo não corrigido que impedisse o entendimento das perguntas;
- medicação de anti-depressivos ou anti-psicóticos ou outra terapêutica dirigida a doença do foro psiquiátrico.

Para a caracterização dos participantes neste estudo, construímos um questionário de perguntas fechadas, atendendo à sua maior facilidade de compreensão, de resposta, de aplicação e de avaliação estatística. O processo de colheita de informação através do questionário, apesar de apresentar estas vantagens, apresenta também alguns limites, nomeadamente o facto da informação contida não ser tão rica como a que é obtida com perguntas de resposta aberta e ainda o poderem conduzir a conclusões mais simples (Hill & Hill, 2000).

Pensamos ter ultrapassado em parte este limite, ao integrar perguntas que fornecem informação sobre diferentes variáveis como: doença somática, consumo de fármacos, situações de vida promotoras de stress ou depressão registadas no último ano, a existência de cuidados prestados a outrem e a auto-percepção de saúde, que

apresentam, segundo a revisão bibliográfica efectuada, uma relação estreita com o construto da investigação, a sintomatologia depressiva.

Autores como Andrade Rosa e Molina Martín, (2007c), consideram que os estudos sobre depressão realizados com idosos tornam-se insuficientes nas suas conclusões visto que são na maioria estudos transversais e não permitem estabelecer qualquer relação de causalidade. Os mesmos autores consideram importante ter em consideração alguns aspectos relevantes para o risco de perturbação depressiva no idoso, como por exemplo: a idade, o factor sócio-demográfico, os antecedentes familiares, os antecedentes psiquiátricos, as doenças e incapacidade, acontecimentos vitais, apoio social e depressão vascular. Os cuidados médicos adequados, condutas de confronto adequadas e apoio social podem exercer um efeito minimizador do risco de perturbação depressiva nos mais velhos (Hyer, et al., 2005; Rosa & Martín, 2007c).

A perda, entendida não só como perda de entes queridos mas também de bens e/ou propriedades, a existência de doença grave na família, as dificuldades económicas e mudança de habitação são dos factores mais identificados pelos idosos, como acontecimentos de vida stressantes (Davies, 1996, Kraaij & Wilde, 2001; Ballesteros, Hyer et al., 2005).

O estudo de Gospel Oak realizado pelos professores Martin Prince e Anthony Mann (1996), (referido por Ballesteros, 2002) evidencia que não só os acontecimentos vitais stressantes são importantes na facilitação do risco de perturbação depressiva, mas também a existência de doença somática do próprio, nomeadamente a que implica a limitação funcional, podendo duplicar ou triplicar o risco de depressão no idoso. Os fármacos são considerados pelos mesmos autores e referidos também por Ballesteros (2002), como factores muito importantes de risco de perturbações depressivas.

Passamos em seguida a caracterizar a amostra do estudo com base nestes pressupostos.

3.2.1 CARACTERIZAÇÃO QUANTO À IDADE, GÉNERO, ESTADO CIVIL, E ESCOLARIDADE

O idoso é considerado como o produto final do processo de envelhecimento. A definição de velho, é difícil de estabelecer e por isso, a Organização das Nações Unidas definiu o idoso como o indivíduo com idade igual ou superior a sessenta anos nos países em desenvolvimento e com idade igual ou superior a sessenta e cinco anos nos países

desenvolvidos (United Nations, 1986; Ornelas, Cruz, Vidal, Resende, Vidal & Xavier, 2008). Este é o critério cronológico utilizado na maioria das países e instituições devido à dificuldade em definir a idade biológica. Segundo Costa e Porto (2001) o idoso pode ainda ser considerado segundo três escalões etários: dos 65 a 74 anos de idoso jovem; dos 75 a 84 anos de idoso velho e acima dos 85 anos de idoso muito velho.

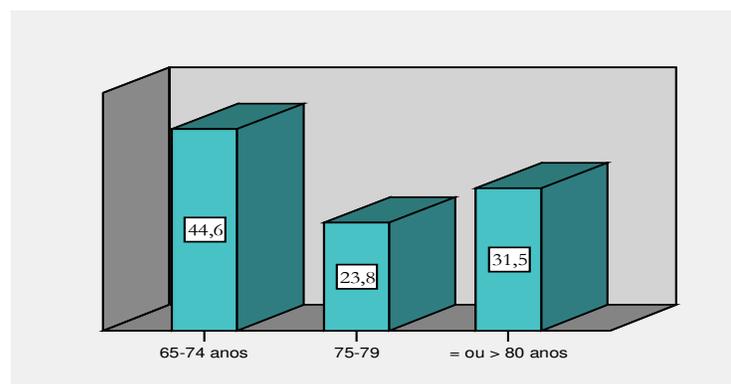
No presente estudo, considerámos os escalões 65 a 74 anos, dos 75 a 79 e maiores de 80 anos. Constatámos que as idades dos 260 sujeitos participantes variaram entre os 65 e os 93 anos, com média nos 75 anos (Tabela 1).

Tabela 1. Dados descritivos dos sujeitos participantes

Total de sujeitos	Média	Mediana	Moda	Mínimo	Máximo
260	74,90	75,00	65	65	93

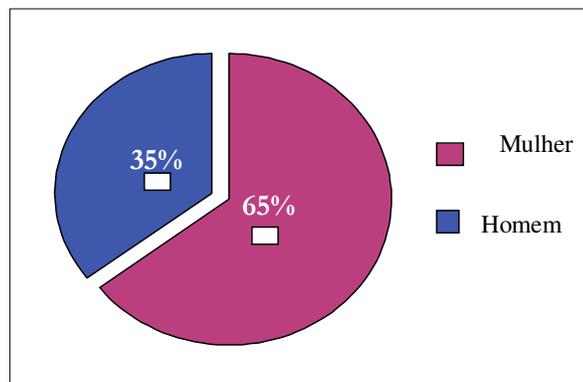
Estabeleceram-se três grupos etários à semelhança da distribuição proposta pelo autor referido acima, sendo que, o limite inferior para definir o grupo de idosos muito velhos foi de 80 anos. Assim sendo, a frequência apresentada em cada grupo, foi de 44,% de idosos jovens, 23,8% de idosos velhos e 31,5 % de idosos classificados de muito velhos (Gráfico 1).

Gráfico 1. Distribuição dos sujeitos da amostra por grupo etário



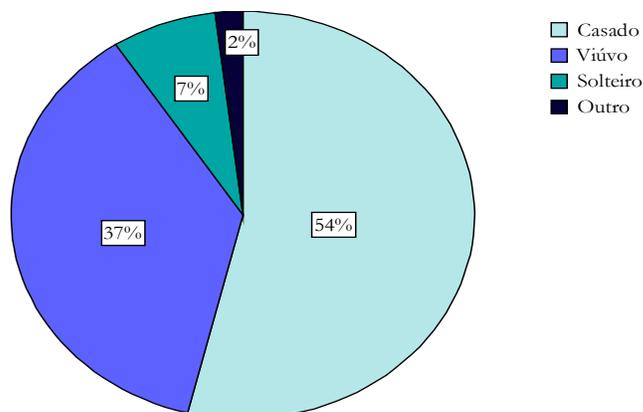
Verificamos que os idosos velhos e muito velhos, representam 55,% do total de participantes no estudo e ainda que o género feminino foi predominante, com 64,6% (Gráfico 2).

Gráfico 2 - Distribuição dos sujeitos da amostra por sexo



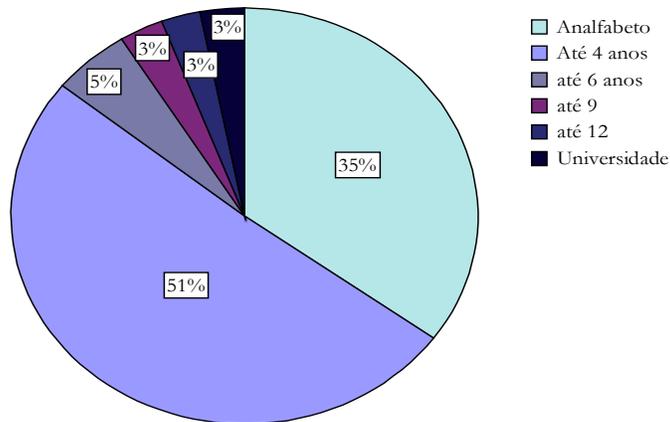
Quanto ao estado civil, a categoria de casado, foi a que apresentou maior percentagem com 53,8% (Gráfico 3).

Gráfico 3. Distribuição dos sujeitos da amostra por estado civil



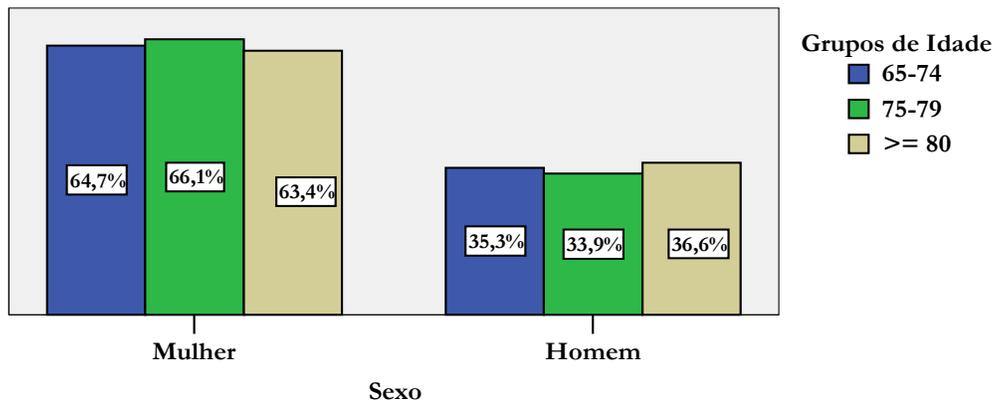
Constata-se que a escolaridade da maioria dos participantes é baixa, como predomínio do analfabetismo e da escolaridade com menos de 4 anos (Gráfico 4).

Gráfico 4. Distribuição dos sujeitos da amostra por escolaridade



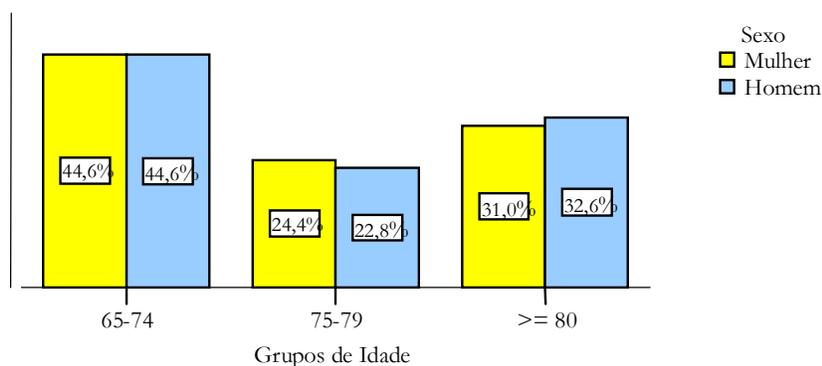
Relativamente à caracterização por grupos etários em cada sexo, embora sem uma diferença muito relevante, as mulheres estão mais representadas no grupo de idosos e os homens no grupo dos muito idosos (Gráfico 5).

Gráfico 5. Distribuição dos sujeitos da mostra por sexo e grupo etário



Os idosos jovens, com idades compreendidas entre os 65 e 74 anos, são os mais representados, com cerca de 45% nos dois géneros (Gráfico 6).

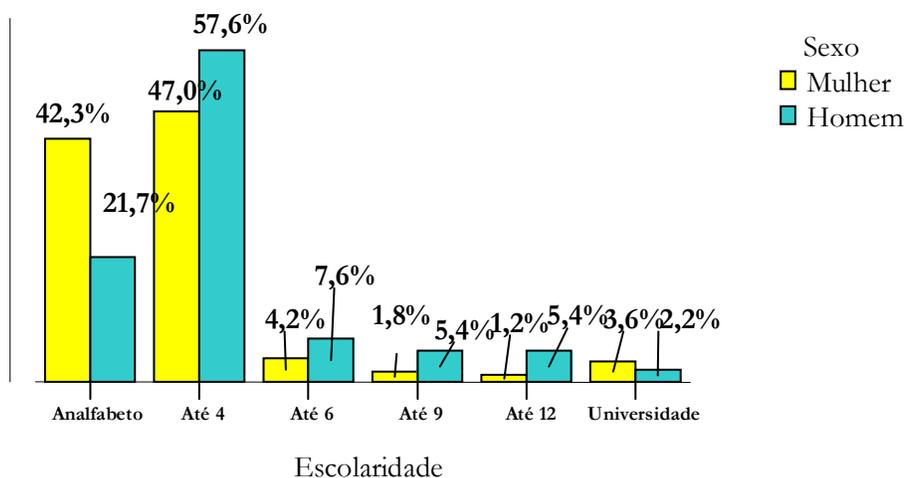
Gráfico 6. Distribuição dos sujeitos da mostra por grupo etário e sexo



A expectativa de que estes idosos apresentem melhor funcionalidade para se deslocarem à instituição de saúde e assumirem mais frequentemente, o papel de cuidadores ou de porta-voz das necessidades em cuidados de saúde quer das gerações que os precedem quer das que se lhes segue, poderá ser uma interpretação para este dado. É de referir também, que o aumento da procura de cuidados médicos por este grupo de idosos pode estar relacionado com as manifestações crescentes da doença, do envelhecimento físico, dos problemas de ordem psicológica, nomeadamente os resultantes da reforma e da adaptação a um novo ciclo de vida.

As mulheres apresentam cerca do dobro da taxa de analfabetismo, comparativamente aos homens (Gráfico 7).

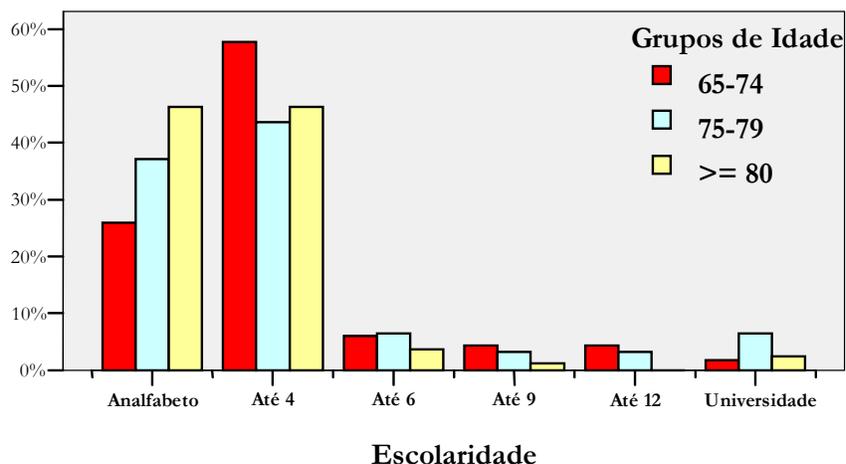
Gráfico 7. Distribuição dos sujeitos da amostra por nível de escolaridade segundo o sexo



Atendendo à idade dos participantes, este parece-nos ser eventualmente um aspecto cultural justificando a maior facilidade de acesso ao ensino por parte do sexo masculino.

Há também a registar que o baixo nível de escolaridade dos sujeitos desta amostra se verifica sobretudo à custa da população mais idosa (Gráfico 8).

Gráfico 8. Distribuição da mostra por nível de escolaridade segundo o grupo etário



3.2.2. ACONTECIMENTOS DE VIDA STRESSANTES

Ao longo da vida, ocorrem mudanças de ordem psicológica, social, biológica, sócio-cultural e ecológica que são vividas pelo indivíduo e são organizadoras da sua experiência ao longo do ciclo de vida (Fortes-Burgos, Neri, & Cupertino, 2008).

Quando este processo de organização, estruturação e adaptação ao longo da vida não se faz de forma harmoniosa, desencadeia mecanismos de desadaptação e de stress.

De acordo com Aldwin, Sutton, Chiara e Spiro (1994, citados por Fortes-Burgos, et al. 2008, p.104) o “Stresse refere-se a determinada qualidade de experiência, produzida por meio da interacção entre o indivíduo e o ambiente, a qual quer mediante super-activação, quer mediante rebaixamento do nível de alerta, resulta em desconforto psicológico e fisiológico”.

Múltiplas situações podem ser vividas como factores de stress, como por exemplo, o papel de cuidador, a dependência nas actividades de vida diária ou comportamentos que ameaçam a segurança (Montorio, Yanguas, Diáz –Veiga, 1999; Fortes-Burgos et al., 2008). Também algumas ocorrências ao longo da vida, consideradas não- normativas, podem afectar de forma idiossincrática cada sujeito, produzindo um efeito stressor cujo agravamento se apresenta dependente da idade e contexto (Fortes-Burgos & Neri, 2008).

O aumento da longevidade arrasta em paralelo, um maior número de experiências vividas e um maior número de confrontos com eventos negativos esperados e inesperados. Fortes-Burgos & Neri (2008), referem alguns estudos como os de Folkman e colaboradores (1987) e Aldwin e colaboradores (1996), que ao comparar diferentes grupos de idade, mostram que no envelhecimento os eventos stressantes vividos com maior frequência são: a reforma, a perda de entes queridos e o aparecimento ou agravamento de doenças crónicas. Segundo Diehl (referido por Fortes-Burgos et al., 2008). No que se refere a idosos, os acontecimentos como doenças, acidentes e morte, que afectam entes queridos, tendem a ser vividos como mais dolorosos ou incontrolláveis do que quando ocorrem na própria pessoa. Referem ainda que o processo de stress apresenta mudanças ao longo do tempo e salientam a importância dos estudos clínicos com idosos, terem em conta o stress entendido numa fracção de tempo, por exemplo, ocorrido há um ano, há cinco anos e há mais de cinco anos.

Questionámos os sujeitos participantes neste estudo, sobre acontecimentos promotores de stress de vida, fazendo referencia à sua ocorrência há um ano. Verificámos que cerca de 52% dos idosos evocaram pelo menos a vivência de um motivo de stresse. A doença grave de alguém próximo, a perda de um ente querido e a própria doença foram os motivos mais relatados, o que se encontra de acordo com a bibliografia consultada onde é referido, que são estes os acontecimentos vividos de forma mais penosa pelos idosos (Aldwin et al., 1996; Hyer, et al., 2005; Fortes-Burgos et al., 2008). É de realçar que cerca 9 % dos idosos experienciaram em simultâneo várias situações stressoras (Tabela 2).

Tabela 2. Acontecimentos de vida stressantes no último ano

Stress de vida há menos de um ano	Total	%
	260	100
Doença grave de alguém próximo	39	15,0
Conflito com familiar	3	1,2
Viuvez	7	2,7
Perda de ente querido	39	15,0
Dificuldade económica importante	7	2,7
Perda de bens materiais	6	2,3
Doença no próprio	11	4,2
Resposta negativa	125	48,1
Mais do que uma situação de stress	23	8,8

3.2.3 PRESTAÇÃO DE CUIDADOS A OUTREM

É também relatado como um factor importante de stress, o trabalho desenvolvido como cuidador de outrem. Fortes-Burgos & Neri (2008) enfatizam a importância do stresse crónico desenvolvido em determinados papéis específicos, por exemplo, o de cuidar de um familiar ou o cuidar de idosos com grande dependência. Citando Perlin e Schooler (1978), aqueles autores dizem também que o papel de cuidador, desenvolve efeitos deletérios com perturbação nas relações entre cônjuges e filhos para além de pôr em risco a saúde física e mental dos cuidadores.

