

Fatores de Proteção e Risco na funcionalidade em adultos e idosos com deficiência

Factors of Protection and Risk in functionality in adults and elderly disabilities

Maria Andreia da Nóbrega Marques, Felipe Augusto Cunha, Makilim Nunes Baptista
Universidade São Francisco, USF. Programa de Pós-Graduação em Psicologia.
Waldemar César da Silveira, 105.VI. Cura D'Ars (SWIFT),
Campinas - São Paulo, CEP 13045-510 Brasil.
mandreiamarques@yahoo.com.br, felp.cunha@gmail.com, makilim01@gmail.com

Resumo: O objetivo do presente estudo foi avaliar a associação da funcionalidade de adultos e idosos com fatores de risco e proteção (depressão, suporte familiar, religiosidade, motivos para viver e qualidade de vida). Este estudo foi de natureza transversal e realizado em uma amostra de 140 pacientes com deficiência física ou auditiva, atendidos em um centro de reabilitação. Foram utilizados os instrumentos Miniexame do Estado Mental, Questionário de Informações Pessoais e Clínicas, Escala Baptista de Depressão (Versão Hospital/Ambulatório), Inventário de Percepção de Suporte Familiar, Escala de Religiosidade da Duke, Escala de Ações de Autocuidado das Pessoas Idosas com Enfoque nas Atividades da Vida Diária (Básicas, Instrumentais e Avançadas), Escala de Motivos para Viver e Escala de Qualidade de Vida de Pessoa Idosa de Vitor. Em relação às análises de dados, foram realizados o teste *t* de Student, Correlação de Pearson e análise de regressão linear com método de reamostragem. Como principais resultados, a depressão e a qualidade de vida insatisfatória foram evidenciadas como fatores de risco capazes de prever de forma significativa a funcionalidade. Também foram identificados a percepção de suporte familiar, religiosidade e motivos para viver como fatores de proteção capazes de ajudar na adaptação às respostas pessoais e favorecer atividades da vida diária. Esses resultados revelam a importância desses fatores na funcionalidade de pacientes, bem como no planejamento e acompanhamento da reabilitação de adultos e de idosos com deficiência.

Palavras-chave: Deficiência, Sintomas depressivos, Qualidade de vida

Abstract: The objective of the present study was to evaluate the association between the functionality of adults and elderly people with risk and protection factors (depression, family support, religiosity, reasons for living and quality of life). This cross-sectional study was carried out in a sample of 140 patients with physical or hearing impairment, attended at a rehabilitation center. Mental State Miniexame, Personal and Clinical Information Questionnaire, Baptist Depression Scale (Hospital / Ambulatory Version), Family Support Perception Inventory, Duke Religiosity Scale, Self-Care Action Scale for Elderly People with a Focus in the Activities of Daily Life (Basic, Instrumental and Advanced), Scale of Living Reasons and Vitor's Elderly Life Quality Scale. Data were analyzed using Student's *t*-test, Pearson's correlation and linear regression analysis with resampling method. As main results, depression and unsatisfactory quality of life were evidenced as risk factors capable of meaningfully predicting functionality. The perception of family support, religiosity and reasons to live as protective factors capable of helping to adapt to personal responses and favor activities of daily living were also

identified. These results reveal the importance of these factors in the functionality of patients, as well as in the planning and monitoring of the rehabilitation of adults and the elderly with disabilities.

Keywords: Disabled, Depressive Symptoms, Life Quality.

Introdução

A funcionalidade é concebida como uma interação dinâmica entre estado de saúde e fatores contextuais, que podem ser pessoais ou ambientais. Os aspectos pessoais englobam características que não são parte da condição de saúde principal, como sexo, idade, outros estados de saúde, estilo de vida, modos de enfrentar problemas, eventos vividos e outras características que podem influenciar a funcionalidade em qualquer nível. Já os ambientais envolvem o espaço que o indivíduo está inserido, podendo ser considerado um ambiente favorável ou não, interferindo diretamente na funcionalidade desse local. Os elementos contextuais, tanto os pessoais como os ambientais, podem ser facilitadores ou obstáculos à funcionalidade da pessoa (World Health Organization, 2004). A questão da funcionalidade tem notoriedade e, nos últimos anos, tem sido extremamente abordada na perspectiva da inclusão em seus vários contextos, como o das deficiências (Brasil, 2012, 2013a, 2013b, 2013c, 2015, 2016) e o do envelhecimento (Cardoso e Costa, 2010; Castaneda *et al.*, 2014; Medeiros *et al.*, 2017).

De acordo com a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) (WHO, 2004), as deficiências físicas estão relacionadas com funções ou estruturas do corpo, como um desvio importante ou uma perda. O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010), a partir do Censo Demográfico de 2010, aponta mais de 45 milhões de pessoas com pelo menos uma dessas condições, correspondendo a 23,9% da população brasileira. A região Nordeste continua concentrando os municípios com os maiores percentuais de indivíduos com algum tipo de deficiência, acima de 35%, com destaque aos que residem no Rio Grande do Norte, Piauí e Ceará. Considerando somente o Piauí, o estado possui aproximadamente 27,59% dos seus habitantes com algum tipo de deficiência

investigada (visual, auditiva, motora e intelectual), o que representa cerca de 860.000 pessoas.

