



Instituto Politécnico  
de Castelo Branco  
Escola Superior  
de Educação



Instituto Politécnico  
de Castelo Branco  
Escola Superior  
de Saúde  
Dr. Lopes Dias

## **Avaliação do Nível de Ansiedade, Depressão e Autoestima dos Idosos com Patologia Respiratória**

Bruno Miguel Carvalho Monteiro

### **Orientadora**

Professora Doutora Ana Paula Pires Rodrigues Belo

Trabalho de Projeto apresentado à Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Castelo Branco para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Gerontologia Social, realizado sob a orientação científica da Professora Adjunta Doutora Ana Paula Pires Rodrigues Belo, do Instituto Politécnico de Castelo Branco.

**Julho de 2015**



## Composição do júri

### Presidente do júri

Professora Doutora Maria João da Silva Guardado Moreira

Professora Coordenadora da Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Castelo Branco

### Vogais

Professora Doutora Ana Paula Pires Rodrigues Belo

Professora Adjunta da Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias do Instituto Politécnico de Castelo Branco

Professor Doutor Florêncio Vicente Castro

Professor Catedrático da Universidade de Extremadura



## Dedicatória

Gostava de dedicar este estudo, à minha família mais próxima, esposa, pais, irmão e avô, pois sem o apoio deles jamais teria conseguido, especialmente quando estive doente durante a realização deste trabalho de investigação.

Nesta fase de convalescença, as horas passadas na análise da recolha de dados dos idosos, deram-me força para continuar em frente, abstraindo-me do estado de saúde que apresentava.

Dessa forma, estou grato por todo o apoio incondicional que a minha família me deu nesta fase da minha vida, especialmente à minha esposa que esteve presente em todas as horas mais difíceis. Todos os dias acordo sabendo que tenho a sorte de estar junto dela, a sua presença enriquece todos os meus dias.

Quero dedicar também este estudo, a todos os idosos com patologia respiratória, que aceitaram colaborar comigo, por todos os “bons momentos” passados durante a fase de campo, todas as gargalhadas dadas, todos os gestos de compreensão e todo o carinho transmitido por eles.

Gostaria de terminar, dedicando este estudo aos futuros investigadores que se debruçarem sobre este tema de investigação, pois o mesmo é de extrema importância para a melhoria dos cuidados e do suporte que são oferecidos à população idosa, especialmente aos idosos com patologia respiratória.



## Agradecimentos

Gostaria de deixar uma nota de expressão do meu reconhecimento a todos os que de algum modo colaboraram para a consecução deste trabalho de projeto, citando em especial:

- A Deus, pelo dom da vida, ajuda, compreensão e força nos momentos mais difíceis da minha vida;
- À minha família: esposa, mãe, pai e irmão, pelo carinho e compreensão da minha ausência no dia-a-dia, mas que de forma incondicional me apoiaram na elaboração deste estudo;
- Ao meu avô por me incentivar constantemente a seguir os “estudos”, sem ele não estaria neste preciso momento acabar o Mestrado;
- À minha orientadora Professora Ana Paula Pires Rodrigues Belo pelo acompanhamento, dedicação, disponibilidade e amizade que tornaram possível a realização deste trabalho de investigação;
- À Professora Maria João Guardado Moreira pela oportunidade de troca de informações, esclarecimentos e colocação de questões pertinentes;
- Ao Professor Ernesto Candeias Martins pela inspiração do tema escolhido, que decorreu do trabalho de investigação, realizado na unidade curricular Metodologias e Técnicas de Investigação Social, subordinado ao tema: “Avaliação do nível de ansiedade e depressão dos idosos com patologia respiratória”;
- Ao Professor Florêncio Vicente Castro, que também me ajudou na seleção do tema em questão, com a realização de um trabalho na população idosa que decorreu na unidade curricular Psicologia do Envelhecimento, com o intuito de analisar cinco histórias de vida, culminado com a realização de um seminário de autoestima;
- Ao Centro Hospitalar Cova da Beira – Hospital Pêro da Covilhã, pela autorização da recolha dos dados, assim como pela disponibilização do espaço da instituição, dos doentes e do tempo do colaborador Bruno Monteiro (Fisioterapeuta/Investigador), em especial ao SMFR do CHCB (Diretor, Dr. João Fortes) e respetivo Conselho de Administração (Presidente, Professor Doutor Miguel Castelo Branco);
- A todos os fisioterapeutas da área cardio-respiratória do CHCB, que ao longo destes anos de trabalho, têm contribuído e expandido o SMFR nesta área de atuação, permitindo dessa forma a melhoria da prestação dos cuidados aos doentes do foro cardio-respiratório;

- À minha amiga e colega de trabalho, Vanessa Neves, fisioterapeuta em estágio profissional no CHCB por toda amizade e ajuda na recolha dos questionários aos idosos;
- Aos meus amigos e colegas de trabalho pelo incentivo contínuo, em especial à Fisioterapeuta Maria Cristina de Jesus Graça;
- A todos os idosos seguidos pelo Serviço de Medicina Física e Reabilitação do CHCB que aceitaram participar neste trabalho de investigação;
- A todos que diretamente ou indiretamente contribuíram para a realização deste estudo.

**A TODOS O MEU OBRIGADO!**

**BEM-HAJA!**

*“O conhecimento das alterações psicoemocionais dos idosos com patologia respiratória contribui de forma significativa para a melhoria do estado de saúde e qualidade de vida destes idosos, pois permite o estabelecimento de um programa de intervenção multidimensional e multiprofissional.”*

(Bruno Monteiro, Março de 2015)



## Resumo

**Contexto:** Idosos com patologia respiratória crónica, apresentam maior predisposição a transtornos psiquiátricos, quando comparados com a população geral. A ansiedade, a depressão e a baixa autoestima, constituem alguns dos problemas de saúde mais frequentes nos idosos. As alterações psicoemocionais são provavelmente as menos diagnosticadas e tratadas no contexto das patologias respiratórias. Idosos com patologia respiratória que frequentem programas de reabilitação respiratória, apresentam menores níveis de ansiedade, de depressão e maior autoestima face a outros idosos nas mesmas condições. **Objetivo de Estudo:** Conhecer os níveis de ansiedade, de depressão e de autoestima dos idosos com patologia respiratória, seguidos pelo Centro Hospitalar Cova da Beira (CHCB), assim como as redes de suporte social destes idosos. Foi também objeto de análise, a influência das variáveis sociodemográficas – género, idade, nível educacional e local de residência (variáveis independentes), com os *scores* de ansiedade, de depressão e de autoestima (variáveis dependentes), bem como a relação existente entre as variáveis dependentes. **Métodos:** É um estudo exploratório, descritivo, correlacional e transversal, de características quantitativas, composto por uma amostra de 74 idosos com patologia respiratória, seguidos pelo CHCB, selecionados por conveniência (amostragem não aleatória). Foi elaborado um questionário individual, sendo constituído por duas partes: a primeira para descrever o perfil sociodemográfico e a segunda, onde foi aplicada a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS) e a Escala de Autoestima de Rosenberg (RSES). Para análise estatística, foi utilizado o *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 20.0 para Windows®, através da estatística descritiva e inferencial. **Resultados e Conclusões:** O tipo de rede de suporte social, mais frequente nos idosos em estudo foi a informal (68.9%), existindo idosos sem nenhum suporte social (12.15%). A maioria dos idosos, viviam acompanhados (78.4%), existindo idosos a viverem sozinhos (21.5%), sendo a maioria reformados (94.6%). A patologia respiratória mais frequente foi a doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC), com 51.35%. A prevalência de ansiedade, de depressão e de baixa autoestima foi de 54.02%, de 47.35%, e de 6.8%, respetivamente. Os idosos em estudo, apresentaram maior tendência para serem ansiosos ( $9.31 \pm 5.615$ ) que depressivos ( $7.43 \pm 4.993$ ), mantendo, no entanto, valores de autoestima satisfatórios ( $29.11 \pm 5.565$ ). Por género, verificou-se que os idosos femininos foram em média mais ansiosos, depressivos e com menor autoestima que os idosos masculinos, concluindo-se que o género influenciou a ansiedade ( $\rho < 0.05$ ), mas não a depressão e a autoestima ( $\rho \geq 0.05$ ). Para além disso, os idosos com menores níveis educacionais, pertencentes ao meio rural e com idade  $\geq 85$  anos, foram em média mais ansiosos, depressivos e com menor autoestima que os idosos com maiores níveis educacionais, pertencentes ao meio urbano e com idade inferior a 85 anos, concluindo-se que a escolaridade, influenciou a depressão e a autoestima ( $\rho < 0.05$ ), mas não a ansiedade ( $\rho \geq 0.05$ ), não se verificando nenhuma influência em

relação à idade e ao local de residência ( $p \geq 0.05$ ). Ao nível das variáveis dependentes, concluiu-se que quando o *score* da ansiedade aumenta, o *score* da depressão tende também a aumentar, e vice-versa. Por outro lado, concluiu-se que quando os *scores* da ansiedade ou da depressão aumentam, o *score* da autoestima tende a diminuir, e vice-versa, com correlações altamente significativas ( $p < 0.001$ ).

## Palavras-chave

Idosos, patologia respiratória, ansiedade, depressão e autoestima.

## Abstract

**Context:** Old people with chronic respiratory disease have more propensity to psychiatric disorders, when compared with the general population. Anxiety, depression and low self-esteem, are the most common health issues. The psycho-emotional changes are probably the least diagnosed and treated in the context of respiratory diseases. Old people with respiratory disease, who attend respiratory rehabilitation programs, have lower levels of anxiety, depression and higher self-esteem than other old people in the same conditions. **Objective study:** Knowing the levels of anxiety, depression and self-esteem of old people with respiratory disease followed in the Centro Hospitalar Cova da Beira (CHCB), as well as their social support networks. It was also analyzed the influence of sociodemographic variables: gender, age, education and place of residence (independent variables), with scores of anxiety, depression, and self-esteem (dependent variables), as well as the relationship between the dependent variables. **Methods:** It is an exploratory, descriptive, correlational and cross-sectional study, of quantitative trait, consisting of a sample of 74 old people patients with respiratory disease followed in the CHCB, selected by convenience (not random sampling). An individual questionnaire, consisting of two parts, was drawn up: the first to describe the sociodemographic characteristics and the second where was applied the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) and Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES). To do the statistical analyze it was used the statistical package of the social sciences (SPSS), Windows® version 20.0, through descriptive and inferencial statistics. **Results and Conclusions:** The type of social support network more frequent in old people study was the informal (68.9%), existing old people with no social support (12.15%). Most old people live with other people (78.4%), existing old people living alone (21.5%), most of them retired (94.6%). The most frequent respiratory disease was pulmonary disease chronic obstructive, with 51.35%. The prevalence of anxiety, depression and low self-esteem was respectively of, 54.02%, 47.35% and 6.8%. The old people in study were more likely to be anxious ( $9.31 \pm 5.615$ ), then depressive ( $7.43 \pm 4.993$ ), while maintaining satisfactory self-esteem values ( $29.11 \pm 5.565$ ). By gender, it has been found that the female old people were on average more anxiety, depressive and with lower self-esteem than the male old people, concluding that gender influenced the anxiety ( $\rho < 0.05$ ), but not the depression and self-esteem ( $\rho \geq 0.05$ ). Furthermore, those with lower educational levels, belonging to rural and aged  $\geq 85$  years old, were on average more anxiety, depressive and with lower self-esteem than the old people with higher educational levels, belonging to the urban environment and under the age 85 years old, concluding that schooling influenced depression and self-esteem, but not the anxiety ( $\rho \geq 0.05$ ), having no influence in relation to age and place of residence ( $\rho \geq 0.05$ ). At the level of the dependent variables, it is concluded that when increases the anxiety score, depression score also tends to increase and vice versa. On other hand, it is concluded that when the scores of anxiety or depression increase, the score

of self-esteem tends to decrease, and vice versa, with highly significant correlations ( $\rho < 0.001$ ).

## **Keywords**

Old people, respiratory disease, anxiety, depression and self-esteem.

# Índice geral

<b>Composição do júri</b> .....	III
<b>Dedicatória</b> .....	V
<b>Agradecimentos</b> .....	VII
<b>Resumo</b> .....	XI
<b>Abstract</b> .....	XIII
<b>Índice de figuras</b> .....	XIX
<b>Índice de gráficos</b> .....	XXI
<b>Índice de quadros</b> .....	XXIII
<b>Índice de tabelas</b> .....	XXV
<b>Lista de abreviaturas, siglas e acrónimos</b> .....	XXVII
<b>Capítulo I: Enquadramento teórico – concetual</b> .....	5
1. Envelhecimento da população .....	5
1.1. Diagnóstico da situação demográfica.....	7
1.1.1. Situação e evolução demográfica.....	7
1.1.2. População idosa em Portugal.....	13
1.1.3. Evolução da população nos próximos anos.....	14
1.2. Repercussões do envelhecimento na sociedade portuguesa .....	16
1.2.1. Repercussões ao nível das políticas governamentais.....	16
1.2.2. Repercussões ao nível da saúde.....	17
1.2.3. Repercussões ao nível das condições dos idosos .....	18
2. Redes de suporte social: realidade portuguesa.....	19
2.1. Tipos de redes de suporte social .....	19
2.1.1. Informais .....	19
2.1.2. Formais .....	23
2.1.2.1. Comunitários .....	23
2.1.2.2. Institucionais.....	26
3. Patologias respiratórias nos idosos .....	31
3.1. Diagnóstico de patologias respiratórias .....	33
3.1.1. História clínica .....	34
3.1.2. Exame físico .....	34
3.1.3. Exames de função respiratória .....	35

3.1.4.	Exames complementares.....	36
3.2.	Sinais e sintomas clínicos da maioria das patologias respiratórias .....	36
3.3.	Intervenção da fisioterapia no contexto das patologias respiratórias .....	37
3.4.	Programa de reabilitação pulmonar .....	39
3.4.1.	Avaliação e seleção do programa de reabilitação pulmonar .....	40
3.4.2.	Fisioterapia cardio-respiratória .....	41
3.4.2.1.	Métodos de limpeza das vias aéreas .....	41
3.4.2.2.	Técnicas de controlo respiratório .....	42
3.4.2.3.	Técnicas que visam o relaxamento muscular .....	42
3.4.2.4.	Treino das atividades da vida diária .....	43
3.4.2.5.	Treino de tolerância ao esforço .....	43
3.4.3.	Educação terapêutica.....	44
4.	Saúde mental .....	45
4.1.	Alterações psicoemocionais & envelhecimento.....	46
4.1.1.	Abuso e negligência de pessoas idosas .....	47
4.2.	Depressão no idoso .....	50
4.2.1.	O fenómeno da depressão.....	50
4.2.2.	Sintomas gerais .....	51
4.2.3.	Classificação da depressão, segundo o DSM-IV .....	51
4.2.4.	Estados depressivos em idosos.....	54
4.3.	Ansiedade no idoso.....	57
4.3.1.	O fenómeno da ansiedade .....	57
4.3.2.	Medo e ansiedade .....	58
4.3.3.	Funções adaptativas da ansiedade .....	58
4.3.4.	Sintomas gerais .....	58
4.3.5.	Classificação da ansiedade, segundo o DSM-IV.....	59
4.3.6.	Perturbação da ansiedade em idosos .....	62
4.4.	Autoestima no idoso.....	62
4.4.1.	Autoconceito: <i>self</i> .....	63
4.4.1.1.	Autodiscrepâncias no <i>self</i> .....	64
4.4.2.	Conceito de autoestima.....	65
4.4.3.	Avaliação da autoestima .....	68
4.4.4.	Desenvolvimento da autoestima .....	69

4.4.5.	Nível da autoestima e comportamento .....	71
4.4.6.	Autoimagem, imagem corporal e autoestima no idoso.....	72
5.	Ansiedade, depressão e autoestima & patologias respiratórias no idoso .....	74
6.	Ansiedade, depressão e autoestima & fisioterapia cardio-respiratória .....	76
7.	Artigos referentes à problemática em estudo.....	77
	<b>Capítulo II: Metodologia.....</b>	<b>92</b>
1.	Questões e objetivos do estudo.....	92
2.	Hipóteses do estudo .....	93
3.	Tipo de estudo .....	94
4.	Operacionalização das variáveis .....	96
4.1.	Definição das variáveis em estudo.....	96
5.	Local e período da pesquisa .....	97
6.	População do estudo .....	99
7.	Tipo e técnicas de amostragem & dimensão da amostra .....	100
7.1.	Critérios de inclusão.....	100
7.2.	Critérios de exclusão .....	101
8.	Instrumentos de recolha de dados .....	102
8.1.	Parte I – Questionário sociodemográfico .....	103
8.2.	Parte IIa – Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão: HADS .....	104
8.3.	Parte IIb – Escala de Autoestima de Rosenberg: RSES.....	106
9.	Métodos de recolha de dados .....	108
9.1.	Procedimentos.....	108
9.2.	Pré-teste .....	109
9.3.	Recolha dos dados.....	110
9.3.1.	Sala utilizada para a recolha dos dados .....	110
9.4.	Processamento e análise dos dados .....	111
9.4.1.	Análise estatística .....	111
10.	Procedimentos formais e aspetos éticos.....	113
	<b>Capítulo III: Apresentação e análise dos resultados.....</b>	<b>116</b>
1.	Caraterização da amostra .....	116
1.1.	Caraterização sociodemográfica da amostra em função do género .....	117
1.2.	Caraterização da amostra em relação à patologia respiratória.....	126
1.3.	Caraterização da HADS & RSES em função do género.....	128

1.3.1.	Níveis de ansiedade na amostra .....	133
1.3.2.	Níveis de depressão na amostra .....	136
1.3.3.	Níveis de autoestima na amostra .....	139
2.	Análise inferencial .....	142
2.1.	HADS & RSES, de acordo com o género.....	142
2.2.	HADS & RSES, de acordo com a idade.....	144
2.3.	HADS & RSES, de acordo com a escolaridade .....	145
2.4.	HADS & RSES, de acordo com o local de residência .....	148
2.5.	Estatística correlacional: variáveis dependentes .....	150
	<b>Capítulo IV: Discussão dos resultados .....</b>	<b>154</b>
	<b>Capítulo V: Plano de intervenção.....</b>	<b>170</b>
	<b>Capítulo VI: Considerações finais .....</b>	<b>173</b>
	<b>Referências bibliográficas.....</b>	<b>178</b>
	<b>Anexos.....</b>	<b>191</b>
	<b>Anexo I.....</b>	<b>193</b>
	Instrumentos de recolha dos dados: Questionário individual .....	193
	Questionário sociodemográfico.....	195
	Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão: HADS.....	196
	Escala de Autoestima de Rosenberg: RSES .....	198
	<b>Anexo II.....</b>	<b>201</b>
	Formulário utilizado para obtenção da autorização da RSES .....	201
	<b>Anexo III.....</b>	<b>205</b>
	Apresentação do estudo no gabinete de investigação e inovação do CHCB .....	205
	<b>Anexo IV .....</b>	<b>209</b>
	Comprovativo da autorização do estudo pelo CHCB.....	209
	<b>Anexo V.....</b>	<b>213</b>
	Pedido de autorização do estudo aos vários responsáveis do CHCB.....	213
	Carta dirigida ao Presidente do Conselho de Administração do CHCB.....	215
	Carta dirigida ao Diretor do Serviço de Medicina Física e Reabilitação .....	217
	Carta dirigida ao Presidente da Comissão de Ética do CHCB.....	219
	<b>Anexo VI.....</b>	<b>221</b>
	Termo de consentimento livre e informado.....	221

## Índice de figuras

<b>Figura 1</b> - Representação esquemática do conceito de saúde mental, segundo Ebersole & Hess (1985).....	46
<b>Figura 2</b> - O Self conceptualizado, por William James (1980).....	64
<b>Figura 3</b> - Representação esquemática do conceito de autoestima, por Nathaniel Branden (2003) .....	67
<b>Figura 4</b> - Representação esquemática dos 6 pilares de autoestima, por Nathaniel Branden (1994) .....	67
<b>Figura 5</b> - Representação hierárquica das necessidades, segundo Maslow (1959) ....	70
<b>Figura 6</b> - Representação esquemática do ciclo vicioso no idoso, por Nobrega et al. (1999).....	74
<b>Figura 7</b> - Representação esquemática do ciclo de ansiedade e falta de ar, por Haas & Axen (1991) .....	76



## Índice de gráficos

<b>Gráfico 1</b> - Pirâmide etária, Portugal, 2007 e 2012 .....	7
<b>Gráfico 2</b> - Indicadores de envelhecimento em Portugal, segundo os Censos.....	8
<b>Gráfico 3</b> - Evolução dos indicadores de envelhecimento em Portugal, 1961-2013.....	8
<b>Gráfico 4</b> - Pirâmide etária, Portugal, 2012 e 2060 (projeções, por cenários) .....	9
<b>Gráfico 5</b> - População residente (em milhares), Portugal, 1900-2012 .....	10
<b>Gráfico 6</b> - Taxa bruta de mortalidade, Portugal, 1900-2012 .....	11
<b>Gráfico 7</b> - Taxa de mortalidade infantil, Portugal, 1913-2012.....	11
<b>Gráfico 8</b> - Esperança média de vida à nascença por sexo, Portugal, 1980-1982 a 2010-2012 .....	12
<b>Gráfico 9</b> - Taxa bruta de natalidade (por mil habitantes), Portugal, 1900-2012.....	12
<b>Gráfico 10</b> - Percentagem da população idosa que vive sozinha ou exclusivamente com pessoas com 65 ou mais anos, por NUTS II, em 2011 .....	14
<b>Gráfico 11</b> - População residente (em milhares), Portugal, 1991-2060 (estimativas e projeções).....	15
<b>Gráfico 12</b> - Índice de envelhecimento, Portugal, 1991-2060 (estimativas e projeções) .....	15
<b>Gráfico 13</b> - Distribuição da amostra segundo o género.....	117
<b>Gráfico 14</b> - Distribuição da amostra segundo o grupo etário.....	118
<b>Gráfico 15</b> - Distribuição da amostra segundo o local de residência .....	119
<b>Gráfico 16</b> - Distribuição da amostra segundo a situação socio-habitacional .....	120
<b>Gráfico 17</b> - Distribuição da amostra segundo a situação profissional .....	120
<b>Gráfico 18</b> - Distribuição da amostra segundo o estado civil .....	121
<b>Gráfico 19</b> - Distribuição da amostra segundo a escolaridade .....	122
<b>Gráfico 20</b> - Distribuição da amostra segundo as redes de suporte social .....	123
<b>Gráfico 21</b> - Distribuição da amostra segundo a patologia respiratória.....	127
<b>Gráfico 22</b> - Distribuição da amostra segundo a prevalência das alterações psicoemocionais.....	131



## Índice de quadros

<b>Quadro 1</b> - Critérios de diagnóstico para episódio depressivo major .....	52
<b>Quadro 2</b> - Critérios de diagnóstico para perturbação distímica .....	53
<b>Quadro 3</b> - Critérios de diagnóstico para perturbação de pânico sem agorafobia .....	60
<b>Quadro 4</b> - Critérios de diagnóstico para perturbação de ansiedade generalizada ....	60
<b>Quadro 5</b> - Critérios de diagnóstico para perturbação de ansiedade secundária a um estado físico geral .....	61



## Índice de tabelas

<b>Tabela 1</b> - Peso da mortalidade por doenças respiratórias no total das causas de morte, Portugal (2007-2011).....	32
<b>Tabela 2</b> - Classificação da DPOC após os broncodilatadores, segundo a GOLD.....	35
<b>Tabela 3</b> - Sintomas de depressão no idoso .....	56
<b>Tabela 4</b> - Sinais e sintomas de perturbação de ansiedade .....	59
<b>Tabela 5</b> - As emoções e possíveis desordens associadas com os quatro tipos de autodiscrepâncias, segundo Higgins (1989) .....	65
<b>Tabela 6</b> - Artigos referentes à problemática em estudo.....	78
<b>Tabela 7</b> - Serviços e pisos do CHCB – Hospital Pêro da Covilhã .....	98
<b>Tabela 8</b> - Questionário sociodemográfico – parte I.....	104
<b>Tabela 9</b> - Score da escala HADS.....	105
<b>Tabela 10</b> - Dimensão nível de ansiedade: HADS-A.....	106
<b>Tabela 11</b> - Dimensão nível de depressão: HADS-D .....	106
<b>Tabela 12</b> - Score da escala RSES .....	107
<b>Tabela 13</b> - Dimensão nível de autoestima: RSES.....	107
<b>Tabela 14</b> - Estatísticas da frequência do género na amostra .....	116
<b>Tabela 15</b> - Estatísticas relativas à idade por género.....	117
<b>Tabela 16</b> - Estatísticas da frequência das redes de suporte social na amostra.....	124
<b>Tabela 17</b> - Número de idosos em cada tipo de rede de suporte social.....	125
<b>Tabela 18</b> - Caraterização sociodemográfica da amostra em função do género .....	125
<b>Tabela 19</b> - Caraterização da amostra em relação à patologia respiratória.....	127
<b>Tabela 20</b> - Caraterização da HADS e RSES em função do género .....	129
<b>Tabela 21</b> - Estatísticas relativas aos níveis da HADS e RSES em função do género	130
<b>Tabela 22</b> - Distribuição das variáveis sociodemográficas em função da HADS-A....	135
<b>Tabela 23</b> - Distribuição das variáveis sociodemográficas em função da HADS-D ...	138
<b>Tabela 24</b> - Distribuição das variáveis sociodemográficas em função da RSES .....	141
<b>Tabela 25</b> - Análise inferencial da HADS & RSES em função do género.....	144
<b>Tabela 26</b> - Análise inferencial da HADS & RSES em função da idade.....	145
<b>Tabela 27</b> - Análise inferencial da HADS & RSES em função da escolaridade .....	147
<b>Tabela 28</b> - Análise inferencial da HADS & RSES em função da residência.....	149
<b>Tabela 29</b> - Estatísticas correlacionais pelas variáveis dependentes .....	151
<b>Tabela 30</b> - Estatísticas correlacionais pelos indicadores da HADS e da RSES.....	153



## **Lista de abreviaturas, siglas e acrónimos**

**APA** – Associação Psiquiátrica Americana

**APAV** – Associação Portuguesa de Apoio à Vitima

**AVD's** – Atividades da Vida Diária

**CFV** – Capacidade Vital Forçada

**CHCB** – Centro Hospitalar Cova da Beira

**DP** – Desvio Padrão

**DPOC** – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

**DSM-IV** – Manual de Diagnóstico e Estatístico das Perturbações Mentais da Associação Psiquiátrica Americana

**ECDDI** – Entrevista Clínica Semi-Estruturada para o Diagnóstico de Depressão no Idoso

**F** – Teste One-Way ANOVA

**FEV1** – Volume expiratório máximo no primeiro segundo de uma expiração forçada

**GHQ-12** – General Health Questionnaire 12

**HADS** – Escala Hospitalar de Ansiedade e de Depressão

**HADS-A** – Subescala Hospitalar de Ansiedade

**HADS-D** – Subescala Hospitalar de Depressão

**INE** – Instituto Nacional de Estatística

**KW** – Teste Kruskal Wallis

**Máx** – Máximo

**Min** – Mínimo

**N** – Número de idosos

**OLD** – Oxigenoterapia de Longa Duração

**OMS** – Organização Mundial de Saúde

**P** – Prevalência

**PAII** – Programa de Apoio Integrado a Idosos

**PRR** – Programa de Reabilitação Respiratória

**QVRS** – Qualidade de Vida relacionada com a saúde

**r** – Coeficiente de Correlação de Pearson

**RSES** – Escala de Autoestima de Rosenberg

**SF-12** – Formulário Abreviado de Avaliação de Saúde 12

**SGRQ** – St. George's Respiratory Questionnaire

**SMFR** – Serviço de Medicina Física e Reabilitação

**SNS** – Serviço Nacional de Saúde

**SW** – Teste Shapiro-Wilks

**t** – Teste t-Student (Teste de Levene)

**UMW** – Teste U de Mann-Whitney

**VNI** – Ventilação Não Invasiva

**$\alpha$**  – Nível de significância proposto de um resultado

**$\rho$**  – Significância estatística de um resultado: valor de  $\rho$  ( $\rho$ -value)

## Introdução

O presente trabalho de projeto insere-se no âmbito do Mestrado em Gerontologia Social, da Escola Superior de Educação e da Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias, do Instituto Politécnico de Castelo Branco, na área científica da Gerontologia, no campo da saúde psicológica dos idosos, com patologia respiratória que frequentam programas de fisioterapia cardio-respiratória.

A escolha deste tema deve-se ao facto de como fisioterapeuta, em contexto hospitalar, desenvolver a prestação de cuidados de fisioterapia, na área da cardio-respiratória, principalmente a uma população essencialmente idosa, onde as alterações psicoemocionais dos idosos, com doenças respiratórias são pouco avaliadas, tendo um impacto bastante significativo na qualidade de vida dos mesmos.

Assim sendo, com este trabalho de projeto, pretende-se desenvolver competências a este nível, de forma a poder contribuir para uma resposta mais abrangente no sentido da melhoria dos cuidados já existentes, assim como no apoio que é fornecido a esta população específica, ao longo do programa de fisioterapia cardio-respiratória.

Para isso, numa primeira fase, torna-se primordial conhecer o nível de ansiedade, depressão e autoestima dos idosos com patologia respiratória, no local onde são prestados esses cuidados, de forma a ser possível estabelecer um plano de intervenção dirigido às necessidades detetadas ao longo deste trabalho de investigação, com vista a diminuir a percentagem de prevalência de depressão, ansiedade e de baixa autoestima em idosos com patologia respiratória.

Sabe-se que nos dias de hoje, o envelhecimento da população é um fenómeno de amplitude mundial. Estima-se que entre 2000 e 2050, a proporção da população mundial com mais de 60 anos, vai duplicar de 11% para 22%. O número absoluto de pessoas com mais de 60 anos ou mais, deverá dessa forma, aumentar de 605 milhões para 2 biliões, no mesmo período (OMS, 2012), não sendo Portugal exceção a este panorama.

As alterações psicoemocionais, como a **ansiedade**, a **depressão** e a **baixa autoestima**, acontecem com bastante frequência entre os idosos, representando um grave problema para a saúde pública, sendo consideradas as maiores causas de sofrimento emocional e diminuição da qualidade de vida. Segundo o Inquérito Nacional de Saúde realizado pelo INE, entre os anos de 2005 e 2006, 183.428 idosos residentes em Portugal, tinham ou tiveram depressão. No que se refere, à ansiedade crónica, para o mesmo período, foi de 129.905 idosos (INE, 2009).

A depressão, juntamente com a ansiedade e a baixa autoestima são das associações mais comuns e provavelmente as menos diagnosticadas e tratadas, no contexto das patologias respiratórias (Carvalho, 2008; Godoy, 2000; Putman-Casdorph & McCrone, 2009).

A maior parte dos programas de fisioterapia cardio-respiratória, englobam treino de tolerância ao esforço, baseando-se em atividades físicas que envolvam o controlo respiratório (Arnardóttir, Sorensen, Ringqvist, & Larsson, 2006; Godoy & Frizzo, 2002), tendo implicações no controlo de sintomas depressivos menores, de perturbações de ansiedade e no aumento da autoestima, em indivíduos com patologia respiratória (Coventry & Hind, 2007; Godoy & Frizzo, 2002; Stoilkova, Janssen, Franssen, Spruit, & Wouters, 2013).

Este trabalho de projeto encontra-se assim, focada nas alterações psicoemocionais: *Ansiedade*, *Depressão* e *Autoestima*, que podem ser encontradas em idosos, especialmente aqueles, que possuem patologia respiratória crónica e que realizam fisioterapia cardio-respiratória.

Desta forma, o presente estudo levanta as seguintes **questões de investigação**:

- Qual o nível de **ansiedade, depressão e autoestima** dos idosos com patologia respiratória, seguidos no Serviço de Medicina Física e de Reabilitação do Centro Hospital Cova da Beira (CHCB)?
- Os valores obtidos no *score* da Escala Hospitalar de Ansiedade e de Depressão (HADS) e na Escala de Autoestima de Rosenberg (RSES), variam com as variáveis sociodemográficas – Género, Idade e Nível Educacional?
- Existem diferenças entre os valores obtidos no *score* da HADS e na RSES, entre os idosos do meio rural e do meio urbano?
- Qual a relação entre os *scores* de ansiedade, de depressão e de autoestima dos idosos com patologia respiratória?
- Quais as redes de suporte social dos idosos com patologia respiratória?

Tendo em conta estes problemas, os **objetivos do estudo** são os seguintes:

- **Objetivo geral:**

- Conhecer o nível de **ansiedade, depressão e autoestima** dos idosos, com patologia respiratória, seguidos no Serviço de Medicina Física e de Reabilitação do CHCB.

- **Objetivos específicos:**

- Avaliar a relação que existe entre o *score* de ansiedade, depressão e autoestima, com as variáveis sociodemográficas – Género, Idade e Nível Educacional;

- Comparar se existem diferenças, em relação aos valores obtidos nos *scores* da escala de ansiedade e depressão, e na escala de autoestima, entre os idosos do meio rural e do meio urbano;
- Avaliar a relação entre os *scores* de ansiedade, de depressão, e de autoestima dos idosos com patologia respiratória;
- Analisar o tipo de redes de suporte social dos idosos, com patologia respiratória.

Para uma melhor compreensão do estudo, este trabalho está estruturado por cinco capítulos, distribuídos por diversas partes. No primeiro capítulo – **Capítulo I**, fez-se o enquadramento teórico-concetual, através da revisão da literatura, acerca do envelhecimento da população, mais concretamente no diagnóstico da situação demográfica em Portugal, as repercussões desse envelhecimento na sociedade portuguesa e as redes de suporte social, existentes em Portugal.

Para além disso, abordou-se a temática referente às patologias respiratórias nos idosos, o diagnóstico, os sinais e sintomas clínicos, a intervenção da fisioterapia no contexto das patologias respiratórias, onde são descritos os meios de avaliação e de intervenção utilizados, os programas de reabilitação pulmonares.

Ainda neste capítulo, abordou-se a saúde mental nos idosos, em relação à depressão, ansiedade e autoestima, descrevendo este fenómeno ao nível dos idosos com patologia respiratória, assim como os modelos e critérios de classificação destas perturbações, segundo o Manual de Diagnóstico e Estatístico das Perturbações Mentais da Associação Psiquiátrica Americana – DSM-IV.

No final deste capítulo, foram descritos alguns estudos analisados ao longo da revisão da literatura, acerca das temáticas abordadas, esquematizados em forma de tabela, com os seguintes pontos: autores do estudo, título, objetivos, instrumentos utilizados, amostra e principais resultados chegados.

O **Capítulo II**, refere-se ao plano de investigação, onde se descreve a parte metodológica do estudo, as questões, os objetivos e as hipóteses que nortearam o trabalho de investigação, a sua tipologia, a população, a amostra, o local e o período da pesquisa, a definição das variáveis em estudo, os instrumentos usados na recolha da informação, os procedimentos de tratamento e análise dos dados, os procedimentos éticos e legais, assim como todas as informações necessárias à elaboração deste trabalho de projeto.

Relativamente ao terceiro capítulo – **Capítulo III**, este refere-se à apresentação e análise dos resultados aferidos no estudo, no intuito de refletir acerca do nível de ansiedade, depressão e autoestima dos idosos, com patologia respiratória, apresentando os resultados finais, de acordo com as questões de investigação levantadas no início do estudo.

O **Capítulo IV**, diz respeito à discussão dos resultados do estudo, comparando esses resultados com os principais resultados chegados pelos trabalhos de investigação levantados na revisão da literatura.

No **Capítulo V**, será apresentado um breve plano de intervenção no SMFR do CHCB, de acordo com os resultados chegados por este estudo de investigação, sendo o mesmo elaborado com base na evidência disponível.

Por fim, no sexto capítulo – **Capítulo VI**, serão realizadas algumas considerações finais dos resultados chegados pelo estudo, assim como dos resultados chegados pela interpretação e discussão dos mesmos. Serão também descritas as limitações inerentes ao estudo, assim como as implicações futuras, onde serão apresentadas possíveis linhas orientadoras para novos estudos acerca desta temática, assim como algumas sugestões de intervenção, para melhorar as necessidades avaliadas nos idosos com patologia respiratória que participaram neste trabalho de investigação.

## Capítulo I: Enquadramento teórico - concetual

Este capítulo resulta da revisão da literatura, de forma a enquadrar o tema deste estudo de investigação.

Inicialmente fez-se referência ao processo de envelhecimento na população portuguesa, seguido da caracterização do perfil da população idosa na sociedade, enquadrando-a nas tendências demográficas e sociais, descrevendo as redes de suporte social existentes em Portugal, tanto ao nível do suporte informal, como formal, estas últimas quer no contexto: comunitário como institucional, uma vez que têm impacto ao nível do bem-estar psicológico dos idosos.

Posteriormente fez-se referência às patologias respiratórias nos idosos, assim como a importância da fisioterapia cardio-respiratória e dos programas de reabilitação pulmonar. Descreve-se o fenómeno das alterações psicoemocionais nos idosos, como a ansiedade, a depressão e a autoestima, enquadrando-as no contexto do envelhecimento e das patologias respiratórias.

Assim, o Capítulo I, enquadra e justifica a pertinência do estudo: *“Avaliação do Nível de Ansiedade, Depressão e Autoestima dos Idosos com Patologia Respiratória”*.

### 1. Envelhecimento da população

O envelhecimento é “um fenómeno natural e universal” (Berger & Mailloux-Poirier, 1995, p. 124). É encarado pelo homem com alguma expectativa e apreensão, verificando-se que com o avançar da idade surgem novos desafios e objetivos que devem ser enfrentados numa forma construtiva e equilibrada (Kane, Oulander, & Abrass, 2005). Uma das definições de envelhecimento mais comuns é a seguinte:

“(…) processo inelutável caracterizado por um conjunto complexo de fatores fisiológicos, psicológicos e sociais específicos de cada indivíduo, originando uma fase regressiva do ciclo vital humano (...)”

(Berger & Mailloux-Poirier, 1995, p. 99)

Desde as últimas décadas do século XX e na primeira do século XXI estão a ocorrer alterações económicas e sociais profundas na sociedade portuguesa. A mudança reside essencialmente no fenómeno do envelhecimento demográfico (Rosa, 2012). O gradual envelhecimento da população constitui hoje um novo fenómeno sociopolítico que caracteriza a sociedade pós-moderna (Morris, 2000), despertando este o interesse de diversos elementos que constituem a nossa comunidade, desde os

diferentes profissionais de saúde até às diferentes empresas relacionadas com a publicidade e venda de produtos consumíveis nesta faixa etária.

Alguns especialistas chamaram a este gradual envelhecimento da população de **“Agrisalhamento Demográfico”, “Alvorada Grisalha (Gray Dawn)”** (Giddens, 2002), ou ainda de **“Revolução Grisalha”** (Cabrillo & Cachafeiro, 1992), tendo constituído um novo modelo social e político, que gerou transformações nos meios intelectuais e políticos contemporâneos. A partir do último quarto do século XX, o interesse pelos assuntos gerontológicos tornou-se, pela primeira vez na história da humanidade muito relevante. Esta **“Revolução Grisalha”** exige modificações na estrutura e no modo de funcionamento da sociedade atual (Cabrillo & Cachafeiro, 1992).

O surgir de novas necessidades decorrentes do fenómeno do envelhecimento e das condições estruturais e históricas em que esse fenómeno é produzido, traz ao de cima a ideia que essas necessidades dizem respeito, não só à dimensão biológica, mas também psicológica, económica, social e de cidadania das pessoas idosas (Netto, 1999).

Este fenómeno deve-se em grande parte a duas perspetivas que devem ser analisadas em conjunto para explicar o conceito de envelhecimento: a **individual** e a **demográfica**. A primeira em que o envelhecimento assenta no aumento da esperança média de vida, ou seja no aumento da longevidade dos indivíduos. A este conceito está associada a ideia de envelhecimento biológico, que a comunidade médica geralmente define como:

“(…) uma série de mudanças letais que diminuem as probabilidades de sobrevivência do indivíduo (...) processo multifatorial que origina uma deterioração fisiológica do organismo (...) está intimamente ligado ao processo de diferenciação e de crescimento (...) todo o organismo vivo conhece, de acordo com um esquema específico e terminado (programa de desenvolvimento), um período de crescimento seguido de um período de decréscimo (ou declínio) (...)”

(Berger & Mailloux-Poirier, 1995, pp. 99, 125)

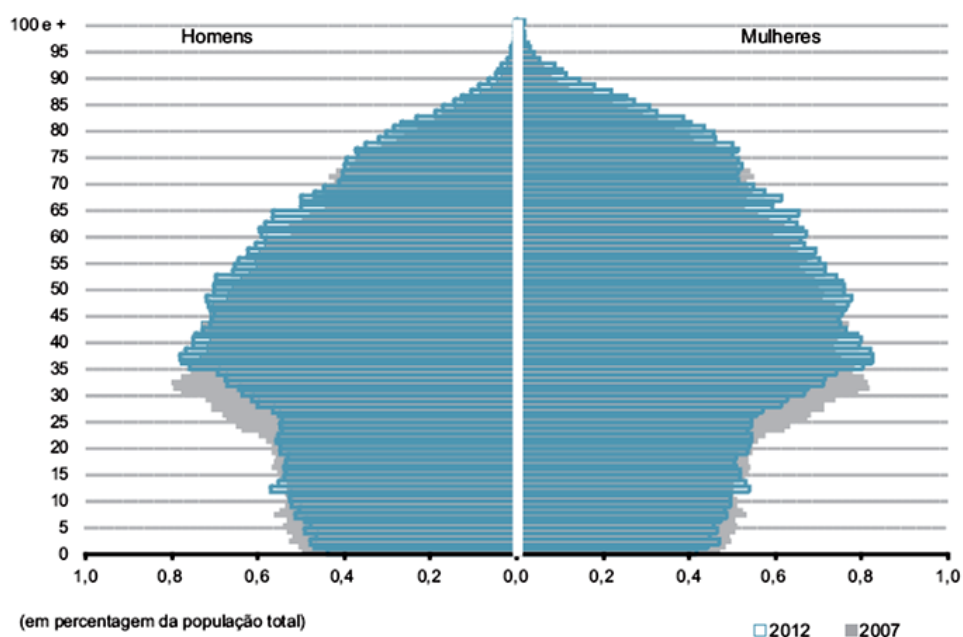
A segunda refere-se ao **envelhecimento demográfico**, definindo-se este pelo aumento da proporção das pessoas idosas na população total. Esse aumento consegue-se em detrimento da população jovem, e/ou em detrimento da população em idade ativa (INE, 2002).

## 1.1. Diagnóstico da situação demográfica em Portugal

### 1.1.1. Situação e evolução demográfica

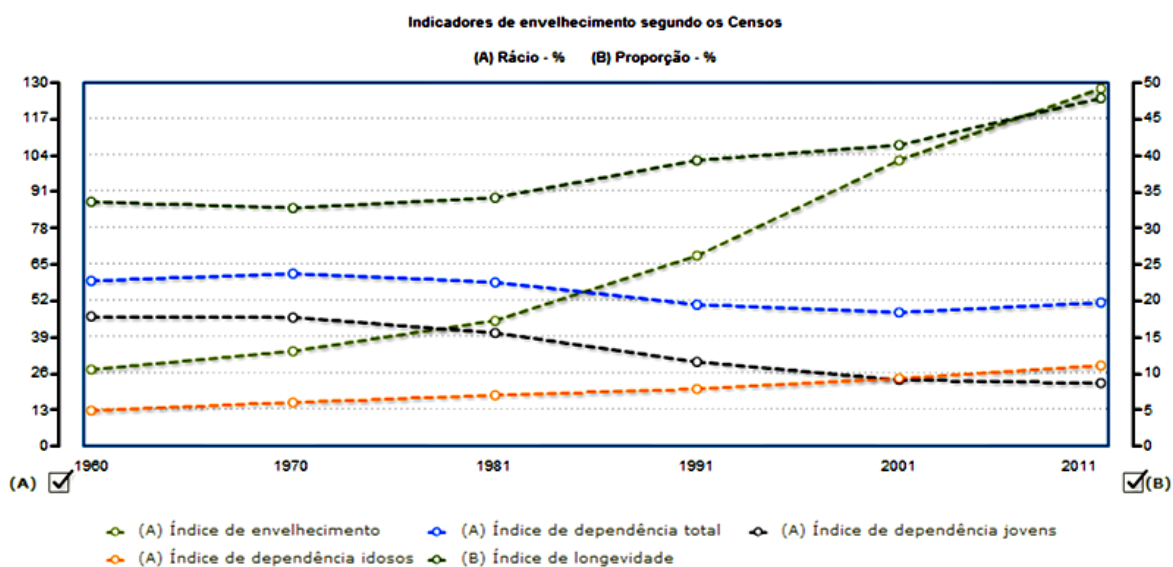
O fenómeno do envelhecimento demográfico resulta da transição demográfica, normalmente definida como a passagem de um modelo demográfico de fecundidade e mortalidade elevados para um modelo em que ambos os fenómenos atingem níveis baixos, originando o estreitamento da base da pirâmide de idades, com redução de efetivos populacionais jovens e o alargamento do topo, com acréscimo de efetivos populacionais idosos. Daí se falar em “*duplo envelhecimento*”, tanto na “*base*” como no “*topo*” da pirâmide etária (Rosa, 2012).

Gráfico 1 - Pirâmide etária, Portugal, 2007 e 2012



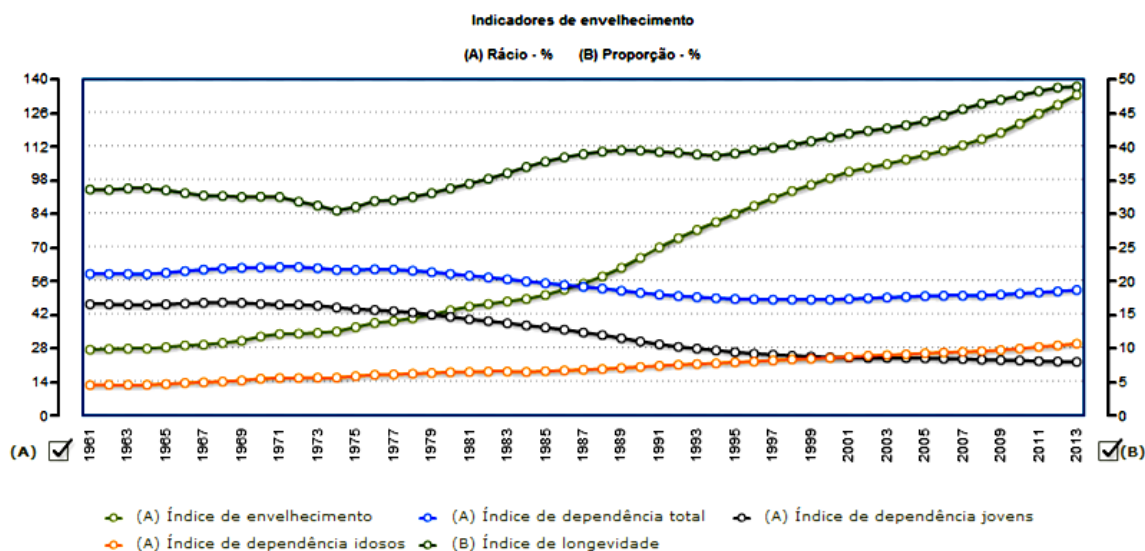
(INE, 2013, p. 22)

Gráfico 2 - Indicadores de envelhecimento em Portugal, segundo os Censos



(PORDATA, 2014a)

Gráfico 3 - Evolução dos indicadores de envelhecimento em Portugal, 1961-2013



(PORDATA, 2014b)

Nos anos 60-70 do século XX o processo de envelhecimento é justificado pela diminuição da importância relativa da população ativa, como consequência dos fortes contingentes migratórios registados (Serrão, 1982). A saída desta população para

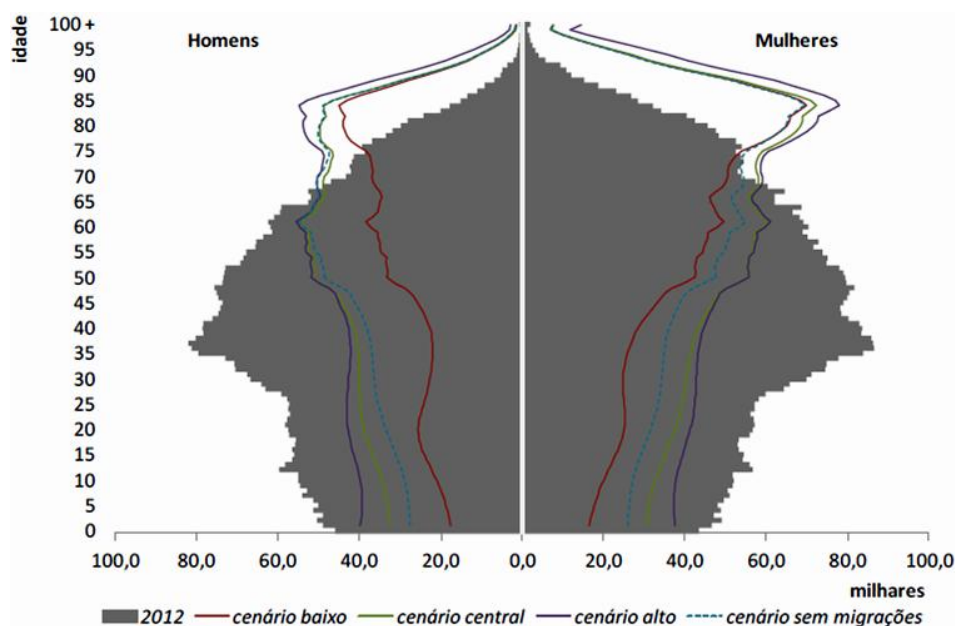
outros países, fez com que houvesse a transferência dos nascimentos para esses países de acolhimento (Rosa, Seabra, & Santos, 2003).

Na década seguinte (1970/1980) verificaram-se ainda fortes taxas de emigração, porém a partir dos anos 74-75 houve um enorme saldo migratório positivo devido ao retorno dos portugueses das ex-colônias, tendo sido designada por fase de Explosão Demográfica (Jacquard, 1993).

De 1981 a 1991 o envelhecimento demográfico pronunciou-se significativamente, sendo o fator de maior responsabilidade a dinâmica natural (baixos índices de fecundidade e à evolução da mortalidade) (Rosa et al., 2003). Nesta época verificou-se de novo uma saída da população, que originou uma dinâmica migratória negativa. Em relação aos valores de fecundidade, podemos verificar através do índice de renovação de gerações, que até 1981, os valores permitiam a renovação de gerações, 2.1 filhos, tendo diminuído a partir desta altura, 1.58 filhos em 1989 e 1.28 filhos em 2012 (PORDATA, 2014a).

Num futuro próximo, em 2060, se não forem tomadas medidas que travem o envelhecimento demográfico, a pirâmide etária será certamente estreita na base, alargada dos 50-70 anos e estreita no topo, semelhante a uma *urna*. Para que tal não acontecesse seria necessário aumentar o índice de fecundidade, de forma a ser capaz de renovar gerações, assim como um forte saldo migratório positivo (INE, 2003, 2014).

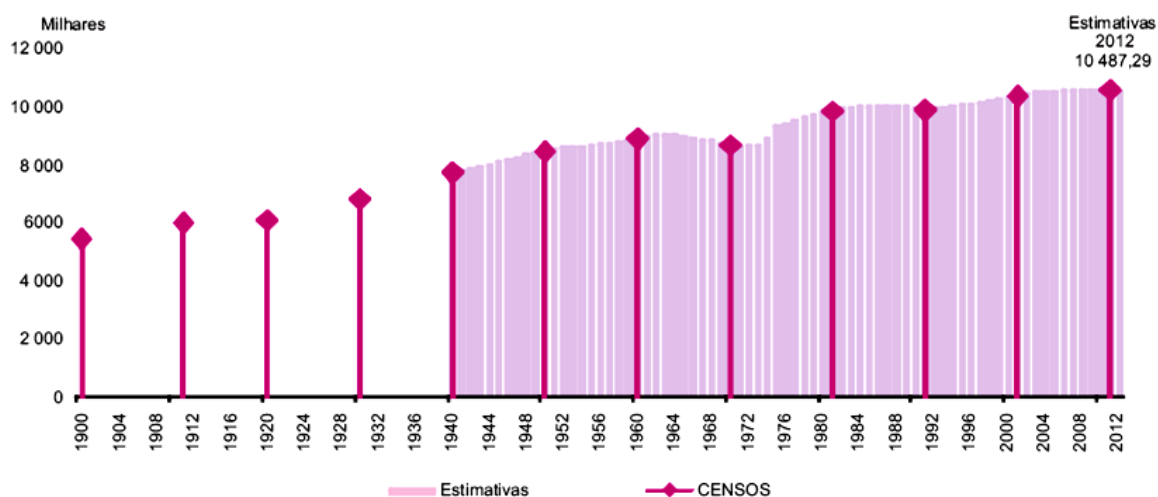
Gráfico 4 - Pirâmide etária, Portugal, 2012 e 2060 (projeções, por cenários)



(INE, 2014, p.14)

Segundo o INE (2013), em 31 de Dezembro de 2012, a **população residente** em Portugal, foi estimada em **10 487 289 indivíduos**, dos quais 4 995 697 eram indivíduos do género masculino e 5 491 592 eram indivíduos do género feminino, representando os **idosos** (65 anos de idade ou mais) **19.4% da população total**, verificando-se novamente um aumento do número de idosos, de 17.7% em 2007 para 19.4% em 2012, podendo o número de idosos nos próximos vinte e cinco anos, ser o dobro do número de jovens existentes.

Gráfico 5 - População residente (em milhares), Portugal, 1900-2012

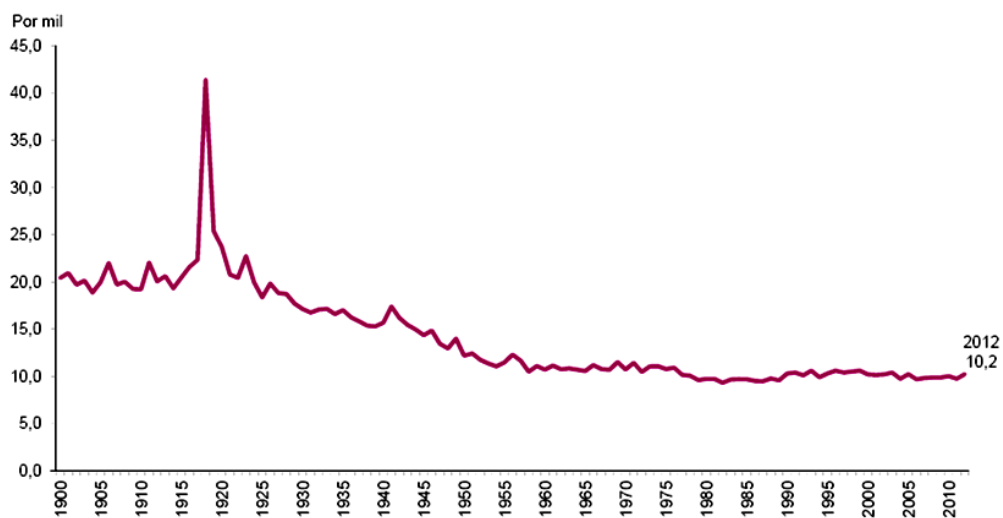


(INE, 2013, p. 20)

Anteriormente já foram enumerados alguns dos indicadores que explicam e caracterizam o envelhecimento demográfico atual, tais como:

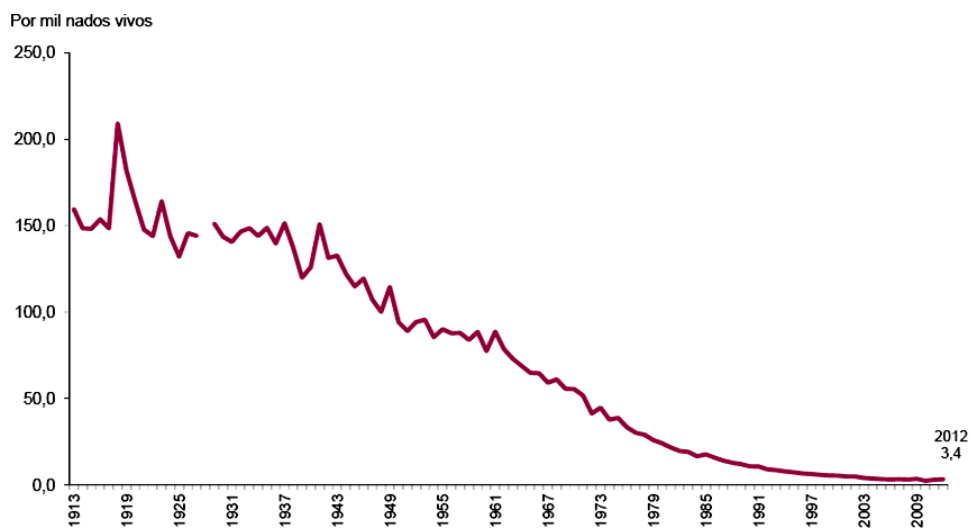
- A diminuição da taxa de mortalidade ao longo dos tempos, sobretudo a infantil devido ao aumento da qualidade de vida, do acesso e qualidade dos cuidados de saúde (Carrilho & Patrício, 2010);

Gráfico 6 - Taxa bruta de mortalidade, Portugal, 1900-2012



(INE, 2013, p. 57)

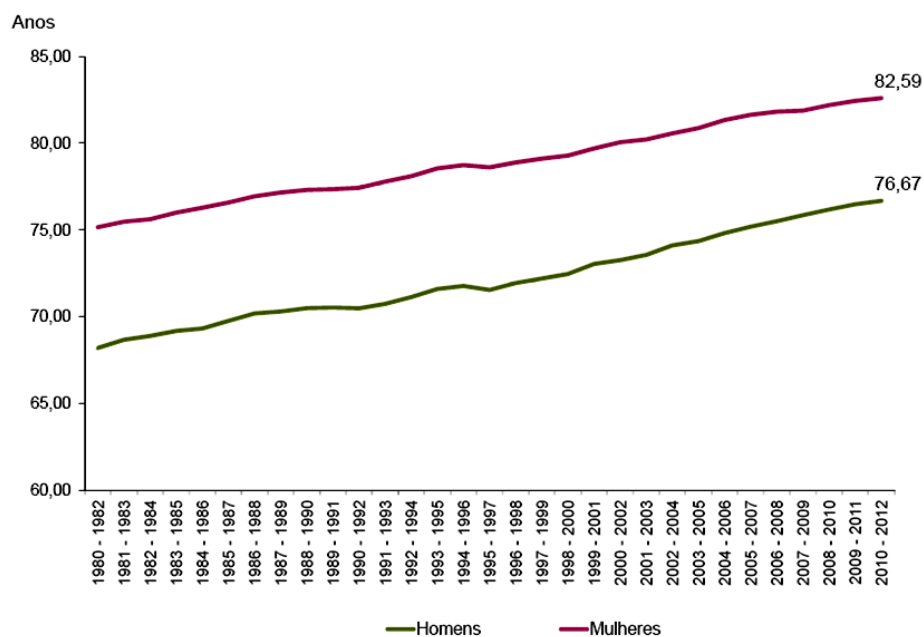
Gráfico 7 - Taxa de mortalidade infantil, Portugal, 1913-2012



(INE, 2013, p. 58)

- O aumento da esperança média de vida, que leva ao aumento do número de idosos (INE, 2007);

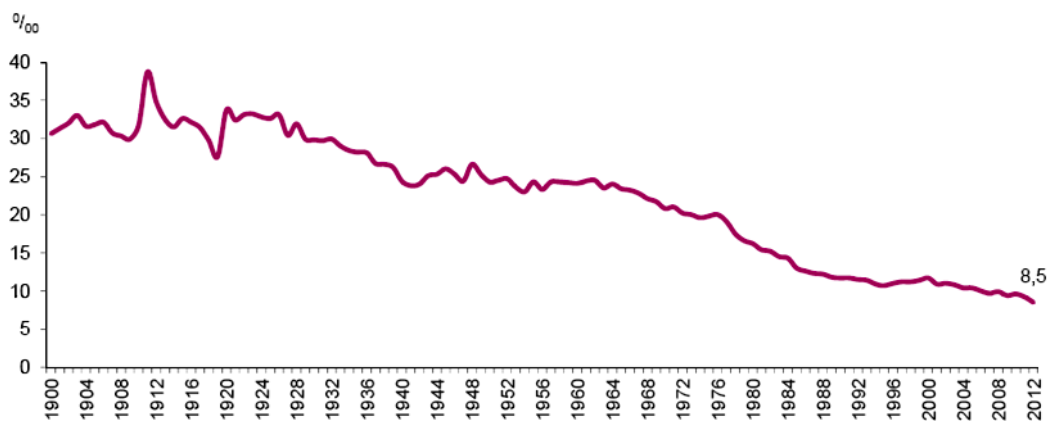
**Gráfico 8 - Esperança média de vida à nascença por sexo, Portugal, 1980-1982 a 2010-2012**



(INE, 2013, p. 59)

- Aos Saldos Migratórios e Movimentos Migratórios negativos (Rosa et al., 2003);
- A diminuição da taxa de fecundidade e de natalidade, levando a uma menor “produção” de gerações jovens, invertendo-se assim a pirâmide demográfica (INE, 2003).

**Gráfico 9 - Taxa bruta de natalidade (por mil habitantes), Portugal, 1900-2012**



(INE, 2013, p. 38)

Em relação ao último indicador, referido anteriormente, está relacionado com a mudança de comportamentos registada nesta sociedade pós-moderna, como o aumento da idade média das mulheres ao nascimento do primeiro filho, o que pressupõe mudanças profundas no ciclo de vida dos indivíduos, de entre os quais se pode referir: a saída tardia dos filhos de casa dos pais, a formação pessoal e académica, a entrada na conjugalidade e, conseqüentemente, a entrada na parentalidade. A ocorrência destes fenómenos mais tardiamente, está por sua vez associada a fatores de natureza diversa, de que se destacam: o alargamento da escolaridade obrigatória, a dificuldade de acesso ao mercado de trabalho, o ingresso em carreiras profissionais mais exigentes e o acesso à própria habitação (Carrilho & Patrício, 2010; Morris, 2000; Rosa, 2012).

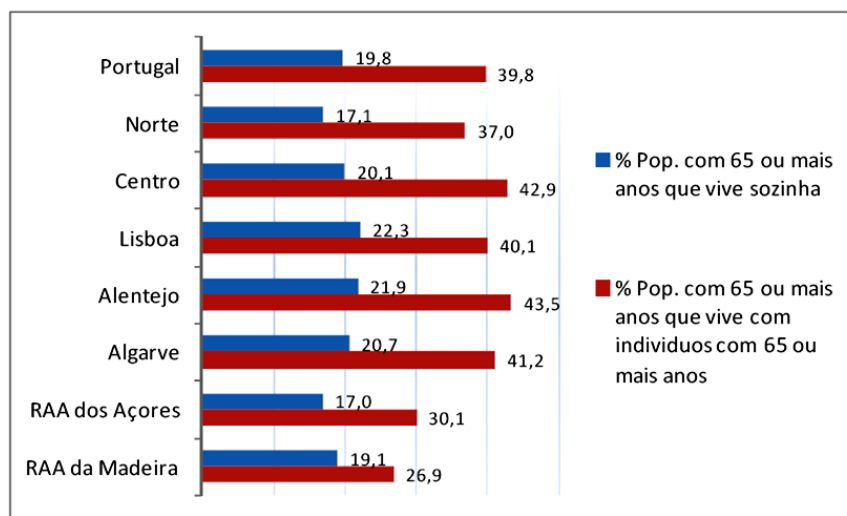
Para além destes fatores, o envelhecimento demográfico deveu-se também a outros acontecimentos como a inovação tecnológica, melhoria das condições de vida (empregos menos precários, melhores salários, melhores fatores ambientais, económicos, de habitação, de alimentação, etc.), melhoria das condições de saúde (novos tratamentos, acesso a novas técnicas médicas, melhoria dos cuidados de saúde em geral, etc.), criação de instituições especializadas no cuidado de idosos, entre outros (Freitas, Py, Cançado, Doll, & Gorzoni, 2002; Rosa, 2012; Squire, 2005).

### 1.1.2. População idosa em Portugal

Como já foi referido anteriormente, o número de habitantes em Portugal com idade igual ou superior a 65 anos, representa um peso importante do número total da população portuguesa, tendo este número tendência a aumentar nos próximos anos. A maioria destes habitantes vive de forma isolada, constituindo por isso um grupo de risco da nossa população e suscetível de requererem cuidados de saúde continuados, já que muitos destes idosos não possuem um apoio imediato do núcleo familiar (INE, 2012a, 2014).

Segundo, os Censos de 2011, **1 205 541 idosos** portugueses viviam sós ou em companhia de outros idosos, representado **60%** do total da população declarada que vive só ou em companhia exclusiva de pessoas também idosas. Desses idosos, a maior parte são mulheres, destacando-se desta maneira o elevado nível de feminização neste grupo etário (INE, 2012a).

**Gráfico 10** - Percentagem da população idosa que vive sozinha ou exclusivamente com pessoas com 65 ou mais anos, por NUTS II, em 2011



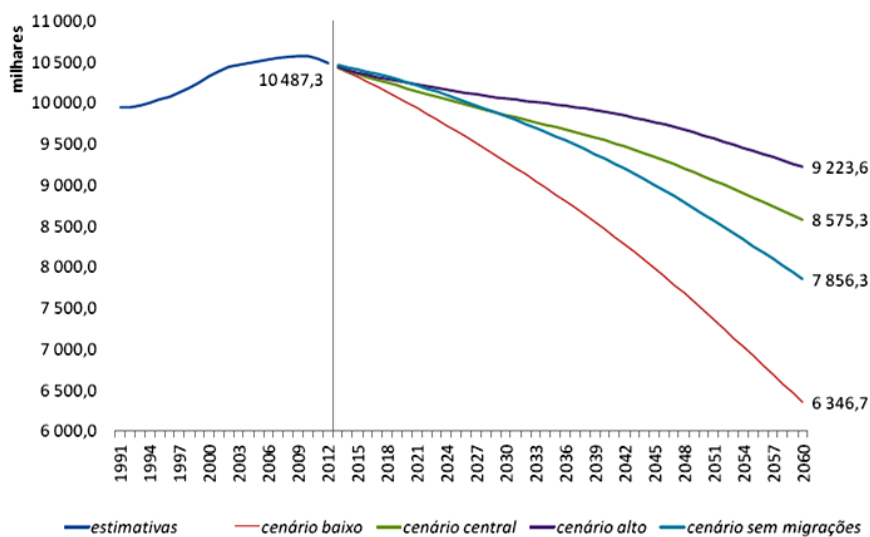
(INE, 2012a, p. 2)

### 1.1.3. Evolução da população nos próximos anos

Com base em estimativas e projeções demográficas, realizadas pelo INE em Março de 2014, entre 2012-2060, prevê-se que a população residente em Portugal tenderá a diminuir até 2060, em qualquer dos cenários de projeção (baixo, central e alto). No cenário central, a população diminui de 10,5 milhões de pessoas em 2012, para 8,6 milhões de pessoas em 2060. É de salientar que este cenário associa as hipóteses de evolução central para a fecundidade e para a mortalidade e a otimista para as migrações (INE, 2014).