Questionados os idosos participantes neste estudo sobre sua experiência como cuidador, verificámos que responderam afirmativamente cerca de 25% sendo os cuidados principalmente prestados ao cônjuge, a um familiar e a filhos (Tabela 3).

Tabela 3. Prestação de cuidados pelos sujeitos da amostra

Presta cuidado a alguém	Total	%
	260	100
Não	194	74,6

Cônjuge	33	12,7
Filho	13	5,0
Familiar	15	5,8
Outro	5	1,9

3.2.4 COMORBILIDADES

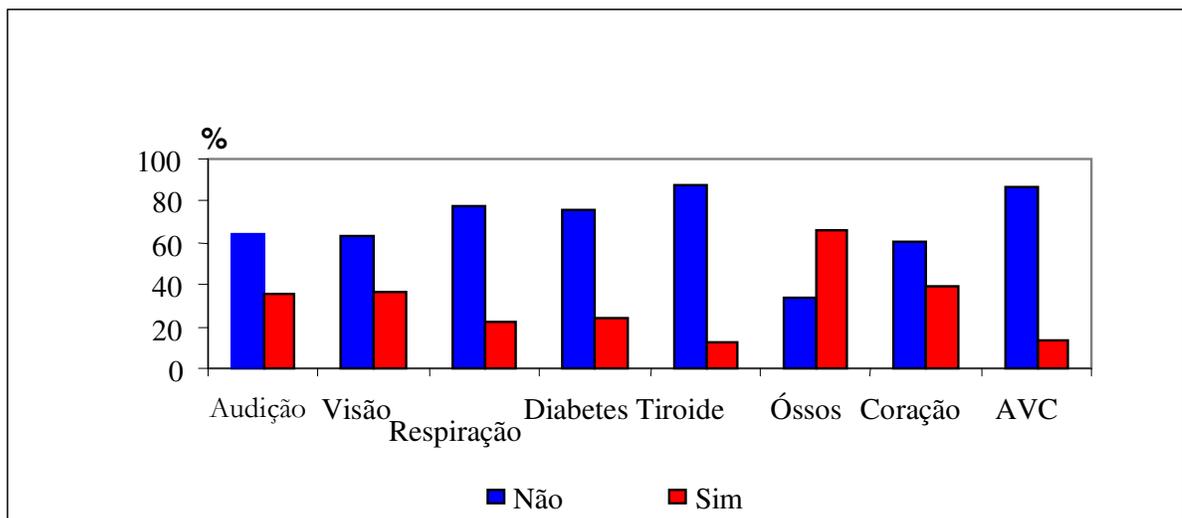
O envelhecimento caracteriza-se pela alteração fisiológica dos vários órgãos e por diminuição de capacidades. A existência em simultâneo de várias doenças e ou de vários factores de risco, são também de esperar com o avançar da idade. Estudos realizados pelos autores Jeniffer Wolff, Barbara Starfield e Gerard Anderson (2002), abrangendo uma população de cerca de 1217103 idosos e usando a Classificação Internacional de Doenças (ICD9) na definição de doença crónica, verificaram que cerca de 82% dos idosos sofriam de pelo menos uma doença crónica e 65% tinham múltiplas doenças crónicas, 43% dos participantes sofriam de 3 ou mais dessas doenças e 24% de 4 ou mais. O aumento da idade fazia-se acompanhar de aumento de número de doenças. Um outro estudo encontrou uma correlação positiva entre doença crónica e a depressão, numa população de 1120 idosos (Duarte & Rego, 2007).

No presente estudo, questionámos sobre algumas doenças que se enquadram na definição adoptada da Classificação Internacional de Doenças (ICD10) entendida como: as morbilidades baseadas numa variedade de factores, incluindo a semelhança clínica, a persistência, a recorrência e a esperada necessidade contínua de tratamento.

Na nossa pesquisa, entendemos mais importante o tipo do que o número de morbilidades Assim, optámos por conhecer a existência de morbilidade como o défice da visão e audição pelo facto de interferirem com a funcionalidade do idoso e poderem ser consideradas como doenças que aceleram um processo de isolamento social e sintomatologia depressiva. Conhecer algumas morbilidades como a diabetes, doenças osteoarticulares degenerativas, doenças cardiovasculares e da tiróide, que para além da limitação física inerente à condição orgânica e ao risco de agravamento com outras situações clínicas como as quedas o síndrome do imobilismo, exigem ainda, terapêuticas que por si só, podem representar um factor de risco de sintomas depressivos nos idosos, como por exemplo, o uso de antihipertensores, de antidiabéticos e de AINE entre outras.

Verificámos que as doenças osteoarticulares representaram 66,2% percentagem equivalente a cerca do dobro das restantes morbilidades referidas pelos idosos participantes. A doença cardiovascular foi referenciada por 39,6% dos idosos, os défices de visão por 36,5%, os défices de audição por 35,4%, a diabetes por 23,8%, as doenças respiratórias por 21,9%, o AVC por 13,1% e as doenças da tiróide por 12,7% (Gráfico 9).

Gráfico 9. Frequência de comorbilidades nos sujeitos da amostra

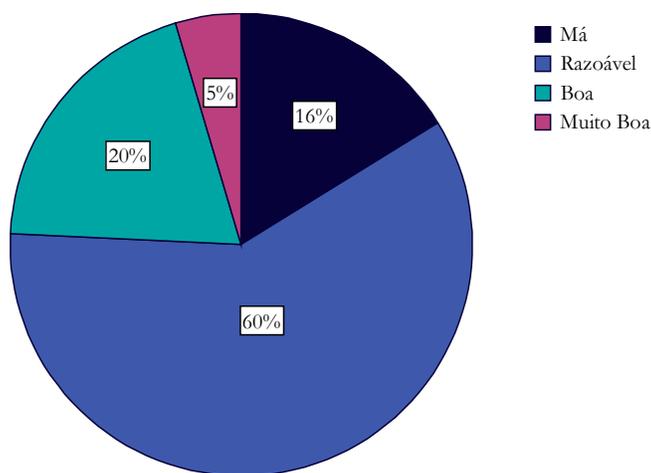


3.2.5. AUTO PERCEPÇÃO DE SAÚDE

A auto-avaliação de saúde é muito usada em Gerontologia como um indicador de risco de perda de funcionalidade e até de mortalidade no idoso. Esta percepção de saúde, reflecte uma avaliação do idoso que integra as várias dimensões, biológica, psicossocial e social (Lima-Costa, Peixoto, Matos, Firmo & Uchôa, 2007). A auto percepção de saúde, apresenta uma estrutura multidimensional, compreendendo a situação sócio-económica, a rede social de apoio e condições de saúde e principalmente a saúde mental. Também se inclui na percepção de saúde do idoso, o acesso a serviços de saúde (Lima-Costa, Firmino & Uchôa, 2004). Em síntese, a percepção de saúde registada pelo indivíduo idoso, assemelha-se à definição de saúde da OMS de “bem estar físico, mental e social do indivíduo” e não apenas à ausência de doença.

Cerca de 59,6% dos idosos participantes neste estudo, quando inquiridos sobre a percepção de sua saúde a classificaram de razoável e 16,2% de má e apenas 5% a classificaram de muito boa. (Gráfico 10).

Gráfico 10. Auto-percepção de saúde dos sujeitos da amostra



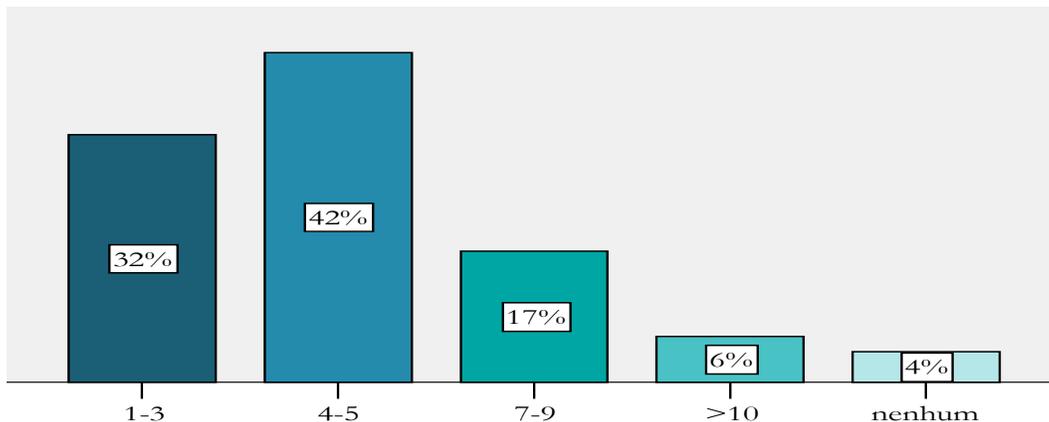
3.2.6 HÁBITOS DE CONSUMO DE MEDICAMENTOS

Em paralelo com o processo de envelhecimento, pode-se esperar o aumento das doenças crônicas. A necessidade de tratamento farmacológico vê-se assim também aumentada. Nos E.U. cerca de 12% da população com idade superior a 65 anos, consome cerca de 20-25% da quantidade total dos medicamentos nesse país (Soares, 2000; Rozenfeld, 2003). No Reino Unido, cerca de 30% das despesas são feitas em gastos com medicamentos e a maioria dos idosos consome pelo menos um medicamento e um terço deles consome cinco ou mais simultaneamente, traduzindo um consumo excessivo de produtos não indicados ou de uso dispensável (Soares, 2000; Rozenfeld, 2003). Segundo Suely Rosenfeld (2003) no seu estudo de revisão sobre a prevalência e factores associados ao mau uso de medicamentos entre idosos, refere que as mulheres consomem mais fármacos que os homens, o que se deve à sua pior auto percepção da saúde. Aponta também a autora para a existência de alguns predictores de uso de fármacos, como sejam: o aumento da idade, a sub-classe dos medicamentos e o fármaco ser ou não de venda livre. Verifica-se contudo que as taxas de automedicação

em idosos, parece ser menor que na população em geral, o que pode dever-se à maior consciência dos riscos a que estão sujeitos ou ainda, porque sofrem de quadros mórbidos de maior gravidade, como refere aquela autora. A polifarmácia, pode ser uma causa de descompensação física e ou mental, que cursa com sintomas depressivos e justifica uma abordagem cuidada e rigorosa.

No estudo que realizámos, constatámos que apenas 4% dos idosos negaram o uso de medicamentos. Dos 96% de idosos que referiram tomar medicamentos, 76% usam 4 ou mais fármacos por dia. Este número é considerado um predictor de risco para os efeitos deletérios da polifarmacia. (gráfico nº 11)

Gráfico 11. Frequência relativa consumo diário de fármacos pelos sujeitos da amostra



Em síntese, a população deste estudo é muito envelhecida, maioritariamente feminina e de baixa escolaridade. O estado civil casado é maioritário, o que poderia ser considerado como factor protector, no entanto, a doença grave e a perda de entes queridos, apresentam-se como factores de stress importantes.

Uma percentagem elevada dos participantes no estudo, cuida de outrem e sofreu no último ano de algum acontecimento de vida stressante. As patologias incapacitantes e favorecedoras de isolamento e depressão, como sejam as doenças osteo-articulares e dos sentidos, são relatadas numa elevada frequência. A polifarmacia é outra das características desta população. A auto-percepção de saúde dos sujeitos deste estudo é fracamente positiva.

3.3 INSTRUMENTOS UTILIZADOS NA INVESTIGAÇÃO

Para o estudo que nos propusemos realizar, utilizámos os seguintes instrumentos:

Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos – CES-D (Radloff, 1977), a validar na população idosa portuguesa deste estudo, que passaremos de seguida a apresentar e a justificar a sua escolha.

Escala de Auto-Eficácia de Ralph Schwarzer e Matthias Jerusalem (Schwarzer & Jerusalem, 1995; Nunes, Schwarzer & Jerusalem, 1999), cujos resultados serão considerados para a validação da CES-D por referência a critério externo.

Estes dois instrumentos juntamente com o questionário sócio-demográfico e de saúde, constituíram o protocolo de recolha de dados.(Anexos I).

3.3.1 ESCALA DO CENTER FOR EPIDEMIOLOGIC STUDIES OF DEPRESSION- CES-D

A escala de Depressão do Center for Epidemiologic Studies (CES-D), é uma escala de depressão desenvolvida pelo Centro de Estudos Epidemiológicos do National Institute of Mental Health, Rockville, USA. Proporciona uma medida corrente da sintomatologia depressiva, enfatizando o componente afectivo e os sintomas avaliados não são apenas os relacionados com o diagnóstico de depressão clínica, mas também podem fazer parte de outros diagnósticos, inclusive o diagnóstico de normalidade (Radloff, 1977, Radloff & Locke, 2000).

Apesar de construída para a população em geral, a CES-D é susceptível de ser utilizada com diferentes subgrupos da população. A sua estrutura pouco extensa, permite ser aplicada em entrevistas breves sem as condicionantes de tempo e ainda permite estabelecer a relação entre a depressão e outras variáveis presentes nos subgrupos populacionais (Radloff, 1977, Radloff & Locke, 2000). Esta escala foi estudada em muitos países e culturas diferentes. A título de exemplo, apresentamos aqui alguns estudos de adaptação da CES-D e que são referidos num estudo de C. Rosa e J.

Martín (2007c): Kennedy & cols. (1989) Callahan & Wolinsky (1994) nos E.U.A., Ihara (1993) no Japão e Beekman, Deeg, Tilburg, Smith & Tilburg (1995) na Holanda.

A CES-D conta com a adaptação francesa (Fuhrer & Rouillon, 1989) e em Portugal, assinalamos a adaptação desta escala pelos autores Gonçalves & Fagulha (2003).

Segundo Radloff (1977), a CES-D foi elaborada a partir de itens seleccionados de outras escalas previamente validadas tais como a de Beck, Ward, Mendelson, Mock, & Erbaugh, (1961), a de Dahlstrom & Welsh, (1960), a de Gardner, (1968) e a escala de Zung, (1965). As suas componentes depressivas são as encontradas na literatura e incluem: humor depressivo, sentimentos de culpa e desvalorização, sentimentos de desamparo e desespero, lentificação psicomotora, perda de apetite e perturbações do sono (Radloff, 1977). O controle realizado no estudo original em três amostras e dirigido para idade, sexo, estado civil, rendimentos, actividade ocupacional e análises das condições de realização da entrevista, não explicita diferenças significativas no score da CES-D quando associadas à hora do dia, dia da semana, ou mês do ano em que a entrevista foi realizada (Radloff, 1977).

No estudo original mostrou serem de pouca relevância as diferenças existentes entre os entrevistadores, assim como de pequena amplitude e pouca importância na prática, tendo as propriedades da escala se mantido consistentes no seu propósito, entre os entrevistadores e as formas de questionário (Radloff, 1977).

A CES-D apresentou uma consistência interna alta (.85) tanto na amostra da população geral como na amostra de população clínica (.90). Quanto ao facto de poder existir algum viés de resposta, por exemplo a tendência individual para responder na mesma direcção (positiva ou negativa) ao longo do questionário, os estudos de validade, sugeriram que este viés de resposta não interferiu na fidelidade da escala (Radloff, 1977). A correlação de teste-reteste, com intervalo de 6 meses, apresentou um valor de .54 que é considerado adequado, na medida em que a escala pretende avaliar a situação actual.

No estudo original ficou demonstrado que apesar não se tratar de uma escala para o diagnóstico de depressão, a CES-D apresenta um forte poder discriminativo entre grupos de doentes e população em geral, é sensível para níveis de severidade de sintomatologia depressiva e reflecte a melhoria sintomática após o tratamento psiquiátrico (Radloff, 1977; Radloff & Locke, 2000; Gonçalves & Fagulha, 2000, 2004a).

A CES-D, relaciona-se bem com outras escalas de depressão, tendo apresentado os seus resultados numa correlação positiva, nomeadamente com o Inventário de Beck (.81), num grupo de pacientes deprimidos recuperados (Gonçalves & Fagulha, 2003).

O estudo original desta escala, revelou a sua sensibilidade para a discriminação de humor depressivo relacionado com acontecimentos de vida negativos vividos no último ano, tal como era esperado (Radloff, 1977).

A CES-D é composta por um questionário de auto resposta com 20 itens que representam aspectos da sintomatologia depressiva mais relevantes, evocados na literatura clínica e nos estudos de análise factorial (Radloff, 1977; Gonçalves & Fagulha, 2003). As respostas a cada item são dadas numa escala de 4 pontos (0-3) que correspondem à frequência com que o sintoma foi vivido na última semana. O facto de se referenciar a resposta ao lapso de tempo de uma semana, enfatiza a actualidade do sintoma (Radloff, 1977).

A cada resposta, “nunca ou muito raramente”, “Ocasionalmente”, “Com alguma frequência” “ Com muita frequência ou sempre”, é atribuído uma pontuação de 0 a 3 respectivamente (Radloff, 1977). Os 20 itens, somam um score global entre 0 e 60, em que as pontuações mais altas se relacionam com mais sintomas depressivos em função da frequência de ocorrência durante a última semana (Radloff, 1997).

A análise factorial realizada em três amostras da população geral, identificou 4 factores:

- I – Humor depressivo (desanimo, depressão, solidão, tristeza);
- II – Humor positivo (estar bem, esperançado, feliz, alegre);
- III – Sintomas somáticos e perda de energia ou actividade (perda de apetite, perda do sono, perda de energia);
- IV – Interpessoal (hostil, desagrado).

Embora com boas características psicométricas, Leonor Radloff (1977) sugere que a escala para ser usada em estudos epidemiológicos, deve ter uma fidelidade, validade e uma estrutura semelhante em cada sub-grupo da população. A autora refere também alguns limites a considerar no uso da CES-D:

- Não deve ser usada como um teste de diagnóstico;
- Não deve ser feita uma interpretação sobre um score individual;

- Mesmo em grupos médios, pode ser interpretada em termos de sintomas que acompanham a depressão e não como medida de doença;
- O ponto de corte está ainda por validar para rastreio clínico, embora o ponto de corte proposto no estudo original para a população geral seja de igual ou superior a 16.

Existe uma versão portuguesa da CES-D realizada pelos autores Gonçalves e Fagulha (2003), com base em três estudos (A, B e C). O estudo A desenvolveu-se no ano de 2000, numa amostra de estudantes universitários, onde foi avaliada a consistência interna, as características dos itens e a correlação dos resultados com o Inventário de Beck. Os dois outros estudos, B e C, foram realizados nos anos de 2000-2001 com o objectivo de adaptar a escala à população geral portuguesa e de testar a possibilidade de aplicação oral do questionário. Foram participantes no estudo B, os sujeitos adultos de um centro de saúde que responderam à CES-D de forma escrita ou oral. Posteriormente, participaram numa entrevista adaptada do módulo de avaliação das perturbações do humor, da versão clínica da SCID-1 (Structural Clinical Interview for DSM-IV Áxis I Disorders). Registou-se uma elevada consistência interna (.89) e a análise factorial apresentou uma estrutura semelhante ao estudo original e uma concordância geral quanto à saturação dos diferentes factores.