Em relação à proporção de pessoas com deficiência segundo a idade, os dados censitários apontaram que 24,9% da população encontra-se entre 15 e 64 anos, e os sujeitos com idade igual ou superior a 65 anos (67,7%) atingiram mais da metade do público que apresenta algum tipo de deficiência física. Esse aumento de deficiências nos mais idosos foi relacionado às limitações do envelhecimento. Apesar de essas insuficiências ocorrerem em qualquer etapa da vida, é possível detectar um número mais elevado nos idosos (IBGE, 2010).

A partir da CIF (WHO, 2004), a abordagem das deficiências evoluiu do modelo médico, que considerava exclusivamente a patologia e o seu diagnóstico, para o sistema que enfatiza também os contextos ambientais e os fatores pessoais de quem tem o problema. No que tange ao citado aspecto, devem-se considerar os fatores pessoais, elementos subjetivos individuais, que refletem o modo como as experiências são vividas (Fontes *et al.*, 2010), incluindo as formas de reação diante dos eventos considerados estressores. Nesse contexto alguns eventos de vida estressores, como por exemplo o surgimento de algumas doenças incapacitantes geradas pelo avanço da idade nos idosos, são reconhecidas como ameaças no agravamento de alguns transtornos psicológicos, por exemplo, o surgimento de possíveis sintomas depressivos, podendo culminar futuramente em um Episódio Depressivo Maior (EDM) propriamente dito (Furlanetto e Brasil, 2006).

O EDM é definido pelo DSM-5 (Associação Psiquiátrica Americana[APA], 2014), por alguns critérios e sintomas específicos, tais como o humor deprimido e a falta de prazer e interesse em atividades que antes faziam sentido na vida do sujeito (anedonia); sentimento de vazio ou irritabilidade, acompanhado de alterações somáticas (alteração no sono e apetite) e cognitivas (pensamentos negativos e desesperança) que afetam significativamente a capacidade de funcionamento do

organismo. Dessa forma, pode-se considerar a sintomatologia depressiva como um obstáculo à funcionalidade.

No que se refere aos eventos estressores, condições médicas específicas têm sido apontadas como acontecimentos associados a depressão (Hammen, 2005; APA, 2014). Vários estudos tiveram como resultados a identificação de um número significativo de quadros depressivos em amostras constituídas por pacientes com doenças crônicas ou outras situações de agravos à saúde (Baptista *et al.*, 2008; Salomé, Blanes *et al.*, 2011; Dal-Bó *et al.*, 2013; Troncoso e Conterno, 2015). Outras condições crônicas, além das enfermidades, são consideradas eventos estressores e associadas à depressão, dentre as quais se têm as deficiências (Resende *et al.*, 2007). Uma deficiência física adquirida, por exemplo, ao provocar significativo comprometimento da capacidade funcional pode desencadear também respostas de estresse psicossocial de alto impacto (Vera e Araújo, 2011).

Existem diferenças individuais na avaliação do evento de estresse, podendo desencadear reação depressiva, representando vulnerabilidade cognitiva ou de personalidade (Hammen, 2005). Segundo Diehl (1999), os momentos que o indivíduo passa durante a sua vida podem ser avaliados como positivos ou negativos, assim, influenciando no seu modo de enfrentar determinadas situações do cotidiano. Nessa direção, existem fatores pessoais que se configuram como recursos para enfrentamento aos eventos estressores, como as perdas associadas às deficiências.

Os aspectos protetivos fortalecem as estratégias de enfrentamento da pessoa, constituindo-se em condições de suporte que ajudam a diminuir a probabilidade do indivíduo vivenciar eventos negativos, como é o caso da depressão. Motivos para viver têm sido apontados como importantes em situações que demandam processo de adaptação e são indicadores protetivos nos transtornos mentais, abuso de substâncias, comportamentos delinquentes e ideação suicida. Religiosidade, espiritualidade e suporte familiar também podem ser considerados importantes variáveis protetivas para auxiliar na manutenção do equilíbrio emocional no indivíduo (Gomes, 2015; Silva *et al.*, 2014).

A espiritualidade e a religiosidade podem proporcionar aumento do senso de propósito e do significado da vida, elementos que são relacionados à maior capacidade do ser humano em responder de forma positiva às demandas e às adversidades do cotidiano (Lawler e Younger, 2002). É conhecido o efeito positivo do fator espiritual e da religião sobre a saúde, com a mediação de mecanismos específicos. Um desses benefícios é o aumento de comportamentos preventivos e de estilos de vida mais saudáveis ou a inibição de atitudes prejudiciais ao bem-estar. Outro exemplo é o apoio social de pequenos grupos, que contribuem para as pessoas se sentirem amadas, cuidadas e valorizadas (Son e Wilson, 2011).