Para além do **decréscimo populacional**, pondo término à expansão demográfica registada na última década do século XX e primeiros anos do século XXI, esperam-se alterações da estrutura etária da população, resultando na continuação do envelhecimento demográfico. Assim, segundo as estimativas e projeções do INE, entre 2012 e 2060, o índice de envelhecimento aumenta de 131 idosos para 307 idosos por cada 100 jovens, no cenário central (INE, 2014).

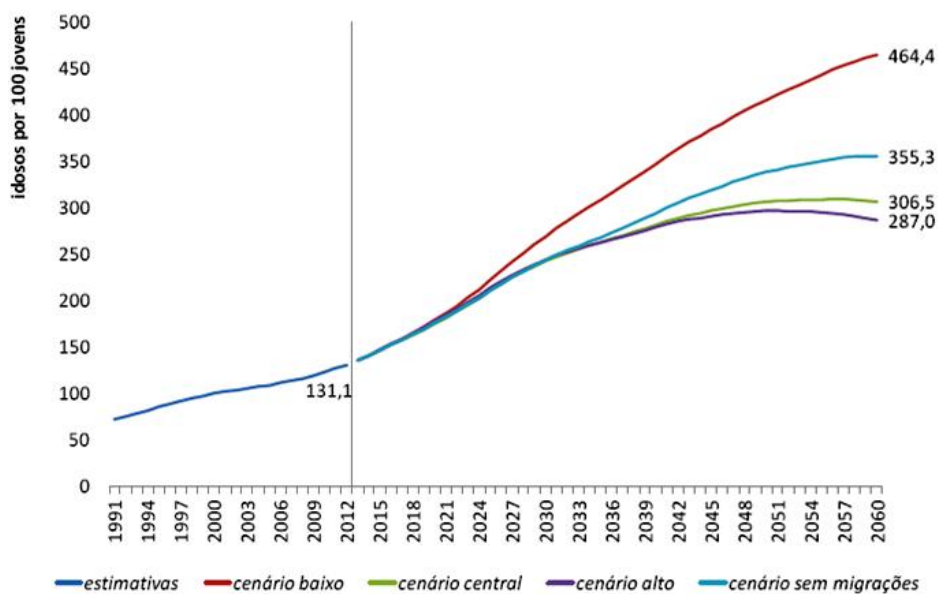
Gráfico 11 - População residente (em milhares), Portugal, 1991-2060 (estimativas e projeções)



(INE, 2014, p. 8)

Esta redução geral da população que se prevê para os próximos anos, terá um impacto no índice de envelhecimento, registando-se um aumento do número de portugueses, com mais de 65 anos (INE, 2014).

Gráfico 12 - Índice de envelhecimento, Portugal, 1991-2060 (estimativas e projeções)



(INE, 2014, p. 9)

Desta forma, prevê-se que a população idosa aumentará de 2 033 para 3 043 milhares entre 2012 e 2060, no cenário central. Estas projeções mostram que Portugal registará um aumento bastante elevado da população, com idades superiores a 65 anos, face à população atual com a mesma faixa etária. Com base nestas previsões, Portugal em 2060, tornar-se-á num dos países da União Europeia, com maior percentagem de idosos e com maior decréscimo da população ativa (INE, 2014).

## 1.2. Repercussões do envelhecimento na sociedade portuguesa

As repercussões do envelhecimento demográfico dão-se principalmente ao nível das **políticas governamentais**, ao nível da **saúde** e ao nível das **condições de vida** dos idosos.

### 1.2.1. Repercussões ao nível das políticas governamentais

No que diz respeito às **políticas governamentais**, as mesmas estão relacionadas com a necessidade da criação de instituições especializadas para os idosos, com o aumento das despesas em pensões e de cuidados de saúde, com a diminuição da produtividade e competitividade do país, entre outros fatores.

Assim, o cenário previsto em relação à taxa de fecundidade e de natalidade, no nosso país produz efeitos a médio e a longo prazo no crescimento e na estrutura da população portuguesa. Para além do impacto direto no número de crianças nascidas em cada ano, terá ainda influência no número de filhos que estas venham a ter no futuro. As consequências das alterações da fecundidade refletem-se nas taxas de natalidade e conseqüentemente na redução o número de crianças e no maior envelhecimento da população (Rosa, 2012).

Como resultado deste fenómeno, existirão menos crianças em idade pré-escolar e menos jovens no futuro. Uma das políticas governamentais, que já se assiste nos dias de hoje, relacionada com as consequências do envelhecimento, diz respeito ao encerramento de escolas primárias, como resultado do baixo número de alunos a frequentarem essas escolas, com conseqüente agravamento do desemprego ao nível dos professores e dos auxiliares de educação.

Para além, dessa medida política observada na área da educação, ao nível do próprio Ministério da Solidariedade e da Segurança Social, verificam-se medidas políticas que prevêm o aumento da idade de reforma, de forma a tentar manter a sustentabilidade do sistema de reformas. Contudo, essa medida faz aumentar o desemprego nos mais jovens e prolonga o tempo de serviço dos trabalhadores, sem que seja acautelada a proteção dos indivíduos.

O aumento da população idosa, forçosamente requer o aumento do número de reformas (Rosa, 2012), o que poderá proporcionar a falência do “Estado Providência” devido à diminuição das receitas efetivas pelo menor número de pessoas no ativo (Silva, 2013).

Por causa destas questões, os governos têm vindo a diminuir o seu compromisso com os direitos sociais, aumentando a idade para o acesso à reforma, assim como o aumento dos impostos aos contribuintes, entre outras medidas.

De um modo geral, observa-se que os idosos tendem a ser mais desfavorecidos em comparação com outros segmentos da população, visto que o processo de reforma provoca queda de rendimentos, o que deteriora os seus padrões de vida. Além disso, é o segmento populacional que mais sofre com a inflação (Squire, 2005). Do exposto, depreende-se que o envelhecimento é um processo que desafia o social e o político, além de ser uma experiência nova para quem atualmente a vivencia (Rosa, 2012).

É no entanto de referir, que tem havido uma tentativa de reduzir esses efeitos negativos por parte de todos os indivíduos da nossa sociedade, nomeadamente nos mecanismos relacionados com capitalização económica, como as poupanças individuais de proteção futura, novas sistemas de poupança (seguros, planos de poupança, etc.), acesso à formação universitária e superior, como forma de garantir maiores salários e reformas.

## 1.2.2. Repercussões ao nível da saúde

Em relação à **saúde**, observam-se maiores gastos na prestação de cuidados, maiores taxas de ocupação permanentes dos hospitais e clínicas, maior incidência de doenças crónicas prolongadas, entre outros fatores.

Assiste-se hoje a um novo padrão de morbilidade e mortalidade (transição epidemiológica): doenças cardiovasculares, doenças oncológicas, doenças degenerativas crónicas, doenças próprias do envelhecimento, entre outras que têm implicações profundas na nossa sociedade (Freitas et al., 2002).

Hoje as principais causas de morbilidade e mortalidade estão relacionadas com doenças crónicas, de evolução prolongada e que conduzem à incapacidade e perda da autonomia nos últimos anos de vida (Jones, Beers, & Berkwits, 2006). Trocámos as **doenças agudas** e ameaçadoras de morte no início da vida por **doenças crónicas**, nos últimos anos de vida.

Por sua vez, a organização e cultura dominantes nos serviços de saúde não agilizam respostas eficazes para estes idosos com doença crónica, havendo um predomínio quase exclusivo no “curar”, levando à aplicação de tratamentos e tecnologias dispendiosas nestes doentes, por vezes desajustadas, conduzindo à desumanização dos serviços de saúde e à injusta distribuição dos recursos económicos (Osswald, 2013).

Face ao predomínio dessas doenças crônicas e degenerativas, verifica-se o aumento do número de consumidores dos cuidados de saúde, tornando-se necessário adaptar as políticas de saúde, de modo a que estas sejam mais abrangentes, contínuas e adaptadas ao estado de saúde de cada pessoa (Freitas et al., 2002).

Neste ponto de vista, ganham importância os cuidados continuados, que devem englobar cuidados de reabilitação, geriátricos e paliativos, sendo sempre centrados no idoso, através de uma visão holística do mesmo. Estes cuidados devem estar o mais próximo possível da população, através da sua integração ao nível dos centros de saúde, constituindo equipas multidisciplinares que, se necessário, devem deslocar-se ao domicílio do idoso, prestando cuidados no âmbito da prevenção primária, secundária e terciária. São ainda necessárias medidas sociais de proteção da família, através do incentivo ao cuidado dos seus idosos (Portal da Saúde, 2013).

### 1.2.3. Repercussões ao nível das condições dos idosos

Em relação às **condições de vida** dos idosos e aos **comportamentos característicos desta faixa etária**, estamos a referir-nos a maior solidão dos nossos idosos, deterioração das condições de vida devido ao abandono por parte da família, incapacidade por doenças associadas à idade, problemas económicos e/ou desemprego, entre outros.

Os mais idosos são considerados por muitos especialistas, um grupo vulnerável, visto serem o grupo da população da nossa sociedade, que têm reformas baixas, não são escolarizados, têm habitações pouco confortáveis e têm várias patologias (Netto, 1999).

Todas estas situações são difíceis, correndo-se o risco de estes idosos caírem na exclusão social e na pobreza acentuada, principalmente aqueles que não têm rendimentos, nem família ou amigos, e precisam de ajuda para viver (Freitas et al., 2002).

Desta forma, verifica-se que o fenómeno do envelhecimento, com todas as suas necessidades, dá-se num contexto desfavorável à proteção social e também num momento em que a família corre riscos criados por outros processos, entre os quais o mercado de trabalho, que se está a reestruturar, não podendo as famílias assumir cuidados e encargos como acontecia no passado. Faz-se apelo à solidariedade entre familiares das diferentes gerações e da chamada "*Sociedade-Providência*", responsabilizando a família e a sociedade pela resolução de problemas económicos (Silva, 2013).

Em relação ao perfil mais comum do cuidador idoso, é também já hoje conhecido, estando este relacionado com o grau de parentesco (cônjuge), género (feminino), proximidade física (vive junto), proximidade afetiva (pais, filhos, etc.) (Brito, 2002).

Segundo, o INE (2007), em 2006 a maioria dos idosos (62.8%) vivia com o cônjuge, 20.7% viviam sós e 16.5% viviam sem cônjuge. É também de salientar que hoje em dia nos deparamos, com situações em que são os próprios idosos a cuidarem de outros nas mesmas condições, sem apoios e suportes por parte de sistemas ou instituições (Brito, 2002).

Em Portugal, existe um número assustador de idosos que são frequentemente negligenciados, constituindo este o tipo mais frequente de maus tratos, seguido de abuso emocional e psicológico, abuso financeiro ou material e abuso físico, sendo os filhos os principais perpetradores destes incidentes, seguidos dos cônjuges, outros familiares e netos (Dias, 2005).

No entanto, o envelhecimento demográfico deve também ser analisado numa perspetiva positiva, uma vez que este resulta de uma **conquista da humanidade**, permitindo nesta face do ciclo de vida do ser humano o desempenho de outras atividades, como a oportunidade de cuidar das gerações mais novas (os cuidados intergeracionais: Avós – Netos), de frequentarem atividades como o Turismo, as Universidades Seniores, entre outras atividades que permitam um **envelhecimento ativo** (Instituto de Gestão do Fundo Social Europeu, 2012).

## 2. Redes de suporte social: realidade portuguesa

### 2.1. Tipos de redes de suporte social

#### 2.1.1. Informais

Os cuidadores informais são pessoas que se dedicam à tarefa de cuidar de outros, neste caso referimo-nos aos idosos, sejam eles membros da família, que voluntariamente ou não assumem essa atividade, ou qualquer outra pessoa que se disponibilize para cuidar do idoso. Os cuidadores são, assim, pessoas que estão no dia-a-dia ao lado dos idosos, podendo os mesmos ter formação na área. Os cuidadores deverão conhecer as capacidades dos idosos ao qual prestam cuidados (Abreu & Ramos, 2010; Cattani & Girardon-Perlini, 2004; Gonçalves, 2002; Paúl, 2005).

Desta forma, os cuidadores informais devem ser integrados no processo de cuidar, ou seja na prestação de apoio aos idosos, devendo assim fazer parte do *staff* de saúde (médico, enfermeiro, fisioterapeuta, nutricionista, etc.) (Brito, 2002; Cattani & Girardon-Perlini, 2004).

## - Família

A família é considerada uma **célula fundamental**, para as trocas intergeracionais, uma vez que é no seio da família, que as gerações se encontram, se interajudam e completam (Martins, 2006).

Segundo, Nina & Paiva (2001), citado por Martins (2006, p.131) a família é:

“(…) capaz de resolver ou ajudar a superar problemas biopsicossociais, individuais ou coletivos, apesar de poder ser também geradora de conflitos e doenças (…)”

Muitas vezes pensamos na família, como o lugar onde nascemos, crescemos e morremos, apesar que durante todo esse percurso, se possa ter mais do que uma família (Abreu & Ramos, 2010).

Embora a família, tenha início num fenómeno biológico, esta é cada vez mais um fenómeno psicossocial, não dependendo exclusivamente dos laços sanguíneos, mas principalmente das ligações afetivas (Martins, 2002). Neste sentido, Potter & Perry (2006, p.534) referem-se à família como “um conjunto de relações que o utente identifica como família ou como uma rede de indivíduos que influenciam as vidas uns dos outros, quer existam efetivamente, laços biológicos ou legais”.

Sarti (1993), citado por Cattani & Girardon-Perlini (2004, p.256), considera que a esfera familiar “é uma unidade formada por seres humanos, ao longo da sua trajetória de vida, que cuidam de si próprios e de outros (...) variando de acordo com os padrões culturais e das necessidades de cada indivíduo”.

A família é, então, um espaço de cultura e um veículo de socialização que possui uma estrutura flexível consoante o local e época, acompanhando as transformações sociais que nela ocorrem (Gemito, 2004).

A família é como um núcleo: a pedra fundamental de toda a sociedade, onde as gerações adquirem responsabilidade por cada um dos seus membros. É a partir das relações familiares, que os acontecimentos que surgem durante a vida ganham significado, contribuindo para a experiência individual de cada um (Costa, 2004).

Para se considerar uma família saudável ou funcional, é necessário que essa família demonstre integridade em **cinco componentes funcionais**:

- **Adaptação** – “que consiste na utilização de recursos dentro e fora da família, para a solução de um problema, nomeadamente quando o equilíbrio da família estiver ameaçado durante uma crise”;

- **Participação** – “ou seja, a partilha na tomada de decisões e das responsabilidades pelos membros da família”;
- **Crescimento** – “maturidade física e emocional e ainda realização conseguida pelos membros da família através do mútuo apoio e orientação”;
- **Afeto** – “relações de cuidados ou ternura que existem entre os membros da família”;
- **Decisão** – “compromisso assumido de dedicar tempo a outros membros da família, encorajando-os física e emocionalmente. Além disso, implica também uma decisão de bens e espaço” (Azeredo & Matos, 1998, citado por Martins, 2006, p.132).

Se não existir integridade nessas cinco componentes funcionais, então poderemos estar perante disfunções familiares, com alguma gravidade.

Segundo, Araújo & Santos (2012), as famílias que cuidam de idosos dependentes, são normalmente famílias coesas e adaptadas.

A família constitui assim o principal sistema de suporte do idoso, apesar das dificuldades vivenciadas na contemporaneidade, sendo as relações familiares as que os idosos vivem com mais intensidade, tendo implicações no seu bem-estar psicológico e na qualidade de vida (Andrade & Martins, 2011).

A grande parte dos membros da família que prestam os cuidados inerentes aos idosos são maioritariamente mulheres, estando este resultado associado à componente cultural que atribui à mulher os cuidados familiares em geral (Araújo, Coutinho, & Santos, 2006).

A família ao não ser capaz de responder às solicitações dos seus idosos, opta por delegar este tipo de funções e, por tal razão, surgem as instituições, vocacionadas para o acolhimento de idosos. A instituição familiar é ainda considerada, como uma forma de solidariedade que é necessária aos membros mais idosos (Martins, 2006).

Uma das principais funções da família passa, assim, por proteger e cuidar dos seus membros. Esta função ocorre quando nascem e crescem os filhos, voltando a verificar-se quando existe necessidade de cuidar dos seus membros, como os idosos (Martins, 2002).

A família, enquanto grupo representa mais do que a soma das partes, ou seja, o indivíduo é considerado um todo interdependente, de modo a que alterações num membro provocam alterações noutra, devendo cada elemento respeitar os limites estabelecidos entre os indivíduos para evitar disfuncionalidades. A saúde familiar depende do equilíbrio dinâmico entre a estabilidade e flexibilidade, como consequência do respeito pelo outro. É através desse equilíbrio, que as ligações e

lealdades transgeracionais permitem que a família surja como fonte de suporte importante, por exemplo, no caso de idosos crônicos, quando estes são integrados na família (Costa, 2004; Gonçalves, 2002; Martins, 2002).

Cada família possui uma estrutura e forma de funcionar única. O conceito de estrutura familiar refere-se à forma como os membros da família, obedecendo às exigências funcionais, interagem entre si, originando-se um sistema transacional (Martins, 2002). As relações podem ser numerosas e complexas, com diferentes exigências, papéis e expectativas (Potter & Perry, 2006).

A estrutura familiar, pode aumentar ou diminuir segundo a capacidade familiar para responder aos fatores de *stress*, como a presença de um membro doente. Se existirem estruturas muito rígidas ou muito flexíveis, o funcionamento familiar fica comprometido (Potter & Perry, 2006).

Com efeito, o papel da família é importante em qualquer fase da vida, mas torna-se particularmente relevante durante os períodos transitórios ou permanentes de menor capacidade física e/ou psíquica de qualquer um dos seus membros.

Como já foi referido anteriormente, a esfera doméstica – lócus da família, é marcada por relações afetivas e pessoais. É também considerado o “terreno da intimidade” de qualquer membro. Por isso, o espaço familiar engloba múltiplas funções: proteção, alimentação, educação, convívio, diversão e cuidar. São funções que vão sofrendo ao longo dos tempos diversas alterações, como consequência do próprio ciclo vital da família e do fluxo da vida quotidiana.

Desta forma, podemos considerar as famílias como partes integrantes da intervenção da prestação de cuidados de saúde em todas as fases do processo Saúde & Doença. A relevância da interação desenvolvida, entre os profissionais de saúde e a própria família dos idosos, tem sido apontada como algo indispensável para o cuidado integral do indivíduo idoso, sobretudo se for no domicílio. Ou seja, a participação ativa dos idosos e dos seus familiares é fundamental para desenvolver um processo de tratamento eficaz.

Podemos assim dizer, que cuidar não é exclusivo de nenhuma profissão de saúde, mas sim de todos os indivíduos que estão à volta do idoso, incluindo ele próprio. Todavia, é necessário destacar a importância que a família tem no processo de prestação de cuidados e a fragilidade da mesma, à medida que o grau de complexidade do cuidado aumenta.

Cuidar de quem cuida passa então a ser uma realidade, e uma função dos profissionais de saúde, principalmente daqueles vinculados à prestação de cuidados de saúde primários.

A parceria entre os profissionais de saúde, as famílias e os cuidadores proporciona qualidade e flexibilidade, no tratamento e reabilitação dos idosos, valorizando as relações afetivas, o apoio, o respeito e a dignidade daqueles que necessitam de cuidados de outros.

## **- Vizinhos e amigos**

Este grupo de indivíduos pode também, funcionar como prestadores de ajuda aos idosos, já que é um tipo de apoio próximo aos mesmos. É também ao grupo de amigos e vizinhos, que a maioria dos idosos recorre em primeiro lugar (Paúl, 2005).

Existe em Portugal, uma elevada percentagem de idosos a viverem sozinhos, sendo a maioria dos seus vizinhos e amigos também idosos, verificando-se desta forma, uma ajuda informal entre eles, tornando-se muitas das vezes a única família (DN, 2012; INE, 2012b; Paúl, 2005).

Desta forma, os amigos são uma parte importante das redes de apoio social, implicando aspetos como: a partilha de intimidades, apoio emotivo, oportunidades de socialização ou até mesmo de apoio a nível material. Existem já alguns autores que defendem a importância das redes de amigos, sendo consideradas elementos de prevenção em múltiplas doenças, sobretudo nas mentais (Nogueira, 1996, citado por Martins, 2006).

Apesar disso, assistimos à substituição do papel da família, dos amigos e vizinhos pelas chamadas redes sociais de apoio, onde estão incluídas as instituições para idosos (Martins, 2006; Paúl, 2005).

### **2.1.2. Formais**

#### **2.1.2.1. Comunitários**

##### **- Banco de tempo**

O Banco de Tempo é uma iniciativa que promove a participação cívica e mobiliza a sociedade civil, num papel dinamizador das comunidades onde está inserido. Neste sentido, o banco do tempo, organiza e participa iniciativas de carácter social e cultural de âmbito local, que vão ao encontro aos objetivos previamente definidos (Associação Graal Portugal, 2014).

O Banco de Tempo engloba um conjunto de estratégias que passam pelo voluntariado, de todos os indivíduos da sociedade. Desta forma, todas as pessoas que se mostrem disponíveis e que tenham alguns serviços a prestar à comunidade podem-se inscrever neste banco do tempo, formando assim uma lista de serviços que podem ser oferecidos à comunidade, mais propriamente aos grupos de risco, como por exemplo, os idosos. Assim, alguns dos exemplos deste tipo de serviços prestados são: ajudas nas tarefas domésticas (limpeza da casa, passar a ferro), companhia, entre outros. Para além disso, os idosos podem também passar de meros recetores de serviços a prestadores (Associação Graal Portugal, 2014) .

## **- Acolhimento familiar para pessoas idosas**

O acolhimento familiar, segundo a Carta Social – Rede de Serviços e Equipamentos 2011, é “uma resposta social que consiste em integrar, temporária ou permanentemente, em famílias consideradas idóneas, pessoas idosas quando, por ausência ou falta de condições de familiares e/ou inexistência ou insuficiência de respostas sociais, não possam permanecer no seu domicílio”(Ministério da Solidariedade e da Segurança Social, 2011, p. 50).

## **- Colónias de férias e o turismo sénior**

As colónias de férias “são prestações sociais em equipamentos ou não, que comportam um conjunto de atividades que pretendem satisfazer as necessidades de lazer e quebrar a rotina, proporcionando ao idoso um equilíbrio físico, psíquico, emocional e social”(Martins, 2006, p. 129).

Tem como objetivos, proporcionar uma alteração à rotina dos idosos, promover o relacionamento com comunidades e espaços diferentes, facilitar a integração social, através da vivência em grupo, inculir o espírito de interajuda, fomentar a capacidade criativa, assim como o espírito de iniciativa (Costa, Cordeiro, Agreda, & Ermida, 1999; Martins, 2006).

Nestas colónias, dá-se prioridade aos idosos que tenham um ambiente familiar disfuncional, sejam provenientes de uma zona habitacional degradada, que tenham isolamento social e /ou geográfico, que não possuem recursos económicos suficientes para usufruir de férias (Costa et al., 1999).

## **- Termalismo**

O termalismo é “uma medida que visa permitir aos idosos em férias tratamentos naturais, reduzindo assim o consumo de medicamentos. Promove a troca de experiências, e reduz o isolamento social” (Martins, 2006, p. 129).

O termalismo permite aos idosos em férias:

- Tratamentos naturais;
- Deslocação temporária do domicílio;
- Contato com um meio social diferente;
- Troca de experiências;
- Quebra do isolamento social (Costa et al., 1999; Martins, 2006).

## - Programa de apoio integrado a idosos (PAII)

O PAII é um programa que tem como propósito ajudar a população idosa carenciada, que surgiu através do Despacho Conjunto dos Ministros de Saúde e do Ministro do Emprego e da Segurança Social, publicado em 1 de Julho de 1994, no Diário da República (ISS, 2014a).

Tem como objetivos assegurar a manutenção da autonomia dos idosos no domicílio e no ambiente habitual, garantir a mobilidade, bem como a sua acessibilidade a serviços e benefícios, assim como desenvolver um conjunto de respostas para apoiar as famílias que cuidam dos idosos. Desta forma, este programa contribui para:

- Solidariedade entre gerações;
- Sociedade para todas as idades;
- Desenvolvimento de respostas inovadoras e integradas (saúde/ação social);
- Promoção de parcerias e a criação de postos de trabalho (ISS, 2014a).

## - Apoios monetários existentes em Portugal a idosos

Se os idosos pertencerem ao **regime contributivo** poderão ter direito à pensão de velhice, de invalidez, de sobrevivência, unificada e ainda ao subsídio por assistência de terceira pessoa.

- **Pensão de Velhice (Limite de Idade):** é “uma prestação mensal para pessoas que tenham chegado à idade da reforma, e tem como objetivo compensar a perda da remuneração de trabalho” (Martins, 2006, p. 130). Para beneficiar da mesma é necessário atingir a idade da reforma.
- **Pensão de Invalidez:** consiste numa “prestação mensal que tem como objetivo compensar a perda de remunerações do trabalho resultante de uma incapacidade antecipada para executar trabalho” (Martins, 2006, p. 130). Dessa forma, para beneficiar desta pensão é necessário ter uma incapacidade permanente física e/ou mental que é confirmada por uma junta médica.
- **Pensão de Sobrevivência:** É uma pensão atribuída aquando da morte do beneficiário do regime geral de segurança social, compensando o cônjuge do beneficiário da perda de rendimentos (ISS, 2014b).

- **Pensão Unificada:** É uma prestação que abrange os beneficiários ativos, que tenham estado abrangidos sucessiva e exclusivamente pelo regime geral de segurança social e regime de proteção social da função pública, e que não obtêm por pensões em separado (CGA, 2014).
- **Subsídio por Assistência de Terceira Pessoa:** É atribuído nos casos em que o grau de dependência do pensionista seja tal, que se torne necessário a assistência de uma terceira pessoa, para assegurar as necessidades básicas (ISS, 2014c).

Se os idosos pertencerem ao **regime não contributivo** poderão beneficiar da pensão social e de viuvez.

- **Pensão Social:** é uma “prestação para os nacionais residentes no país, que não se encontrem abrangidos por qualquer regime de proteção social; que não tenham rendimentos ilíquidos de qualquer natureza, ou não exceda 30% da remuneração mínima garantida à generalidade dos trabalhadores, quando se trata de uma pessoa isolada, ou 50% se for casal” (Martins, 2006, p. 130).
- **Pensão de Viuvez (por cônjuge):** é uma “prestação atribuída ao cônjuge do falecido pensionista, que por si só, não tenha direito a qualquer pensão de sobrevivência, enquanto mantiver o seu estado civil. Para ter direito à mesma, não pode estar abrangido por nenhum regime contributivo” (Martins, 2006, p. 130)

## 2.1.2.2. Institucionais

### - Sistema Nacional de Saúde (SNS)

No nosso país, os serviços públicos para prestação de cuidados de saúde à população encontram-se organizados num SNS.

O SNS foi criado em 1979 devido a grandes pressões da época, de forma a responder às necessidades em termos de saúde da população. Anteriormente à sua criação, a prestação de cuidados de saúde era essencialmente realizada por entidades privadas, cabendo apenas ao estado a assistência à população mais necessitada (Portal da Saúde, 2014a).

Com a criação do SNS, o estado passou a assegurar o direito à saúde à população, em termos de promoção, prevenção, diagnóstico e tratamentos. Desta forma, o estado

passa a ter como responsabilidade a proteção da saúde individual e coletiva de todos os seus habitantes (Portal da Saúde, 2014a; Rede de Cuidados Continuados, 2005).

A Lei de Bases da Saúde, Lei n.º 48/90 de 24 de Agosto no capítulo III, base XXIV, caracteriza o SNS por:

- Ser universal quanto à população abrangida;
- Prestar integralmente cuidados globais ou garantir a sua prestação;
- Ser tendencialmente gratuito para os utentes, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos;
- Garantir a equidade no acesso dos utentes, com o objetivo de atenuar os efeitos das desigualdades económicas, geográficas e quaisquer outras no acesso aos cuidados;
- Ter organização regionalizada e gestão descentralizada e participada (Portal da Saúde, 2014b).

A missão do SNS é garantir o acesso de todos os cidadãos aos cuidados de saúde, nos limites dos recursos humanos, técnicos e financeiros disponíveis. São beneficiários do SNS todos os cidadãos nacionais de Estados Membros da União Europeia, nos termos das normas comunitárias aplicáveis e ainda os cidadãos estrangeiros residentes em Portugal (Portal da Saúde, 2014c).

Em relação à prestação de serviços de cuidados continuados, estes estavam tradicionalmente ligados ao sistema familiar de cada indivíduo ou a organizações, oferecendo o SNS pouca auxílio na prestação desses cuidados.

Desta forma, houve a necessidade de criar uma rede de serviços públicos de Cuidados Continuados, tendo sido a mesma aprovada em 2003 por Decreto-Lei n.º 281/2003 de 8 de Novembro (Rede de Cuidados Continuados, 2005).

Segundo, este Decreto-Lei, a Rede é formada por “todas as entidades públicas, sociais e privadas, habilitadas para a prestação de cuidados de saúde” (Decreto-Lei n.º 281/2003 de 8 de Novembro, p. 7493).

O objetivo desta rede é “promover, restaurar e manter a qualidade de vida, o bem-estar e o conforto dos cidadãos necessitados de cuidados continuados: doença crónica ou degenerativa, ou por qualquer outra razão física ou psicológica suscetível de causar limitação funcional ou dependência; incluindo o recurso a todos os meios técnicos e humanos adequados ao alívio da dor e do sofrimento, a diminuir a angústia e a dignificar o período terminal de vida” (Decreto-Lei n.º 281/2003 de 8 de Novembro, p. 7493; Rede de Cuidados Continuados, 2005, p. 47).

Para o correto funcionamento do SNS, esta rede de Cuidados Continuados articula-se de forma direta com a rede de cuidados de saúde primários e hospitalares.

## **- Lar de idosos**

De uma forma geral, pode-se referir que os lares de idosos são “equipamentos coletivos de alojamento permanente ou temporário, destinado a fornecer respostas a idosos que se encontrem em risco, com perda de independência, e/ou autonomia” (Martins, 2006, p. 128).

Este tipo de instituições tem como objetivos:

- Proporcionar serviços permanentes e adequados à problemática dos idosos;
- Contribuir para a estabilização ou retardamento do processo de envelhecimento;
- Desenvolver apoios necessários às famílias dos idosos;
- Fortalecer as relações inter-familiares;
- Entre outros (Martins, 2006; Ministério da Solidariedade e da Segurança Social, 2011).

Os serviços que podem ser prestados por este tipo de instituições vão desde o alojamento, à alimentação, aos cuidados de saúde, aos cuidados de higiene, ao conforto, ao convívio, à ocupação e à animação (Costa et al., 1999).

## **- Lar para cidadãos dependentes**

Estes tipos de instituições constituem “respostas residenciais a idosos, que apresentem um maior grau de dependência (acamados)” (Martins, 2006, p. 128).

## **- Centro de dia**

Os centros de dia constituem um tipo de apoio dado através da “prestação de um conjunto de serviços dirigidos a idosos da comunidade, cujo objetivo fundamental é desenvolver atividades que proporcionem a manutenção dos idosos no seu meio socio-familiar” (Martins, 2006, p. 128; Ministério da Solidariedade e da Segurança Social, 2011, p. 50).

O grande desafio deste tipo de instituições é evitar a institucionalização dos idosos e oferecer à comunidade, uma alternativa diferenciada, evitando desta maneira a dependência dos idosos. Alguns dos centros de dia, disponibilizam aos idosos um sistema de transporte do domicílio ao centro, facilitando o acesso a todos os idosos. Os centros de dia têm, assim, como objetivos:

- Reintegrar os idosos na comunidade, mantendo-os no domicílio;
- Prestar serviços, de forma a satisfazerem as necessidades básicas e instrumentais aos idosos;

- Prestar apoio psicossocial;
- Fomentar as relações interpessoais, entre os idosos e os outros grupos etários, tendo como finalidade evitar o isolamento (Costa et al., 1999; Martins, 2006; Ministério da Solidariedade e da Segurança Social, 2011).

### **- Centro de convívio**

Os centros de convívio são “respostas a nível local, que pretendem apoiar o desenvolvimento de um conjunto de atividades socio-recreativas e culturais destinadas aos idosos, de uma determinada comunidade” (Martins, 2006, p. 129; Ministério da Solidariedade e da Segurança Social, 2011).

Como principais serviços prestados, podemos referir a realização de atividades recreativas e de sessões educativas sobre diversos temas, como por exemplo, sobre a prevenção da saúde e autonomia dos idosos. Os objetivos passam por:

- Proporcionar um local de reunião e convívio;
- Promover o lazer e a ocupação dos tempos livres;
- Promover a independência dos idosos;
- Entre outros (Costa et al., 1999; Martins, 2006; Ministério da Solidariedade e da Segurança Social, 2011).

### **- Santa Casa da Misericórdia**

Pelo Decreto-Lei nº. 322/91 de 26 de Agosto, o qual veio a ser alterado pelo Decreto-Lei nº. 469/99 de 6 de Novembro no art. 2º, estabelece-se que as Santas Casas da Misericórdia prossigam a sua ação humanitária, de assistência, de ação social, de prestação de cuidados de saúde, de educação e cultura e de promoção da qualidade de vida, sobretudo em grupos de indivíduos mais desprotegidos. Este tipo de instituições, são de cariz religioso, com tradição cristã, sendo o seu compromisso em prol da comunidade, devendo dar particular ênfase às seguintes áreas:

- Família, maternidade e infância;
- Menores desprotegidos;
- Pessoas idosas;
- Situações sociais de carência grave;
- Cuidados de saúde primários e diferenciados;
- Entre outros (Decreto-Lei nº 322/91 de 26 de Agosto, p. 4416; Decreto-Lei nº 469/99 de 6 de Novembro, p. 7771).

## - Apoio domiciliário: “*Home Care*”

Ao analisarmos o conceito de qualidade de vida, chega-se à conclusão que esta resulta de múltiplos fatores e de dimensões intrínsecas ao ser humano, como os hábitos sociais, estilos de vida, condições habitacionais, condições socio-económicas, entre outros. Todos esses fatores que interferem, de uma forma direta ou indireta nos indivíduos, podem conduzir a um estado de saúde saudável ou “doentio” (Kane et al., 2005; Llera & Cantera, 2003). Desta forma, surgiu uma nova prestação de cuidados, que tenta intervir em todas as dimensões do ser humano: ***Home Care*** (Bonomi, 2006).

Segundo a Carta Social – Rede de Serviços e Equipamentos 2011, o conceito de **serviço de apoio domiciliário** define-se como “uma resposta social, desenvolvida a partir de um equipamento, que consiste na prestação de cuidados individualizados e personalizados no domicílio a indivíduos e famílias quando, por motivo de doença, deficiência ou outro impedimento, não possam assegurar temporariamente ou permanentemente, a satisfação das necessidades básicas e/ou as atividades da vida diária” (Ministério da Solidariedade e da Segurança Social, 2011, p. 50).

Esta mudança rápida na prestação de cuidados de saúde não foi devida somente à revolução tecnológica (equipamentos, procedimentos, medicamentos), mas também ao investimento do SNS, das famílias, das empresas e das fundações nos cuidados preventivos.

O *Home Care* ou apoio domiciliário na área da saúde é considerado um serviço inovador na prestação de cuidados de saúde, a todos os indivíduos no domicílio que necessitem de apoio. É uma modalidade que cresce e que se torna cada vez mais importante, como resultado do envelhecimento da população e da necessidade de humanização dos cuidados. Tem mostrado a sua eficácia em termos de desenvolvimento global da família em relação ao tema da saúde, à melhoria do estado de saúde dos idosos e à redução das despesas relacionadas com os internamentos hospitalares (Bonomi, 2006; Levy & Oliveira, 2004).

As vantagens deste tipo de apoio aos idosos são inúmeras, como por exemplo:

- Proporcionar um apoio e tratamento mais humanizado;
- Redução do tempo de recuperação;
- Reintegração no ambiente familiar;
- Possibilitar a redução dos custos ao nível da saúde, através de mudanças de condutas, diminuição do tempo de tratamento e das taxas de internamento hospitalar;
- Redução do risco de infeções hospitalares;
- Redução das taxas de reinternamentos;
- Valorização das vagas hospitalares, de forma a serem só utilizadas para situações que exigem o apoio destas unidades;

- Permitir que os idosos fiquem em casa ou até mesmo de morrerem, tornando desta maneira o tratamento mais humano, eficiente e digno (Bonomi, 2006; Levy & Oliveira, 2004).

### 3. Patologias respiratórias nos idosos

A doença respiratória está presente em todas as sociedades do mundo, abrangendo os diversos grupos etários, sobretudo os idosos. Esta pode evoluir silenciosamente, e quando instalada origina dependência e perda da qualidade de vida (Azeredo & Machado, 2002; Wilkins, Stoller, & Kacmarek, 2009).

A patologia respiratória pode envolver apenas uma parte do sistema respiratório, como também englobar várias partes deste. Dessa forma, a patologia respiratória pode ter como etiologia qualquer problema clínico que envolva o tórax, as pleuras e os pulmões (Azeredo & Machado, 2002).

Portugal depara-se, nos últimos anos, com um incremento de doenças respiratórias crónicas. Atendendo que um grande número de doenças respiratórias, se relaciona com o envelhecimento da população é de esperar que o número de pessoas com doença respiratória tenda a aumentar, sobrecarregando o sistema de saúde e originando uma necessidade crescente de cuidados respiratórios (DGS, 2013).

Em Portugal, observa-se que o género mais afetado é o masculino não descuidando o aumento incremental de casos no género feminino. Através da análise de dados estatísticos referentes a 2011, constatou-se numa análise regional, que na região Centro e Alentejo, as taxas de mortalidade respiratória são bastante superiores à taxa de mortalidade no Continente. A faixa etária, mais atingida pelas doenças respiratórias, encontra-se a partir dos 65 anos, tendencialmente mais observada no género masculino que no feminino, sendo portanto previsível que venha aumentar com o aumento da longevidade das populações (DGS, 2013).

As doenças respiratórias são causadoras de um profundo impacto quer no sistema nacional de saúde quer nas taxas de mortalidade. Numa análise geral da produção hospitalar, observou-se que as doenças respiratórias constituem a 5.<sup>a</sup> principal causa médica de internamento hospitalar e a 3.<sup>a</sup> maior causa de mortalidade em Portugal, tendo estas aumentado, desde a década de 80 até aos dias atuais, sendo que em 2011, 11,6% dos óbitos ocorreram por doenças respiratórias (DGS, 2013).

Com base no que foi referido, podemos verificar que as patologias do aparelho respiratório são muito frequentes na nossa sociedade. Segundo a DGS, com base em dados estatísticos provenientes do INE, em 2011 as doenças respiratórias foram responsáveis por 11917 óbitos, constatando-se que a mortalidade foi um pouco superior no sexo masculino (11,9%), relativamente ao feminino (11,3%). Observa-se

também um aumento da mortalidade por doença respiratória, aquando a comparação com os dados obtidos em 2007 (DGS, 2013).

**Tabela 1 - Peso da mortalidade por doenças respiratórias no total das causas de morte, Portugal (2007-2011)**

Doenças Respiratórias						
		2007	2008	2009	2010	2011
Óbitos por doenças respiratórias	HM	10949	11555	12170	11776	11917
	H	5907	6126	6379	6188	6249
	M	5042	5429	5791	5588	5668
Óbitos por todas as causas de morte	HM	103512	104280	104434	105954	102848
	H	53379	53582	53310	54219	52544
	M	50133	50698	51124	51734	50301
Percentagem de óbitos por doenças respiratórias	HM	10,6%	11,1%	11,7%	11,1%	11,6%
	H	11,1%	11,4%	12,0%	11,4%	11,9%
	M	10,1%	10,7%	11,3%	10,8%	11,3%

(DGS, 2013, p. 10)

As causas mais comuns do aumento da incidência das doenças respiratórias são:

- Fatores de predisposição genética;
- Poluição atmosférica e ambiental;
- Poluição ocupacional (exemplo: trabalhadores em minas e nas madeiras);
- Poluentes e alérgenos intensos e agressivos;
- Hábitos tabágicos;
- Estilo de vida sedentário;
- Obesidade;
- Traumatismos torácicos e contusões pulmonares;
- Infecções respiratórias;
- Infecções hospitalares;
- Uso indiscriminado de medicamentos;
- Entre outros (Álvares, 2006; Wilkins et al., 2009).

No que diz respeito, ao tipo de patologias respiratórias mais comuns, podemos destacar:

- Bronquite crónica;
- Bronquiectasias;
- Doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC);
- Asma brônquica;
- Fibrose pulmonar;
- Pneumonias;

- Tuberculose pulmonar;
- Doenças intersticiais pulmonares;
- Tumores pulmonares;
- Paralisia diafragmática;
- Entre outros (Álvares, 2006; DGS, 2013).

Entre as patologias respiratórias, a mais comum é a DPOC, destacando-se tanto pela incidência como pelos parâmetros clínicos. Segundo, *American Thoracic Society*, o conceito de DPOC foi criado para designar diferentes entidades clínicas que costumam estar associadas, e que por vezes não estão bem caracterizadas (Azeredo & Machado, 2002).

A DPOC atinge principalmente a parte pulmonar do sistema respiratório, podendo também existir um certo grau de comprometimento nas pleuras e na caixa torácica, como resultado da progressão da doença, tornando assim o prognóstico terapêutico difícil e reservado (Wilkins et al., 2009).

A patologia respiratória do ponto de vista fisiológico, fisiopatológico e biomecânico, pode ser denominado como uma doença toracopleuropulmonar como base na interação funcional que os componentes do sistema respiratório apresentam no indivíduo normal (Azeredo & Machado, 2002).

### 3.1. Diagnóstico de patologias respiratórias

O diagnóstico de patologias respiratórias, baseiam-se em elementos obtidos da **história clínica**, do **exame físico**, da **espirometria** e dos **exames complementares** (Machado, 2007; Presto & Damázio, 2009), que serão descritos ao longo deste capítulo.

A dispneia é o sintoma associado ao pior prognóstico, à maior incapacidade e à maior perda de função pulmonar ao longo do tempo. É geralmente progressiva com a evolução da doença. Muitos idosos só referem a dispneia numa fase mais avançada da doença, pois atribuem parte da incapacidade física ao envelhecimento e à falta de condicionamento físico (Álvares, 2006; Netto, 1999).

O diagnóstico normalmente é confirmado pela espirometria, onde se verifica alterações nos volumes e capacidades pulmonares. Na maioria dos casos, verifica-se uma diminuição do volume expiratório máximo no 1º segundo de uma expiração forçada, tão rápida quanto possível, após uma inspiração máxima (FEV1), do Índice de Tiffeneau - % da capacidade vital que se consegue expirar no 1º segundo após uma inspiração máxima e da capacidade vital forçada (CVF). Estes valores indicam limitação do débito aéreo que não é totalmente reversível (Álvares, 2006; Azeredo & Machado, 2002; Wilkins et al., 2009).

### 3.1.1. História clínica

Nos idosos com patologia respiratória, deverão ser avaliados os seguintes pontos aquando da realização da história clínica:

- Exposição a fatores de risco;
- História clínica anterior, incluindo asma, alergias, sinusite ou pólipos nasais, infeções respiratórias na infância e outras doenças do foro respiratório;
- História familiar de doenças respiratórias crónicas;
- Padrão de desenvolvimento dos sintomas;
- História de exacerbações ou de hospitalizações anteriores devido a problemas respiratórios;
- Presença de comorbilidades, como doenças cardíacas e reumáticas, que também podem contribuir para uma restrição da atividade;
- Adequação dos tratamentos em curso;
- Impacto da doença na vida do idoso, incluindo limitação da atividade, impacto económico, efeito nas rotinas familiares e presença de depressão, ansiedade e de baixa autoestima;
- Disponibilidade de apoio social e familiar ao idoso;
- Possibilidades de reduzir os fatores de risco, especialmente os hábitos tabágicos (Canteiro et al., 1998; Machado, 2007; Presto & Damázio, 2009; Wilkins et al., 2009).

### 3.1.2. Exame físico

Constitui uma parte importante na avaliação dos idosos, com patologia respiratória, não sendo por si só utilizado no diagnóstico das mesmas, visto que os sinais físicos de limitação ventilatória, só raramente estão presentes antes de ocorrer uma insuficiência significativa da função pulmonar (Wilkins et al., 2009).

Nas sessões de fisioterapia, cabe a este profissional de saúde avaliar e monitorizar todas as alterações da estrutura e função dos idosos, principalmente no que respeita aos seguintes pontos:

- Sinais de dificuldade respiratória (pescoço, pele e mucosas, extremidades);
- Postura e morfologia do tórax (simetria e deformidades);
- Ventilação (frequência e ritmo);
- Palpação (tónus muscular, contracturas, resistência/elasticidade torácica);
- Mobilidade torácica (qualitativa e quantitativa);

- Mobilidade diafragmática (qualitativa);
- Percussão (dimensões do pulmão e tipo de substância interposta);
- Auscultação pulmonar (Machado, 2007; Presto & Damázio, 2009; Wilkins et al., 2009).

### 3.1.3. Exames de função respiratória

A espirometria, constitui o teste de base para o diagnóstico das patologias respiratórias. É sensível na detecção das alterações mais precoces da maioria das patologias respiratórias, como a DPOC, sendo recomendado anualmente nos fumadores, em pessoas com sintomas respiratórios persistentes ou recorrentes e nas que têm antecedentes familiares de doença pulmonar ou exposição profissional a irritantes respiratórios (Presto & Damázio, 2009; Wilkins et al., 2009).

No que diz respeito aos idosos com DPOC, estes podem ser classificados relativamente à gravidade da doença em quatro fases:

Tabela 2 - Classificação da DPOC após os broncodilatadores, segundo a GOLD

Severidade	Sintomas	Valores Espirométricos
<b>Estádio I</b> DPOC Ligeira	Tosse, expectoração	FEV <sub>1</sub> /FVC <70% FEV <sub>1</sub> >=80% previsto
<b>Estádio II</b> DPOC Moderada	Tosse, expectoração, dispneia	FEV <sub>1</sub> /FVC <70% FEV <sub>1</sub> <= 50 - <80% previsto
<b>Estádio III</b> DPOC Grave	Exacerbação de todos os sintomas com menor intensidade.	FEV <sub>1</sub> /FVC <70% FEV <sub>1</sub> <=30 - <50% previsto
<b>Estádio IV</b> DPOC Muito Grave	Exacerbação de todos os sintomas com gravidade	FEV <sub>1</sub> /FVC <70% FEV <sub>1</sub> <30% previsto, e se existirem comorbilidades (insuficiência respiratória ou Cor Pulmonale).

(GOLD, 2010, 2014)

Para além da espirometria, pode-se também recorrer a **testes das pequenas vias aéreas**, de forma a verificar se existe compromisso, à medição das resistências das vias aéreas, com recurso à **pletismografia corporal**, à avaliação da função muscular respiratória, através da medição das **pressões respiratórias máximas**, à **oximetria de pulso**, à **gasometria arterial** e às **provas de exercício cardio-respiratório** e de **marcha** (Canteiro et al., 1998; Couto & Ferreira, 2004; Presto & Damázio, 2009; Wilkins et al., 2009).

### 3.1.4. Exames complementares

Para além dos exames referidos anteriormente, devem também ser realizados os seguintes exames complementares, sempre que se justifique, como a radiografia torácica, a tomografia axial computadorizada pulmonar, o estudo do sono e a avaliação da circulação pulmonar, através de uma ecocardiografia (Canteiro et al., 1998; Couto & Ferreira, 2004; Wilkins et al., 2009).

## 3.2. Sinais e sintomas clínicos da maioria das patologias respiratórias

A tosse crónica é em geral, o primeiro sintoma das patologias respiratórias sobretudo na DPOC, sendo inicialmente intermitente, estando posteriormente presente de forma diária. Em alguns casos, pode desenvolver-se uma limitação ventilatória significativa sem tosse. Normalmente, os idosos com DPOC apresentam muitas secreções brônquicas, apresentando por isso inúmeros acessos de tosse, de forma a conseguirem expetorar (Álvares, 2006; Wilkins et al., 2009).

A dispneia é a razão que leva a maioria dos idosos, com patologia respiratória a procurar auxílio médico, sendo a principal causa de invalidez e de ansiedade associada à doença. A dispneia de esforço é progressiva e relaciona-se com a extensão da limitação ao fluxo das vias aéreas, assim como pelo grau da função dos músculos respiratórios. À medida que a função pulmonar se vai deteriorando, a dispneia vai-se tornando mais constante. A pieira e a opressão torácica são sintomas relativamente inespecíficos e podem variar de dia para dia (Álvares, 2006; Canteiro et al., 1998; Wilkins et al., 2009).

Sinais de obstrução, como expiração prolongada e sibilos na expiração forçada antecedem os sinais de insuflação, com aumento dos diâmetros torácicos, diminuição do murmúrio vesicular e dos sons cardíacos. Numa fase mais avançada, os idosos com patologia respiratória adotam posturas de alívio da dispneia, como apoio dos membros superiores, o recrutamento dos músculos acessórios da respiração, a respiração com lábios semicerrados, a tiragem, a cianose ou os sinais de insuficiência

cardíaca direita (ingurgitamento das jugulares e edemas periféricos) (Presto & Damázio, 2009; Wilkins et al., 2009).

A evolução da doença vai determinar o aparecimento de *hipoxémia*, e posteriormente *hipercápnia*, a qual pode ser responsável por queixas de cefaleias matinais. Quando se dá o agravamento da *hipoxémia* surge a cianose. Como consequência da *hipoxémia* crônica os doentes desenvolvem hipertensão pulmonar e insuficiência ventricular direita (*Cor pulmonale*) com o aparecimento de edemas mais acentuados nos membros inferiores. Podem também surgir hemoptises secundárias à inflamação da mucosa brônquica. À medida que a doença progride a frequência destes sintomas aumenta (Azeredo & Machado, 2002; Machado, 2007; Presto & Damázio, 2009; Wilkins et al., 2009).

### **3.3. Intervenção da fisioterapia no contexto das patologias respiratórias**

Os mecanismos fisiopatológicos envolvidos nas patologias respiratórias, principalmente nas agudizações são múltiplos, podendo ser confundidos com outros processos patológicos subjacentes, o que torna difícil a sua caracterização e definição. A intervenção no contexto das patologias respiratórias deve ser sempre multiprofissional, englobando um conjunto de profissionais, com as suas diferentes abordagens. Assim, deve estar incluído um tratamento farmacológico e não farmacológico, onde neste último está inserido a intervenção da fisioterapia cardio-respiratória, assim como o apoio psicoemocional e educacional (Wilkins et al., 2009).

Na intervenção farmacológica, a terapêutica broncodilatadora é fundamental no tratamento das patologias respiratórias, uma vez que reduz os sintomas, melhora a função pulmonar e aumenta a tolerância ao exercício. O uso de corticóides permite frequentemente uma melhoria sintomática, pelo que podem ser associados à terapêutica broncodilatadora (Machado, 2007; Wilkins et al., 2009).

A prescrição de oxigenoterapia de longa duração (OLD), pode também ser usada nas patologias respiratórias, o que pressupõe a existência de insuficiência respiratória hipoxémica grave, avaliada após adoção de medidas terapêuticas adequadas, incluindo reabilitação respiratória e a garantia de abandono dos hábitos tabágicos (Machado, 2007; Presto & Damázio, 2009; Wilkins et al., 2009).

Outra abordagem, que tem vindo a ser cada vez mais utilizada, na intervenção em patologias respiratórias é o uso da ventilação mecânica não invasiva (VNI), que permite aumentar a ventilação alveolar, sem recurso a uma via aérea endotraqueal. A ventilação não invasiva, consiste num método de assistência ventilatória, aplicada à via aérea do doente através de máscaras (faciais/nasais) ou bocais, que funcionam como interface doente/ventilador, como substituição das próteses endotraqueais. A VNI possui como principais objetivos a manutenção das trocas gasosas, evitando a

hipoxemia, a hipercápnia, facilitar a ventilação alveolar, diminuir o trabalho respiratório e diminuir a dispneia (Emmerich, 2008; Marcelino, 2008).

Na intervenção não farmacológica, como já foi referido anteriormente, está incluída a **fisioterapia cardio-respiratória**, assim como todos os outros meios de intervenção e de apoio existentes, como é o caso do apoio psicoemocional.

O sistema cardio-respiratório é, do ponto vista mecânico e fisiológico, bastante complexo, pelo que a base de atuação do fisioterapeuta na área da cardio-respiratória é o conhecimento da fisiologia cardio-respiratória (Azeredo & Machado, 2002).

Todo o processo respiratório envolve a variação de pressões que ocorrem em diversos setores deste sistema, de forma harmoniosa e sincronizada, que vão desde a cavidade nasal até aos alvéolos, onde ocorrem processos como a ventilação pulmonar, a difusão e a perfusão (Azeredo & Machado, 2002; Presto & Damázio, 2009; Wilkins et al., 2009).

Apesar da atuação do fisioterapeuta, nesta área de intervenção ser relativamente recente, as suas raízes tiveram origem desde o nascimento da civilização. De facto, os registos existentes mostram que os egípcios já utilizavam tratamentos para a asma, com base em inalações, podendo os mesmos serem encontrados num documento médico que pode ser considerado um dos mais antigos do mundo, conhecido como Papiro de Ebers, que data de 1550 anos a.C. (Wilkins et al., 2009).

Os fisioterapeutas na área da cardio-respiratória, aplicam princípios científicos para prevenir, identificar e tratar disfunções agudas ou crónicas do sistema cardiopulmonar. A fisioterapia cardio-respiratória inclui a avaliação, o diagnóstico, o tratamento, o manejo, o controlo e a educação dos doentes com alterações estruturais e funcionais do sistema cardiopulmonar. A fisioterapia nesta área está a evoluir, de forma progressiva na prevenção da doença respiratória, no manejo dos doentes com patologias crónicas, na promoção da saúde e do bem-estar físico, psicológico e social dos doentes do foro cardio-respiratório (Azeredo & Machado, 2002; Wilkins et al., 2009).

Sendo assim, a **fisioterapia cardio-respiratória**, pode definir-se como:

“(...) intervenção no âmbito da fisioterapia, que utiliza estratégias, meios e técnicas de avaliação e tratamento, não invasivas, que têm como objetivo a otimização do transporte de oxigénio, contribuindo assim para prevenir, reverter ou minimizar disfunções a esse nível, promovendo a máxima funcionalidade e qualidade de vida dos doentes com patologia cardio-respiratória (...)”

(Abreu & Lopes, 2005, p. 2)

O conhecimento dos principais fatores determinantes da insuficiência cardio-respiratória e dos respetivos níveis de atuação, permitem ao fisioterapeuta perceber a origem do problema cardio-respiratório e da abordagem / estratégia que deverá utilizar para restabelecer ou para melhorar a condição clínica e funcional do doente (Azeredo & Machado, 2002).

Na maioria das patologias respiratórias, a hipersecreção brônquica e a deficiente eliminação das secreções são frequentemente responsáveis pelo agravamento da patologia de base, apesar da terapêutica farmacológica adequada. Assim sendo, é importante a intervenção da fisioterapia, de forma a melhorar o transporte e a eliminação do muco, estimulando a atividade mucociliar, de forma a melhorar as trocas gasosas. A mobilização das secreções, com hidratação adequada, deve ser encorajada (Azeredo & Machado, 2002; Presto & Damázio, 2009; Wilkins et al., 2009).

As patologias respiratórias alteram as propriedades mecânicas e as trocas gasosas do aparelho respiratório, limitando a capacidade física e psíquica do doente e a sua participação nas atividades da vida diária, principalmente se forem idosos. Modificações na função respiratória, caracterizada pelas alterações aos volumes pulmonares e à resistência das vias aéreas, impõem um maior trabalho respiratório com implicações nos músculos respiratórios. Para além disso, a dispneia de esforço motiva a redução da atividade física num doente, cujo sedentarismo prolongado leva a um descondicionamento físico e psicológico, com efeitos negativos na qualidade de vida dos doentes (Álvares, 2006; Wilkins et al., 2009).

Como base, no que foi referido anteriormente, pode-se constatar que todos os doentes com patologia respiratória, sobretudo os mais idosos, em qualquer fase da doença respiratória devem beneficiar de programas de fisioterapia cardio-respiratória, que devem englobar técnicas de higiene brônquica, de controlo respiratório, de treino de exercício físico, que melhorem tanto a tolerância ao esforço, como aos sintomas de dispneia e fadiga, assim como de técnicas de apoio educacional e psicológico, com vista a reduzir os níveis de ansiedade e de depressão, aumentando a autoestima (Presto & Damázio, 2009; Wilkins et al., 2009).

### **3.4. Programa de reabilitação pulmonar**

A reabilitação respiratória, nas patologias respiratórias está contida num programa geral de reabilitação do doente respiratório crónico. O conceito de reabilitação respiratória tem evoluído nas últimas décadas. Pode ser definida como uma:

“(…) continuidade de serviços multidimensionais, dirigidos a pessoas com doenças respiratórias e às suas famílias, geralmente por uma equipa interdisciplinar de especialistas,

tendo como objetivo atingir e manter o nível máximo de independência do indivíduo e de funcionalidade na comunidade (...)"

(Canteiro et al., 1998, p. 36)

Em doentes com doença pulmonar, a severidade e prognóstico da mesma são determinados pela alteração funcional (*impairment*). Porém, os *impairments* da função pulmonar não estão diretamente proporcionais à resistência, à fadiga, à qualidade de vida relacionada com a saúde (QVRS) e à participação nas atividades da vida diária (AVD's) (Wilkins et al., 2009). Por esta razão, a ação do fisioterapeuta no aumento da função pulmonar, é importante podendo a mesma ser avaliada através dos resultados dos parâmetros referidos anteriormente.

A terapêutica farmacológica ideal pode ser vista como o primeiro passo no tratamento de doentes com patologia respiratória, no entanto, a eficácia do tratamento pode ser apenas conseguida após a prescrição de um programa de reabilitação pulmonar (aumento da performance durante o exercício, diminuição da sintomatologia e QVRS). Programas de reabilitação abrangentes têm por objetivo interrelacionar as consequências sistémicas das patologias respiratórias, com os défices comportamentais e educacionais observados em muitos doentes, sobretudo no grupo etário com 65 ou mais anos (Machado, 2007).

A questão que se coloca em relação à reabilitação pulmonar não é "Deverão os doentes com patologia respiratória, especialmente os idosos serem submetidos a reabilitação pulmonar?", mas sim "Como deverão os doentes idosos com patologia respiratória receber reabilitação pulmonar?" e "Quais os componentes base para o sucesso desse mesmo programa de reabilitação?"

A atividade física regular em idosos com patologia respiratória e em idosos saudáveis deve ser incentivada em todos os programas de reabilitação, pois esta evita a perda de força e massa muscular, decorrentes da imobilidade, promovendo a manutenção da condição física (Barata et al., 1997; Wilkins et al., 2009).

### **3.4.1. Avaliação e seleção do programa de reabilitação pulmonar**

Como consequência lógica da evolução do conceito de reabilitação respiratória, esta deverá ser iniciada o mais precocemente possível, antes da progressão para estadios mais avançados e já irreversíveis das doenças respiratórias (Canteiro et al., 1998). O programa de reabilitação respiratória (PRR), para idosos com doença pulmonar, tem de ter em consideração não só o grau de incapacidade, traduzido pela avaliação funcional, mas também a sintomatologia clínica dos idosos, de forma a poder melhorar a qualidade de vida (Machado, 2007; Wilkins et al., 2009).

É impossível estabelecer normas rígidas para a aplicação dum PRR nos idosos com problemas do foro cardio-respiratório, sendo que o mesmo deve ser adaptado de forma individual, devido em grande parte à variabilidade clínica, à imprevisibilidade da resposta à terapêutica e aos fatores que intervêm na história natural da doença e nas modificações psicoemocionais e comportamentais de cada idoso (Presto & Damázio, 2009; Wilkins et al., 2009).

Esquemáticamente e para aplicação na prática clínica, cada programa tem que ser dimensionado individualmente tendo em conta múltiplos fatores:

- Fase evolutiva da doença;
- Fase de estabilização;
- Fase de agudização;
- Patologia associada;
- Aplicação no ambulatório, internamento ou domicílio;
- Diagnóstico da situação:
  - Avaliação do *impairment*, limitação da atividade e restrição da participação;
  - Grau de instrução e capacidade de aprendizagem do idoso;
  - Situação socio-familiar e profissional;
  - Localização e condições habitacionais;
  - Meios disponíveis (ao nível de estruturas de saúde e apoios domiciliários)  
(Canteiro et al., 1998; Machado, 2007; Presto & Damázio, 2009; Wilkins et al., 2009).

### 3.4.2. Fisioterapia cardio-respiratória

A fisioterapia cardio-respiratória, com vista à reeducação funcional respiratória deve ser iniciada precocemente nos idosos com patologia respiratória num sentido profilático e terapêutico, assim como incentivada a sua aplicação no domicílio (Azeredo & Machado, 2002; Presto & Damázio, 2009). Das técnicas utilizadas pela fisioterapia cardio-respiratória destacam-se:

#### 3.4.2.1. Métodos de limpeza das vias aéreas

As técnicas de higiene brônquica devem ser ensinadas aos idosos, com tosse e expetoração, de forma a evitar as eventuais repercussões da retenção de secreções brônquicas, como por exemplo o agravamento da inflamação das vias aéreas e o aumento do risco de infeções respiratórias. As técnicas usadas são variadas e têm

como objetivo fluidificar, mobilizar e eliminar as secreções brônquicas (Azeredo & Machado, 2002).

A utilização prévia de um aerossol pode auxiliar a higiene brônquica, quer pela fluidificação das secreções, quer pela redução do broncospasmo através da administração de um broncodilatador. Nos idosos com patologia respiratória que tenham broncorreia acentuada, pode ser útil a associação de métodos instrumentais tais como o *Flutter*, desde que não haja contraindicações (Azeredo & Machado, 2002; Wilkins et al., 2009).

### **3.4.2.2. Técnicas de controlo respiratório**

O objetivo das técnicas de controlo respiratório, passa pela redução do trabalho respiratório, pela melhoria da ventilação alveolar, pela melhoria da coordenação e eficiência dos músculos respiratórios, contribuindo assim para o relaxamento do idoso, melhorando a capacidade em controlar a dispneia (Machado, 2007).

São várias as técnicas e estratégias descritas na literatura, embora parte delas não seja suportada pela evidência experimental. Entre as técnicas mais utilizadas encontra-se a ventilação localizada, por exemplo a ventilação diafragmática e costal, frequentemente utilizada em conjunto com o posicionamento, o relaxamento e o uso de equipamentos acessórios, como o uso de aparelhos de pressão expiratória positiva (Presto & Damázio, 2009).

### **3.4.2.3. Técnicas que visam o relaxamento muscular**

As técnicas de relaxamento, no contexto das disfunções respiratórias, podem contribuir para a diminuição da frequência respiratória, a melhoria das trocas gasosas, a diminuição do trabalho respiratório e da dispneia, para a redução da ansiedade, para o controlo do pânico e medo. São vários os métodos e técnicas descritas na literatura alvo de inúmeras investigações, sobretudo nos doentes asmáticos. Entre as principais técnicas utilizadas na prática clínica, podemos enunciar o posicionamento e o relaxamento fisiológico simples de Laura Mitchell (Frownfelter & Dean, 2004; Wilkins et al., 2009).

No que diz respeito às técnicas de posicionamento, podemos referir que as mesmas são de extrema importância em idosos, com patologia respiratória. Por exemplo a posição de cocheiro, visa colocar o diafragma numa posição de vantagem mecânica (melhor relação comprimento-tensão) e facilitar o relaxamento dos músculos acessórios da respiração (Abreu & Lopes, 2005; Frownfelter & Dean, 2004).

O alívio da dispneia pelo posicionamento é essencialmente uma busca individual, pois cada doente tem a sua posição preferencial e não deve ser contrariada, podendo,

no entanto, o fisioterapeuta sugerir que o idoso experimente outras posições supostamente relaxantes. Ao posicionamento, associam-se sempre técnicas de controlo respiratório (por exemplo respiração diafragmática, ventilação dirigida, expiração com lábios semicerrados) (Frownfelter & Dean, 2004).

Em relação ao relaxamento fisiológico de Laura Mitchell, é um método analítico ou neuro-muscular de indução ativa do relaxamento, com base no princípio de inervação recíproca (solicita-se ativamente o antagonista, para promover um relaxamento do agonista) (Abreu & Lopes, 2005).

#### **3.4.2.4. Treino das atividades da vida diária**

O treino das AVD's deve ser parte integrante do PRR, pois as modalidades terapêuticas referidas ao longo deste capítulo nem sempre têm uma repercussão direta sobre a melhoria das AVD's, pois estas implicam um trabalho muscular específico. Contudo, é importante não esquecer que o tipo e o nível das AVD's realizadas pelos idosos podem ser condicionados por fatores emocionais, implicando necessariamente outro tipo de abordagem terapêutica (Wilkins et al., 2009).