Os factores gerados, foram o humor deprimido, humor positivo, sintomas somáticos e perturbação da actividade e interpessoal. A análise factorial confirmatória, revelou uma forte correlação entre os 4 factores. Foi encontrada uma correlação de .70 na correlação obtida na CES-D e o diagnóstico segundo critérios da DSM-VI e uma correlação de .76 nos sintomas depressivos observados na entrevista clínica. Com o Inventário de Beck a correlação encontrada com a CES-D foi de .75. (Gonçalves & Fagulha, 2000, 2004a). Pode-se afirmar que a CES-D, é adequada para ser aplicada na população geral, tendo em conta as correlações e a análise comparativa da distribuição das respostas aos itens. Esta adaptação portuguesa apresenta, à semelhança do trabalho original de Leonore Radloff, um score que quanto mais elevado, mais se relaciona com sintomatologia depressiva manifestada pelo sujeito e um ponto de corte de 20, que apresentou boa sensibilidade (.83) e especificidade (.78) principalmente para o diagnóstico de Episódio Depressivo Major, dos resultados do estudo B. Quanto às vantagens desta escala, a versão portuguesa da CES-D permitiu concluir, ser simples e de rápida aplicação, a redacção dos itens e a forma de resposta são mais acessíveis do

que outras escalas semelhantes; a sua aplicação é adequada aos indivíduos com nível de escolaridade baixa o que é facilitado pelo facto de poder ser aplicada oralmente. A CES-D demonstrou ainda a sua utilidade na realização de estudos epidemiológicos quando aplicada à população geral. O seu uso também se apresentou importante e útil na população clínica como instrumento de rastreio de perturbação depressiva e na avaliação da intensidade da sintomatologia depressiva (Gonçalves & Fagulha, 2003).

Ao ser comparada com o inventário de Beck, a CES-D sugeriu uma maior sensibilidade nas variações da sintomatologia depressiva por apresentar uma maior heterogeneidade de respostas na população em geral (Gonçalves & Fagulha, 2003). O estudo de validação da CES-D mostrou tratar-se de um bom instrumento de rastreio da sintomatologia depressiva da população geral portuguesa até aos 65 anos (Gonçalves & Fagulha 2003, 2004b; Bento, 2004).

Também em língua portuguesa, são conhecidos alguns estudos brasileiros que testam as propriedades da CES-D. Um desses estudos, foi dirigido à população clínica e não clínica de adolescentes e adultos jovens, com o objectivo de estudar a sua validade e fidelidade (Silveira & Jorge, 1998). A consistência interna medida pelo coeficiente alpha de Cronbach, revelou-se elevada (.85) e a análise factorial revelou a existência de quatro dimensões com uma variância explicada de 58,8%, semelhante ao resultado de outros estudos. Este estudo foi realizado com um grupo de 523 indivíduos, composto por três sub-grupos de estudantes universitários (197-curso de medicina, 163 – curso de arquitectura e 168 – curso de economia) da cidade de S. Paulo – Brasil. Os estudantes de medicina foram submetidos a uma entrevista psiquiátrica segundo os critérios diagnósticos de depressão. Complementarmente, foi construída uma amostra de 50 pacientes farmacodependentes que responderam também ao instrumento de rastreio da depressão com a aplicação da CES-D. Neste estudo, a CES-D apresentou uma boa sensibilidade para o rastreio da depressão em populações jovens tanto clínicas como não clínicas (Silveira & Jorge, 1998).

Um outro estudo realizado no Brasil numa amostra de 903 idosos, residentes no Estado de Minas Gerais nos anos de 2002-2003, estudou a consistência interna, a validade de construto e de critério e os resultados foram comparados com a versão brasileira da Geriatric Depression Scale aplicada numa sub-amostra de 446 indivíduos (Batistoni, Neri & Cupertino, 2007). Os resultados obtidos, revelaram uma consistência interna medido pelo coeficiente alfa de Cronbach de .86, sensibilidade de 74,6% e especificidade de 73,6%, para um ponto de corte de 11, embora tenha apresentado mais

falsos positivos que a Geriatric Depression Scale. A análise factorial exploratória do instrumento gerou uma estrutura com três factores: afectos negativos, dificuldades de iniciar actividade e afectos positivos. A escala apresentou características psicométricas adequadas à população idosa, sendo referida a importância de mais estudos, em diferentes contextos, para esclarecimento da influência das variáveis somáticas e situacionais nos resultados da CES-D nesta população (Batistoni, Neri & Cupertino, 2007).

Com uma amostra de pacientes idosos atendidos num serviço Universitário de Cuidados Primários, um outro estudo mostrou uma consistência interna de .85 e uma solução de quatro factores para a escala (Callahan & Wolinsky, 1994). O estudo de Carla Boutin-Foster (2008), utilizou uma amostra clínica de 51 participantes com idades superiores a 50 anos, hospitalizados por doença coronária, teve por objectivo correlacionar os resultados da CES-D com os factores raciais e étnicos através do uso da análise diferencial dos itens. Este estudo concluiu, à semelhança de estudos anteriores realizados com uma população de idosos afro-americanos e não afro-americanos, que as diferenças nos sintomas relativos aos afectos somáticos, afectos positivos e interpessoais, estavam associados numa alta prevalência, com sintomas depressivos observados em minorias étnicas e raciais (Blazer, Landerman, Simonsick & Saunders, 1998; Boutin-Foster, 2008).

A New Haven Component of Establish Populations for Epidemiologic Studies of the Elderly (EPESE), (Cole, Kawachi, Maller, & Berkman, 2000), numa amostra de 2340 idosos, analisou o viés de resposta de variáveis exógenas como a idade, género e raça na CES-D, concluindo que a CES-D é mais válida quando removidos alguns itens, nomeadamente “Tive crises de choro” e dois itens relativos ao domínio interpessoal. Foi realçada que a redução para 17 itens manteve uma alta consistência interna sem qualquer efeito adverso na fidelidade da CES-D. Realçou-se ainda a importância da variância dos itens, como forma de evitar inferências enviesadas (Cole, Kawachi, Maller, & Berkman, 2000).

Relativamente ao ponto de corte, não há propriamente consenso. Alguns estudos apontam para um ponto de corte de 20 como ideal para detectar um episódio depressivo major, como é disso exemplo o estudo efectuado numa população de 266 sujeitos de idades compreendidas entre os 18 aos 65 anos, em Bucaramanga (Campo-Arias, Diaz-Martinez, Rueda-Jaimes, Cadena-Afanador & Hernandez, 2007).

Muitos autores concordam que o ponto de corte igual ou superior a 16 é discriminante de distúrbios depressivos ou necessidade de avaliação mental e cuidados e o score de 15 da CES-D, correspondem a eutimia ou ausência de sintomas depressivos (Radloff, 1977; Blazer, 2003; Kemppainen, Taylor, Jackson, & Kim-Godwin, 2009).

3.3.2 GENERAL PERCEIVED SELF-EFFICACY SCALE (GSE)

Para a validação da CES-D por referência a critério externo faremos uso da Generalized Self-Efficacy Scale (GSE), esperando encontrar uma correlação negativa entre os resultados das duas escalas tendo por base a revisão bibliográfica realizada (Anexo II).

A Generalized Self-Efficacy Scale (GSE), na sua versão original alemã, foi desenvolvida por R. Schwarzer e M. Jerusalem em 1979 (Schwarzer, 2009). A sua base conceptual e construto avaliado, baseia-se na teoria de Bandura sobre auto-eficácia. Este conceito sugere a existência de uma inter-relação entre as estruturas cerebrais e as suas funções, que orientam a acção da pessoa sobre si mesma e sobre o ambiente (Bandura, 1977, 1998, 2001). Esta teoria assume principalmente que o processo psicológico, serve como meio de criar e estreitar as expectativas de eficácia pessoal, havendo contudo que distinguir entre o significado de eficácia e o de consequência ou resultado esperado.

Resultado esperado é definido como uma estimativa pessoal de que determinado acontecimento terá uma determinada consequência, enquanto eficácia esperada, é definida como a convicção ou crença no sucesso do desempenho para produzir determinada consequência (Bandura, 1995, 1997). A expectativa do resultado e de eficácia, distinguem-se porque não basta só o conhecimento de que determinado desempenho leva a determinado resultado, mas necessita que exista também, uma auto percepção de eficácia para se conseguir esse resultado.

A auto-eficácia percebida, é a crença pessoal sobre as capacidades em organizar e executar alguma actividade, tendo subjacente um mecanismo central na mediação entre o indivíduo e o meio-ambiente, por forma que este consiga agir. É uma variável cognitiva com uma função motivacional. Entende-se por motivação, a activação e persistência do comportamento suportado pelo processamento cognitivo.

Bandura (1995, 1977), considera que, “as realizações conseguidas, as experiências de mestria ou experiências de desempenho vicariantes, a persuasão verbal

ou social e os estados fisiológicos e emocionais”, constituem os 4 principais pilares da auto-eficácia. Embora este conceito tenha surgido com Bandura no final dos anos 70, vem sendo estudado e redefinido, pensando-se actualmente que a auto-eficácia intervém e medeia actividades cognitivas, processos motivacionais e estimula emoções (Benites, 2006). A percepção de auto-eficácia influencia os níveis de stress, ansiedade e depressão perante situações difíceis e serão tanto mais elevados quanto menor for a percepção de eficácia para resolver o problema (Ribeiro, 1995; Schwarzer, 1996; Coimbra & Fontaine, 1999; Sousa & Sousa, 2004; Benites, 2006).

Pessoas com níveis elevados de auto-eficácia, desenvolvem os esforços necessários no desempenho de tarefas, porque acreditam que conseguem lidar com elas enquanto que, pessoas com níveis baixos de auto-eficácia, tendem a evitar o confronto com desafios e percebem o ambiente como perigoso (Bandura, 1998; Ribeiro, 1995; Coimbra & Fontaine, 1999; Benites, 2006). Desempenhos insatisfatórios podem ocorrer mais por falta de auto-eficácia do que por falta de habilidade. Uma baixa auto-eficácia está relacionada com depressão, ansiedade, sentimentos de impotência, baixa auto-estima e com pensamentos mais pessimistas quanto às habilidades pessoais (Bandura, 1998; Ribeiro, 1995; Coimbra & Fontaine, 1999; Benites, 2006, Schwarzer, 1996).

Alguns estudos apontam para a importância da capacidade de coping no confronto com situações e desafios novos (Scholz, Doña, Sud & Shwartz, 2002). Embora estes autores concordem com Bandura (1977) quanto à auto-eficácia poder ser contextualizada numa situação específica, também apoiam que o seu grau varia com o contexto.

Baseada na teoria avançada por Bandura (1977) e assumindo que a auto-eficácia é um construto universal e que se aplica a diferentes culturas e que pode ser medida por investigadores em diferentes línguas, os autores R. Schwarzer & M. Jerusalem (s.d), desenvolveram a General Self-Efficacy Scale (GSE), que tem sido traduzida e aplicada em diversos países. A GSE aplica-se à população em geral, inclusivamente adolescentes com idade superior a 12 anos, é composta por 10 itens cujo score total pode variar entre 10 e 40. Pode ser auto respondida e a sua aplicação demora cerca de 4 minutos. Pode ser aplicada antes e após tratamento. O construto da GSE, reflecte uma auto percepção optimista de que se consegue lidar com novos e diferentes desafios ou lidar com adversidades nos vários domínios do funcionamento humano (Schwarzer & Jerusalem, s.d.). Cada item refere-se ao coping positivo e implica uma estabilidade interna no atributo de sucesso. A GSE, apresenta um construto operativo, visto ser relatado em

diferentes acontecimentos e na prática clínica. As suas características psicométricas avaliadas em 23 países onde foi aplicada, revelaram uma consistência interna medida pelo alfa de Cronbach que variou entre .76 a .90 sendo maioritariamente de .80. A validade de critério é documentada por vários estudos com coeficientes de correlação positivos relativamente a emoções positivas, optimismo e satisfação laboral. No que se refere a depressão, ansiedade, stress, burnout e doenças, apresenta coeficientes de correlação negativos (Shwartz & Jerusalem, s.d.; Schwarzer, 1996; Schwarzer & Born, 1997, Schwarzer, 2009). A GSE é uma escala unidimensional. Pode ser usada como predictor de adaptação a mudanças de vida e como indicador da performance motivacional em qualquer momento, como o comprovam os múltiplos estudos ao longo de duas décadas (Schwarzer, 1996)

Tivemos acesso à tradução portuguesa da GSE por Nunes, Schwarzer e Jerusalem (1999) e a uma versão portuguesa desenvolvida por Coimbra e Fontaine (1999). Estas autoras realizaram o seu estudo com adolescentes portugueses, em que compararam os diferentes contextos de vida como determinantes ou não de diferentes crenças de auto-eficácia. Os resultados apresentaram uma consistência interna medida pelo alfa de Cronbach de .77 e uma estrutura unifactorial. Apesar das boas características psicométricas desta escala, as autoras sugeriram a realização de estudos longitudinais e de correlação com construtos psicológicos e outros factores.

A sintomatologia depressiva é a dimensão avaliada pela CES-D, sendo de esperar que os sujeitos que manifestem mais sentimentos depressivos apresentem menor auto-eficácia percebida. No nosso estudo, recorreremos à escala de Auto-eficácia Geral Percepcionada, como critério externo de validação da CES-D. Por razões práticas identificaremos com as iniciais GSE.

Segundo Almeida & Freire (2007), a validade ou seja, o grau em que o teste mede aquilo que pretende medir, é avaliada através do grau de relacionamento que é possível obter entre os resultados na prova, e a realização dos sujeitos em critérios externos, supostamente associados ou dependentes da dimensão psicológica que a prova avalia.

Com a aplicação da GSE, pretendemos desenvolver um estudo piloto de uma versão portuguesa para idosos e ao mesmo tempo obter um critério externo de validação para a CES-D como referido anteriormente.

3.4 PROCEDIMENTOS

3.4.1 RECOLHA DOS DADOS

Para a realização desta investigação, procedeu-se a uma planificação de procedimentos que passamos a descrever.

Começámos por obter oficialmente e através de documento escrito, autorização da responsável da instituição de saúde, para a recolha de dados. Nos meses de Janeiro e Fevereiro de 2008, procedemos à aplicação do protocolo de recolha dos dados, em idosos com idade igual ou superior a 65 anos que se dirigiam ao Centro de Saúde para consulta com o seu Médico de Família.

Devido a contingências de horários de transporte e de horários de consulta, constatamos alguns limites a nível do tempo disponibilizado para a entrevista por parte dos idosos, o que se traduziu na dificuldade de recolha dos dados por um só investigador. Assim, solicitámos a colaboração de outros profissionais, nomeadamente, duas psicólogas, alguns médicos e enfermeiros dos centros de saúde da Sub-Região de Saúde de Castelo Branco, a quem foi transmitida toda a informação necessária, previamente à aplicação do protocolo de investigação de forma a homogeneizar os procedimentos.

De todos os idosos que participaram, foi obtido o consentimento informado e foi sempre explicada e respeitada a opção do participante em responder oralmente ou por escrito. Todos os idosos optaram por responder oralmente às perguntas que foram lidas pelos entrevistadores. Foi respeitado o cuidado de formular as questões pausadamente, com boa articulação das palavras e não sugerir qualquer opção de resposta. A aplicação dos questionários obedeceu a uma ordem interpolada, isto é, o investigador iniciava a entrevista sempre com um questionário diferente àquele pelo qual iniciara na entrevista anterior. Pretendeu-se com este procedimento evitar o possível viés associado à ordem de aplicação. Teve-se em conta os critérios de selecção e exclusão definidos para este estudo.

Optámos por uma amostra de conveniência atendendo ao contexto, tempo e adequação para este grupo etário. Determinámos o tamanho da amostra, tendo por base a informação veiculada por Almeida & Freire (2007) - “o tamanho da amostra depende

do número de condições ou variáveis em estudo aceitando-se em estudos de validação de instrumentosum número de 10 sujeitos por item”. Tendo em conta os 20 itens da escala do Center for Epidemiologic Studies (CES-D), considerámos que um número situado entre 200 a 300 sujeitos, seria suficiente para obter uma amostra representativa da população em causa. Considerámos razoável o número de 260 sujeitos que constituem esta amostra. A recolha dos dados ficou concluída apenas em Maio de 2008. Posteriormente procedemos à sua introdução na matriz e análise no programa estatístico SPSS 15.0 – Statistical Package for the Social Sciences.

Embora tratando-se de instrumentos com tradução disponíveis, perante os quais não se levantaram problemas de natureza técnica, não deixámos de efectuar um ensaio prévio para nos certificarmos que os itens eram claramente compreendidos por parte dos sujeitos participantes

3.4.2 ANÁLISE DOS DADOS

O tratamento dos dados foi efectuado com recurso ao software estatístico Statistical Package or Social Sciences (SPSS) 15.0 Iniciou-se com a análise descritiva básica das variáveis sócio-demográficas já apresentada e seguidamente procedeu-se ao estudo das propriedades psicométricas e sua interpretação através do cálculo de da fidelidade e validade dos resultados das escalas CES-D e GSE. Estabeleceram-se também algumas correlações facilitadoras de uma interpretação mais abrangente dos resultados dos sujeitos participantes no estudo. Para a validação das propriedades psicométricas das escalas, recorreremos a uma breve revisão sobre conceitos psicométricos fundamentais como fidelidade e validade.

Habitualmente associamos à fidelidade os conceitos de estabilidade e consistência interna, consoante nos referimos à constância dos resultados obtidos em momentos diferentes, ou à apresentação dos itens como um todo homogéneo, respectivamente. A estes dois significados mais habituais atribuídos à fidelidade correspondem diferentes métodos e cálculos, assentes em coeficientes de correlação de resultados. No nosso trabalho optámos pelo método da consistência interna dos itens, avaliada através do coeficiente alfa de Cronbach. Este procedimento é considerado o melhor indicador da fidelidade de um texto (Nunnaly, 1978, Cronbach, 1990).

Nunnaly (1978) e Cronbach (1990) consideram um valor de .70 como aceitável.

DeVellis (1991, referido por Almeida & Freire 2007, p.186) apresenta uma classificação em que considera que um valor de alfa entre 0.65 e 0.70 é minimamente aceitável, entre 0.70 e 0.80 é respeitável e acima de 0.80 é muito bom.

Numa perspectiva mais tradicional, validade dos resultados de um teste, significa a medida em que estes resultados medem aquilo que pretendem medir. Numa acepção mais recente, a validade dos resultados significa o conhecimento que temos daquilo que o teste efectivamente mede (Almeida & Freire, 2007). De maneira geral são considerados três tipos de validade: validade de conteúdo; validade por referência a critério e validade de construto ou conceito (Almeida & Freire, 2007).

A validade do conteúdo – refere-se à adequação dos itens em relação à dimensão comportamental considerada na prova. Implica uma definição operacional do construto e o seu relacionamento com os domínios considerados na prova.

Validade por referência ao critério, também designada por validade externa, tem a ver com o grau de relacionamento entre os resultados obtidos em critérios externos, que supõe estar associados à dimensão ou dimensões que a prova avalia. O cálculo estatístico assenta num estudo correlacional entre o resultado da prova e o “resultado” do critério externo (Almeida & Freire, 2007).

A validade do conceito ou construto, no seu sentido mais actual significa o grau de conhecimento daquilo que a prova está a medir. Das metodologias empregues para determinar a validade de construto, tem merecido bastante reconhecimento a análise factorial dos itens e resultados. Basicamente consiste em identificar as dimensões capazes de explicar a variância comum nelas verificada, com base nas inter correlações entre os itens ou entre os resultados num conjunto de pessoas.

“A carga factorial de um item no factor traduz em que medida esse item representa comportamentalmente um dado traço latente (validade) ou seja, a percentagem de covariância existente entre esse item e o respectivo factor. Numa lógica de avaliação em que o factor traduz o traço latente e o item a sua representação comportamental (empírica) então podemos interpretar tal carga factorial em termos de peso que esse traço tem naquele comportamento em concreto” (Almeida & Freire, 2007, p.199). A carga factorial varia entre -1.00 e +1.00, significando uma carga factorial de 0.00, ausência de relação entre o item e o factor. Embora, o valor não seja fixo, convém que não seja inferior a 0.30 e quanto maior o valor, melhor para os objectivos da avaliação, isto é, os itens com valor elevado são bons indicadores das dimensões

subjacentes e por outro lado, valores superiores a 0.50 são necessários para que não se prolonguem demasiado o número de itens (Almeida & Freire, 2007).