Outro aspecto importante que é considerado como um fator protetivo seria o suporte familiar. Esse suporte é definido a partir do grau em que as necessidades de apoio são satisfeitas pela família, o que pode ser manifestado por meio de ações que demonstrem afetividade, diálogo e autonomia entre seus membros. Tal aspecto exercido de maneira adequada permite à pessoa adquirir habilidades e autoconfiança necessárias para enfrentar os desafios (Cardoso e Baptista, 2015). De outra forma, conforme referem Teodoro *et al.* (2012), a família pode representar fonte de estresse, como em situações de conflitos, dificultando o enfrentamento de crises. Dessa maneira, a percepção que o sujeito tem do suporte familiar que recebe pode ser positiva ou não, podendo interferir diretamente na sua qualidade de vida.

Na população idosa, a qualidade de vida tem sido bastante estudada (Khoury e Sá-Neves, 2014; Barbosa *et al.*, 2015; Nogueira e Silva, 2015). Isso se deve, em parte, à ideia de que não basta uma existência longa, sendo fundamental a boa qualidade de vida. O envelhecimento saudável não é resultado apenas da ausência de doenças, mas também da manutenção das condições de autonomia e de funcionalidade, o que prediz um bom nível de bem-estar (OMS, 2005).

A pesquisa de Pinto (2018) teve como objetivo inicial avaliar a resiliência, qualidade de vida, depressão, ansiedade, religiosidade e capacidade física em 108 idosos, sendo metade da amostra com dor crônica e a outra sem dores. Os principais

construtos foram avaliados a partir da Escala de Depressão Geriátrica (GDS), o questionário de qualidade de vida (SF-36), a incapacidade funcional a partir da Medida da Incapacidade Funcional (MIF) e a religiosidade através do Questionário de Duke. Os resultados mostraram que mais de 35% dos participantes que sofriam dor apresentaram sintomatologia depressiva, seguidos de baixos índices de qualidade de vida, porém apresentaram uma percepção adequada de sua religiosidade. A autora ressaltou também que, ao passo que o paciente se queixava de um nível maior de dor, diretamente interferia na sua capacidade física, resultando em maior sintomatologia depressiva e piora na qualidade de vida.

Na avaliação da qualidade de vida de idosos, devem-se considerar os domínios físicos, psicológicos e sociais (Papuc e Stelmasiak, 2012). Há perdas e diminuição de capacidades próprias do envelhecimento que podem ser vividas como eventos estressantes, devido às limitações funcionais (Fortes e Neri, 2004; Neri e Fortes, 2006; Resende *et al.*, 2007). Ademais, estudos mostram que esses sujeitos, estando com doenças crônicas, sofrem deterioração da qualidade de vida como resultado das limitações e das incapacidades (Santos *et al.*, 2013).

Como mencionado no trabalho de Pinto (2018), além das variáveis pesquisadas em comum com este estudo (depressão, religiosidade e qualidade de vida), também é importante avaliar outros construtos, como por exemplo os motivos para viver e o suporte familiar. Assim, considerando a alta prevalência de deficiências entre adultos e idosos e a importância da avaliação de fatores pessoais de risco e protetivos à funcionalidade, este trabalho teve como objetivo geral avaliar a associação da funcionalidade de adultos e idosos entre os fatores de risco e proteção (depressão, suporte familiar, religiosidade, motivos para viver e qualidade de vida).

Método

Participantes

A amostra foi composta por 140 pessoas, entre adultos e idosos com deficiência física ou deficiência auditiva atendidos por um centro de reabilitação em

Teresina-PI, com variação de idade entre 19 e 88 anos ($m=51,03$; $DP=15,80$). A maior parte dos sujeitos foram do sexo masculino ($N=87$; 60,5%). Quanto ao estado civil, houve um equilíbrio, 71 (50,9%) relataram não ter parceiro e 69 (49,1%) tinham uma união amorosa estável. A fim de facilitar a compreensão, os dados sociodemográficos dos grupos serão dispostos na Tabela 1, que foram divididos em dois grupos distintos, um de adultos ($n=96$; 68,6%) e outro de idosos ($n=44$; 31,4%).

Tabela 1. Distribuição da amostra em relação às variáveis sociodemográficas e clínicas

Table 1. Sample distribution in relation to sociodemographic and clinical variables

Variáveis	Adultos		Idosos		Total	
	F	%	F	%	F	%
Sexo						
Feminino	33	34,4	20	45,5	53	37,9
Masculino	63	65,6	24	54,5	87	62,1
Situação conjugal						
Sem parceiro	51	53,1	20	45,5	71	50,7
Em união	45	46,9	24	54,5	69	49,3
Escolaridade						
Não alfabetizado	4	4,2	7	15,9	11	7,9
Baixa ou média escolaridade	81	84,3	35	79,6	116	82,9
Alta escolaridade	11	11,5	2	4,5	13	9,3
Ocupação						
Trabalhando	9	9,4	1	2,3	10	7,1
Não trabalhando	87	90,6	43	97,7	130	92,9
Com quem mora						
Só	1	1,0	7	15,9	8	5,7
Família nuclear	37	38,6	7	15,9	44	31,4
Família constituída	58	60,4	30	68,2	88	62,9
Quantos moram na residência						
Só	1	1,0	7	15,9	8	5,7
Duas ou três pessoas	38	39,6	20	45,5	57	40,7
Quatro ou mais pessoas	57	59,4	17	38,6	75	53,6
Diagnóstico						
Lesão encefálica	30	31,2	10	22,7	40	28,6
Lesão medular ou outras doenças neurológicas	64	66,7	29	65,9	93	66,4
Deficiência auditiva	2	2,1	5	11,4	7	5
Tempo de lesão ou diagnóstico						
Até 11 meses	8	8,3	4	9,1	12	8,6
De 1 ano até 1 ano e 11 meses	27	28,2	1	2,3	28	20,0
2 anos ou mais	61	63,5	39	88,6	100	71,4