As atividades selecionadas para o treino, devem ser previamente identificadas em função das prioridades definidas pelos idosos e pelo nível de limitação funcional, de forma a poderem avaliar-se os resultados do PRR (Canteiro et al., 1998). As estratégias de treino, devem incluir os princípios de conservação de energia e simplificação do trabalho, como seja a redução dos tempos de apneia durante a atividade, a otimização da mecânica corporal, o planeamento prévio das atividades, assim como a prioridade das mesmas. A adaptação de ajudas técnicas pode também ser utilizada (Presto & Damázio, 2009; Wilkins et al., 2009).

#### **3.4.2.5. Treino de tolerância ao esforço**

Uma das causas da intolerância ao exercício nos idosos com patologia respiratória é a inatividade originada pelo aparecimento da dispneia de esforço, que leva os idosos a reduzirem a sua atividade física, iniciando um ciclo vicioso de desadaptação progressiva ao exercício, o qual conduz a um aumento da fadiga muscular, e ao consequente aumento da inatividade, com todas as suas repercussões nefastas. Um dos objetivos mais importantes da reabilitação será o de prevenir ou romper esse ciclo vicioso (Freitas et al., 2002; Llera & Cantera, 2003).

A melhoria da tolerância ao exercício pode ser obtida através de intervenções fisiológicas e psicológicas. Nas fases iniciais das patologias respiratórias, o importante é combater a tendência à vida sedentária e estimular a prática regular de atividade física. Nas fases mais avançadas da doença respiratória, o treino de exercício tem de

ser programado e controlado, após avaliação do compromisso funcional respiratório, cardio-circulatório e muscular (Freitas et al., 2002; Wilkins et al., 2009).

Os métodos de treino são variados, como por exemplo a marcha simples, se não existirem limitações osteo-articulares, uma vez que tem a vantagem de ser fácil a execução pelos idosos e de se aproximar de uma atividade da vida diária, aumentando a autonomia do idoso e a sua atividade social. Os benefícios do treino de exercício nestes idosos, traduzem-se em termos fisiológicos (aumento da capacidade e tolerância ao exercício) e psicológicos (ajudando a combater a ansiedade, a depressão originada pelo isolamento social e no aumento da autoestima) (Barata et al., 1997; Bize & Vallier, 1985; Wilkins et al., 2009).

O treino de exercício deve ser focalizado para os membros superiores, inferiores e para os músculos respiratórios, no sentido de melhorar a força muscular, a endurance e a coordenação (Jones et al., 2006; Wilkins et al., 2009).

### **3.4.3. Educação terapêutica**

A educação é a chave para o êxito de um PRR em doentes respiratórios crónicos, especialmente nos idosos. A educação do idoso e seus familiares tem de ser considerada uma atuação prioritária de todos os profissionais de saúde ao abordar os idosos com doença respiratória, em qualquer estadio da sua doença (Canteiro et al., 1998; Kane et al., 2005). O processo educacional, deve abranger medidas preventivas e terapêuticas. Tem de elucidar, convenientemente os idosos sobre a natureza da doença e da sua evolução quando não corretamente controlada e tratada, motivando-os a integrar-se na equipa de reabilitação respiratória, como membros ativos e não apenas como recetores (Machado, 2007; Presto & Damázio, 2009; Wilkins et al., 2009).

As normas educacionais têm de ser transmitidas adequadamente pelo médico assistente e restante equipa de saúde, de forma repetida e controlada, com vista à execução correta dos conhecimentos e procedimentos. O idoso tem de ser ensinado e responsabilizado pela autogestão da sua doença e deverá ser dado aos familiares o conhecimento da intervenção adequada, a adotar em cada momento. Na fase mais avançada da doença, em que há necessidade de recorrer à assistência respiratória (OLD ou outra), aumenta a dificuldade do idoso ser independente, pelas alterações fisiopatológicas existentes e suas repercussões noutros órgãos, sendo fundamental a integração da família nesse processo, após prévia educação (Machado, 2007; Presto & Damázio, 2009).

## 4. Saúde mental

A saúde mental é um conceito de difícil definição, no qual ainda não existe um verdadeiro consenso. É considerada um dos aspectos mais importantes da vida do ser humano. As razões que originam as dificuldades sentidas, pelos diversos especialistas, de cada área do conhecimento residem em grande parte na variação do próprio conceito de saúde mental, de acordo com as diferentes culturas, sendo difícil delimitar as suas fronteiras. Para além dessas razões, a maior parte dos objetivos ao nível dos cuidados de saúde centram-se principalmente nos aspectos físicos e na cura das doenças e não nas questões ligadas ao bem-estar psicológico (Berger & Mailloux-Poirier, 1995).

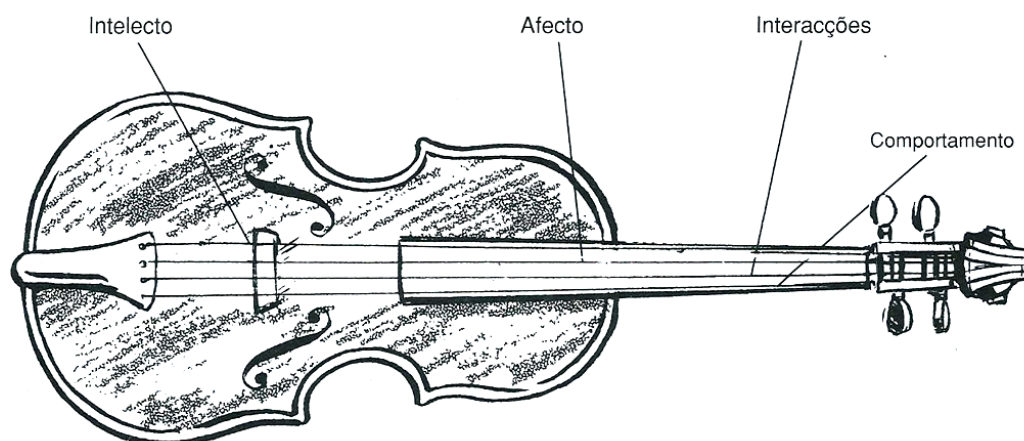
A saúde mental, segundo Nicolas Zay (1981), citado por Berger & Mailloux Poirier (1995, p.158), pode ser definida como um “equilíbrio da vida psíquica que se caracteriza por uma autoavaliação realista e uma boa capacidade de controlar as tensões normais do dia-a-dia”.

Para Berger & Mailloux-Poirier (1995, p. 158) é um “estado que permite o desenvolvimento ótimo do indivíduo, no plano físico, intelectual e emocional, desde que a sua evolução seja compatível com a dos outros”.

A saúde mental é muitas vezes sinónimo de adaptação bem-sucedida e para o idoso de envelhecimento feliz. De forma, analisarmos melhor o conceito de saúde mental, é necessário percebermos algumas características que influenciam o seu equilíbrio, como o conhecimento e aceitação do indivíduo de si próprio e dos outros (sentido crítico), a perceção justa do ambiente e da realidade, o interesse pela vida (bom senso), assim como a capacidade de integração (acesso à maturidade) (Berger & Mailloux-Poirier, 1995; Freitas et al., 2002).

Para Ebersole & Hess (1985), citado por Berger & Mailloux-Poirier (1995), a saúde mental de um indivíduo apresenta diversos níveis, sendo comparada a um “violino de quatro cordas”:

- A corda das interações;
- A corda do comportamento;
- A corda do afeto;
- A corda da intelectualidade.



**Figura 1-** Representação esquemática do conceito de saúde mental, segundo Ebersole & Hess (1985)

(Berger & Mailloux-Poirier, 1995, p. 159)

Segundo estes autores, a saúde mental nunca está definitivamente adquirida. Assim, fazendo simbologia à “viola”, a melodia tocada pode ser agradável ou discordante, harmónica ou desregular, alegre ou triste, mudando continuamente ao longo do tempo. A figura anterior representa a esquematização desta conceção de saúde mental (Berger & Mailloux-Poirier, 1995).

O modelo psicanalítico relaciona a saúde mental, com o bom desenvolvimento dos estadios psicosexuais, na perspetiva de Freud ou psicossociais, na perspetiva de Erikson. Nestas conceções, o ego funciona de maneira adequada e o indivíduo é capaz de se adaptar ao ambiente e às situações de desempenhar papéis sociais e de conservar o equilíbrio entre a maturação física e psicológica. A saúde mental corresponde assim a uma trilogia: **amor, trabalho e lazer** (Berger & Mailloux-Poirier, 1995; Hansenne, 2003; Nexo, 1998).

#### 4.1. Alterações psicoemocionais & envelhecimento

A ideia do envelhecimento está muitas vezes associada a uma etapa de perdas, encontrando-se esta muito difundida na população. Na verdade, vários estudos sobre o processo do envelhecimento, consideram-o como uma etapa de perdas, tanto físicas como sociais, gerando consequentemente crises psicoemocionais e de identidade (Volkert, Schulz, Härter, Włodarczyk, & Andreas, 2013).

Esta conceção de envelhecimento, como uma etapa de crise, muitas vezes origina o aparecimento de perturbações psicológicas que ao permanecerem por um longo período de tempo, leva ao aparecimento de patologias (Volkert et al., 2013). É inevitável que o indivíduo como ser humano, mais cedo ou mais tarde venha a

confrontar-se com estas inúmeras crises, que tendem a surgir nesta última etapa do ciclo de vida (Azevedo, 2009).

Neste sentido, Haddad (1993), citado por Oliveira, Santos, Cruvinel, & Néri (2006), defende que o envelhecimento origina alterações naturais nos idosos. No entanto, assinala que há diferenças entre o envelhecimento fisiológico, que ocorre em função da idade cronológica e o patológico, que depende principalmente como o idoso encara essa nova realidade.

Para Bee & Mitchell (1984), citado por Oliveira et al. (2006), a maioria dos idosos passa por alterações significativas, caracterizando-se estas com o início da reforma e a mudança dos papéis profissionais, com transformações importantes nos relacionamentos sociais.

Por outro lado, outros estudos têm também referido que uma atitude positiva face ao envelhecimento, fortalece o sentimento de identidade e de autoestima, sem necessariamente envolver a deterioração psíquica, muitas vezes comuns nesta fase (Azevedo, 2009; Bernardini, Moraru, & Macías-Núñez, 2009; Flores & Calzada, 2001; Stefani & Feijóo, 1988).

Os idosos que vivenciem o envelhecimento, de forma mais positiva, adotam uma postura mais ativa, estando os mesmos associados à prática de atividade física e de lazer. Já os idosos que encaram o envelhecimento, de uma forma mais negativa, afastam-se das atividades diárias e dos relacionamentos sociais, apresentando maior probabilidade de vivenciarem emoções negativas (Oliveira et al., 2006; Stefani & Feijóo, 1988).

Dessa forma, nas idades avançadas, é muito comum encontrar a presença de ansiedade, de depressão e de baixa autoestima, atingindo níveis bastante elevados de morbidade. Nesta fase da vida, adquirem formas atípicas, muitas vezes de difícil diagnóstico e conseqüentemente de tratamento (Ascensão, 2011).

#### 4.1.1. Abuso e negligência de pessoas idosas

Para além, das alterações resultantes do próprio processo de envelhecimento, que comprometem o equilíbrio psicoemocional, existem também outros fatores que agravam esse equilíbrio, como a presença de maus-tratos nos idosos, originando o aparecimento ou o agravamento de perturbações como a depressão, a ansiedade e a baixa autoestima.

O abuso e a negligência de pessoas idosas têm vindo a ser cada vez mais estudados. A violência sobre os idosos é um fenómeno universal, representando um problema de saúde pública. Embora já ocorra há muito tempo, só nas últimas décadas o aumento do interesse neste campo se tornou mais evidente (CODEPPS, 2007).

A OMS define **violência**, como:

“ (...) o intencional uso da força física ou poder, sob força de ameaça ou real, contra si mesmo, outra pessoa, ou contra um grupo ou comunidade, que resulte ou tenha uma alta probabilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, mau desenvolvimento ou privação (...)”

(Dahlberg & Krug, 2006, p. 1165)

Em 2002, o Conselho Europeu definiu este conceito face aos idosos como “todo o ato ou omissão cometido contra uma pessoa idosa, no quadro da vida familiar ou institucional e que atenta contra a sua vida, a segurança económica, a integridade física e psíquica, a sua liberdade ou que comprometa, gravemente, o desenvolvimento da sua personalidade” (Ramos, 2011, p. 5).

Por vezes, pensa-se que violência é tudo o que traduza atos físicos, no entanto segundo estas definições o conceito é mais amplo, porque mesmo que seja uma ameaça já é considerado uma forma de violência. Para além disso, como refere Butler (1995), citado por Vergueiro & Lima (2010), o *Ageism*, é um novo fenómeno emergente nas sociedades atuais, decorrente do envelhecimento da população, referindo-se a um processo de estereotipagem e discriminação sistemático contra as pessoas, devido à sua idade.

Os idosos pela sua fragilidade física e emocional são muitas das vezes vítimas de violência e maus-tratos, sem que haja conhecimento público de tais situações. A violência, em qualquer das tipologias é considerada uma violação dos direitos humanos.

Os maus-tratos ou abusos podem ser enquadrados em várias categorias, tal como refere National Center on Elder Abuse (1998), que são:

- **Abuso Físico:** uso intencional da força física que pode resultar em ferimentos corporais, em dor física ou em incapacidade;
- **Abuso Sexual:** qualquer tipo de contacto sexual não consensualizado, com uma pessoa idosa;
- **Abuso Emocional ou Psicológico:** tipo de comunicação (verbal ou não verbal), que tenha intenção de causar sofrimento psicológico, angústia, dor, humilhação, ou ameaça;
- **Abuso Financeiro:** uso inapropriado ou ilegal de fundos, propriedades ou bens da pessoa idosa;

- **Abandono:** idoso que se encontra privado de contacto social, o cuidador priva-o de afetos, deixando-o sozinho;
- **Negligência:** recusa ou ineficácia em satisfazer qualquer parte das obrigações ou deveres para com uma pessoa idosa;
- **Autonegligência:** comportamento de uma pessoa idosa que ameaça a sua própria saúde ou segurança (NCEA, 1998).

Estas formas de violências podem ocorrer separadamente ou simultaneamente, tendo em conta o “Relatório de Estatística, sobre Pessoas Idosas Vítimas de Crime e de Violência [2000-2012]” é possível observar que entre 2000 e 2012, a Associação Portuguesa de Apoio à Vitima (APAV) registou um total de 7058 processos de apoio de pessoas idosas vítimas de crime e de violência, verificando-se desta maneira um aumento de 179% de 2000 para 2012, mais de 519 processos de apoio. Cerca de 82.2% das vítimas eram do sexo feminino e 54% situavam-se, em termos de faixa etária, entre os 65 e os 75 anos de idade. Em 25.7% dos casos, a vítima e autor do crime tinham a relação de cônjuge, sendo 67% do sexo masculino em 2012 (APAV, 2013).

Em Fevereiro de 2014, a APAV disponibilizou o relatório anual face ao ano de 2013, onde se observou que 8,9% do total de vítimas que recorreram à APAV em 2013, foram pessoas idosas, ou seja só em 2013, foram assinaladas 774 pessoas idosas vítimas de maus-tratos, uma média de 2,1 por dia, 15 por semana (APAV, 2014).

Segundo, o relatório europeu sobre a “Prevenção contra os Maus-Tratos a Idosos”, realizado pela OMS (2011), em Portugal cerca de 39% dos idosos eram vítimas de violência, cujos agressores principais eram os filhos e netos. Este relatório adianta ainda os números dos mais variados tipos de violências sobre os idosos, como: 32.9% vítimas de abusos psicológicos; 16.5% vítimas de extorsão; 12.8% vítimas de violação dos seus direitos; 9.9% vítimas de negligência; 3,6% vítimas de abusos sexuais e 2.8% vítimas de abusos físicos (Portal da Saúde, 2011).

No que diz respeito aos tipos de produção de violência, esta pode ter três focos de produção e reprodução, como o estrutural, um problema macro, que se relaciona com as desigualdades sociais (pobreza e discriminação). A interpessoal, que diz respeito à forma de comunicação e interação no quotidiano. Por fim, a institucional, relaciona-se com a violência praticada nas instituições de assistência, em que se verificam atitudes de discriminação e negligência (Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2005).

A violência contra os idosos é uma violação aos direitos humanos e do ponto de vista da saúde global, as consequências das diferentes formas de violência são múltiplas: comprometem a qualidade de vida, acarretam transtornos psiquiátricos e morte prematura. Além disso, geram gastos ao nível dos sectores da saúde, seja pelo

aumento do número de recorrências às urgências, seja por internamentos hospitalares (Espíndola & Blay, 2007).

Segundo, Swagerty, Takahashi, & Evans (1999), os fatores de risco da violência sobre os idosos são: idade avançada, falta de acesso a recursos, isolamento social, baixo nível de educação, declínio funcional, abuso de substâncias pelo cuidador ou pelo idoso, distúrbios psicológicos, história prévia de violência familiar, *stress* do cuidador e alterações cognitivas.

Face ao que foi exposto é perceptível que os idosos apresentam maior probabilidade de desenvolverem perturbações de humor, de ansiedade e de baixa autoestima, devido ao elevado número de fatores desencadeantes. Nos pontos seguintes serão analisados outros fatores que também contribuem para a presença dessas perturbações ao nível dos idosos.

## 4.2. Depressão no idoso

### 4.2.1. O fenómeno da depressão

Embora não existam dados que permitam uma completa caracterização das doenças mentais em Portugal, estima-se que a prevalência de perturbações psiquiátricas na população ronde os 30%, sendo aproximadamente de 12% a incidência de perturbações psiquiátricas graves. A depressão pode atingir cerca de 20% da população, com tendência a aumentar, representando desta forma a primeira causa de incapacidade nos países desenvolvidos no âmbito global das doenças psiquiátricas. Em conjunto com a esquizofrenia, a depressão é responsável por 60% dos suicídios em Portugal (Paúl & Fonseca, 2005).

O conceito de depressão envolve sentimentos de tristeza, desânimo, pessimismo e perda geral de interesse na vida, combinados por vezes com sentimentos de mal-estar físico e de incapacidade generalizada. A maior parte das pessoas experimenta ocasionalmente estes sentimentos como reação normal a um dado acontecimento. É normal sentirmo-nos deprimidos com a morte de um ente querido, assim como de algum acontecimento negativo que ocorra durante o nosso dia-a-dia. Porém se a depressão ocorrer sem causa aparente ou se a mesma for demasiadamente profunda e persistente no tempo, assume um carácter de depressão patológica (Bagg et al., 1992).

A **depressão** pode ser definida como um:

“(...) estado mental caracterizado pela diminuição do tónus neuropsíquico, que se manifesta por lassidão, fatigabilidade,

desencorajamento, tendência para o pessimismo, sendo por vezes acompanhado de ansiedade (...)"

(Nicoulin, Manuila, Lewalle, & Manuila, 2004, p. 186)

A depressão é uma perturbação do humor, de gravidade e duração variáveis, que é acompanhada por uma variedade de sintomas físicos e mentais, que envolvem o pensamento, os impulsos e a capacidade crítica. Esta perturbação é uma doença mental grave que perturba o equilíbrio emocional de um indivíduo, levando uma diminuição da qualidade de vida (Almeida, 2011).

#### 4.2.2. Sintomas gerais

Os sintomas de depressão variam com a gravidade da doença e de indivíduo para indivíduo. Num indivíduo com depressão ligeira, os principais sintomas são ansiedade, o humor instável e por vezes o choro sem razão aparente. Numa depressão mais severa, o indivíduo pode sofrer de falta de apetite, dificuldades em dormir, sensação de cansaço, falta de concentração, falta de interesse e de prazer nas atividades sociais. Para além dos sintomas referidos, pode também apresentar movimento físico e capacidade de raciocínio mais lentos do que o normal. No entanto, em alguns casos verifica-se o oposto, podendo os indivíduos tornarem-se extremamente ansiosos e agitados (Bagg et al., 1992).

Nos casos mais severos, os indivíduos podem apresentar ideias de suicídio e/ou de morte, vivendo diariamente com sentimentos de culpa ou de inutilidade. Em casos extremos, podem ter ideias delirantes, sendo os mais frequentes os delírios de ruína e de culpa. Normalmente, nestes casos tendem a retrair-se, passando a maior parte do tempo na cama, isolando-se de tudo e de todos (Bagg et al., 1992; Mello & Teixeira, 2011).

#### 4.2.3. Classificação da depressão, segundo o DSM-IV

De forma, a chegar-se ao correto diagnóstico dos estados psicopatológicos, devem-se seguir os critérios estabelecidos no Manual de Diagnóstico e Estatístico das Perturbações Mentais da Associação Psiquiátrica Americana (APA) – DSM-IV (APA, 2002). Com base neste manual, a depressão encontra-se classificada na categoria de Perturbações de Humor, estando dividido da seguinte forma:

- **Perturbações Depressivas:**

- Perturbação Depressiva Major;

- Perturbação Distímica;
- Perturbação sem outra especificação;
- **Perturbações Bipolares:** ocorrem episódios maníacos, mistos ou hipomaníacos, para além dos episódios depressivos;
- **Perturbações baseadas na Etiologia:** o transtorno de humor é devido a uma condição médica, que surge de uma doença clínica ou ao uso de alguma substância (APA, 2002).

No que se refere à **perturbação depressiva major**, esta caracteriza-se por um ou mais episódios depressivos maiores, sendo os critérios definidos pelo DMS-IV para o episódio depressivo major, os seguintes:

**Quadro 1 - Critérios de diagnóstico para episódio depressivo major**

A. Estão presentes cinco (ou mais) dos seguintes sintomas durante o mesmo período de duas semanas e representam uma alteração do funcionamento prévio; pelo menos um dos sintomas é (1) humor depressivo ou (2) perda de prazer ou do interesse:

Nota: Não incluir os sintomas que são claramente provocados por um estado físico geral ou 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 subjetivo (por exemplo, sente-se triste ou vazio) ou pela observação de outros (por exemplo, parece choroso). Nota: Em crianças e adolescentes o humor pode ser irritável;
- (2) Diminuição clara do interesse ou prazer em todas, ou quase todas, as atividades, durante a maior parte do dia, quase todos os dias (indicado pelo relato subjetivo ou pela descrição de outros);
- (3) Perda de peso, quando não está a fazer dieta, ou aumento de peso significativos (por exemplo, uma alteração de mais de 5% do peso corporal num mês), ou diminuição ou aumento do apetite quase todos os dias. Nota: Em crianças, deve-se considerar o não atingimento dos aumentos esperados de peso;
- (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 subjetivo 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 autocensura 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 uma tentativa de suicídio ou um plano específico para cometer suicídio.

- B. Os sintomas não preenchem os critérios para episódio misto;
- C. Os sintomas causam mal-estar clinicamente significativo ou deficiência no funcionamento social, ocupacional ou em qualquer outra área importante;
- D. Os sintomas não são devidos aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (por exemplo, droga de abuso, medicação) ou de um estado físico geral (por exemplo, hipotireoidismo);
- E. Os sintomas não são melhor explicados por luto, isto é depois da perda de um ente querido, os sintomas persistem por mais de dois meses ou são caracterizados por uma marcada deficiência funcional, preocupação mórbida com sentimentos de desvalorização pessoal, ideação suicida, sintomas psicóticos ou lentificação psicomotora.

Adaptado de APA (2002, p. 356)

No que diz respeito à **perturbação de humor distímica**, esta caracteriza-se por um estado de humor depressivo com duração de pelo menos dois anos, acompanhado por sintomas depressivos adicionais que não satisfazem os critérios para um episódio depressivo major (APA, 2002). No quadro seguinte, encontram-se os critérios diagnósticos para a perturbação distímica:

#### Quadro 2 - Critérios de diagnóstico para perturbação distímica

- A. Humor depressivo durante a maior parte do dia, mais de metade dos dias, durante pelo menos dois anos, indicado pelo relato subjetivo ou pela observação dos outros. Nota: Em crianças e adolescentes, o humor pode ser irritável e a duração de pelo menos um ano;
- B. A presença, enquanto depressivo, de dois (ou mais) dos seguintes sintomas:
  - (1) Apetite diminuído ou aumentado;
  - (2) Insónia ou hipersónia;
  - (3) Fadiga ou pouca energia;
  - (4) Baixa autoestima;
  - (5) Dificuldades de concentração ou em tomar decisões;
  - (6) Sentimentos de falta de esperança;
- C. Durante um período de dois anos (um ano para crianças ou adolescentes) da perturbação a pessoa nunca esteve sem sintomas dos critérios A e B por mais de dois meses de cada vez;
- D. Não existiu um episódio depressivo major durante os primeiros dois anos da perturbação (um ano para crianças e adolescentes); isto é, a perturbação não é melhor explicada por uma perturbação major, em remissão parcial;

Nota: Pode ter existido um episódio depressivo major prévio desde que tenha remetido completamente (sem sintomas ou sinais significativos durante dois meses) antes do desenvolvimento da perturbação distímica. Além disto, para além dos dois anos iniciais (um ano para crianças ou adolescentes) de perturbação distímica, podem existir episódios sobrepostos de perturbação depressiva major, caso em que ambos os diagnósticos podem ser

feitos quando estão preenchidos os critérios para episódio depressivo major.

- E. Nunca existiu um episódio maníaco, um episódio misto ou um episódio hipomaníaco e nunca foram preenchidos os critérios para perturbação ciclotímica;
- F. A perturbação não ocorre exclusivamente durante a evolução de uma perturbação psicótica crónica, tal como esquizofrenia ou perturbação delirante;
- G. Os sintomas não são provocados pelos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (por exemplo, droga de abuso, medicação) ou de um estado físico geral (por exemplo, hipotiroidismo);
- H. Os sintomas causam mal-estar clinicamente ou deterioramento no funcionamento social, ocupacional ou em qualquer outra área importante.

Adaptado de APA (2002, p. 380, 381)

#### 4.2.4. Estados depressivos em idosos

A depressão é a patologia mental mais frequente nos idosos sem diagnóstico e tratamento, associada normalmente a um elevado sofrimento psíquico (Mello & Teixeira, 2011; Stella, Gobbi, Corazza, & Costa, 2002).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), estima-se que 1 em cada 10 idosos sofrem de depressão, sendo a prevalência mais elevada no género feminino, em todas as idades (Ferreira, 2011; Medeiros, 2010).

Outros autores referem que, 44% das pessoas idosas que vivem em instituições sofrem pelo menos de alguns sintomas depressivos, sendo que 16% apresentam diagnóstico de depressão major. Para além disso, 15% recebem tratamento médico. Os idosos jovens com incapacidade funcional apresentam maior risco de desenvolverem depressão (McDougall, Matthews, Kvaal, Dewey, & Brayne, 2007).

As estimativas de prevalência da depressão variam de 10 a 15% em ambientes comunitários, sendo maior a nível institucional, com cerca de 20% (Martin et al., 2008).

No caso dos idosos institucionalizados, estes estão separados do ambiente familiar habitual, experimentando a sensação de exclusão social, abandono, dependência e inutilidade. A baixa qualidade de vida, oferecida pela maior parte das instituições, também pode contribuir para o agravamento do estado afetivo dos idosos levando, muitas vezes, a estados depressivos graves (Luna, 2009).

A depressão causa um aumento da mortalidade, por aumento das taxas de suicídio e das complicações que surgem ao nível das doenças cardíacas. É importante referir, que as taxas de suicídio encontradas em idosos são quase o dobro das que se verificam nas restantes faixas etárias (Medeiros, 2010). A depressão, quando não

tratada, pode afetar negativamente a qualidade de vida e o bem-estar do idoso (Porcu et al., 2002).

Alguns estudos referem, que tal como nas restantes faixas etárias, nos idosos portugueses também as mulheres apresentam mais sintomatologia depressiva do que os homens (Almeida, 2011), assim como outros fatores preditores como: baixo nível de instrução/escolaridade, idade avançada, baixas condições socioeconómicas e habitacionais, baixo suporte social, isolamento social, depressão prévia, comorbilidades psiquiátricas, viuvez e divórcio, características de personalidade, distúrbios do sono, défices cognitivos, condições de saúde adversas, limitações funcionais e presença de dores (Almeida, 2011; Pinho, Custódio, & Makdisse, 2009; Vink, Aartsen, & Schoevers, 2008; Wuthrich & Rapee, 2013).

As causas mais frequentes de depressão, nos idosos estão associadas a fatores genéticos, a doenças incapacitantes, ao abandono e ao luto. A depressão no idoso surge normalmente num contexto de diminuição da qualidade de vida, resultante de um processo de isolamento social, de doenças crónicas graves e incapacitantes. Dessa forma, os aspetos referidos anteriormente devem ser considerados como fatores de risco para o desenvolvimento de depressão (Stella et al., 2002).

Para além desses, sentimentos de frustração por objetivos não realizados, história de perda progressiva de entes queridos, quebra de laços afetivos, bem como isolamento social, criado pela mudança de papéis sociais, aquando da reforma, com quebra dos recursos financeiros são também fatores que comprometem a qualidade de vida dos idosos, dando origem ao desenvolvimento de estados depressivos, quando não superados de forma equilibrada (Paúl & Fonseca, 2005; Stella et al., 2002).

A depressão nos idosos origina também aumento das despesas, devido aos seus custos tanto diretos como indiretos. Numa fase mais avançada, pode levar a tendências suicidas, encurtando a expectativas de vida dos idosos, tanto pelas doenças somáticas relacionada com a depressão, como pela concretização do próprio suicídio (Mello & Teixeira, 2011).

Com base no que foi referido anteriormente, pode-se observar que a depressão geriátrica é multifatorial: fatores genéticos, sociais e de saúde física (Mello & Teixeira, 2011). Segundo, Scaldo & Miguel (2006), citado por Mello & Teixeira (2011), as alterações na acuidade visual e auditiva são dos fatores com maior contributo para a o desenvolvimento de depressão no idoso, pois levam ao isolamento social.

A depressão nos idosos pode ser subestimada, uma vez que os sintomas psicológicos são muitas das vezes atribuídos às perturbações do sono, fadiga e a doenças fisiológicas (Almeida, 2011). Dessa forma, o diagnóstico de depressão, deve passar pelo exame subjetivo do idoso, dos familiares ou cuidadores, envolvendo posteriormente um exame psiquiátrico e clínico (Stella et al., 2002).

Woods (1996), citado por Paúl & Fonseca (2005), defende que uma entrevista de diagnóstico é o melhor instrumento de avaliação para determinar se um idoso tem ou não uma perturbação de humor. Associados à entrevista, os questionários ajudam à avaliação da gravidade e intensidade dos sintomas depressivos.

Existem dessa forma, diversos instrumentos de avaliação, baseados em observações clínicas ou em questionários, acerca de sintomas particulares. Pode-se referir, a versão portuguesa da Escala Geriátrica de Depressão, a versão portuguesa da Escala Center for Epidemiological Studies – Depression Scale, a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão, a Entrevista Clínica Semi-Estruturada para o Diagnóstico da Depressão no Idoso – ECDDI, entre outros (Paúl & Fonseca, 2005).

A depressão no idoso, além de ser complexa, devido à mesma ser multifatorial, apresenta também uma elevada incidência aquando da presença de doenças crónicas. Segundo, Mello & Teixeira (2011) aproximadamente 50% dos doentes com demência, 25% dos doentes com doença vascular cerebral e 50% dos doentes com Parkinson, têm também associada a depressão.

Os sintomas depressivos no idoso podem ser classificados em emocionais, cognitivos, físicos e de vontade ou psicóticos. No grupo dos sintomas emocionais destacam-se a tristeza, a insatisfação com a vida, a vontade de chorar, a perda de interesses, a irritabilidade, a solidão e a inutilidade. Os sintomas cognitivos são: a baixa autoestima, o pessimismo, o sentimento de culpa, o pensamento suicida, os delírios, as alucinações, as dificuldades de concentração e de memória. Os sintomas físicos englobam a perda de apetite, a fadiga, a perturbação do sono, a perda de libido e a inquietação. Os sintomas de vontade ou psicóticos caracterizam-se pela perda de motivação, impulsos suicidas e desejo de se afastar da sociedade (Ferreira, 2011).

**Tabela 3 - Sintomas de depressão no idoso**

Sintomas de Estado de Humor	Sintomas Físicos (Neurovegetativos)	Sintomas Cognitivos	Sintomas Psicóticos
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Deprimido;</li> <li>- Irritabilidade;</li> <li>- Tristeza e melancolia;</li> <li>- Desânimo;</li> <li>- Sentimento de abandono;</li> <li>- Sentimento de inutilidade;</li> <li>- Diminuição da autoestima;</li> <li>- Isolamento social;</li> <li>- Desinteresse;</li> <li>- Ideias de morte;</li> <li>- Tentativas de suicídio.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Emagrecimento;</li> <li>- Distúrbio do sono;</li> <li>- Perda de energia;</li> <li>- Lentificação psicomotora;</li> <li>- Inquietação psicomotora;</li> <li>- Hipocondria;</li> <li>- Dores generalizadas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Dificuldades de concentração e memória;</li> <li>-Lentificação do raciocínio.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ideias paranóides;</li> <li>- Delírios de ruína;</li> <li>- Delírios de morte;</li> <li>- Alucinações, com ordens de suicídio.</li> </ul>

Adaptado de Stella et al. (2002, p. 93)

Os **subtipos de depressão** que podem estar presentes no idoso são: depressão major, distímia, depressão psicótica e depressão vascular (Ferreira, 2011). De acordo com Olmedo-Buenrostro et al. (2006), citado por Pereira (2009), a gravidade da depressão pode ser considerada ligeira ou mínima, moderada ou grave e severa ou extrema, sendo determinados através da gravidade dos sintomas, o grau de incapacidade funcional e o mal-estar psicológico.

A ansiedade e as alterações de autoestima são outras das perturbações com predominância nos idosos.

### 4.3. Ansiedade no idoso

#### 4.3.1. O fenómeno da ansiedade

A **ansiedade** define-se “como um estado emocional desagradável, associado à sensação de que algo trágico vai acontecer, mesmo que não exista qualquer ameaça real, e ao qual se associa um conjunto típico de sintomas físicos e psíquicos” (Bagg et al., 1992, p.125). De uma forma geral, podemos assim dizer que ansiedade é uma:

“(...) sensação de mal-estar psíquico caracterizada pelo receio de um perigo iminente real ou imaginário (...)”

(Nicoulin et al., 2004, p. 67)

É considerada, por muitos autores, como uma experiência humana universal, podendo aparecer em vários momentos do dia-a-dia, com variações ao nível da intensidade e duração, dependendo muitas das vezes das circunstâncias (Fonseca, 1985; Kaplan, Sadock, & Grebb, 1994).

Um certo grau de ansiedade é perfeitamente normal e contribui para melhorar as nossas capacidades perante situações difíceis ou inesperadas. No entanto, a ansiedade passa a ser patológica quando se torna excessiva, acabando por bloquear o raciocínio nessas situações e perturbar as atividades do dia-a-dia (Bagg et al., 1992; Kaplan et al., 1994).

Para Kaplan & Sadock (1998, p. 125), a ansiedade patológica é “caracterizada por um sentimento de receio, acompanhado por sinais somáticos de hiperatividade do sistema nervoso autónomo”. Rojas (1997), citado Godoy (2000), refere que podem existir dois tipos de ansiedade, uma positiva e outra negativa. A primeira refere-se a um estado de ânimo presidido pelo interesse e curiosidade do indivíduo, a negativa existe quando perturba a vida do indivíduo, tanto ao nível do equilíbrio emocional como intelectual, originando um comprometimento no funcionamento psicossocial.

### **4.3.2. Medo e ansiedade**

De forma, a analisarmos a perturbação de ansiedade no idoso, é importante distinguir dois termos que muitas das vezes estão interligados: a ansiedade e o medo. A ansiedade é um sinal de alerta, que serve para responder a um perigo iminente e possibilita a tomada de medidas e ações face a esse perigo. Por outro lado, o medo é também um sinal de alerta, distinguindo-se da ansiedade por ser uma resposta a uma ameaça conhecida, externa, precisa e de origem não conflituosa, enquanto a ansiedade é uma resposta a uma ameaça desconhecida, vaga e de origem conflituosa. A distinção, entre os dois termos, foi realizada por alguns autores, de que se destaca Sigmund Freud e Charles Darwin, onde este último relacionou a palavra “medo”, a algo repentino e perigoso (Kaplan & Sadock, 1998; Kaplan et al., 1994).

### **4.3.3. Funções adaptativas da ansiedade**

Como já foi referido anteriormente, a ansiedade alerta-nos sobre uma ameaça, tendo como função a preservação da vida. Em níveis considerados normais, tende a proteger o indivíduo, principalmente no que diz respeito a lesões corporais, dor e frustrações sociais, entre outras. Funciona como um mecanismo protetor do ser humano, sendo por isso considerado um dos mecanismos fisiológicos mais importantes para a sobrevivência do mesmo (Kaplan et al., 1994).

A experiência da ansiedade apresenta dois componentes, a consciência das sensações fisiológicas, como a sudorese e as palpitações e a consciência de “estar nervoso”. A ansiedade pode também ser aumentada por sentimentos de vergonha. Além dos efeitos motores e viscerais da ansiedade, esta também produz efeitos ao nível do pensamento, perceção e aprendizagem, não devendo os mesmos serem ignorados, pois tendem a produzir estados de confusão, distorções percetivas, não apenas no espaço e no tempo, como também ao nível do significado dos acontecimentos (Kaplan & Sadock, 1998; Kaplan et al., 1994).

### **4.3.4. Sintomas gerais**

Entre os sintomas mais vulgares, incluem-se as palpitações, as pontadas, o aumento da frequência respiratória e cardíaca, tensões musculares, sintomas gastrointestinais, sudação, palidez, entre outros (Bagg et al., 1992). Assim, ansiedade patológica caracteriza-se por emoções negativas que são excessivas e persistentes.

**Tabela 4 - Sinais e sintomas de perturbação de ansiedade**

Sinais Físicos	Sintomas Psicológicos
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tremores e contrações;</li> <li>- Lombalgias e cefaleias;</li> <li>- Tensão muscular;</li> <li>- Falta de ar e hiperventilação;</li> <li>- Fadiga e sobressaltos frequentes;</li> <li>- Parestesias nas extremidades e dificuldades em engolir;</li> <li>- Hiperatividade do sistema nervoso autónomo: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rubor e palidez;</li> <li>- Hipertensão, taquicardia e palpitações;</li> <li>- Sudorese;</li> <li>- Diarreia;</li> <li>- Boca seca;</li> <li>- Vontade de urinar frequentemente;</li> <li>- Tonturas;</li> <li>- Midríase pupilar (dilatação da pupila);</li> </ul> </li> <li>- Inquietação;</li> <li>- Síncope;</li> <li>- Desconforto abdominal.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sentimentos de temor;</li> <li>- Dificuldades de concentração;</li> <li>- Hipervigilância;</li> <li>- Insónias;</li> <li>- Diminuição do líbido;</li> <li>- Sensação de “nó de garganta”.</li> </ul>

Adaptado de Kaplan & Sadock (1998, p. 126); Kaplan et al. (1994, p. 546)

#### 4.3.5. Classificação da ansiedade, segundo o DSM-IV

Como na depressão, de forma a chegar-se à correta classificação das perturbações de ansiedade, deve-se seguir os critérios estabelecidos no Manual de Diagnóstico e Estatístico das Perturbações Mentais da Associação Psiquiátrica Americana – DSM-IV. Com base neste manual, a ansiedade encontra-se classificada na categoria de Perturbações de Ansiedade, estando dividida da seguinte forma:

- Perturbações de pânico sem agorafobia (ataques de pânico);
- Perturbações de pânico com agorafobia;
- Fobia específica;
- Fobia social;
- Perturbação obsessivo-compulsivo;
- Perturbação pós-*stress* traumático;
- Perturbação aguda de *stress*;
- Perturbação de ansiedade generalizada;
- Perturbação de ansiedade secundária a um estado físico geral (transtorno de ansiedade devido a uma condição médica em geral);
- Perturbação de ansiedade induzida por substância;

- Perturbação de ansiedade sem outra especificação (APA, 2002).

A perturbação da ansiedade, mais frequente ao nível dos idosos, é a perturbação de pânico sem agorafobia, ou seja os ataques de pânico, a perturbação de ansiedade generalizada e a perturbação de ansiedade secundária a um estado físico geral.

Segundo, o DSM-IV, o **ataque de pânico** é “um período discreto no qual se inicia de modo súbito uma intensa apreensão, medo ou terror, frequentemente associados, com sensação de catástrofe iminente. Durante estes ataques, sintomas como falta de ar, palpitações, desconforto ou dor no peito, sensações de sufoco e medo de “enlouquecer” ou de perder o controlo estão presentes” (APA, 2002, p. 429).

### Quadro 3 - Critérios de diagnóstico para perturbação de pânico sem agorafobia

- |  |
|--|
| <p>A. Ambos (1) e (2):</p> <p>(1) Ataques de Pânico inesperados e recorrentes;</p> <p>(2) Pelo menos um dos ataques foi seguido por um mês (ou mais) de um (ou mais) dos seguintes:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>a) Preocupação persistente acerca de ter novos ataques;</li><li>b) Preocupação acerca das implicações dos ataques ou das suas consequências (por exemplo, perder o controlo, ter um ataque de coração ou “enlouquecer”);</li><li>c) Uma alteração significativa no comportamento relacionada com os ataques;</li></ul> <p>B. Ausência de agorafobia;</p> <p>C. Os ataques de pânico não são provocados pelos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (por exemplo, droga de abuso, medicação) ou um estado físico geral (por exemplo, hipotireoidismo);</p> <p>D. Os ataques de pânico não são melhor explicados por outra perturbação mental, tal como a fobia social, fobia específica, perturbação obsessivo-compulsiva, perturbação pós-stress traumático ou perturbação da ansiedade de separação.</p> |
|--|

Adaptado de APA (2002, p. 432)

A **perturbação de ansiedade generalizada** é “caracterizada por pelo menos seis meses de ansiedade e preocupação persistentes e excessivas” (APA, 2002, p. 429).

### Quadro 4 - Critérios de diagnóstico para perturbação de ansiedade generalizada

- |  |
|--|
| <p>A. Ansiedade e preocupação (apreensão expectante), que ocorrem durante mais de metade dos dias durante pelo menos seis meses, acerca de um número de acontecimentos ou atividades (tais como o trabalho ou o desempenho escolar);</p> <p>B. A pessoa tem dificuldade em controlar a preocupação;</p> <p>C. A ansiedade e a preocupação estão associadas com três (ou mais) dos seguintes sintomas</p> |
|--|

(com pelo menos alguns sintomas presentes mais de metade dos dias durante seis meses):

- (1) Agitação, nervosismo ou tensão interior;
  - (2) Fadiga fácil;
  - (3) Dificuldades de concentração ou mente vazia;
  - (4) Irritabilidade;
  - (5) Tensão muscular;
  - (6) Perturbações no sono (dificuldades em adormecer ou permanecer a dormir, ou sono agitado e insatisfatório);
- D. O foco da ansiedade e preocupação não está limitado às características de uma perturbação do eixo I, por exemplo, a ansiedade ou preocupação não estão relacionadas com ter um ataque de pânico (como na perturbação de pânico), ficar embaraçado em público (como na fobia social), ser contaminado (como na perturbação obsessivo-compulsivo), estar afastado de casa ou dos familiares íntimos (como na perturbação de ansiedade de separação), aumentar de peso (como na anorexia nervosa), ter queixas físicas múltiplas (como na perturbação de somatização), ou ter uma doença grave (como na hipocondria), e ansiedade e preocupação não ocorrem exclusivamente durante a perturbação pós-*stress* traumático);
- E. A ansiedade, preocupação ou sintomas físicos causam mal-estar clinicamente significativo ou deficiência no funcionamento social, ocupacional, ou em qualquer outra área;
- F. A perturbação não é provocada pelos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (por exemplo, droga de abuso, medicação) ou estado físico geral (por exemplo, hipotireoidismo) e não ocorre exclusivamente durante uma perturbação de humor, uma perturbação psicótica ou uma perturbação global do desenvolvimento.

Adaptado de APA (2002, p. 476)

No que diz respeito à **perturbação de ansiedade secundária a um estado físico geral**, é “caraterizada por sintomas de ansiedade proeminentes que são considerados uma consequência fisiológica direta de um estado físico geral” (APA, 2002, p. 429). Nestes casos, por exemplo as doenças crónicas, nomeadamente as patologias respiratórias estão incluídas.

**Quadro 5 - Critérios de diagnóstico para perturbação de ansiedade secundária a um estado físico geral**

- A. Ansiedade, ataques de pânico, obsessões ou compulsões predominam no quadro clínico;
- B. Existe evidência, a partir da história, exame físico ou achados laboratoriais, de que a perturbação é consequência fisiológica direta de uma condição médica geral;
- C. A perturbação não é explicada por outra perturbação mental;
- D. A perturbação não ocorre exclusivamente durante um *delirium*;
- E. A perturbação causa sofrimento clinicamente significativo ou comprometimento no funcionamento social, ocupacional, ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

Adaptado de APA (2002, p. 478)

#### **4.3.6. Perturbação da ansiedade em idosos**

Alguns estudos, referem que a ansiedade é menos prevalente do que a depressão em idosos (Wetherell, Maser, & Van Balkom, 2005), sendo na maioria dos idosos um estado misto de ansiedade-depressão. No entanto, a prevalência deste estado misto é inferior à prevalência da depressão major (Almeida, 2011).

Como a depressão nos idosos, a ansiedade é também muitas das vezes subestimada pelos diferentes profissionais de saúde, que lidam com os idosos, sendo muitas das vezes difícil a sua identificação, devido à distinção das diferentes causas da ansiedade nos idosos, podendo esta resultar de uma reação a um evento traumático, a doenças, ao uso de medicação e a perturbações específicas da ansiedade (Almeida, 2011).

Segundo alguns estudos a presença de ansiedade nos idosos:

- Aumenta o risco de doença física, declínio cognitivo, problemas de memória e reduz a qualidade de vida, aumentando o risco de morte;
- É mais prevalente em idosos com baixa atividade social e viúvos;
- Em relação à diferença entre géneros, é mais frequente nas mulheres, devido em grande parte a fobias específicas e a comorbilidades (Almeida, 2011; Azevedo, 2009; Bagg et al., 1992; Vink et al., 2008).

A ansiedade nos idosos, está também muitas vezes associada ao facto do idoso estar constantemente perante o desconhecido: o próprio envelhecimento, originando dúvidas e medos. Existe a sensação de perda de identidade, assim como sentimentos de culpa e angústia pelo que fez ou poderia ter feito. Para além disso, nesta etapa da vida, existe uma maior consciencialização humana da morte, podendo a mesma despertar ansiedade perante o desconhecido. Os receios dos idosos face à morte podem ser de diversa natureza, existindo a preocupação com as perdas que acompanham a própria morte, como a perda do corpo, o distanciamento dos entes queridos, a sensação de deixar de existir, entre outros. Normalmente, o período que antecede a morte é caracterizado pelo isolamento social, decorrente da institucionalização (Mónica, 2011; Osswald, 2013; Silva, 2009).

As modificações da autoestima são outras das perturbações com predominância nos idosos, realizando-se o enquadramento da mesma de seguida.

#### **4.4. Autoestima no idoso**

A autoestima tem sido objeto de estudo por diversas áreas do conhecimento, devido à sua importância que tem em cada indivíduo, sendo um bom preditor subjetivo de bem-estar psicológico (Lima, 2002).

#### 4.4.1. Autoconceito: *self*

“Todos os seres humanos idealizam algum mecanismo que lhes permite, ao despertar todas as manhãs, estar seguros de que são a mesma pessoa que foi dormir na noite anterior”

Gordon Allport, *Padrão e Desenvolvimento da Personalidade* (1961), citado por Marcos (2008, p. 63)

De forma, a analisarmos o conceito de autoestima, neste capítulo, mais concretamente nos idosos, é importante percebermos primeiro a natureza do *self* : autoconceito. Diversos filósofos, tentaram explicar a natureza do *self* :

- Platão considerou o *self* “equivalente à alma e sentiu que era o lugar da sabedoria”;
- Buda “acreditou que cada um de nós cria o seu próprio sentido de identidade pessoal, sendo que esta autocompreensão é muitas vezes distorcida e incompleta”;
- Descartes baseou o *self* na nossa “capacidade em pensar”;
- Hume considerou o *self* como “experiência de percepção”;
- Para Kant o *self* “não é tanto a nossa perspectiva de quem acreditamos que somos, mas sim do que somos realmente”(Nexo, 1998, p. 139).

Para alguns teóricos como William James (1890), Charles Cooles (1922), George Mead (1934) e Harry Sullivan (1953), temos concepção do *self* por causa das nossas interações com as outras pessoas, ou seja todos estes autores concordam sobre a construção social do *self* (Nexo, 1998). É um constructo multidimensional (Becker, 2013).

Segundo Rosenberg (1979), citado por Nexo (1998), o **autoconceito** pode ser definido como:

“(...) o conjunto de pensamentos e sentimentos que se referem ao *self* como objeto (...), não constitui necessariamente uma visão objetiva do que somos, mas antes um reflexo de nós próprios tal qual nos percebemos (...)

(Nexo, 1998, p. 143)

Para William James (1890), citado por Nexo (1998), o *self* é composto pelos nossos pensamentos e crenças acerca de nós próprios, tendo este autor denominado de

“conhecido” ou de “mim”, existindo três componentes distintos, o *self* material, o *self* espiritual e o *self* social.

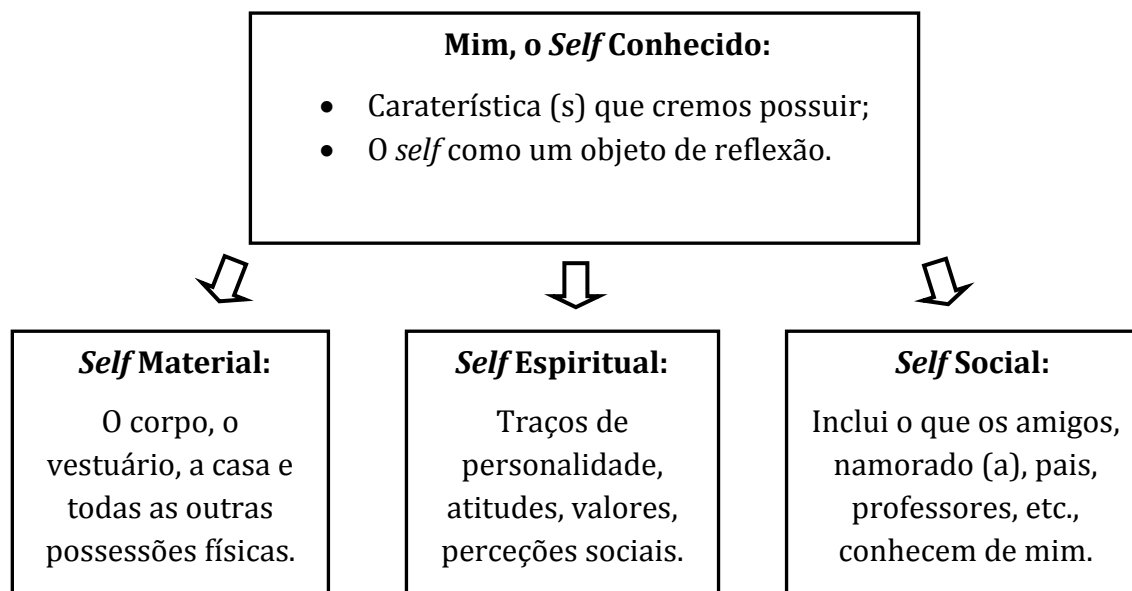


Figura 2 - O Self conceptualizado, por William James (1980)

Adaptado de Nexo (1998, p. 145)

#### 4.4.1.1. Autodiscrepâncias no *self*

Existe a possibilidade da existência de discrepâncias entre o *self* atual e o *self* devido, segundo a teoria da autodiscrepância, de Higgins de 1989. No caso do autoconceito, de uma determinada pessoa ser incompatível com os seus próprios sentimentos de responsabilidade ou com as obrigações, poderá sentir sentimentos de culpa e vergonha. Em casos extremos poderá sofrer de desordens, como a ansiedade. Poderá também haver discrepâncias entre o *self* percebido e o *self* ideal, dando origem a sentimentos de desilusão, frustração e de não realização pessoal, podendo em casos extremos levar à depressão, devido à não concretização de tais sonhos e ideais (Nexo, 1998).

Segundo Higgins (1989), citado por Nexo (1998), as consequências emocionais da autodiscrepância dependem de dois fatores: a quantidade e a acessibilidade. Quanto maior a quantidade de discrepância, mais intenso será o desconforto emocional e quanto mais conscientes estamos dessa discrepância, mais intenso será esse desconforto.

**Tabela 5** - As emoções e possíveis desordens associadas com os quatro tipos de autodiscrepâncias, segundo Higgins (1989)

Discrepância	Estado emocional	Desordem
Deveres próprios	Agitação por auto-crítica (culpa)	Ansiedade
Deveres dos outros	Agitação por medo e ameaça (vergonha)	Ansiedade
Ideais próprios	Desânimo por falta percebida de auto-realização (desilusão)	Depressão
Ideais dos outros	Desânimo por perda antecipada de afecto social (falta de orgulho)	Depressão

(Nexo, 1998, p. 177)

De forma a poder avaliar-se o autoconceito de um indivíduo em particular, com todas as suas características, diversos psicólogos utilizam a seguinte questão: **“Quem Sou Eu?”**, como técnica de análise. A resposta a esta questão permite obter o autoconceito espontâneo, isto porque o indivíduo fornece uma descrição de si próprio, sem ser orientado pelo profissional sobre as dimensões que considera mais importantes. No entanto, não nos podemos esquecer, que nem sempre damos a mesma resposta a essa questão, dado que só se pode ter acesso cognitivamente a uma parte do *self* de cada vez (Nexo, 1998).

Quando se passa para questões como: **“Que pensa de si próprio?”** ; É capaz de fazer determinadas coisas tão bem como as outras pessoas? ; Está satisfeito com a sua aparência e com a sua personalidade? ; Nunca se sente inútil? ; É otimista quanto ao seu futuro? . A resposta a todas estas questões leva-nos a uma componente mais afetiva do *self*, a autoestima (Nexo, 1998).

#### 4.4.2. Conceito de autoestima

“De todos os juízos que fazemos ao longo da vida, nenhum é tão relevante como o que fazemos sobre nós mesmos, porque esse juízo é o motor da nossa existência”

Nathaniel Branden , *Horando o Eu* (1983),  
citado por Marcos (2008, p. 203)

Ao passarmos a abordar o conceito de autoestima, movemo-nos da informação factual contida no autoconceito para também incluirmos as avaliações ligadas a essa

informação. Segundo Rogers (1980), citado por Nexo (1998, p.169), em termos cognitivos passamos de “cognições frias para cognições quentes”.

Dessa forma, é óbvio que o autoconceito e autoestima não são totalmente independentes, isto porque não se pode valorizar algo a não ser que se tenha uma ideia clara do que é, e inversamente (Marcos, 2008; Nexo, 1998).

**O conceito de autoestima** refere-se:

“(…) à avaliação de si próprio, seja de modo positivo ou negativo, e contém julgamentos sociais (…) as pessoas avaliam-se a si próprias de modo favorável nalguns aspetos e noutros não (…)”

(Nexo, 1998, p. 169)

Branden (1999), citado por Fraquelli (2008, p. 24) define a autoestima “como sendo uma sensação de capacidade para enfrentar desafios da vida e de ser digno da felicidade”. A autoestima é “formada pela imagem que cada pessoa tem de si mesmo (autoimagem) somada ao autoconceito, desenvolvido a partir de estímulos e informações que recebe do ciclo social”.

Para Branden (1996), citado por Cozin (2009), autoestima é:

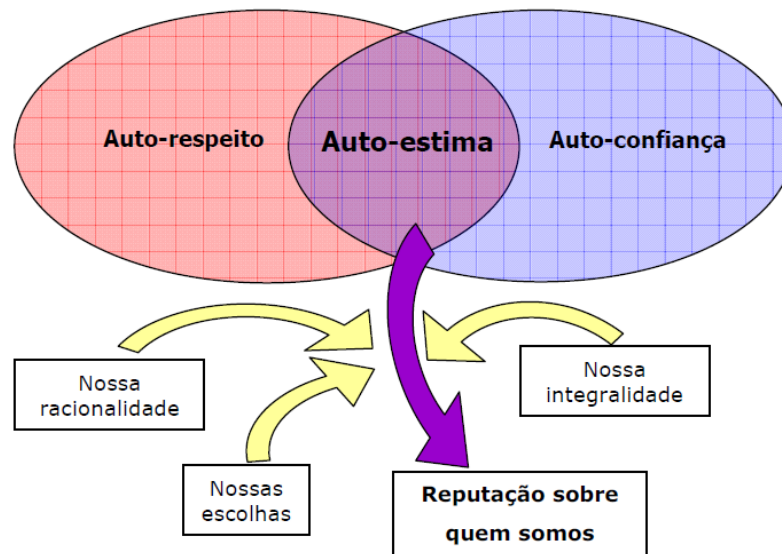
“(…) o que pensamos e sentimos sobre nós mesmos, e não o que o outro pensa e sente sobre nós (…) é a soma da autoconfiança com o autorespeito, originando na esfera do consciente a avaliação que o individuo apresentará sobre a sua própria capacidade de lidar com os desafios da vida e de se sentir merecedor da felicidade (…)”

(Cozin, 2009, pp. 16, 17)

Segundo Campbell (1984), citado por Becker (2013, p. 45), a autoestima é “o julgamento positivo e consciente do “eu”, sendo um indicador do bem-estar psicológico”.

Para Mosquera (1983), citado por Rodrigues (2011, pp. 33, 34) a autoestima é um “processo em contínua atualização na nossa interação em grupo que nos leva a entender a nós mesmos e a entender os outros, de modo o mais real possível”. Mosquera (1976), refere que decorre de uma “atitude positiva ou negativa que o indivíduo possui perante si próprio” (Lima, 2002, p. 54). Segundo Groot (1992), citado por Rodrigues (2011), a autoestima pode aumentar como resultado da satisfação e envolvimento em diversas áreas: na educação, no trabalho, no lazer, nos interesses pessoais, na aparência, entre outros. Para Coopersmith (1967), citado por

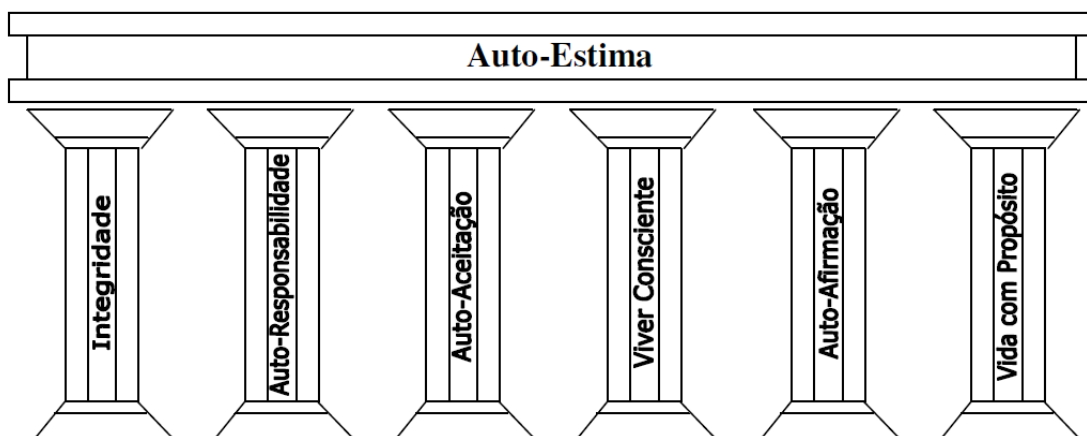
Lima (2002, p. 52) consiste num “ juízo pessoal de merecimento, que se expressa por atitudes que o indivíduo mantém com ele próprio”.



**Figura 3** - Representação esquemática do conceito de autoestima, por Nathaniel Branden (2003)

(Cozin, 2009, p. 17)

Para Branden (1994), a autoestima assenta em seis grandes pilares que fazem parte integrante da vida de cada ser humano. Quando um ou mais pilares, se encontram deteriorados, o resultado desse acontecimento num indivíduo é a diminuição da autoestima, pelo contrário quando se encontram em funcionamento e em equilíbrio, o indivíduo apresenta uma autoestima mais fortalecida. Na figura seguinte é possível observar, os seis pilares da autoestima definidos por Branden (1994).



**Figura 4** - Representação esquemática dos 6 pilares de autoestima, por Nathaniel Branden (1994)

(Cozin, 2009, p. 19)

- **A Prática de Viver Conscientemente:** Ter consciência de tudo o que tem a ver com as nossas ações, propósitos, valores e metas. Necessidade de vivenciar conscientemente o presente, os factos e a vida;
- **A Prática da Autoaceitação:** Cada indivíduo deve aceitar-se a si próprio, com os defeitos e virtudes, de vista a formar uma pré-condição para a mudança e para o crescimento;
- **A Prática da Autoresponsabilidade:** Devemos estar dispostos a assumir a responsabilidade dos nossos atos e das nossas metas, o que significa assumir a responsabilidade da própria vida e do próprio bem-estar;
- **A Prática da Autoafirmação:** Devemos respeitar os nossos desejos, necessidades e valores, buscando de forma adequada a maneira dos exprimir no dia-a-dia;
- **A Prática da Vida com Propósitos:** Utilizar as nossas faculdades para conseguirmos alcançar as metas que nos propusemos. Através de propósitos o indivíduo organiza os seus comportamentos, com vista a uma direção;
- **A Prática da Integridade Pessoal:** Consiste na integração dos nossos ideais, convicções, normas e crenças, de acordo com a nossa conduta (Branden, 1994; Cozin, 2009).

#### 4.4.3. Avaliação da autoestima

Para Rosenberg (1965), citado por Nexø (1998), a nossa autoestima global depende do modo como avaliamos as nossas qualidades pessoais e identidades em papéis específicos, isto é, conceitos do *self* em diferentes papéis, como na função de amigo, filho, estudante, entre outros. Avaliamos cada um deles como sendo positivo ou negativo. Rosenberg (1979), citado por Lima (2002, p. 54) considerou autoestima como “avaliação que o indivíduo faz a respeito do seu próprio valor”, referindo posteriormente, em 1986, que existem duas formas de interpretação da autoestima, “a maneira como as pessoas se vêem quando olham para si próprias e a maneira como se descrevem nas suas diversas dimensões”.

Habitualmente, não temos perceção das avaliações realizadas às nossas identidades específicas. Quando avaliamos, de forma positiva as nossas identidades, nos diferentes contextos, podemos apresentar um nível elevado de autoestima global, porém se dermos um grande peso às identidades avaliadas de forma negativa,

teremos um nível baixo de autoestima global, mesmo se apresentarmos muitas qualidades consideradas de valor (Cozin, 2009; Nexo, 1998; Rodrigues, 2011).

Existem diversos instrumentos de avaliação da autoestima, sendo a mais utilizada a escala de autoestima, elaborada por Rosenberg (1965). Segundo este autor, os resultados desta escala permitem prever emoções e comportamentos dos indivíduos (Nexo, 1998).

#### 4.4.4. Desenvolvimento da autoestima

Para alguns autores, as raízes da autoestima iniciam-se na infância. Segundo Gordon Allport (1961), a autoestima torna-se uma parte importante da autoconsciência entre os dois e três anos. Erik Erikson (1963), propôs um modelo semelhante, no qual designou o segundo estadio de desenvolvimento: autonomia versus vergonha e dúvida (Nexo, 1998).

Para Coopersmith (1967), citado por Lima (2002) a criança desenvolve uma autoestima elevada, quando esta sente, aceitação total ou quase total dos pais. Este autor, considera existirem quatro fatores determinantes do desenvolvimento da autoestima:

- Percepção que a criança possui, acerca dos valores que os outros lhe atribuem (afetos e elogios);
- Experiências de sucesso;
- Definição de sucesso ou de fracasso individual;
- Capacidade da criança em lidar com as críticas (aspectos negativos) (Lima, 2002).

Para Maslow, o ser humano vive em função de necessidades. Sendo assim, o desenvolvimento da autoestima resulta na satisfação de determinadas necessidades. Este autor, considera que todos os indivíduos são conscientes e racionais, sendo atores do próprio destino e evolução. Há fatores motivacionais, que servem de base à personalidade. A motivação é o processo por intermédio do qual os indivíduos chegam aos fins. Os objetivos individuais respondem a necessidades que devem ser satisfeitas, sendo essas necessidades universais, ou seja não são específicas de uma cultura, de um ambiente ou de uma geração. Porém, a forma como essas necessidades são satisfeitas depende da cultura pessoal. A satisfação de uma necessidade não se encontra isolada, podendo depender da satisfação de outras necessidades anteriores, simultâneas ou posteriores (Hansenne, 2003).

Abraham Maslow (1959), desenvolveu a teoria da “Hierarquia das Necessidades Básicas”, sendo as mesmas organizadas em função da importância. Esta hierarquização das necessidades determina que não acedemos às necessidades

superiores, enquanto as necessidades inferiores não estiverem totalmente satisfeitas (Hansenne, 2003). Na figura seguinte, podemos observar uma representação gráfica desta hierarquia:



Figura 5 - Representação hierárquica das necessidades, segundo Maslow (1959)

(Agência Digital - Gw8, 2012)

- **Necessidades Fisiológicas:** São necessidades prioritárias, pois a sobrevivência depende delas. São básicas para a manutenção da vida, como a alimentação, o sono, a higiene, entre outras;
- **Necessidades de Segurança:** consistem essencialmente na necessidade de o ser humano estar livre de perigos reais e imaginários;
- **Necessidades Sociais:** são necessidades de pertença e de amor. Consistem na necessidade de pertencer a grupos e de ser aceite nestes;
- **Necessidades de Estima:** dividem-se em duas categorias, as que se relacionam com a autoestima como a competência, a confiança, a liberdade, a independência e o controlo, e as que se relacionam com a estima dos outros em relação a nós próprios, como sejam o reconhecimento, a apreciação, o respeito, o prestígio e a dignidade. Se estas necessidades não forem satisfeitas, conduzem-nos a sentimentos de inferioridade, de fraqueza e de desespero;
- **Necessidades de Autorealização:** são necessidades de realização pessoal, referem-se ao que as pessoas sentem ao maximizar o seu potencial. É o desejo de se tornarem naquilo que sentem que são capazes (Fraquelli, 2008; Hansenne, 2003).