Para avaliar a correlação entre as variáveis numa análise factorial, utiliza-se o teste de Kraisser-Meuer-Olkin (KMO) cujo valor de .90 é considerado óptimo, meritório quando o valor é de .80 e mediano se o valor é de .70 (Kaiser & Rice, 1974). O teste de esfericidade de Bartlett é realizado para a avaliação da factoriabilidade da matriz de correlações com significância de valor inferior a 0.05.

Em síntese, procedemos neste estudo à análise descritiva para caracterização da amostra em estudo através das medidas de média, moda e correlações entre variáveis. Para a validação da escala CES-D, procedeu-se ao estudo das propriedades psicométricas das escalas usadas. A fidelidade dos resultados foi obtida através do coeficiente alfa de Cronbach, a validade do conceito ou construto, através da análise factorial exploratória para conhecer o padrão de variação conjunta dos itens e a variância explicada por cada factor e também do estudo da validade por referência a critério estabelecendo-se as correlações da CES-D com a GSE.

CAPÍTULO 4

APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

4.1 ESTUDO PSICOMÉTRICO DAS ESCALAS

Neste capítulo, passaremos a apresentar os resultados em simultâneo com a sua discussão e estabeleceremos o confronto com a informação obtida na literatura consultada.

Relativamente à Self-Efficacy Scale (GSE), antes de utilizarmos os seus resultados como indicador de validade por referência a critério para a escala CES-D, optámos por fazer o estudo das suas características psicométricas.

4.1.1 GENERAL SELF EFFICACY (GSE)

A tradução linguística da escala GSE, fez-se já em vários países, tendo por referência as versões germânica e inglesa (Scholz et al., 2002).

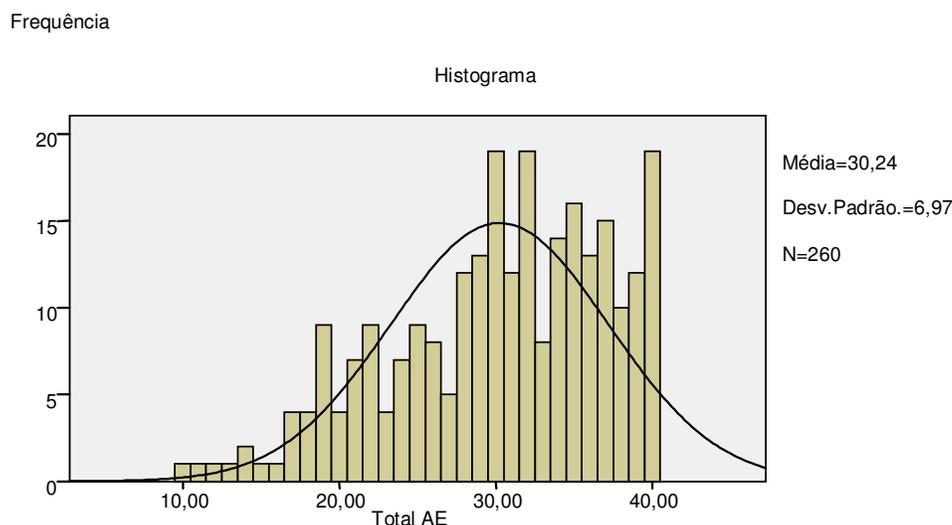
No nosso estudo, utilizámos a tradução de Renato Nunes da General Self-Efficacy Scale de Schwarzer & Jerusalem (1999). Esta escala é constituída por 10 itens com quatro opções de resposta: 1 – Nunca é verdade; 2 – Dificilmente é verdade; 3 – Moderadamente verdade; 4- Exactamente verdade. A pontuação atribuída a cada item da escala, varia entre 1 a 4 e o seu score total varia de um mínimo de 10 e um máximo de 40 pontos. Esta escala faz uma avaliação da auto-eficácia geral percebida e não da auto-eficácia percebida relativamente a uma tarefa específica.

Na interpretação dos seus resultados, considera-se que quanto mais forte for a percepção de auto-eficácia percebida, maior a pontuação na escala.

4.1.1.1 Estatística descritiva da GSE

Da análise descritiva dos resultados da GSE podemos dizer que a frequência da distribuição dos scores da amostra se faz segundo uma curva normal mas ligeiramente achatada, uma vez que o sinal do coeficiente de Kurtose é negativo. Os valores da média, moda e mediana são semelhantes, indicando algumas características de simetria desta distribuição. O coeficiente de simetria revela um enviesamento negativo com Skewness negativo (gráfico 12).

Gráfico 12. Distribuição dos resultados dos 260 sujeitos segundo a GSE



Não houve valores omissos. A distribuição do score nesta população variou entre 10 e 40, semelhante à apresentada por R. Schwarzer e U. Scholz (2000) num estudo com sujeitos de 19 países. Na população em estudo, verificamos que os valores da média, desvio padrão e o índice de Skewness, foram sobreponíveis ao estudo referido (Schwarzer & Scholz, 2000). A média de 30,2 permite fazer uma interpretação semelhante e dizer que esta escala é sensível para detectar diferenças nos scores mais baixos do que nos elevados, corroborando nesta interpretação o facto de nesta amostra se encontrar no percentil 50 a média de respostas de 31 pontos. (tabela 3)

Segundo Ralf Schwarzer (2009), não podemos categorizar os participantes como apresentando alta ou baixa eficácia, pois não existe um ponto de corte do score. No entanto e segundo o autor, pode ser usado um valor de ponto de corte de 30 quando a média do score encontrado na amostra seja igual ou próxima de 30. Tendo em conta que o score médio da população de idosos deste estudo é 30,2 podemos dizer que os respondentes com valores de score acima de 30, apresentam melhor eficácia do que aqueles que obtiveram um score inferior a 30. Relativamente às respostas possíveis em cada uma das perguntas, encontramos num valor médio de 3,08 (moderadamente verdade), aproximado ao valor de 2,9 encontrado em muitos estudos que utilizaram esta escala, (Schwarzer, 2009) (Tabela 4).

Tabela 4. Estatística descritiva da GSE

		N- 260
Média		30,24
Mediana		31,00
Moda		30(a)
Desvio Padrão		6,96
Variância		48,578
Coefficiente de Skewness assimetria		-,587
Coefficiente de Kurtosis achatamento		-,356
Mínimo		10
Máximo		40
Percentil	25	25,25
	50	31,00
	75	36,00

4.1.1.2 Fidelidade

A confiança que podemos obter na informação transmitida pelos resultados desta escala, é-nos dada pelo estudo da fidelidade através da consistência interna. O valor da estimativa da consistência interna da escala GSE, medido através do Coeficiente Alfa de Cronbach foi 0,928 (Tabela 5).

Tabela 5. Consistência Interna da GSE

Alfa Cronbach	Alfa Cronbach para Itens standardizados	Número de itens
,928	,945	10

A consistência interna encontrada, apresenta um valor elevado e que se encontra de acordo com os múltiplos estudos onde foram obtidos valores de coeficiente Alfa, entre .85 a .90 (Luszczynska, Gutiérrez-Doña & Schwarzer, 2005). Da análise das

correlações dos itens com a escala e Alfa de Cronbach conclui-se que todos os itens se correlacionam com a escala e contribuíram de modo muito idêntico para a consistência interna do questionário (Tabela 6).

Tabela 6. Correlação item-escala e alfa de Cronbach da GSE

Itens	Média da escala se eliminado	Variância da escala se eliminado	Correlação Item-Total corrigido	Alfa se eliminado
Eu consigo resolver sempre os problemas difíceis se eu tentar	26,97	40,292	,713	,922
Se alguém se opuser, eu encontro os meios e as formas de alcançar os que quero	27,29	39,704	,649	,925
É fácil para mim, agarrar-me às minhas intenções e atingir os meus objectivos	27,27	39,532	,674	,924
Eu estou confiante que poderia lidar eficientemente com acontecimentos inesperados	27,47	39,285	,699	,922
Graças ao meu desempenho, eu sei como lidar com as situações	27,04	40,010	,752	,920
Eu posso resolver a maioria dos problemas se eu investir o esforço necessário	27,06	39,494	,774	,918
Eu posso manter-me calmo ao enfrentar dificuldades porque eu posso confiar nas minhas capacidades para enfrentar as situações	27,39	39,846	,664	,924
Quando sou confrontado com um problema, geralmente eu consigo encontrar diversas soluções	27,23	39,388	,792	,918
Se eu estiver com problemas, geralmente eu consigo encontrar diversas soluções	27,21	39,887	,748	,920
Quando tenho um problema pela frente, geralmente ocorrem-me várias formas para resolvê-lo	27,26	39,175	,783	,918

As correlações dos itens com a escala são respeitáveis (Almeida & Freire, 2007), sendo o item mais correlacionado “Quando sou confrontado com um problema, geralmente eu consigo encontrar diversas soluções” ($\rho = 0,792$) e o item menos correlacionado com a escala “Se alguém se opuser, eu encontro os meios e as formas de alcançar o que quero” $\rho = .649$. Parece poder fazer-se a leitura de acordo com a teoria de

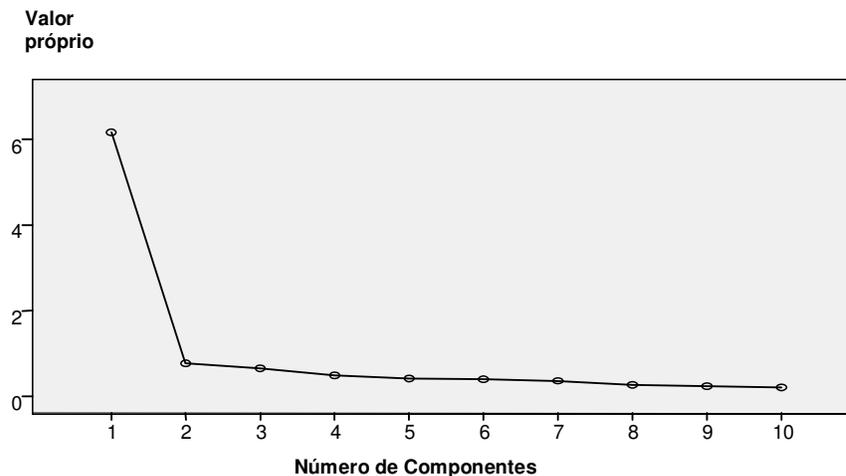
Bandura (1977), que embora sabendo das várias soluções para um problema, os idosos apresentam mais dificuldade em por em prática esses conhecimentos quando perante um obstáculo.

4.1.1.3 Validade

Iremos fazer o estudo da validade através da análise factorial, que resume a informação contida em muitas variáveis, num número reduzido de factores. A medida de adequação da amostra KMO foi de 0.936, a qual pode ser considerada excelente. Por sua vez o Teste de Esfericidade de Bartlett foi significativo ($\chi^2 = 1675,822$, g.l. = 45 p = .00). De acordo com Stevens (1986) para garantir a estabilidade da solução factorial é recomendável uma proporção mínima de 5 sujeitos por item, a qual neste estudo é largamente ultrapassado.

O estudo da dimensionalidade da escala GSE foi feita com recurso à Análise em Componentes Principais (ACP) com rotação Varimax e segundo o critério de selecção de factores com valores próprios maiores que um (Gráfico 13).

Gráfico 13. Scree Plot - Selecção de factores com valores próprios superiores a 1 da GSE.



Desta análise factorial, emergiu apenas um factor, com um valor próprio de 6,152 que apresentou uma variância explicada de 61,52% (Tabela 7)

Tabela 7. Variância Total Explicada

	Valores Próprios Iniciais			Extraction Sums of Squared Loadings		
	Total	% de Variância	% Acumulada	Total	% de Variância	% Acumulada
1	6,152	61,519	61,519	6,152	61	61,519
2	,770	7,702	69,221			
3	,661	6,613	75,834			
4	,496	4,955	80,789			
5	,423	4,233	85,022			
6	,398	3,980	89,002			
7	,366	3,663	92,665			
8	,275	2,755	95,420			
9	,241	2,413	97,833			
10	,217	2,167	100,000			

Método de Extração: Análise de Componentes Principais.

Registou-se um forte contributo de cada item para este factor tendo as correlações do item com o factor variado entre 0.710 e 0.846, o que pode considerar muito boa (Tabela 8).

Tabela 8. Matriz de Componentes

	Componente 1
Quando sou confrontado com um problema, geralmente eu consigo encontrar diversas soluções	,846
Quando tenho um problema pela frente, geralmente ocorrem-me várias formas para resolve-lo	,837
Eu posso resolver a maioria dos problemas se eu investir o esforço necessário	,828
Se eu estiver com problemas, geralmente eu consigo encontrar diversas soluções	,809
Graças ao meu desempenho, eu sei como lidar com as situações	,807
Eu consigo resolver sempre os problemas difíceis se eu tentar	,770
Eu estou confiante que poderia lidar eficientemente com acontecimentos inesperados	,760
É fácil para mim, agarrar-me às minhas intenções e atingir os meus objectivos	,733
Eu posso manter-me calmo ao enfrentar dificuldades porque eu posso confiar nas minhas capacidades para enfrentar as situações	,729
Se alguém se opuser, eu encontro os meios e as formas de alcançar os que quero	,710

Método de Extração: Análise de Componentes Principais.

O resultado da análise factorial obtido deste estudo, confirma a unidimensionalidade do construto o que está de acordo com a análise factorial confirmatória realizada em múltiplos estudos (Luszczynska, Gutiérrez-Doña & Schwarzer, 2005).

Da análise realizada sobre as propriedades psicométricas da GSE, podemos considerar que são boas e os resultados encontrados neste estudo, são sobreponíveis aos obtidos em muitos estudos a que já fizemos referência, podendo assim ser utilizado como critério de validação externa da escala CES-D.

4.1.2 A ESCALA DO CENTRO DE ESTUDOS EPIDEMIOLÓGICOS (CES-D)

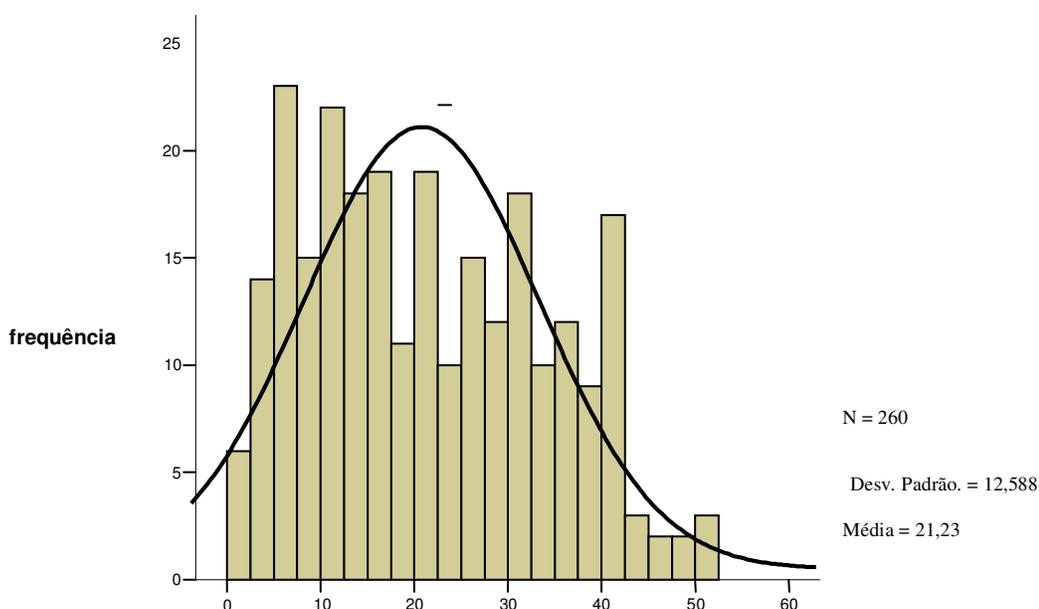
A Center for Epidemiologic Studies Depression Scale – escala CESD – foi desenvolvida por Leonore S. Radloff (1977). Trata-se de um questionário de auto-resposta, com 20 questões seleccionadas a partir dum conjunto de itens retirados de escalas de depressão, de forma a permitir representar os principais aspectos da sintomatologia depressiva. As respostas dadas ao questionário, são avaliadas pela frequência com que cada sintoma esteve presente na semana precedente à aplicação do instrumento e pontuados de 0 a 3. Quatro dos itens são ordenados numa direcção positiva para reduzir o viés de resposta. (Anexo II). A pontuação é atribuída da seguinte forma: (0) Nunca ou muito raramente (menos de 1 dia), (1) Ocasionalmente (1-2 dias), (2) Com alguma frequência (3-4 dias), (3) Com muita frequência ou sempre (5-7 dias).

A soma dos resultados das 20 questões, pode variar entre 0 e 60. As pontuações mais elevadas indicam sintomas depressivos mais severos. O ponto de corte de 16 foi sugerido para distinguir os sujeitos com depressão moderada dos sujeitos normais e o score igual ou superior a 23, foi sugerido para indicar depressão significativa, (Radloff & Locke, 2000; Gonçalves & Fagulha, 2003, Burns, Lawlor & Graig, 2002; Blazer, 2003). A apresentação do estudo de validação da CES-D nesta população de sujeitos idosos, inicia-se com a análise descritiva dos dados obtidos, sendo depois apresentados resultados relativos à fidelidade e validade.

4.1.2.1 Estatística descritiva da CES-D

Na amostra estudada as idades variaram entre 65 e 93 anos de idade. Com distribuição segundo uma curva achatada com enviesamento positivo relativamente a uma curva normal. O score entre 0 e 52, com média de 21,3 (DP \pm 12,6). A medida de simetria da distribuição dos scores em torno da média, é representado pelo ponto de skewness, significando que a população em estudo se distribui de forma assimétrica. A distribuição desta amostra apresenta-se com enviesamento negativo ou assimétrica à esquerda com cauda à direita. Gráfico 14

Gráfico 14. Distribuição dos resultados da escala CES-D



Os resultados da distribuição da amostra deste estudo, apresenta-se sobreponível aos resultados apresentados no estudo B com uma amostra de 260 utentes de um Centro de Saúde com idades entre os 35 e 65 anos na adaptação portuguesa por Gonçalves & Fagulha (2003). No nosso estudo, 60% dos participantes apresentaram um score superior a 16, o que sugere mais sintomatologia depressiva do que a que foi apresentada nas amostras da população geral do estudo original de Leonore Radloff (1977), que variaram entre 15 a 19% (Tabela 9).

Tabela 9. Estatística descritiva da escala CES-D

N Válidos		260
Média	Mediana	Moda
21,23	20,00	11,00
Desvio Padrão		12,588
Variância		158,470
Coeficiente de Skewness - assimetria		,301
Coeficiente de Kurtosis - achatamento		-,919
Mínimo		0
Máximo		52
Percentil	25	11,00
	50	20,00
	75	31,00
Score	> 16	60%
Score	> 20	49%

A diferença considerável na percentagem de sujeitos com score superior a 16 entre a amostra deste estudo e a do estudo original (\Rightarrow 18 anos), pode justificar-se pelo facto de a população do nosso estudo ser muito mais envelhecida (\Rightarrow 65 anos).