O nível de escolaridade apresentou mais frequência com baixa ou média escolaridade (pessoas que não tinham ensino superior) e não estando trabalhando. E

a maioria morava com a família constituída, incluindo quatro ou mais pessoas. Quanto ao perfil clínico, a maior parte tinha lesão medular ou outro tipo de doença neurológica e tinha dois anos ou mais do trauma ou de diagnóstico.

Instrumentos

Questionário de Identificação: foi construído pelos pesquisadores e teve por objetivo obter informações pessoais e da situação clínica de cada participante. As variáveis pessoais investigadas foram: idade, sexo, estado civil, escolaridade, ocupação, com quem mora e quantas pessoas moram na residência. As características clínicas incluíram: diagnóstico e tempo de lesão ou diagnóstico.

Mini-Exame do Estado Mental (MEEM; Bertolucci *et al.*, 1994): é um instrumento que realiza um rastreio do funcionamento cognitivo, sendo que seu resultado foi utilizado como critério de inclusão de participantes deste estudo. Inclui 11 itens, divididos em duas seções. A primeira exige respostas verbais a questões de orientação, memória e atenção. A segunda exige leitura e escrita e avalia habilidades de nomear, de seguir comandos verbais e escritos, de escrever uma frase e de copiar um desenho. Foi utilizada uma versão traduzida e adaptada no Brasil do MEEM construído por Folstein e Folstein (1995), com pontos de corte sugestivos de déficit cognitivo para intervalos determinados com base na educação formal: para analfabetos, 13 pontos; para indivíduos com baixa ou média escolaridade, 18 pontos; e, para aqueles com alto nível de escolarização, 26 pontos (Bertolucci *et al.*, 1994).

Escala Baptista de Depressão (Versão Hospital/Ambulatório) (EBADEP-HOSP-AMB; Baptista, 2011): é uma escala de rastreamento de sintomatologia depressiva, direcionada a amostras ambulatoriais e hospitalares. É derivada dos descritores da Escala Baptista de Depressão (Versão Adulto) (EBADEP-A) (Baptista, 2012). É constituída por 43 frases, estruturadas em formato *Likert* de três pontos (0, 1 e 2), com pontuação mínima de zero e máxima de 86 pontos. É requisitado ao participante que ele escolha uma das alternativas “sim”, “às vezes” ou “não” como resposta a cada item. Para a interpretação, quanto menor for a pontuação, menor será

a sintomatologia em depressão. Segundo o estudo de Cremasco e Baptista (2017) o instrumento apresentou índices de fidedignidade (acima de 0,89) e com uma variância total explicada de 56%

Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF; Baptista, 2010): Avalia a percepção que o indivíduo tem do apoio que recebe do grupo familiar. É composto por 42 itens, divididos em três fatores: afetivo-consistente ($\alpha=0,91$) adaptação familiar ($\alpha=0,83$) autonomia familiar ($\alpha=0,80$). As questões são do tipo *Likert* de três pontos, nas quais o respondente assinala nunca (0), quase nunca (1) ou quase sempre (2). Quanto maior a pontuação, maior será a percepção adequada de suporte familiar.

Escala de Religiosidade da Duke (DUREL; Moreira-Almeida *et al.*, 2008): versão traduzida para o português de uma breve escala construída por Koenig *et al.* (1997) que avalia o elemento religioso. Possui cinco itens que captam três das dimensões de religiosidade que mais se relacionam com desfechos em saúde: organizacional, não organizacional e religiosidade intrínseca.

Escala de Ações de Autocuidado das Pessoas Idosas com Enfoque nas Atividades da Vida Diária (Básicas, Instrumentais e Avançadas (EABVD-EAIVD-EAAVD; Silva, 2015): é um instrumento que tem enfoque nas atividades da vida diária, que estão formadas por três grupos distintos: atividades básicas da vida diária (EABVD), atividades instrumentais da vida diária (EAIVD) e atividades avançadas da vida diária (EAAVD). Nas duas primeiras, as opções são: “ajuda total” (um ponto); “ajuda parcial” (dois pontos); “sem ajuda” (três pontos); e “não se aplica” (zero ponto). Para a EAAVD, adotaram-se as seguintes alternativas de respostas: “nunca fiz” (um ponto); “parei de fazer” (dois pontos); “faço” (três pontos), sendo informados os motivos da escolha de cada opção. Para os três índices, quanto maior a sua pontuação, melhor está a ação de autocuidado de cada atividade.