Para Maslow (1959), citado por Fraquelli (2008), o ser humano nunca estará plenamente satisfeito quanto às suas necessidades. Esta hierarquia das necessidades influencia os diferentes comportamentos que o ser humano apresenta ao longo da sua vida.

Segundo, as perspectivas dos diferentes autores referidos anteriormente, podemos assim concluir, que autoestima tende a modificar-se ao longo dos diversos ciclos da vida, uma vez que a mesma está dependente das experiências vivenciadas de cada indivíduo, nos diferentes contextos e das suas necessidades.

#### **4.4.5. Nível da autoestima e comportamento**

O nível de autoestima de um determinado indivíduo, tem impacto no comportamento do mesmo, tanto no contexto individual como a nível social. Sabe-se que a autoestima tem uma grande influência na vida quotidiana. Os indivíduos com níveis de autoestima elevados tendem a comportar-se de um modo bastante diferente, dos indivíduos com nível de autoestima baixo. Normalmente níveis de autoestima elevados estão associados a uma participação social ativa e propiciadora de conforto, enquanto que os indivíduos que apresentam níveis de autoestima mais baixos, estão associados a papéis pouco participativos na sociedade (Nexo, 1998).

Podemos assim verificar, que quando a autoestima é alta, normalmente decorre de experiências positivas que o indivíduo vivenciou ou ainda está a vivenciar e quando a autoestima é baixa, resulta de experiências e fatores negativos (Fraquelli, 2008).

A presença de uma autoestima positiva, leva ao indivíduo a sentir-se confiante, competente e merecedor, sendo estes aspetos indispensáveis para uma vida satisfatória (Chaim, Izzo, & Sera, 2009). Por outro lado, Burns (1982) citado por Lima (2002), refere que os indivíduos que apresentam baixos níveis de autoestima parecem estar mais predispostos a depressões, comportamentos ansiosos e à diminuição da qualidade de vida.

Existe a possibilidade de variações na autoestima, embora os níveis de autoestima sejam relativamente estáveis. Muitas vezes, essas variações ocorrem durante alguns minutos, horas e outras durante anos (Nexo, 1998).

#### 4.4.6. Autoimagem, imagem corporal e autoestima no idoso

“Que algo tão extraordinário como o facto de sermos conscientes de nós próprios pela simples estimulação de uns neurónios no cérebro é tão inexplicável como o aparecimento do génio cada vez que Aladino esfregava a sua lamparina”

Thomas Huxley, *O Lugar do Homem na Natureza* (1863),  
citado por Marcos (2008, p. 43)

A autoimagem, segundo Mosquera & Stobaus (2006), citado por Fraquelli (2008, p. 25) surge “da interação da pessoa no seu contexto social e é a consequência de relações estabelecidas com os outros e para conosco mesmos (...) é o (re)conhecimento que fazemos de nós, como sentimos as nossas potencialidades, sentimentos, atitudes e ideais”.

A imagem corporal é a perceção da própria personalidade física, diferente das restantes. Esta perceção modifica-se e evolui ao longo da vida (Ruipérez & Llorente, 1998).

Para Chaim et al. (2009, p. 176), o conceito de imagem corporal pode ser definido como “a experiência psicológica de alguém sobre a aparência e o funcionamento do corpo (...) é a maneira pela qual o nosso corpo aparece para nós mesmos, correspondendo à representação mental do próprio corpo”.

A consciência da imagem corporal é um fator que contribui para autoestima durante todo o percurso da nossa vida, sendo a mesma bastante importante no final da mesma, uma vez que nos temos que adaptar a um corpo, que se encontra em mudança constante e rápida (Lima, 2002).

O ser humano é consciente da sua individualidade, do seu corpo e da sua relação com os outros. O controlo de algumas atividades e funções básicas da vida diária, como a capacidade de deambulação, de defecação, de micção, de coordenação motora, de fala contribuem para a manutenção da autoestima, sobretudo nos mais idosos (Ruipérez & Llorente, 1998).

Com o envelhecimento, produzem-se algumas mudanças que determinam alterações da imagem corporal. Nesta etapa, são também frequentes as doenças que originam dependências e perda de controlo do organismo. O idoso recebe a rejeição que pode provocar nos outros, sendo esta sensação agravada pela falta de intimidade (Costa et al., 1999; Ruipérez & Llorente, 1998).

Muitos idosos rejeitam o próprio envelhecimento, em virtude da imagem que fazem de si mesmos, desenvolvendo sentimentos de desvalorização e de baixa autoestima (Chaim et al., 2009).

Num estudo onde se analisou a diferença dos géneros entre os idosos sobre autoconceito, verificou-se que quanto melhor a autoestima, melhor foi a autoimagem dos mesmos. Idosos mais ativos estão satisfeitos com a autoimagem e autoestima que possuem. Verificou-se também que os idosos sem doenças incapacitantes apresentaram melhor autoestima e menor perceção de sentimentos negativos. (Pinquart & Sorensen, 2001).

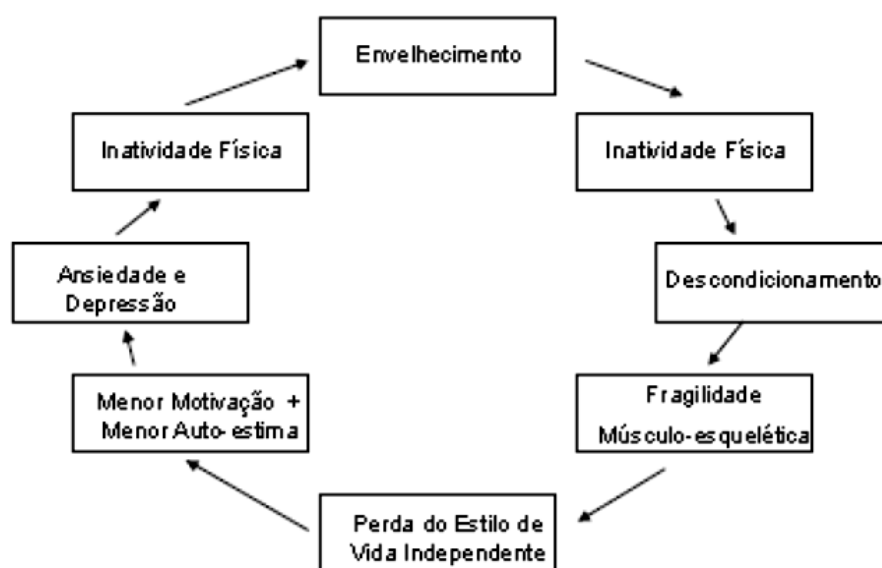
A autoestima é considerada um sentimento importante para o idoso, isto porque permite ao idoso alcançar a satisfação com a vida, fazendo com que o mesmo consiga ajustar-se às novas realidades, de forma a desenvolver novos papéis sociais, com vista à criação de um propósito para esta nova etapa da vida (Cozin, 2009). Não nos podemos esquecer, que a maioria dos idosos, tanto no meio familiar e social, estão sujeitos a comportamentos de rejeição e de discriminação, levando ao desenvolvimento de uma baixa autoestima. Para além dos aspetos que foram referidos, os idosos tendem a conviver com a presença de alterações estruturais e funcionais, resultantes do processo de envelhecimento normal, assim como da perda bastante frequente, de entes queridos, como amigos, vizinhos, conhecidos e familiares (Berger & Mailloux-Poirier, 1995; Cozin, 2009; Ruipérez & Llorente, 1998).

Vários estudos têm referido, que os idosos do género feminino apresentam menor autoestima quando comparados com os idosos do género masculino, assim como em relação às doenças crónicas, os idosos com menos doenças crónicas apresentam melhor autoestima do que os idosos com maior número de doenças crónicas. Também em relação ao estado civil, os idosos do género masculino casados apresentam maior autoestima que os idosos do género feminino casados (Pliner, Chaiken, & Flett, 1990; Reitzes & Mutran, 1994; Vitoreli, Pessini, & Silva, 2005).

As razões que são apresentadas num estudo realizado por Pinquart & Sorensen (2001), em idosos sobre as diferenças do nível de autoestima entre os idosos do género feminino e masculino, devem-se ao facto de as mulheres idosas apresentarem maior probabilidade de ficarem viúvas, do maior número de doenças crónicas e consequentemente no aumento da dependência, assim como a desigualdade de recursos materiais e financeiros face aos homens idosos.

## 5. Ansiedade, depressão e autoestima & patologias respiratórias no idoso

Antes de nos debruçarmos, especificamente na presença de ansiedade, depressão e da baixa autoestima nos idosos com patologias respiratórias, é importante primeiro analisarmos esses parâmetros em idosos, com um processo de envelhecimento normal, sem a presença de doenças respiratórias. No esquema seguinte, é possível observar o impacto que o próprio processo de envelhecimento tem nos idosos, traduzindo-se já este como foi referido anteriormente, em menor motivação, menor autoestima e presença de estados de ansiedade e de depressão resultantes do envelhecimento normal. Os mesmos podem ser representados através de um ciclo vicioso (Becker, 2013; Freitas et al., 2002; Netto, 1999; Ruipérez & Llorente, 1998).



**Figura 6** - Representação esquemática do ciclo vicioso no idoso, por Nobrega et al. (1999)  
(Becker, 2013, p. 41)

No que diz respeito aos idosos com patologias respiratórias, podemos verificar que os idosos que apresentem doenças crónicas têm maior predisposição a transtornos psiquiátricos quando comparados à população geral (Carvalho et al., 2007; Chang-Quan, Bi-Rong, Zhen-Chan, Ji-Rong, & Qing-Xiu, 2010). A depressão, juntamente com a ansiedade e a baixa autoestima, é uma das associações mais comuns e provavelmente, a menos diagnosticada e tratada no contexto das patologias respiratórias (Carvalho, 2008).

Dentro do grupo das patologias respiratórias, as mais comuns, podemos referir as infeções respiratórias, a DPOC, a asma brônquica, a bronquite crónica, o enfisema pulmonar, as bronquiectasias, entre outras (Francisco et al., 2006).

A mais frequente, no contexto de patologia crónica é a DPOC, e está associada a múltiplas comorbilidades (Ng, Niti, Fones, Yap, & Tan, 2009), sendo a ansiedade, a depressão e a baixa autoestima muito comuns nesta doença, possuindo um impacto significativo nos doentes, nas famílias, na sociedade e na evolução da própria patologia (Hynninen, Bjerke, Pallesen, Bakke, & Nordhus, 2010; Marco et al., 2006; Vogele & Leupoldt, 2008).

Existem poucos estudos na avaliação do impacto na qualidade de vida dos doentes com DPOC com sintomas de depressão e ansiedade (Maurer et al., 2009).

Segundo Maurer et al. (2009), a prevalência da depressão na DPOC, numa fase estável varia entre 10 e 42% e a ansiedade entre 10 e 19%. Existe outro estudo em doentes com DPOC, onde foi utilizada a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão, que indicou uma prevalência de depressão de 32% e de ansiedade de 40% (White et al., 1997). Por outro lado, o risco de depressão e ansiedade é obviamente superior, em estadios mais avançados da DPOC, chegando a atingir taxas de 62% em doentes que fazem oxigenoterapia de longa duração (Maurer et al., 2009).

No que se refere, aos doentes que se encontram a recuperar de uma exacerbação da DPOC, a percentagem de depressão e ansiedade, também aumenta (Gudmundsson et al., 2006) para níveis próximos dos 50% (Maurer et al., 2009).

Segundo, Casabury & Petty (1993), citado por Godoy (2000), as causas para a presença de alterações psicoemocionais nos doentes com patologia respiratória, devem-se ao facto de os doentes começarem a confrontar-se com as limitações originadas pela própria doença, tanto ao nível das atividades da vida diária como nas atividades sociais, uma vez que o esforço respiratório que é exigido para a realização dessas mesmas atividades é bastante elevado, predispondo dessa forma à incapacidade. Com o avançar da doença respiratória, os doentes sobretudo os mais idosos, apresentam e sentem mais limitações físicas, refletindo-se as mesmas cada vez mais no dia-a-dia.

Para além disso, segundo Haas & Axen (1991), citado por Godoy (2000), os doentes com patologia respiratória apresentam bastante expectoração e acessos de tosse, apresentando sentimentos de vergonha e de desconforto perante outras pessoas. No doente respiratório, existe também uma associação com a imagem corporal deteriorada, que leva alterações do autoconceito e da autoestima.

No que diz respeito à ansiedade, é importante descrever a relação que existe entre a mesma e a falta de ar. A ansiedade está associada à dispneia intensa, sendo uma das causas de maior queixa e desconforto do doente respiratório (Wilkins et al., 2009). A dispneia corresponde à sensação de falta de ar, sendo a mesma frequentemente acompanhada por pânico e medo de morrer sufocado (Kaplan et al., 1994). Dessa forma, os doentes respiratórios temem a realização de qualquer atividade que predisponha o aparecimento de dispneia, acentuando o descondicionamento físico e o agravamento constante da dispneia.

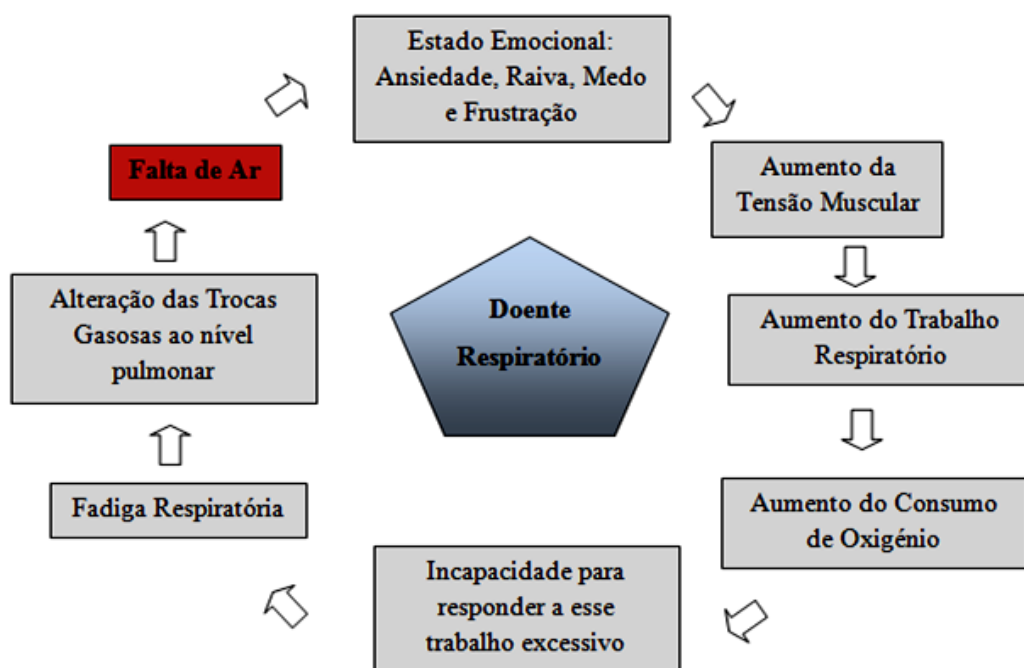


Figura 7 - Representação esquemática do ciclo de ansiedade e falta de ar, por Haas & Axen (1991)

Adaptado de Godoy (2000, pp. 46, 47)

## 6. Ansiedade, depressão e autoestima & fisioterapia cardio-respiratória

A maior parte dos programas de fisioterapia cardio-respiratória, engloba o treino de tolerância ao esforço, baseando-se em atividades físicas que envolvam o controlo respiratório (Arnardóttir, Sorensen, Ringqvist, & Larsson, 2006; Godoy & Frizzo, 2002).

Segundo alguns estudos, os programas de reabilitação respiratória, baseados em atividades físicas têm implicações no controlo de sintomas depressivos menores, em indivíduos com DPOC (Coventry & Hind, 2007; Godoy & Frizzo, 2002; Stoilkova, Janssen, Franssen, Spruit, & Wouters, 2013).

Existem outros estudos que mostram uma redução dos sintomas de depressão e ansiedade, após um programa de reabilitação de seis semanas, com uma redução significativa na depressão após 12 meses de seguimento (Araújo & Jairo-Araújo, 2013).

Num estudo realizado por Lampinem, Heikkinen & Ruoppila (2000) citado por Lucas, Freitas & Machado (2009), existe uma relação entre ansiedade e depressão

com a prática de atividade física, mostrando os resultados deste estudo que os idosos que abandonaram a prática de determinadas atividades físicas, após oito anos apresentaram um aumento dos sintomas depressivos, enquanto que os idosos que mantiveram ou aumentaram a intensidade das atividades não apresentaram esse efeito.

Deste modo, o exercício físico regular influencia positivamente, os idosos com depressão, existindo uma redução significativa dos níveis de depressão com a prática de exercício físico (Cheik et al., 2003; Lucas et al., 2009; Mello et al., 2013).

Em relação à ansiedade nos idosos, o estudo realizado por Guimarães, Pedrini, Matte, Monte, & Parcias (2011), mostrou que os idosos que praticam dança de forma regular apresentam menores níveis de ansiedade, assim como melhores parâmetros de função respiratória, evidenciando um efeito clínico positivo na qualidade respiratória e no bem-estar emocional dos idosos.

Noutro estudo, elaborado por Singh & Singh (2000) citado por Lucas et al. (2009), sugere que o exercício físico é uma alternativa eficaz no tratamento das principais doenças depressivas, sendo a população idosa considerada um grupo de alto risco, no que diz respeito a sintomas depressivos.

Em relação à autoestima, existem também estudos que nos dizem que a manutenção da tonicidade muscular, da força corporal, da resistência e da manutenção física através do exercício, nos idosos têm melhorias na autoestima global dos mesmos, sendo dessa forma importante a sua inserção em programas de exercício físico (García, Marín, & Bohórquez, 2012; Lima, 2002; Meurer, Borges, Benedetti, & Mazo, 2012; Park, Han, & Kang, 2014).

## **7. Artigos referentes à problemática em estudo**

Na tabela seguinte, serão apresentados os estudos levantados na revisão da literatura, sobre as seguintes linhas de investigação: depressão, ansiedade e autoestima em idosos, o efeito do exercício físico no bem-estar psicológico em idosos, o efeito dos programas de reabilitação pulmonar nos doentes com patologia respiratória, assim como a análise das alterações psicoemocionais nesta população específica.

De forma a facilitar a sua análise e interpretação, a tabela está constituída da seguinte forma: autores, ano, título, objetivos, instrumentos de avaliação, amostra e principais resultados chegados pelos estudos.

Tabela 6 - Artigos referentes à problemática em estudo

<b>Autores</b>	<b>Título</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Instrumento</b>	<b>Amostra</b>	<b>Principais Resultados</b>
<b>Marco et al. (2006)</b>	<b>Anxiety and depression in COPD patients: The roles of gender and disease severity</b>	-Avaliar a prevalência da depressão, ansiedade em doentes com DPOC, de acordo com o género e gravidade.	- State Trait Anxiety Inventory; - Self-rated Depression Scale; - St. George's Respiratory Questionnaire (SGRQ); - Modified Medical Resource Council.	-202 doentes com DPOC	- A prevalência da ansiedade e da depressão na DPOC foi alta, 28,8% e 19,8%, respetivamente; - Ansiedade e sintomas depressivos são comuns em doentes com DPOC, mesmo em fases iniciais; - Os doentes do género feminino têm níveis de ansiedade e depressão mais elevados, assim como uma menor qualidade de vida, em relação aos doentes do género masculino; - Os doentes do género feminino referem maior dispneia que os do género masculino, mesmo com o mesmo nível de comprometimento ventilatório; - Doentes do género feminino parecem estar mais expostos ao comprometimento psicológico face aos do género masculino.
<b>García, Marín, &amp; Bohórquez (2012)</b>	<b>Autoestima como variable psicossocial predictora de la actividad física en personas mayores</b>	- Investigar a relação entre a autoestima em pessoas idosas com a prática de atividade física.	-Rosenberg Self-Esteem Questionnaire.	-184 idosos, sendo 94 idosos ativos e 94 idosos sedentários.	- Os resultados obtidos no <i>score</i> da escala de autoestima de Rosenberg, mostram valores mais positivos de autoestima no grupo dos idosos mais ativos; - Existe uma relação positiva entre a autoestima e a prática de exercício físico nos idosos.
		-Avaliar os transtornos mentais em doentes com DPOC, identificar possíveis fatores, comparando os resultados com um grupo de controlo sem	-Entrevistas Clínicas; -Symptom Checklist-90-	-20 doentes com DPOC no grupo experimental e 20 pessoas	- Os resultados deste estudo confirmam a elevada taxa de prevalência de ansiedade em doentes com DPOC; - Os resultados sugerem que a ansiedade presente nos doentes com DPOC, pode ser avaliada e medida por

<b>Vogele &amp; Leupoldt (2008)</b>	<b>Mental disorders in chronic obstructive pulmonary disease (COPD)</b>	DPOC.	Revised; -Global Severity Index; -Self-Report Inventory for Somatic Symptoms.	no grupo de controlo.	processos cognitivos.
<b>Kayahan, Karapolat, Atyntoprak, Atasever, &amp; Ozturk (2006)</b>	<b>Psychological outcomes of an outpatient pulmonary rehabilitation program in patients with chronic obstructive pulmonary disease</b>	- Avaliar os efeitos de um PRR na morbidade psicológica (sintomas de ansiedade e depressão) em doentes com DPOC.	-Hamilton depression rating scale; -Hamilton anxiety rating scale.	- 26 doentes com DPOC no grupo experimental e 19 doentes com DPOC no grupo de controlo.	- O PRR tem benefício na ansiedade e nos sintomas depressivos em doentes com DPOC, sendo o benefício mais efetivo nos sintomas de ansiedade; - Os sintomas psicológicos, o estado de saúde, a tolerância ao exercício, a intensidade da dispneia também melhoraram em doentes com DPOC submetidos a um PRR.
<b>Xu et al., (2008)</b>	<b>Independent effect of depression and anxiety on chronic obstructive pulmonary disease exacerbations and hospitalizations</b>	-Investigar o efeito da ansiedade e da depressão sobre o risco de exacerbação da DPOC e hospitalizações.	-Hospital Anxiety and Depression Scale; -Variáveis sócio-demográficas; -Caraterísticas psicossociais e tratamento clínico.	- 491 doentes com DPOC.	- Este estudo sugere um efeito causal entre a depressão e as exacerbações da DPOC e hospitalizações.

<p><b>Elassal, Elsheikh, &amp; Zeid (2014)</b></p>	<p><b>Assessment of depression and anxiety symptoms in chronic obstructive pulmonary disease patients: A case-control study</b></p>	<p>- Avaliar os sintomas da ansiedade e da depressão em doentes com DPOC e correlacionar a gravidade da depressão e ansiedade com a gravidade da DPOC.</p>	<p>-Beck depression inventory; -Hamilton anxiety scale.</p>	<p>- 80 doentes com DPOC no grupo de experimental e 80 indivíduos saudáveis no grupo de controlo.</p>	<p>- A prevalência de perturbações psicológicas em doentes com DPOC, neste estudo foi de 55%; - A prevalência da ansiedade foi de 28.5% e a da depressão foi de 42.5%; - Este estudo comprova a associação entre a DPOC e os sintomas de ansiedade e depressão. A severidade da ansiedade e depressão foram correlacionadas com a gravidade da DPOC.</p>
<p><b>Howard, Hallas, Wray, &amp; Carby (2009)</b></p>	<p><b>The relationship between illness perceptions and panic in chronic obstructive pulmonary disease</b></p>	<p>- Investigar a relação entre a perceção da doença e o pânico em doentes com DPOC.</p>	<p>-The Illness Perception Questionnaire – Revised ; - Hospital Anxiety and Depression Scale; - The Panic Disorder Severity Scale – Self-Report; - The St. George’s Respiratory Questionnaire (SGRQ).</p>	<p>- 59 doentes com DPOC.</p>	<p>- Altos níveis de ansiedade e de depressão foram detetados em doentes com DPOC (35% e 19%, respetivamente); - 60% dos doentes com DPOC relataram ter um ataque de pânico no ano anterior e 51% durante o mês anterior; - A perceção da doença é importante para o controlo e gestão dos sintomas psicológicos e dos ataques de pânico.</p>
<p><b>Westaway &amp;</b></p>	<p><b>Depression and self-esteem:</b></p>	<p>- Avaliar os níveis de depressão e autoestima em doentes com</p>	<p>- Escala de Autoestima de</p>	<p>- 100 doentes com</p>	<p>- Os scores obtidos na escala de autoestima foram mais baixos, na comparação com a categoria da depressão,</p>

<b>Wolmarans (1992)</b>	<b>rapid screening for depression in black, low literacy, hospitalized tuberculosis patients</b>	tuberculose pulmonar.	Rosenberg. - Beck Depression Inventory.	tuberculose pulmonar.	revelando que a baixa autoestima é uma característica da depressão.
<b>Ng et al. (2009)</b>	<b>Co-morbid association of depression and COPD: A population-based study</b>	-Avaliar a associação da depressão com a DPOC e os seus efeitos.	- Geriatric Depression Scale, para a depressão; - Formulário Abreviado de Avaliação de Saúde (SF-12); - Provas de função respiratória.	- 189 doentes com DPOC.	- Os sintomas depressivos foram associados com a DPOC, independentemente dos fatores de risco conhecidos; - Nos doentes com DPOC que participaram neste estudo, os sintomas depressivos foram associados com o declínio do estado de saúde, do estado funcional e da capacidade de autogestão da doença.
<b>Antunes, Mazo, &amp; Balbé (2011)</b>	<b>Relação da autoestima entre a percepção de saúde e aspetos sociodemográficos de idosos praticantes de exercício físico</b>	- Comparar a percepção de autoestima e de saúde com os aspetos sociodemográficos de idosos praticantes de exercício físico, conforme o sexo.	- Questionário sócio-demográfico; - Questionário de percepção do estado de saúde; - Escala de Autoestima de Rosenberg.	- 165 idosos praticantes de exercícios físicos.	- Os idosos apresentaram uma elevada autoestima; - Observou-se diferença significativa na autoestima e na percepção de saúde entre as mulheres idosas e homens idosos; - As mulheres idosas com percepção positiva do estado de saúde e os homens, de idade igual ou superior a 70 anos, praticantes de exercício físico, apresentaram maior autoestima; - Torna-se importante considerar a influência do sexo na relação entre a autoestima, os aspetos sociodemográficos e a percepção do estado de saúde em

					idosos praticantes de exercício físico;
					- A participação dos idosos em programas de exercício físico é um fator que pode contribuir para a melhoria da autoestima.
<b>Di-Meo et al. (2008)</b>	<b>Pulmonary rehabilitation works in elderly patients. Whether it works in all elderly COPD patients in the community remains an issue</b>	- Identificar fatores que melhoram o desempenho na prova de marcha de 6 minutos, em idosos com DPOC num programa de reabilitação pulmonar	- Questionário socio-demográfico;  - Prova de marcha de 6 minutos.	- 74 idosos com DPOC.	- Um programa de reabilitação pulmonar abrangente em idosos com DPOC, pode melhorar significativamente o desempenho na prova de marcha de 6 minutos, ou seja permite melhorar a funcionalidade dos idosos;  - É difícil desenvolver um modelo de reabilitação, que permita responder com precisão aos problemas dos idosos com DPOC.
<b>Aydin &amp; Ulusahin (2001)</b>	<b>Depression, anxiety comorbidity, and disability in tuberculosis and chronic obstructive pulmonary disease patients: applicability of GHQ-12</b>	- Avaliar a ansiedade e/ou a depressão e o efeito na incapacidade em doentes com DPOC e em doentes com tuberculose.	- GHQ-12;  - Brief Disability Questionnaire.	- 157 doentes com doença respiratória.	- Além dos distúrbios respiratórios, a presença de perturbações psicológicas origina um aumento da incapacidade em doentes com problemas do foro respiratório;  - O GHQ-12 é um instrumento de rastreamento válido para avaliar comorbilidades psiquiátricas em doentes com DPOC e tuberculose pulmonar;  - Identificar e tratar os problemas psicológicos, ajudará a melhorar a incapacidade sentida por estes doentes, melhorando a sua qualidade de vida.

<p><b>Costa et al. (2014)</b></p>	<p><b>Effect of a Pulmonary Rehabilitation Program on the levels of anxiety and depression and on the quality of life of patients with chronic obstructive pulmonary disease</b></p>	<p>- Analisar o efeito de um programa de reabilitação pulmonar, nos níveis de ansiedade e depressão e na qualidade de vida de doentes com DPOC.</p>	<p>- Beck Scales for Anxiety and Depression; - SGRQ.</p>	<p>- 125 doentes com DPOC.</p>	<p>- Apesar de o PRR melhorar os níveis de depressão e ansiedade, bem como os níveis de qualidade de vida dos doentes com DPOC, não foram observadas correlações significativas nestas variáveis analisadas.</p>
<p><b>Blinderman, Homel, Billings, Tennstedt, &amp; Portenoy (2009)</b></p>	<p><b>Symptom Distress and Quality of Life in Patients with Advanced Chronic Obstructive Pulmonary Disease</b></p>	<p>- Avaliar o impacto da DPOC nos sintomas, no estado funcional e na qualidade de vida.</p>	<p>- Memorial Symptom Assessment Scale; - Mental Health Inventory; - Sickness Impact Profile para o estado funcional; - Index of Life Quality; - Functional Assessment of Chronic Illness Therapy; - Charlson</p>	<p>- 100 doentes com DPOC avançada.</p>	<p>- Os doentes com DPOC avançada têm vários sintomas relacionados com angústia e sofrimento, assim como uma elevada prevalência de distúrbios de humor, de diminuição da qualidade de vida e de funcionalidade.  - Estratégias de intervenção dirigidas aos sintomas físicos e psicológicos podem originar uma melhoria na qualidade de vida destes doentes.</p>

			Comorbidity Index.		
<b>Hayton et al. (2013)</b>	<b>Barriers to pulmonary rehabilitation: characteristics that predict patient attendance and adherence</b>	- Avaliar os fatores preditores de aderência e de frequência de doentes com DPOC em programas de reabilitação pulmonar.	- Questionário Socio-demográfico; - Chronic respiratory Questionnaire; Lung information needs Questionnaire; - Hospital Anxiety and Depression Scale.	- 711 doentes com DPOC.	- Hábitos tabágicos, apoio social e aspetos relacionados com a gravidade da doença respiratória foram os fatores de aderência e de frequência de doentes com DPOC em programas de reabilitação pulmonar.
<b>Mollaoglu, Fertelli, &amp; Tuncay (2001)</b>	<b>Fatigue and disability in elderly patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD)</b>	- Descrever a prevalência da fadiga e da incapacidade em doentes idosos com DPOC.	- Questionário Socio-demográfico; - Visual analog scale for fatigue; - Brief disability questionnaire.	- 98 idosos com DPOC.	- O nível de fadiga e de incapacidade dos idosos com DPOC foi elevado; - O aumento da fadiga nos idosos com DPOC, origina um aumento da incapacidade dos mesmos; - A fadiga parece estar diretamente relacionada com o estado funcional dos idosos com DPOC.
<b>Meurer, Borges, Benedetti, &amp;</b>	<b>Associação entre sintomas depressivos, motivação e autoestima de</b>	- Analisar as associações entre sintomas depressivos, fatores de motivação e autoestima de idosos praticantes de exercício físico.	- Anamnese; - Geriatric Depression Scale;	- 83 idosos.	- Os resultados mostraram que os idosos praticantes de exercício físico, apresentam maior motivação, autoestima elevada, assim como poucos sintomas depressivos, para a maioria dos fatores investigados;

<b>Mazo (2012)</b>	<b>idosos praticantes de exercícios físicos</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Escala de autoestima de Rosenberg;</li> <li>- Inventário de motivação para prática regular de atividades físicas.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- A prática de exercício físico parece ser um fator importante para a elevada autoestima e motivação dos idosos, assim como a pouca prevalência de sintomas depressivos.</li> </ul>
<b>Wuthrich &amp; Rapee (2013)</b>	<b>A randomized controlled trial of cognitive behavioural therapy for anxiety and depression in COPD</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar o efeito da terapia cognitivo-comportamental na ansiedade e depressão em doentes com DPOC.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Beck Anxiety Inventory;</li> <li>- Beck Depression Inventory;</li> <li>- The St. George's Respiratory Questionnaire.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>25 doentes com DPOC no grupo experimental e 26 no grupo de controlo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Os resultados mostram que a terapia cognitivo-comportamental, pode proporcionar um alívio rápido dos sintomas para doentes com DPOC, que apresentem elevados níveis de ansiedade e de depressão.</li> </ul>
<b>Dagoberto-Godoy &amp; Rossane-Godoy (2003)</b>	<b>A randomized controlled trial of the effect of psychotherapy on anxiety and depression in chronic obstructive pulmonary Disease</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar o efeito da psicoterapia nos níveis de ansiedade e depressão em doentes com DPOC.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Beck Anxiety Inventory;</li> <li>- Beck Depression Inventory;</li> <li>- Prova de Marcha de 6 Minutos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 30 doentes com DPOC.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Incluir sessões de psicoterapia em programas de reabilitação pulmonar em doentes com DPOC, reduz os níveis de ansiedade e de depressão, mas não melhora o desempenho na prova de marcha de 6 minutos.</li> </ul>
	<b>Efeitos do exercício físico e da atividade física na</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Verificar a influência do exercício físico nos aspetos psicológicos (índices indicativos para depressão e ansiedade) em</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Beck Anxiety Inventory;</li> <li>- Beck</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 54 idosos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Os resultados deste estudo sugerem que a prática regular de exercício físico, orientado com parâmetros fisiológicos, pode contribuir na redução dos <i>scores</i> para a depressão e a ansiedade, em indivíduos com mais de</li> </ul>

<b>Cheik et al. (2003)</b>	<b>depressão e ansiedade em indivíduos idosos</b>	idosos.	Depression Inventory.	60 anos.	
<b>Oliveira et al. (2006)</b>	<b>Relação entre ansiedade, depressão e desesperança entre grupos de idosos</b>	- Explorar a relação entre ansiedade, depressão e desespero entre idosos.	- Beck Anxiety Inventory; - Beck Depression Inventory.	- 79 idosos.	- Os resultados mostraram uma relação estatisticamente significativa entre ansiedade, depressão e desespero nos idosos;  - O grupo de idosos institucionalizados apresentou maior incidência de sintomas ansiosos, depressivos em relação aos dois grupos de idosos da comunidade.
<b>Xavier et al. (2001)</b>	<b>Transtorno de ansiedade generalizada em idosos com oitenta anos ou mais</b>	- Descrever a prevalência de transtorno de ansiedade generalizada em idosos com 80 anos ou mais.	- Entrevista Clínica Estrutura; - Escala de Depressão Geriátrica;	- 66 idosos.	- A prevalência de ansiedade foi elevada nos idosos mais velhos;  - Esse transtorno ocorre frequentemente associado a sintomas depressivos, estando também associado a um baixo padrão de qualidade de vida.
<b>Coventry &amp; Hind (2007)</b>	<b>Comprehensive pulmonary rehabilitation for anxiety and depression in adults with chronic obstructive pulmonary disease: Systematic review and</b>	- Estimar o efeito clínico da reabilitação pulmonar na ansiedade e depressão em doentes com doença pulmonar obstrutiva.	- Revisão Sistemática e Meta-Análise.	- Randomized Controlled Trials; - Artigos de Revisão: - Artigos Científicos; - Ensaios Clínicos.	- Os programas de reabilitação que incluem até 3 sessões por semana de exercício progressivo e supervisionado, juntamente com a educação e o apoio psicossocial, permitem reduzir significativamente a ansiedade e a depressão em doentes com DPOC.

meta-analysis				
Almeida & Rodrigues (2014)	<p><b>Exercise training modalities and strategies to improve exercise performance in patients with respiratory disease</b></p>	<p>- Revisão das modalidades e estratégias de treino físico para melhorar o desempenho durante o exercício em doentes com doenças respiratórias.</p>	<p>- Artigo de revisão.</p>	<p>- Os benefícios do exercício físico incluem redução da dispneia, melhoria da qualidade de vida em termos de saúde, menos dias de hospitalização e menor utilização dos cuidados de saúde;</p> <p>- Para obter os benefícios dos PRR, os doentes deverão ser capazes de completar um programa de exercício físico, de preferência com exercícios de alta intensidade, e é provável que esses benefícios se traduzam numa mudança de um padrão de estilo de vida sedentário para um estilo de vida fisicamente ativo.</p>
Dias, Seixinho, Aquino, & Avelar (2006)	<p><b>Reabilitação pulmonar em paciente com doença pulmonar obstrutiva crónica: Revisão de literatura</b></p>	<p>- Realizar uma revisão da literatura acerca da reabilitação pulmonar em doentes com DPOC.</p>	<p>- Artigo de revisão.</p>	<p>- Os PRR têm um impacto nos doentes com DPOC moderado a severo após uma exacerbação aguda: ansiedade, depressão, sintomas, capacidade de exercício e qualidade de vida relacionada com a saúde, podem ser melhorados com um programa de 2 sessões semanais de 3 horas;</p> <p>- Melhoria da <b>autoestima</b> e dos componentes emocionais da condição de saúde, redução da ansiedade e depressão, após o PRR em doentes portadores de doença pulmonar crônica;</p> <p>- Os PRR hospitalares demonstram melhorias na qualidade de vida, na funcionalidade e na redução da necessidade de oxigénio suplementar, indicando uma redução substancial na necessidade de cuidados de saúde hospitalar.</p>
		<p>- Identificar o estado da arte, acerca da influência da percepção</p>	<p>- Artigo de revisão.</p>	<p>- A percepção da falta de controlo sobre a evolução da doença contribui para a menor qualidade de vida, gera</p>

<b>Padilha (2010)</b>	<b>Influência da percepção da doença pulmonar obstrutiva crónica na promoção do autocontrolo da doença</b>	da doença na promoção do autocontrolo em doentes com DPOC.	ansiedade, leva ao isolamento social, pode conduzir à depressão e reduz a motivação para a aquisição de conhecimentos e capacidades para o autocontrolo da doença;
<b>Zhang et al. (2011)</b>	<b>Prevalence of depressive symptoms in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a systematic review, meta-analysis and meta-regression</b>	- Avaliar as diferenças na prevalência de sintomas depressivos entre doentes com e sem DPOC, de forma a determinar os fatores da heterogeneidade da prevalência dos sintomas depressivos.	- Meta-análise e meta-regressão.  - Maior prevalência de sintomas depressivos entre os doentes com DPOC;  - Os fatores demográficos e clínicos não são determinantes da heterogeneidade da prevalência de sintomas depressivos;  - O impacto dos sintomas depressivos em doentes com DPOC é importante, uma vez que pode ser relacionado com o controlo da doença e o prognóstico da condição.
<b>Putman-Casdorph &amp; McCrone (2009)</b>	<b>Chronic obstructive pulmonary disease, anxiety, and depression: State of the</b>	- Analisar o estado de arte, acerca da DPOC e a presença de ansiedade e de depressão.	- Artigo de revisão.  - A prevalência da ansiedade e da depressão em doentes com DPOC é significativamente maior do que na população em geral;  - A avaliação e a triagem da ansiedade e da depressão em doentes com diagnóstico de DPOC devem ser consideradas.

science

<p><b>Rose et al. (2002)</b></p>	<p><b>The most effective psychologically-based treatments to reduce anxiety and panic in patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD): a systematic review</b></p>	<p>- Revisão da literatura, acerca da intervenção psicológica na redução da ansiedade e do pânico em doentes com DPOC.</p>	<p>- Revisão sistemática.</p>	<p>- O <i>stress</i> emocional contribui para a perda de função em doentes com DPOC, podendo se obter melhorias através de uma intervenção psicológica, de forma aliviar a ansiedade e o pânico nestes doentes, com sessões de relaxamento, de apoio psicológico, de aconselhamento e de exercício;</p> <p>- Existe pouca evidência nos estudos que existem sobre esta temática, a maior parte devido a problemas metodológicos, necessitando-se de maior investigação nesta área.</p>
<p><b>Park, Han, &amp; Kang (2014)</b></p>	<p><b>Effects of exercise programs on depressive symptoms, quality of life and self-esteem in older people: A systematic review of randomized controlled trials</b></p>	<p>- Mostrar o efeito da intervenção dos programas de exercício nos sintomas depressivos, na qualidade de vida e na autoestima em pessoas idosas</p>	<p>- Revisão sistemática.</p>	<p>- Os programas de exercício em idosos são eficazes na melhoria dos sintomas depressivos, qualidade de vida e na autoestima;</p> <p>- O uso de programas de exercício adaptados aos idosos são estratégias prudentes.</p>

<p><b>White, Quint, Baghai-Ravary, Donaldson, &amp; Wedzicha (2008)</b></p>	<p><b>Depression is worse in COPD patients who are frequent exacerbators, and at the time of COPD exacerbations: Cause or effect?</b></p>	<p>- Avaliar se a depressão está relacionada com a frequência das exacerbações da DPOC, assim como os efeitos da exacerbação da DPOC no aumento dos sintomas depressivos.</p>	<p>- Artigo de revisão.</p>	<p>- Existe uma relação entre a depressão e a frequência de exacerbações em doentes com DPOC;</p> <p>- Constata-se aumento dos sintomas depressivos com o aumento da frequência de exacerbações em doentes com DPOC.</p>
<p><b>Hill, Geist, Goldstein, &amp; Lacasse (2008)</b></p>	<p><b>Anxiety and depression in end-stage COPD</b></p>	<p>- Estado de arte, acerca da ansiedade e da depressão na fase mais avançada da DPOC.</p>	<p>- Artigo de revisão.</p>	<p>- Os fatores que contribuem para o tabagismo, podem também predispor a transtornos de ansiedade e de sintomas depressivos;</p> <p>- A presença de ansiedade e a depressão em doentes com DPOC estão associadas com a dispneia, a fadiga e as alterações do sono;</p> <p>- A compreensão da história psicológica, e os mecanismos de <i>coping</i> dos doentes com DPOC, podem permitir aos profissionais de saúde, reduzir os sintomas e melhorar a qualidade de vida dos doentes com DPOC.</p>
<p><b>Hynninen, Breitve, Wiborg, Pallesen, &amp; Nordhus (2005)</b></p>	<p><b>Psychological characteristics of patients with chronic obstructive pulmonary disease: A review</b></p>	<p>- Analisar as características psicológicas dos doentes com DPOC e associá-las com o estado funcional e qualidade de vida.</p>	<p>- Artigo de revisão.</p>	<p>- As características psicológicas, como ansiedade, depressão e défices neuropsicológicos são variáveis importantes, uma vez que interagem com os sintomas físicos dos doentes com DPOC;</p> <p>- A autogestão e controlo das perturbações psicológicas em doentes com DPOC são fundamentais para aumento da funcionalidade e da qualidade de vida dos mesmos.</p>
		<p>- Estado de arte, acerca da</p>	<p>- Artigo de revisão.</p>	<p>- A depressão nos idosos é bastante frequente, sendo em</p>

<b>Mello &amp; Teixeira (2011)</b>	<b>Depressão em idosos</b>	depressão nos idosos.	<p>alguns casos bastante severa;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- A depressão no idoso deve ser considerada como um problema de saúde pública;</li> <li>- Existem dificuldades em realizar-se o diagnóstico de depressão nos idosos, devido à semelhança dos sinais com as alterações do processo de envelhecimento e de outras patologias muito frequentes nesta idade;</li> <li>- A terapia cognitivo-comportamental é uma boa estratégia para intervir nos idosos, uma vez que os mesmos conseguem exprimir melhor os seus sentimentos de tristeza, angústia, assim como as suas queixas álgicas, não sendo por vezes identificadas num primeiro contato com os idosos.</li> </ul>
<b>Stella, Gobbi, Corazza, &amp; Costa (2002)</b>	<b>Depressão no idoso: diagnóstico, tratamento e benefícios da atividade física</b>	<p>- Estado de arte, acerca da depressão nos idosos, diagnóstico e tratamento.</p> <p>- Artigo de revisão.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- A depressão constitui a patologia mental mais frequente no idoso, comprometendo a qualidade de vida, sendo considerada como um fator de risco para o desenvolvimento de processos demenciais;</li> <li>- As estratégias de tratamento mais utilizadas são: a psicoterapia, a intervenção médica, através do uso farmacológico, e o exercício físico;</li> <li>- A atividade física, quando regular, contribui para a minimização do sofrimento psíquico do idoso deprimido, além de oferecer oportunidades de envolvimento psicossocial, aumento da autoestima, manutenção das funções cognitivas e menores taxas de recaída de quadros depressivos.</li> </ul>

## Capítulo II: Metodologia

A metodologia define-se como um “conjunto dos métodos e das técnicas que guiam a elaboração do processo de investigação científica” (Fortin,1999, p. 372). É uma estratégia, que permite estudar e avaliar as diferentes opções de estudo, fornecendo o caminho mais fácil de proceder para se conseguir um determinado fim. É a fase do estudo, em que o investigador determina as estratégias e os procedimentos com a finalidade de encontrar resposta ao problema definido inicialmente e comprovar ou não, as hipóteses formuladas.

O desenho de investigação é um “plano lógico criado pelo investigador, com vista a obter respostas para as questões de investigação colocadas ou para as hipóteses formuladas” (Fortin,1999, p. 132). O tipo de desenho depende do nível de conhecimentos que existem sobre o domínio.

Neste capítulo, descrevem-se os procedimentos metodológicos adotados para a elaboração deste estudo, onde estão descritas as etapas inerentes ao projeto de investigação, abordando as questões e objetivos do estudo, a formulação das hipóteses, o tipo de estudo efetuado, a operacionalização das variáveis, o local e período da pesquisa, a população, a amostra, os instrumentos de recolha de dados, os métodos de recolha de dados, assim como os procedimentos formais e os aspetos éticos inerentes à realização deste estudo. Todos estes procedimentos metodológicos, referidos anteriormente, foram passos fundamentais para responder às questões de investigação levantadas, com a revisão da literatura.

### 1. Questões e objetivos do estudo

Este estudo assentou nas seguintes **questões de investigação**:

- Qual o nível de **ansiedade, depressão e autoestima** dos idosos com patologia respiratória, seguidos no Serviço de Medicina Física e de Reabilitação do Centro Hospital Cova da Beira (CHCB)?
- Os valores obtidos no *score* da Escala Hospitalar de Ansiedade e de Depressão (HADS) e na Escala de Autoestima de Rosenberg (RSES), variam com as variáveis sociodemográficas – Género, Idade e Nível Educacional?
- Existem diferenças entre os valores obtidos no *score* da HADS e na RSES, entre os idosos do meio rural e do meio urbano?
- Qual a relação entre os *scores* de ansiedade, de depressão e de autoestima dos idosos com patologia respiratória?

- Quais as redes de suporte social dos idosos com patologia respiratória?

Tendo em conta estes problemas, os **objetivos do estudo** foram os seguintes:

- **Objetivo geral:**

- Conhecer o nível de **ansiedade, depressão e autoestima** dos idosos com patologia respiratória, seguidos no Serviço de Medicina Física e de Reabilitação do CHCB.

- **Objetivos específicos:**

- Avaliar a relação que existe entre o *score* de ansiedade, depressão e autoestima, com as variáveis sociodemográficas – Género, Idade e Nível Educacional;

- Comparar se existem diferenças, em relação aos valores obtidos nos *scores* da escala de ansiedade e depressão, e na escala de autoestima, entre os idosos do meio rural e do meio urbano;

- Avaliar a relação entre os *scores* de ansiedade, de depressão, e de autoestima dos idosos com patologia respiratória;

- Analisar o tipo de redes de suporte social dos idosos, com patologia respiratória.

## 2. Hipóteses do estudo

A hipótese de investigação é um “enunciado formal que prediz a ou as relações esperadas entre duas ou mais variáveis. É uma resposta plausível para o problema de investigação” (Fortin,1999, p. 370).

As hipóteses devem então combinar a problemática em estudo com o seu objetivo. Para a formulação da hipótese utiliza-se como metodologia a revisão da literatura, já que as hipóteses devem ser equacionadas à luz dos conhecimentos atuais.

Assim, com base na revisão da literatura efetuada e na especificidade do estudo, conjecturaram-se as seguintes hipóteses:

**Hipótese 1:** As variáveis sociodemográficas – Género, Idade e Nível Educacional influenciam os valores médios obtidos no *score* da escala de ansiedade e de depressão

e no *score* da escala de autoestima dos idosos com patologia respiratória, seguidos no Serviço de Medicina Física e de Reabilitação do CHCB.

**Hipótese 2:** Os valores médios obtidos no *score* da escala de ansiedade e de depressão e no *score* da escala de autoestima diferem consoante a zona de residência, onde os idosos vivem (meio rural e meio urbano).

**Hipótese 3:** Os valores médios obtidos no *score* de ansiedade estão associados aos valores médios obtidos no *score* de depressão dos idosos com patologia respiratória.

**Hipótese 4:** Os valores médios obtidos no *score* de ansiedade estão associados aos valores médios obtidos no *score* de autoestima dos idosos com patologia respiratória.

**Hipótese 5:** Os valores médios obtidos no *score* de depressão estão associados aos valores médios obtidos no *score* de autoestima dos idosos com patologia respiratória.

### 3. Tipo de estudo

Após a revisão da literatura, que teve como intuito documentar, enriquecer e fazer um inventário de publicações existentes sobre o domínio de investigação escolhido, constatou-se a existência de um elevado número de alterações psicoemocionais em idosos, sobretudo aqueles que possuem doenças do foro respiratório, tendo estas um impacto significativo na qualidade de vida e na funcionalidade dos mesmos. Percebeu-se também que a realização de atividade física pelos idosos, assim como a inserção dos mesmos em programas de reabilitação pulmonar, que incluem apoio multiprofissional são vantajosos para minorar o impacto da prevalência de ansiedade, depressão e de baixa autoestima em idosos portadores de patologias respiratórias crónicas, assim como no aumento da funcionalidade e da qualidade de vida.

Assim, face às questões de investigação colocadas, este estudo enquadrou-se num estudo **exploratório, descritivo, correlacional e transversal**, de características **quantitativas**.

O presente trabalho de investigação na relação temporal é um estudo transversal, uma vez que todas as avaliações efetuadas nos idosos que participaram no estudo, foram realizadas num único momento, não havendo por isso, período de seguimento dos idosos com patologia respiratória, ou seja, não se realizou outro momento de avaliação noutra período de tempo. De facto, os estudos transversais são também chamados de estudos de prevalência, e o estudo em questão, assume essas características, uma vez que a prevalência de uma determinada doença é definida como a proporção de indivíduos de uma população que apresentam essa doença num determinado momento de tempo. Assim, como este estudo procurou responder à questão “Qual o nível de ansiedade, depressão e autoestima dos idosos com patologia

respiratória, seguidos no serviço de fisioterapia cardio-respiratória do CHCB?”, enquadra-se neste tipo de estudo, já que se procurou conhecer a prevalência de ansiedade, depressão e baixa autoestima em idosos com patologia respiratória.

No que diz respeito à natureza deste trabalho de investigação, é descritivo e exploratório, uma vez que tem como objetivos observar, registar e descrever factos ou fenómenos sem os manipular. Ou seja, é descritivo, porque teve como objetivos descrever as características de uma população, neste caso os idosos com patologia respiratória, e como procurou explorar e conhecer um fenómeno desconhecido, pelo menos naquele contexto concreto, é também um estudo exploratório, na medida em que não estava definido o perfil dos idosos com patologia respiratória, seguidos no serviço de fisioterapia cardio-respiratória do CHCB, em termos das alterações psicoemocionais, como a ansiedade, a depressão e a autoestima. Segundo Fortin (1999, p. 276), “as investigações descritivas efetuam-se num contexto exploratório, pois *a priori* o comportamento das variáveis medidas e as relações que possam existir entre elas são desconhecidas do investigador (...) o objetivo final deste género de investigação é de oferecer um retrato global da amostra”.

Para além do que foi referido, este trabalho de investigação é também um estudo correlacional (associação/relação), onde não se manipularam as variáveis dependentes, obtendo-se os dados através de indicadores fornecidos por questionários com o intuito de procurar relação entre os mesmos. Assim, este estudo enquadra-se no tipo correlacional, uma vez que pretende avaliar a relação entre variáveis.

Em relação ao tipo de investigação, classifica-se como uma investigação quantitativa, ou seja é um estudo quantitativo, visto que utiliza um raciocínio lógico fundamentalmente dedutivo (método hipotético-dedutivo), ao invés do raciocínio lógico fundamentalmente indutivo (método holístico-interpretativo), com um “design” de investigação estruturado, fechado, que precede à investigação e onde são analisados factos e fenómenos, passíveis de serem medidos, com testes de hipóteses-teorias e utilização de técnicas estatísticas na análise dos dados (Martins, 2013). A investigação quantitativa é um processo contínuo de colheita de dados observáveis e quantificáveis, baseando-se na observação de factos objetivos, de fenómenos e de acontecimentos, que existem independentemente do investigador. A sua finalidade é de contribuir para o desenvolvimento e validação dos conhecimentos (Fortin, 1999).

## 4. Operacionalização das variáveis

A operacionalização é um “processo metodológico pelo qual um conceito é definido após se terem feito observações empíricas; diz-se também definição operacional. As observações empíricas necessárias à operacionalização são: indicadores” (Fortin,1999, p. 373). A definição operacional define uma variável em termos mensuráveis e observáveis, especificando-se as atividades necessárias para manipular, classificar por categorias e medir os dados relativos a uma variável. Um indicador empírico diz respeito a um conjunto de operações efetuadas com a ajuda de um ou vários instrumentos de medida, permitindo classificar um objeto numa categoria, segundo uma dada característica. Segundo, Lakatos & Marconi (1992, p. 111): “(...) a definição operacional de um conceito ou de um termo consiste na indicação das operações necessárias para produzir, medir, analisar um fenómeno. Os indicadores são as etapas concretas dessas operações (...) são os fatores que serão medidos, com as suas pontuações especificadas, indicando o número mínimo e/ou máximo de pontos para cada classe, de acordo com as diferenças que devem apresentar, segundo o conceito operacional”.

As características de determinados indivíduos, objetos ou de determinadas situações estudadas num trabalho de investigação, designam-se por variáveis. De acordo, com a sua utilização num estudo de investigação classificam-se em vários tipos: variável atributo – dizem respeito às características dos indivíduos do estudo, são normalmente as variáveis sociodemográficas; variável dependente – a que é influenciada pela variável independente; variável independente – a que é manipulada com a finalidade de se verificar a sua influência na variável dependente; e a variável parasita ou também designada de variável estranha – variável presente independentemente da vontade do investigador, que tem um efeito inesperado sobre a variável dependente, representando um risco de falsear os resultados do estudo de investigação. A variável dependente é aquela cujos valores se querem explicar ou descobrir e é determinada ou afetada pela(s) variável(eis) independente(s). As variáveis devem ser definidas com clareza, objetividade e de forma operacional, devendo ser controladas para impedir o comprometimento ou risco de invalidar a pesquisa (Fortin 1999).

### 4.1. Definição das variáveis em estudo

De acordo com as hipóteses formuladas para este estudo, foram selecionadas e utilizadas as seguintes variáveis:

- **Variáveis Atributo:** Género; Idade; Zona de Residência; Situação Socio-Habitacional; Situação Profissional (Reformado, Desempregado e Trabalhador); Estado Civil; Nível de Escolaridade (Analfabeto; Primária; Secundária; Superior) e Tipo de Redes de Suporte (Formal e Informal);
- **Variáveis Independentes:** as que o investigador manipula para medir o seu efeito na variável dependente. Neste estudo foram o Género, Idade, Nível de Escolaridade e a Zona de Residência;
- **Variáveis Dependentes:** as que sofrem o efeito esperado da variável independente. Neste caso foram o Nível de Ansiedade, Depressão e de Autoestima, através da Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão – HADS e da Escala de Autoestima de Rosenberg – RSES, respetivamente;
- **Variáveis Parasitas:** Nível de colaboração e interesse por parte do idoso; Não gostar ou não compreender as questões da Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão e da Escala de Autoestima de Rosenberg.

## 5. Local e período da pesquisa

Este estudo de investigação foi realizado no Centro Hospitalar Cova da Beira – Hospital Pêro da Covilhã, situado no Distrito de Castelo Branco, Concelho da Covilhã, localizado na zona nova da cidade da Covilhã, junto da Faculdade de Ciências da Saúde, pertencente à Universidade da Beira Interior. A razão da seleção desta instituição depreendeu-se pelo facto de exercer funções como colaborador nessa instituição no Serviço de Medicina Física e de Reabilitação, na área da Cardio-Respiratória, desde 25 de Agosto de 2008, inserido na carreira dos Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica, com a categoria de Fisioterapeuta, de 2<sup>a</sup> Classe.

A escolha desta instituição atribuiu-se também ao facto de querer melhorar a resposta dos cuidados de fisioterapia cardio-respiratória, aos idosos com patologia respiratória, principalmente na área da educação para a saúde e no apoio psicológico oferecidos pelo serviço. Para a concretização desse objetivo foi necessário numa primeira fase conhecer a realidade destes idosos, resultando assim o interesse na elaboração deste estudo.

Para além dessas razões, a proximidade geográfica, o facto de proporcionar um contacto com uma população idosa que vive tanto num meio urbano como rural, assim como pela facilidade de acesso aos idosos e aos dados de informação, bem como a facilidade de obtenção de consentimento favorável pela instituição, foram fatores decisivos para a escolha deste local.

O Hospital Pêro da Covilhã é um hospital recente, datado de 1999, sendo construído na zona nova da cidade da Covilhã, vindo substituir o antigo Hospital Distrital da Covilhã, situado na parte histórica da mesma cidade (CHCB, 2014).

Já o novo Hospital da Covilhã está integrado no Centro Hospitalar Cova de Beira, do qual fazem também parte o Hospital do Fundão e o Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental. O Hospital da Covilhã está situado em pleno Vale da Cova da Beira e presta cuidados hospitalares a uma população de cerca de 100 mil habitantes, divididos entre os concelhos da Covilhã, Fundão, Belmonte e Penamacor (CHCB, 2014).

Este hospital é constituído por 7 pisos (que vão do -1 ao 5) os quais oferecem o mais variado rol de serviços, recursos humanos e meios técnicos a fim de prestar cuidados de saúde com qualidade aos utentes.

Neste hospital podemos encontrar os seguintes serviços:

**Tabela 7 - Serviços e pisos do CHCB - Hospital Pêro da Covilhã**

Piso-1	Piso 0	Piso 1	Piso2	Piso 3	Piso 4	Piso 5
Central de Limpeza	Medicina Física e Reabilitação	Consultas Externas	Bloco Operatório	Medicina Interna	Ortopedia	Gastrenterologia
Lavandaria	Recursos Humanos e outros Serviços	Hospital Dia	Unidade de Cuidados Intensivos	Medicina Geral	Urologia	Cardiologia
Cozinha	Biblioteca	Imagiologia	Central de Esterilização	Cirurgias	Oftalmologia	Neurologia
Parqueamento Interior	Refeitório	Urgência Geral	Anestesiologia	Pneumologia		Reumatologia
Central de Transporte	Auditório	Urgência Obstétrica	Ginecologia			
Serviço de Instalações e Equipamento	Entrada	Urgência Pediatria	Neonatologia			
	Hematologia	Centro de Colheitas	Pediatria			
	Patologia Clínica	Exames Especiais	Unidade de Acidentes Vasculares Cerebrais			
	Imuno-hemoterapia	Unidade de Cuidados Agudos Diferenciados				

O Centro Hospitalar Cova da Beira, ao longo dos anos, tem vindo apresentar um crescimento da atividade nos diversos serviços, apresentando um maior desenvolvimento na área do ambulatório.

A área da fisioterapia cardio-respiratória, no Serviço de Medicina Física e de Reabilitação é composta por cinco fisioterapeutas, sendo um fisioterapeuta em regime de estágio profissional. Encontra-se em funcionamento desde as 8h da manhã até as 17h da tarde, onde o período da manhã é essencialmente dedicado ao internamento e o período da tarde é dedicado ao ambulatório. Ao nível da região, é o único serviço de fisioterapia que assegura cuidados específicos respiratórios aos doentes com problemas do foro cardio-respiratório.

No serviço é realizada fisioterapia cardio-respiratória, com colaboração do fisiatra e médicos do internamento, principalmente pneumologistas, sem haver propriamente uma equipa estruturada, como acontece num programa de reabilitação pulmonar. Dessa forma, torna-se primordial a implementação desse programa, de forma a melhorar os cuidados prestados a estes doentes, uma vez que a reabilitação pulmonar permite uma intervenção global e multidisciplinar, conseguindo reduzir os sintomas, melhorar a funcionalidade e participação dos doentes com patologia respiratória na sociedade. Este programa permite também diminuir os dias de hospitalização, podendo reduzir os custos que advêm do tempo prolongado de internamento, melhorando assim a qualidade de vida dos doentes.

Atualmente no Centro Hospitalar Cova da Beira, ainda não é aplicado um verdadeiro PRR, fazendo parte dos objetivos a curto prazo, a sua organização, uma vez que há parcerias com os serviços de pneumologia, cardiologia e outros, no que respeita à seleção e a introdução de doentes, quer em regime de internamento, quer em ambulatório.

Foi este o contexto onde foi realizado este estudo de investigação, tendo a fase de campo, decorrido entre 14 de Outubro a 31 de Dezembro de 2014, perfazendo um total de onze semanas e meia, respeitando os horários estabelecidos na instituição (8h às 17h), assim como o próprio horário da marcação das sessões de fisioterapia, respeitante a cada idoso, no que diz respeito aos idosos em regime ambulatório.

Para os idosos que se encontravam em regime de internamento, houve a necessidade de respeitar o horário de visita dos idosos, bem como todas as atividades respeitantes aos cuidados de higiene, alimentação, consultas, exames e momentos de repouso durante o dia. Sendo assim, a recolha dos dados, foi realizada após a prestação dos cuidados de fisioterapia, dentro do horário estabelecido para a vinda dos idosos do serviço de internamento ao serviço de Medicina Física e de Reabilitação.

## 6. População do estudo

Entende-se por população de um estudo o conjunto de “todos os elementos (pessoas, grupos, objetos) que partilham características comuns, as quais são definidas pelos critérios estabelecidos para o estudo” (Fortin, 1999, p. 41). Assim, a população

deste estudo foi constituída por idosos, com idade igual ou superior a 65 anos com patologia respiratória, seguidos pelo Serviço de Medicina Física e de Reabilitação - Fisioterapia Cardio-Respiratória do CHCB, durante um período de onze semanas e meia.

A população deste estudo tinha em comum o facto de ser idosa e de possuir uma patologia respiratória crónica, assim como de se encontrar a receber tratamentos de fisioterapia cardio-respiratória pelo CHCB.

A escolha do local de estudo prendeu-se essencialmente por questões de acessibilidade física e logística, assim como no interesse de melhorar os cuidados prestados a esta população, como já foi referido anteriormente.

Os idosos participantes foram informados sobre os objetivos do estudo e de que não seriam prejudicados ou beneficiados com a sua participação neste.

## **7. Tipo e técnicas de amostragem & dimensão da amostra**

Da amostra fizeram parte alguns idosos com patologia respiratória, seguidos pela fisioterapia cardio-respiratória, segundo alguns critérios que vão ser apresentados de seguida, com vista à constituição da mesma. A amostra é “um subconjunto de elementos ou de sujeitos tirados da população que são convidados a participar no estudo. É uma réplica, em miniatura da população” (Fortin, 1999, p. 41)

Quanto ao número de elementos da amostra, esta foi constituída por 74 idosos da população, com idades compreendidas entre os 65 e 93 anos.

Os idosos foram selecionados por conveniência (amostragem não aleatória), sendo os critérios de inclusão e exclusão, para chegar à constituição da amostra os seguintes:

### **7.1. Critérios de inclusão**

- Idosos, com patologia respiratória, seguidos pelo Serviço de Fisioterapia Cardio-Respiratória do CHCB;
- Idade superior ou igual a 65 anos;
- Entrega da carta de consentimento informado.

## 7.2. Critérios de exclusão

- Idade inferior a 64 anos;
- Alterações do estado de consciência e da orientação espaço-temporal;
- Incapacidade de comunicar por défice cognitivo.

Trata-se portanto de uma amostra por conveniência. Neste tipo de amostras a participação é voluntária e os elementos da amostra são escolhidos por uma questão de conveniência. Trata-se assim de uma amostragem não probabilística, uma vez que “todos os elementos da população não têm uma probabilidade igual de serem escolhidos para fazerem parte da amostra” (Fortin, 1999, p. 363), ou seja não se conhece a probabilidade de um elemento da população ser escolhido para participar na amostra. Por não ser representativa da população, os resultados só se aplicam a ela própria e não podem ser generalizados com confiança para a população (Coutinho, 2011).

Como os idosos que participaram no estudo, estavam a ser seguidos por diversos profissionais de saúde, sendo a sua história clínica já conhecida e caracterizada no processo clínico do Hospital, o estado mental e cognitivo já se encontrava avaliado, pelo que na fase de campo, optou-se pela não utilização do Mini Mental State Examination – versão portuguesa, para avaliação do estado mental, visto ser um instrumento de avaliação com diversas dimensões, pelo que tornava a recolha de dados mais prolongada.

Dessa forma, optou-se pela utilização de algumas questões simples utilizadas no dia-a-dia pelos profissionais de saúde, por forma a garantir as condições cognitivas exigidas para o cumprimento dos critérios referidos anteriormente, no que diz respeito ao estado mental dos idosos que participaram no estudo.

Assim, utilizaram-se de forma verbal pelo investigador as seguintes questões:

- Qual o seu nome? (Indicar o nome completo do idoso);
- Que dia é hoje? (dia, mês e ano) e Onde estamos agora? (Indicar a data e o lugar onde se encontra);
- Qual a sua idade? e Qual a data do seu nascimento? (dia, mês e ano) (Indicar a idade do idoso e a data de nascimento);
- Quem é o Presidente da República e o Primeiro-Ministro? e Quem foram os anteriores? (Indicar quem é o Presidente da República e o Primeiro-Ministro, assim como os anteriores).

A partir da resposta verbal a estas questões referidas anteriormente, foram integrados na amostra todos os idosos com capacidades cognitivas mantidas e que se disponibilizaram a colaborar.

Posteriormente, foi aplicado um questionário aos idosos com patologia respiratória, seguidos no Serviço de Medicina Física e de Reabilitação - Fisioterapia Cardio-Respiratória do CHCB, que deram o seu consentimento para participação do estudo e que reuniam os critérios de inclusão e exclusão. O questionário foi constituído por duas partes: uma primeira para descrever o perfil sociodemográfico e uma segunda, onde foi aplicada a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS) e a Escala de Autoestima de Rosenberg (RSES).