4.1.2.2 Fidelidade

Estimámos a Fidelidade através da consistência interna da escala pelo coeficiente alfa de Cronbach. O valor obtido foi de 0,896, sendo interpretado este valor de consistência interna como muito bom (DeVellis, 1991). Este dado permite aferir a existência de um grau de uniformidade entre as respostas dos sujeitos a cada item que compõe a prova (Tabela 10).

Tabela 10. Consistência interna da escala CES-D

Alfa Cronbach	Alfa Cronbach para Itens Standardizados	Número de itens
,896	,895	20

O valor da consistência interna encontrado nesta amostra (.89), é aproximado ao encontrada por Radloff no seu estudo original (.85) e quando comparado ao primeiro estudo português de Gonçalves e Fagulha (2000, 2004a), para a população estudantil portuguesa, verificamos que é ligeiramente inferior (.92) assim como no estudo com uma amostra da população geral (.87 e .92) de Gonçalves & Fagulha (2003) .

Tabela 11 Correlação item com a escala CES-D e alfa de Cronbach

Itens	Média da escala se eliminado	Variância da escala se eliminado	Correlação Item-Total corrigido	Alfa se eliminado
Fiquei aborrecido com coisas que habitualmente não me aborrecem	20,09	140,714	,593	,889
Não me apeteceu comer, estava sem apetite	20,63	147,530	,431	,894
Senti que não conseguia livrar-me da neura ou tristeza, mesmo com ajuda de familiares ou amigos	20,08	141,290	,592	,889
Senti que valia tanto como os outros	19,85	147,914	,316	,898
Tive dificuldades em manter-me concentrado no que estava a fazer	20,20	146,037	,423	,894
Senti-me deprimido	19,93	137,010	,719	,885
Senti que tudo o que fazia era um esforço	20,03	138,725	,685	,886
Senti confiança no futuro	19,54	146,319	,418	,894
Senti que a minha vida tinha sido um fracasso	20,43	143,289	,541	,891
Senti-me com medo	20,56	145,645	,478	,893
Dormi mal	19,90	145,344	,431	,894
Senti-me feliz	19,71	141,812	,603	,889
Falei menos do que o costume	20,51	148,274	,399	,894
Senti-me sozinho	20,14	140,918	,550	,891
As pessoas foram desagradáveis ou pouco amigáveis comigo	20,81	150,385	,399	,894
Senti prazer ou gosto na vida	19,78	140,444	,636	,888
Tive ataques de choro	20,47	143,748	,524	,891
Senti-me triste	19,91	138,903	,670	,887
Senti que as pessoas não gostavam de mim	20,77	149,651	,431	,894
Senti falta de energia	19,98	143,721	,521	,891

Da análise do Alfa de Cronbach, pode-se concluir ainda que todos os itens contribuíram de modo semelhante e razoável para a consistência interna do questionário. A análise estrutural revelou que de um modo geral todos os itens apresentam correlação significativa com a escala e que as correlações item-total variaram entre 0,316 e 0,719. O item 4 “ Senti que valia tanto como os outros “ foi o que menos se correlacionou e o 6- “Senti-me deprimido” o que mais se correlacionou com a escala (Tabela 11). A correlação forte deste item com o construto em estudo é um bom contributo para a avaliação desta escala como um instrumento de rastreio adequado dos sintomas depressivos nesta população em estudo. Apresentamos os resultados das correlações inter-item encontradas nos resultados da aplicação da escala CES-D (Tabela 12).

Tabela 12. Matriz de correlações inter-item da CES-D

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
Fiquei aborrecido c/ coisas q/ habitualmente n/ me aborrecem	1	,324	,523	,166	,262	,566	,474	,167	,298	,366	,303	,317	,223	,342	,328	,391	,388	,425	,254	,372
Não me apeteceu comer; estava sem apetite	,324	1	,325	,172	,351	,337	,397	,172	,230	,224	,182	,261	,142	,211	,254	,267	,147	,241	,224	,339
Senti q não conseguia livrar-me da neura ou tristeza, mesmo c. ajuda de fam.ou amigos	,523	,325	1	,207	,271	,600	,417	,254	,349	,246	,213	,445	,125	,386	,310	,408	,357	,458	,269	,286
Senti que valia tanto como os outros	,166	,172	,207	1	,036	,252	,198	,392	,220	,198	,178	,303	,153	,064	,099	,289	,171	,148	,131	,175
Tive dificuldades em manter-me concentrado no que estava a fazer	,262	,351	,271	,036	1	,356	,413	,173	,184	,239	,161	,226	,232	,329	,176	,193	,224	,261	,225	,407
Senti-me deprimido	,566	,337	,600	,252	,356	1	,559	,258	,406	,324	,305	,493	,278	,509	,286	,493	,445	,590	,269	,383
Senti que tudo o que fazia era um esforço	,474	,397	,417	,198	,413	,559	1	,230	,431	,409	,327	,402	,312	,389	,334	,463	,345	,426	,388	,562
Senti confiança no futuro	,167	,172	,254	,392	,173	,258	,230	1	,271	,161	,135	,425	,137	,203	,208	,456	,181	,319	,223	,272
Senti que a minha vida tinha sido um fracasso	,298	,230	,349	,220	,184	,406	,431	,271	1	,277	,268	,332	,281	,332	,436	,428	,322	,373	,397	,206
Senti-me com medo	,366	,224	,246	,198	,239	,324	,409	,161	,277	1	,324	,207	,271	,275	,301	,306	,312	,323	,279	,278
Dormi mal	,303	,182	,213	,178	,161	,305	,327	,135	,268	,324	1	,223	,256	,325	,162	,278	,325	,321	,197	,292
Senti-me feliz	,317	,261	,445	,303	,226	,493	,402	,425	,332	,207	,223	1	,327	,371	,245	,565	,318	,510	,263	,321
Falei menos do que o costume	,223	,142	,125	,153	,232	,278	,312	,137	,281	,271	,256	,327	1	,299	,038	,322	,257	,308	,138	,276
Senti-me sozinho	,342	,211	,386	,064	,329	,509	,389	,203	,332	,275	,325	,371	,299	1	,218	,328	,352	,545	,231	,308
As pessoas foram desagradáveis ou pouco amigáveis comigo	,328	,254	,310	,099	,176	,286	,334	,208	,436	,301	,162	,245	,038	,218	1	,225	,049	,230	,545	,096
Senti prazer ou gosto na vida	,391	,267	,408	,289	,193	,493	,463	,456	,428	,306	,278	,565	,322	,328	,225	1	,413	,540	,184	,328
Senti-me triste	,388	,147	,357	,171	,224	,445	,345	,181	,322	,312	,325	,318	,257	,352	,049	,413	1	,576	,258	,239
Senti-me triste	,425	,241	,458	,148	,261	,590	,426	,319	,373	,323	,321	,510	,308	,545	,230	,540	,576	1	,247	,370
Senti que as pessoas não gostavam de mim	,254	,224	,269	,131	,225	,269	,388	,223	,397	,279	,197	,263	,138	,231	,545	,184	,258	,247	1	,173
Senti falta de energia	,372	,339	,286	,175	,407	,383	,562	,272	,206	,278	,292	,321	,276	,308	,096	,328	,239	,370	,173	1

Relativamente às percentagens de correlações fracas ou seja, as correlações inter-item inferiores a 0.30, estabelecemos a comparação com estudo original de Radloff (1977) e verificámos que o nosso estudo apresenta uma percentagem inferior. No que respeita às correlações inter-item superiores a 0.30, o nosso estudo revelou maior percentagem de correlações do que no estudo original de Radloff (1977). No respeitante às correlações item – total, curiosamente, as correlações são sobreponíveis (tabela 13).

Tabela 13. Estudo comparativo das correlações inter-item da escala CES-D

Amostra	Correlações Inter-Item			Correlações Item -Escala				
	Amplitude das r's	Percentagem da distribuição ^a			Amplitude das r's	Percentagem da distribuição ^b		
		< .10	.10 - .30	> .30		< .40	.40 - .60	> .60
Radloff (1977) População geral	.03 - .62	12%	64%	24%	.30 - .76	15%	60%	25%
Loureiro (2009) População de idosos	.03 - .60	3,15%	48,42%	47,37	.31 - .72	15%	60%	25%

^a Considerando 190 correlações

^b Considerando 20 correlações

Podemos concluir que estes resultados revelam uma fidelidade boa, com base na forte correlação inter-item, na correlação item total e uma consistência interna muito boa.

4.1.2.3 Validade

Seguidamente procurámos saber em que medida o teste mede o que pretendemos medir e para o efeito procedemos ao estudo da validade de construto e da validade por referência a critério.

Validade de Construto

Para o estudo da validade do construto, iremos determinar a análise factorial dos itens e dos resultados, identificando assim os componentes gerais e a sua variância explicada. Tal como na escala anterior fez-se o estudo da dimensionalidade da CES-D recorrendo à Análise em Componentes Principais (ACP). Considerando a

recomendação de Stevens (1986) do rácio de sujeitos por item para garantir a estabilidade da análise factorial de 5 para 1, verificamos que o mesmo é largamente ultrapassado. Segundo Maroco (2003), os resultados do KMO, classificam-se segundo os seguintes valores: Excelente - 0.9-1,0; Boa - 0.8-0.9; Média - 0.7-0.8.; Medíocre - 0.6-0.7; Mau mas ainda aceitável - 0.5-0.6; Inaceitável $\leq 0,5$. Como medida de adequação da amostra, obteve-se um KMO de .897, pelo que a recomendação da amostra para a análise factorial é boa. Quanto ao Teste de Bartlett permitiu concluir que as variáveis se correlacionam significativamente ($\chi^2(190) = 1886,51$ $p=0,000$).

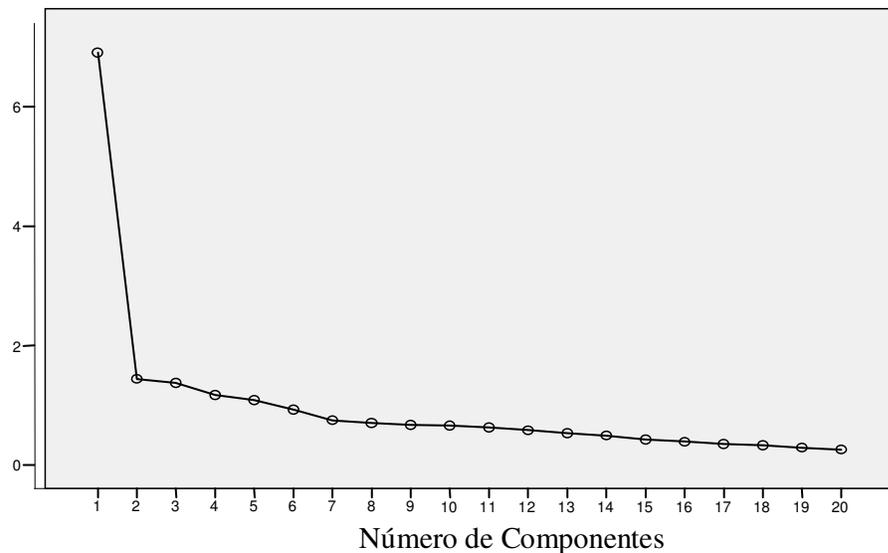
Para a determinação das soluções da análise factorial considerámos:

- A validade convergente - para que para um item possa ser correlacionado com o factor, a correlação deve ser superior a .40 entre o item e esse factor hipotético (Ribeiro, 1995);
- A validade discriminante – quando um item se correlaciona em simultâneo com mais do que um factor, necessita de apresentar uma diferença de magnitude de 15 pontos entre as duas correlações (Ribeiro, 1995);
- A percentagem de variância total explicada por cada factor, ser superior a 16% em pelo menos um dos factores (Radloff, 1977);
- A determinação do número de dimensões, respeitar o valor próprio superior a um na matriz de variância explicada (Radloff, 1977);
- Que cada factor seja composto pelo menos 3 itens (Ribeiro, 1995).

Numa primeira análise factorial de componentes principais emergiram 5 factores. Pelo facto de não se encontrarem respeitados todos os critérios estabelecidos para a interpretação da análise factorial e tendo em vista uma melhor interpretabilidade dos resultados, ensaiou-se uma análise factorial forçada a quatro factores com valores próprios superiores à unidade (gráfico 15).

Gráfico 15. Scree Plot – Selecção de Factores da CES-D com valor próprio superior a 1

Valores próprios



Para a extracção dos factores, usámos o método de componentes principais e a rotação ortogonal dos itens feita pelo método Varimax para a amostra total de idosos que responderam à CES-D. A variância total explicada apresentou um valor de 54,50%, considerado bom. (Tabela 14).

Respeitaram-se os critérios estabelecidos para as soluções da análise factorial. Quanto à validade convergente verificou-se que no item 10 “senti-me com medo”, existia uma correlação fraca com o factor apresentando um valor inferior a 0.40 e por isso optámos por eliminá-la. A percentagem de variância total explicada pelo factor 1 foi de 20,420%. Todos os factores são compostos por pelo menos 3 itens.

Quanto à validade discriminante dos factores, verificámos que a variável 16 “senti prazer ou gosto na vida” embora se correlacione fortemente com o factor 1 e com o factor 4 (0.531 e 0.563), existe uma diferença de 30 pontos entre ambas o que nos permite considerar esta variável a saturar no factor 4. A solução factorial a quatro factores apresenta uma variância explicada correspondente a 54,5%, é considerada boa.

Tabela 14. Matriz factorial com quatro factores (variância total explicada: 54,49%)

	Componentes			
	1	2	3	4
Senti-me triste	,774			
Tive ataques de choro	,751			
Senti-me sozinho	,659			
Senti-me deprimido	,646			
Fiquei aborrecido com coisas que habitualmente não me aborrecem	,522			
Dormi mal	,499			
Senti que não conseguia livrar-me da neura ou tristeza, mesmo com ajuda de familiares ou amigos	,484			
Falei menos do que o costume	,462			
Senti-me com medo				
Tive dificuldades em manter-me concentrado no que estava a fazer		,717		
Senti falta de energia		,714		
Não me apeteceu comer, estava sem apetite		,658		
Senti que tudo o que fazia era um esforço	,417	,584		
As pessoas foram desagradáveis ou pouco amigáveis comigo			,866	
Senti que as pessoas não gostavam de mim			,760	
Senti que a minha vida tinha sido um fracasso			,550	
Senti confiança no futuro				,778
Senti que valia tanto como os outros				,729
Senti-me feliz	,449			,577
Senti prazer ou gosto na vida	,532			,562
Valores próprios	6,908	1,444	1,375	1,173
Variância Explicada (%)	20,461	11,856	11,368	10,814

Método de Extracção: Análise de Componentes Principais

Método de Rotação: Varimax com Normalização de Kaiser

Procedemos à interpretação da análise factorial estabelecendo em simultâneo a comparação com o estudo original de Radloff, (1977):

O *Factor 1*, Afectos Depressivos, é representado pelos itens indicados por Radloff, a que se associam os itens 1, 6, 11, 13. Estes itens representam aspectos depressivos do construto: a tristeza, a depressão, o choro, a solidão e aborrecimento.

O *Factor 2*, Afectos positivos, existe uma total sobreposição dos itens relativamente aos itens indicados no estudo original. Encontra-se no entanto diferentemente posicionado na estrutura factorial, relativamente ao estudo de Radloff. Os afectos positivos, é o factor com menor variância explicada, passando da sua

representação de factor II no estudo original de Radloff, para o factor IV neste estudo.

O *Factor 3*, Afectos somáticos ou perturbação de actividade, é representado pelos itens indicados no estudo de Radloff, acrescentando-se neste estudo os itens 5, 7, 20. Estes itens referem-se a aspectos do construto como a adinamia, perda de concentração e perda de apetite pelo que estão de acordo com os aspectos somáticos ou perturbação de actividade proposto no estudo de Radloff.

O *Factor 4*, Relações inter-pessoais, em que os itens apresentados neste estudo são sobreponíveis aos de Radloff, associando-se o item 9 “senti que as pessoas não gostam de mim” que se relaciona com este aspecto do construto.

Conseguido este objectivo, entendemos oportuno apresentar uma breve síntese comparativa dos parâmetros mais relevantes, entre o estudo original de Radloff (1977), o estudo da adaptação portuguesa de Gonçalves & Fagulha (2003) e o presente estudo (tabela 15).

Tabela 15. Síntese comparativa da dimensionalidade da CES-D em três estudos

ESTUDOS		RADLOFF 1977	GONÇALVES & FAGULHA, 2003	PRESENTE ESTUDO 2009
População Estudada		População Geral	População Portuguesa Estudantil	População Portuguesa Idosa
Variância Explicada por Factor %	Afectos Depressivos	16	42,7	20,4
	Afectos Positivos	*	6,8	10,8
	Somáticos / Perturbação Da Actividade	*	5,7	11,8
	Interpessoal	8		11,3
Total De Variância Explicada %		48	60,7	54,5

* Valores não encontrados

Concluimos que relativamente ao estudo da validade de construto a partir da estrutura factorial em 4 factores, encontrada no nosso estudo, esta apresenta-se em consonância tanto com estudo original de Radloff (1977) como com o de Gonçalves e Fagulha (2003). A variância explicada do factor 1 no presente estudo é de 20,4 %, portanto superior a 16% como critério estabelecido no estudo original (Radloff, 1977).

No nosso estudo, verificámos que o factor dos afectos positivos, apresentou a menor variância explicada (10,81%) de todos os factores. Tratando-se de uma população idosa, parece-nos que a ordem pela qual os itens se correlacionaram nos factores, colocando por ordem sequencial relativamente à sua variância explicada, em primeiro lugar o factor dos afectos depressivos, seguido do factor dos afectos somáticos ou perturbação da actividade, do factor das relações interpessoais e por último pelo factor dos afectos positivos, se adapta às características desta população.

Apresentamos também uma comparação entre o estudo original de Radloff (1977), o estudo da adaptação portuguesa de Gonçalves & Fagulha (2003) e o estudo por nós realizado, relativamente à estrutura factorial (Tabela 16).

Tabela 16. Síntese comparativa da análise factorial de três estudos

AUTORES	FACTORES	ITENS COMUNS	OUTROS ITENS
Radloff (1977) Gonçalves & Fagulha (2003) Presente estudo (2009)	Afectos Depressivos	3, 6, 14, 17, 18 3, 6, 14, 17, 18 3, 6, 14, 17, 18	<hr/> 1, 5, 7, 10, 20 1, 6, 11, 13
Radloff (1977) Gonçalves & Fagulha(2003) Presente estudo (2009)	Afectos Positivos	4, 8, 12, 16 4, 8, 12, 16 4, 8, 12, 16	<hr/> 6 <hr/>
Radloff (1977) Gonçalves & Fagulha(2003) Presente estudo (2009)	Somáticos / Perturbação da Actividade	2, 11 2, 11 2	<hr/> 5, 7, 20 <hr/>
Radloff (1977) Gonçalves & Fagulha (2003) Presente estudo (2009)	Relações Interpessoais	15, 19 15,19 15, 19	<hr/> 13, 14 9

Constatamos que existe semelhança na estrutura dos factores nos estudo representados. Faremos uma tentativa de interpretação apenas dos itens que divergem em cada factor no nosso estudo, relativamente aos outros estudos.

Nesta população de idosos, foi realçado o sentimento depressivo (item 14) mas também a dificuldade em expressar os sentimentos, tendendo a falar menos do que habitualmente (item 13) e a apresentar dificuldade em dormir (item 11). Sugere-se deixar o alerta, para a necessidade de uma abordagem aprofundada, explorando o silêncio e os verdadeiros sintomas nas entrelinhas das queixas desta população idosa, mas também o alerta que deve pautar a conduta do médico, evitando medicalizar o sintoma não procurando a verdadeira causa correndo o risco de contribuir para a polifarmácia e síndromas consequentes.