Escala de Motivos para Viver (EMVIVER; Gomes, 2015): instrumento construído e fundamentado na Psicologia Positiva. É composta de 29 itens, no formato *Likert* de três pontos, e pontuação mínima de zero e máxima de 87 pontos. As questões são

aglutinadas em três fatores que explicaram 27,8% da variância total: Relacionamentos Significativos ($\alpha=0,97$), Atração pela Vida ($\alpha=0,94$) e Virtudes ($\alpha=0,92$),

Escala de Qualidade de Vida de Pessoa Idosa de Vitor (EQVI VITOR; Silva e Baptista, 2016): é destinada a medir a qualidade de vida das pessoas idosas. Esta escala é formada por 48 itens e seis domínios: 1) Autonomia e Dimensão Psicológica; 2) Meio Ambiente; 3) Independência Física; 4) Família; 5) Saúde; e 6) Dimensão Social. Todas as questões assumem natureza positiva, com as seguintes opções de respostas: “muito insatisfeito” (um ponto); “insatisfeito” (dois pontos); “nem satisfeito nem insatisfeito” (três pontos); “satisfeito” (quatro pontos) e “muito satisfeito” (cinco pontos). A pontuação mínima é de 48 pontos e a máxima, de 240 pontos. Quanto mais próximo ao limite inferior, pior é a qualidade de vida.

Procedimentos

Após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade São Francisco (USF) (CAAE: 79433417.4.0000.5514), teve início a coleta de dados da investigação, entre janeiro e agosto de 2018, em um centro de reabilitação situado no Piauí. Ao candidato à participação do estudo e/ou ao seu responsável, foram fornecidas informações sobre a pesquisa, os seus objetivos e a utilização dos instrumentos. Após a assinatura do TCLE, houve a aplicação do MEEM, e, caso o adulto ou o idoso obtivesse a pontuação mínima exigida, realizava-se a aplicação dos demais instrumentos. Na situação de participante não alfabetizado ou possuindo dificuldade de leitura e/ou escrita, optou-se pela aplicação acompanhada. A coleta de dados foi realizada individualmente, em salas de espera da instituição, com tempo médio de duração de 50 minutos, e na seguinte sequência: Questionário de Informações Pessoais e Clínicas, Escala Baptista de Depressão (Versão Hospital/Ambulatório), Inventário de Percepção de Suporte Familiar, Escala de Religiosidade da Duke e Escala de Ações de Autocuidado das Pessoas Idosas com Enfoque nas Atividades da Vida Diária (Básicas, Instrumentais e Avançadas). Por

fim, foi aplicada a Escala de Motivos para Viver, com os adultos, e a Escala de Qualidade de Vida de Pessoa Idosa de Vitor, com os idosos.

Análise dos dados

Foi utilizada estatística descritiva para caracterizar o perfil sociodemográfico e clínico da amostra, em dois grupos distintos, adultos (de 18 até 59 anos e 11 meses) e idosos (a partir de 60 anos). Para analisar possíveis diferenças de média dos instrumentos usados entre grupos, foi utilizado testes paramétricos como o teste *t* de *Student*. Por fim, foram analisadas, separadamente, as correlações entre os fatores de risco e proteção utilizados pelo grupo de adultos e entre os utilizados pelo conjunto de idosos, utilizando-se o teste de correlação de Pearson. Para obtenção da relação entre as variáveis independentes e as atividades da vida diária, foi realizada a análise de regressão linear com método de reamostragem (*bootstrap*).

Resultados

Inicialmente foram realizadas análises estatísticas a partir da diferença de média das respostas dos participantes e das suas diferenças entre os grupos com todas as variáveis sociodemográficas e com os instrumentos utilizados. Apenas dois instrumentos apresentaram resultados significativos, sendo esses o IPSF ($t=-1,91[81]$; $p=0,000$) que indicou que as pessoas que estão em uma situação conjugal estável ($M=69,27$; $DP=9,25$) apresentaram maior suporte familiar que os solteiros ($M=64,26$; $DP=14,39$); em relação ao DUKE ($t=-1,83[94]$; $p=0,008$), os homens ($M=10,11$; $DP=4,45$) demonstraram ter menos elementos religiosos do que as mulheres ($M=8,89$; $DP=2,12$). Não foram descritas as demais análises de comparação de médias porque não deram resultados estatisticamente significativos.

Posteriormente, foram verificadas as correlações das características de ambos os grupos separadamente. A interpretação das magnitudes foi feita de acordo com Dancey e Reidy (2006) e serão expostas a seguir na Tabela 2 e 3.

Tabela 2. Escores de correlação de Pearson entre variáveis no grupo de pacientes adultos**Table 2.** Pearson correlation scores between variables in the adult patient group

	EBADEP-HOSP-AMB	EABVD	EAIVD	EAAVD	IPSF
EBADEP-HOSP-AMB	1	-0,26*	-0,28**	-0,30**	-0,46**
EABVD	-0,26*	1	0,66**	--	--
EAIVD	-0,28**	0,66**	1	0,30**	--
EAAVD	-0,30**	--	0,30**	1	0,28**
IPSF	-0,46**	--	--	0,28**	1

Nota. ** $p < 0,01$; * $p < 0,05$; -- sem correlação | Fatores da Escala de Ações de Autocuidado das Pessoas Idosas com Enfoque nas Atividades da Vida Diária: Atividade Básica da Vida Diária (EABVD), Atividades Instrumentais da Vida Diária (EAIVD), Atividades Avançadas da Vida Diária (EAAVD).