## 8. Instrumentos de recolha de dados

Segundo Fortin (1999), antes de realizar a colheita de dados, o investigador deve escolher um instrumento de medida em particular, de forma a responder aos objetivos do estudo. Para isso, “deve conhecer os diversos instrumentos de medida disponíveis, assim como as vantagens e os inconvenientes de cada um. Ao mesmo tempo, deve ter em conta o nível da questão de investigação (...) cabe ao investigador determinar os instrumentos de medida que melhor convêm ao objetivo do estudo, às questões de investigação colocadas ou às hipóteses formuladas” (Fortin, 1999, p. 240).

Partindo desses pressupostos, como instrumento de recolha de dados, foi elaborado um inquérito por questionário individual, constituído por duas partes (anexo I):

- **A Primeira Parte:** descreve o perfil sociodemográfico dos idosos que participaram no estudo. Foram utilizadas oito questões, o **Género**, a **Idade**, a **Residência** (Localidade), a **Situação Socio-Habitacional**, a **Situação Profissional**, o **Estado Civil**, o **Nível de Ensino Frequentado** e o **Tipo de Redes de Suporte Social: Formal e Informal**, respetivamente;
- **A Segunda Parte:** foi aplicada a **Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão** (Hospital Anxiety and Depression Scale – HADS), elaborada por Zigmond & Snaith (1983) e a **Escala de Autoestima de Rosenberg** (Rosenberg Self-Esteem Scale – RSES), elaborada por Rosenberg (1965).

Para além dos dados fornecidos pelo questionário individual, foi também recolhido pelo investigador – profissional de saúde, um dado clínico, referente à patologia respiratória que cada idoso possuía. Esse dado, foi recolhido diretamente

pela consulta do processo clínico, respeitante a cada idoso que participou no estudo, de forma a caracterizar a amostra em função do tipo de patologia respiratória. Optou-se por não se inserir essa questão no próprio questionário individual, uma vez que o investigador era ao mesmo tempo profissional de saúde – fisioterapeuta, na instituição onde foi realizado o estudo, havendo por isso maior acessibilidade aos dados clínicos dos idosos que participaram no estudo, para além do facto de se obterem dados mais precisos e concisos no tipo de patologia respiratória presente em cada idoso, diminuindo assim o risco de o idoso classificar de forma pouco rigorosa o tipo de patologia respiratória que apresentava.

Tendo em conta o estudo e as características da população, o questionário individual, com os respetivos instrumentos de medida, referidos anteriormente, pareceu ser o mais adequado às questões levantadas inicialmente por este estudo.

Para além disso, a forma como foi constituído e utilizado permitiu:

- Economizar tempo;
- Atingir um maior número de idosos com patologia respiratória;
- Obter respostas mais rápidas, permitindo o anonimato dos idosos;
- Maior liberdade nas respostas dadas;
- Maior segurança, pelo facto de as respostas não serem identificadas;
- Menor risco de distorção dos dados pelo investigador.

## **8.1. Parte I - Questionário sociodemográfico**

O questionário sociodemográfico foi construído, de forma a caracterizar o perfil sociodemográfico dos idosos com patologia respiratória que participaram neste estudo. Para além disso, permitiu fornecer informações importantes para a constituição das variáveis em estudo, nomeadamente as variáveis de atributo e as independentes.

A caracterização do perfil sociodemográfico foi conseguida através da resposta a oito questões elaboradas inicialmente pelo investigador. A escolha dessas questões depreendeu-se principalmente pelas características da população em estudo, assim como pelas questões que nortearam o estudo.

**Tabela 8 - Questionário sociodemográfico - parte I**

<b>DIMENSÃO</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>QUESTÃO</b>
<b>Perfil Sociodemográfico</b>	Género (Feminino ou Masculino)	1
	Idade (Número de anos de vida)	2
	Residência - Localidade (Urbano ou Rural)	3
	Situação Socio-habitacional (Vive acompanhado ou sozinho)	4
	Situação Profissional (Trabalhador, Desempregado ou Reformado)	5
	Estado Civil (Solteiro, Casado, União de Facto, Divorciado ou Viúvo)	6
	Nível de Ensino Frequentado (Nenhum, Ensino Primário, Secundário ou Superior)	7
	Tipos de Redes de Suporte Social (Nenhum, Informal, Formal ou Informal e Formal)	8

Relativamente à questão número 3, referente ao local de residência dos idosos em estudo, houve a preocupação de agrupar as várias localidades/residências em duas categorias: zonas urbanas e rurais. De forma, a realizar essa categorização, estabeleceu-se o seguinte critério: todas as regiões que como fossem classificadas como aldeias e vilas, eram consideradas meios rurais, por consequente todas as regiões, classificadas como cidades, eram consideradas meios urbanos.

## 8.2. Parte Ila - Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão: HADS

A Escala HADS, como referido anteriormente, foi desenvolvida por Zigmond & Snaith (1983), como forma de responder, pelo menos parcialmente àqueles que para a maioria dos investigadores e profissionais de saúde, são os principais problemas da avaliação da ansiedade e depressão na doença médica, que diz respeito à influência das doenças físicas dos indivíduos, nos resultados das escalas de ansiedade e depressão.

Dessa forma, Zigmond & Snaith (1983), excluíram propositadamente na escala, os itens que se relacionavam simultaneamente com a perturbação física, como por exemplo, os sintomas vegetativos como, a vertigem, cefaleias, insónia, energia e fadiga. Com esta forma de construção da escala, os autores incluíram somente os itens que se baseavam apenas nos sintomas psíquicos.

A Escala HADS foi então elaborada, com o objetivo de avaliar a disfunção psicossocial e comportamental, sendo um questionário estruturado com perguntas fechadas, constituído por **catorze questões** relacionadas com a Ansiedade e Depressão, subdivididos em duas subescalas, **sete questões** sobre o nível de ansiedade (**Subescala HADS-A**) e **sete questões** sobre o nível de depressão (**Subescala HADS-D**) (Cosco, Doyle, Watson, Ward, & McGee, 2012; Straat, Ark, & Sijtsma, 2013; Zigmond & Snaith, 1983). Cada item é respondido numa escala ordinal de quatro pontos (0 – inexistente; 3 - muito grave), correspondendo uma pontuação máxima de 21 pontos por cada subescala (Marcolino et al., 2007). Este questionário é de autopreenchimento, com uma duração estimada entre 10 a 15 minutos.

Para avaliação da frequência de ansiedade e de depressão foi utilizado a classificação proposta por Zigmond & Snaith (1983), para ambas as subescalas:

**Tabela 9 - Score da escala HADS**

	<b>SCORE</b>
<b>Normal</b>	0-7 Pontos
<b>Ligeiro</b>	8- 10 Pontos
<b>Moderado</b>	11-14 Pontos
<b>Severo</b>	15-21 Pontos

(Zigmond & Snaith, 1983)

Segundo os autores da escala, esta foi construída com uma base teórica e confirmada por análise estatística psicométrica (Bjelland, Dahl, Haug, & Neckelmann, 2002; Correia & Barbosa, 2009; Zigmond & Snaith, 1983).

Em 2010, foi realizada uma meta-análise, que mostrou que a Escala HADS, nos testes de diagnóstico, apresenta uma sensibilidade de 82%, para a Subescala HADS-D, sendo de 74% para a deteção de transtornos depressivos maiores. No que diz respeito, à Subescala HADS-A, apresenta uma sensibilidade na ordem dos 78% (Brennan, Worrall-Davies, McMillan, Gilbody, & House, 2010; Norton, Cosco, Doyle, Done, & Sacker, 2013).

De forma, a se incluir a Escala HADS no estudo, houve a preocupação de verificar se a mesma estava validada para a população portuguesa, tendo sido a mesma validada para portugueses, no que diz respeito à validade de conteúdo, validade de critério, validade de constructo, fiabilidade, sensibilidade entre populações, sensibilidade à mudança, em doentes com doença médica, como cancro, diabetes, epilepsia, acidente vascular cerebral, apneia obstrutiva do sono, doenças coronárias, entre outras (Ribeiro et al., 2007). Assim, realizou-se o pedido de autorização da HADS, ao Docente e Investigador, José Luís Pais Ribeiro da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação – Universidade do Porto, pela seguinte correspondência eletrónica: [jlpr@fpce.up.pt](mailto:jlpr@fpce.up.pt), onde o mesmo autorizou a utilização deste instrumento de medida. Para além disso, encontra-se também recomendada pela Direção Geral de

Saúde, numa circular informativa que saiu a 27/10/2009, com o número 40A/DSPCD, sob o seguinte assunto: Orientações Técnicas sobre Reabilitação Respiratória na DPOC, com base no Programa Nacional de Prevenção e Controlo da DPOC.

**Tabela 10 - Dimensão nível de ansiedade: HADS-A**

DIMENSÃO	INDICADORES	QUESTÃO
NÍVEL DE ANSIEDADE	Sentir-se tenso ou contraído	1
	Ter a sensação de medo como se algo de mau estivesse para acontecer	3
	Ter a cabeça cheia de preocupações	5
	Ser capaz de se sentar à vontade e sentir-se relaxado	7
	Ficar tão assustado que até sente um aperto no estômago	9
	Sentir-se impaciente e não conseguir estar parado	11
	De repente, ter sensações de pânico	13

**Tabela 11 - Dimensão nível de depressão: HADS-D**

DIMENSÃO	INDICADORES	QUESTÃO
NÍVEL DE DEPRESSÃO	Ainda ter prazer nas mesmas coisas que anteriormente	2
	Ser capaz de rir e de se divertir com as coisas engraçadas	4
	Sentir-se bem-disposto	6
	Sentir-se parado	8
	Perder o interesse em cuidar do aspeto	10
	Pensar com prazer no que se tem para fazer	12
	Sentir-se capaz de apreciar um bom livro ou programa de rádio ou de televisão	14

### 8.3. Parte IIb - Escala de Autoestima de Rosenberg: RSES

No que diz respeito à Escala RSES, esta foi inicialmente desenvolvida por Rosenberg (1965), numa tentativa de atingir uma medida unidimensional da autoestima global.

Esta escala é constituída por **dez itens**, dos quais cinco são positivos e cinco são negativos. No entanto, não são apresentados consecutivamente para reduzir o perigo

de resposta direcionada e para não induzir em erro o indivíduo durante o seu preenchimento (Romano, Negreiros, & Martins, 2007; Rosenberg, 1965).

Para cada afirmação existem quatro possibilidades de resposta (1 – Concordo completamente, 2 – Concordo, 3 – Discordo, 4 – Discordo completamente). Para os itens 1, 2, 4, 6 e 7 (de autoconfiança) a pontuação é a seguinte: Concordo completamente = 4, Concordo = 3, Discordo = 2 e Discordo completamente = 1. Em relação aos itens 3, 5, 8, 9, e 10 (de autodepreciação) a pontuação é a seguinte: Concordo completamente = 1, Concordo = 2, Discordo = 3 e Discordo completamente = 4. Para se obter o valor total relativo à autoestima global, procede-se à soma dos valores obtidos em cada um dos itens, variando o valor total da escala entre os 10 e 40 pontos (Romano et al., 2007; Santos, 2006).

De salientar que quanto maior for o resultado final obtido, mais elevado será o nível da autoestima global de cada indivíduo e vice-versa (Romano et al., 2007; Santos, 2006).

**Tabela 12 - Score da escala RSES**

	<b>SCORE</b>
<b>Autoestima Alta</b>	Acima de 30 Pontos
<b>Autoestima Média</b>	20- 30 Pontos
<b>Autoestima Baixa</b>	Menor que 20 Pontos

(Marçola & Vale, 2007; Rosenberg, 1965; Santos, 2006)

**Tabela 13 - Dimensão nível de autoestima: RSES**

<b>DIMENSÃO</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>QUESTÃO</b>
<b>NÍVEL DE AUTOESTIMA</b>	Sentir-se uma pessoa de valor, pelo menos num plano de igualdade com os outros	1
	Sentir-se que possui um bom número de qualidades	2
	Em termos gerais, estar inclinado a sentir-se uma pessoa falhada	3
	Estar apto para realizar as coisas tão bem como a maioria das pessoas	4
	Sentir-se uma pessoa que não tem muito que se orgulhar	5
	Tomar uma atitude positiva perante si próprio	6
	No geral, estar satisfeito consigo próprio	7
	Gostar de ter mais respeito por si próprio	8
	Sentir-se por vezes inútil	9
	Por vezes, pensar-se que não se é nada bom	10

De forma a incluir-se a Escala RSES no estudo, houve a preocupação de verificar se a mesma estava validada para a população portuguesa, tendo sido a mesma validada de forma preliminar para português, em 2003 por Santos & Maia, em estudantes na faixa etária da adolescência, onde os dados apresentados, em relação à validade, fidelidade da RSES e a sua adequação à investigação psicológica no contexto cultural português foi suportada (Santos & Maia, 2003). Mais tarde, Santos (2008) realizou a validação da Escala RSES numa amostra de estudantes do ensino superior.

Com vista a utilizar este instrumento de medida, noutra tipo de população, realizou-se o pedido de autorização da RSES, ao Docente e Investigador Paulo Jorge Santos, da Faculdade de Letras – Universidade do Porto, pela seguinte correspondência eletrónica: [pjosantos@sapo.pt](mailto:pjosantos@sapo.pt), onde foi solicitado o preenchimento de um formulário, constituído pelos seguintes itens: identificação do estudo, identificação do investigador, objetivos do estudo e dados metodológicos (anexo II). Posteriormente, ao envio do formulário solicitado pelo autor da versão portuguesa, o mesmo autorizou a utilização deste instrumento de medida.

## 9. Métodos de recolha de dados

### 9.1. Procedimentos

Inicialmente apresentou-se o estudo, ao Gabinete de Investigação e Inovação do CHCB, onde foi preenchido um impresso com o código: CHCB.IMP.CINVEST.01, respeitante à apresentação do projeto de investigação. Esse documento era constituído pela identificação do investigador, identificação do estudo, assim como pela identificação dos profissionais do CHCB envolvidos (anexo III).

A recolha dos dados no Serviço de Medicina Física e de Reabilitação - Fisioterapia Cardio-Respiratória do CHCB, deu início a 14 de Outubro de 2014, após a aprovação do Projeto de Investigação pelo Gabinete de Investigação e Inovação e do Conselho de Administração do CHCB, a 23 de Setembro de 2014 (anexo IV). Para a obtenção dessa aprovação foi necessário, como referido anteriormente, o parecer positivo da Comissão de Ética do CHCB, do Diretor do Serviço de Medicina Física e de Reabilitação - Fisioterapia Cardio-Respiratória e do Conselho de Administração do CHCB (anexo V).

Para além dessas autorizações, foi também necessária a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Informado pelos idosos que participaram no estudo (anexo VI), tendo sido apresentados numa linguagem acessível e de fácil entendimento, os seguintes aspetos:

- Objetivos do estudo de investigação;

- Procedimentos necessários para a realização do estudo de investigação, onde foi esclarecido que não existiam riscos e benefícios provenientes da participação no estudo;
- Garantia de sigilo, sobre a origem dos dados e confidencialidade em relação às informações prestadas pelos participantes.

Após a autorização da participação no estudo, por parte dos idosos foram verificados os critérios de inclusão e exclusão, e posteriormente selecionados os idosos da amostra, onde foi atribuído a cada idoso, um código de identificação, representado em forma numérica.

Dessa forma, ao primeiro idoso que participou no estudo e ao respetivo questionário individual, foi atribuído o código de identificação número 1. À medida que se continuou a recolha dos dados a novos idosos, atribuíram-se como códigos de identificação, os números seguintes em ordem crescente de numeração (exemplo, 1, 2, 3, 4,...). Com este procedimento ficou salvaguardando o anonimato dos idosos e a confidencialidade dos dados.

De seguida são descritos as medidas e os testes que foram necessários para a recolha dos dados.

## 9.2. Pré-teste

Antes da recolha dos dados propriamente dita, foi realizado entre 29 de Setembro a 3 de Outubro de 2014, com a duração de uma semana, um teste piloto com cinco idosos que não pertenceram à amostra, de modo a verificar a operacionalidade e funcionalidade dos instrumentos de avaliação propostos no projeto de investigação.

Durante a realização desse teste, foram detetados possíveis erros que poderiam surgir na explicação do estudo, assim como na organização e interpretação das questões do questionário. Para a concretização deste pré-teste, foi solicitado aos idosos que colocassem todas as dúvidas que o questionário individual suscitasse.

Com base no pré-teste realizado, reformulou-se a questão número 3 da parte I do questionário sociodemográfico, referente à residência, optando-se por acrescentar o termo localidade, de forma a evitar que os idosos colocassem somente a morada da sua residência, não referindo a localidade.

Para além disso, a questão número 8 da parte I do questionário sociodemográfico, referente às redes de suporte social, também foi alvo de reformulação após o pré-teste, uma vez que os idosos tiveram dificuldades em interpretar e em distinguir os diversos tipos de redes de suporte social existentes. Dessa forma, incluiu-se exemplos em cada um dos tipos de redes de suporte social, com vista ajudar os idosos na seleção das suas próprias redes sociais. Para além disso, criou-se um espaço onde os

idosos pudessem referir qual ou quais os tipos de redes de suporte social que possuíam.

A ordem das questões na parte I do questionário sociodemográfico, também foi alterada, tendo-se optado por colocar na questão 1, os dados referentes ao género em vez da idade. Na última questão optou-se por se inserir os tipos de redes de suporte social.

### **9.3. Recolha dos dados**

Antes de se iniciar a recolha dos dados, foi elaborado um calendário para a realização das recolhas, uma vez que o número de idosos da amostra foi grande, para se proceder à realização das recolhas no mesmo dia, para além dos inconvenientes intrínsecos de cada idoso da amostra e dos próprios horários das sessões de tratamento no hospital. Desta forma, foi elaborado um calendário com os dias, as horas das sessões e os idosos a quem foram efetuadas as recolhas. É também de referir, que devido à articulação de horários entre o investigador e os diferentes participantes do estudo, houve a necessidade de alterar por diversas vezes esse plano esquemático.

Durante o processo de recolha de dados, que decorreu de 14 de Outubro a 31 de Dezembro de 2014, foi dada total liberdade aos idosos, a fim de responderem às questões apresentadas. O baixo nível educacional de alguns idosos que participaram no estudo, foi um dos pontos negativos na recolha dos dados, o que implicou o apoio por parte do investigador no preenchimento do questionário individual, onde estavam incluídas as escalas de avaliação da ansiedade, depressão e autoestima. No entanto, é de salientar que foram respeitadas as opiniões dos idosos, promovendo o mínimo de interferência possível por parte do investigador, isto porque alguns idosos tiveram dificuldade em compreender o sentido de alguns termos das escalas de avaliação, havendo por isso a necessidade de repetição de algumas perguntas, o que levou ao aumento da duração do preenchimento dos questionários.

Em relação à sala utilizada para a recolha dos dados, esta também foi alvo de preparação, sendo essas informações descritas de seguida.

#### **9.3.1. Sala utilizada para a recolha dos dados**

Na recolha dos dados, foi necessário ter bastante atenção a vários tipos de interferências que poderiam pôr em causa os resultados do estudo. Estas interferências poderiam ter origem a partir de diversas fontes, como por exemplo, o barulho no ginásio do serviço de fisioterapia cardio-respiratória, o *stress* originado

pelo preenchimento do questionário, assim como todos os elementos de distração existentes na sala de tratamentos, como por exemplo a entrada de funcionários, de bombeiros e de outros utentes neste serviço.

Assim sendo, optou-se por arranjar uma sala: gabinete dos fisioterapeutas, ao lado do ginásio da cardio-respiratória, para se proceder à recolha dos dados. A sala utilizada estava isenta de barulho e possuía o mínimo de objetos que pudessem provocar distração. Dessa forma, os idosos no final das sessões de tratamento, eram encaminhados para essa sala, onde se procedeu à entrega, preenchimento e recolha do questionário.

## 9.4. Processamento e análise dos dados

No final da fase de campo, os dados recolhidos foram analisados e processados com o propósito de conhecer os níveis de ansiedade, depressão e autoestima dos idosos com patologia respiratória, seguidos pelo serviço de fisioterapia cardio-respiratória do CHCB.

Para se conseguir dar resposta a esse objetivo, foi necessário o tratamento das questões contempladas no questionário utilizado, tanto ao nível das questões relacionadas com os dados sociodemográficos, como ao nível das questões referentes à escala HADS e à escala RSES.

Inicialmente os dados foram transcritos para uma folha do Microsoft Office Excel, de forma a conhecer quantos idosos apresentavam alterações de ansiedade, depressão e autoestima, com base no somatório dos *scores* obtidos em cada item da subescala de ansiedade (HADS-A), da subescala de depressão (HADS-D) e da escala RSES.

De forma, a dar resposta às questões de investigação colocadas, foi necessário recorrer análise estatística, com testes estatísticos específicos.

### 9.4.1. Análise estatística

Para análise estatística foi utilizado, o *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 20.0 para Windows®. Os testes estatísticos utilizados foram: estatística descritiva (média, desvio padrão, mínimo e máximo) (Spiegel, 2000) e estatística inferencial.

A decisão dos designs estatísticos (paramétricos ou não paramétricos), a utilizar para o tratamento e análise de dados, passou pela avaliação da adesão à normalidade da amostra, através da utilização de teste estatísticos, que são designados de testes de

normalidade, como o *Teste de Kolmogorov-Smirnov* e o *Teste de Shapiro-Wilks* (SW) (Pestana & Gageiro, 2003), sendo este último, o que foi utilizado neste estudo, para perceber se amostra e as variáveis em estudo possuíam uma distribuição normal. A escolha do *Teste Shapiro-Wilks* deveu-se ao facto de o mesmo constituir um dos testes de normalidade mais potentes ao nível do software SPSS, apresentando um nível de recomendação elevado pela literatura científica, face ao *Teste de Kolmogorov-Smirnov*, que é habitualmente usado em trabalhos de investigação (Ghasemi & Zahediasl, 2012).

De forma, a cumprir o critério de normalidade ao nível das dimensões em estudo, utilizou-se o seguinte valor de  $\alpha$ :  $\rho > 0.05$ . De seguida é explicado como se procedeu aceitação ou não do critério de normalidade da amostra.

Estabeleceu-se que X é a característica em estudo na população, tendo-se formulado as seguintes hipóteses:

- H0: X tem uma distribuição normal;
- H1: X não tem uma distribuição normal.

Usando o valor de  $\rho$ :

- Rejeita-se H0, se valor de  $\rho \leq \alpha$ , significando que não se pode admitir que X tem uma distribuição normal;
- Se valor de  $\rho > \alpha$ , não se rejeita H0, o que significa que se pode admitir que X apresenta uma distribuição normal (Ghasemi & Zahediasl, 2012).

Sempre que se verificou a condição de normalidade da amostra, utilizaram-se testes paramétricos, mais concretamente o *Teste t-Student* (*Teste de Levene*) e o *Teste One-Way ANOVA* (F). Por outro lado, sempre que não se verificou a condição de normalidade, utilizaram-se testes não paramétricos, nomeadamente o *Teste Kruskal Wallis* (KW) e o *Teste U de Mann-Whitney* (UMW).

Neste estudo, utilizou-se o *Teste t-Student*, para comparação de médias entre dois grupos independentes. No *Teste t-Student* foi utilizado o *Teste de Levene*, considerando que se assume a igualdade das variâncias quando a significância do *Teste de Levene* foi superior a 0,05 (Pestana & Gageiro, 2003). Quando foi necessário comparar diferenças entre médias de três ou mais grupos, utilizou-se a análise da variância (*ANOVA*) *One-Way*, uma vez que o *Teste t-Student* permite comparar apenas dois grupos (Fortin, 1999).

Como foi referido anteriormente, quando não se verificou a condição de normalidade, utilizou-se o *Teste U de Mann-Whitney*, sendo um teste não paramétrico, utilizado para comparar tendências centrais de dois grupos independentes. Ao contrário do *Teste t-Student*, que testa a igualdade das médias, o *Teste U de Mann-Whitney*, testa a igualdade das medianas. Outro teste não paramétrico utilizado foi o *Teste Kruskal Wallis*, que permite testar se um conjunto de grupos provém da mesma distribuição, sendo uma extensão do *Teste de Mann-Whitney*, utilizado para comparar

três ou mais grupos. É considerado o análogo não paramétrico ao *Teste One-Way ANOVA* (Martins, 2014).

Os critérios de decisão, em relação aos testes de hipóteses, são baseados no estudo das probabilidades. Na análise estatística, utilizaram-se os seguintes valores de significância (Pestana & Gageiro, 2003; Pinto & Curto, 2010):

- $\rho < 0,05^*$  – Diferença estatística significativa;
- $\rho < 0,01^{**}$  – Diferença estatística bastante significativa;
- $\rho < 0,001^{***}$  – Diferença estatística altamente significativa;
- $\rho \geq 0,05$  – Diferença estatística não significativa.

Na análise inferencial, aplicou-se também o Coeficiente de Correlação de *Pearson* ( $r$ ), o qual nos indica que os fenómenos não estão indissolúvelmente ligados, mas sim, que a intensidade de um é acompanhada tendencialmente (em média, com maior frequência) pela intensidade do outro, no mesmo sentido ou em sentido inverso, cujos valores se apresentam entre -1 e 1, (Fortin, 1999; Gonzaga, 1994; Pestana & Gageiro, 2003; Pinto & Curto, 2010) com a seguinte correspondência:

- $r < 0,2$  – associação muito baixa;
- $0,2 \leq r < 0,39$  – associação baixa;
- $0,4 < r < 0,69$  – associação moderada;
- $0,7 < r < 0,89$  – associação alta;
- $0,9 < r \leq 1$  – associação muito alta.

## 10. Procedimentos formais e aspetos éticos

O carácter moral de um processo de investigação deve ser regido por um conjunto de regras. A investigação aplicada a seres humanos, não deve causar danos aos seus direitos e liberdades. Assim sendo, numa investigação deste tipo e segundo Fortin, (1999); Gonzaga, (1994); Quivy & Campenhoudt, (1998), devem ser respeitados e protegidos, fundamentalmente os seguintes princípios ou direitos dos indivíduos que participaram na investigação:

- **Direito à Autodeterminação:** defende que qualquer indivíduo tem a sua própria decisão, devendo decidir livremente se escolhe ou não participar numa investigação, de forma voluntária;
- **Direito à Intimidade:** num estudo de investigação, a intimidade do indivíduo deve estar protegida, devendo ser o próprio indivíduo a decidir sobre a

extensão da informação (atitudes, valores ou outras informações) a fornecer ao participar numa investigação;

- **Direito ao Anonimato e à Confidencialidade:** as respostas fornecidas pelo indivíduo que participa na investigação, assim como os respetivos resultados, não devem ser identificados. Só com autorização expressa dos indivíduos, é que se pode divulgar ou partilhar os seus dados pessoais;
- **Direito à Proteção contra o Desconforto e o Prejuízo:** diz respeito às regras dos indivíduos que participam na investigação, devendo os mesmos serem protegidos contra situações inconvenientes que os possam prejudicar;
- **Direito a um Tratamento Justo e Leal:** os indivíduos que participam no estudo devem ser informados sobre a natureza, os métodos, a duração e a finalidade da investigação. A escolha dos indivíduos deve estar diretamente ligada ao processo de investigação. Os indivíduos devem obter informações sobre a sua participação na investigação, assim como terem o direito a desistir e a serem tratados de forma justa e equitativa ao longo de todo o processo de investigação.

Estes princípios e direitos, referidos anteriormente aquando de um trabalho de investigação, estão inseridos num dos documentos mais importantes sobre este assunto, que diz respeito à Declaração de Helsínquia (1964), realizado pela Associação Médica Mundial, com vista a fornecer orientações para pesquisas clínicas que envolvam seres humanos. Este documento divide-se em três partes, a primeira respeitando os princípios básicos, a segunda regulamentando a relação da investigação com a atividade profissional e a terceira estabelecendo normas sobre a investigação clínica sem fins terapêuticos (Gonzaga, 1994).

Tendo em conta os princípios básicos de natureza ética referidos anteriormente, também neste estudo foram assegurados esses princípios e direitos, assim como todas as linhas orientadoras respeitantes à autorização e implementação do estudo preconizadas tanto pela Declaração de Helsínquia, como pelas próprias normas da instituição onde decorreu o estudo.

Assim, antes de se iniciar a recolha dos dados, houve inicialmente a preocupação de se obter autorização do Conselho de Administração da instituição em causa, neste caso o Centro Hospitalar Cova da Beira – Hospital Pêro da Covilhã (anexo IV), assim como de todos os órgãos responsáveis pela tomada de decisão. Assim sendo, houve necessidade do parecer positivo do Conselho de Administração, da Comissão de Ética, do Gabinete de Investigação e Inovação, assim como do Diretor do Serviço de Medicina Física e de Reabilitação do CHCB. Só após se reunirem todas as autorizações necessárias para o início deste estudo de investigação é que se procedeu à fase de campo (anexo V).

Durante a fase de campo, antes de se iniciar propriamente a recolha dos dados junto dos idosos com patologia respiratória, foi utilizado o impresso com o código: CHCB.IMP.CINVEST.18, respeitante ao **Consentimento Livre e Informado** utilizado pela instituição, que continha toda a informação relativa ao estudo (anexo VI). Esse impresso, foi assinado por cada idoso que mostrou interesse em participar no estudo – Consentimento Informado pelo Participante, assim como assinado pelo próprio investigador – Consentimento Informado pelo Investigador. O primeiro tinha como objetivo certificar que o participante leu e compreendeu todas as informações referentes ao estudo em causa, assim como teve tempo para ponderar a sua participação no estudo. Para além disso, esse consentimento assegurou a autorização voluntária pelo idoso no estudo, por escrito. No que se refere ao consentimento informado pelo investigador, este tinha como objetivo confirmar que o investigador explicou a informação e o propósito do estudo, assim como respondeu a todas as questões e dúvidas apresentadas pelo participante ou representante legal.

Com o consentimento dos idosos, foram então aplicados os instrumentos de medida, definidos inicialmente no estudo, após as adaptações realizadas pelo pré-teste, sem se influenciar as respostas dos mesmos.

Expostas as considerações metodológicas, procede-se no capítulo seguinte à apresentação e análise dos resultados.

## Capítulo III: Apresentação e análise dos resultados

Neste capítulo serão apresentados os resultados obtidos no estudo, após o tratamento estatístico dos dados. Segundo Fortin (1999, p. 330), a apresentação dos dados “consiste em fornecer todos os resultados pertinentes relativamente às questões levantadas ou às hipóteses formuladas”. Inicialmente será caracterizada a amostra em estudo, com o objetivo de obter uma melhor percepção dos resultados obtidos, sendo os dados apresentados em tabelas e explicados imediatamente antes da sua exposição. Nesta análise, procurou-se enfatizar os resultados mais relevantes, diretamente relacionados com os objetivos da investigação em causa.

### 1. Caracterização da amostra

De forma a caracterizar a amostra em estudo, relativamente ao perfil sociodemográfico, utilizou-se a análise dos dados recolhidos na Parte I dos questionários individuais, respeitante aos dados sociodemográficos, sendo os mesmos apresentados pela mesma ordem que surgem no respetivo instrumento de avaliação: Género, Idade, Local de Residência, Situação Socio-Habitacional, Situação Profissional; Estado Civil, Escolaridade e Tipos de Redes de Suporte Social.

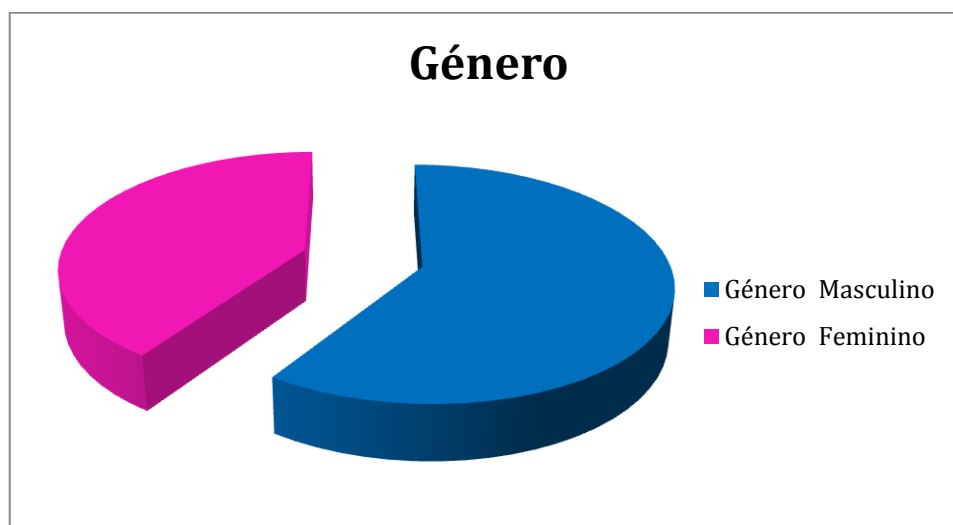
- **Género**

A respetiva amostra, foi constituída por 44 idosos do género masculino e 30 idosos do género feminino, representando na amostra 59.5% e 40.5% respetivamente.

Tabela 14 - Estatísticas da frequência do género na amostra

		Frequência	Percentagem
Género	Masculino	44	59,5%
	Feminino	30	40,5%

Gráfico 13 - Distribuição da amostra segundo o gênero



### 1.1. Caracterização sociodemográfica da amostra em função do gênero

- **Idade e gênero**

As estatísticas relativas à idade revelaram que os idosos apresentavam uma idade mínima de 65 anos e uma máxima de 93 anos, ao que corresponde uma idade média de 73,86 anos, com um desvio padrão de 7,489 ( $73,86 \pm 7,489$  anos).

Para o gênero masculino que representa 59,5% da totalidade da amostra, como referido anteriormente, a idade mínima foi de 65 anos e a máxima foi de 91 anos. Já o gênero feminino, que apresentava uma representatividade de 40,5% da totalidade da amostra, a idade mínima foi de 65 anos, sendo a máxima de 93 anos. Por gêneros, os idosos femininos eram mais velhos (Média =  $74,40 \pm 8,114$  anos) que os idosos do gênero masculino (Média =  $73,50 \pm 7,106$  anos).

Tabela 15 - Estatísticas relativas à idade por gênero

Idade Gênero	N	Mínimo	Máximo	Média	DP
Masculino	44	65	91	73,50	7,106
Feminino	30	65	93	74,40	8,114
Total	74	65	93	73,86	7,489

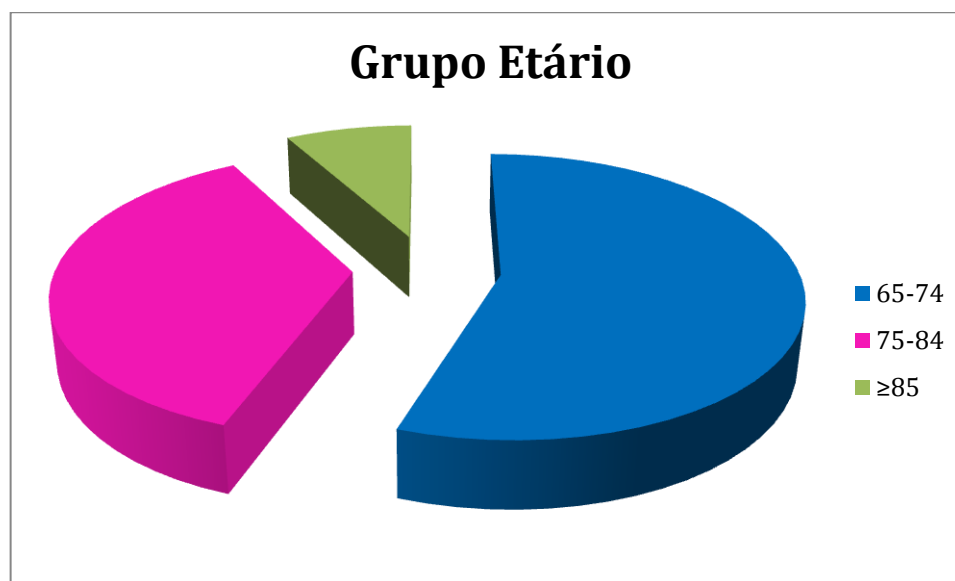
- **Grupo etário**

Como critério de inclusão do estudo, estabeleceu-se que os idosos tinham que ter idade, superior ou igual a 65 anos, verificando-se uma grande amplitude de variação da idade, uma vez que se situou nos 26 anos para o género masculino e de 28 anos para o género feminino (diferença entre a idade mínima e a idade máxima por género, respetivamente).

Assim, de forma a ser possível analisar os dados, optou-se pelo agrupamento em classes homogéneas, com base nas frequências absolutas, tendo-se estabelecido três grupos, nomeadamente dos 65-74 anos de idade, dos 75-84 anos de idade e por fim  $\geq 85$  anos de idade (tabela 18).

Dos resultados que se apresentam na tabela 18, verificou-se que dos 74 idosos que participaram no estudo, 55.4% têm idades entre os 65-74 anos, 36.5% têm idades entre os 75 -84 anos e 8.1% têm idades  $\geq 85$  anos.

Gráfico 14 - Distribuição da amostra segundo o grupo etário



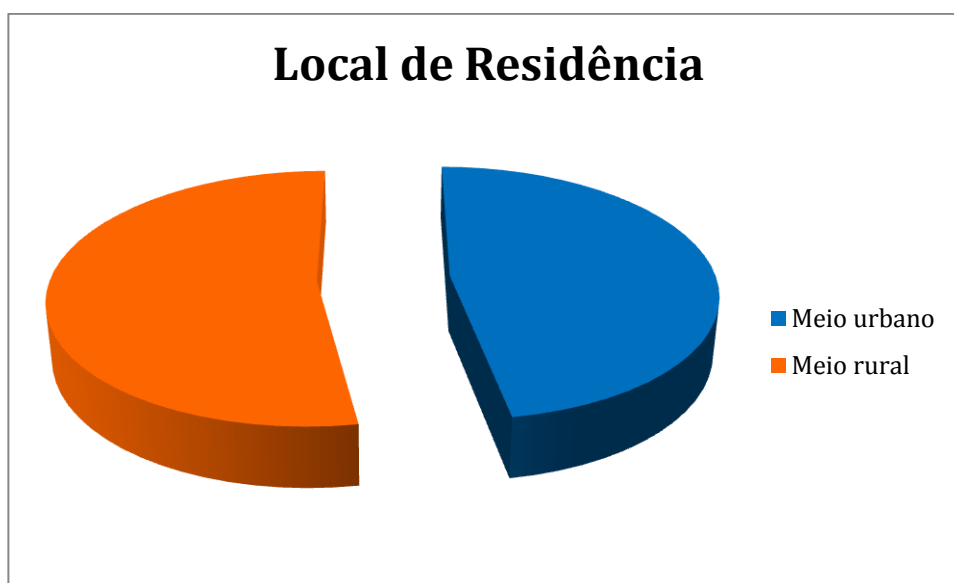
Foi no grupo etário, entre os 65-74 anos de idade, que os idosos do género masculino e feminino, apresentaram maiores valores percentuais de 33.8% e 21.6%, respetivamente. No que concerne ao grupo etário  $\geq 85$  anos, verificou-se que os idosos do género feminino, apresentaram valores percentuais mais elevados (5.4%) face aos idosos do género masculino (2.7%).

- **Local de residência**

Ao questionar os idosos, acerca do local de residência, constatou-se que dos 74 idosos da amostra, 35 idosos viviam em meios urbanos e 39 idosos em meios rurais.

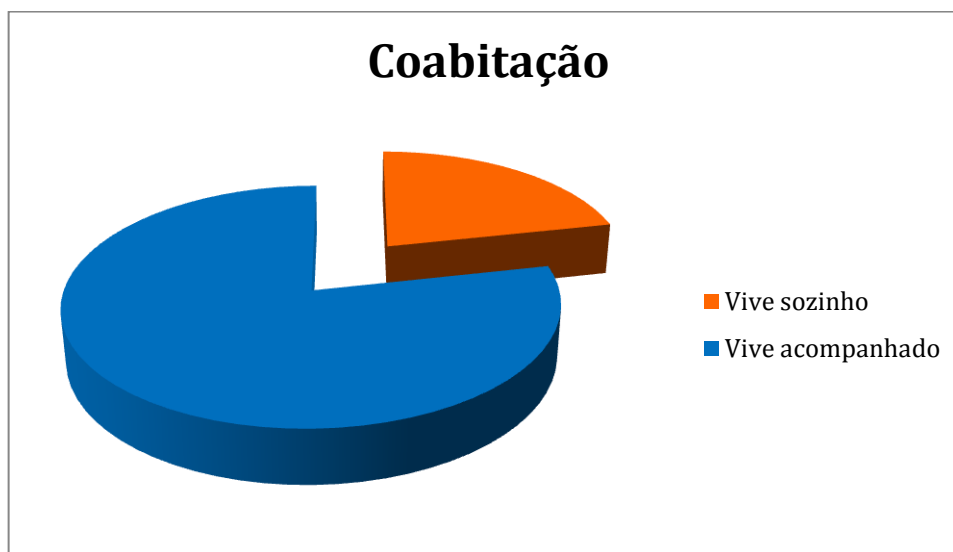
Assim, com base na análise destes valores, observou-se que a maioria dos idosos da amostra vivia em zonas rurais “aldeias e vilas” (52.7%), contribuindo para este valor percentual os idosos do género masculino com 37.8%. No que diz respeito, às zonas urbanas “cidades”, observou-se 47.3% dos idosos a viverem nesta zona de residência, sendo os idosos femininos, os que mais contribuíram para esse resultado, com um valor percentual de 25.7% (conforme a Tabela 18).

Gráfico 15 - Distribuição da amostra segundo o local de residência



- **Situação socio-habitacional (coabitação)**

As estatísticas relativas à coabitação revelaram que dos 74 idosos que participaram no estudo, 16 idosos viviam sozinhos e 58 idosos viviam acompanhados, representando no total da amostra, uma percentagem de 21.6% e 78.4%, respetivamente. Por géneros, verificou-se que os idosos masculinos foram os que apresentaram valores percentuais mais elevados a viverem acompanhados (55.4%), enquanto que a viverem sozinhos foram os idosos femininos que apresentaram valores mais elevados (17.55%). Desta forma, constatou-se um maior número de idosos femininos a viverem sozinhos face aos idosos masculinos, assim como um maior número de idosos masculinos a viverem acompanhados face aos idosos femininos (conforme a tabela 18).

**Gráfico 16 - Distribuição da amostra segundo a situação socio-habitacional**

- **Situação profissional**

Relativamente à situação profissional dos idosos que participaram no estudo, verificou-se que prevaleceu a classe dos “reformados” com 70 idosos, representando no total da amostra uma percentagem de 94.6%, contribuindo para este valor percentual, os idosos do género masculino com 58.1% e os idosos do género feminino com 36.5%. Só uma ínfima percentagem, 2.7% foi registada na classe dos “desempregados” e dos “trabalhadores”, não existindo idosos masculinos na classe dos “trabalhadores” (conforme a Tabela 18).

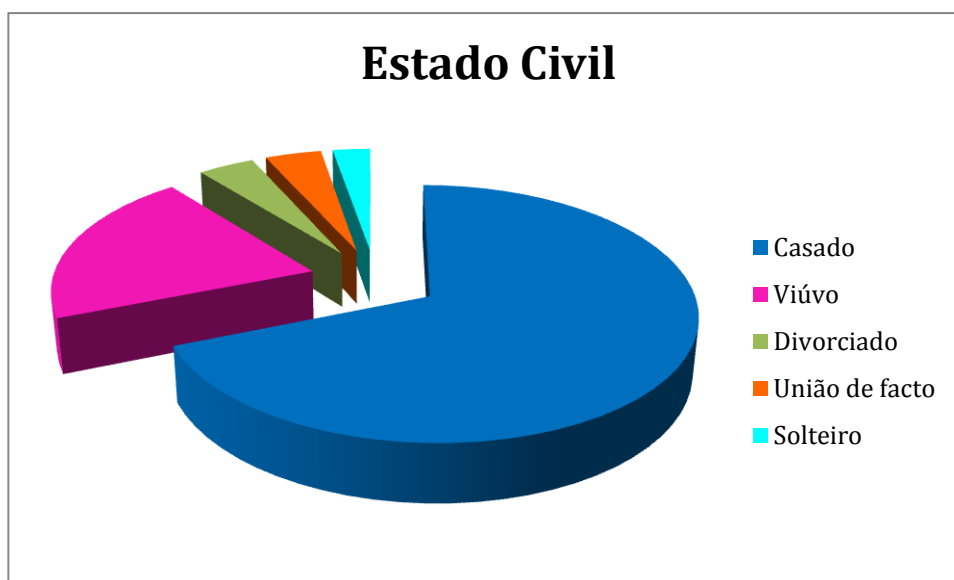
**Gráfico 17 - Distribuição da amostra segundo a situação profissional**

- **Estado civil**

No que se refere ao estado civil dos idosos (tabela 18), este foi agrupado em cinco categorias: os “casados”, os “viúvos”, os “divorciados”, os em “união de facto” e os “solteiros”. Constatou-se que a maioria dos idosos inquiridos pertencia ao grupo dos idosos “casados” (68.9 %), contribuindo para este valor, o género masculino com 47.3.% e o género feminino com 21.6%. Também foi observado no grupo dos idosos “viúvos”, um valor percentual elevado (20.3%), contribuindo para esse valor, o género masculino com apenas 4.1% e o género feminino com 16.2%.

Em relação ao grupo dos idosos “divorciados” e dos idosos em “união de facto”, observou-se um valor percentual idêntico na amostra (4.05%). O menor valor percentual foi encontrado nos idosos solteiros (2,7%), sendo constituído apenas por idosos masculinos.

**Gráfico 18** - Distribuição da amostra segundo o estado civil



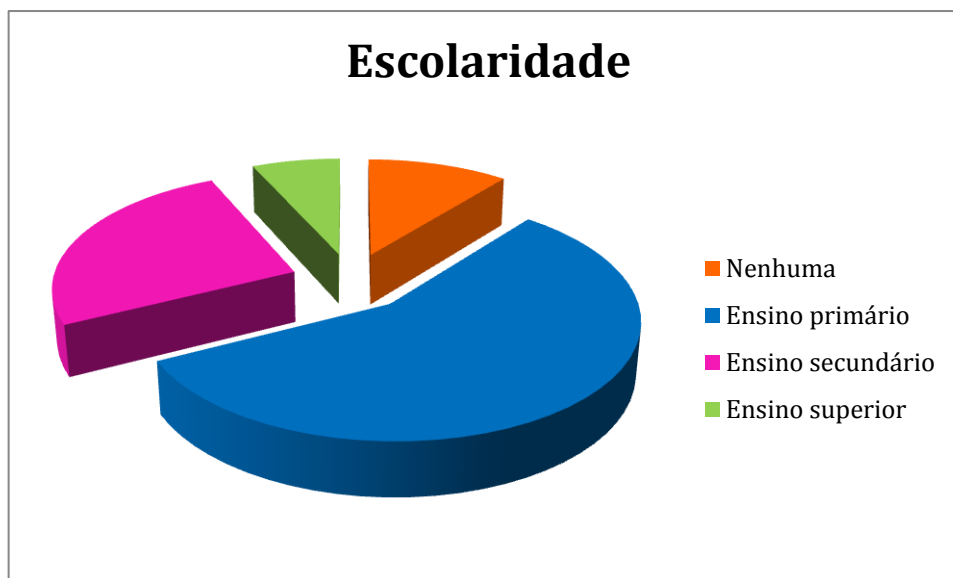
- **Escolaridade**

Quanto à escolaridade, maioritariamente os idosos inquiridos possuíam habilitações literárias, situadas ao nível do ensino primário (56.7%) contribuindo globalmente para este valor, os idosos do género feminino e os idosos do género masculino com 23% e 33.8%, respetivamente. Relativamente às habilitações literárias, situadas ao nível do ensino secundário, observou-se um valor percentual de 25.7%, sendo os idosos do género masculino a obterem o valor percentual mais elevado, de 16.2% face a 9.5% dos idosos femininos.

De salientar, uma percentagem significativa de idosos analfabetos (10.8%), sendo os idosos do género masculino os que mais contribuíram para este valor percentual (6.8%) (conforme a Tabela 18).

Quanto aos idosos que possuíam ensino superior, observou-se um valor percentual baixo, registando-se apenas 6.8% do total dos idosos inquiridos.

Gráfico 19 - Distribuição da amostra segundo a escolaridade



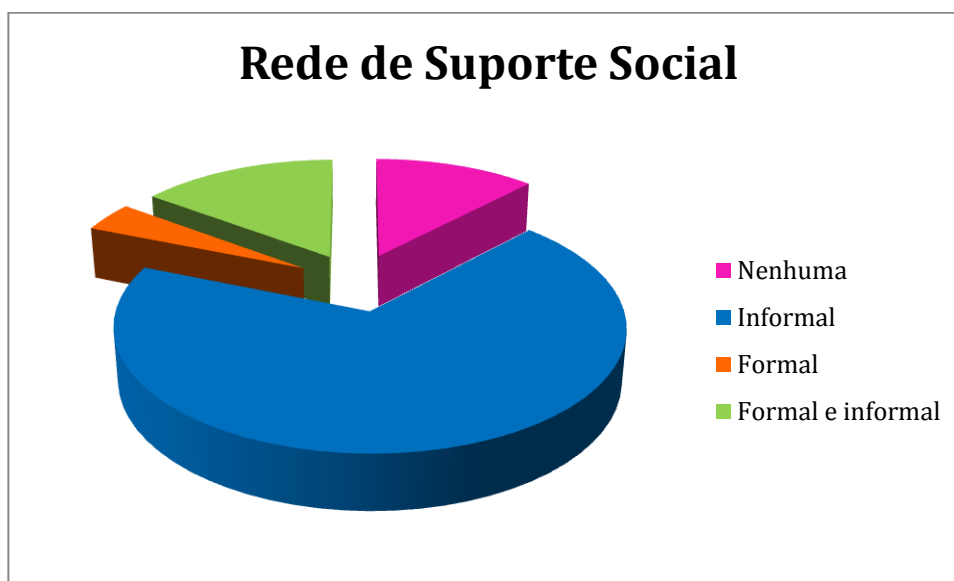
- **Redes de suporte social**

No que se refere, às redes de suporte social (tabela 18), foram definidas quatro categorias: nenhuma, informal, formal e ambas (informal e formal).

As estatísticas relativas às redes de suporte social, revelaram que a maioria dos idosos da amostra, possuíam como tipo de rede de suporte social, a informal com 51 idosos, representando no total da amostra um valor percentual de 68.9%, contribuindo mais para esse valor percentual os idosos masculinos, com 47.3%. Observou-se também que 12.15% dos idosos da amostra não possuíam qualquer tipo de suporte social, sendo mais evidente nos idosos do género feminino, com 9.5%. No que diz respeito, ao apoio informal e formal, constatou-se que 14.9% dos idosos inquiridos possuíam este tipo de suporte social, contribuindo para esse valor percentual 8.1% dos idosos masculinos.

Em relação aos diferentes tipos de suporte social analisados, verificou-se que o apoio formal, foi o que obteve o valor percentual mais baixo, com 4.05% do total da amostra.

Gráfico 20 - Distribuição da amostra segundo as redes de suporte social



Quando se questionou qual ou quais os tipos de redes de suporte social que os idosos da amostra apresentavam em cada subtipo (informal, formal e informal + formal), os dados recolhidos foram os seguintes (conforme a tabela 16):

#### - Suporte social informal

Neste tipo de rede de suporte social, as respostas dadas pelos idosos da amostra, variaram entre a família, os amigos e os vizinhos, existindo dessa forma, uma variabilidade de respostas facultadas pelos idosos, devido às diferentes combinações possíveis das mesmas. Assim, constatou-se que 24.38% dos idosos da amostra referiram exclusivamente a família, 18.92% dos idosos a família, os amigos e os vizinhos, 13.5% dos idosos a família e os amigos, 5.4% dos idosos os amigos e os vizinhos, 4.05% dos idosos a família e os vizinhos e 1.35% dos idosos exclusivamente os vizinhos.

#### - Suporte social formal

Neste tipo de rede de suporte social, as respostas dadas pelos idosos da amostra, variaram entre o apoio do Hospital, do Lar de Idosos e da Segurança Social. Assim, constatou-se que 2.7% dos idosos da amostra referiram exclusivamente como apoio formal o equipamento social: lar de idosos, sendo que 1.35% dos idosos da amostra referiram como apoio formal: o hospital e os subsídios dados aos idosos pela segurança social.

## - Suporte social informal e formal

Existiu também na amostra, idosos que apresentaram os dois tipos de suporte social: informal e formal. Dessa forma, neste grupo as respostas dadas foram bastante diversificadas, variando entre a família, os amigos, os vizinhos, o hospital, os apoios domiciliários, os lares de idosos, e o apoio de uma pessoa externa no domicílio (empregada doméstica) existindo dessa forma, uma variabilidade de respostas facultadas pelos idosos, devido às diferentes combinações possíveis das mesmas.

Assim, constatou-se que 4.05% dos idosos da amostra referiram como apoio a família e o hospital, 2.7% dos idosos a família, os amigos, os vizinhos e apoio domiciliário, 2.7% dos idosos a família, os amigos e o apoio domiciliário, 2.7% dos idosos a família e o lar de idosos, 1.35% dos idosos a família, os amigos e o hospital, 1.35% dos idosos a família, os amigos, os vizinhos e o apoio de uma empregada doméstica e, finalmente, 1.35% dos idosos os amigos e o apoio domiciliário (conforme a tabela 16).

**Tabela 16 - Estatísticas da frequência das redes de suporte social na amostra**

Variáveis		Total	
		Nº (74)	% (100)
Redes de Suporte Social	Nenhum	9	12,15
	Informal	51	68,9
	Formal	3	4,05
	Formal e Informal	11	14,9
Redes de Suporte Social: Discriminado por Categorias		Total	
		Nº (74)	% (100)
<b>Suporte Social Informal</b>			
Família		18	24,38
Família, Amigos e Vizinhos		14	18,92
Família e Amigos		10	13,5
Amigos e Vizinhos		4	5,4
Família e Vizinhos		3	4,05
Vizinhos		1	1,35
<b>Suporte Social Formal</b>			
Lar de Idosos		2	2,7
Apoio da Segurança Social e Hospital		1	1,35
<b>Suporte Social Informal e Formal</b>			
Família, Amigos e Hospital		1	1,35
Família e Hospital		3	4,05
Família, Amigos, Vizinhos e Apoio Domiciliário		2	2,7

Família, Amigos e Apoio Domiciliário	2	2,7
Família e Lar de Idosos	2	2,7
Família, Amigos, Vizinhos e Apoio de Empregada Doméstica	1	1,35
Amigos e Apoio Domiciliário	1	1,35
<b>Nenhum Suporte Social</b>	<b>9</b>	<b>12,15</b>

Com vista a conhecer o número de idosos em cada um dos tipos de suporte social referidos anteriormente (tabela 17), foi realizada de forma individual para cada resposta facultada a contagem do número de idosos em cada uma delas, estabelecendo assim o valor percentual no total da amostra. Dessa forma, em relação ao suporte social informal, observou-se que existiriam na amostra 56 idosos que referiram ter o apoio da família, com um valor percentual no total da amostra de 75.7%, 35 idosos referiram ter o apoio dos amigos, com um valor percentual no total da amostra de 47.3% e, finalmente, 25 idosos referiram ter o apoio dos vizinhos, com um valor percentual no total da amostra de 33.8%.

Em relação ao suporte social formal, observou-se que 6.8% do total dos idosos da amostra apresentava como apoio o hospital e os apoios domiciliários, 5.4% do total dos idosos, o apoio do lar e 1.35% dos idosos o apoio da segurança social e o apoio de uma empregada doméstica (conforme a tabela 17).

**Tabela 17 - Número de idosos em cada tipo de rede de suporte social**

		Nº de Idosos	Total (%)
<b>Informal</b>	<b>Família</b>	56	75,7
	<b>Amigos</b>	35	47,3
	<b>Vizinhos</b>	25	33,8
<b>Formal</b>	<b>Segurança Social</b>	1	1,35
	<b>Lar de Idosos</b>	4	5,4
	<b>Hospital</b>	5	6,8
	<b>Apoio Domiciliário</b>	5	6,8
	<b>Apoio de Empregada Doméstica</b>	1	1,35

**Tabela 18 - Caracterização sociodemográfica da amostra em função do género**

Variáveis	Género	Masculino		Feminino		Total	
		Nº (44)	%	Nº (30)	%	Nº (74)	% (100)
<b>Grupo Etário</b>							
65-74 Anos		25	33,8	16	21,6	41	55,4
75 -84 Anos		17	23	10	13,5	27	36,5
≥ 85 Anos		2	2,7	4	5,4	6	8,1
<b>Local de Residência</b>							
Meio Urbano		16	21,6	19	25,7	35	47,3

Meio Rural	28	37,8	11	14,9	39	52,7
<b>Situação Socio-Habitacional</b>						
Sozinho/a	3	4,05	13	17,55	16	21,6
Acompanhado/a	41	55,4	17	23	58	78,4
<b>Situação Profissional</b>						
Reformado/a	43	58,1	27	36,5	70	94,6
Desempregado/a	0	0,0	2	2,7	2	2,7
Trabalhador/a	1	1,35	1	1,35	2	2,7
<b>Estado Civil</b>						
Casado/a	35	47,3	16	21,6	51	68,9
Viúvo/a	3	4,1	12	16,2	15	20,3
Divorciado/a	2	2,7	1	1,35	3	4,05
União de Facto	2	2,7	1	1,35	3	4,05
Solteiro/a	2	2,7	0	0,0	2	2,7
<b>Escolaridade</b>						
Nenhum	5	6,8	3	4,05	8	10,8
Ensino Primário	25	33,8	17	23	42	56,7
Ensino Secundário	12	16,2	7	9,5	19	25,7
Ensino Superior	2	2,7	3	4,05	5	6,8
<b>Redes de Suporte Social</b>						
Nenhum	2	2,7	7	9,5	9	12,15
Informal	35	47,3	16	21,6	51	68,9
Formal	1	1,35	2	2,7	3	4,05
Formal e Informal	6	8,1	5	6,75	11	14,9

Através da caracterização sociodemográfica da amostra, efetuada anteriormente, mais concretamente ao nível da caracterização das redes de suporte social dos idosos em estudo, conseguiu-se responder a uma das questões levantada por esta investigação, nomeadamente a seguinte:

**Questão:** Quais as redes de suporte social dos idosos com patologia respiratória seguidos no SMFR do CHCB?

## 1.2. Caracterização da amostra em relação à patologia respiratória

Para além dos dados sociodemográficos recolhidos pelo questionário, utilizou-se também um dado clínico, de forma a caracterizar a amostra, sendo este relacionado com a condição médica dos idosos. Esse dado clínico foi referente, ao tipo de patologia respiratória presente nos idosos em estudo, recolhida através da consulta do processo clínico pelo próprio profissional de saúde – Fisioterapeuta e Investigador.

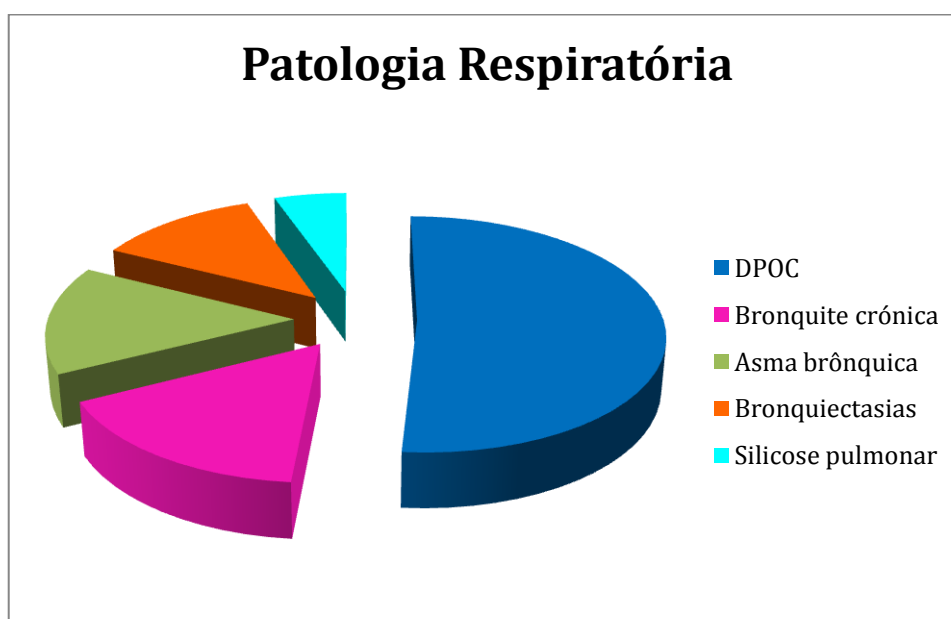
Sendo assim, com base na análise da tabela 19, observou-se a presença de cinco patologias respiratórias neste estudo: a DPOC, a Bronquite Crônica, a Asma Brônquica, as Bronquiectasias e a Silicose Pulmonar. Do grupo das patologias respiratórias presentes na amostra, as mais frequentes nos idosos seguidos no SMFR do CHCB, foram a DPOC, seguida da Bronquite Crônica e Asma Brônquica, com uma percentagem de frequência de 51.35%, 16.2% e de 14.9%, respetivamente.

No entanto, é de salientar que a DPOC foi a patologia respiratória com maior percentagem de frequência no grupo dos idosos analisados, com valores estatísticos superiores a 50% do total da amostra (conforme a tabela 19 e o gráfico 21).

**Tabela 19** - Caracterização da amostra em relação à patologia respiratória

		<b>Frequência Nº (74)</b>	<b>Percentagem % (100)</b>
<b>Patologia Respiratória</b>	DPOC	38	51,35%
	Bronquite Crónica	12	16,2%
	Asma Brônquica	11	14,9%
	Bronquiectasias	9	12,15%
	Silicose Pulmonar	4	5,4%

**Gráfico 21** - Distribuição da amostra segundo a patologia respiratória



### 1.3. Caracterização da HADS & RSES em função do género

No decurso deste estudo, solicitou-se aos idosos a resposta à Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão e à Escala de Autoestima de Rosenberg, cuja descrição se encontra na tabela 20.

Nas estatísticas relativas à dimensão nível de ansiedade, que foram obtidas através da análise dos dados relativos à pontuação da subescala HADS-A, verificou-se que o valor mínimo apresentado na amostra foi de 0 e o máximo de 20, sendo o valor médio de 9.31, com um desvio padrão de 5.615. Por género, verificou-se que os idosos masculinos, tem uma média de  $8.02 \pm 4.830$ , bastante inferior ao género feminino, com uma média de  $11.6 \pm 6.211$ , ou seja, os idosos do género feminino foram em média mais ansiosos comparativamente ao género masculino.

No que diz respeito às estatísticas relativas à dimensão nível de depressão, que foram obtidas através da análise dos dados relativos à pontuação da subescala HADS-D, constatou-se que o valor mínimo foi de 0 e o máximo de 20, o que correspondeu a um valor médio de 7.43, com um desvio padrão de 4.993. Por género, verificou-se que os idosos masculinos também apresentaram valores médios de depressão mais baixos, de  $6.91 \pm 3.987$ , comparativamente aos idosos femininos, de  $8.20 \pm 6.178$ , ou seja os idosos femininos foram em média mais depressivos que os idosos masculinos.

Da comparação da média da pontuação das respostas obtidas entre as duas subescalas (HADS-A e HADS-D), referentes ao domínio da ansiedade e da depressão, respetivamente, constatou-se que os idosos deste estudo, tiveram tendência para serem mais ansiosos que depressivos, já que apresentaram valores médios mais altos no domínio da ansiedade, de  $9.31 \pm 5.615$ , face ao domínio da depressão, de  $7.43 \pm 4.993$ , embora se tenha verificado que o valor mínimo e máximo obtido nas respostas foi igual entre ambos.

No que se refere às estatísticas relativas à dimensão da autoestima, obtidas através da análise dos dados relativos à pontuação da RSES, observou-se que o valor mínimo foi de 16 e o máximo de 40, o que correspondeu a um valor médio de 29.11, com um desvio padrão de 5.565. Por género, verificou-se que os idosos masculinos apresentaram valores médios de autoestima mais altos, de  $29.25 \pm 5.323$ , face aos idosos femininos, de  $28.90 \pm 5.991$ . No entanto, verificou-se que em ambos os grupos os valores médios de autoestima apresentados foram bastante satisfatórios, com valores médios tendencialmente altos.

Tabela 20 - Caracterização da HADS e RSES em função do género

Variáveis Dependentes	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
<b>Ansiedade (HADS-A)</b>				
Masculino	1	20	8,02	4,830
Feminino	0	20	11,2	6,211
<b>Total</b>	0	20	9,31	5,615
<b>Depressão (HADS-D)</b>				
Masculino	0	19	6,91	3,987
Feminino	0	20	8,20	6,178
<b>Total</b>	0	20	7,43	4,993
<b>Autoestima (RSES)</b>				
Masculino	18	39	29,25	5,323
Feminino	16	40	28,90	5,991
<b>Total</b>	16	40	29,11	5,565

Com vista a conhecer o nível de ansiedade, depressão e autoestima dos idosos da amostra, foi analisado o somatório obtido no respetivo domínio, tendo em conta a classificação do *score* de cada uma das escalas utilizadas.

Assim, no que diz respeito ao nível de ansiedade (HADS-A), com base na análise da tabela 21, verificou-se que do total dos 74 idosos da amostra, 34 idosos apresentaram valores normais de ansiedade, correspondendo a um valor percentual de 45.98%, 14 idosos apresentaram níveis ligeiros de ansiedade, correspondendo a um valor percentual de 18.92%, 10 idosos apresentaram níveis moderados de ansiedade (13.5%) e 16 idosos apresentaram níveis severos de ansiedade, correspondendo a um valor percentual de 21.6%. Por género, verificou-se que dos 44 idosos masculinos, 24 idosos apresentaram valores normais de ansiedade (32.4%), 10 idosos apresentaram níveis ligeiros de ansiedade (13.5%), 5 idosos apresentaram níveis moderados de ansiedade (6.8%) e 5 idosos apresentaram níveis severos de ansiedade (6.8%). Nos 30 idosos do género feminino, verificou-se que 10 idosos apresentaram valores normais de ansiedade (13.5%), 4 idosos apresentaram níveis ligeiros de ansiedade (5.4%), 5 idosos apresentaram níveis moderados de ansiedade (6.8%) e 11 idosos apresentaram níveis severos de ansiedade (14.9%).