Quanto aos afectos somáticos ou perturbação da actividade, são também aspectos importantes nesta população de idosos, a falta de capacidade de concentração (item 5), a adinamia (item 7 e 20). A perda de memória, é uma queixa muito frequente entre os idosos em contexto de consulta médica. Mais uma vez, parece ser importante estabelecer um diagnóstico rigoroso.

Nas relações interpessoais, constatamos que os idosos, ao longo da vida, vão sofrendo de sucessivas perdas, não só físicas, como por exemplo, a morte de alguém importante, mas também, as perdas que o afectam psicologicamente, como a perda de estatuto social, económico, familiar que construiu ao longo dos anos, e ainda, a perda da capacidade física e a perda de atenção por parte de terceiros que o leva a interpretar a sua vida como um fracasso (item 9).

Validade externa

Por último, passamos a estudar a validade por referência a critério da CES-D para a população em estudo neste trabalho. Procuramos conhecer, com o estudo da validade por referência a critério, o grau de relacionamento que é possível obter entre os resultados na prova (CES-D) e a realização dos sujeitos em critérios externos (GSE) supostamente associados ou dependentes da dimensão psicológica que a prova avalia (sintomas depressivos) (Almeida & Freire, 2007).

Para o efeito estabelecemos a correlação entre a CES-D com a GSE, nesta amostra de sujeitos idosos, tendo por referência a conclusão transmitida por alguns estudos em que um baixo conceito de auto-eficácia se associa a emoções negativas,

tristeza, ansiedade e depressão (Bandura, 1997; Schwarzer, 1992; Luszczynska, Gutiérrez-Doña & Schwarzer, 2005).

Confirmamos neste estudo ao analisar a correlação da escala CES-D com a escala GSE, que existe uma correlação negativa com significância estatística, em que os valores altos da CES-D se correlacionam com valores baixo de GSE ($r = .496, p < .001$) (tabela 17)

Tabela 17. Correlação entre as escalas CES-D e GSE

	CES-D	GSE
CES-D	1	
GSE	-.493 (**)	1

** $p < 0.01$

Finalizamos esta parte do estudo, concluindo que esta escala apresenta uma boa validade de conceito ou construto e apresenta também uma validade por referência a critério significativa.

Consideramos que as características psicométricas, fidelidade, validade e estrutura da escala CES-D, neste sub grupo da população de idosos, são semelhantes ao estudo original Leonor Radloff (1977), o que nos permite sugerir que é aplicável como instrumento de rastreio de sintomatologia depressiva.

4.2 SINTOMATOMAS DEPRESSIVOS NA POPULAÇÃO EM ESTUDO

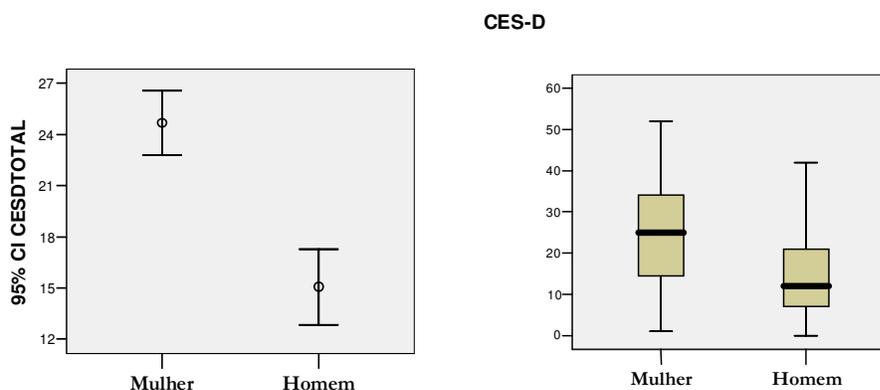
4.2.1 ASSOCIAÇÃO DA CES-D COM AS VARIÁVEIS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS

Propomo-nos de seguida e através de algumas correlações que nos parecem pertinentes, conhecer a sintomatologia depressiva da população idosa deste estudo.

Na comparação das médias dos scores obtidos na escala CES-D segundo o sexo, a estatística de teste Kruskal-Wallis $p\text{-value}=0,000$, permitiu concluir que existem diferenças estatisticamente significativas nos scores médios dos dois grupos.

Estes resultados foram obtidos após rejeitar a hipóteses de normalidade da distribuição. A análise ao gráfico error bar permite-nos concluir que as mulheres apresentam scores médios altos para esta escala. No gráfico boxplot, segundo o sexo é possível verificar que a amplitude da escala é maior no grupo das mulheres. Não se registam outliers para ambos os sexos (gráfico 16).

Gráfico 16. Relação da escala CES-D com o género na população em estudo

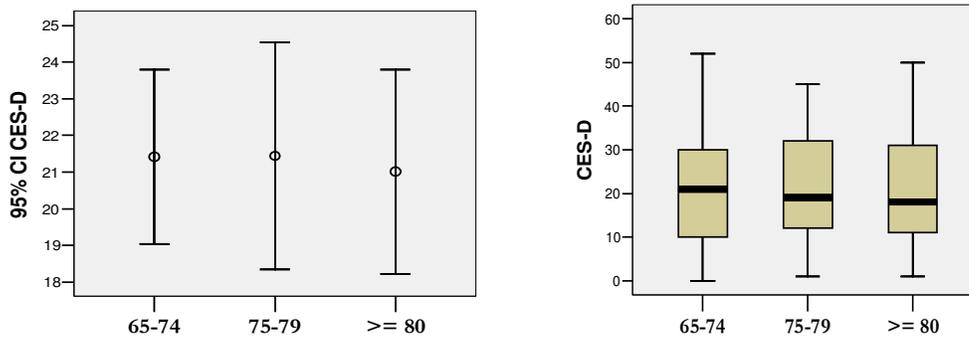


A rejeição da hipótese de normalidade da distribuição segundo os escalões etários e segundo o nível de escolaridade, levou-nos a recorrer ao teste de Kruskal-

Wallis. O valor e prova das suas estatísticas é $p = 0,958$ segundo o grupo etário e $p = 0,007$ segundo o nível de escolaridade.

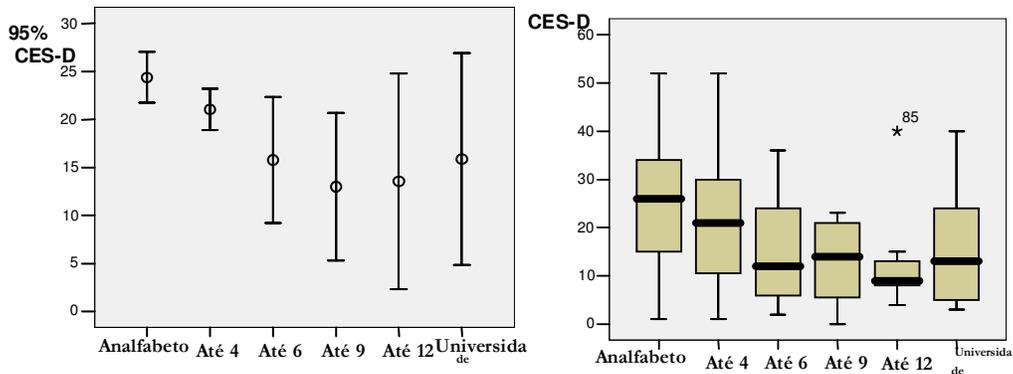
Conclui-se para $\alpha = 0,05$, que relativamente à idade não existem diferenças significativas nos scores médios da escala CES-D. Estas conclusões podem ser visualizadas no gráfico Error Bar (gráfico 17).

Gráfico 17. Relação da escala CES-D com o grupo etário da população em estudo



Da análise da escala segundo o nível de escolaridade, existem pelo menos dois grupos cujo comportamento face à escala é estatisticamente diferente, sendo que a média da escala difere entre os idosos sem escolaridade e os com escolaridade até ao 9º ano (Gráfico 18).

Gráfico 18. Relação entre os resultados da escala CES-D com a escolaridade da população em estudo



Quanto ao nível de escolaridade, existe correlação negativa significativa com a escala, para um nível de 10% (Tabela 18).

Tabela 18. Correlação entre os resultados da escala CES-D e as variáveis idade e nível de escolaridade

	Idade	Nível de escolaridade
CES-D	0,084	-0,219**

** $p < 0.01$

No estudo com esta amostra, verificamos que existe uma correlação estatisticamente significativa embora fraca, entre a escolaridade e os resultados da escala.

4.2.2 ASSOCIAÇÃO DA CES-D COM AS VARIÁVEIS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS PARA UM PONTO DE CORTE 16

De forma complementar, ensaiámos a associação dos resultados da CES-D com as variáveis idade, género, estado civil e grupo etário, considerando o ponto de corte de valor igual ou superior a 16 para sintomatologia depressiva, como sugerido por Radloff (1977) na sua relação com as variáveis sócio-demográficas. Considerámos assim que o score igual ou superior a 16 se identifica com a presença de sintomatologia depressiva e um score igual ou inferior a 15, sem sintomatologia depressiva. Tabela 19

Tabela 19. Comportamento da CES-D com ponto de corte 16

Escala CES-D Número de itens: 20 Número de casos: 260	Número de idosos	Percentagem (%)
Casos sugestivos de indivíduos com ausência de sintomas depressivos (não depressivos) <i>score CES-D (≤ 15)</i>	105	40
Casos sugestivos de indivíduos com presença acentuada sintomas de depressão (depressivos) <i>score CES-D (≥ 16)</i>	155	60

Na análise estatística para testar quaisquer diferenças estatisticamente significativas entre pacientes definidos como não depressivos e depressivos utilizaram-se os testes do Qui-quadrado. O nível de significância (α) dos testes estatísticos utilizados foi de 5%. As hipóteses a serem testadas são:

H0. a presença de depressão é independente do factor sócio-demográfico

H1. a presença de depressão é dependente do factor sócio-demográfico

Pela associação da CES-D com o grupo etário usando o ponto de corte de 16 verificamos pelos resultados encontrados diferenças percentuais ligeiras entre os sujeitos dos três grupos etários. Estas diferenças não assumem significado estatístico considerando o teste do qui-quadrado ($\chi^2 = .532$, g.l. = 1, p *ns*, n=260), não se rejeitando a hipótese nula, pelo que concluímos que nesta população em estudo a sintomatologia depressiva não dependeu de ser mais ou menos idoso, ou seja, que a depressão é independente do grupo etário (Tabela 20).

Tabela 20. Associação da CES-D com o grupo etário

CES-D Ponto de corte 16	GRUPOS DE IDADE						Total	
	65-74 anos		75-79 anos		>= 80 anos			
Não Depressivo (≤ 15)	44	37,9%	26	41,9%	35	42,7%	105	40,4%
Depressivo (≥ 16)	72	62,1%	36	58,1%	47	57,3%	155	59,6%
Total	116	100%	62	100%	82	100%	260	100%

Observamos pela comparação feita, que o género feminino apresenta percentualmente mais sintomas depressivos do que o género masculino (Tabela 21). Esta diferença mostrou-se significativa quando confirmada através do resultado do teste do Qui-quadrado, ($\chi^2 = 24.817$, g.l. = 1, p < .001, n=260). Foi assim rejeitada a hipótese nula.

Tabela 21. Associação da CES-D com o género

CES-D		Sexo					
		Mulher		Homem		Total	
Ponto de corte 16	Não depressivo <= 15	49	29,2%	56	60,%	105	40,4%
	Depressivo (=<16)	119	70,8%	36	39,1%	155	59,6%
Total		168	100%	92	100%	260	100%

Quanto à associação dos resultados da CES-D com a variável escolaridade, usando o ponto de corte de 16, verificamos que o grupo dos sujeitos analfabetos, apresenta percentualmente valores consideravelmente mais elevados do que os restantes grupos. Ainda se pode realçar que o grupo dos indivíduos com 12 e mais anos de escolaridade, são os que percentualmente apresentam scores mais baixos. Pelos resultados do teste de Qui-quadrado, ($\chi^2 = 15.326$, g.l. = 3, $p < .05$, $n=260$), em que a hipótese nula é rejeitada, estas diferenças apresentam significância estatística e podemos assim interpretar que os indivíduos com menor nível de escolaridade, sugerem sofrer de menos sintomatologia depressiva (Tabela 22).

Tabela 22. Associação da CES-D com a escolaridade

CES-D Ponto de corte 16	ESCOLARIDADE									
	Analfabeto		Até 4 anos (E.Básico)		Até 9 anos (C.Geral)		12 anos e Univ. (C.Comp. e Univ.)		Total	
Não Depressivo (=<15)	26	28,6%	55	41,7%	13	59,1%	11	73,3%	105	40,4%
Depressivo (=>16)	65	71,4%	77	58,3%	9	40,9%	4	26,7%	155	59,6%
Total	91	100%	132	100%	22	100%	15	100%	260	100%

Por fim, da associação do resultado da CES-D com a variável, estado civil e usando também o ponto de corte de 16, verificamos que os viúvos apresentam percentualmente scores mais elevados e os casados scores mais baixos. Esta diferença apresentou-se estatisticamente significativa de acordo com os resultados obtidos através do teste de Qui-quadrado, ($\chi^2 = 15.326$, g.l. = 3, $p < .05$, $n=260$) que permitem rejeitar a

hipótese nula. Interpretamos assim, que os sintomas depressivos são influenciados pelo estado civil (Tabela 23).

Tabela 23. Associação da CES-D com o estado civil

CES-D Ponto de corte 16	Estado Civil						Total	
	Casado		Viúvo		Solteiro e outros			
Não Depressivo (= \leq 15)	66	47,1%	29	30,2%	10	41,7%	105	40,4%
Depressivo (0/ $>$ 16)	74	52,9%	67	69,8%	14	58,3%	155	59,6%
Total	140	100%	96	100%	24	100%	260	100%

Tendo por base, o facto de que scores mais elevados na CES-D apontam para a presença de mais sintomatologia depressiva (Radloff, 1977), constatamos que na população em estudo, as variáveis género e escolaridade e estado civil influenciaram os resultados da CES-D o que não se verificou com a variável idade.

Sobressai na associação das variáveis sócio-demográficas com a escala CES-D, que a mulher apresentou scores mais altos ou seja, mais sintomatologia depressiva do que o homem o que está de acordo com os resultados de alguns estudos, onde é referido que as perturbações depressivas são mais comuns na mulher do que no homem. O papel que a mulher ocupa no contexto da família e também às condicionantes stressoras a que está sujeita, exigem alterações nas relações e novas adaptações. A emancipação dos filhos, período de vida conhecido por “ninho vazio”, o cuidar das gerações precedentes; o desgaste das relações conjugais e a própria menopausa pelos efeitos sociais, culturais e do estado de saúde, são alguns dos muitos exemplos apontados nos referidos estudos (Copeland, Beekman, Dewey, Hooijer, Jordan, Lawlor, 1999; Gonçalves, Fagulha & Ferreira, 2005; Gazalle, Lima, Tavares & Hallal, 2004).

Quanto aos resultados obtidos relativamente à escolaridade, podemos considerar de acordo com alguns estudos (Gazalle, et al., 2004), que a escolaridade pode ser encarada como um factor protector da sintomatologia depressiva. Também neste estudo foi possível observar que o casamento, parece ser um factor protector da sintomatologia depressiva, provavelmente pelo menor risco de isolamento e maior apoio afectivo e em cuidados.

Para concluir, tivemos curiosidade em verificar o comportamento dos sujeitos desta amostra populacional, quando estabelecida a comparação entre os resultados

totais da CES-D, quando usado o ponto de corte igual ou superior a 16 para sintomatologia depressiva, como proposto pelo estudo original de Radloff (1977), com os resultados da CES-D quando usado o ponto de corte igual ou superior a 20 para sintomatologia depressiva, como proposto na adaptação portuguesa da CES-D por Gonçalves & Fagulha (2003).

Quando considerado um ponto de corte de 16 como proposto por Radloff (1977), encontramos que 60% dos sujeitos apresentam scores sugestivos de sintomatologia depressiva enquanto que para um ponto de corte de 20, o valor encontrado é de 49%. (Tabela 24).

Tabela 24. Comparação de resultados obtidos neste estudo tomando o ponto de corte 16 (Radloff, 1977) ou 20 (Gonçalves & Fagulha, 2003).

score CES-D < 16		score CES-D = ou >16		score CES-D > 20		score CES-D = ou > 20	
n	%	n	%	n	%	n	%
105	40	155	60	133	51	127	49

Os estudos realizados por Gonçalves e Fagulha (2003) propõem a utilização de um ponto de corte de 20, referindo que “a probabilidade de um sujeito com alguma forma de perturbação depressiva apresentar uma pontuação inferior a 20 (falso negativo) é de 16,4% e inversamente, a probabilidade de um sujeito não deprimido apresentar uma pontuação igual ou superior a 20 (falso positivo) é de 22%”. No nosso estudo, poderemos eventualmente dizer que os 28 sujeitos que apresentam um score entre 16 e 20 e que correspondem a 10,76%, estão numa zona de sombra de falsos positivos e ou falsos negativos, que neste estudo não nos parece pertinente aprofundar.

Entendemos contudo importante, rastrear o máximo de sujeitos. Baseados nesta premissa, aceitamos o ponto de corte proposto por Radloff, como mais seguro, visto permitir rastrear mais sujeitos com risco de depressão e sugerimos que posteriormente, em contexto de abordagem clínica mais exaustiva, se discrimine os verdadeiros e falsos positivos e se estabeleça o plano terapêutico mais adequado.

CONCLUSÃO

Tendo em conta a elevada prevalência de depressão na população em geral e a dificuldade do seu diagnóstico, nomeadamente no respeitante à população idosa devido a condicionantes já expostas neste trabalho, com este estudo propusemo-nos adaptar à população portuguesa com idade igual ou superior a 65 anos, um instrumento de rastreio da depressão de aplicação rápida, simples, de forma oral ou escrita, de fácil entendimento pelo utente idoso e utilizável por qualquer técnico de saúde.

Para o efeito e com base na bibliografia consultada, a nossa escolha recaiu sobre a escala de depressão do Center For Epidemiologic Studies–Depression (CES-D), que proporciona uma medida de sintomatologia depressiva e apresenta as características acima referidas. A sua adaptação à população alvo deste trabalho, obrigou a conhecer as suas características psicométricas, de fidelidade e validade, tendo por referência o estudo original de Leonor Radloff (1977). Os resultados obtidos permitem concluir que:

A Fidelidade da escala CES-D, medida pela consistência interna, através do coeficiente alfa de Cronbach, foi de 0.89, valor este que é considerado muito bom e aproximado ao encontrado no estudo original (.85) de Radloff. Podemos assim afirmar que esta escala apresenta coerência entre as respostas dos sujeitos a cada um dos itens que a compõem.

As correlações inter-item e item-total apresentam valores elevados em consonância com o valor alfa obtido. Estas correlações apresentam valores de r que variaram entre 0.36 e 0.74, o que permite afirmar que todos os itens se correlacionam com a escala, não se justificando a sua reformulação ou retirar qualquer deles com o fim de melhorar a consistência interna. Pela comparação realizada com os resultados do estudo original de Radloff, verificámos a existência de correlações inter-item superiores a 0.30 em maior percentagem e nas correlações item-escala, foram encontrados valores sobreponíveis.