A partir dos resultados da Tabela 2, acerca do escore de correlação de Pearson entre variáveis no grupo de pacientes adultos, observa-se que os instrumentos apresentaram correlações negativas e positivas, variando entre magnitudes fracas e fortes ($r = -0,28$ a $r = 0,66$). Assim, a EBADEP-HOSP-AMB resultou em correlações negativas e fracas com todos os fatores das atividades da vida diária, e moderada com o IPSF. Considerando os fatores das atividades da vida diária, foram encontradas correlações somente entre atividade básica com atividades instrumentais, e essa com atividades avançadas. Sobre as correlações dos fatores das atividades da vida diária, apenas o EAAVD apresentou uma correlação positiva de magnitude fraca ($r = 0,28$) com o IPSF. Nesse grupo de pacientes, as demais correlações não foram relatadas por não serem estatisticamente significativas.

Tabela 3. Escores de correlação de Pearson entre variáveis no grupo de pacientes idosos**Table 3.** Pearson correlation scores between variables in the elderly patient group

	EBADEP-HOSP-AMB	EABVD	EAIVD	EAAVD	EQVI VITOR
EBADEP-HOSP-AMB	1	--	--	--	-0,46**
EABVD	--	1	0,66**	--	0,43**
EAIVD	--	0,66**	1	0,39**	--
EAAVD	--	--	0,39**	1	0,34*
EQVI VITOR	-0,46**	0,43**	--	0,34*	1

Nota. ** $p < 0,01$, * $p < 0,05$. -- sem correlação | Fatores da Escala de Ações de Autocuidado das Pessoas Idosas com Enfoque nas Atividades da Vida Diária: Atividade Básica da Vida Diária (EABVD), Atividades Instrumentais da Vida Diária (EAIVD), Atividades Avançadas da Vida Diária (EAAVD).

Já em relação aos idosos (Tabela 3) observa-se que os instrumentos apresentaram correlações negativas e positivas, variando entre magnitudes fracas e fortes ($r=-0,46$ a $r=0,66$). Foi identificada correlação negativa e moderada ($r=-0,46$) entre os instrumentos EBADEP-HOSP-AMB e EQVI-Vitor. Os fatores das atividades da vida diária, EABVD e EAAVD resultaram em valores positivos de magnitude moderada ($r=-0,34$ e $0,43$) em comparação com a EQI-Vitor.

Para as análises de regressão linear simples, a amostra foi dividida em dois segmentos: dos pacientes adultos e dos idosos. Em relação aos primeiros, foram realizadas três avaliações separadamente, com as variáveis dependentes “EABVD”, “EAIVD” e “EAAVD”. Nas três, as variáveis independentes foram “sintomas da depressão”, “percepção de suporte familiar”, “religiosidade” e “motivos para viver” (Tabela 4).

Tabela 4. Regressão linear simples entre variáveis independentes e atividades básicas, instrumentais e avançadas de pacientes adultos
Table 4. Simple linear regression between independent variables and basic, instrumental and advanced activities of adult patients

	EABVD		EAIVD		EAAVD	
	Beta	Sig.	Beta	Sig.	Beta	Sig.
Sintomas da depressão	-0,26	0,037	-0,26	0,034	-0,07	0,502
Percepção de suporte familiar	-0,08	0,465	-0,06	0,577	0,21	0,046
Religiosidade	0,05	0,620	-0,09	0,372	-0,32	0,001
Motivos de viver	0,12	0,283	0,13	0,233	0,26	0,008
R^2	0,094		0,115		0,298	
Média (Desvio Padrão)	59,86 (3,53)		46,52 (4,01)		80,04 (6,31)	

Nota: VI = variável independente | Fatores da Escala de Ações de Autocuidado das Pessoas Idosas com Enfoque nas Atividades da Vida Diária: Atividade Básica da Vida Diária (EABVD), Atividades Instrumentais da Vida Diária (EAIVD), Atividades Avançadas da Vida Diária (EAAVD).

Para a observação de regressão linear em relação à variável dependente EABVD dos adultos, os resultados da Tabela 4 informam que as variáveis independentes podem explicar 9,4% (R^2 0,094) da variação das atividades básicas da vida diária desses sujeitos. Na análise de variância, apenas “sintomas da depressão” predisseram EABVD. No que se refere à variável dependente EAIVD desses mesmos

indivíduos, as variáveis independentes podem informar que 11,5% (R^2 0,115) da variação das atividades instrumentais da vida diária desses pacientes, e novamente os sintomas da depressão foram expressivos no modelo. Por fim, em relação a EAAVD, essa variável independente explicou 29,8% (R^2 0,298) dos adultos avaliados. A análise apontou que há significância estatística nesse aspecto a partir de “religiosidade” ($p=0,001$), “motivos para viver” ($p=0,008$) e “percepção de suporte familiar” ($p=0,046$), nesta ordem de importância.