Relativamente ao nível de depressão (HADS-D), verificou-se que dos 74 idosos da amostra, 39 idosos apresentaram valores normais de depressão, correspondendo a um valor percentual de 52.65%, mais de metade da amostra, 17 idosos apresentaram níveis ligeiros de depressão (23.05%), 10 idosos apresentaram níveis moderados de depressão (13.5%) e 8 idosos apresentaram níveis severos de depressão (10.8%). Por género, verificou-se que dos 44 idosos masculinos, 24 idosos apresentaram valores normais de depressão (32.4%), 11 idosos apresentaram níveis ligeiros de depressão (14.9%), 8 idosos apresentaram níveis moderados de depressão (10.8%) e 1 idoso apresentou nível severo de depressão (1.35%). Nos 30 idosos do género feminino, verificou-se que 15 idosos apresentaram valores normais de depressão (20.25%), 6

idosos apresentaram níveis ligeiros de depressão (8.1%), 2 idosos apresentaram níveis moderados de depressão (2.7%) e 7 idosos apresentaram níveis severos de depressão (9.5%).

Por fim, no que respeita ao nível de autoestima global dos idosos da amostra (RSES), verificou-se que dos 74 idosos em estudo, mais de metade apresentaram um nível de autoestima global médio, correspondendo a um valor percentual de 52.65%, 30 idosos apresentaram um nível de autoestima global alto (40.55%) e 5 idosos apresentaram um nível de autoestima global baixo (6.8%). Por género, verificou-se que dos 44 idosos masculinos, 19 idosos apresentaram uma autoestima alta (25.65%), 23 idosos apresentaram uma autoestima média (31.1%) e 2 idosos apresentaram uma autoestima baixa (2.7%). Já dos 30 idosos do género feminino, 11 idosos apresentaram uma autoestima alta (14.9%), 16 idosos apresentaram uma autoestima média (21.6%) e 3 idosos apresentaram uma autoestima baixa (4.05%).

**Tabela 21** - Estatísticas relativas aos níveis da HADS e RSES em função do género

Variáveis Dependentes	Nível em cada Domínio	Masculino		Feminino		Total	
		Nº (44)	%	Nº (30)	%	Frequência Nº (74)	Percentagem % (100)
<b>Ansiedade (HADS-A)</b>	Normal	24	32,4	10	13,5	34	45,98
	Ligeiro	10	13,5	4	5,4	14	18,92
	Moderado	5	6,8	5	6,8	10	13,5
	Severo	5	6,8	11	14,9	16	21,6
<b>Depressão (HADS-D)</b>	Normal	24	32,4	15	20,25	39	52,65
	Ligeiro	11	14,9	6	8,1	17	23,05
	Moderado	8	10,8	2	2,7	10	13,5
	Severo	1	1,35	7	9,5	8	10,8
<b>Autoestima (RSES)</b>	Alta	19	25,65	11	14,9	30	40,55
	Média	23	31,1	16	21,6	39	52,65
	Baixa	2	2,7	3	4,05	5	6,8

Com base nos valores anteriores, foi possível obter a prevalência das alterações psicoemocionais em estudo, uma vez que segundo Wagner (1998), a prevalência mede a proporção de indivíduos da população, que apresentam um determinado fenómeno em estudo, neste caso os transtornos de ansiedade, a sintomatologia depressiva e a baixa autoestima, num determinado período de tempo. É, portanto, uma medida estática relacionada a um ponto no tempo, mesmo que a recolha de dados ocorra durante dias, meses ou até anos. O numerador da fórmula, é composto pelo número de casos onde se regista o fenómeno em estudo, no período de tempo definido, sendo o denominador o número total de casos em estudo.

Sendo assim, a fórmula para o cálculo da prevalência (P) de idosos com transtornos de ansiedade na amostra em estudo foi:

$$P = \frac{\text{número de idosos com presença de transtornos de ansiedade}}{\text{número total de idosos em estudo}} \times 100$$

Com base, na respectiva fórmula, verificou-se que a prevalência de ansiedade no estudo (ligeira, moderada e severa) foi de 54.02%, uma vez que existiram 40 idosos com presença de transtornos de ansiedade.

A fórmula para o cálculo da prevalência (P) de idosos com sintomatologia depressiva na amostra em estudo foi:

$$P = \frac{\text{número de idosos com presença de sintomatologia depressiva}}{\text{número total de idosos em estudo}} \times 100$$

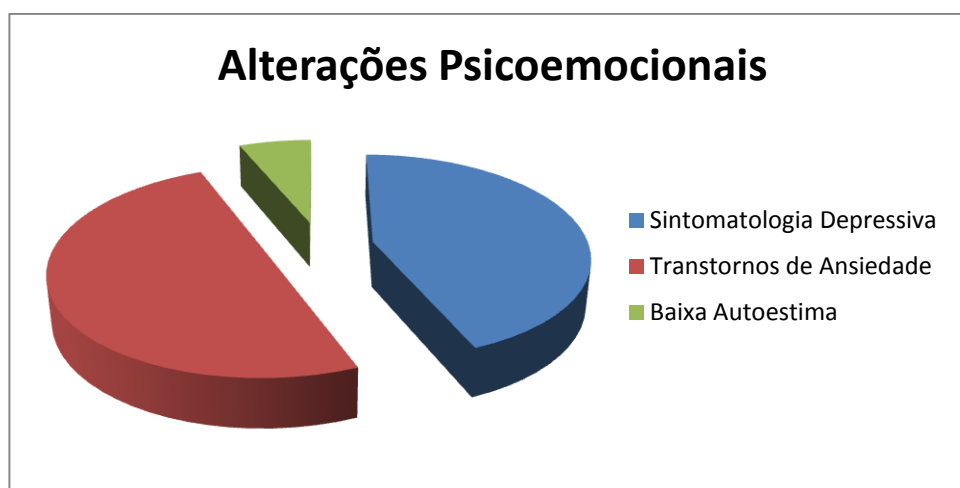
Com base, na respectiva fórmula, verificou-se que a prevalência de depressão no estudo (ligeira, moderada e severa) foi de 47.35%, uma vez que existiram 35 idosos com presença de sintomatologia depressiva.

Por fim, a fórmula para o cálculo da prevalência (P) de idosos com baixa autoestima na amostra em estudo foi:

$$P = \frac{\text{número de idosos com presença de baixa autoestima}}{\text{número total de idosos em estudo}} \times 100$$

Com base, na respectiva fórmula, verificou-se que a prevalência de baixa autoestima dos idosos em estudo foi de 6.8%, uma vez que existiram na amostra, apenas 5 idosos com presença de baixa autoestima.

**Gráfico 22-** Distribuição da amostra segundo a prevalência das alterações psicoemocionais



Através da caracterização da ansiedade, depressão e autoestima, através da análise das pontuações obtidas na HADS e na RSES, conseguiu-se responder a mais uma das questões que foi levantada no início deste estudo:

**Questão:** Qual o nível de **ansiedade, depressão e autoestima** dos idosos com patologia respiratória, seguidos no Serviço de Fisioterapia Cardio-Respiratória do Centro Hospitalar Cova da Beira?

Com vista a conhecer os níveis de ansiedade, de depressão e de autoestima na amostra, de forma mais detalhada, procedeu-se à distribuição de todas as variáveis sociodemográficas utilizadas no estudo em função dos diferentes níveis de ansiedade, de depressão e de autoestima obtidos pela utilização da HADS e da RSES. Com este procedimento, conseguiu-se obter uma visão mais concisa de toda a realidade analisada, relativamente a este domínio.

### 1.3.1. Níveis de ansiedade na amostra

A descrição das variáveis sociodemográficas em função do grupo, da Escala de **Ansiedade** (HADS-A) encontra-se descrita, na tabela 22.

Relativamente à idade, constatou-se pela mesma tabela, que dos 74 idosos:

- **34 idosos** apresentaram valores normais de ansiedade, sendo 21.6% no grupo etário dos 65-74 anos de idade, 23.05% no grupo etário dos 75-84 anos de idade e 1.35% no grupo etário ≥ 85 anos de idade;
- **14 idosos** apresentaram níveis ligeiros de ansiedade, sendo 12.15% no grupo etário dos 65-74 anos de idade, 5.4% no grupo etário dos 75-84 anos de idade e 1.35% no grupo etário ≥ 85 anos de idade;
- **10 idosos** apresentaram níveis moderados de ansiedade, sendo 8.1% no grupo etário dos 65-74 anos de idade, 2.7% no grupo etário dos 75-84 anos de idade e 2.7% no grupo etário ≥ 85 anos de idade;
- **16 idosos** apresentaram níveis severos de ansiedade, sendo 13.5% no grupo etário dos 65-74 anos de idade, 5.4% no grupo etário dos 75-84 anos de idade e 2.7% no grupo etário ≥ 85 anos de idade.

Quanto ao local de residência, verificou-se que a maioria das alterações em relação ao nível da ansiedade, foram encontradas no meio rural, com 21 idosos a apresentarem transtornos de ansiedade (7 idosos com ansiedade ligeira, 4 idosos com ansiedade moderada e 10 idosos com ansiedade severa) face a 19 idosos que residiam no meio urbano, observando-se assim, que os idosos que residiam no meio rural, obtiveram valores percentuais de ansiedade maiores do que os idosos que residiam no meio urbano. No entanto, a diferença no número de idosos com transtornos de ansiedade entre o meio rural e o meio urbano, foi pouca, de apenas 2 idosos.

Face à situação socio-habitacional, observou-se que a maioria dos idosos em estudo, viviam acompanhados, sendo mais de metade do número total de idosos da amostra, de 58 idosos, face a 16 idosos que viviam sozinhos. Observou-se também um número bastante elevado de idosos, sem transtornos de ansiedade, de 37.8% que viviam acompanhados.

Em relação à situação profissional, os resultados apresentados revelaram que quase a totalidade dos idosos em estudo, encontravam-se reformados (94.6%), encontrando-se os restantes, em situação de desemprego (2.7%) e de trabalho (2.7%). A distribuição dos mesmos, pelos níveis de ansiedade foi a seguinte:

- 33 idosos reformados (44.61%) e 1 idoso desempregado (1.35%), apresentaram valores normais de ansiedade;
- 14 idosos reformados (18.92%), apresentaram níveis ligeiros de ansiedade, não existindo idosos com este nível de ansiedade na categoria de trabalhador e de desempregado;
- 9 idosos reformados (12.15%) e 1 idoso trabalhador (1.35%), apresentaram níveis moderados de ansiedade, não existindo idosos com este nível de ansiedade na categoria de desempregado;
- 14 idosos reformados (18.92%), 1 idoso desempregado (1.35%) e 1 idoso trabalhador (1.35%), apresentaram níveis severos de ansiedade.

No que concerne ao estado civil, foi entre os idosos casados que se encontrou o maior número de idosos com valores de ansiedade dentro dos parâmetros considerados normais (33.8%), sendo que dos 15 idosos viúvos analisados, 9 apresentaram alterações dos níveis de ansiedade. É de referir, o baixo número de idosos no estudo na categoria de solteiros (2.7%), divorciados e em união de facto (4.05%, respetivamente).

Relativamente à escolaridade, verificou-se que 56.8% dos idosos possuíam ensino primário (N=42 idosos), 25.65% possuíam ensino secundário (N=19), 6.75% dos idosos possuíam ensino superior (N=5) e 10.8% dos idosos eram analfabetos (N=8). Encontrou-se maiores alterações dos níveis de ansiedade, nos idosos com ensino primário (10.8% de casos ligeiros (N=8), 6.8% moderados (N=5) e 14.9% severos (N=11)).

Ao nível das redes de suporte social, o valor percentual mais alto, de 36.55% nos idosos sem transtornos de ansiedade, foi encontrado nos idosos pertencentes ao grupo da rede de suporte - informal. A distribuição dos idosos pelos níveis de ansiedade e redes de suporte social foi a seguinte:

- 27 idosos com a categoria de rede de suporte social - informal (36.55%), 1 idoso com a categoria de rede de suporte social - formal (1.35%), 3 idosos com a categoria de rede de suporte social - formal e informal (4.05%) e 3 idosos com nenhuma rede de suporte social (4.05%), apresentaram valores normais de ansiedade;
- 8 idosos com a categoria de rede de suporte social - informal (10.8%), 4 idosos com a categoria de rede de suporte social - formal e informal (5.4%) e 2 idosos com nenhuma rede de suporte social (2.7%), apresentaram níveis ligeiros de ansiedade, não existindo idosos com este nível de ansiedade na rede de suporte social - formal;

- 6 idosos com a categoria de rede de suporte social - informal (8.1%), 2 idosos com a categoria de rede de suporte social – formal e informal (2.7%) e 2 idosos com nenhuma rede de suporte social (2.7%), , apresentaram níveis moderados de ansiedade, não existindo também idosos com este nível de ansiedade na rede de suporte social - formal;
- 10 idosos com a categoria de rede de suporte social - informal (13.5%), 2 idosos com a categoria de rede de suporte social – formal (2.7%), 2 idosos com a categoria de rede de suporte social – formal e informal (2.7%) e 2 idosos com nenhuma rede de suporte social (2.7%), apresentaram níveis severos de ansiedade.

Tabela 22 - Distribuição das variáveis sociodemográficas em função da HADS-A

Ansiedade: HADS-A	Normal		Ligeiro		Moderado		Severo	
	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Gênero</b>								
Masculino	24	32,4	10	13,5	5	6,8	5	6,8
Feminino	10	13,5	4	5,4	5	6,8	11	14,9
<b>Idade</b>								
65-74	16	21,6	9	12,15	6	8,1	10	13,5
75-84	17	23,05	4	5,4	2	2,7	4	5,4
≥ 85	1	1,35	1	1,35	2	2,7	2	2,7
<b>Local de Residência</b>								
Meio Urbano	16	21,6	7	9,5	6	8,1	6	8,1
Meio Rural	18	24,3	7	9,5	4	5,4	10	13,5
<b>Situação Socio-Habitacional</b>								
Acompanhado	28	37,8	11	14,9	7	9,5	12	16,2
Sozinho	6	8,1	3	4,05	3	4,05	4	5,4
<b>Situação Profissional</b>								
Trabalhador	0	0,0	0	0,0	1	1,35	1	1,35
Desempregado	1	1,35	0	0,0	0	0,0	1	1,35
Reformado	33	44,61	14	18,92	9	12,15	14	18,92
<b>Estado Civil</b>								
Solteiro	1	1,35	0	0,0	1	1,35	0	0,0
Casado	25	33,8	11	14,9	6	8,1	9	12,15
União de facto	1	1,35	0	0,0	0	0,0	2	2,7
Divorciado	1	1,35	1	1,35	0	0,0	1	1,35
Viúvo	6	8,1	2	2,7	3	4,05	4	5,4
<b>Escolaridade</b>								
Nenhum	4	5,4	1	1,35	1	1,35	2	2,7
Ensino Primário	18	24,3	8	10,8	5	6,8	11	14,9
Ensino Secundário	10	13,5	3	4,05	3	4,05	3	4,05
Ensino Superior	2	2,7	2	2,7	1	1,35	0	0,0
<b>Rede de Suporte Social</b>								
Nenhum	3	4,05	2	2,7	2	2,7	2	2,7
Informal	27	36,55	8	10,8	6	8,1	10	13,5
Formal	1	1,35	0	0,0	0	0,0	2	2,7
Informal e Formal	3	4,05	4	5,4	2	2,7	2	2,7

### 1.3.2. Níveis de depressão na amostra

No que diz respeito, à descrição das variáveis sociodemográficas em função do grupo, da Escala de **Depressão** (HADS-D), também está descrita, na tabela 23.

Relativamente à idade, constatou-se pela mesma tabela, que dos 74 idosos:

- **39 idosos** apresentaram valores normais de depressão, sendo 32.4% no grupo etário dos 65-74 anos de idade, 17.55% no grupo etário dos 75-84 anos de idade e 2.7% no grupo etário  $\geq 85$  anos de idade;
- **17 idosos** apresentaram níveis ligeiros de depressão, sendo 10.8% no grupo etário dos 65-74 anos de idade, 9.5% no grupo etário dos 75-84 anos de idade e 2.7% no grupo etário  $\geq 85$  anos de idade;
- **10 idosos** apresentaram níveis moderados de depressão, sendo 6.8% no grupo etário dos 65-74 anos de idade, 5.4% no grupo etário dos 75-84 anos de idade e 1.35% no grupo etário  $\geq 85$  anos de idade;
- **8 idosos** apresentaram níveis severos de depressão, sendo 5.4% no grupo etário dos 65-74 anos de idade, 4.05% no grupo etário dos 75-84 anos de idade e 1.35% no grupo etário  $\geq 85$  anos de idade.

Quanto ao local de residência, verificou-se que a maioria das alterações em relação ao nível de depressão, foram encontradas no meio rural, como aconteceu em relação ao nível de ansiedade, registando-se 20 idosos a apresentarem estados depressivos (7 idosos com níveis ligeiros de depressão, 7 idosos com níveis moderados de depressão e 6 idosos com níveis severos de depressão) face a 15 idosos que residiam no meio urbano, observando-se assim, que os idosos que residiam no meio rural, obtiveram valores percentuais de depressão maiores do que os idosos que residiam no meio urbano. No entanto, a diferença no número de idosos com alterações dos níveis de depressão entre o meio rural e o meio urbano, foi apenas de 5 idosos, sendo este valor maior em comparação com as alterações nos níveis de ansiedade que foi de 2 idosos.

Face à situação socio-habitacional, observou-se um número elevado de idosos a apresentarem valores de depressão, considerados normais, sendo o valor mais alto registado nos idosos que viviam acompanhados, de 41.95%. Em relação aos estados depressivos, observou-se o mesmo número de idosos (5.4%), na comparação dos idosos que viviam acompanhados e sozinhos. Em relação ao número de idosos que apresentaram níveis de depressão moderada, verificou-se que não existiram idosos com estes níveis de depressão a viverem sozinhos, no entanto, o valor apresentado nos idosos a viverem acompanhados foi de 13.5%.

Em relação à situação profissional, os resultados apresentados revelaram que metade dos idosos em estudo (N=37), apresentaram níveis de depressão, considerados normais, encontrando-se em situação de reforma (50%). Por outro lado, não se observaram idosos, com níveis de depressão ligeira, na categoria de trabalhador e de desempregado, assim como não se observaram idosos com níveis de depressão moderados e severos na categoria de desempregado e trabalhador, respetivamente.

No que concerne ao estado civil, foi entre os idosos casados que se encontrou o maior número de idosos com valores de depressão dentro dos parâmetros considerados normais (39.1%). Dos 15 idosos viúvos analisados, 9 apresentaram alterações dos níveis de depressão, como aconteceu em relação à ansiedade. Não se observaram idosos, com níveis de depressão ligeiros na categoria de solteiro e em união de facto, sendo o valor mais alto apresentado na categoria de casado (14.9%). Em relação, aos níveis de depressão moderados, não se observaram idosos na categoria de divorciado, sendo o valor mais alto apresentado também na categoria de casado (9.5%). Por fim, no que diz respeito, aos níveis de depressão severos também não se observaram idosos na categoria de solteiro e em união de facto, continuando a verificar-se o valor mais alto na categoria de casado (5.4%).

Relativamente à escolaridade, encontraram-se maiores alterações dos níveis de depressão, nos idosos com ensino primário (12.15% de casos ligeiros (N=9), 9.5% moderados (N=7) e 8.1% severos (N=6)). Não se observaram idosos com níveis de depressão moderados, com ensino secundário e com ensino superior, observando-se também o mesmo nos idosos com níveis de depressão severos, com ensino superior.

Ao nível das redes de suporte social, o valor percentual mais alto (39.1%), de idosos com valores de depressão considerados normais, foi encontrado nos idosos pertencentes ao grupo da rede de suporte - informal. A distribuição dos idosos pelos níveis de depressão e redes de suporte social foi a seguinte:

- 29 idosos com a categoria de rede de suporte social - informal (39.1%), 2 idosos com a categoria de rede de suporte social – formal (2.7%), 4 idosos com a categoria de rede de suporte social – formal e informal (5.4%) e 4 idosos com nenhuma rede de suporte social (5.4%), apresentaram valores normais de depressão;
- 10 idosos com a categoria de rede de suporte social - informal (13.5%), 4 idosos com a categoria de rede de suporte social – formal e informal (5.4%) e 3 idosos com nenhuma rede de suporte social (4.05%), apresentaram níveis ligeiros de depressão, não existindo idosos com este nível de depressão na rede de suporte social - formal;
- 9 idosos com a categoria de rede de suporte social - informal (12.15%) e 1 idoso com a categoria de rede de suporte social – formal e informal (1.35%),

apresentaram níveis moderados de depressão, não existindo também idosos com este nível de depressão na rede de suporte social – formal e na categoria de nenhuma rede de suporte social;

- 3 idosos com a categoria de rede de suporte social - informal (4.05%), 1 idoso com a categoria de rede de suporte social – formal (1.35%), 2 idosos com a categoria de rede de suporte social – formal e informal (2.7%) e 2 idosos com nenhuma rede de suporte social (2.7%), apresentaram níveis severos de depressão.

**Tabela 23** - Distribuição das variáveis sociodemográficas em função da HADS-D

Depressão: HADS-D	Normal		Ligeiro		Moderado		Severo	
	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Género</b>								
Masculino	24	32,4	11	14,9	8	10,8	1	1,35
Feminino	15	20,25	6	8,1	2	2,7	7	9,5
<b>Idade</b>								
65-74	24	32,4	8	10,8	5	6,8	4	5,4
75-84	13	17,55	7	9,5	4	5,4	3	4,05
≥ 85	2	2,7	2	2,7	1	1,35	1	1,35
<b>Local de Residência</b>								
Meio Urbano	20	27	10	13,5	3	4,05	2	2,7
Meio Rural	19	25,65	7	9,5	7	9,5	6	8,1
<b>Situação Socio-Habitacional</b>								
Acompanhado	31	41,95	13	17,55	10	13,5	4	5,4
Sozinho	8	10,8	4	5,4	0	0,0	4	5,4
<b>Situação Profissional</b>								
Trabalhador	1	1,35	0	0,0	1	1,35	0	0,0
Desempregado	1	1,35	0	0,0	0	0,0	1	1,35
Reformado	37	50	17	22,95	9	12,15	7	9,5
<b>Estado Civil</b>								
Solteiro	1	1,35	0	0,0	1	1,35	0	0,0
Casado	29	39,1	11	14,9	7	9,5	4	5,4
União de facto	2	2,7	0	0,0	1	1,35	0	0,0
Divorciado	1	1,35	1	1,35	0	0,0	1	1,35
Viúvo	6	8,1	5	6,8	1	1,35	3	4,05
<b>Escolaridade</b>								
Nenhum	3	4,05	1	1,35	3	4,05	1	1,35
Ensino Primário	20	27	9	12,15	7	9,5	6	8,1
Ensino Secundário	14	18,92	4	5,4	0	0,0	1	1,35
Ensino Superior	2	2,7	3	4,05	0	0,0	0	0,0
<b>Rede de Suporte Social</b>								
Nenhum	4	5,4	3	4,05	0	0,0	2	2,7
Informal	29	39,1	10	13,5	9	12,15	3	4,05
Formal	2	2,7	0	0,0	0	0,0	1	1,35
Informal e Formal	4	5,4	4	5,4	1	1,35	2	2,7

### 1.3.3. Níveis de autoestima na amostra

No que diz respeito à descrição das variáveis sociodemográficas em função da autoestima (RSES), encontra-se também apresentada na tabela 24. No geral, os valores apresentados de autoestima foram bastante satisfatórios, por todas as variáveis sociodemográficas analisadas.

Relativamente à idade, constatou-se pela mesma tabela, que dos 74 idosos:

- **5 idosos** apresentaram valores de autoestima considerados baixos, sendo 2.7% no grupo etário dos 65-74 anos de idade e no grupo etário dos 75-84 anos de idade. No grupo etário  $\geq 85$  anos de idade, verificou-se um valor percentual de 1.35%;
- **39 idosos** apresentaram valores de autoestima considerados médios, sendo 25.65% no grupo etário dos 65-74 anos de idade, 23.05% no grupo etário dos 75-84 anos de idade e 4.05% no grupo etário  $\geq 85$  anos de idade;
- **30 idosos** apresentaram valores de autoestima considerados altos, sendo 27% no grupo etário dos 65-74 anos de idade, 10.8% no grupo etário dos 75-84 anos de idade e 2.7% no grupo etário  $\geq 85$  anos de idade;

É de salientar, que os idosos com maiores valores de autoestima (autoestima alta), encontravam-se em idades compreendidas entre os 65-74 anos (27%), verificando-se também que os valores mais baixos de autoestima (autoestima baixa) foram encontrados nos idosos pertencentes ao grupo etário dos 65-74 anos (2.7%) e no grupo etário dos 75-84 anos de idade (2.7%).

Quanto ao local de residência, verificou-se que a maioria das alterações em relação aos valores de autoestima, foram encontradas no meio rural, como aconteceu em relação ao nível de ansiedade e depressão, uma vez que os dados apresentados revelaram que todos os idosos que apresentaram valores de autoestima baixa (N=5), se encontravam a residir no meio rural, não se observando idosos com autoestima baixa no meio urbano. Em relação aos valores de autoestima alta, observou-se também um maior número de idosos a residirem no meio urbano (21.6%) face ao meio rural (18.92%). No entanto, em relação aos valores de autoestima considerados médios, verificou-se um maior número de idosos no meio rural (27%) face ao meio urbano (25.65%).

Face à situação socio-habitacional, verificou-se que a maioria dos idosos que viviam acompanhados, apresentaram valores de autoestima maioritariamente satisfatórios, com um valor percentual mais alto (41.95%), encontrado ao nível dos idosos com autoestima média (N=31), seguido nos idosos com autoestima considerada alta, com um valor percentual de 31.1% (N=23). Em relação aos valores

de autoestima insatisfatórios (autoestima baixa), foi apenas encontrado um idoso a viver sozinho (1.35%), face a 4 idosos a viverem acompanhados (5.4%).

Em relação à situação profissional, os resultados apresentados revelaram que quase a totalidade dos idosos em estudo (N=66, 89.2%), apresentaram valores de autoestima, considerados normais, encontrando-se em situação de reforma (N=28, 37.8% em relação à autoestima alta e N=38, 51.4%, em relação à autoestima média). Por outro lado, não se observaram idosos, com valores de autoestima médios e baixos, na categoria de desempregado e trabalhador, respetivamente.

No que concerne ao estado civil, foi entre os idosos casados que se encontrou o maior número de idosos com valores de autoestima considerados satisfatórios, sendo 29.75% dos idosos a apresentarem valores de autoestima considerados altos e 33.8% dos idosos a apresentarem valores de autoestima considerados médios. Não se observaram idosos, com valores de autoestima baixa na categoria de solteiro, união de facto e divorciado. Dessa forma, os 5 idosos que apresentaram valores de autoestima considerados baixos, estavam distribuídos pela categoria de casado (5.4%) e de viúvo (1.35%).

Relativamente à escolaridade, os idosos com valores de autoestima satisfatórios (autoestima média e alta) encontravam-se maioritariamente distribuídos na categoria de ensino primário e secundário, não se observando idosos com valores de autoestima baixa, com ensino superior. Por outro lado, não se verificaram idosos analfabetos com valores de autoestima considerados altos.

Ao nível das redes de suporte social, o valor percentual mais alto (64.85%), de idosos com valores autoestima considerados satisfatórios (autoestima média e alta), foi encontrado nos idosos pertencentes ao grupo da rede de suporte – informal, como aconteceu com os níveis de ansiedade e de depressão. A distribuição dos idosos pelos valores de autoestima e redes de suporte social foi a seguinte:

- 22 idosos com a categoria de rede de suporte social - informal (29.75%), 4 idosos com a categoria de rede de suporte social – formal e informal (5.4%) e 4 idosos com nenhuma rede de suporte social (5.4%), apresentaram valores de autoestima considerados altos, não existindo idosos com este nível de autoestima na rede de suporte social - formal;
- 26 idosos com a categoria de rede de suporte social - informal (35.1%), 2 idosos com a categoria de rede de suporte social – formal (2.7%), 6 idosos com a categoria de rede de suporte social – formal e informal (8.1%) e 5 idosos com nenhuma rede de suporte social (6.8%), apresentaram valores de autoestima considerados médios;
- 3 idosos com a categoria de rede de suporte social - informal (4.05%), 1 idoso com a categoria de rede de suporte social – formal (1.35%), 1 idoso com a categoria de rede de suporte social – formal e informal (1.35%), apresentaram

valores de autoestima considerados baixos, não existindo idosos com nenhuma rede de suporte social.

Tabela 24 - Distribuição das variáveis sociodemográficas em função da RSES

Autoestima: RSES	Alta		Média		Baixa	
	N	%	N	%	N	%
<b>Género</b>						
Masculino	19	25,65	23	31,1	2	2,7
Feminino	11	14,9	16	21,6	3	4,05
<b>Idade</b>						
65-74	20	27	19	25,65	2	2,7
75-84	8	10,8	17	23,05	2	2,7
≥ 85	2	2,7	3	4,05	1	1,35
<b>Local de Residência</b>						
Meio Urbano	16	21,6	19	25,65	0	0,0
Meio Rural	14	18,92	20	27	5	6,8
<b>Situação Socio-Habitacional</b>						
Acompanhado	23	31,1	31	41,95	4	5,4
Sozinho	7	9,5	8	10,8	1	1,35
<b>Situação Profissional</b>						
Trabalhador	1	1,35	1	1,35	0	0,0
Desempregado	1	1,35	0	0%	1	1,35
Reformado	28	37,8	38	51,4	4	5,4
<b>Estado Civil</b>						
Solteiro	0	0,0	2	2,7	0	0,0
Casado	22	29,75	25	33,8	4	5,4
União de facto	1	1,35	2	2,7	0	0,0
Divorciado	1	1,35	2	2,7	0	0,0
Viúvo	6	8,1	8	10,8	1	1,35
<b>Escolaridade</b>						
Nenhum	0	0,0	6	8,1	2	2,7
Ensino Primário	17	23,05	23	31,1	2	2,7
Ensino Secundário	10	13,5	8	10,8	1	1,35
Ensino Superior	3	4,05	2	2,7	0	0,0
<b>Rede de Suporte Social</b>						
Nenhum	4	5,4	5	6,8	0	0,0
Informal	22	29,75	26	35,1	3	4,05
Formal	0	0,0	2	2,7	1	1,35
Informal e Formal	4	5,4	6	8,1	1	1,35

## 2. Análise inferencial

Efetuada a caracterização da amostra, já com a resposta a algumas questões de investigação levantadas e continuando a procurar dar respostas às questões e respetivas hipóteses de investigação ainda não respondidas, houve necessidade de recorrer a uma análise mais detalhada dos resultados observados, utilizando-se para o efeito a análise inferencial, com a qual se procurou estabelecer a relação entre as variáveis independentes selecionadas e as variáveis dependentes.

Dessa forma, de seguida serão apresentados os resultados dessa análise inferencial, com base em cada questão e respetivas hipóteses de investigação.

**Questão:** Os valores obtidos no *score* da Escala Hospitalar de Ansiedade e de Depressão (HADS) e na Escala de Autoestima de Rosenberg (RSES), variam com as variáveis sociodemográficas – Género, Idade e Nível Educacional?

Hipótese Formulada, de forma a responder à questão de investigação anterior:

**Hipótese 1:** As variáveis sociodemográficas – Género, Idade e Nível Educacional, influenciam os valores médios obtidos no *score* da escala de ansiedade e de depressão e no *score* da escala de autoestima dos idosos com patologia respiratória, seguidos no SMFR do CHCB.

De forma a tornar mais perceptíveis os resultados dos testes estatísticos utilizados na análise inferencial, optou-se pela seguinte estrutura:

### 2.1. HADS & RSES, de acordo com o género

Antes de se utilizarem os testes estatísticos (testes paramétricos e não paramétricos), houve necessidade de perceber se a amostra seguia uma distribuição normal para as variáveis em estudo.

Assim, de acordo com o *Teste de Shapiro-Wilk (SW)*, a distribuição da amostra em relação ao género não foi normal nos idosos masculinos relativamente os *scores* de ansiedade ( $\rho=0.004$ ), embora tenha sido nos idosos femininos ( $\rho=0.074$ ). Para a depressão, a distribuição da amostra em relação ao género não foi normal nos idosos femininos ( $\rho=0.047$ ), embora tenha sido nos idosos masculinos ( $\rho=0.135$ ) (conforme a tabela 25).

Visto não haver distribuição normal da amostra, no género masculino e feminino, em relação à ansiedade e à depressão, optou-se pela utilização de testes não paramétricos para a análise estatística inferencial.

Nas estatísticas relativas à dimensão nível de ansiedade, que foram obtidas através da análise dos dados relativos à pontuação da subescala HADS-A, verificou-se por género, que os idosos masculinos, têm uma média de  $8.02 \pm 4.830$ , bastante inferior ao género feminino, com uma média de  $11.2 \pm 6.211$ , ou seja, os idosos do género feminino foram em média mais ansiosos comparativamente ao género masculino. No que diz respeito às estatísticas relativas à dimensão nível de depressão, que foram obtidas através da análise dos dados relativos à pontuação da subescala HADS-D, por género, verificou-se que os idosos masculinos também apresentaram valores médios de depressão mais baixos, de  $6.91 \pm 3.987$ , comparativamente aos idosos femininos, de  $8.20 \pm 6.178$ , ou seja, os idosos femininos foram em média mais depressivos que os idosos masculinos (conforme a tabela 25).

Aplicando o teste não paramétrico *U de Mann-Whitney (UMW)*, verificou-se que o género influenciou de forma estatisticamente significativa a ansiedade ( $UMW=-2.328$ ;  $\rho=0.020$ ), mas não a depressão ( $UMW=-0.546$ ;  $\rho=0.585$ ) (conforme a tabela 25).

Tendo por base o *Teste de Shapiro-Wilk*, observou-se que a distribuição da autoestima pelo género segue a distribuição normal, nos idosos masculinos ( $\rho=0.355$ ), como nos idosos femininos ( $\rho=0.324$ ), pelo que se utilizou um teste paramétrico na análise inferencial (conforme a tabela 25).

No que se refere às estatísticas relativas à dimensão da autoestima, obtidas através da análise dos dados relativos à pontuação da RSES, por género, verificou-se que os idosos masculinos apresentaram valores médios de autoestima mais altos, de  $29.25 \pm 5.323$ , face aos idosos femininos, de  $28.90 \pm 5.991$ . No entanto, verificou-se que em ambos os grupos os valores médios de autoestima apresentados foram bastante satisfatórios, com pontuações na RSES tendencialmente altos. Aplicando o *Teste do t de Student (Teste de Levene)*, observou-se que o género não influenciou de forma estatisticamente significativa a autoestima dos idosos da amostra em estudo ( $t=0.264$ ;  $\rho=0.793$ ) (conforme a tabela 25).

Tabela 25 - Análise inferencial da HADS &amp; RSES em função do género

Variáveis	N	Min	Máx	Média	DP	Teste de Normalidade		Teste Estatístico Utilizado	$\rho$
						SW	$\rho$		
<b>Ansiedade</b>								-2,328 <sup>a</sup>	<b>0,020*</b>
Masculino	44	1	20	8,02	4,830	0,917	0,004		
Feminino	30	0	20	11,2	6,211	0,937	<b>0,074<sup>†</sup></b>		
<b>Depressão</b>								-0,546 <sup>a</sup>	0,585
Masculino	44	0	19	6,91	3,987	0,960	<b>0,135<sup>†</sup></b>		
Feminino	30	0	20	8,20	6,178	0,929	0,047		
<b>Autoestima</b>								0,264 <sup>b</sup>	0,793
Masculino	44	18	39	29,25	5,323	0,972	<b>0,355<sup>†</sup></b>		
Feminino	30	16	40	28,90	5,991	0,961	<b>0,324<sup>†</sup></b>		

(a) Teste de U Mann-Witney; (b) Teste de Levene; (†) Critério de normalidade > 0.05; (\*) Nível de significância < 0.05.

## 2.2. HADS & RSES, de acordo com a idade

De acordo com o *Teste de Shapiro-Wilk (SW)*, a distribuição da amostra em relação à idade não foi normal em todos os *scores* de ansiedade ( $\rho=0.019$  para o grupo etário 65-74 anos e  $\rho=0.020$  para o grupo etário 75-84 anos) e de depressão ( $\rho=0.036$  para o grupo etário 65-74 anos), pelo que se optou pela utilização de testes não paramétricos para a análise estatística inferencial (conforme a tabela 26).

Nas estatísticas relativas à dimensão nível de ansiedade, que foram obtidas através da análise dos dados relativos à pontuação da subescala HADS-A, em relação à idade verificou-se que o grupo etário  $\geq 85$  anos, apresentou uma média de  $12.5 \pm 5.788$ , superior aos idosos do grupo etário 65-74 (média de  $9.95 \pm 5.661$ ) e aos idosos pertencentes ao grupo etário 75-84 (média de  $7.63 \pm 5.182$ ), ou seja, os idosos com idade  $\geq 85$  anos foram em média mais ansiosos que os restantes idosos noutros grupos etários. No que diz respeito às estatísticas relativas à dimensão nível de depressão, que foram obtidas através da análise dos dados relativos à pontuação da subescala HADS-D, em relação à idade verificou-se o mesmo que em relação à ansiedade, o grupo etário  $\geq 85$  anos, apresentou uma média de  $8.83 \pm 4.579$ , superior aos idosos do grupo etário 65-74 (média de  $6.98 \pm 5.062$ ) e aos idosos pertencentes ao grupo etário 75-84 (média de  $7.81 \pm 5.061$ ), ou seja, os idosos com idade  $\geq 85$  anos foram em média mais depressivos que os restantes idosos noutros grupos etários (conforme a tabela 26).

Aplicando o teste não paramétrico - *Teste Kruskal Wallis (KW)*, verificou-se que a idade não influenciou de forma estatisticamente significativa a ansiedade ( $KW=5.324$ ;  $\rho=0.070$ ) e a depressão ( $KW=1.139$ ;  $\rho=0.566$ ), uma vez que os valores de  $\rho$  foram  $\geq 0.05$ , não se verificando diferenças estatisticamente significativas.

Tendo por base o *Teste de Shapiro-Wilk*, observou-se que a distribuição da autoestima pela idade segue a distribuição normal, pelo que se utilizou um teste paramétrico na análise inferencial ( $\rho=0.331$  para o grupo etário 65-74 anos,  $\rho=0.212$  para o grupo etário 75-84 anos e  $\rho=0.464$  para o grupo etário  $\geq 85$  anos) (conforme a tabela 26).

No que se refere às estatísticas relativas à dimensão da autoestima, obtidas através da análise dos dados relativos à pontuação da RSES, em relação à idade verificou-se que o grupo etário  $\geq 85$  anos, apresentou uma média de  $24.67 \pm 5.955$ , inferior aos restantes idosos dos outros grupos etários, ou seja, os idosos com idade  $\geq 85$  anos apresentaram em média valores de autoestima mais baixos que os restantes idosos noutros grupos etários. No entanto, aplicando o *Teste One Way ANOVA (F)*, observou-se que a idade não influenciou, de forma estatisticamente significativa, a autoestima dos idosos da amostra em estudo ( $F=2.519$ ;  $\rho=0.088$ ) (conforme a tabela 26).

É de referir, que tanto na ansiedade como na autoestima, os resultados dos testes estatísticos utilizados, os níveis de significância apresentados, aproximaram-se do valor crítico de aceitação da hipótese ( $\rho=0.070$  no caso da ansiedade e  $\rho=0.088$  no caso da autoestima), o que não aconteceu com a depressão que já se afastou do nível de significância ( $\rho=0.566$ ) (conforme a tabela 26).

Tabela 26 - Análise inferencial da HADS & RSES em função da idade

Variáveis	N	Min	Máx	Média	DP	Teste de Normalidade		Teste Estatístico Utilizado	$\rho$
						SW	$\rho$		
<b>Ansiedade</b>								5,324 <sup>a</sup>	0,070
65-74	41	0	20	9,95	5,661	0,933	0,019		
75-84	27	0	20	7,63	5,182	0,908	0,020		
$\geq 85$	6	3	20	12,5	5,788	0,977	<b>0,935<sup>†</sup></b>		
<b>Depressão</b>								1,139 <sup>a</sup>	0,566
65-74	41	0	19	6,98	5,062	0,942	0,036		
75-84	27	0	20	7,81	5,061	0,956	<b>0,291<sup>†</sup></b>		
$\geq 85$	6	3	15	8,83	4,579	0,963	<b>0,845<sup>†</sup></b>		
<b>Autoestima</b>								2,519 <sup>b</sup>	0,088
65-74	41	17	40	29,95	5,865	0,969	<b>0,331<sup>†</sup></b>		
75-84	27	18	37	28,81	4,633	0,950	<b>0,212<sup>†</sup></b>		
$\geq 85$	6	16	31	24,67	5,955	0,914	<b>0,464<sup>†</sup></b>		

a) Teste Kruskal Wallis; b) Anova teste; (†) Critério de normalidade  $> 0.05$ .

### 2.3. HADS & RSES, de acordo com a escolaridade

De acordo com o *Teste de Shapiro-Wilk (SW)*, a distribuição da amostra em relação à escolaridade não foi normal em todos os *scores* de ansiedade ( $\rho=0.038$  nos idosos

analfabetos e  $\rho=0.015$  nos idosos com ensino primário) e de depressão ( $\rho=0.032$  nos idosos com ensino secundário), pelo que se optou pela utilização de testes não paramétricos para a análise estatística inferencial (conforme a tabela 27).

Nas estatísticas relativas à dimensão nível de ansiedade, que foram obtidas através da análise dos dados relativos à pontuação da subescala HADS-A, em relação à escolaridade verificou-se que os idosos com ensino primário e os idosos analfabetos, apresentaram uma média superior ( $10.26\pm 5.575$  e  $10.25\pm 5.418$ , respetivamente) aos restantes idosos, com ensino secundário e superior ( $7.37\pm 5.946$  e  $7.20\pm 3.421$ , respetivamente), ou seja, em média os idosos analfabetos e com nível de escolaridade situados ao nível do ensino primário, foram mais ansiosos que os idosos com mais escolaridade (conforme a tabela 27).

No que diz respeito às estatísticas relativas à dimensão nível de depressão, que foram obtidas através da análise dos dados relativos à pontuação da subescala HADS-D, em relação à escolaridade verificou-se o mesmo que em relação à ansiedade, os idosos analfabetos e os idosos com ensino primário, apresentaram uma média superior ( $9.50\pm 4.660$  e  $8.38\pm 5.089$ , respetivamente) aos restantes idosos, com ensino secundário e superior ( $4.79\pm 4.392$  e  $6.20\pm 3.421$ , respetivamente), ou seja, em média os idosos analfabetos e com nível de escolaridade situados ao nível do ensino primário, foram mais depressivos que os idosos com mais escolaridade. Aplicando o teste não paramétrico – *Teste Kruskal Wallis (KW)*, verificou-se que a escolaridade, não influenciou de forma estatisticamente significativa, a ansiedade ( $KW=4.476$ ;  $\rho=0.214$ ), mas influenciou de forma estatisticamente significativa, a depressão ( $KW=9.793$ ;  $\rho=0.020$ ) (conforme a tabela 27).

Tendo por base o *Teste de Shapiro-Wilk*, observou-se que a distribuição da autoestima pela escolaridade segue a distribuição normal, pelo que se utilizou um teste paramétrico na análise inferencial ( $\rho=0.144$  nos idosos analfabetos,  $\rho=0.198$  nos idosos com ensino primário,  $\rho=0.175$  nos idosos com ensino secundário e  $\rho=0.468$  nos idosos com ensino superior) (conforme a tabela 27).

No que se refere às estatísticas relativas à dimensão da autoestima, obtidas através da análise dos dados relativos à pontuação da RSES, em relação à escolaridade verificou-se que os idosos com ensino secundário e os idosos com ensino superior, apresentaram uma média superior ( $31.37\pm 6.220$  e  $31.00\pm 2.121$ , respetivamente) aos restantes idosos analfabetos e com ensino primário ( $25.25\pm 4.559$  e  $28.60\pm 5.310$ , respetivamente), ou seja, em média os idosos com mais escolaridade, apresentaram valores de autoestima mais elevados que os idosos com menos escolaridade. Aplicando o *Teste One Way ANOVA (F)*, observou-se que a escolaridade influenciou de forma estatisticamente significativa, a autoestima dos idosos da amostra em estudo ( $F=2.837$ ;  $\rho=0.044$ ) (conforme a tabela 27).

Tabela 27 - Análise inferencial da HADS &amp; RSES em função da escolaridade

Variáveis	N	Min	Máx	Média	DP	Teste de Normalidade		Teste Estatístico Utilizado	ρ
						SW	ρ		
<b>Ansiedade</b>								4,476 <sup>a</sup>	0,214
Nenhum	8	6	20	10,25	5,418	0,812	0,038		
Ensino Primário	42	0	20	10,26	5,575	0,932	0,015		
Ensino Secundário	19	0	20	7,37	5,946	0,910	<b>0,074<sup>†</sup></b>		
Ensino Superior	5	3	12	7,20	3,421	0,961	<b>0,814<sup>†</sup></b>		
<b>Depressão</b>								9,793 <sup>a</sup>	<b>0,020*</b>
Nenhum	8	3	17	9,50	4,660	0,959	<b>0,802<sup>†</sup></b>		
Ensino Primário	42	0	20	8,38	5,089	0,963	<b>0,188<sup>†</sup></b>		
Ensino Secundário	19	0	17	4,79	4,392	0,890	0,032		
Ensino Superior	5	2	9	6,20	3,421	0,795	<b>0,074<sup>†</sup></b>		
<b>Autoestima</b>								2,837 <sup>b</sup>	<b>0,044*</b>
Nenhum	8	18	30	25,25	4,559	0,868	<b>0,144<sup>†</sup></b>		
Ensino Primário	42	16	37	28,60	5,310	0,964	<b>0,198<sup>†</sup></b>		
Ensino Secundário	19	17	40	31,37	6,220	0,930	<b>0,175<sup>†</sup></b>		
Ensino Superior	5	28	33	31,00	2,121	0,910	<b>0,468<sup>†</sup></b>		

a) Teste Kruskal Wallis; b) Anova teste; (†) Critério de normalidade >0.05; (\*) Nível de significância <0.05.

Em suma, da interação das variáveis sociodemográficas – Género, Idade e Nível Educacional, com a escala HADS-A, verificou-se que foi apenas o género a influenciar a ansiedade. Face à escala HADS-D, pode inferir-se que a escolaridade influenciou a sintomatologia depressiva. Por fim, no que diz respeito à escala RSES, pode inferir-se que a escolaridade influenciou o nível de autoestima, como aconteceu com a sintomatologia depressiva, pelo que se aceitou parcialmente a hipótese levantada (hipótese 1), de acordo com os dados recolhidos.

A variável sociodemográfica – idade, foi a única que não influenciou os níveis de ansiedade, de depressão e de autoestima, pelo que não se aceitou a hipótese levantada (hipóteses 1) em relação a esta variável analisada, de acordo com os testes estatísticos utilizados.

Relativamente à questão de investigação seguinte, formulou-se também, uma hipótese:

**Questão:** Existem diferenças entre os valores obtidos no *score* da HADS e na RSES, entre os idosos do meio rural e do meio urbano?

Hipótese Formulada, de forma a responder à questão de investigação anterior:

**Hipótese 2:** Os valores médios obtidos no *score* da escala de ansiedade e depressão, e no *score* da escala de autoestima diferem consoante a zona de residência, onde os idosos vivem (meio rural e meio urbano).

## 2.4. HADS & RSES, de acordo com o local de residência

De acordo com o *Teste de Shapiro-Wilk (SW)*, a distribuição da amostra em relação ao local de residência não foi normal, nos idosos do meio rural, relativamente aos *scores* de ansiedade ( $\rho=0.012$ ), embora tenha sido nos idosos do meio urbano ( $\rho=0.082$ ). Para a depressão, a distribuição da amostra em relação ao local de residência, foi normal tanto para os idosos do meio urbano ( $\rho=0.129$ ), como para os idosos do meio rural ( $\rho=0.169$ ) (conforme a tabela 28).

Visto não haver distribuição normal da amostra entre os idosos do meio rural, em relação à ansiedade, optou-se pela utilização de um teste não paramétrico para a análise estatística inferencial, enquanto que em relação à depressão optou-se pela utilização de um teste paramétrico para a análise estatística inferencial, visto seguir uma distribuição normal.

Nas estatísticas relativas à dimensão nível de ansiedade, que foram obtidas através da análise dos dados relativos à pontuação da subescala HADS-A, verificou-se em relação ao local de residência, que os idosos do meio rural apresentaram uma média de ansiedade ( $9.72 \pm 5.731$ ) superior aos idosos do meio urbano, com uma média de  $8.86 \pm 5.531$ , ou seja, os idosos do meio rural foram em média mais ansiosos comparativamente aos idosos do meio urbano.

Aplicando o teste não paramétrico *U de Mann-Whitney (UMW)*, verificou-se que o local de residência não influenciou, de forma estatisticamente significativa, a ansiedade ( $UMW=-0.488$ ;  $\rho=0.625$ ) (conforme a tabela 28).

No que diz respeito às estatísticas relativas à dimensão nível de depressão, que foram obtidas através da análise dos dados relativos à pontuação da subescala HADS-D, verificou-se em relação ao local de residência, que os idosos do meio rural apresentaram uma média de sintomatologia depressiva ( $8.33 \pm 5.313$ ) superior aos idosos do meio urbano, com uma média de  $6.43 \pm 4.474$ , ou seja, os idosos do meio rural foram em média mais depressivos comparativamente aos idosos do meio urbano.

Aplicando o *Teste do t de Student (Teste de Levene)*, observou-se que o local de residência, não influenciou de forma estatisticamente significativa, a depressão dos idosos da amostra em estudo ( $t=0.835$ ;  $\rho=0.364$ ) (conforme a tabela 28).

Tendo por base o *Teste de Shapiro-Wilk*, observou-se que a distribuição da autoestima pelo local de residência segue a distribuição normal, tanto nos idosos do meio urbano ( $\rho=0.387$ ), como nos idosos do meio rural ( $\rho=0.555$ ), pelo que se utilizou um teste paramétrico na análise inferencial (conforme a tabela 28).

No que se refere às estatísticas relativas à dimensão da autoestima, obtidas através da análise dos dados relativos à pontuação da RSES, verificou-se em relação ao local de residência, que os idosos do meio urbano apresentaram valores médios de autoestima ( $30.57 \pm 4.500$ ) superiores aos idosos do meio rural ( $27.79 \pm 6.135$ ), ou seja, os idosos do meio urbano apresentaram valores de autoestima mais altos face aos idosos do meio rural.

Aplicando o *Teste do t de Student (Teste de Levene)*, observou-se que o local de residência, não influenciou de forma estatisticamente significativa, a autoestima dos idosos da amostra em estudo ( $t=3.272$ ;  $\rho=0.075$ ) (conforme a tabela 28).

No entanto, é de referir que na autoestima, o resultado do teste estatístico utilizado, o nível de significância apresentado, aproximou-se do valor crítico de aceitação da hipótese ( $\rho=0.075$ ), o que não aconteceu com a ansiedade e com a depressão que já se afastaram do nível de significância ( $\rho=0.625$  e  $\rho=0.364$ , respetivamente) (conforme a tabela 28).

**Tabela 28** - Análise inferencial da HADS & RSES em função da residência

Variáveis	N	Min	Máx	Média	DP	Teste de Normalidade		Teste Estatístico Utilizado	$\rho$
						SW	$\rho$		
<b>Ansiedade</b>								-0,488 <sup>a</sup>	0,625
Meio urbano	35	0	20	8,86	5,531	0,945	<b>0,082</b> <sup>†</sup>		
Meio rural	39	1	20	9,72	5,731	0,925	0,012		
<b>Depressão</b>								0,835 <sup>b</sup>	0,364
Meio urbano	35	0	17	6,43	4,474	0,952	<b>0,129</b> <sup>†</sup>		
Meio rural	39	0	20	8,33	5,313	0,959	<b>0,169</b> <sup>†</sup>		
<b>Autoestima</b>								3,272 <sup>b</sup>	0,075
Meio urbano	35	20	39	30,57	4,500	0,968	<b>0,387</b> <sup>†</sup>		
Meio rural	39	16	40	27,79	6,135	0,976	<b>0,555</b> <sup>†</sup>		

a) Teste do U de Mann-Whitney; b) Teste de Levene; (†) Critério de normalidade > 0.05.

Em suma, da interação da variável sociodemográfica – Local de Residência, com as escalas HADS e RSES, não se verificou nenhuma influência, pelo que não se aceitou a hipótese levantada (hipótese 2), de acordo com os dados recolhidos.

De seguida, será apresentada a estatística correlacional, que permitiu perceber a relação entre as variáveis dependentes, com vista a completar a análise inferencial dos dados recolhidos.

## 2.5. Estatística correlacional: variáveis dependentes

Relativamente, à última questão de investigação que ainda necessita de resposta, é a seguinte:

**Questão:** Qual a relação entre os *scores* de ansiedade, de depressão e de autoestima dos idosos com patologia respiratória?

Hipóteses Formuladas, de forma a responder à questão de investigação anterior:

**Hipótese 3:** Os valores médios obtidos no *score* de ansiedade estão associados aos valores médios obtidos no *score* de depressão dos idosos com patologia respiratória.

**Hipótese 4:** Os valores médios obtidos no *score* de ansiedade estão associados aos valores médios obtidos no *score* de autoestima dos idosos com patologia respiratória.

**Hipótese 5:** Os valores médios obtidos no *score* de depressão estão associados aos valores médios obtidos no *score* de autoestima dos idosos com patologia respiratória.

Na análise correlacional entre as variáveis dependentes em estudo, utilizou-se o Coeficiente de Correlação de *Pearson*, na escala HADS e na escala RSES, com o intuito de verificar o efeito do nível de ansiedade sobre o nível de depressão, o efeito do nível

de ansiedade sobre o nível de autoestima, assim como o efeito do nível de depressão sobre o nível de autoestima.

Com base na tabela 29, a relação entre o *score* de ansiedade com o *score* da depressão na amostra em estudo, revelou a existência de uma associação positiva moderada ( $r=0.606$ ;  $\rho=0.000$ ), com efeito estatístico altamente significativo ( $\rho<0.001$ ), ou seja, aferiu-se que quando o *score* da ansiedade aumenta, o *score* da depressão tende também a aumentar, e vice-versa. Isto é, os idosos mais ansiosos da amostra tendem a ser também mais depressivos, assim como os idosos menos ansiosos da amostra tendem a ser também os menos depressivos.

No que diz respeito à relação entre o *score* de ansiedade com o *score* da autoestima na amostra em estudo, verificou-se a existência de uma associação negativa moderada ( $r=-0.594$ ;  $\rho=0.000$ ), com efeito estatístico altamente significativo ( $\rho<0.001$ ), ou seja, constatou-se que quando o *score* da ansiedade aumenta, o *score* da autoestima tende a diminuir, e vice-versa. Isto é, os idosos mais ansiosos da amostra tendem a ter valores de autoestima mais baixos, assim como os idosos menos ansiosos da amostra tendem a ter valores de autoestima mais altos.

Por fim, conforme a tabela 29, constatou-se que a relação entre o *score* da depressão com o *score* da autoestima na amostra em estudo, revelou também a existência de uma associação negativa moderada ( $r=-0.684$ ;  $\rho=0.000$ ), como aconteceu com a relação entre o *score* de ansiedade com o *score* da autoestima, com efeito estatístico altamente significativo ( $\rho<0.001$ ), ou seja, aferiu-se que quando o *score* da depressão aumenta, o *score* da autoestima tende a diminuir, e vice-versa. Isto é, os idosos mais depressivos da amostra tendem a ter valores de autoestima mais baixos, assim como os idosos menos depressivos da amostra tendem a ter valores de autoestima mais altos.

**Tabela 29** - Estatísticas correlacionais pelas variáveis dependentes

	Ansiedade (HADS-A)		Depressão (HADS-D)	
	r	$\rho$	r	$\rho$
<b>Ansiedade (HADS-A)</b>	-	-	0.606	<b>0.000***</b>
<b>Autoestima (RSES)</b>	-0.594	<b>0.000***</b>	-0.684	<b>0.000***</b>

r - Pearson; (\*\*\*) Nível de significância  $<0.001$ .

Na tabela 30, pode-se analisar de forma mais detalhada, a correlação efetuada entre as variáveis dependentes em estudo, através dos indicadores da escala HADS e da escala RSES.

Assim, com base na análise da tabela 30, aferiu-se a existência de uma associação positiva moderada ( $0.4 < r < 0.69$ ), entre a maioria dos indicadores (questões) que compõem a subescala HADS-A e o score de depressão, com efeito estatístico altamente significativo em todos os indicadores ( $\rho<0.001$ ), exceto na questão 3 e 11,

cujo a associação positiva foi baixa ( $0.2 \leq r < 0.39$ ), com um efeito estatístico bastante significativo ( $\rho < 0.01$ ).

Através da análise da mesma tabela, constatou-se a existência de uma associação negativa moderada ( $0.4 < r < 0.69$ ), entre a maioria dos indicadores que compõem a subescala HADS-A e o score de autoestima, com efeito estatístico altamente significativo em todos os indicadores ( $\rho < 0.001$ ), exceto na questão 3 e 7, cujo a associação negativa foi baixa ( $0.2 \leq r < 0.39$ ), com efeito estatístico bastante significativo ( $\rho < 0.01$ ).

No que diz respeito à relação entre os indicadores da subescala HADS-D e o score de ansiedade, aferiu-se a existência de uma associação positiva moderada ( $0.4 < r < 0.69$ ), com efeito estatístico altamente significativo em quase todos os indicadores ( $\rho < 0.001$ ), exceto na questão 4, 6 e 10 cujo a associação positiva foi baixa ( $0.2 \leq r < 0.39$ ), com efeito estatístico bastante significativo ( $\rho < 0.01$ ).

Em relação aos indicadores da subescala HADS-D e o score de autoestima, constatou-se a existência de uma associação negativa moderada ( $0.4 < r < 0.69$ ), com efeito estatístico altamente significativo em quase todos os indicadores ( $\rho < 0.001$ ), exceto na questão 14 cujo a associação negativa foi baixa ( $0.2 \leq r < 0.39$ ), com efeito estatístico bastante significativo ( $\rho < 0.01$ ) (conforme a tabela 30).

Por fim, no que diz respeito à relação entre os indicadores da escala RSES e o score de ansiedade, aferiu-se a existência de uma associação negativa moderada ( $0.4 < r < 0.69$ ), com efeito estatístico altamente significativo na maioria dos indicadores ( $\rho < 0.001$ ), exceto na questão 1, 2 e 5 cujo a associação negativa foi baixa ( $0.2 \leq r < 0.39$ ), com efeito estatístico bastante significativo ( $\rho < 0.01$ ) na questão 1 e com efeito estatístico significativo ( $\rho < 0.05$ ) na questão 2 e 5. Por outro lado, na questão 8, verificou-se uma associação negativa muito baixa ( $r \leq 0.2$ ), sem efeito estatístico significativo ( $\rho = 0.204$ ).

Em relação aos indicadores da escala RSES e o score de depressão, constatou-se a existência de uma associação negativa moderada ( $0.4 < r < 0.69$ ), com efeito estatístico altamente significativo em quase todos os indicadores ( $\rho < 0.001$ ), exceto na questão 2, 5 e 8 cujo a associação negativa foi baixa ( $0.2 \leq r < 0.39$ ), com efeito estatístico significativo ( $\rho < 0.05$ ) (conforme a tabela 30).

Tabela 30 - Estatísticas correlacionais pelos indicadores da HADS e da RSES

Ansiedade - HADS-A	Depressão		Autoestima	
	r	ρ	r	ρ
Q1. Sinto-me tenso ou contraído.	0.597	<b>0.000***</b>	-0.512	<b>0.000***</b>
Q3. Tenho uma sensação de medo como se algo de mau estivesse para acontecer.	0.347	<b>0.002**</b>	-0.336	<b>0.003**</b>
Q5. Tenho a cabeça cheia de preocupações.	0.509	<b>0.000***</b>	-0.567	<b>0.000***</b>
Q7. Sou capaz de me sentar à vontade e sentir-me relaxado.	0.553	<b>0.000***</b>	-0.371	<b>0.001**</b>
Q9. Fico tão assustado que até sinto um aperto no estomago.	0.456	<b>0.000***</b>	-0.502	<b>0.000***</b>
Q11. Sinto-me impaciente e não consigo estar parado.	0.367	<b>0.001**</b>	-0.404	<b>0.000***</b>
Q13. De repente, tenho sensações de pânico.	0.427	<b>0.000***</b>	-0.465	<b>0.000***</b>
Depressão - HADS-D	Ansiedade		Autoestima	
	r	ρ	r	ρ
Q2. Ainda tenho prazer nas mesmas coisas que anteriormente.	0.493	<b>0.000***</b>	-0.565	<b>0.000***</b>
Q4. Sou capaz de me rir e de me divertir com as coisas engraçadas.	0.378	<b>0.001**</b>	-0.537	<b>0.000***</b>
Q6. Sinto-me bem-disposto.	0.372	<b>0.001**</b>	-0.455	<b>0.000***</b>
Q8. Sinto-me parado.	0.574	<b>0.000***</b>	-0.578	<b>0.000***</b>
Q10. Perdi o interesse em cuidar do meu aspeto.	0.347	<b>0.002**</b>	-0.473	<b>0.000***</b>
Q12. Penso com prazer no que tenho que fazer.	0.484	<b>0.000***</b>	-0.582	<b>0.000***</b>
Q14. Sinto-me capaz de apreciar um bom livro ou programa de rádio ou de televisão.	0.478	<b>0.000***</b>	-0.375	<b>0.001**</b>
Autoestima - RSES	Ansiedade		Depressão	
	r	ρ	r	ρ
Q1. Sinto que sou uma pessoa de valor, pelo menos num plano de igualdade com os outros.	-0.374	<b>0.001**</b>	-0.603	<b>0.000***</b>
Q2. Sinto que tenho um bom número de qualidades.	-0.230	<b>0.049*</b>	-0.288	<b>0.013*</b>
Q3. Em termos gerais estou inclinado a sentir que sou um falhado.	-0.457	<b>0.000***</b>	-0.492	<b>0.000***</b>
Q4. Estou apto para fazer coisas tão bem como a maioria das pessoas.	-0.415	<b>0.000***</b>	-0.583	<b>0.000***</b>
Q5. Sinto que não tenho muito de que me orgulhar.	-0.284	<b>0.014*</b>	-0.284	<b>0.014*</b>
Q6. Eu tomo uma atitude positiva perante mim mesmo.	-0.454	<b>0.000***</b>	-0.501	<b>0.000***</b>
Q7. No geral, estou satisfeito comigo mesmo.	-0.590	<b>0.000***</b>	-0.586	<b>0.000***</b>
Q8. Gostava de ter mais respeito por mim mesmo.	-0.150	0.204	-0.242	<b>0.038*</b>
Q9. Sinto-me por vezes inútil.	-0.480	<b>0.000***</b>	-0.542	<b>0.000***</b>
Q10. Por vezes penso que não sou nada bom.	-0.552	<b>0.000***</b>	-0.484	<b>0.000***</b>

r - Pearson; (\*) Nível de significância <0.05; (\*\*) Nível de significância <0.01; (\*\*\*) Nível de significância <0.001.

Em suma, das possíveis relações estabelecidas entre as variáveis dependentes (HADS-A; HADS-D e RSES), verificou-se a existência de associações moderadas entre as mesmas, com efeito estatístico altamente significativo, pelo que se aceitaram as hipóteses levantadas (hipótese 3, 4 e 5), de acordo com os dados recolhidos.

## Capítulo IV: Discussão dos resultados

Com este estudo, pretendeu-se conhecer os níveis de ansiedade, de depressão e de autoestima dos idosos com patologia respiratória, seguidos pelo Serviço de Medicina Física e de Reabilitação do Centro Hospitalar Cova da Beira – Hospital Pêro da Covilhã, assim como as redes de suporte social destes idosos. Para além disso, foi também objeto de análise a influência das variáveis sociodemográficas – género, idade, nível educacional e local de residência (variáveis independentes), com os *scores* de ansiedade, de depressão e de autoestima (variáveis dependentes), bem como a relação existente entre as variáveis dependentes.

Dessa forma, neste capítulo, proceder-se-á à interpretação dos dados obtidos, tendo em conta o enquadramento teórico-concetual, com vista a uma melhor análise e compreensão dos resultados.

Assim sendo, o presente estudo constou de uma amostra de 74 idosos com patologia respiratória, que frequentavam o SMFR do CHCB, sendo 59.5% do género masculino (44 idosos) e 40.5% do género feminino (30 idosos), com uma média de idades de  $73.50 \pm 7.106$  anos para os idosos masculinos e de  $74.40 \pm 8.114$  anos para os idosos femininos. Por género, os idosos femininos foram em média mais velhos que os idosos do género masculino.

A diferença entre os géneros, pode ser explicada pelo público-alvo dos utentes do serviço de fisioterapia cardio-respiratória. Sabe-se que os idosos masculinos, durante o seu percurso de vida, estiveram mais expostos a fatores de risco para o desenvolvimento de patologias respiratórias, que os idosos do género feminino, muito pelo tipo de trabalho que era atribuído aos homens nesta zona do país, como por exemplo, os ex-trabalhadores da indústria de lanifícios, que estiveram expostos a produtos tóxicos e a poeiras (Oliveira, 2011), assim como os ex-trabalhadores das minas da Panasqueira, que desenvolveram silicose pulmonar, devido à exposição a sílica, existente no ar ambiente do interior das minas (Mendes, 1979).

Para além disso, podemos também referir, os próprios comportamentos que os homens adotavam no século passado, nomeadamente em relação aos hábitos tabágicos, onde se verificavam maiores hábitos tabágicos nos homens face às mulheres, estando esta realidade a alterar-se. Esse tipo de comportamentos, originou o aparecimento de patologias respiratórias crónicas, com necessidade de tratamento ao nível da fisioterapia cardio-respiratória (Machado, Nicolau, & Dias, 2009).