Para ajuizar da dimensionalidade da escala, optou-se pela análise factorial forçada a quatro factores. A estrutura factorial encontrada neste estudo, apresentou-se semelhante à estrutura factorial do estudo original de Radloff (1977), com uma variância total explicada de 54,49%. A diferença encontrada neste estudo comparativamente ao estudo Radloff, traduziu-se na ordem pela qual se apresentaram os factores em função da magnitude da respectiva variância explicada. Os factores distribuíram-se por ordem decrescente desde os afectos depressivos, os afectos somáticos, aos relacionais e por último, os afectos positivos. Atribuímos a justificação

da particularidade de os afectos somáticos ocuparem a segunda maior variância explicada, à idade mais avançada dos sujeitos da amostra usada no nosso estudo. Diferentes estudos, referidos na revisão feita da literatura, defendem que a sintomatologia depressiva apresentada pelos idosos, manifesta-se mais frequentemente por sintomas somáticos do que a população em geral.

Realizámos ainda a validação da CES-D por referência a critério externo, usando a escala da General Self-Efficacy (GSE) de Schwarzer & Jerusalém (1995), após o estudo das características psicométricas desta escala.

A correlação entre os resultados da CES-D e da GSE, apresentou-se negativa e estatisticamente significativa. Este era o resultado esperado, tendo por referência os estudos revistos que apontam para uma relação negativa entre os resultados da GSE e os resultados obtidos em escalas de ansiedade, depressão, raiva e sintomas negativos (Luszczynska, Gutiérrez-Doña & Schwarzer, 2005), saindo assim reforçada a validade da escala CES-D.

Concluimos assim, que a escala CES-D apresenta boas características psicométricas para ser usada como instrumento de rastreio de sintomas depressivos nesta população idosa.

Não podendo generalizar os resultados deste ensaio, consideramos que algumas conclusões podem ainda ser retiradas, atendendo às características encontradas na população deste estudo e que passamos a referir.

Perante os resultados obtidos neste estudo e de acordo com a revisão efectuada, parece-nos poder concluir que as mulheres idosas são mais sujeitas a sofrer de sintomatologia depressiva do que os homens. Os idosos com menor nível de escolaridade, apresentam mais sintomatologia depressiva. Não parece que por si só, que a idade seja um factor que contribua para a depressão e ainda se conclui deste estudo, que o casamento pode ser um factor protector da estabilidade emocional. As afirmações acabadas de fazer, são resultado do estudo de significância estatística, realizada, usando o ponto de corte de 16 como proposto no estudo original de Radloff (1977) e que serve de referência ao nosso trabalho

Na revisão feita, não pareceu haver consenso quanto ao ponto de corte a usar, apontando esses estudos para a necessidade de o ponto de corte ser adaptado à especificidade de cada população em estudo (Radloff, 1977, Silveira & Jorge, 1998; Batistoni, Neri & Cupertino, 2007).

Embora não tenhamos determinado o ponto de corte para esta população, fizemos uso do ponto de corte proposto por Radloff (1977). Reforçamos o que já ficou dito atrás, que o uso do ponto de corte de 16 tal como proposto por Radloff (1977), estimou uma prevalência de sintomas depressivos em 60% dos sujeitos em estudo, enquanto que com o ponto de corte de 20 proposto por Gonçalves & Fagulha (2003) estimou 49%. Consideramos preferível correr o risco de rastrear alguns falsos positivos, sujeitos com um score superior a 16 sem sintomatologia depressiva, e realizar uma abordagem clínica diagnóstica rigorosa posteriormente e conseguir assim, com maior probabilidade detectar os idosos em risco de depressão.

Apontamos algumas fragilidades neste estudo e que passamos a citar: relativamente ao tamanho da amostra, que poderá em estudos futuros ser mais representativa desta população; a selecção dos idosos participantes, visto que foram seleccionados os que se apresentaram na consulta e aceitaram responder ao questionário, podendo introduzir algum viés de selecção; o contexto, que eventualmente poderia ter motivado alguma ansiedade, pois que se verificou algum desconforto quer para os participantes, por interferir com o seu horário de consulta e de transporte quer para o próprio profissional, cujo tempo de consulta se encontra sempre demasiado condensado.

Esperamos contudo que este estudo possa contribuir como alerta para a necessidade de uma melhor rastreio e tratamento da depressão, principalmente:

- as mulheres idosas, que segundo alguns estudos apontam como as de maior risco aquelas que desempenham o papel de cuidadoras de terceiros, quer sejam elas das gerações precedentes ou procedentes e as que se encontrem numa fase do ciclo de vida de reorganização e ou adaptação familiar;
- os idosos com idades avançadas e que vivem só, por ser conhecido que sofrem de mais dependência e menor rede de apoio social e ainda porque correm mais riscos, como por exemplo, de polifarmacia, de comorbilidade, que levam à limitação funcional e menor socialização;
- os idosos com baixa auto-eficácia percebida.

Ao finalizar este trabalho, chamamos a atenção para a importância da abordagem biopsicossocial, considerando o sujeito como um todo e ainda para a importância em promover uma imagem positiva do envelhecimento.

Respeitar a sabedoria e a dignidade de cada ser humano, em todas as idades e em qualquer condição, é o princípio orientador que deve pautar a conduta de todo o profissional de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

A

- Aldwin C. M., Sutton, K. J., Chiara, G. Spiro, A. (1996). Age differences in stress, coping and appraisal: findings from the normative aging study. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 51B(4), 179-188.
- Afonso, R. M. L. M. (2007). *Efectos de la Terapia de Reminiscencia sobre la Sintomatología Depresiva, la Integridad del Yo y el Bienestar Psicológico en la Población Mayor Portuguesa*. Tese de doutoramento não publicada. Universidade da Beira Interior, Covilhã.
- Almeida, L. S. & Freire, T. (2007). *Metodologia em Psicologia e Educação*. Braga: Psiquilíbrios.
- American Psychiatric Association (2002). *DSM-IV-TR Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (4ª edição). Lisboa: CLIMEPSI Editores.

B

- Baldwin, S. D. & Hirschfeld, R. M. A. (2003). *Depressão*. Porto: Medisa, Edições e Divulgações Científicas, Lda.
- Ballesteros, J. A. C. (2002). Trastornos Depresivos. Em L. A. Ortiz, M. M. Carrasco & J. C. Ballesteros, *Psiquiatria Geriátrica* (2ª Ed., Cap. 3.3, pp. 333-360). Barcelona: Masson.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioural Chang. *Psychological Review*, 84(2), 191-215.
- Bandura, A. (1995). Exercise of personal and collective efficacy in changing societies. In Albert Bandura (Ed.), *Self-efficacy in changing societies*. Cambridge: Cambridge University Press.

- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: W. H. Freeman and Company.
- Bandura, A. (1998). Health Promotion from the Perspective of Social Cognitive Theory. *Psychology and Health* 13, 623-694.
- Bandura, A. (2001). Social cognitive theory of mass communications. In J. Bryant & D. Zillman (Eds.), *Media effects: Advances in theory and research* (2nd ed., pp-121-153). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Barraclough, J. & Gil, D. (1997). *Bases da Psiquiatria Moderna* (1ª Edição). Lisboa: CLIMEPSI Editores.
- Batistoni, S. S. T., Neri, A. L. & Cupertino, F. B. (2007). Validade da escala de depressão do Center for Epidemiological Studies entre idosos brasileiros. *Revista de Saúde Pública*, 41(4), 598-605.
- Beekman, A. T. F., Deeg, D. J. H., van Tilburg, T., Smit, J. H., Hooijer, C., van Tilburg, W. (1995). Major and minor depression in later life: a study of prevalence and risk factors. *Journal of Affective Disorders*, 36, 65-75.
- Benites, D. (2006). *Auto-eficácia e auto-relato de falhas de memória prospectiva em adultos e idosos*. Dissertação de Mestrado não publicada. Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil. Acedido em 24 Novembro de 2008 em <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/14288/000662147.pdf?sequence=1> .
- Bento, J. A. M. (2004). *Stresse, Depressão, Ansiedade e Ruptura Familiar em Homens com Filhos*. Trabalho do Seminário de Investigação em Psicologia Criminal e Comportamentos não publicado. Departamento de Psicologia da Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Lisboa.

- Blazer, D. G., Landerman, L. R., Hays, J. C. Simonsick. E. M., & Saunders, W. B. (1998). Symptoms of depression among community-dwelling elderly African-American and white older adults. *Psychology Medicine Current Issue Archive* 28(6), 1311-1320.
- Blazer, D. G. (1999). Depression. Em W. R. Hazzard, J. P. Blass, W. H. Ettinger Jr., J. B. Halter & J. G. Ouslander, *Principles of Geriatric Medicine and Gerontology* (4th ed) (Cap. 102, p.1331-1333). N. Y.: McGraw –Hill.
- Blazer, D. G. (2003). Depression in late life: Review and commentary. *Journals of Gerontology, Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 58A(3), 249–265.
- Boutin-Foster, C. (2008). An item-level analysis of the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) by race and ethnicity in patients with coronary artery disease. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 23, 1034-1039.
- Bragança, M. (2007). *Ansiedade e Depressão. Co-ocorrência Diagnóstica – 2. Expressão Clínica e Diagnóstico*. Linda-a-Velha: Vale & Vale Editores.
- Burns, A., Lawlor, B., Graig, S. (2002). Rating scales in old age psychiatry. *British Journal of Psychiatry*, 180, 160-167.

C

- Cançado, F. A. X., Horta, M. L. (2006). Envelhecimento Cerebral. Em E. V. Freitas, L. Py, F. A. X. Cançado, J. Doll, & M. L. Gorzoni, *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. (2^a Ed., Cap. 19, pp. 194-211). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan SA.
- Callahan C. M. & Wolinsky F. D. (1994). The effect of gender and race on the measurement properties of the CES-D in older adults. *Medical Care*, 32(4), 341-356.

- Campo-Arias, A., Diaz-Martinez, L. A., Rueda-Jaimes, G. E., Cadena-Afanador, L. P. & Hernandez, N. L. (2007). Psychometric Properties of the CES-D Scale Among Colombian Adults from the General Population. *Revista Colombiana de Psiquiatria*, 36(4), 664-674.
- Carrasco, M. M. (2004). Evaluación y Diagnostico. En P. G. Gregorio & M. M. Carrasco (Coords.), *Guía de buena práctica clínica en Geriátría. Depresión y Ansiedad* (Cap.2, pp. 33-44). Madrid: Sociedad Española de Geriátría y Gerontologia y Scientific Communication Management.
- Carvalho, V. F. C. & Fernandez, M. E. D. (1999). Depressão no Idoso. Em M. P. Netto, *Gerontologia, A Velhice e o Envelhecimento em Visão Globalizada* (3ª Ed., Cap. 16, pp. 160-173). São Paulo: Edição Atheneu.
- Chavarino, A. P. (2002). Envejecimiento cerebral. Em L. A. Ortiz, M. M. Carrasco & J. C. Ballesteros, *Psiquiatria Geriátrica* (2ª Ed., Cap. 1.1, pp. 3-14). Barcelona: Masson.
- Coimbra, S. & Fontaine, A. M. (1999). Adaptação da Escala de Auto-eficácia Generalizada Percebida (Schwarzer & Jerusalem, s.d.). Em A. P. Soares, S. Araújo, S. Caires (Orgs.). *Avaliação Psicológica: Formas e Contextos* (Vol. VI, pp. 1061-1069). Braga: Associação dos Psicólogos Portugueses.
- Cole, S. R., Kawaachi, I., Maller, S. J., Berkman, L. F. (2000). Test of item-response bias in the CES-D scale: experience from the the New Haven EPESE Study. *Journal of Clinical Epidemiology*, 53(3), 285-289.
- Comissão Internacional de Classificações da WONCA (2001). *Classificação Internacional de Cuidados Primários ICPC-2*. Lisboa: Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral.

Copeland, J. R., Beekman, A.T., Dewey, M. E., Hooijer, C., Jordan, A., Lawlor B. A., et al., (1999). Depression in Europe: geographical distribution among older people. *British Journal of Psychiatry*, 174, 312-21.

Costa, E. F. A., Porto, C. C., Almeida, J. C., Cipullo, J. P. & Martin, J. F. V. (2001). Semiologia do idoso. Em C. C. Porto (Ed.) *Semiologia Médica* (4ª Ed., pp. 163-197). Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan.

D

Davies, A. D. M. (1996). Life event, health, adaptation and social support in the clinical psychology of late life. In: Wood, R. T. (Ed.). *Handbook of the clinical psychology of aging*. New York: Wiley.

DeVellis, R. F. (1991). *Scale development. Theory and applications*. London: Sage Publications.

Direcção Geral da Saúde (2004). *Plano Nacional de Saúde, 2004/2010*. Lisboa: Autor.
Acedido em 30-06-2008, em http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/vol2_227.htm.

Duarte, M. B., Rego, M. A. V. (2007). Comorbilidade entre depressão e doenças clínicas em um ambulatório de geriatria. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(3), 691-700.

Drachman, D. A. (1997). Aging and the brain: A new frontier. *Annals of Neurology*, 42(6), 819-828.

E

Eisenberg, L. (1996). Prefácio. Em D. Goldberg, & P. Huxley, *Perturbações Mentais Comuns – Um Modelo Bio-Social* (pp. IX-XII). Lisboa: CLIMEPSI.

F

- Falceto, O. G., Busnello, E. D., Bozzetti, E. M. C. (2000). Validação de escalas diagnósticas do funcionamento familiar para utilização em serviços de atenção primária à saúde. *Revista Panamericana de Salud / Pan American Journal of Public Health*, 7(4), 255-263.
- Fontaine, R. (2000). *Psicologia do Envelhecimento*. Lisboa: CLIMEPSI.
- Fortes-Burgos, A. C., & Neri, A. L. (2008). Estresse no desenvolvimento adulto e na velhice: uma revisão. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, 5(1), 103-114.
- Fortes- Burgos, A. C., Neri, A. L., & Cupertino, A. P. F. B. (2008). Eventos estressantes, estratégias de enfrentamento, auto-eficácia e sintomas depressivos entre idosos residentes na comunidade. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 21(1), 74-82.
- Frank, M. H., & Rodrigues, N. L. (2006). Depressão, Ansiedade, outros Distúrbios Afetivos e Suicídio. Em E. V. Freitas, L. Py, F. A. X. Cançado, J. Doll, & M. L. Gorzoni, *Tratado de Geriatria e Gerontologia* (2ª Ed., Cap. 35, pp. 376-387). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, SA.
- Fuhrer, R. & Rouillon, F. (1989). La version française de l'échelle CES-D: Description et traduction de l'échelle d'auto-évaluation. *Psychiatrie et Psychobiologie*, 4, 163-166.

G

- García, V. D. & Ortego, R. A. (2007). Conceitos básicos em geriatria. Em J. D. M. Martín, & C. A. Rosa. *A Psicogeriatria nos cuidados primários* (Cap. 2, pp. 6-12). Miraflores: Revisfarma - Ed. Médicas, Lda.
- Gazalle, F. K., Lima, M. S., Tavares, B. F., & Hallal, P. C. (2004). Sintomas depressivos e factores associados em população idosa no Sul do Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 38(3), 365-371.

- Goldberg, D. & Huxley, P. (1996). *Perturbações Mentais Comuns – Um Modelo Bio-Social* (vol. I). Lisboa: CLIMEPSI.
- Gonçalves, B. & Fagulha, T. (2000). *Estudo da Adaptação Portuguesa da Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D)*. Universidade de Lisboa. Acedido em 13-01-2009, em <http://fedap.es/congreco-santiago/trabayos/p2.htm>
- Gonçalves, B., & Fagulha, T. (2003). Escala de depressão do centro de estudos epidemiológicos (CES-D). In M. Gonçalves, M. Simões, L. Almeida, & C. Machado (Coords.), *Avaliação Psicológica. Instrumentos Validados para a População Portuguesa* (Vol. 1, pp. 33-43). Coimbra: Quarteto.
- Gonçalves, B. & Fagulha, T. (2004a). The portuguese version of the center of epidemiologic studies depression scale (CES-D). *European Journal of Psychological Assessment*, 20(4): 339-3348.
- Gonçalves, B. & Fagulha, T. (2004b). Prevalência e diagnóstico da depressão em medicina geral e familiar. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 20, 13-27.
- Gonçalves, B., Fagulha, T., & Ferreira, A. (2005). A Depressão nas Mulheres de Meia-idade: Estudo sobre as Utentes dos Cuidados de Saúde Primários. *Psicologia*, 19(1-2), 39-56.
- Gregory & Simon, (2003). Improving the filter between primary and secondary care for mental disorders. *World Psychiatry*, 2(3), 158.
- Gregorio, P. G., & Carrasco, M. E. (2004). Prefacio. En P. G. Gregorio & M. M. Carrasco (Coords.), *Guía de buena práctica clínica en Geriátria. Depresión y Ansiedad* (pp. 11-12). Madrid: Sociedad Española de Geriátria e Gerontologia y Scientific Communication Management.
- Gusmão, R., Xavier, M., Heitor, M. J., Bento, A. & Almeida, J. M. C. (2005). O Peso das Perturbações Depressivas. Aspectos epidemiológicos globais e

necessidades de informação em Portugal. *Acta Médica Portuguesa*, 18, 129-146.

H

Harrison, P., Gueddes, J. & Sharpe, M. (2006). *Guia Prático de Psiquiatria*. Lisboa: CLIMEPSI.

Hess, T. M., Pullen, S. M., (1996). Memory in context. Em F. Blanchard-Fields, & T. M. Hess, *Perspectives on Cognitive change in Adulthood and Aging* (Cap. 12, pp. 391-394). N. Y.: McGraw-Hill.

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

Hyer, L., Carpenter, B., Bishmann, D. & Wu, H. (2005). Depression in long –Term Care. *Clinical Psychology Science Practice*, 12(3): 280-299.

J

Jenike, M. A., & Cremens, M. C. (1994). Geriatric Emergencies. Em S. E. Hyman & G. E. Tesar, *Manual of Psychiatric Emergencies* (3rd Ed., Cap. 9, pp. 60-72). Boston: Little, Brown and Company.

K

Kaiser, H. F. & Rice, J. (1974). Little Jiffy, Mark IV. *Educational and Psychological Measurement*, 34, 111-117.

Kane, R. L., Ouslander, G. J & Abrass, B. I. (2005). *Geriatría Clínica*. Rio de Janeiro: Mc Graw Hill.

Kraaij, V. & Wilde, E. J. (2001). Negative life events and depressive symptoms in the elderly: a life span perspective. *Aging and Mental Health*, 5(1), 84-91.

Kemppainen, J. K., Taylor, J. Jackson, L. & Kim-Godwin, Y. S. (2009). Incidence, Sources and Self_Management of Depression in Persons Attending a Rural Health Clinic in Southeastern *North Carolina Journal of Community Health Nursing*, 26(1), 1- 13.

L

Lima-Costa, M. F., Firmino, J. O. A., Uchôa, E. A. (2004). A estrutura da auto-avaliação da saúde entre idosos: Projeto Bambuí. *Revista Saúde Pública*, 38, 827-834.

Lima-Costa, M. F., Peixoto, S. V., Matos, D. L., Firmo, J. O. A., Uchôa, E. (2007). A influência de respondente substituto na percepção da saúde de idosos: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (1998, 2003) e na coorte de Bambuí, Minas Gerais, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(8),1893-1902.

Loureiro, M., Barata, A., Bonifácio, C., Ferreira, C., Cardoso, C., Cardoso, P., et al. (2007). As Actividades de Vida Diária e Ajudas Técnicas nos Grandes Idosos - Diagnóstico de Situação. *Geriatrics*, 3(15) 50-58.