Quanto ao conjunto de idosos, também foram realizadas três testagens de regressão linear simples com as variáveis dependentes “EABVD”, “EAIVD” e “EAAVD”. As variáveis independentes nessas três análises foram “sintomas da depressão”, “percepção de suporte familiar”, “religiosidade” e “qualidade de vida” (Tabela 5).

Tabela 5. Regressão linear simples entre variáveis independentes e atividades básicas, instrumentais e avançadas de pacientes idosos

Table 5. Simple linear regression between independent variables and basic, instrumental and advanced activities of elderly patients

	EABVD		EAIVD		EAAVD	
	Beta	Sig.	Beta	Sig.	Beta	Sig.
Sintomas da depressão	0,05	0,758	-0,06	0,754	-0,03	0,867
Percepção de suporte familiar	-0,09	0,577	-0,16	0,386	0,04	0,827
Religiosidade	0,01	0,958	-0,17	0,321	-0,27	0,092
Qualidade de vida	0,47	0,007	0,20	0,269	0,26	0,121
R^2	0,191		0,079		0,188	
Média (Desvio Padrão)	59,81 (4,55)		45,65 (3,31)		78,00 (5,13)	

Nota: VI = variável independente | Fatores da Escala de Ações de Autocuidado das Pessoas Idosas com Enfoque nas Atividades da Vida Diária: Atividade Básica da Vida Diária (EABVD), Atividades Instrumentais da Vida Diária (EAIVD), Atividades Avançadas da Vida Diária (EAAVD).

Em relação ao grupo idoso, a Tabela 5 mostra para o modelo que foi calculado, que o R^2 apresentou um valor de 0,191, informando que as variáveis independentes podem explicar 19,1% da alteração das atividades básicas da vida diária desses pacientes. Na análise de variância, foi evidenciada que “qualidade de vida” tem significância (Beta 0,468). No que se refere às atividades instrumentais e às avançadas

da vida diária, nenhuma variável independente demonstrou significância estatística nesses sujeitos idosos.

Discussão

O presente estudo teve como proposta analisar fatores associados à funcionalidade de adultos e idosos com deficiência física. A capacidade funcional da amostra foi analisada a partir dos instrumentos EABVD-EAIVD-EAAVD, considerando as habilidades funcionais relatadas, o quanto a pessoa diz ser independente ou necessita de ajuda para a realização de suas Atividades Básicas da Vida Diária (ABVD), suas Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD) e suas Atividades Avançadas da Vida Diária (AAVD). Essas habilidades são comportamentos influenciados por fatores econômicos, educacionais e socioculturais, como, por exemplo, realizar o processo de higiene pessoal básica, produção inédita de um texto, a participação em reuniões de trabalho ou o aprendizado de uma língua estrangeira (Neri e Vieira, 2013).

Averiguando-se os sintomas da depressão, percepção de suporte familiar, religiosidade, motivos para viver e qualidade de vida, ABVD, AIVD e AAVD se diferenciam entre grupos das variáveis sociodemográficas e clínicas da amostra. Duas categorias foram evidenciadas a partir da análise, as quais são apresentadas a seguir: 1) união conjugal e percepção satisfatória de suporte familiar; 2) sexo e superioridade em experiências religiosas.

Há uma quantidade próxima entre os participantes sem parceiro e os com algum tipo de união. Contudo, foram significativas as diferenças de percepção de suporte familiar no que se refere à situação conjugal dos avaliados, com percepção mais satisfatória entre os casados ou com outro tipo de vínculo. Com uma amostra de idosos, o estudo de Vieira (2015) encontrou diferenças significativas entre essas duas variáveis, sendo a percepção mais satisfatória por casados, comparados com

solteiros, divorciados e viúvos, resultados que apontam correspondência às evidências desta pesquisa.

O construto Suporte Familiar adotado nesta pesquisa apresenta em seu modelo a dimensão “coesão”, definida como uma variação entre separação e conexão dos membros da família ou vínculo emocional que os integrantes possuem. Nessa perspectiva, não há uma relação direta entre tal variável e a estrutura da família (tipo de agrupamento), de modo que o adequado suporte familiar (carinho, empatia, afetividade, pertença, aceitação, apoio, comunicação etc.) pode advir de diversas estruturas (Baptista, 2005). Assim, os achados deste estudo e do de Vieira (2015) quanto à percepção do tratado aspecto mais satisfatória entre os sujeitos que têm algum tipo de união podem ser explicados a partir da ideia de que esses possuem vínculos representativos de uma boa e intensa coesão.