Através do que foi referido anteriormente, conseguiu-se compreender a diferença entre os géneros, estando a mesma relacionada com as especificidades do público-alvo dos utentes do serviço de fisioterapia cardio-respiratória, em que predominam os utentes do género masculino, estando os utentes do género feminino em menor

número, tendo também esta relação ficado bem representada nos resultados deste estudo.

Com base na análise da diferença obtida nas médias de idades entre o género masculino e o feminino, assim como os resultados referentes ao grupo etário  $\geq 85$  anos, verificou-se que neste estudo, foram os idosos do género feminino, que obtiveram valores médios de idade superiores aos idosos do género masculino, encontrando-se este resultado, de acordo com a revisão da literatura, que mostra que as mulheres apresentam uma esperança média de vida superior à dos homens (Freitas et al., 2002), mesmo verificando-se um maior número de idosos masculinos face aos idosos femininos nesta investigação, estando esta tendência assim demonstrada.

Quando se analisou a variável sociodemográfica - local de residência, constatou-se que não existiram grandes diferenças no número de idosos, entre o meio rural (aldeias e vilas) e o meio urbano (cidades), havendo, no entanto, mais idosos a residirem no meio rural (52.7%), face ao meio urbano (47.3%). Esta diferença pode ser explicada, pelo facto da área de abrangência do CHCB, ser constituída por bastantes zonas territoriais que englobam “aldeias e vilas”, encontrando-se muitas delas isoladas. Não nos podemos esquecer, que a zona de abrangência do CHCB, encontra-se inserida numa zona de risco de desertificação territorial, sendo a mesma bastante marcada pelo fenómeno do envelhecimento demográfico (Gemito, 2004; INE, 2014; Paúl, 2005; Rosa, 2012).

Por outro lado, também foi expectável que se encontrasse um elevado número de idosos com patologia respiratória, a viverem no meio urbano na amostra, uma vez que as “cidades” pertencentes à zona de abrangência do CHCB, estavam muito ligadas à indústria de lanifícios, principalmente a cidade da Covilhã. Este tipo de indústria, foi o principal motor de desenvolvimento da região entre a década de 40 e 80, com elevados prejuízos ao nível do estado de saúde e qualidade de vida, de muitos dos seus trabalhadores, principalmente no contexto das patologias respiratórias (Duarte, 1988; Oliveira, 2011; Vaz, 2008).

No que diz respeito à situação socio-habitacional, constatou-se que a maioria dos idosos da amostra viviam acompanhados (78.4%), no entanto, verificou-se ainda um elevado número de idosos com patologia respiratória, a viverem sozinhos (21.6%), sendo o género feminino a apresentar um maior número de idosos a viverem sozinhos, face ao género masculino. Estes resultados, referentes à coabitação, foram de encontro com a literatura, que revela um elevado número de idosos a viverem sozinhos, com maior incidência nas mulheres. Este elevado número de idosos com patologia respiratória a viverem sozinhos, é considerado preocupante, uma vez que estão desprotegidos face a qualquer situação, que surja no contexto da exacerbação da patologia respiratória. Para além disso, pode contribuir para o aparecimento de perturbações psicoemocionais, aumentando o risco do seu aparecimento (Di-Meo et al., 2008; INE, 2012a, 2014; Xu et al., 2008).

Em relação à situação profissional, verificou-se que 94.6% dos idosos do estudo eram reformados, o que era expectável, uma vez que se estabeleceu como critério de inclusão da amostra, indivíduos com patologia respiratória, com idade igual ou superior a 65 anos, sendo esse o limite estabelecido pela segurança social para o pedido da reforma sem penalizações, estando agora esse limite a ser alvo de reformulação por parte dos responsáveis políticos.

No que se refere ao estado civil, a maioria dos idosos eram casados (68.9%), existindo também um elevado número de idosos pertencentes ao grupo dos viúvos (20.3%). Ao nível dos outros grupos, o número de idosos foi mais baixo, 2.7% de idosos solteiros, 4.05% de idosos divorciados e o mesmo valor em união de facto. Estes resultados não diferem da maioria dos estudos realizados com idosos, sendo este o perfil conhecido ao nível do estado civil dos atuais idosos (Andrade & Martins, 2011; Antunes et al., 2011; INE, 2007; Vitoreli et al., 2005).

Quando se analisou a escolaridade dos idosos da amostra, observou-se que a maioria dos idosos possuía o ensino primário (56.7%), existindo 10.8% de idosos analfabetos. Estes resultados, foram de encontro com a literatura efetuada, sugerindo a mesma, como explicação para estes resultados, o facto de em Portugal, no século passado, o nível de escolaridade ser muito baixo, existindo um elevado número de pessoas analfabetas e com apenas o ensino primário, sendo o número de pessoas com formação académica muito reduzido. A maior parte das crianças da altura, tinham que começar a trabalhar muito cedo, para ajudarem na sustentação económica das famílias, explicando dessa forma, os resultados encontrados nos idosos atuais (Candeias & Simões, 1999).

Os resultados obtidos ao nível das redes de suporte social, dos idosos com patologia respiratória, foram bastante conclusivos, uma vez que revelaram que mais de metade da amostra, possuía o tipo de rede de suporte social informal (68.9%), mostrando claramente, a importância deste tipo de rede de suporte social, ao nível dos idosos com patologia respiratória, indo estes resultados de encontro com a literatura, que mostra a importância e o papel das famílias, amigos e vizinhos nos idosos, sobretudo naqueles que possuem doenças crónicas (Abreu & Ramos, 2010; Cattani & Girardon-Perlini, 2004; Gemito, 2004; Gonçalves, 2002; Paúl, 2005).

O apoio formal, foi o que obteve o valor percentual mais baixo, com 4.05% da amostra. Este dado espelha a insuficiente rede de apoio formal ao nível destes idosos, sendo a mesma reflexo de medidas políticas deficientes, e em alguns casos ausentes no contexto das patologias respiratórias crónicas (Wilkins et al., 2009). Ao nível do apoio informal e formal, obteve um valor percentual na amostra de 14.9% de idosos. É de salientar também, que foram encontrados na amostra, idosos que não possuíam qualquer tipo de rede de suporte social (12.15%), estando estes idosos mais predispostos à exclusão social e a desenvolverem alterações psicoemocionais. Segundo, Paúl (2005), as redes de suporte social têm um papel importante na qualidade de vida dos idosos, tendo as mesmas um efeito protetor, pois permite

evitar o *stress*, funcionando como uma “almofada que amortece” as perturbações associadas ao envelhecimento.

Ainda dentro das redes de suporte social, foi possível conhecer quais os tipos de redes os idosos em estudo possuíam, mostrando os dados que dentro do apoio informal, a família surgiu como o apoio mais frequente (75.7%), seguida dos amigos (47.3%) e dos vizinhos (33.8%). Estes dados vão de encontro com o perfil de rede de apoio informal conhecido ao nível dos idosos, coincidindo com outros estudos que revelam que a família é normalmente o suporte informal mais frequente ao nível dos idosos, assumindo os amigos e os vizinhos, um papel também predominante no apoio dos mesmos (Brito, 2002; Gonçalves, 2002; Martins, 2002; Paúl, 2005).

Ao nível do apoio formal, foi possível perceber que a maior parte deste suporte, residiu ao nível do apoio domiciliário e do hospital (6.8%, respetivamente), seguido do lar de idosos, assumindo desta forma, os tipos de apoio formal mais frequentes nos idosos com patologia respiratória. No entanto, estes dados têm que ser analisados com cautela, já que todos os idosos em estudo são seguidos pelo hospital, em regime ambulatorio, de forma a realizarem fisioterapia cardio-respiratória, no entanto, só um ínfimo número de idosos é que o referiram.

Aquando da caracterização da amostra em relação ao tipo de patologia respiratória, observou-se que a DPOC foi a patologia respiratória com maior percentagem de frequência no grupo de idosos analisados, com 51.35%, seguida da bronquite crónica, da asma brônquica e das bronquiectasias, com 16.2%, 14.9% e 12.15%, respetivamente. Estes dados vão de encontro com o estudo realizado por Ng et al. (2009), que mostra que a DPOC é a patologia respiratória crónica mais frequente, estando a mesma associada a múltiplas comorbilidades. Outro estudo, realizado por Francisco et al. (2006), mostra que dentro das patologias respiratórias, as mais comuns são: as infeções respiratórias, a DPOC, a asma brônquica, a bronquite crónica, o enfisema pulmonar e as bronquiectasias, mostrando dessa forma, que os resultados analisados nos idosos em estudo, vão de encontro com os dados que são obtidos noutros trabalhos de investigação.

Quando se procedeu à caracterização da variáveis dependentes (HADS e RSES), em relação à quantificação dos níveis de ansiedade, de depressão e de autoestima dos idosos que participaram no estudo, verificou-se que do total de 74 idosos, 34 idosos obtiveram valores de ansiedade normais (45.98%), 39 idosos obtiveram valores de depressão normais (52.65%) e 69 idosos apresentaram valores de autoestima globais dentro dos valores considerados satisfatórios (93.20% - 39 idosos com valores de autoestima, considerados médios e 30 idosos com valores de autoestima, considerados altos).

Estes resultados foram positivos, pois obteve-se um elevado número de idosos, que não apresentaram transtornos de ansiedade, sintomatologia depressiva e valores de autoestima considerados insatisfatórios, no entanto, registou-se também um elevado número de casos, de ansiedade e de depressão nos idosos em estudo, uma

vez que na amostra, a diferença do número de idosos, sem alterações psicoemocionais foi praticamente igual ao número de idosos, com alterações psicoemocionais, ou seja, a diferença foi mínima.

Os resultados positivos obtidos neste estudo, podem ter diversas causas e explicações, indo de encontro com alguns estudos analisados na revisão da literatura. Assim, segundo alguns estudos, os idosos com patologia respiratória que frequentam programas de reabilitação respiratória, baseados no controlo respiratório e em atividade física, têm implicações no controlo e redução dos sintomas depressivos e de ansiedade, mostrando uma redução significativa desses transtornos, após 12 meses de seguimento (Araújo & Jairo-Araújo, 2013; Coventry & Hind, 2007; Godoy & Frizzo, 2002; Stoilkova et al., 2013). Existem também outros estudos, que referem que a prática de exercício físico regular, influencia positivamente os idosos com ansiedade e depressão (Cheik et al., 2003; Lucas et al., 2009; Mello et al., 2013).

Segundo o estudo realizado por García et al. (2012), existe uma relação positiva entre a autoestima e a prática de exercício físico nos idosos, mostrando os resultados deste estudo, que os valores do *score* de autoestima foram mais positivos no grupo dos idosos mais ativos, do que no grupo dos sedentários. Outro estudo, realizado por Kayahan et al. (2006), mostra que os PRR têm benefício na ansiedade e nos sintomas depressivos em doentes com DPOC, sendo o benefício mais efetivo nos sintomas de ansiedade. Este estudo mostrou que os sintomas psicológicos, o estado de saúde, a tolerância ao exercício, a intensidade da dispneia, também melhoraram em doentes com DPOC submetidos a um PRR, podendo assim, justificar os resultados positivos alcançados por este trabalho de investigação, em relação ao número de idosos sem alterações psicoemocionais.

Os resultados do estudo, realizado por Antunes et al. (2011), que comparou a perceção de autoestima e de saúde, com os aspetos sociodemográficos de idosos praticantes de exercício físico, revelam que a maior parte dos idosos que participaram no estudo, apresentaram uma elevada autoestima, mostrando dessa forma, que a participação dos idosos em programas de exercício físico é um fator que pode contribuir para a melhoria da autoestima. Outros estudos chegaram aos mesmos resultados, revelando que a prática de exercício físico, parece ser um fator importante para o aumento da autoestima e a motivação dos idosos (Meurer et al. 2012), sendo o uso de programas de exercício físico para os idosos, estratégias prudentes, uma vez que são eficazes na melhoria dos sintomas depressivos, na autoestima e na qualidade de vida (Park et al., 2014). Segundo, Almeida & Rodrigues (2014), os benefícios do exercício físico incluem redução da dispneia, melhoria da qualidade de vida, diminuição dos dias de hospitalização e menor utilização dos cuidados de saúde, podendo, assim, justificar o elevado número de idosos no estudo, com valores de autoestima, considerados satisfatórios, estando incluídos os idosos que apresentaram valores de autoestima média e alta.

Assim, com base nos resultados dos estudos, registados anteriormente, podemos referir, que o facto dos idosos em análise já terem frequentado programas de fisioterapia cardio-respiratória, quer de forma continuada, quer de forma intercalada, ou seja, com período de pausas, estando os mesmos neste momento a frequentarem o SMFR, poderá ter contribuído para os resultados positivos alcançados em relação ao número de idosos com valores normais de ansiedade, de depressão e de autoestima.

Não nos podemos esquecer, que estes idosos ao serem inseridos em programas de fisioterapia cardio-respiratória no CHCB, já se encontram a realizar treino de exercício físico, com vista a aumentar a tolerância ao esforço, permitindo também o mesmo, a socialização com outros indivíduos e a partilha de conhecimentos e experiências, ajudando dessa forma, a evitar o aparecimento de alterações psicoemocionais nos idosos, assim como reduzir o seu nível aquando da presença das mesmas. Para além disso, recebem de forma individualizada sessões de educação e de suporte psicológico não estruturado, durante o programa de fisioterapia cardio-respiratória. No entanto, continua a existir a mesma proporção de idosos a apresentarem alterações psicoemocionais, mais concretamente ao nível da ansiedade e da depressão, pelo que esses resultados serão analisados de seguida.

Em relação à presença de idosos com alterações nos níveis de ansiedade, de depressão e de autoestima, verificou-se que 14 idosos apresentaram ansiedade ligeira (18.92%), 10 idosos moderada (13.5%) e 16 idosos severa (21.6%), ou seja a prevalência da ansiedade no estudo foi de 54.02%, que correspondeu ao somatório dos idosos com transtornos de ansiedade (ligeira, moderada e severa), sobre o número total de idosos da amostra. Na depressão, observaram-se 17 idosos, com depressão ligeira (23.05%), 10 idosos moderada (13.5%) e 8 idosos severa (10.8%), ou seja, a prevalência da depressão foi de 47.35%, que correspondeu ao somatório dos idosos com sintomatologia depressiva (ligeira, moderada e severa), sobre o número total de idosos da amostra. Na autoestima, observaram-se apenas 5 idosos com valores de autoestima considerados insatisfatórios (6.8%), ou seja, a prevalência de baixa autoestima nos idosos em estudo foi de 6.8%.

Tendo em conta os resultados referidos anteriormente, foi de esperar o aparecimento de idosos, com transtornos de ansiedade, sintomatologia depressiva e valores de autoestima considerados insatisfatórios, uma vez que os indivíduos com doença crónica do foro respiratório, mais concretamente os idosos, estão mais predispostos a transtornos psiquiátricos, quando comparados com a população em geral. O transtorno de ansiedade, a sintomatologia depressiva e baixa autoestima são comuns em doentes com patologia respiratória crónica, nomeadamente na DPOC, mesmo em fases iniciais, existindo dessa forma, uma elevada prevalência de ansiedade, de depressão e de baixa autoestima neste tipo de população (Elassal et al., 2014; Howard et al., 2009; Marco et al., 2006; Putman-Casdorph & McCrone, 2009).

Embora tivesse sido expectável o aparecimento de idosos no estudo com alterações psicoemocionais, os resultados acabaram por mostrar uma realidade

diferente do esperado, uma vez que ainda surgiram bastantes idosos com presença de transtornos de ansiedade e de depressão, sendo o valor da prevalência da ansiedade e da depressão bastante alto, com 54.02% e 47.35%, respetivamente. Esses valores devem ser refletidos, de forma a organizar um programa de intervenção mais dirigido para esta nova realidade encontrada, sendo agora mais fácil, uma vez que os idosos com essas alterações psicoemocionais já se encontram sinalizados. No entanto, é de referir que o valor total da prevalência de ansiedade e de depressão em estudo, correspondeu a todos os idosos que apresentaram *scores* na HADS acima do valor considerado normal, estando incluídos os idosos que apresentaram valores ligeiros e moderados de ansiedade e de depressão, pelo que o valor acaba por não ser tão elevado, quando analisado por categorias (ligeiro, moderado e severo), uma vez que o número de idosos com valores de ansiedade e de depressão severos, foi na ordem dos 21.6% e 10.8%, respetivamente, sendo esses valores mais baixos.

Segundo o estudo realizado por Ellassal et al. (2014), a prevalência de perturbações psicológicas em doentes com DPOC, foi de 55%, indo de encontro com os resultados atingidos neste trabalho de investigação. Ainda segundo o mesmo autor, existe uma associação entre a DPOC e os sintomas de ansiedade e depressão, estando a severidade da ansiedade e a da depressão correlacionada com a gravidade da DPOC, podendo desta forma, explicar o elevado número de idosos com níveis severos de ansiedade e de depressão presentes neste estudo, já que mais de metade dos idosos em estudo possuía DPOC (51.35%), não tendo sido mensurado o grau da mesma. No entanto, como resultado do papel de investigador/fisioterapeuta, sabe-se que na amostra existiram idosos com elevado grau de comprometimento respiratório, encontrando-se já numa fase avançada da doença respiratória, o que poderá ajudar a perceber os resultados encontrados.

Conforme o estudo realizado por Blinderman et al. (2009), os doentes com DPOC avançada, têm vários sintomas relacionados com angústia e sofrimento, assim como uma elevada prevalência de distúrbios de humor, de diminuição da qualidade de vida e da funcionalidade, o que contribui para explicar o aparecimento de alterações psicoemocionais nos idosos em estudo. Para Ng et al. (2009), os sintomas depressivos estão associados com a patologia respiratória crónica, com o declínio do estado de saúde, do estado funcional e da capacidade de autogestão da doença. Todos estes fatores referidos anteriormente, ajudam a compreender os resultados encontrados nos idosos em estudo, em relação à presença de alterações psicoemocionais.

É de salientar, que não foi caracterizado neste estudo, o grau da patologia respiratória, não se podendo inferir se os idosos que apresentaram valores de ansiedade e depressão moderados a severos, durante a realização do estudo eram os mesmos, que se encontravam com uma patologia respiratória mais avançada, ou que estivessem numa fase pós-agudização, visto que, segundo a revisão da literatura, os idosos com patologia respiratória mais avançada, apresentam maiores níveis de ansiedade, de depressão e de baixa autoestima (Carvalho et al., 2007; Gudmundsson et al., 2006; Meurer et al., 2012).

Para além do que foi referido anteriormente, o estudo realizado por Xu et al. (2008), sugere um efeito causal entre as alterações psicoemocionais, mais concretamente a depressão e as exacerbações da DPOC e o número de hospitalizações. Dessa forma, é perceptível que os idosos em estudo, face aos resultados encontrados em relação à prevalência de ansiedade e depressão, estão mais suscetíveis a exacerbações clínicas e, conseqüentemente, a internamentos hospitalares que os idosos com valores normais de ansiedade, de depressão e de autoestima.

Da comparação da média da pontuação das respostas obtidas, entre as duas subescalas (HADS-A e HADS-D), referentes ao domínio da ansiedade e da depressão, respetivamente, constatou-se que os idosos deste estudo, tiveram tendência para serem mais ansiosos que depressivos, já que apresentam valores médios, mais altos no domínio da ansiedade ( $9.31 \pm 5.615$ ), face ao domínio da depressão ( $7.43 \pm 4.993$ ). Para além disso, a diferença obtida no valor da prevalência de ansiedade e da depressão dos idosos em estudo (54.02% e 47.35%, respetivamente), suporta também esse resultado, que os idosos em estudo foram mais ansiosos que depressivos. No que se refere às estatísticas relativas à dimensão da autoestima, observou-se um valor médio de  $29.11 \pm 5.565$ , ou seja, os idosos em estudo apresentaram valores de autoestima bastante satisfatórios.

Estes resultados vão de encontro com os estudos encontrados, na revisão da literatura, em que existe uma maior predisposição a transtornos de ansiedade e depressão em idosos com patologia respiratória crónica (Carvalho, 2008; Carvalho et al., 2007; Chang-Quan et al., 2010).

A ansiedade, a depressão e a baixa autoestima nos idosos, está também, muitas vezes, associada ao facto dos idosos estarem constantemente perante o desconhecido: o próprio envelhecimento, originando dúvidas e medos. Para além disso, nesta etapa da vida, existe uma maior consciencialização humana da morte, podendo a mesma despertar ansiedade e depressão perante o desconhecido. Existe também um período nos idosos que é caracterizado pelo isolamento social, muitas vezes decorrente da institucionalização, para além de outros fatores, que podem contribuir para o aparecimento de alterações psicoemocionais nos idosos, como o abuso e/ou negligência a pessoas idosas, entre outros (APAV, 2014; Berger & Mailloux-Poirier, 1995; Mónica, 2011; Osswald, 2013; Silva, 2009).

Esta diferença encontrada na percentagem de idosos com ansiedade e com depressão nos idosos em estudo, vai também de encontro com a revisão da literatura, que mostra que existe maior predisposição a perturbações de ansiedade face à depressão. Isto porque existe uma associação da ansiedade com a doença respiratória crónica, nomeadamente em relação à perceção da falta de ar, à presença de *stress* constante, assim como aos ataques de pânico e de medo, decorrentes de experiências anteriores de sofrimento respiratório. Normalmente, a ansiedade está associada à dispneia intensa, sendo a mesma uma das causas de maior queixa e desconforto do

doente respiratório, sobretudo nos mais idosos. A dispneia corresponde à sensação de falta de ar, estando a mesma acompanhada por ataques de pânico e de medo do indivíduo morrer sufocado (Kaplan et al., 1994; Wilkins et al., 2009). Haas & Axen (1991), citado por Godoy (2000), representou de forma esquemática o ciclo de ansiedade e falta de ar, que costuma estar presente em todos os indivíduos com doença respiratória crónica.

Analisando os valores da prevalência da ansiedade e da depressão noutros estudos similares, foi possível verificar a mesma relação. Assim, no estudo realizado por Marco et al. (2006), a prevalência da ansiedade e da depressão na DPOC foi também alta, de 28.8% e 19.8%, respetivamente, sendo de 40% e de 32% no estudo realizado por White et al. (1997), respetivamente. No estudo, de Howard et al. (2009), o resultado foi de 35% para a ansiedade e 19% para a depressão, revelando que 60% dos doentes com DPOC, referiram a presença de ataques de pânico. Por outro lado, o risco de ansiedade e de depressão é obviamente superior, em graus mais avançados da doença respiratória, chegando a atingir taxas de 62% em doentes que fazem oxigenoterapia de longa duração (Maurer et al., 2009).

Quando se analisaram os níveis de ansiedade, de depressão e de autoestima pelas variáveis sociodemográficas em estudo, verificou-se que face ao género, os idosos femininos foram em média mais ansiosos que os idosos masculinos, assim como em relação à depressão, os idosos femininos foram em média mais depressivos que os idosos masculinos. Já no que diz respeito à autoestima, os idosos do género masculino apresentaram valores médios de autoestima mais altos que os idosos do género feminino, tendo-se, no entanto, verificado que em ambos os grupos os valores médios de autoestima apresentados foram bastante satisfatórios. Através da análise inferencial, verificou-se que o género influenciou de forma estatisticamente significativa, a ansiedade (UMW=-2.328;  $\rho=0.020$ ), mas não a depressão (UMW=-0.546;  $\rho=0.585$ ) e a autoestima, ( $t=0.264$ ;  $\rho=0.793$ ), uma vez que se obtiveram valores de  $\rho \geq 0.05$ , não se verificando diferenças estatisticamente significativas.

Estes valores vão de encontro ao perfil conhecido na literatura, que mostra que o género feminino, apresenta maior predisposição a transtornos de ansiedade, depressão e autoestima que o género masculino (Almeida, 2011; Azevedo, 2009; Bagg et al., 1992; Marco et al., 2006; Vink et al., 2008). Segundo o estudo realizado por Marco et al. (2006), os doentes do género feminino têm níveis de ansiedade e de depressão mais elevados, assim como menor qualidade de vida, em relação aos doentes do género masculino. O mesmo estudo diz ainda que os doentes do género feminino, referiram maior dispneia relativamente aos do género masculino, mesmo com igual nível de comprometimento ventilatório. Dessa forma, os doentes do género feminino parecem estar mais expostos ao comprometimento psicológico face aos do género masculino, corroborando esses dados com os resultados atingidos por este trabalho de investigação.

Com base na revisão da literatura, foi perceptível que os idosos seguidos no SMFR do CHCB, não diferiram de outras realidade e contextos, tendo-se mesmo verificado que o género influenciou estatisticamente significativa a ansiedade, embora também tenha existido diferença nos valores médios dos *scores* apresentados no domínio da depressão e da autoestima, não existindo, no entanto, valores estatisticamente significativos. Dessa forma, seria necessário incluir mais idosos na amostra, com vista à obtenção de dados com diferenças estatisticamente significativas, ao nível destes domínios, uma vez que relativamente aos resultados já apresentados, existe tendência para os idosos do género feminino serem mais depressivos e apresentarem menos *score* de autoestima que os idosos do género oposto.

Segundo os resultados do estudo, realizado por Antunes et al. (2011), observaram-se diferenças significativas na autoestima e na perceção de saúde entre os idosos do género feminino e masculino, tornando-se dessa forma, importante considerar a influência do género na relação entre a autoestima, os aspetos sociodemográficos e a perceção do estado de saúde, em idosos praticantes de exercício físico, sendo essa influência ainda mais considerável quando se aplica a idosos com patologia respiratória, que foi o caso dos idosos em estudo.

Em relação à idade, verificou-se que os idosos com idade  $\geq 85$  anos foram em média mais ansiosos, depressivos e com menor autoestima que os restantes idosos noutros grupos etários (dos 65-74 anos e dos 75-84 anos). Através da análise inferencial, verificou-se que a idade não influenciou de forma estatisticamente significativa a ansiedade (KW=5.324;  $\rho=0.070$ ), a depressão (KW=1.139;  $\rho=0.566$ ) e a autoestima (F=2.519;  $\rho=0.088$ ), uma vez que se obtiveram valores de  $\rho \geq 0.05$ , não se verificando diferenças estatisticamente significativas. No entanto, é de referir que tanto na ansiedade como na autoestima, os níveis de significância apresentados, com base nos testes estatísticos utilizados, aproximaram-se dos valores de aceitação da hipótese ( $\rho=0.070$  no caso da ansiedade e  $\rho=0.088$  no caso da autoestima), o que não aconteceu com a depressão que se afastou do valor crítico de aceitação ( $\rho=0.566$ ).

No que diz respeito aos resultados referentes à idade, foi expectável que não existissem diferenças estatisticamente significativas, uma vez que já nos encontrávamos à analisar uma faixa etária bastante restrita da população, ou seja, o estudo teve como critério de inclusão uma faixa de corte da população total, baseando-se apenas na faixa etária  $\geq 65$  anos, pelo que todas as categorias definidas nesse estreito segmento da faixa etária da população seriam por si só, já bastante limitadas, no sentido de estabelecer comparações e obtenção de dados estatisticamente significativos.

No entanto, observou-se um predomínio de ansiedade, de depressão e de menor autoestima no grupo etário superior da faixa etária estabelecida, ou seja, nos idosos com idade  $\geq 85$  anos, indo de encontro com a literatura, que revela que os idosos mais velhos, tendem a apresentar maiores níveis de ansiedade e de depressão, assim como menor autoestima, uma vez que existe um aumento do risco de doença física, do

declínio cognitivo, dos problemas de memória, assim como existe uma redução significativa da qualidade de vida, aumentando e propiciando o risco de morte (Almeida, 2011; Ascensão, 2011; Azevedo, 2009; Bagg et al., 1992; Vink et al., 2008).

Dessa forma, nas idades avançadas, é muito comum encontrar a presença de ansiedade, de depressão e de baixa autoestima, atingindo níveis bastante elevados de morbidade. Nesta fase da vida, adquirem formas atípicas, muitas vezes de difícil diagnóstico e consequentemente de tratamento (Ascensão, 2011). Os resultados do estudo realizado por Xavier et al. (2001), mostraram níveis de ansiedade mais elevados nos idosos mais velhos, com idade  $\geq 80$  anos, estando esses transtornos frequentemente associados a sintomas depressivos e a uma baixa qualidade de vida.

Os dados referentes ao nível educacional, mostraram que os idosos analfabetos e com nível de escolaridade situados ao nível do ensino primário, foram em média mais ansiosos, depressivos e com menor autoestima que os idosos com maior escolaridade (ensino secundário e superior). Através da análise inferencial, verificou-se que a escolaridade influenciou de forma estatisticamente significativa a depressão (KW=9.793;  $\rho=0.020$ ) e a autoestima (F=2.837;  $\rho=0.044$ ), com valores de  $\rho < 0.05$ , revelando diferenças estatisticamente significativas, mas não a ansiedade (KW=4.476;  $\rho=0.214$ ), uma vez que se obtiveram valores de  $\rho \geq 0.05$ , não se verificando diferenças estatisticamente significativas.

Estes valores encontrados, são de extrema importância, pois indicam-nos a importância da educação na população, uma vez que a ausência da mesma tem repercussões ao nível do estado de saúde dos indivíduos, mais concretamente ao nível dos idosos. Estes resultados, vão também de encontro com os resultados preliminares do Projeto: Envelhecimento e Saúde em Portugal. Políticas e Práticas, que foram divulgados no Workshop realizado no IPCB – ESSE em 12 de Maio de 2014 (Rodrigues et al., 2014).

Os resultados preliminares desse projeto para Portugal entre 2011-2031, indicam que a população de indivíduos com escolaridade continuará a aumentar, revelando que o número de pessoas, com o ensino superior triplicará face a 2011. Em qualquer cenário, existe tendência de géneros, observando-se que as mulheres tenderão a ter níveis de educação mais altos. Em 2031, prevê-se também que 40% dos idosos terão completado pelo menos nove anos de escolaridade. Este projeto mostra também que os idosos mais educacionais conseguem gerir o binómio saúde/doença melhor que os outros, existindo dessa forma uma diminuição da despesa na área da saúde e uma melhoria do estado de saúde dos idosos (Rodrigues et al., 2014).

Dessa forma, os resultados atingidos por este estudo em relação ao nível educacional dos idosos, evidenciam a influência da escolaridade nas alterações psicoemocionais dos idosos com patologia respiratória, não tendo sido possível verificar com valores estatisticamente significativos, ao nível do domínio da ansiedade, embora os valores médios apresentados sugerissem essa influência.

Em relação ao local de residência, verificou-se que os idosos do meio rural foram em média mais ansiosos, depressivos e com menor autoestima que os idosos do meio urbano. Através da análise inferencial, verificou-se que o local de residência não influenciou de forma estatisticamente significativa a ansiedade ( $UMW=-0.488$ ;  $\rho=0.625$ ), a depressão ( $t=0.835$ ;  $\rho=0.364$ ) e a autoestima ( $t=3.272$ ;  $\rho=0.075$ ), uma vez que se obtiveram valores de  $\rho \geq 0.05$ , não se verificando diferenças estatisticamente significativas. No entanto, é de referir que na autoestima, o nível de significância apresentado com base no teste estatístico utilizado, aproximou-se do valor de aceitação da hipótese ( $\rho=0.075$ ), o que não aconteceu com a ansiedade e a depressão que se afastaram do valor crítico de aceitação ( $\rho=0.625$  e  $\rho=0.364$ , respetivamente).

A sociedade portuguesa, tem sido historicamente marcada por acentuados dualismos, tanto socioeconómicos como demográficos. Se analisarmos o envelhecimento demográfico em Portugal, poderemos constatar a existência de um cenário dual entre o litoral e o interior, existindo índices de envelhecimento, bastante distintos dentro do próprio país (Estevens, Carvalho, & Martins, 2014).

Estes dados vão de encontro com um estudo, que compara as redes sociais de idosos de áreas rurais e urbanas em Portugal, verificando que embora o tamanho da rede social fosse maior nas zonas rurais, a sua constituição envolvia sobretudo vizinhos, sendo o número de confidentes menor (relações mais próximas e significativas). Os idosos que vivem em zonas rurais, as redes de suporte informal, mais concretamente o apoio familiar são menores, já que vivem longe dos seus filhos e netos, devido à emigração para o estrangeiro ou emigração para o litoral/ zonas urbanas do país, estando afastados fisicamente dos seus filhos e netos (Paúl, 2005).

Segundo este estudo, a ideia das famílias rurais alargadas é nas zonas desertificadas do interior do país, um “verdadeiro mito”. Os idosos no meio rural acabam por não ter os filhos por perto, sendo a coabitação com filhos adultos menor que os idosos do meio urbano, ainda que possam ter uma rede de suporte maior. Os idosos do meio urbano, por vezes parecem socialmente mais isolados, no entanto, a existência de um maior número de confidentes é maior, compensando a inexistência de uma rede social mais alargada, com resultados bastante positivos ao nível da qualidade de vida percebida (Paúl, 2005).

Por outro lado, devido às políticas públicas de centralização dos serviços, aos acessos dos cuidados de saúde, e de todos os meios tecnológicos em zonas mais urbanizadas, faz com que os idosos que residem em zonas rurais fiquem mais desprotegidos, tendo esses resultados impacto no nível de ansiedade, de depressão e de autoestima dos idosos com patologia respiratória, uma vez que os mesmos necessitam de estar mais perto dos cuidados de saúde, devido à frágil estabilidade da sua situação clínica, encontrando-se mais vulneráveis a situações de exacerbações face aos restantes idosos sem patologia respiratória. Para além disso, existem mais equipamentos e diversificações ao nível do apoio formal nas zonas urbanas, face às zonas rurais (Rodrigues et al., 2014). Estes fatores, ajudam a compreender os

resultados chegados por este estudo, que indicam que os idosos do meio rural são em média mais ansiosos, depressivos e com menor autoestima que os idosos do meio urbano.

Quando se analisaram os níveis de ansiedade, de depressão e de autoestima, em relação à situação socio-habitacional, verificou-se que o valor percentual mais elevado no número de idosos, sem transtornos de ansiedade, sintomatologia depressiva e valores de autoestima considerados satisfatórios, incidiu no grupo dos idosos que viviam acompanhados. No que diz respeito ao estado civil, verificou-se que foi entre os idosos casados. Por fim, em relação às redes de suporte social, verificou-se que o valor percentual mais elevado no número de idosos sem alterações psicoemocionais, foi encontrado nos idosos pertencentes ao grupo da rede de suporte - informal.

Estes resultados mostram a importância do apoio informal aos idosos com patologia respiratória, que é constituído pela família, pelos amigos e pelos vizinhos, pois foi nesse grupo, que se constatou o maior número de idosos sem alterações psicoemocionais, estando esse apoio evidenciado tanto ao nível da coabitação, assim como no estado civil, ou seja, da necessidade da vivência com outra pessoa. Segundo, Paúl (2005, p.280), “a existência de redes sociais é um dado crucial para a qualidade de vida dos idosos”, sendo dessa forma uma ferramenta essencial de bem-estar físico e mental dos idosos.

Neste estudo, das variáveis sociodemográficas analisadas, foram definidas para variáveis independentes – o género, a idade, o nível educacional e o local de residência, de forma a perceber se os valores obtidos no *score* da HADS e da RSES variavam com as mesmas. Dessa maneira, foram estabelecidas hipóteses, de forma a responder às questões de investigação levantadas. Assim, como base nos resultados obtidos na análise inferencial já analisada e refletida anteriormente, podemos inferir que o género influenciou ansiedade. A escolaridade influenciou a depressão e a autoestima, pelo que se aceitou parcialmente a hipótese levantada (hipótese 1), de acordo com os dados recolhidos. A idade e o local de residência não influenciaram os níveis de ansiedade, de depressão e de autoestima, pelo que não se aceitaram as hipóteses levantadas, em relação a estas últimas variáveis analisadas (hipótese 1, em relação à idade e hipótese 2, em relação ao local de residência).

Quando se analisou a relação entre as variáveis dependentes: ansiedade, depressão e autoestima, com intuito de verificar o efeito do nível de ansiedade sobre o nível de depressão, do nível de ansiedade sobre a autoestima, bem como do nível de depressão sobre o nível de autoestima, constatou-se a existência de associação moderada entre as variáveis dependentes, com efeito estatístico altamente significativo ( $p < 0.001$ ), pelo que se aceitaram as hipóteses levantadas 3, 4 e 5, de acordo com os dados recolhidos.

Assim, a relação entre o *score* de ansiedade e o *score* da depressão, revelou uma associação positiva moderada ( $r = 0.606$ ;  $p = 0.000$ ), com efeito estatístico altamente

significativo ( $p < 0.001$ ), aferindo-se que quando o *score* da ansiedade tende a aumentar, o *score* da depressão acompanha na mesma direção, ou seja, os idosos mais ansiosos da amostra tendem a ser também os mais depressivos, e vice-versa, os idosos menos ansiosos da amostra tendem a ser os menos depressivos.

Contudo, o mesmo não se verificou quando se estabeleceu a mesma relação com o *score* de autoestima. Isto é, quando se analisou a relação entre o *score* de ansiedade e o *score* da autoestima na amostra em estudo, obteve-se uma associação negativa moderada ( $r = -0.594$ ;  $p = 0.000$ ), constatando-se que quando o *score* da ansiedade aumenta, o *score* da autoestima tende a diminuir, e vice-versa, com efeito estatístico altamente significativo ( $p < 0.001$ ). Ou seja, os idosos da amostra mais ansiosos, tendem a apresentar valores de autoestima mais baixos, assim como os idosos menos ansiosos da amostra tendem a apresentar valores de autoestima mais altos.

A mesma relação foi constatada em relação ao *score* da depressão, uma vez que se obteve também uma associação negativa moderada ( $r = -0.684$ ;  $p = 0.000$ ), aferindo-se que quando o *score* da depressão aumenta, o *score* da autoestima tende a diminuir, e vice-versa, com efeito estatístico altamente significativo ( $p < 0.001$ ). Ou seja, os idosos da amostra mais depressivos, tendem a apresentar valores de autoestima mais baixos, assim como os idosos menos depressivos da amostra tendem a apresentar valores de autoestima mais altos.

Os dados obtidos anteriormente, evidenciam a existência de uma relação entre as variáveis dependentes analisadas (ansiedade, depressão e autoestima), não sendo as mesmas independentes umas das outras. Para além dessa informação, permitiu também conhecer que tipo de relação existia entre as diferentes dimensões psicológicas analisadas (uma associação moderada), assim como a direção que existia entre ambas. De uma forma geral, podemos verificar que quando o *score* de ansiedade aumenta, o *score* da depressão tende também a aumentar, e vice-versa, ou seja caminham na mesma direção. Por outro lado, quando se estabelece a relação com autoestima, a direção é oposta, ou seja, quando o *score* da ansiedade ou da depressão aumenta, o *score* da autoestima tende a diminuir, e vice-versa.

Estes resultados vão de encontro com a revisão da literatura que mostra a existência de uma relação entre as variáveis dependentes analisadas, revelando a necessidade de uma estabilidade entre ambas, de forma a permitir um equilíbrio psicoemocional no indivíduo (Berger & Mailloux-Poirier, 1995; Freitas et al., 2002). Os resultados obtidos por um estudo realizado, por Westaway & Wolmarans (1992), em doentes com patologia respiratória, mais concretamente com tuberculose pulmonar, mostraram que os *scores* obtidos na escala de autoestima foram mais baixos, quando comparados com a categoria da depressão, evidenciando que a diminuição do *score* da autoestima esteve relacionada com o *score* da depressão.

Segundo os mesmos autores, a baixa autoestima é uma característica da depressão, estando os *scores* relacionados. O mesmo aconteceu num estudo realizado por Meurer et al. (2012), em idosos praticantes de exercício físico, revelando os resultados deste

estudo, que os idosos que apresentaram valores de autoestima mais altos, apresentaram menos sintomas depressivos para a maioria dos fatores investigados, estando os mesmos também relacionados com a prática de exercício físico. Outro estudo, realizado por Oliveira et al. (2006), que teve como intuito explorar a relação entre ansiedade, depressão e desespero entre os idosos, os resultados mostraram também uma relação estatisticamente significativa entre ansiedade, depressão e desespero nos idosos, verificando que estas dimensões não se encontram separadas, e que existe uma relação entre elas.

De forma a finalizar este capítulo, existe a necessidade de nos debruçarmos novamente sobre os resultados encontrados em relação ao número de idosos com patologia respiratória em estudo, com presença de alterações psicoemocionais, mais concretamente ao nível da ansiedade e da depressão, já que os valores referentes à autoestima foram bastante satisfatórios.

Como foi referido ao longo do Capítulo I, no SMFR do CHCB, não existe um verdadeiro programa de reabilitação pulmonar, com todas as vantagens referidas anteriormente no enquadramento teórico-concetual, mas sim um programa de fisioterapia cardio-respiratória. Esses resultados podem ser melhorados, agora que existe a noção clara da realidade face aos fenómenos analisados. Assim, segundo alguns estudos, os PRR que incluem até três sessões por semana de exercício progressivo e supervisionado, juntamente com a educação e o apoio psicossocial, permitem reduzir significativamente ansiedade e a depressão em doentes com doença pulmonar crónica (Coventry & Hind, 2007).

Segundo, Dias et al. (2006), os PRR têm impacto nos doentes com DPOC em graus mais avançados da doença, podendo problemas como a ansiedade, a depressão, os sintomas, a capacidade de exercício e a qualidade de vida, serem melhorados com um PRR, no mínimo de duas sessões semanais de três horas. Para este autor, os PRR hospitalares demonstram melhorias na qualidade de vida, na funcionalidade e redução da necessidade de oxigénio suplementar, permitindo uma redução substancial na necessidade de cuidados de saúde hospitalares.

Noutro estudo, realizado por Dagoberto-Godoy & Rossane-Godoy (2003), os resultados sugerem que incluir sessões de psicoterapia em programas de reabilitação pulmonar em doentes com DPOC, permite reduzir os níveis de ansiedade e de depressão. Segundo, Mello & Teixeira (2011), a terapia cognitivo-comportamental é uma boa estratégia para intervir nos idosos, uma vez que os mesmos conseguem exprimir melhor os seus sentimentos, como o de tristeza, angústia, entre outros, não sendo por vezes identificados num primeiro contato com os idosos.

A perceção da doença nos doentes com patologia respiratória, especialmente nos idosos, é também um fator importante para o controlo e gestão dos sintomas psicológicos, assim como dos próprios ataques de pânico (Howard et al., 2009), sendo por isso, importante incluir sessões de educação nos PRR, com vista a desenvolver estratégias de autogestão e controlo das perturbações psicológicas (Hynninen et al.,

2005). A falta de controlo sobre a evolução da doença, contribui para a menor qualidade de vida, originando ansiedade, isolamento social, podendo conduzir à depressão e à redução da motivação para aquisição de conhecimentos e capacidades para o autocontrolo da doença (Padilha, 2010).

Estratégias de intervenção dirigidas aos sintomas físicos e psicológicos dos idosos com patologia respiratória, podem originar uma melhoria considerável na qualidade de vida destes idosos (Blinderman et al., 2009), isto porque as características psicológicas, como as analisadas neste estudo, são variáveis importantes, já que interagem com os sintomas dos doentes, sobretudo nos idosos com doença pulmonar crónica (Hynninen et al., 2005).

Segundo, Padilha (2010), a desmotivação, a incapacidade, a diminuição das capacidades cognitivas e instrumentais, a falta de suporte social e de profissionais de saúde, potencia o fraco autocontrolo da doença e não adesão ao regime terapêutico, dos doentes com patologia respiratória.

Face ao que foi referido anteriormente, torna-se essencial implementar um verdadeiro PRR no SMFR do CHCB, de forma a minorar e se possível eliminar os problemas identificados, permitindo uma melhoria considerável nos cuidados de saúde que são prestados ao nível dos idosos com patologia respiratória.

A avaliação e a compreensão da história psicológica, dos idosos com doença respiratória crónica, podem permitir aos profissionais de saúde, reduzir os sintomas e melhorar a qualidade de vida destes idosos (Hill et al., 2008), tendo sido um dos intuitos da realização deste trabalho de investigação. Segundo, Putman-Casdorph & McCrone (2009), a avaliação e a triagem das alterações psicoemocionais analisadas, devem ser consideradas na prática clínica em doentes com diagnóstico de doenças pulmonares crónicas.

## Capítulo V: Plano de intervenção

Após os Capítulos III e IV, referentes à apresentação e análise dos resultados e da discussão dos mesmos, torna-se pertinente, a aplicação de um plano de intervenção que ajude os idosos com patologia respiratória, a reduzirem os seus níveis de ansiedade, de depressão e a aumentarem o seu nível de autoestima, contribuindo dessa forma, para a melhoria da qualidade de vida dos mesmos. De seguida, serão apresentadas algumas abordagens de intervenção, que dão suporte a construção do plano de intervenção proposto para o SMFR do CHCB:

- Abordagem multiprofissional;
- Abordagem para a mudança comportamental;
- Abordagem educacional;
- Abordagem de interação social;
- Abordagem motivacional (Silva & Dias, 2009).

Tendo em linha de conta as abordagens de intervenção apresentadas anteriormente, será apresentada de seguida, uma breve proposta de intervenção para o SMFR do CHCB, que inclui determinadas linhas orientadoras, à luz da revisão da literatura efetuada, que parecem serem importantes, com vista a diminuir a percentagem do número de idosos com patologia respiratória, a apresentarem alterações psicoemocionais. Essa proposta deve incluir:

- Criação de um **“verdadeiro programa de reabilitação respiratória”** no SMFR do CHCB, onde vários profissionais pudessem estar envolvidos, de forma a proporcionar aos idosos com patologia respiratória, todas as vantagens existentes nos PRR descritas anteriormente no Capítulo I, como por exemplo, sessões de educação estruturadas por temas, sessões de exercício físico em grupo, sessões de psicoterapia, sessões de apoio no controlo e autogestão da doença respiratória, entre outros, não esquecendo como é óbvio a manutenção de todos os cuidados já existentes no SMFR aos idosos com patologia respiratória (Almeida & Rodrigues, 2014; Costa et al., 2014; Dagoberto-Godoy & Rossane-Godoy, 2003; Dias et al., 2006);
- De forma a concretizar a estratégia de intervenção anterior, seria necessário a **criação de uma equipa multiprofissional** (Médico, Enfermeiro, Fisioterapeuta, Nutricionista, Psicólogo, Assistente Social, entre outros) no

Hospital, dirigida a reforçar o ensino dos idosos e da família, acerca da patologia respiratória que possuem, e de estratégias que visem melhorar o estado de saúde atual;

- **Atividade Física**, quer no Domicílio, quer na Comunidade, de acordo com o comprometimento cardio-respiratório dos idosos em questão. Para além dos ganhos a nível de força e equilíbrio, os exercícios permitem promover a autonomia e independência dos idosos nas atividades da vida diária (Banhato, Scoralick, Guedes, Atalaia-Silva, & Mota, 2009; Cheik et al., 2003). O interveniente para a realização desta intervenção ao nível do domicílio seria o serviço de fisioterapia, em que se organizariam sessões de educação, com entrega de folhetos informativos, sobre os exercícios que os idosos poderiam realizar no domicílio. Ao nível da comunidade, os intervenientes poderiam ser o Centro de Saúde, o Hospital da Covilhã, entre outros;
- Promoção de **“Caminhadas ao Ar Livre”**, mesmo que seja necessário o uso de oxigenoterapia. Do ponto de vista psicológico, a atividade física promove o relacionamento interpessoal, estimulando também a autoestima pela superação de pequenos desafios que antes não conseguiam atingir (Banhato et al., 2009). Para a realização desta intervenção será necessária uma parceria de várias instituições, desde o Hospital da Covilhã - Serviço de Pneumologia, às empresas de oxigenoterapia, ao Centro de Saúde e Câmara Municipal da Covilhã;
- **Encaminhamento** dos idosos com patologia respiratória para outros serviços do Hospital, que apresentassem **níveis de ansiedade, depressão severos** e de **baixa autoestima**, para ajuda diferenciada, ao nível do apoio psicológico e social;
- **Encontros Intergeracionais**, de forma a promover a compreensão entre as gerações mais novas e mais velhas, a troca de experiências e conhecimentos, permitindo desta maneira, aumentar a autoestima e evitar a exclusão social dos idosos. Esta atividade poderia ser implementada, com recurso à articulação com a Academia Sénior da Covilhã;
- **Seminário de Autoestima**, com vista a utilizar atividades especialmente dirigidas para aumento do nível de autoestima e da terapia em grupo (Marcos, 2008), através da parceria com o departamento de Psiquiatria;
- **Manutenção, Desenvolvimento e Estimulação de Aptidões**, com vista a estimular os idosos em relação a: Atividades Cognitivas (ler, escrever, jogos de memória, jogos de computador, informática, pintura, línguas); Atividades de Expressão e de Comunicação (canto, teatro, dança, jogos de dominó, damas,

cartas); Expressão Plástica (desenho, pintura, escultura, costura, bordado, modelagem); Socioculturais (idas ao cinema, teatro, exposições, concertos, museus, passeios); Domésticas (cozinha, jardinagem, pastelaria) e Espirituais (missa, debates entre os idosos com partilhas de experiências, leitura) (Pereira, 2010). Esta intervenção poderia também ser concretizada com o encaminhamento dos idosos para a Academia Sénior da Covilhã e Espaço das Idades, uma vez que já dispõem destas atividades.

Em suma, deve-se tentar traçar um conjunto de estratégias e apoios que permitam que os idosos com patologia respiratória, diminuam os níveis de ansiedade, de depressão, e que consigam aumentar a autoestima, de forma a melhorar a qualidade de vida destes idosos.

## Capítulo VI: Considerações finais

Perante uma sociedade cada vez mais envelhecida, onde o predomínio de doenças respiratórias é cada vez maior, foi de todo o interesse conhecer e analisar as alterações psicoemocionais presentes neste tipo de população-alvo, uma vez que as mesmas influenciam significativamente a qualidade de vida dos idosos com patologia respiratória, bem como de todos os elementos que constituem a rede de suporte social destes idosos.

Sabe-se que para além dos distúrbios respiratórios presentes nos idosos com patologia respiratória, a presença de perturbações psicológicas origina um aumento da incapacidade física desses idosos. Dessa forma, identificar e intervir nesses problemas psicológicos, ajudará a melhorar a incapacidade sentida por esses idosos, melhorando assim, a qualidade de vida.

Sobre esse ponto de vista, os objetivos propostos para a realização deste trabalho de investigação foram atingidos, tendo-se assim caracterizado e obtido um perfil da amostra em estudo, em relação a todos os aspetos definidos inicialmente.

Da caracterização efetuada, das variáveis sociodemográficas da amostra em função do género, depreendeu-se que existiram mais idosos do género masculinos que do género feminino, sendo no entanto, os idosos femininos em média mais velhos ( $74.40 \pm 8.114$  anos) que os idosos masculinos ( $73.50 \pm 7.106$  anos), com valores percentuais mais elevados (5.4%), no que concerne ao grupo etário  $\geq 85$  anos, face aos idosos do género masculino, que obtiveram valores percentuais mais baixos (2.7%).

Relativamente à situação socio-habitacional, concluiu-se que a maioria dos idosos viviam acompanhados (78.4%), face a 21.5% dos idosos que viviam sozinhos, concluindo-se também que existiu um maior número de idosos do género feminino a viverem sozinhos face ao género masculino. Já em relação à situação profissional, concluiu-se que a maioria dos idosos, eram reformados (94.6%), sendo também a maioria casados (68.9%) e viúvos (20.3%), no que concerne ao estado civil.

Quanto ao tipo de redes de suporte social dos idosos com patologia respiratória, depreendeu-se que mais de metade da amostra possuía como tipo de rede de suporte social, a informal (68.9%), sendo o apoio formal bastante reduzido nesta população (4.05%). Concluiu-se ainda, que existem idosos com patologia respiratória sem nenhum suporte social (12.15%), existindo também idosos que referiram o apoio informal e formal (14.9%).

Ainda dentro das redes de suporte social, concluiu-se que dentro do apoio informal, a família surgiu como a mais frequente (75.7%), seguida dos amigos (47.3%) e dos vizinhos (33.8%). No que concerne ao apoio formal, depreendeu-se que foram o apoio domiciliário e o hospital (6.8%, respetivamente).

Da caracterização da amostra, em relação ao tipo de patologia respiratória, concluiu-se que foi a DPOC a patologia respiratória com maior percentagem de frequência (51.35%).

No que diz respeito à caracterização das variáveis dependentes (HADS e RSES), em relação à quantificação dos níveis de ansiedade, de depressão e de autoestima, depreendeu-se que existiram poucas diferenças entre o número de idosos com valores considerados normais e os com alterações psicoemocionais, em relação à ansiedade e à depressão, não se aplicando o mesmo em relação à autoestima, onde quase a totalidade da amostra apresentou valores de autoestima globais bastante satisfatórios (93.20%).

Assim, em relação à ansiedade e à depressão, que incluíram os diferentes níveis estabelecidos: ligeiro, moderado e severo, concluiu-se que a prevalência de ansiedade e de depressão nos idosos com patologia respiratória, seguidos pelo SMFR do CHCB foi de 54.02% e de 47.35%, respetivamente. É, no entanto, de salientar que nesses valores estão também incluídos os idosos que apresentaram transtornos de ansiedade e sintomatologia depressiva mais baixos, estando esses idosos muito perto do valor considerado normal.

Da comparação da média da pontuação das respostas obtidas entre as duas subescalas (HADS-A e HADS-D), depreendeu-se que os idosos deste estudo, tiveram maior tendência para serem ansiosos que depressivos. Relativamente ao género, os idosos femininos foram em média mais ansiosos e depressivos que os idosos masculinos, sendo que, em relação à autoestima, os idosos femininos apresentaram valores de autoestima mais baixos que os idosos masculinos. Da análise inferencial, concluiu-se que o género influenciou de forma estatisticamente significativa, a ansiedade ( $p < 0.05$ ), mas não a depressão e a autoestima ( $p \geq 0.05$ ).

Da interação das restantes variáveis independentes definidas: idade, escolaridade e local de residência com as variáveis dependentes, concluiu-se pela análise inferencial que a idade não influenciou de forma estatisticamente significativa a ansiedade, a depressão e a autoestima ( $p \geq 0.05$ ), embora se tenha verificado que os idosos com idade  $\geq 85$  anos foram em média mais ansiosos, depressivos e com menor autoestima que os restantes idosos noutros grupos etários (dos 65-74 anos e dos 75-84 anos). Em relação à escolaridade, depreendeu-se que os idosos analfabetos e com nível de escolaridade situado ao nível do ensino primário, foram em média mais ansiosos, depressivos e com menor autoestima que os idosos com mais escolaridade (ensino secundário e superior), tendo-se concluído pela análise inferencial, que a escolaridade influenciou de forma estatisticamente significativa, a depressão e a autoestima ( $p < 0.05$ ), mas não a ansiedade ( $p \geq 0.05$ ).

Por fim, em relação à última variável independente definida, local de residência, depreendeu-se que os idosos do meio rural foram em média mais ansiosos, depressivos e com menor autoestima que os idosos do meio urbano, tendo-se

concluído pela análise inferencial que o local de residência não influenciou de forma estatisticamente significativa, a ansiedade, a depressão e a autoestima ( $\rho \geq 0.05$ ).

Já no que diz respeito, ao efeito do nível de ansiedade sobre o nível de depressão, do nível ansiedade sobre o nível de autoestima e do nível de depressão sobre o nível de autoestima, concluiu-se a existência de uma associação moderada, com efeito estatístico altamente significativo ( $\rho < 0.001$ ), sendo essa associação positiva entre o *score* de ansiedade e o *score* de depressão e negativa entre o *score* de ansiedade e o *score* de autoestima, assim como entre o *score* de depressão e o *score* de autoestima, concluindo-se assim, que quando o *score* da ansiedade aumenta, o *score* da depressão tende também a aumentar, e vice-versa, ou seja, depreendeu-se que os idosos mais ansiosos da amostra tendem também a ser os mais depressivos, assim como os idosos menos ansiosos da amostra tendem a ser os menos depressivos, com valores estatísticos altamente significativos ( $\rho < 0.001$ ).

Em relação ao *score* da ansiedade e da depressão com o *score* da autoestima, concluiu-se que quando o *score* da ansiedade ou da depressão aumentam, o *score* da autoestima tende a diminuir, e vice-versa, ou seja, depreendeu-se que os idosos da amostra mais ansiosos e depressivos tendem a apresentar valores de autoestima mais baixos, assim como os idosos menos ansiosos e depressivos da amostra tendem a apresentar valores de autoestima mais altos, com valores estatísticos altamente significativos ( $\rho < 0.001$ ).

Sendo assim, concluiu-se a existência de correlações altamente significativas ( $\rho < 0.001$ ), entre o *score* de ansiedade e o *score* de depressão, assim como entre o *score* de ansiedade e o *score* de autoestima, bem como entre o *score* de depressão e o *score* de autoestima.

Com vista à realização de novos estudos nesta área do conhecimento, torna-se importante a análise das limitações encontradas na realização deste trabalho de investigação.

Assim, uma das limitações encontradas ao longo deste trabalho de projeto foi a complexidade dos fenômenos analisados, quer ao nível das próprias patologias respiratórias, quer ao nível das próprias características psicológicas em estudo, como a ansiedade, a depressão e a autoestima, já que as mesmas possuem diferentes repercussões nos indivíduos, sobretudo no contexto dos idosos, o que dificultou a escolha dos instrumentos de avaliação, e a interpretação dos resultados, uma vez que o aparecimento de alterações psicoemocionais nos idosos com patologia respiratória, têm uma origem multifatorial, não existindo muitas das vezes causas únicas e isoladas.

A própria população-alvo deste estudo, por si só já foi um desafio, devido às diferentes repercussões do envelhecimento, quer no contexto individual, quer no contexto coletivo, tendo as mesmas sido previamente alvo de análise no Capítulo I, juntando a isso, a elevada incidência de patologias respiratórias nesta população-alvo, originando dessa forma, uma população muito específica em análise.

A duração da recolha dos dados, também foi considerada uma das limitações deste estudo, uma vez que a mesma teve impacto no número de idosos que fizeram parte da amostra, o que contribuiu para que alguns resultados obtidos neste estudo não tivessem diferenças estatisticamente significativas, originando a aceitação parcial de algumas hipóteses formuladas, como por exemplo em relação à influência do género, e da escolaridade em todas as dimensões analisadas. Torna-se assim expectável, que a tendência observada na diferença das médias dos *scores* de ansiedade, de depressão e de autoestima em algumas variáveis independentes, pudessem originar valores estatisticamente significativos ( $p < 0.05$ ), com a utilização de uma amostra superior à que foi obtida neste estudo.

No entanto, o número de idosos obtidos na amostra, já foi considerado razoável, atendendo ao tempo disponível para a realização deste trabalho de investigação, uma vez que a duração dos programas de fisioterapia cardio-respiratória no SMFR do CHCB, ronda sensivelmente os três a seis meses, pelo que limitou a entrada de novos idosos nos programas, dentro do tempo que foi estipulado para a realização deste trabalho de investigação, o que originou o tamanho da amostra em estudo.

Outra limitação deste estudo, foi encontrada aquando da recolha dos instrumentos de avaliação, uma vez que existiram na amostra bastantes idosos com níveis de escolaridade baixos, o que dificultou a interpretação de algumas questões pelos idosos no questionário individual.

De acordo com a revisão sistemática realizada por Rose et al. (2002), sobre a intervenção psicológica na redução das alterações psicoemocionais em doentes com doença pulmonar crónica, existe pouca evidência nos estudos analisados, sendo a maior parte delas devido a problemas metodológicos, o que obriga a uma maior necessidade de investigação nesta área do conhecimento. Assim, esta revisão sistemática, evidencia outra limitação encontrada neste estudo, que residiu na escolha da metodologia que esteve na base da realização deste trabalho de projeto.

Para além das limitações referidas anteriormente, o facto de a amostra não seguir uma distribuição normal em todos os campos analisados, condicionou a utilização de alguns testes estatísticos, originando na análise inferencial, testes estatísticos paramétricos e não paramétricos, sempre de acordo com os resultados obtidos no teste de normalidade escolhido.

Futuros estudos deveriam então utilizar amostras de dimensões superiores, de forma a conseguir obter uma maior variabilidade nos valores apresentados, com vista a alcançar valores estatisticamente significativos, nas diferenças observadas aquando da resposta às questões e hipóteses formuladas. Torna-se também pertinente a avaliação do grau da patologia respiratória dos idosos, de forma a perceber se existe relação entre a gravidade da patologia e o aumento do nível de ansiedade, de depressão e a diminuição do nível de autoestima, já que os estudos analisados no enquadramento teórico-concetual, revelam a existência de uma relação entre

ansiedade, a depressão e a autoestima com o grau da patologia respiratória, e da frequência de exacerbações.

Outro aspeto que também deveria ser considerado em futuros estudos, seria introduzir a realização de um *follow-up* na metodologia, ou seja, inserir dois momentos de avaliação, que pudessem coincidir com o início do programa de fisioterapia cardio-respiratória pelos idosos e terminar no fim dos mesmos, com vista a perceber a diferença dos níveis de ansiedade, de depressão e de autoestima, entre o início e o término do programa de fisioterapia cardio-respiratória. Seria também interessante a realização de um estudo, que contemplasse a comparação dos níveis de ansiedade, de depressão e de autoestima entre os idosos com patologia respiratória que se encontrassem inseridos em programas de fisioterapia cardio-respiratória, com idosos com patologia respiratória nas mesmas condições, que não estivessem a ser seguidos pela fisioterapia cardio-respiratória.

Face ao que foi exposto, pode concluir-se que embora as hipóteses levantadas não tenham sido suportadas na sua totalidade, os objetivos propostos foram alcançados. Com efeito, a realização deste estudo revelou-se uma mais-valia, pois permitiu conhecer o perfil dos idosos com patologia respiratória, face às variáveis em estudo, nomeadamente face ao nível de ansiedade, de depressão e de autoestima, assim como a influência do género, da idade, da escolaridade e do local de residência sobre as variáveis dependentes, e a própria relação entre as mesmas. Para além disso, permitiu conhecer o tipo de redes de suporte social que os idosos com estas características específicas possuíam.

De forma a finalizar este estudo, fica implícito que um programa de reabilitação pulmonar abrangente em idosos com patologia respiratória, pode melhorar significativamente os níveis de ansiedade, de depressão e de autoestima, assim como a funcionalidade dos idosos, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida dos mesmos.

Em termos individuais, a realização deste trabalho de projeto permitiu adquirir novos conhecimentos nesta área, em diversos aspetos, desde teóricos, metodológicos e práticos, proporcionando assim o contato com idosos que possuíam patologia respiratória, num contexto diferente do habitual, não esquecendo como é óbvio, a troca de experiências e a oportunidade de aproximação que se obtiveram através do contacto com os mesmos.

Através dos resultados obtidos por este trabalho de projeto, reuniu-se o material necessário para a justificação e constituição de um programa de reabilitação respiratória no SMFR do CHCB.

## Referências bibliográficas

Abreu, P., & Lopes, A. (2005). *Manual de técnicas de exame e tratamento nas disfunções respiratórias*. Lisboa: Escola Superior de Saúde do Alcoitão.

Abreu, P., & Ramos, V. (2010). O regresso a casa do doente vertebro-medular: o papel do cuidador informal. In *Aconselhamento na Saúde: Perspectivas Integradoras*. Viseu: Psicosoma.

Agência Digital - Gw8. (2012). *Sua mente - a pirâmide de Maslow*. Recuperado a 29 de Novembro de 2014, a partir de <http://site.suamente.com.br/a-piramide-de-maslow/>

Almeida, M. (2011). *Ansiedade, depressão, ideação suicida, coping em idosos institucionalizados e não institucionalizados*. Dissertação de Mestrado em Psicologia, Aconselhamento e Psicoterapias, Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias - Faculdade de Psicologia, Lisboa.

Almeida, P., & Rodrigues, F. (2014). Exercise training modalities and strategies to improve exercise performance in patients with respiratory disease. *Rev Port Pneumol*, 20(1), 36-41.

Álvares, E. (2006). *Doenças respiratórias - Manual prático*. Lisboa: Lidel.

Andrade, A., & Martins, R. (2011). Funcionalidade familiar e qualidade de vida dos idosos. *Millenium*, 40, 185-199.

Antunes, G., Mazo, G., & Balbé, G. (2011). Relação da autoestima entre a perceção de saúde e aspetos sociodemográficos de idosos praticantes de exercício físico. *R. da Educação Física/UEM*, 22(4), 583-589.

APA. (2002). *DSM-IV-TR: Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais* (4ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.

APAV. (2013). *Estatísticas APAV*. Recuperado a 26 de Maio de 2014, a partir de [http://apav.pt/apav\\_v2/images/pdf/Estatisticas APAV Pessoas Idosas 2000-2012.pdf](http://apav.pt/apav_v2/images/pdf/Estatisticas_APAV_Pessoas_Idosas_2000-2012.pdf)

APAV. (2014). *Estatísticas Nacionais Totais 2013*. Recuperado a 26 de Maio de 2014, a partir de [http://apav.pt/apav\\_v2/images/pdf/Estatisticas APAV Relatorio Anual 2013.pdf](http://apav.pt/apav_v2/images/pdf/Estatisticas_APAV_Relatorio_Anual_2013.pdf)

Araújo, I., & Santos, A. (2012). Famílias com um idoso dependente: avaliação da coesão e adaptação. *Revista de Enfermagem Referência*, III(6), 95-102.

Araújo, L., Coutinho, M., & Santos, M. (2006). O idoso nas instituições gerontológicas: Um estudo na perspectiva das representações sociais. *Psicologia & Sociedade*, 18(2), 89-98.

Araújo, M., & Jairo-Araújo, J. (2013). DPOC e depressão. *Pulmão RJ*, 22(2), 35-39.

Arnardóttir, R., Sorensen, S., Ringqvist, I., & Larsson, K. (2006). Two different training programmes for patients with COPD: a randomised study with 1-year follow-up. *Respiratory Medicine*, 100, 130-139.

Ascensão, M. (2011). *Solidão, depressão e qualidade de vida no idoso: implementação de um programa de intervenção*. Dissertação de Mestrado Integrado em Psicologia, Universidade de Lisboa, Lisboa.