Lovaco, B. F. (2007). A Depressão no idoso. Dificuldades na detecção. Em J. D. M. Martín, & C. A. Rosa. *A Psicogeriatria nos cuidados primários* (Cap. 6, pp. 21-24). Miraflores: Ed. Revisfarma - Ed. Médicas, Lda.

Luszczynska, A., Gutiérrez-Doña, & Schwarzer, R. (2005). General self-efficacy in various domains of human functioning: Evidence from five Countries. *International Journal of Psychology*, 40(2), 80-89.

M

Mann, A. (1996). A Depressão e a Ansiedade nos Cuidados de Saúde Primários: A Evidência Epidemiológica. Em R. Jenkins, J. Newton & R. Young, *A*

prevenção da depressão e da ansiedade. O papel da Equipe de Cuidados de Saúde Primários (Cap. 1, pp. 1-10). Lisboa: CLIMEPSI.

Marques, L., & Firmino, H. (2003). Depressão e comportamentos suicidários no idoso. Em A. Vaz Serra (Coord.), *Medicina, Temas Actuais, Depressão* (pp. 133-162). Castanheira do Ribatejo: Atral Cipan Vida.

Marques, L., & Ramalheira, C. (2006). Os idosos e o suicídio. Em H. Firmino (Ed), *Psicogeriatría* (Cap. 17, pp. 233-244). Coimbra: Editora Psiquiatria Clínica.

Maroco, J. (2003). *Análise Estatística com utilização do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo Lda.

Moe, K. O. & Privitera, C. (2004)._Depression. Em J. E. South-Paul, S. C. Matheny, & E. L. Lewis, *Current Diagnosis & Treatment in Family Medicine* (Cap. 47, pp. 599-609). N. Y.: McGraw- Hill.

Montorio, I., Yanguas, J., & Díaz-Veiga, P. (1999). El Cuidado del Anciano en el Ámbito Familiar. Em María Izal & Ignacio Montorio (Eds.), *Gerontologia Conductual, Bases para a intervención y ámbitos de aplicación* (Cap. 6, pp. 141-158). Madrid: Síntesis.

Motta, A. B. (2006). Visão Antropológica do Envelhecimento. Em E. V. Freitas, L. Py, F. A. X. Cançado, J. Doll, & M. L. Gorzoni, *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. (2ª Ed, Cap. 8, pp. 78-82). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan SA.

N

Nazareth, J. M. (2002). Cenários da Evolução Demográfica de Portugal no contexto da UE até ao ano 2050. *Jornal do IGAPHE (Instituto de Gestão e Alienação do Património Habitacional do Estado)*, 13, 1-8.

Netto M. P. (2006). O Estudo da Velhice: Histórico, Definição do Campo e Termos Básicos. Em E. V. Freitas, L. Py, F. A. X. Cançado, J. Doll, & M. L. Gorzoni,

Tratado de Geriatria e Gerontologia. (2ª Ed., Cap. 1, pp. 3-12). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, SA.

Nunes, R., Schwarzer, R. & Jerusalem, M. (1999). *Auto-eficácia Geral Percepcionada*. Acedido em 02/02/2008, em http://web.fu-berlin.de/gesund/skalen/Language_Selection/Portuguese/Auto-Eficacia_Geral_Percepcion/hauptteil_auto-eficacia_geral_percepcion.htm .

O

Organização Mundial da Saúde - OMS (1993). *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10* (reimpressão de 2008). Porto Alegre: Artmed e Associação Brasileira de Psiquiatria.

Ornelas, F. A., Cruz, G. E. C. P., Vidal, M. L., Resende, T. C., & Xavier R. (2008). Idoso e o Processo de envelhecimento. *Revista Vigor Movimento e Saúde*.

Orol, M. J. G. (2004). Epidemiologia y clínica. Em P. G. Gregório & M. M. Carrasco (Orgs.), *Guía de Buena práctica clínica en Geriatria: Depresión y ansiedad* (Cap. 1, p. 13-32). Madrid: Sociedad Española de Geriatria y Gerontologia y Scientific Communication Management.

Ortiz, L. A., Carrasco, M. M., Ballesteros J. C., (2002). Envejecimiento y Psiquiatria Geriátrica en el siglo XXI. Em L. A. Ortiz, M. M. Carrasco & J. C. Ballesteros, *Psiquiatria Geriátrica* (2ª Ed., Introducción, pp. XV-XX). Barcelona: Masson.

P

Paschoal, S. M. P. (1999). Autonomia e independência. Em M. P. Netto, *Gerontologia, A Velhice e o Envelhecimento em Visão Globalizada* (3ª Ed. Cap. 28, pp. 313-323). São Paulo: Edição Atheneu.

Paúl, M. C. (1996). *Psicologia dos idosos: o envelhecimento em meios urbanos*. Braga: SHO – Sistemas Humanos e Organizacionais, Lda.

Pinto, A .M. (2001). Envelhecimento: Das Teorias à Fisiopatologia. Em A. M. Pinto, *Envelhecer Vivendo* (Cap. 1, pp. 11-30). Coimbra: Quarteto Editora.

R

Radloff, L. (1977). The CES-D Scale: A self-Report Depression Scale for Research in The General Population. *Applied Psychological Measurement*, 1(3), 385-401.

Radloff, L. S. & Locke, B. Z. (2000). Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) Modified From: Rush J., et al: *Applied Psychiatric Measures*, APA, Washington, DC.

Reynolds III, C. F. (2004). Depression in Older Patients. Em J. E. South-Paul, S. C. Matheny, E. L. Lewis, *Current Diagnosis & Treatment in Family Medicine* (Cap. 41, pp. 531-537). N. Y.: McGraw- Hill.

Ribeiro, J. L. P. (1995). Adaptação de uma escala de Avaliação de Auto-Eficácia Geral. Em L. Almeida e I. Ribeiro (Orgs.) *Avaliação Psicológica: Formas e Contextos* (Vol. III, pp.163-176). Braga: APPORT – Associação dos Psicólogos Portugueses.

Rodríguez, J. G. (2008). Epidemiología de la depresión en el anciano. Em J. M. J. Paéz (Coord.), *Depresión en el anciano. ¿Otra epidemia del Siglo XXI?* (Cap. 1, pp. 11-34). Madrid: Natural Ediciones Ecotienda Natural, SL.

Rosa, C. A., & Martín, J. D. M. (2007a). A epidemiologia da depressão nas pessoas de idade avançada. Em J. D. Molina Martín & C. Andrade Rosa, *A Psicogeriatría nos Cuidados Primários* (Capítulo 4, pp. 13-16). Miraflores: Revisfarma - Ed. Médicas, Lda.

Rosa, C. A., & Martín, J. D. M. (2007b). A etiologia da depressão nas pessoas de idade avançada. Em J. D. Molina Martín & C. Andrade Rosa, *A Psicogeriatría nos Cuidados Primários* (Capítulo 5, pp. 17-20). Miraflores: Revisfarma - Ed. Médicas, Lda.

Rosa, C. A., & Martín, J. D. M. (2007c). A detecção da doença depressiva. Um problema comunitário. Em J. D. M. Martín & C. A. Rosa (Eds.), *Abordagem da Doença Depressiva em Cuidados Primários* (Cap. 1, pp. 5-8). Miraflores: Revisfarma, Edições Médicas, Lda.

Rosenfeld, S. (2003). Prevalência, fatores associados e mau uso de medicamentos entre os idosos: uma revisão. *Cadernos de Saúde Pública*, 19(3), 717-724.

S

Schwarzer, R., & Jerusalem, M. (s.d). The General Self-Efficacy Scale (GSE). Acedido em 11-01-2008 em <http://userpage.fu-berlin.de/health/engscal.htm> .

Schwarzer, R. (1996). Thought Control of Action: Interfering Self-Doubts. In I. G. Sarason, G. R. Pierce, & B. R. Sarason (Eds.), *Cognitive interference: Theories, methods, and findings* (pp. 99-115). Mahwah, NJ: Erlbaum.

Schwarzer, R. (2009). Everything you wanted to know about the General Self-Efficacy Scale but were afraid to ask. Acedido em 10 de Janeiro de 2009 em http://userpage.fu-berlin.de/~health/faq_gse.pdf .

Schwarzer, R., & Jerusalem, M. (1995). Generalized Self-Efficacy scale. In J. Weinman, S. Wright, & M. Johnston, *Measures in health psychology: A user's portfolio. Causal and control beliefs* (pp. 35-37). Windsor, England: NFER-NELSON.

Schwarzer, R., & Scholz, U. (2000). *Cross-Cultural Assessment of Coping Resources: The General Perceived Self-Efficacy Scale*. Apresentado no First Asian Congress of Health Psychology: Health Psychology and Culture, Tokyo, Japan.

- Scholz, U., Doña, B. G., Sud, S., Schwarzer, R. (2002). Is general self-efficacy a universal construct? Psychometric findings from 25 Countries. *European Journal of Psychological Assessment*, 18(3), 242-251.
- Silveira, D. X. & Jorge, M. R. (1998). Propriedades psicométricas da escala de rastreamento populacional para a depressão CES-D em populações clínica e não clínica de adolescentes e adultos jovens. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 25(5), 251-261.
- Soares, M. A. (2000). O Medicamento e o Idoso. *Portal Farmácia*. Acedido em 03/03/2008 em <http://www.portalfarmacia.com.br/farmacia/principal/conteudo.asp?id=144>.
- Sousa, I. & Sousa, M. A. (2004). Validação da Escala de Auto-Eficácia Geral Percebida. *Revista Universitária Rural, Série Ciências Humanas, Seropédica*, 26(1-2), 12-17.
- Steffens, D. C., & Potter, G. G. (2008). Geriatric depression and cognitive impairment. *Psychological Medicine*, 38, 163-175.
- Stella, F., Gobi, S., Corazza, D. I., & Costa, J. L. R. (2002). Depressão no Idoso: Diagnóstico, Tratamento e Benefícios da Actividade Física. *Motriz*, 8(3), 91-98.
- Stevens, J. (1986). *Applied Multivariate statistics for the social sciences*. New Jersey: Lawrence Erlbaum.
- Stickle, F., & Onedera, J. D.(2006). Depression in Older Adults. *Adultspan Journal*, 5 (1), 36-46.

V

- Vaz Serra, A. (1996). Prefácio à edição portuguesa. Em R. Jenkins, J. Newton & R. Young (Eds.) A prevenção da depressão e da ansiedade. O papel da Equipe de Cuidados de Saúde Primários (pp. V-VI). Lisboa: CLIMEPSI.

Vaz Serra, A. (1990). *A Depressão na Prática Clínica*. Porto: Boosts Pharmaceuticals e Paracélsia.

W

Williams, C. M. (2004). Assessing the Vulnerable Elderly. Em J. E. South-Paul, S. C. Matheny, & E. L. Lewis, *Current Diagnosis & Treatment in Family Medicine* (Cap. 40, pp. 518-530). N. Y.: McGraw- Hill.

Wilkinson, G., Moore, B. & Moore, P. (2005). *Guia Prático do Tratamento da Depressão*. Lisboa: CLIMEPSI.

Wolff, J. L., Starfield, B., Anderson, G. (2002). Prevalence, Expenditures, and Complications of Multiple Chronic Conditions in the Elderly. *Archives of Internal Medicine*, 162, 2269-2276.

World Health Organization – WHO (2008). *The global burden of disease: 2004 update*. Geneva: Autor. Versão digital acedida em 07-07-2008, em http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GBD_report_2004update_full.pdf.

United Nations (1986). *World population prospects: Estimates and projections as assessed in 1984*, (New York, United Nations Publication, ST/ESA/SER.A/98)

ANEXOS

Anexo I

DOCUMENTOS

Ex.^a Sr.^a Directora do
Centro de Saúde da Covilhã

Marli Gomes de Pinho da Silva Loureiro, licenciada pela Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, vem por este meio solicitar a V. Ex.^a se digne autorizar a aplicação de um questionário no Centro de Saúde/ ou / Associação de Socorros Mútuos, para obtenção de dados necessários à realização da Dissertação de Mestrado em Geriatria da Universidade de Coimbra, cujo título é: Estudo de Adaptação à População Idosa Portuguesa, da Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D).

O objectivo deste estudo é o de realizar um rastreio de depressão na população clínica idosa da cidade da Covilhã.

As vantagens deste estudo resultam da possibilidade de obter um instrumento de rastreio precoce da depressão, permitindo uma abordagem terapêutica atempada, com ganhos em saúde e qualidade de vida da população idosa.

Junto envio uma cópia do questionário.

Pede de deferimento

Sem outro assunto e com os melhores cumprimentos

Marli Gomes de Pinho da Silva Loureiro
Médica do Centro de Saúde da Covilhã

**PROTOCOLO DO ESTUDO DE ADAPTAÇÃO DA ESCALA CES-D
A SUJEITOS IDOSOS COM IDADE IGUAL OU SUPERIOR A 65
ANOS**

Este questionário destina-se a recolher informação necessária para realizar a DISSERTAÇÃO DE MESTRADO EM GERIATRIA, da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.

Antes de iniciar o seu preenchimento, agradecemos que leia, ou aceite que lhe seja lido o documento explicativo do estudo.

No caso de estar de acordo com o seu conteúdo e aceitar participar, deverá assinar o consentimento informado que se expõe na página seguinte.

***A SUA COLABORAÇÃO É MUITO IMPORTANTE E DESDE JÁ LHE
AGRADECEMOS TODA A DISPONIBILIDADE***

DOCUMENTO DE EXPLICAÇÃO DO ESTUDO E TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Estudo de Adaptação à População Idosa Portuguesa da Center For Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D)

INVESTIGADOR

Marli Gomes de Pinho da Silva Loureiro

Para o estudo de muitas doenças, são necessários instrumentos como por exemplo, o aparelho de avaliação da tensão arterial, a máquina de registo da diabetes e outros já seus conhecidos.

Neste estudo, pretendemos criar um instrumento que permita detectar alguns sintomas depressivos e fazer um diagnóstico mais rápido e assim conseguir um tratamento mais eficaz e atempado.

Este estudo, que lhe propomos que participe, foi já realizado em outros países, mas não foi ainda aplicado à população portuguesa com mais de 65 anos. Consta de um questionário com perguntas simples sobre a sua identificação, e os problemas de saúde e sentimentos que o afectam mais.

As respostas que escolher dar, podem ser **assinaladas** por si, ou se pretender, pelo investigador.

O preenchimento do questionário levará cerca de 20-25 minutos e pode ser interrompido sempre que o desejar. A sua participação é muito importante, mas é voluntária. Se decidir não participar ou em qualquer momento desistir, poderá fazê-lo sem qualquer prejuízo da sua normal assistência no serviço de saúde.

Os dados registados são completamente confidenciais.

Os resultados deste estudo, serão postos à disposição de todos os participantes que se manifestem interesse.

CONSENTIMENTO INFORMADO

Tomei conhecimento e compreendi o que me foi proposto neste estudo.

Pelo presente documento

(Assinale com uma cruz a opção que pretende)

Aceito participar no estudo ()

Não aceito participar no estudo ()

Assinatura

Data ____/____/ 2008

Marli Gomes de Pinho da Silva Loureiro

Médica Especialista em Medicina Geral e Familiar

Anexo II

PROTOCOLO DE INVESTIGAÇÃO

QUESTIONÁRIO SÓCIO DEMOGRÁFICO E DE SAÚDE

I. IDENTIFICAÇÃO

Nome _____

Nº Beneficiário _____

Idade (_____) sexo: f () m ()

Estado civil: casado () viúvo () solteiro () outro ()

Analfabeto () anos de escolaridade () ()

II. ACONTECIMENTOS DE VIDA STRESSANTES

No último ano aconteceu alguma destas situações ?

Doença grave em alguém próximo () viuvez ()

Perda de ente querido ()

Dificuldades económicas importantes ()

Perda de bens materiais ()

Presta cuidados a alguém? Sim () Não ()

Cônjuge () Filho(a) () Outro familiar () Outro ()

III. COMORBILIDADE

Sente ou tem mesmo alguma destas situações clínicas?

Ouvir bem Sim () Não ()

Ver bem Sim () Não ()

Doença respiratória Sim () Não ()

Diabetes Sim () Não ()

Doença da Tiróide Sim () Não ()

Doença dos ossos ? Sim () Não ()

Doença do coração? Sim () Não ()

Já teve algum A.V.C.? (trombose)? Sim () Não ()

IV. AUTO PERCEÇÃO DE SAÚDE

Com classifica o seu estado de saúde?

Mau () Razoável () Bom () Muito Bom ()

V. HÁBITOS DE CONSUMO DE FÁRMACOS

Toma medicamentos? SIM () NÃO ()

Quantos medicamentos diferentes, toma diariamente?

1 - 3 () 4 - 6 () 7 - 9 () > 10 ()

CES-D: Center for Epidemiologic Studies Depression Scale

(Radlof, 1977; Gonçalves & Fagulha, 2003)

Nesta página encontra uma lista das maneiras como se pode ter sentido ou reagido durante a última semana. Faça uma cruz no quadrado que se identifica com os seus sentimentos tendo em conta que as opções significam:

Nunca ou raramente - menos de 1 dia da semana passada;

Ocasionalmente – 1 ou 2 dias da semana passada;

Com muita frequência – 3 ou 4 dias da semana passada;

Com muita frequência ou sempre – 5 ou 7 dias da semana passada.

Durante a semana passada	Nunca ou muito raramente	Ocasionalmente	Com alguma frequência	Com muita frequência ou sempre
1. Fiquei aborrecido com coisas que habitualmente não me aborrecem				
2. Não me apeteceu comer; estava sem apetite				
3. Senti que não consegui livrar-me da neura ou da tristeza, mesmo com a ajuda dos amigos ou da família				
4. Senti que valia tanto como os outros				
5. Tive dificuldades em manter-me concentrado no que estava a fazer				
6. Senti-me deprimido				
7. Senti que tudo do que fazia era um esforço.				
8. Senti-me confiante no futuro.				
9. Pensei que a minha vida tinha sido um fracasso				

10. Senti-me com medo.				
11. Dormi mal.				
12. Senti-me feliz.				
13. Falei menos do que o costume.				
14. Senti-me sozinho.				
15. As pessoas foram desagradáveis ou pouco amigáveis comigo				
16. Senti prazer ou gosto na vida.				
17. Tive ataques de choro.				
18. Senti-me triste.				
19. Senti que as pessoas não gostavam de mim.				
20. Senti falta de energia.				

ESCALA DE AUTO – EFICÁCIA GERAL PERCEPCIONADA
(Nunes, Schwarzer & Jerusalem, 1999)

1	Eu consigo resolver sempre os problemas difíceis se eu tentar	
2	Se alguém se opuser, eu posso encontrar os meios e as formas de alcançar o que eu quero	
3	É fácil para mim, agarrar-me às minhas intenções e atingir os meus objectivos	
4	Eu estou confiante que poderia lidar, eficientemente, com acontecimentos inesperados	
5	Graças ao meu desempenho, eu sei como lidar com as situações	
6	Eu posso resolver a maioria de problemas se eu investir o esforço necessário	
7	Eu posso manter-me calmo ao enfrentar dificuldades porque eu posso confiar nas minhas capacidades para enfrentar as situações	
8	Quando eu sou confrontado com um problema, geralmente eu consigo encontrar diversas soluções	
9	Se eu estiver com problemas, geralmente eu consigo encontrar diversas soluções	
10	Quando tenho um problema pela frente, geralmente ocorrem-me várias formas para resolvê-lo.	

1 Nunca é verdade	2 Difícilmente é verdade	3 Moderadamente verdade	4 Exactamente verdade
-------------------------	--------------------------------	-------------------------------	-----------------------------