Associação Graal Portugal. (2014). *Banco de Tempo - História em Portugal*. Recuperado a 20 de Outubro de 2014, a partir de <http://www.bancodetempo.net/pt/BancoDeTempo/2>

- Aydin, I., & Ulusahin, A. (2001). Depression, anxiety comorbidity, and disability in tuberculosis and chronic obstructive pulmonary disease patients: applicability of GHQ-12. *General Hospital Psychiatry*, 23, 77-83.
- Azeredo, C., & Machado, M. (2002). *Fisioterapia respiratória moderna* (4ª ed.). Brasil: Editora Manole.
- Azevedo, J. (2009). *Prevalência de depressão e ansiedade em idosos institucionalizados no município de Ji-Paraná - Rondônia*. Dissertação de Mestrado em Ciências da Saúde, Universidade de Brasília - Faculdade de Ciências da Saúde, Brasil.
- Bagg, A., Carrol, S., Dinwiddie, R., Lawther, G., Lindsay, M., Thompson, R., ... Williams, F. (1992). *Enciclopédia de medicina* (1ª ed., Vol. 1). Lisboa: Selecções do Reader's Digest.
- Banhato, E., Scoralick, N., Guedes, D., Atalaia-Silva, K., & Mota, M. (2009). Atividade física, cognição e envelhecimento: estudo de uma comunidade urbana. *Psicologia: Teoria e Prática*, 11(1), 76-84.
- Barata, T., Malta, A., Manso, C., Virella, D., Santo, E., & Pereira, G. (1997). *Actividade física e medicina moderna*. Odivelas: Europress.
- Becker, A. (2013). *Exercício físico, qualidade de vida e autoestima global em idosos portugueses: um estudo exploratório do instrumento Whoqol-old*. Dissertação de Mestrado em Exercício e Saúde em Populações Especiais, Universidade de Coimbra - Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física, Coimbra.
- Berger, L., & Mailloux-Poirier. (1995). *Pessoas idosas: uma abordagem global*. Lisboa: Lusodidacta.
- Bernardini, D., Moraru, M., & Macías-Núñez, J. (2009). Son modificables las actitudes hacia las personas mayores en estudiantes de medicina? Experiencia en la Universidad de Salamanca. *Educación Médica*, 12(2), 111-115.
- Bize, P., & Vallier, C. (1985). *Psicologia moderna - Uma vida nova: a terceira idade*. Lisboa: Verbo.
- Bjelland, I., Dahl, A., Haug, T., & Neckelmann, D. (2002). The validity of the hospital anxiety and depression scale An updated literature review. *Journal of Psychosomatic Research*, 52, 69- 77.
- Blinderman, C., Homel, P., Billings, J., Tennstedt, S., & Portenoy, R. (2009). Symptom distress and quality of life in patients with advanced chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of Pain and Symptom Management*, 38(1), 115-123.
- Bonomi, D. (2006). *A viabilidade do home care como ferramenta na promoção da saúde*. Brasil: Universidade Gama Filho.
- Branden, N. (1994). *Los seis pilares de la autoestima*. Barcelona: Editora Paidós.
- Brennan, C., Worrall-Davies, A., McMillan, D., Gilbody, S., & House, A. (2010). The hospital anxiety and depression scale: a diagnostic meta-analysis of case-finding ability. *Journal of Psychosomatic Research*, 69, 371-378.
- Brito, L. (2002). *A saúde mental dos prestadores de cuidados a familiares idosos*. Coimbra: Editora Quartelo.
- Cabrillo, F., & Cachafeiro, M. L. (1992). *A revolução grisalha*. Lisboa: Planeta Editora.
- Candeias, A., & Simões, E. (1999). Alfabetização e escola em Portugal no Século XX: Censos nacionais e estudos de caso. *Análise Psicológica*, 1(XVII), 163-194.
- Canteiro, C., Heitor, C., Gomes, I., Melo, I., Moita, J., Ferreira, M., & Fernandes, M. (1998). Normas clínicas para intervenção na doença pulmonar obstrutiva crónica. *Sociedade Portuguesa de Pneumologia*, 1-46.

Carrilho, M. J., & Patrício, L. (2010). A situação demográfica em Portugal de 2001 a 2009. *Revista de Estudos Demográficos*, *Nº 48*, 101-145.

Carvalho, N. (2008). *Depressão e ansiedade em pacientes com asma e doença pulmonar obstrutiva crónica*. Dissertação de Mestrado em Ciências da Saúde, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Brasil.

Carvalho, N., Ribeiro, P., Ribeiro, M., Nunes, M., Cukier, A., & Stelmach, R. (2007). Asma e doença pulmonar obstrutiva crónica: uma comparação entre variáveis de ansiedade e depressão. *J Bras Pneumol*, *33*(1), 1-6.

Cattani, R., & Girardon-Perlini, N. (2004). Cuidar do idoso doente no domicílio na voz de cuidadores familiares. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, *6*(2), 254-271.

CGA. (2014). *Caixa geral de aposentações - Pensão unificada*. Recuperado a 20 de Outubro de 2014, a partir de [http://www.cga.pt/outros\\_regimes.asp](http://www.cga.pt/outros_regimes.asp)

Chaim, J., Izzo, H., & Sera, C. (2009). Cuidar em saúde: Satisfação com imagem corporal e autoestima de idosos. *O Mundo da Saúde*, *33*(2), 175-181.

Chang-Quan, H., Bi-Rong, D., Zhen-Chan, L., Ji-Rong, Y., & Qing-Xiu, L. (2010). Chronic diseases and risk for depression in old age: a meta-analysis of published literature. *Ageing Research Reviews*, *9*, 131-141.

CHCB. (2014). *Centro Hospitalar Cova da Beira - História*. Recuperado a 8 de Novembro de 2014, a partir de <http://www.chcbeira.pt/?cix=458&ixf=seccao&lang=1>

Cheik, N., Reis, I., Heredia, R., Ventura, M., Tufik, S., Antunes, H., & Mello, M. (2003). Efeitos do exercício físico e da atividade física na depressão e ansiedade em indivíduos idosos. *R. Bras. Ci. e Mov.*, *11*(3), 45-52.

CODEPPS. (2007). *Caderno de Violência Contra a Pessoa Idosa: Orientações Gerais*. Recuperado a 26 de Maio de 2014, a partir de [http://www.cordeiropolis.sp.gov.br/saude/index\\_arquivos/CADERNO%20DE%20VIOLENCIA.pdf](http://www.cordeiropolis.sp.gov.br/saude/index_arquivos/CADERNO%20DE%20VIOLENCIA.pdf)

Correia, D., & Barbosa, A. (2009). Ansiedade e depressão em medicina: Modelos teóricos e avaliação. *Acta Med Port*, *22*, 89-98.

Cosco, T., Doyle, F., Watson, R., Ward, M., & McGee, H. (2012). Mokken scaling analysis of the hospital anxiety and depression scale in individuals with cardiovascular disease. *General Hospital Psychiatry*, *34*, 167-172.

Costa, C., Lermen, C., Colombo, C., Canterle, D., Machado, M., Kessle, A., & Teixeira, P. (2014). Effect of a Pulmonary Rehabilitation Program on the levels of anxiety and depression and on the quality of life of patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Rev Port Pneumol*, 1-6.

Costa, M. (2004). A família com filhos com necessidades educativas especiais. *Revista Millenium - Instituto Politécnico de Viseu*, *30*, 74-100.

Costa, M., Cordeiro, M., Agreda, J., & Ermida, J. (1999). *O idoso problema e realidades: Manual sinais vitais* (1ª ed.). Coimbra: Formasau.

Coutinho, C. (2011). *Metodologia de investigação em ciências sociais e humanas: Teoria e prática*. Coimbra: Edições Almedina.

Couto, A., & Ferreira, J. (2004). *Estudo funcional respiratório*. Lisboa: Lidel.

Coventry, P., & Hind, D. (2007). Comprehensive pulmonary rehabilitation for anxiety and depression in adults with chronic obstructive pulmonary disease: systematic review and meta-analysis. *J Psychosom Res*, *63*(5), 551-565.

- Cozin, S. (2009). *Idosos e florais de back: em busca do restabelecimento da auto-estima*. Dissertação de Mestrado em Saúde do Adulto, Universidade de São Paulo - Escola de Enfermagem, São Paulo - Brasil.
- Dagoberto-Godoy, V., & Rossane-Godoy, F. (2003). A randomized controlled trial of the effect of psychotherapy on anxiety and depression in chronic obstructive pulmonary disease. *Arch Phys Med Rehabil*, 84, 1154-1157.
- Dahlberg, L., & Krug, E. (2006). Violência: Um Problema Global de Saúde Pública. *Ciênc. Saúde Coletiva*, 11, 1163-1178.
- Decreto-Lei nº 281/2003 de 8 de Novembro. *Diário da República nº 259 - I Série A*. Ministério da Saúde. Lisboa.
- Decreto-Lei nº 322/91 de 26 de Agosto. *Diário da República nº 195 - I Série A*. Ministério do Trabalho e da Solidariedade. Lisboa.
- Decreto-Lei nº 469/99 de 6 de Novembro. *Diário da República nº 259 - I Série A*. Ministério do Trabalho e da Solidariedade. Lisboa.
- DGS. (2013). Portugal - Doenças respiratórias em números - 2013: Programa nacional para as doenças respiratórias. *Direção-Geral de Saúde*, 1-116.
- Dias, I. (2005). Envelhecimento e violência contra os idosos. *Revista da Faculdade de Letras: Sociologia*, 15, 249-274.
- Dias, L., Seixinho, A., Aquino, H., & Avelar, G. (2006). Reabilitação pulmonar em paciente com doença pulmonar obstrutiva crónica: Revisão de literatura. In *X Encontro Latino Americano de Iniciação Científica e VI Encontro Latino Americano* (pp. 2724-2726). Brasil: Universidade Vale do Paraíba.
- Di-Meo, F., Pedone, C., Lubich, S., Pizzoli, C., Trallesi, M., & Incalzi, R. (2008). Pulmonary rehabilitation works in elderly patients. Whether it works in all elderly COPD patients in the community remains an issue. *Respiratory Medicine*, 4, 132 - 135.
- DN. (2012). *Há 400 mil idosos a viver sozinhos em Portugal*. Recuperado a 20 de Outubro de 2014, a partir de [http://www.dn.pt/inicio/portugal/interior.aspx?content\\_id=2283271](http://www.dn.pt/inicio/portugal/interior.aspx?content_id=2283271)
- Duarte, I. (1988). Relações socio-económicas numa região industrial em transformação: o caso da Covilhã. *Sociologia: Problemas e Práticas*, 5(5), 127-148.
- Elassal, G., Elsheikh, M., & Zeid, A. (2014). Assessment of depression and anxiety symptoms in chronic obstructive pulmonary disease patients: A case-control study. *Egyptian Journal of Chest Diseases and Tuberculosis*, (63), 574-582.
- Emmerich, J. (2008). *Suporte ventilatório* (3ª ed.). Brasil: Revinter.
- Espíndola, C., & Blay, S. (2007). Prevalência de Maus-Tratos na Terceira Idade: Revisão Sistemática. *Rev Saúde Pública*, 41(2), 301-306.
- Estevens, J., Carvalho, A., & Martins, M. (2014). Envelhecimento e Despesa em Saúde: O Caso Português. In *Workshop: Envelhecimento e Saúde em Portugal. Políticas e Práticas*. Castelo Branco: Escola Superior de Educação.
- Ferreira, F. (2011). *As actividades ocupacionais, o isolamento e a depressão no idoso institucionalizado*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, Universidade Fernando Pessoa, Porto.
- Flores, Y., & Calzada, M. (2001). Conocimientos y actitudes acerca de la vejez de los estudiantes de odontología de la Universidad del Valle. *Revista Estomatología*, 9(2), 39-47.
- Fonseca, A. (1985). *Psiquiatria e psicopatologia* (Vol. I). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

- Fortin, M. (1999). *O processo de investigação: Da concepção à realização*. Loures: Lusociência.
- Francisco, P., Donalisio, M., Barros, M., César, C., Carandina, L., & Goldbaum, M. (2006). Fatores associados à doença pulmonar em idosos. *Rev Saúde Pública*, 40(3), 428-435.
- Fraquelli, A. (2008). *A relação entre auto-estima, auto-imagem e qualidade de vida em idosos participantes de uma oficina de inclusão digital*. Dissertação de Mestrado em Gerontologia Biomédica, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Brasil.
- Freitas, E., Py, L., Cançado, F., Doll, J., & Gorzoni, M. (2002). *Tratado de geriatria e gerontologia* (2ª ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Frownfelter, D., & Dean, E. (2004). *Fisioterapia cardiopulmonar: princípios e prática* (3ª ed.). Brasil: Editora Revinter.
- García, A., Marín, M., & Bohórquez, M. (2012). Autoestima como variable psicossocial predictora de la actividad física en personas mayores. *Revista de Psicología del Deporte*, 21(1), 195-200.
- Gemito, M. (2004). A singularidade do apoio familiar aos idosos em meio rural. *Revista Economia e Sociologia do Instituto Superior Económico e Social de Évora*, 78, 49-72.
- Ghasemi, A., & Zahediasl, S. (2012). Normality tests for statistical analysis: a guide for non-statisticians. *Int J Endocrinol Metab*, 10(2), 486-489.
- Giddens, A. (2002). *Sociologia* (3ª ed.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Godoy, D., & Frizzo, R. (2002). Redução nos níveis de ansiedade e depressão de pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) participantes de um programa de reabilitação pulmonar. *J Pneumol*, 28(3), 120-124.
- Godoy, R. (2000). *O efeito do exercício sobre os níveis de ansiedade, depressão e autoconceito em pacientes com DPOC*. Dissertação de Mestrado em Ciências do Movimento Humano, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil.
- GOLD. (2010). Global strategy for diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease - Updated 2010. *Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease*, 1-117.
- GOLD. (2014). Global strategy for diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease - Updated 2014. *Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease*, 1-102.
- Gonçalves, L. (2002). *Cuidadores primários familiares dos idosos atendidos na clínica da Escola de Fisioterapia da Universidade do Vale do Itajaí*. Dissertação de Mestrado em Engenharia de Produção, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Brasil.
- Gonzaga, R. (1994). *Regras básicas de investigação clínica*. Lisboa: Instituto de Piaget.
- Gudmundsson, G., Gislason, T., Janson, C., Lindberg, E., Ulrik, C., Brondum, E., ... Bakke, P. (2006). Depression, anxiety and health status after hospitalisation for COPD: a multicentre study in the nordic countries. *Respiratory Medicine*, 100, 87-93.
- Guimarães, A., Pedrini, A., Matte, D., Monte, F., & Parcias, S. (2011). Anxiety and functional respiratory parameters of elders dancers. *Fisioter Mov*, 24(4), 683-688.
- Hansenne, M. (2003). *Psicologia da personalidade* (1ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Hayton, C., Clark, A., Olive, S., Browne, P., Galey, P., Knights, E., ... Wilson, A. (2013). Barriers to pulmonary rehabilitation: Characteristics that predict patient attendance and adherence. *Respiratory Medicine*, 107, 401-407.

- Hill, K., Geist, R., Goldstein, R., & Lacasse, Y. (2008). Anxiety and depression in end-stage COPD. *European Respiratory Journals*, 31, 667-677.
- Howard, C., Hallas, C., Wray, J., & Carby, M. (2009). The relationship between illness perceptions and panic in chronic obstructive pulmonary disease. *Behaviour Research and Therapy*, 47, 71-76.
- Hynninen, K., Breitve, M., Wiborg, A., Pallesen, S., & Nordhus, I. (2005). Psychological characteristics of patients with chronic obstructive pulmonary disease: A review. *Journal of Psychosomatic Research*, 59, 429- 443.
- Hynninen, M., Bjerke, N., Pallesen, S., Bakke, P., & Nordhus, I. (2010). A randomized controlled trial of cognitive behavioral therapy for anxiety and depression in COPD. *Respiratory Medicine*, 104, 986-994.
- INE. (2002). O envelhecimento em Portugal: situação demográfica e sócio e económica recente das pessoas idosas. *Revista de Estudos Demográficos*, 33, 185-208.
- INE. (2003). Projeções de população residente em Portugal 2000-2050: Envelhecimento da população agrava-se no futuro. *Destaque do INE -Portugal*.
- INE. (2007). Dia internacional do idoso: nos próximos vinte e cinco anos o número de idosos poderá mais do que duplicar o número de jovens. *Destaque do INE -Portugal*.
- INE. (2009). *Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006*. Recuperado a 16 de Novembro de 2013, a partir de [http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_publicacoes&PUBLICACOESpub\\_boui=69365215&PUBLICACOESmodo=2](http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=69365215&PUBLICACOESmodo=2)
- INE. (2012a). Censos 2011 - Resultados Pré-definitivos: Mais de um milhão e duzentos mil idosos vivem sós ou em companhia de outros idosos. *Destaque do INE -Portugal*.
- INE. (2012b). *Censos 2011- Resultados definitivos - Portugal*. Recuperado a 20 de Outubro de 2014, a partir de [http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_publicacoes&PUBLICACOESpub\\_boui=73212469&PUBLICACOESStema=55466&PUBLICACOESmodo=2](http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=73212469&PUBLICACOESStema=55466&PUBLICACOESmodo=2)
- INE. (2013). *Estatísticas demográficas 2012* (72ª ed.). Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.
- INE. (2014). Projeções de população residente 2012-2060. *Destaque do INE -Portugal*.
- Instituto de Gestão do Fundo Social Europeu. (2012). Ano europeu do envelhecimento ativo e da solidariedade entre gerações: programa de ação 2012, Portugal. *IGFSE*.
- ISS. (2014a). *Segurança social - Programa de apoio integrado a idosos (PAII)*. Recuperado a 20 de Outubro de 2014, a partir de <http://www4.seg-social.pt/programa-de-apoio-integrado-a-idosos-paii>
- ISS. (2014b). *Segurança social - Pensão de sobrevivência*. Recuperado a 20 de Outubro de 2014, a partir de <http://www4.seg-social.pt/pensao-de-sobrevivencia>
- ISS. (2014c). *Segurança social - Subsídio por assistência de 3ª pessoa*. Recuperado a 20 de Outubro de 2014, a partir de <http://www4.seg-social.pt/subsidio-por-assistencia-de-3-pessoa>
- Jacguard, A. (1993). *A explosão demográfica*. Lisboa: Instituto de Piaget.
- Jones, T., Beers, M., & Berkwits, M. (2006). *Manual merck geriatria*. Loures: Editorial Oceano.
- Kane, R., Oulander, J., & Abrass, I. (2005). *Geriatrics clínica* (5ª ed.). Rio de Janeiro: McGrawHill.
- Kaplan, H., & Sadock, B. (1998). *Manual de psiquiatria clínica* (2ª ed.). Brasil: Artmed.

- Kaplan, H., Sadock, B., & Grebb, J. (1994). *Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica* (7ª ed.). São Paulo: Artmed.
- Kayahan, B., Karapolat, H., Atyntoprak, E., Atasever, A., & Ozturk, O. (2006). Psychological outcomes of an outpatient pulmonary rehabilitation program in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Respiratory Medicine*, *100*, 1050–1057.
- Lakatos, E., & Marconi, M. (1992). *Metodologia do trabalho científico* (4ª ed.). São Paulo: Editora Atlas.
- Levy, J., & Oliveira, A. (2004). *Reabilitação em doenças neurológicas: Guia terapêutico prático*. Brasil: Atheneu.
- Lima, N. (2002). *Autoestima e actividade física: Contributo de um programa de actividade física na autoestima em adultos idosos do Concelho de Coimbra*. Dissertação de Mestrado em Educação Física para a Terceira Idade, Universidade do Porto - Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física, Porto - Portugal.
- Llera, F., & Cantera, I. (2003). *Manual de geriatria* (3ª ed.). Barcelona: Masson.
- Lucas, C., Freitas, C., & Machado, M. (2009). Relação entre exercício físico, depressão e ansiedade na população idosa. *Revista de Psicologia*, 1-21.
- Luna, K. (2009). *Avaliação psicossociológica em idosos institucionalizados*. Dissertação de Mestrado em Enfermagem, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa - Brasil.
- Machado, A., Nicolau, R., & Dias, C. (2009). Consumo de tabaco na população portuguesa retratado pelo Inquérito Nacional de Saúde (2005/2006). *Rev Port Pneumol*, *15*(6), 1005-1027.
- Machado, M. (2007). *Bases da fisioterapia respiratória: Terapia intensiva e reabilitação*. Rio de Janeiro - Brasil: Guanabara Koogan.
- Marcelino, P. (2008). *Manual de ventilação mecânica no adulto: Abordagem ao doente crítico*. Loures: Lusociência.
- Marco, F., Verga, M., Reggente, M., Casanova, F., Santus, P., & Blasi, F. (2006). Anxiety and depression in COPD patients: The roles of gender and disease severity. *Respiratory Medicine*, *100*, 1767–1774.
- Marçola, L., & Vale, I. (2007). Avaliação da autoestima de gestantes: subsídios para proposição de intervenções que favorecem o vínculo com o bebê. In *Congresso Médico Académico da Unicamp*, 16. Campinas: Anais.
- Marcolino, J., Mathias, L., Filho, L., Guaratini, A., Suzuki, F., & Alli, L. (2007). Escala hospitalar de ansiedade e depressão: estudo da validade de critério e da confiabilidade com pacientes no pré-operatório. *Rev Bras Anesthesiol*, *57*(1), 52-62.
- Marcos, L. (2008). *A auto-estima a nossa força secreta* (1ª ed.). Lisboa: Editora A Esfera dos Livros.
- Martin, L., Hirdes, J., Jones, R., Stones, M., Fries, B., & Rabinowitz, T. (2008). Predictors of a new depression diagnosis among older adults admitted to complex continuing care: implications for the depression rating scale (DRS). *Age and Ageing*, *37*, 51-56.
- Martins, E. (2013). *Cadernos de investigação: Paradigmas em investigação*. Castelo Branco: Escola Superior de Educação - IPCB.
- Martins, E. (2014). *Cadernos de investigação: Testes estatísticos - testes paramétricos e não paramétricos*. Castelo Branco: Escola Superior de Educação - IPCB.
- Martins, M. (2002). *Uma crise acidental na família - O doente com AVC*. Coimbra: Formasau.

- Martins, R. (2006). Envelhecimento e políticas sociais. *Instituto Politécnico de Viseu, ESSV - UER*, (32), 126-140.
- Maurer, J., & et al. (2009). Ansiedade e depressão na DPOC: O conhecimento actual, questões não respondidas e investigação necessária. *Revista Portuguesa de Pneumologia*, XV(4), 740-742.
- McDougall, F., Matthews, F., Kvaal, K., Dewey, M., & Brayne, C. (2007). Prevalence and symptomatology of depression in older people living in institutions in England and Wales. *Age and Ageing*, 36, 562-568.
- Medeiros, J. (2010). *Depressão no idoso*. Dissertação de Mestrado Integrado em Medicina, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto.
- Mello, E., & Teixeira, M. (2011). Depressão em idosos. *Revista Saúde*, 5(1), 42-53.
- Mello, M., Lemos, V., Antunes, H., Bittencourt, L., Silva, R., & Tufik, S. (2013). Relationship between physical activity and depression and anxiety symptoms: a population study. *Journal of Affective Disorders*, 149, 241-246.
- Mendes, R. (1979). Estudo epidemiológico sobre a silicose pulmonar na região sudoeste do Brasil, através de inquérito em pacientes internados em hospitais de Tisiologia. *Revista de Saúde Pública*, 13, 7-19.
- Meurer, S., Borges, L., Benedetti, T., & Mazo, G. (2012). Associação entre sintomas depressivos, motivação e autoestima de idosos praticantes de exercícios físicos. *Rev. Bras. Ciênc. Esporte*, 34(3), 683-695.
- Ministério da Solidariedade e da Segurança Social. (2011). *Carta social - Rede de serviços e equipamentos 2011*. Lisboa: Ministério da Solidariedade e da Segurança Social.
- Mollaoglu, M., Fertelli, T., & Tuncay, F. (2001). Fatigue and disability in elderly patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD). *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 53, 93-98.
- Mónica, M. (2011). *A morte*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Morris, D. (2000). *Doença e cultura na era pós-moderna*. Lisboa: Instituto de Piaget.
- NCEA. (1998). *Major Types of Elder Abuse*. Recuperado a 26 de Maio de 2014, a partir de [http://www.ncea.aoa.gov/FAQ/Type Abuse/index.aspx](http://www.ncea.aoa.gov/FAQ/Type%20Abuse/index.aspx)
- Netto, M. (1999). *Gerontologia, a velhice e o envelhecimento em visão globalizada*. São Paulo: Atheneu.
- Nexo, F. (1998). *Psicologia social* (Vol. I). Lisboa: Universidade Aberta.
- Ng, T., Niti, M., Fones, C., Yap, K., & Tan, W. (2009). Co-Morbid association of depression and COPD: a population-based study. *Respiratory Medicine*, 103, 895-901.
- Nicoulin, M., Manuila, L., Lewalle, P., & Manuila, A. (2004). *Dicionário médico* (3ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Norton, S., Cosco, T., Doyle, F., Done, J., & Sacker, A. (2013). The hospital anxiety and depression scale: a meta confirmatory factor analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 74, 74-81.
- Oliveira, A. (2011). *Avaliação dos níveis de empoeiramento - Estudo de caso na indústria têxtil*. Dissertação de Mestrado em Engenharia de Segurança e Higiene Ocupacionais, Faculdade de Engenharia da Universidade do Porto, Porto.
- Oliveira, K., Santos, A., Cruvinel, M., & Néri, A. (2006). Relação entre ansiedade, depressão e desesperança entre grupos de idosos. *Psicologia em Estudo*, 11(2), 351-359.

OMS. (2012). *WHO - ageing and life-course: interesting facts about ageing*. Recuperado a 17 de Março de 2014, a partir de <http://www.who.int/ageing/about/facts/en/>

Osswald, W. (2013). *Sobre a morte e o morrer*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.

Padilha, J. (2010). Influência da percepção da doença pulmonar obstrutiva crónica na promoção do autocontrolo da doença. *Rev Port Pneumol*, 16(4), 641-648.

Park, S., Han, K., & Kang, C. (2014). Effects of exercise programs on depressive symptoms, quality of life and self-esteem in older people: A systematic review of randomized controlled trials. *Applied Nursing Research*, 1-8.

Paúl, C. (2005). Envelhecimento activo e redes de suporte social. *Sociologia*, 15, 275-287.

Paúl, C., & Fonseca, A. (2005). *Envelhecer em Portugal: psicologia, saúde e prestação de cuidados* (1ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.

Pereira, A. (2009). *Análise de depressão e ansiedade nos alunos do ensino superior: comparação com um estudo do curso de radiologia*. Provas Públicas, Instituto Politécnico de Castelo Branco - Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias, Portugal.

Pereira, L. (2010). *Solidão e depressão no idoso institucionalizado: a intervenção da animação sócio-cultural*. Dissertação de Mestrado em Ciências da Educação, Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, Chaves.

Pestana, M., & Gageiro, J. (2003). *Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS* (3ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.

Pinho, M., Custódio, O., & Makdisse, M. (2009). Incidência de depressão e fatores associados em idosos residentes na comunidade: revisão de literatura. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, 12(1), 123-140.

Pinquart, M., & Sorensen, S. (2001). Gender differences in self-concept and psychological well-being in old age: a meta-analysis. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 56(4), 195-213.

Pinto, J., & Curto, J. (2010). *Estatística para economia e gestão: Instrumentos de apoio à tomada de decisão* (2ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.

Pliner, P., Chaiken, S., & Flett, G. (1990). Gender differences in concern with body weight and physical appearance over the life span. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 16(2), 263-273.

Porcu, M., Scantamburlo, V., Albrecht, N., Silva, S., Vallim, F., Araújo, C., ... Faiola, R. (2002). Estudo comparativo sobre a prevalência de sintomas depressivos em idosos hospitalizados, institucionalizados e residentes na comunidade. *Acta Scientiarum*, 24(3), 713-717.

PORDATA. (2014a). *Indicadores de envelhecimento segundo os Censos em Portugal*. Recuperado a 31 de Outubro de 2014, a partir de <http://www.pordata.pt/Portugal/Indicadores+de+envelhecimento+segundo+os+Censos-525>

PORDATA. (2014b). *Indicadores de envelhecimento*. Recuperado a 31 de Outubro de 2014, a partir de <http://www.pordata.pt/Portugal/Ambiente+de+Consulta/Gr%c3%a1fico>

Portal da Saúde. (2011). *Prevenção de Maus-Tratos aos Idosos*. Recuperado a 26 de Maio de 2014, a partir de <http://www.minsaude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/noticias/arquivo/2011/6/maus-tratos+idosos.htm>

Portal da Saúde. (2013). *Relatório de monitorização de implementação das experiências piloto da rede nacional de cuidados continuados*. Recuperado a 3 de Dezembro de 2013, a partir de

<http://www.portaldasauade.pt/NR/rdonlyres/72345CDC-111A-45D2-B6DE-4817396E8187/0/RelatorioFinal270707.pdf>

Portal da Saúde. (2014a). *História do Serviço Nacional de Saúde*. Recuperado a 20 de Outubro de 2014, a partir de <http://www.portaldasauade.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/servico+nacional+de+saude/historia+do+sns/historiadosns.htm>

Portal da Saúde. (2014b). *Lei de bases da saúde*. Recuperado a 20 de Outubro de 2014, a partir de <http://www.portaldasauade.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/politica+da+saude/enquadramento+legal/leibasessaude.htm>

Portal da Saúde. (2014c). *Missão e atribuições do Ministério da Saúde*. Recuperado a 20 de Outubro de 2014, a partir de <http://www.portaldasauade.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/ministerio/missao/missao+atribuicoes.htm>

Potter, P., & Perry, A. (2006). *Fundamentos de enfermagem - Conceitos e procedimentos* (5ª ed.). Loures: Lusociência.

Presto, B., & Damázio, L. (2009). *Fisioterapia respiratória* (4ª ed.). São Paulo: Elsevier Editora.

Putman-Casdorph, H., & McCrone, S. (2009). Chronic obstructive pulmonary disease, anxiety, and depression: State of the science. *Heart & Lung, 38*, 34–47.

Quivy, R., & Campenhoudt, L. (1998). *Manual de investigação em ciências sociais* (2ª ed.). Lisboa: Grávida - Publicações.

Ramos, F. (2011). *Os Agressores de Pessoas Idosas*. Dissertação de Mestrado em Educação para a Saúde, Universidade do Porto - Faculdade de Medicina, Porto.

Rede de Cuidados Continuados. (2005). *Relatório final da fase I de diagnóstico da situação atual*. Recuperado a 17 de Dezembro de 2013, a partir de <http://www.governo.gov.pt>

Reitzes, D., & Mutran, E. (1994). Multiples roles and identities: factors influencing self-esteem among middle-aged working men and women. *Social Psychology Quarterly, 57*(4), 313-325.

Ribeiro, J., Silva, I., Ferreira, T., Martins, A., Meneses, R., & Baltar, M. (2007). Validation study of a portuguese version of the hospital anxiety and depression scale. *Psychology, Health & Medicine, 12*(2), 225 – 237.

Rodrigues, M. (2011). *Auto-estima e qualidade de vida nas mulheres idosas institucionalizadas*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, Universidade Católica Portuguesa - Faculdade de Filosofia de Braga, Portugal.

Rodrigues, T., Moreira, M., Rodrigues, I., Leão, C., Matins, R., Machado, G., ... Pereira, J. (2014). Apresentação e Resultados Preliminares do Projeto: Envelhecimento e Saúde em Portugal. Políticas e Práticas. In *Workshop: Envelhecimento e Saúde em Portugal. Políticas e Práticas*. Castelo Branco: Escola Superior de Educação.

Romano, A., Negreiros, J., & Martins, T. (2007). Contributos para a validação da escala de auto-Estima de rosenberg numa amostra de adolescentes da região interior norte do país. *Psicologia, Saúde & Doenças, 8*(1), 109-116.

Rosa, M. J. (2012). *O envelhecimento da sociedade portuguesa*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.

Rosa, M. J., Seabra, H., & Santos, T. (2003). *Contributos dos «emigrantes» na demografia portuguesa* (1ª ed.). Lisboa: ACIME.

Rose, C., Wallace, L., Dickson, R., Ayres, J., Lehman, R., Searle, Y., & Burge, P. (2002). The most effective psychologically-based treatments to reduce anxiety and panic in patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD): a systematic review. *Patient Education and Counseling*, 47, 311-318.

Rosenberg, M. (1965). *Society and The adolescent self-image*. Princeton: Princeton University Press.

Ruipérez, I., & Llorente, P. (1998). *Geriatría*. Brasil: McGrawHill.

Santos, J. (2006). *Auto-percepções, auto-estima, ansiedade físico-social e imagem corporal*. Monografia de Licenciatura em Ciências do Desporto e Educação Física, Universidade de Coimbra - Faculdade de Ciências do Desporto e Educação Física, Coimbra.

Santos, P. (2008). Validação da rosenberg self-esteem scale numa amostra de estudantes do ensino superior. In *XIII Conferência Internacional Avaliação Psicológica: Formas e Contextos*. Braga: Psiquilíbrios Edições.

Santos, P., & Maia, J. (2003). Análise factorial confirmatória e validação preliminar de uma versão portuguesa da escala de auto-estima de rosenberg. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 2, 253-268.

Secretaria Especial dos Direitos Humanos. (2005). Plano de Ação para Enfrentamento da Violência contra a Pessoa Idosa. *Presidência da República - Subsecretaria de Direitos Humanos*, 8-23.

Serrão, J. (1982). *A emigração portuguesa: sondagem histórica* (4ª ed.). Lisboa: Livros Horizonte.

Silva, F. (2013). *O futuro do estado social*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.

Silva, L., & Dias, H. (2009). *Ajudar as Pessoas Idosas a Viver de forma mais Saudável*. Universidade Lusófona do Porto - Psicopedagogia Clínica: Intervenção Psicopedagógica na População Idosa, Porto.

Silva, S. (2009). *Qualidade de vida e bem-estar psicológico em idosos*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, Universidade Fernando Pessoa - Faculdade de Ciências Humana e Sociais, Porto.

Spiegel, M. (2000). *Estatística*. Amadora: MacGraw-Hill.

Squire, A. (2005). *Saúde e bem-estar para pessoas idosas: Fundamentos básicos para a prática*. Loures: Lusociência.

Stefani, D., & Feijóo, N. (1988). Actitudes hacia la Vejez y Nivel Socioeconómico. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 20(2), 207-216.

Stella, F., Gobbi, S., Corazza, D., & Costa, J. (2002). Depressão no idoso: diagnóstico, tratamento e benefícios da atividade física. *Revista da Universidade Estadual Paulista - Brasil*, 8(3), 91-98.

Stoilkova, A., Janssen, D., Franssen, F., Spruit, M., & Wouters, E. (2013). Coping styles in patients with COPD before and after pulmonary rehabilitation. *Respiratory Medicine*, 107, 825-833.

Straat, J., Ark, L., & Sijtsma, K. (2013). Methodological artifacts in dimensionality assessment of the hospital anxiety and depression scale (HADS). *Journal of Psychosomatic Research*, 74, 116-121.

Swagerty, D., Takahashi, P., & Evans, J. (1999). Elder Mistreatment. *American Family Physician*, 59(10), 2804-2808.

Vaz, D. (2008). A Covilhã vista pelos covilhanenses: representações e práticas sobre uma urbanidade em transformação. *Forum Sociológico*, 18, 89-101.

Vergueiro, M., & Lima, M. (2010). O Ageism e os Maus-Tratos Contra a Pessoa Idosa. *Psicologica*, 52(2), 185-208.

- Vink, D., Aartsen, M., & Schoevers, R. (2008). Risk factors for anxiety and depression in the elderly: a review. *Journal of Affective Disorders, 106*, 29–44.
- Vitoreli, E., Pessini, S., & Silva, M. (2005). A auto-estima de idosos e as doenças crônico-degenerativas. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano, 102*-114.
- Vogele, C., & Leupoldt, A. (2008). Mental disorders in chronic obstructive pulmonary disease (COPD). *Respiratory Medicine, 102*, 764–773.
- Volkert, J., Schulz, H., Härter, M., Włodarczyk, O., & Andreas, S. (2013). The prevalence of mental disorders in older people in western countries – a meta-analysis. *Ageing Research Reviews, 12*, 339–353.
- Wagner, M. (1998). Medindo a ocorrência da doença: prevalência ou incidência? *Jornal de Pediatria, 74*, 157-162.
- Westaway, M., & Wolmarans, L. (1992). Depression and self-esteem: Rapid screening for depression in black, low literacy, hospitalized tuberculosis patients. *Social Science & Medicine, 35*(10), 1311-1315.
- Wetherell, J., Maser, J., & Van Balkom, A. (2005). Anxiety disorders in the elderly: Outdated beliefs and a research agenda. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 111*, 401-402.
- White, P., Quint, J., Baghai-Ravary, R., Donaldson, G., & Wedzicha, J. (2008). Depression is worse in COPD patients who are frequent exacerbators, and at the time of COPD exacerbations: Cause or effect? *Respiratory Medicine, 4*, 132 – 135.
- White, R., Rudkin, S., Ashley, J., Stevens, V., Burrows, S., Pounsford, J., ... Ambler, N. (1997). Outpatient pulmonary rehabilitation in severe chronic obstructive pulmonary disease. *Journal R Coll Physicians Lond, 31*(5), 541-545.
- Wilkins, R., Stoller, J., & Kacmarek, R. (2009). *Egan - Fundamentos da terapia respiratória* (9ª ed.). São Paulo - Brasil: Elsevier Editora.
- Wuthrich, V., & Rapee, R. (2013). Randomised controlled trial of group cognitive behavioural therapy for comorbid anxiety and depression in older adults. *Behaviour Research and Therapy, 51*, 779-786.
- Xavier, F., Ferraz, M., Trenti, C., Argimon, I., Bertolucci, P., Poyares, D., & Moriguchi, E. (2001). Transtorno de ansiedade generalizada em idosos com oitenta anos ou mais. *Rev Saúde Pública, 35*(3), 294-302.
- Xu, W., Collet, J., Shapiro, S., Lin, Y., Yang, T., Platt, R., ... Bourbeau, J. (2008). Independent effect of depression and anxiety on chronic obstructive pulmonary disease exacerbations and hospitalizations. *Am J Respir Crit Care Med, 9*(178), 913-920.
- Zhang, M., Roger, B., Psych, M., Cheung, M., Mak, A., & Fu, E. (2011). Prevalence of depressive symptoms in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a systematic review, meta-analysis and meta-regression. *General Hospital Psychiatry, 33*, 217–223.
- Zigmond, A., & Snaith, R. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand, 67*, 361-370.



## Anexos



## **Anexo I**

### **Instrumentos de recolha dos dados: Questionário individual**



## Questionário sociodemográfico

### Questionário Individual

Data: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_

Questionário N° \_\_\_\_\_

### Parte I

#### Dados Sócio-Demográficos

1. **Género:** <sub>1</sub> Feminino <sub>2</sub> Masculino

2. **Idade:** \_\_\_\_\_ anos

3. **Residência (Localidade):** \_\_\_\_\_

4. **Com quem Vive:** <sub>1</sub> Acompanhado/a <sub>2</sub> Sozinho/a

5. **Situação Profissional:**

<sub>1</sub> Trabalhador/a <sub>2</sub> Desempregado/a <sub>3</sub> Reformado/a

6. **Estado Civil:**

<sub>1</sub> Solteiro/a <sub>2</sub> Casado/a <sub>3</sub> União de Facto <sub>4</sub> Divorciado/a <sub>5</sub> Viúvo/a

7. **Nível de Ensino Frequentado:**

<sub>1</sub> Nenhum

<sub>2</sub> Ensino Primário

<sub>3</sub> Ensino Secundário

<sub>4</sub> Ensino Superior

8. **Tipos de Redes de Suporte Social:**

<sub>1</sub> Nenhum

<sub>2</sub> Informal (Família, Amigos, Vizinhos, etc.). Qual(ais)? \_\_\_\_\_

<sub>3</sub> Formal (Hospital, Centro de Dia, Lar, etc.). Qual(ais)? \_\_\_\_\_

<sub>4</sub> Informal e Formal. Qual(ais)? \_\_\_\_\_

## Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão: HADS

### Parte II

#### HADS: Escala de Ansiedade e Depressão

Este questionário está concebido de modo a saber como você se sente. Desconsidere os números impressos no final das perguntas. Leia todas as frases e **assinale com “X”** a resposta que corresponde melhor ao que tem sentido **na ÚLTIMA SEMANA**.

**Não demore muito tempo a pensar nas respostas:** a sua reação imediata a cada frase será provavelmente mais exata do que uma resposta muito refletida.

<b>1. Sinto-me tenso ou contraído:</b>			
<input type="checkbox"/> A maior parte do Tempo [3]	<input type="checkbox"/> Muitas Vezes[2]	<input type="checkbox"/> De vez em quando, ocasionalmente[1]	<input type="checkbox"/> Nunca [0]
<b>2. Ainda tenho prazer nas mesmas coisas que anteriormente:</b>			
<input type="checkbox"/> Tanto como antes [0]	<input type="checkbox"/> Não tanto [1]	<input type="checkbox"/> Só um pouco [2]	<input type="checkbox"/> Quase nada [3]
<b>3. Tenho uma sensação de medo como se algo de mau estivesse para acontecer:</b>			
<input type="checkbox"/> Nitidamente e muito forte [3]	<input type="checkbox"/> Sim, mas não muito forte[2]	<input type="checkbox"/> Um pouco, mas não me incomoda [1]	<input type="checkbox"/> De modo algum[0]
<b>4. Sou capaz de rir e de me divertir com as coisas engraçadas:</b>			
<input type="checkbox"/> Tanto como habitualmente [0]	<input type="checkbox"/> Não tanto como antes [1]	<input type="checkbox"/> Nitidamente menos agora [2]	<input type="checkbox"/> Nunca[3]
<b>5. Tenho a cabeça cheia de preocupações:</b>			
<input type="checkbox"/> A maior parte do Tempo [3]	<input type="checkbox"/> Muitas Vezes[2]	<input type="checkbox"/> De vez em quando[1]	<input type="checkbox"/> Raramente [0]
<b>6. Sinto-me bem disposto:</b>			
<input type="checkbox"/> Nunca[3]	<input type="checkbox"/> Poucas vezes [2]	<input type="checkbox"/> Bastantes vezes[1]	<input type="checkbox"/> Quase sempre [0]

<b>7. Sou capaz de me sentar à vontade e sentir-me relaxado:</b>			
<input type="checkbox"/> Sempre[0]	<input type="checkbox"/> Habitualmente[1]	<input type="checkbox"/> Algumas vezes[2]	<input type="checkbox"/> Nunca[3]
<b>8. Sinto-me parado:</b>			
<input type="checkbox"/> Quase sempre [3]	<input type="checkbox"/> Com muita frequência[2]	<input type="checkbox"/> Algumas vezes[1]	<input type="checkbox"/> Nunca[0]
<b>9. Fico tão assustado que até sinto um aperto no estômago:</b>			
<input type="checkbox"/> Nunca[0]	<input type="checkbox"/> De vez em quando[1]	<input type="checkbox"/> Muitas Vezes[2]	<input type="checkbox"/> Quase sempre [3]
<b>10. Perdi o interesse em cuidar do meu aspeto:</b>			
<input type="checkbox"/> Com certeza[3]	<input type="checkbox"/> Não tenho tanto cuidado como devia [2]	<input type="checkbox"/> Talvez não tanto como antes[1]	<input type="checkbox"/> Tanto como habitualmente[0]
<b>11. Sinto-me impaciente e não consigo estar parado:</b>			
<input type="checkbox"/> Muito[3]	<input type="checkbox"/> Bastante[2]	<input type="checkbox"/> Um pouco[1]	<input type="checkbox"/> Nada[0]
<b>12. Penso com prazer no que tenho que fazer:</b>			
<input type="checkbox"/> Tanto como habitualmente[0]	<input type="checkbox"/> Menos que anteriormente[1]	<input type="checkbox"/> Bastante menos que anteriormente[2]	<input type="checkbox"/> Quase nunca[3]
<b>13. De repente, tenho sensações de pânico:</b>			
<input type="checkbox"/> Com grande frequência[3]	<input type="checkbox"/> Bastantes vezes[2]	<input type="checkbox"/> Algumas vezes[1]	<input type="checkbox"/> Nunca[0]
<b>14. Sinto-me capaz de apreciar um bom livro ou programa de rádio ou de televisão:</b>			
<input type="checkbox"/> Frequentemente[0]	<input type="checkbox"/> Algumas vezes[1]	<input type="checkbox"/> Poucas vezes[2]	<input type="checkbox"/> Muito raramente[3]

## Escala de Autoestima de Rosenberg: RSES

### RSES: Escala de Autoestima de Rosenberg

Para cada item faça uma cruz que corresponde à concepção de valor que tem por si próprio(a):

<b>1. Sinto que sou uma pessoa de valor, pelo menos num plano de igualdade com os outros:</b>			
<input type="checkbox"/> Concordo Completamente	<input type="checkbox"/> Concordo	<input type="checkbox"/> Discordo	<input type="checkbox"/> Discordo Completamente
<b>2. Sinto que tenho um bom número de qualidades:</b>			
<input type="checkbox"/> Concordo Completamente	<input type="checkbox"/> Concordo	<input type="checkbox"/> Discordo	<input type="checkbox"/> Discordo Completamente
<b>3. Em termos gerais estou inclinado(a) a sentir que sou um(a) falhado(a):</b>			
<input type="checkbox"/> Concordo Completamente	<input type="checkbox"/> Concordo	<input type="checkbox"/> Discordo	<input type="checkbox"/> Discordo Completamente
<b>4. Estou apto(a) para fazer coisas tão bem como a maioria das pessoas:</b>			
<input type="checkbox"/> Concordo Completamente	<input type="checkbox"/> Concordo	<input type="checkbox"/> Discordo	<input type="checkbox"/> Discordo Completamente
<b>5. Sinto que não tenho muito de que me orgulhar:</b>			
<input type="checkbox"/> Concordo Completamente	<input type="checkbox"/> Concordo	<input type="checkbox"/> Discordo	<input type="checkbox"/> Discordo Completamente
<b>6. Eu tomo uma atitude positiva perante mim mesmo(a):</b>			
<input type="checkbox"/> Concordo Completamente	<input type="checkbox"/> Concordo	<input type="checkbox"/> Discordo	<input type="checkbox"/> Discordo Completamente

<b>7. No geral, estou satisfeito(a) comigo mesmo(a):</b>			
<input type="checkbox"/> Concordo Completamente	<input type="checkbox"/> Concordo	<input type="checkbox"/> Discordo	<input type="checkbox"/> Discordo Completamente
<b>8. Gostava de ter mais respeito por mim mesmo (a):</b>			
<input type="checkbox"/> Concordo Completamente	<input type="checkbox"/> Concordo	<input type="checkbox"/> Discordo	<input type="checkbox"/> Discordo Completamente
<b>9. Sinto-me por vezes inútil:</b>			
<input type="checkbox"/> Concordo Completamente	<input type="checkbox"/> Concordo	<input type="checkbox"/> Discordo	<input type="checkbox"/> Discordo Completamente
<b>10. Por vezes penso que não sou nada bom(a):</b>			
<input type="checkbox"/> Concordo Completamente	<input type="checkbox"/> Concordo	<input type="checkbox"/> Discordo	<input type="checkbox"/> Discordo Completamente

BEM-HAJA PELA SUA COLABORAÇÃO



## **Anexo II**

### **Formulário utilizado para obtenção da autorização da RSES**



## FORMULÁRIO

### Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES)\*

Paulo Jorge Santos, Versão Portuguesa da *Rosenberg Self-Esteem Scale* (Rosenberg, 1965)

#### 1. Identificação do Estudo/Projecto

Avaliação do Nível de Ansiedade, Depressão e Autoestima dos idosos com patologia respiratória, seguidos no serviço de fisioterapia do Centro Hospitalar Cova da Beira – Hospital Pêro da Covilhã

#### 2. Identificação do Investigador Responsável

[para alunos] Orientador/supervisor de projecto/tese

**Nome:** Bruno Miguel Carvalho Monteiro

Orientadora: Professora Doutora Ana Paula Belo, ESALD - IPCB

**Morada:** 1ª Transversal à Rua Nª Sª do Refúgio, nº6, 3º esq

**E-mail:** bruno\_c\_monteiro@hotmail.com ou fisioterapeuta.brunomonteiro@gmail.com

#### 3. Identificação dos elementos da equipa do projecto

**Nome:**

**E-mail:**

#### 4. Objectivos do Projecto

- Conhecer o nível de ansiedade, depressão e autoestima dos idosos com patologia respiratória, seguidos no CHCB
- Comparar se existem diferenças no score da escala de ansiedade, depressão e autoestima, entre os idosos do meio rural e urbano

#### 5. Dados Metodológicos

##### 5.1. Tipo de população

Idosos com patologia respiratória, seguidos pela fisioterapia cardio-respiratória

##### 5.2. Tamanho da amostra

60-80 idosos

##### 5.3. Bateria de avaliação (outros instrumentos)

Questionário Sociodemográfico

Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão – HADS e a Escala de Autoestima de Rosenberg

\* Enviar por e-mail: pjsosantos@sapo.pt



## **Anexo III**

### **Apresentação do estudo no gabinete de investigação e inovação do CHCB**







## **IMPRESSO**

### **Apresentação de projeto**

Código: CHCB.IMP.CINVEST.01

Edição: 6

Revisão: 0

#### **Objetivos:**

O objetivo deste estudo é conhecer os Níveis de Ansiedade, Depressão e Autoestima em Idosos com Patologia Respiratória seguidos pelo Serviço de Medicina Física e de Reabilitação do Centro Hospitalar Cova da Beira – Hospital Pêro da Covilhã.

**Metodologia:** É um estudo transversal, descritivo e correlacional, do tipo quantitativo, sendo a população deste estudo constituída por idosos (indivíduos com idade igual ou superior a 65 anos) com patologia respiratória seguidos pelo Serviço de Medicina Física e de Reabilitação do Centro Hospitalar Cova da Beira – Hospital Pêro da Covilhã durante o período da recolha de dados. Será realizado o preenchimento de um questionário, constituído por duas partes: uma primeira para descrever o perfil sociodemográfico e uma segunda onde será aplicado a Escala de Ansiedade e Depressão – HADS e a Escala de Autoestima de Rosenberg.

**Amostra / N.º de doentes envolvidos:** entre os 60-80 idosos com patologia respiratória.

#### **Identificação dos Profissionais do CHCB envolvidos**

Recursos necessários (Incluir todos os profissionais do CHCB envolvidos e detalhando, para cada um, o nome, o n.º mecanográfico, o Serviço e a carga horária dedicada ao projeto):

Fisioterapeuta Bruno Miguel Carvalho Monteiro, Nº Mecanográfico 3594

#### **Custos**

Estimativa de Custos: \_\_\_\_\_

Entidade(s) que suportam os custos: \_\_\_\_\_

## **Anexo IV**

### **Comprovativo da autorização do estudo pelo CHCB**



Centro Hospitalar Cova da Beira, E.P.E.  
 A/C Exmo. Senhor  
 Presidente do Conselho de Administração do C.H.C.B., E.P.E.  
 Quinta do Alvito  
 6200 – 251 Covilhã

Covilhã, 30 de Julho de 2014

ENVIADO A  
 G. Inês  
 Inês  
 23 SET 2014

Centro Hospitalar Cova da Beira	
Presente em reunião de C.A.	
Env. 23/07/14	
Despacho	<i>[assinatura]</i>
Presidente do C.A.	Prof. Doutor Miguel Castelo Branco
Vogal do C.A.	Prof.ª Dra. Anabela Almeida
Vogal do C.A.	Técnica Superior Brígida Suzena
Directora Clínica	Dra. Rosa Maria Ballesteros
Enfermeiro Director	Enf.º António João Rodrigues

**Título do Estudo:** "Avaliação do Nível de Ansiedade, Depressão e Autoestima dos Idosos com Patologia Respiratória seguidos no Serviço de Medicina Física e de Reabilitação do Centro Hospitalar Cova da Beira, E.P.E."

**Assunto:** Pedido a realização de Estudo

Exmo. Senhor, Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar Cova da Beira, E.P.E.

Venho por este meio requerer a V. Exa. autorização para a realização do estudo referido em epígrafe.

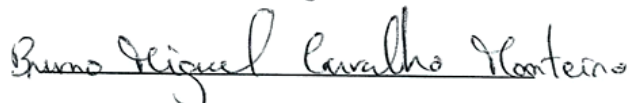
No sentido de facilitar a avaliação por V. Exas., abaixo apresento um resumo dos aspetos mais relevantes:

<b>Nome do Investigador</b>	Bruno Miguel Carvalho Monteiro
<b>Instituição de Origem</b>	Escola Superior de Educação de Castelo Branco
<b>Serviços do CHCB que participam no estudo</b>	Serviço de Medicina Física e de Reabilitação
<b>Objetivos</b>	Conhecer os Níveis de Ansiedade, Depressão e Autoestima em Idosos com Patologia Respiratória, seguidos pelo Serviço de Medicina Física e de Reabilitação do Centro Hospitalar Cova da Beira – Hospital Pêro da Covilhã.
<b>Metodologia</b>	É um estudo transversal e descritivo, onde será realizado o preenchimento de um questionário, constituído por duas partes: uma primeira para descrever o perfil sociodemográfico e uma segunda onde será aplicado a Escala de Ansiedade e Depressão – HADS e a Escala de Autoestima de Rosenberg.

<b>População do Estudo</b>	Idosos (indivíduos com idade igual ou superior a 65 anos) com patologia respiratória seguidos pelo Serviço de Medicina Física e de Reabilitação do Centro Hospitalar Cova da Beira – Hospital Pêro da Covilhã durante o período da recolha de dados.
<b>Informação de Segurança</b>	O Investigador notificará espontaneamente todos os acontecimentos adversos
<b>N.º de Participantes</b>	De 60 a 80
<b>Duração prevista do estudo</b>	De 01/09/2014 a 31/10/2014

O investigador compromete-se a iniciar o estudo apenas após ter obtido todos os pareceres e autorizações necessárias.

Com os melhores cumprimentos,  
O investigador



## **Anexo V**

### **Pedido de autorização do estudo aos vários responsáveis do CHCB**



## Carta dirigida ao Presidente do Conselho de Administração do CHCB

Centro Hospitalar Cova da Beira, E.P.E.  
A/C Exmo. Senhor  
Presidente do Conselho de Administração do C.H.C.B., E.P.E.  
Quinta do Alvito  
6200 – 251 Covilhã

Covilhã, 30 de Julho de 2014

**Título do Estudo:** “Avaliação do Nível de Ansiedade, Depressão e Autoestima dos Idosos com Patologia Respiratória seguidos no Serviço de Medicina Física e de Reabilitação do Centro Hospitalar Cova da Beira, E.P.E.”

**Assunto:** Pedido a realização de Estudo

Exmo. Senhor, Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar Cova da Beira, E.P.E.

Venho por este meio requerer a V. Exa. autorização para a realização do estudo referido em epígrafe.

No sentido de facilitar a avaliação por V. Exas., abaixo apresento um resumo dos aspetos mais relevantes:

<b>Nome do Investigador</b>	Bruno Miguel Carvalho Monteiro
<b>Instituição de Origem</b>	Escola Superior de Educação de Castelo Branco
<b>Serviços do CHCB que participam no estudo</b>	Serviço de Medicina Física e de Reabilitação
<b>Objetivos</b>	Conhecer os Níveis de Ansiedade, Depressão e Autoestima em Idosos com Patologia Respiratória, seguidos pelo Serviço de Medicina Física e de Reabilitação do Centro Hospitalar Cova da Beira – Hospital Pêro da Covilhã.
<b>Metodologia</b>	É um estudo transversal, descritivo e correlacional, do tipo quantitativo, onde será realizado o preenchimento de um questionário, constituído por duas partes: uma primeira para descrever o perfil sociodemográfico e uma segunda onde será aplicado a Escala de Ansiedade e Depressão – HADS e a Escala

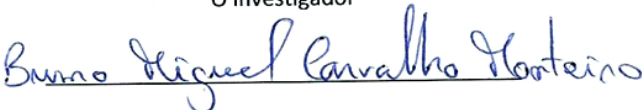
de Autoestima de Rosenberg.

<b>População do Estudo</b>	Idosos (indivíduos com idade igual ou superior a 65 anos) com patologia respiratória seguidos pelo Serviço de Medicina Física e de Reabilitação do Centro Hospitalar Cova da Beira – Hospital Pêro da Covilhã durante o período da recolha de dados.
<b>Informação de Segurança</b>	O Investigador notificará espontaneamente todos os acontecimentos adversos
<b>N.º de Participantes</b>	De 60 a 80
<b>Duração prevista do estudo</b>	De Outubro a Dezembro de 2014

O investigador compromete-se a iniciar o estudo apenas após ter obtido todos os pareceres e autorizações necessárias.

Com os melhores cumprimentos,

O investigador



Bruno Miguel Carvalho Monteiro

## Carta dirigida ao Diretor do Serviço de Medicina Física e Reabilitação

Centro Hospitalar Cova da Beira, E.P.E.  
A/C Exmo. Senhor  
Diretor do Serviço de Medicina Física e de Reabilitação  
Quinta do Alvito  
6200 – 251 Covilhã

Covilhã, 30 de Julho de 2014

**Título do Estudo:** “Avaliação do Nível de Ansiedade, Depressão e Autoestima dos Idosos com Patologia Respiratória seguidos no Serviço de Medicina Física e de Reabilitação do Centro Hospitalar Cova da Beira, E.P.E.”

**Assunto:** Pedido a realização de Estudo

Exmo. Senhor, Diretor do Serviço de Medicina Física e de Reabilitação do Centro Hospitalar Cova da Beira, E.P.E.

Venho por este meio requerer a V. Exa. autorização para a realização do estudo referido em epígrafe.

No sentido de facilitar a avaliação por V. Exas., abaixo apresento um resumo dos aspetos mais relevantes:


<b>Nome do Investigador</b>	Bruno Miguel Carvalho Monteiro
<b>Instituição de Origem</b>	Escola Superior de Educação de Castelo Branco
<b>Serviços do CHCB que participam no estudo</b>	Serviço de Medicina Física e de Reabilitação
<b>Objetivos</b>	Conhecer os Níveis de Ansiedade, Depressão e Autoestima em Idosos com Patologia Respiratória, seguidos pelo Serviço de Medicina Física e de Reabilitação do Centro Hospitalar Cova da Beira – Hospital Pêro da Covilhã.
<b>Metodologia</b>	É um estudo transversal, descritivo e correlacional, do tipo quantitativo, onde será realizado o preenchimento de um questionário, constituído por duas partes: uma primeira para descrever o perfil sociodemográfico e uma segunda onde será aplicado a Escala de Ansiedade e Depressão – HADS e a Escala

de Autoestima de Rosenberg.

<b>População do Estudo</b>	Idosos (indivíduos com idade igual ou superior a 65 anos) com patologia respiratória seguidos pelo Serviço de Medicina Física e de Reabilitação do Centro Hospitalar Cova da Beira – Hospital Pêro da Covilhã durante o período da recolha de dados.
<b>Informação de Segurança</b>	O Investigador notificará espontaneamente todos os acontecimentos adversos
<b>N.º de Participantes</b>	De 60 a 80
<b>Duração prevista do estudo</b>	De Outubro a Dezembro de 2014

O investigador compromete-se a iniciar o estudo apenas após ter obtido todos os pareceres e autorizações necessárias.

Com os melhores cumprimentos,  
O investigador



## Carta dirigida ao Presidente da Comissão de Ética do CHCB

Centro Hospitalar Cova da Beira, E.P.E.  
A/C Exmo. Senhor  
Presidente do CES do C.H.C.B., E.P.E.  
Quinta do Alvito  
6200 – 251 Covilhã

Covilhã, 30 de Julho de 2014

**Título do Estudo:** “Avaliação do Nível de Ansiedade, Depressão e Autoestima dos Idosos com Patologia Respiratória seguidos no Serviço de Medicina Física e de Reabilitação do Centro Hospitalar Cova da Beira, E.P.E.”

**Assunto:** Pedido a realização de Estudo

Exmo. Senhor, Presidente do CES do Centro Hospitalar Cova da Beira, E.P.E.

Venho por este meio requerer a V. Exa. autorização para a realização do estudo referido em epígrafe.

No sentido de facilitar a avaliação por V. Exas., abaixo apresento um resumo dos aspetos mais relevantes:

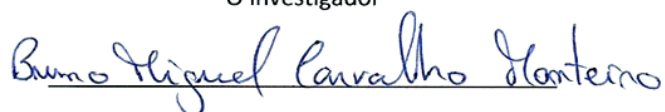
<b>Nome do Investigador</b>	Bruno Miguel Carvalho Monteiro
<b>Instituição de Origem</b>	Escola Superior de Educação de Castelo Branco
<b>Serviços do CHCB que participam no estudo</b>	Serviço de Medicina Física e de Reabilitação
<b>Objetivos</b>	Conhecer os Níveis de Ansiedade, Depressão e Autoestima em Idosos com Patologia Respiratória, seguidos pelo Serviço de Medicina Física e de Reabilitação do Centro Hospitalar Cova da Beira – Hospital Pêro da Covilhã.
<b>Metodologia</b>	É um estudo transversal, descritivo e correlacional, do tipo quantitativo, onde será realizado o preenchimento de um questionário, constituído por duas partes: uma primeira para descrever o perfil sociodemográfico e uma segunda onde será aplicado a Escala de Ansiedade e Depressão – HADS e a Escala de Autoestima de Rosenberg.

<b>População do Estudo</b>	Idosos (indivíduos com idade igual ou superior a 65 anos) com patologia respiratória seguidos pelo Serviço de Medicina Física e de Reabilitação do Centro Hospitalar Cova da Beira – Hospital Pêro da Covilhã durante o período da recolha de dados.
<b>Informação de Segurança</b>	O Investigador notificará espontaneamente todos os acontecimentos adversos
<b>N.º de Participantes</b>	De 60 a 80
<b>Duração prevista do estudo</b>	De Outubro a Dezembro de 2014

O investigador compromete-se a iniciar o estudo apenas após ter obtido todos os pareceres e autorizações necessárias.

Com os melhores cumprimentos,

O investigador



## **Anexo VI**

### **Termo de consentimento livre e informado**





Centro  
Hospitalar  
Cova da Beira  
Covilhã/Fundão

**IMPRESSO**

**Consentimento Livre e Informado**

Código: CHCB.IMP.CINVEST.18

Edição: 1

Revisão: 0

Bruno Miguel Carvalho Monteiro, Fisioterapeuta no Serviço de Medicina Física e de Reabilitação do CHCB,EPE, no Mestrado de Gerontologia Social na Escola Superior de Educação de Castelo Branco, a realizar um trabalho de investigação subordinado ao tema “Avaliação do Nível de Ansiedade, Depressão e Autoestima dos Idosos com Patologia Respiratória, seguidos no Serviço de Medicina Física e de Reabilitação do CHCB, EPE”, vem solicitar a sua colaboração neste estudo. Informo que a sua participação é voluntária, podendo desistir a qualquer momento sem que por isso venha a ser prejudicado nos cuidados de saúde prestados pelo CHCB, EPE; informo ainda que a sua privacidade será respeitada, todos os dados recolhidos serão confidenciais e não serão fornecidas quaisquer compensações.

Objetivo do trabalho de investigação: Conhecer os Níveis de Ansiedade, Depressão e Autoestima em Idosos com Patologia Respiratória, seguidos pelo Serviço de Medicina Física e de Reabilitação do Centro Hospitalar Cova da Beira – Hospital Pêro da Covilhã.

Critérios de inclusão:

- Idosos seguidos pelo Serviço de Medicina Física e de Reabilitação do Centro Hospitalar Cova da Beira;
- Idade superior ou igual a 65 anos;
- Entrega da carta de Consentimento Informado.

Critérios de exclusão:

- Idade inferior a 64 anos;
- Alterações do Estado de Consciência;
- Incapacidade de comunicar por défice cognitivo;



## IMPRESSO

### Consentimento Livre e Informado

Código: CHCB.IMP.CINVEST.18

Edição: 1

Revisão: 0

#### Procedimentos necessários:

Este estudo tem como orientador a Professora Doutora Ana Paula Rodrigues Belo, da Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias de Castelo Branco, sendo um estudo transversal descritivo, onde é realizado o preenchimento de um questionário, constituído por duas partes: uma primeira para descrever o perfil sociodemográfico e uma segunda onde é aplicado a Escala de Ansiedade e Depressão – HADS e a Escala de Autoestima de Rosenberg. O Local do estudo será no Serviço de Medicina Física e de Reabilitação do CHCB, EPE, sendo apenas abordado uma vez o participante, com um tempo estimado entre os 10 a 15 minutos.

Risco / Benefício da sua participação: Sem riscos e benefícios

Duração da participação no estudo: De 14/10/2014 a 31/12/2014

Nº aproximado de participantes: entre os 60 e os 80

Contatos para esclarecimento de dúvidas: 965877085

#### Consentimento Informado – Aluno / Investigador

Ao assinar esta página está a confirmar o seguinte:

- \* Entregou esta informação;
- \* Explicou o propósito deste trabalho;
- \* Explicou e respondeu a todas as questões e dúvidas apresentadas pelo participante ou representante legal.

\_\_\_\_\_  
Nome do Aluno / Investigador (Legível)

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Aluno / Investigador

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Data



**IMPRESSO**

**Consentimento Livre e Informado**

Código: CHCB.IMP.CINVEST.18

Edição: 1

Revisão: 0

Consentimento Informado – Participante

Ao assinar esta página está a confirmar o seguinte:

- \* O Sr. (a) leu e compreendeu todas as informações desta informação, e teve tempo para as ponderar;
- \* Todas as suas questões foram respondidas satisfatoriamente;
- \* Se não percebeu qualquer das palavras, solicitou ao aluno/investigador uma explicação, tendo este esclarecido todas as dúvidas;
- \* O Sr. (a) recebeu uma cópia desta informação, para a manter consigo.

\_\_\_\_\_  
Nome do Participante (Legível)

\_\_\_\_\_  
Representante Legal

\_\_\_\_\_  
(Assinatura do Participante ou Representante Legal)

\_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Data