A análise de diferença de médias também evidenciou desigualdades na religiosidade em relação ao sexo dos participantes, com as mulheres possuindo mais experiências no âmbito da religiosidade. A relação entre esses aspectos religiosos e o sexo foi objeto de investigação de Noronha *et al.* (2017), em que homens e mulheres não se distinguiram quanto ao fator religioso. Com uma amostra de pacientes com deficiência e em reabilitação, no estudo realizado por Vera e Araújo (2011), a variável “sexo” não predeterminou diferença significativa no emprego das estratégias de enfrentamento estudadas, dentre as quais está a religiosidade, porém as mulheres apresentam mais facilidade em atribuir elementos da religiosidade para sua vida, por exemplo, frequentar mais templos religiosos e buscar mais apoio com divindades espirituais. Portanto Noronha *et al.* (2017), sugeriram que a religiosidade seja mais investigada empiricamente em relação ao sexo, pois, embora estudos sugiram diferenças nos padrões religiosos, porém faltam informações sobre o desenvolvimento e as principais influências da religião na variável “sexo”.

Na busca por identificar correlações entre as características estudadas no grupo de adultos e no de idosos com deficiência, cinco categorias foram constituídas, sendo discutidas a seguir: 1) correlação entre ABVD com AIVD, e AIVD com AAVD

de adultos e de idosos; 2) correlação entre ABVD e EAAVD, e qualidade de vida de idosos; 3) correlação entre sintomas da depressão e qualidade de vida em idosos; 4) correlação entre percepção de suporte familiar e sintomas depressivos em adultos; e por fim, correlação entre ABVD, AIVD e AAVD e sintomas depressivos em adultos e suporte familiar.

Foi evidenciada uma correlação positiva moderada entre ABVD com AIVD ($r=0,66$) e AIVD com AAVD ($r=0,39$) nos dois grupos. Ou seja, quanto mais necessitam de ajuda nas ABVD, mais precisam também nas AIVD e conseqüentemente na AAVD, por exigir certos domínios em atividades mais avançadas. Corroborando essa evidência, Ponte e Fedosse (2016) referem que as pessoas com sequelas permanentes (como é o caso dos participantes deste estudo) vivenciam restrições, pois existem limitadores tanto nas suas ABVD como nas AIVD e AAVD. Gold (2012) afirma que a educação inferior tem sido relacionada com um pior estado funcional em AIVD, o que pode explicar tais resultados, já que a maioria dos participantes têm baixa ou média escolaridade. Também assevera que a cognição é fundamental para a realização dessas atividades e que mesmo um leve comprometimento cognitivo pode interferir na independência nessas ações. Ressalta-se que os participantes possuíam capacidade em tal âmbito para inclusão nesta pesquisa. Contudo, infere-se que há a possibilidade de eles possuírem algum declínio cognitivo em nível muito leve, que é, porém, capaz de interferir nas AIVD, especialmente entre os idosos.

A capacidade funcional possibilita ao idoso cuidar de si mesmo e executar as atividades de vida cotidiana, mesmo com a presença de doenças e comorbidades (Cardoso e Costa, 2010), representando sua habilidade para conduzir a vida de maneira independente e autônoma (Veras, 2012) e prediz boa qualidade de vida (Freitas *et al.*, 2016). No contexto das deficiências, tal aspecto é apontado como um dos domínios determinantes da qualidade de vida (Rangel *et al.*, 2013). Em acordo com essa perspectiva, correlação positiva moderada ($r=0,43$) foi encontrada entre

ABVD e qualidade de vida nos idosos com deficiência da amostra, e correlação positiva fraca ($r=0,34$) entre AAVD e qualidade de vida também, o que sugere que, quanto mais independentes na realização dessas atividades, maior a qualidade de vida deles.

Considerando a evidência identificada nesta investigação de correlação positiva moderada entre ABVD, AIVD e AAVD da amostra, pode-se considerar que, nos idosos com deficiência, essa relação significativa entre qualidade de vida e ABVD ocorre também com as AIVD e AAVD. Assim, sugere-se também que, nos sujeitos com deficiência, quanto mais independentes na realização das AIVD, maior a sua qualidade de vida (Freitas *et al.*, 2016).

Neste estudo, foi identificada correlação negativa moderada ($r=-0,46$) entre sintomas da depressão e qualidade de vida em idosos com deficiência, ou seja, a qualidade de vida insatisfatória é capaz de se associar a sintomas da depressão e vice e versa. Resultados semelhantes foram encontrados por Rangel *et al.* (2013), que identificaram correlação moderada entre essas duas variáveis, quando avaliaram 139 pacientes adultos e idosos com deficiência e em reabilitação em um município de Alagoas. Nesses sujeitos, quando há presença de depressão e de dependência do cuidador para a realização das atividades diárias, ocorre significativa diminuição de todos os domínios da qualidade de vida.

No que se refere ao fator protetivo aos sintomas de depressão, entre os resultados dos adultos com deficiência deste estudo, a análise evidenciou correlação negativa entre percepção de suporte familiar e sintomas depressivos. O apoio da família pode ser pensado como agente de proteção diante do risco a doenças mentais e como agente amortecedor frente aos eventos estressantes (Souza e Baptista, 2008). A partir disso, é possível explicar os resultados deste trabalho, em que, quanto mais satisfatória a percepção de suporte familiar, menos a sintomatologia depressiva está presente, estando essa percepção satisfatória funcionando, então, como fator protetivo aos referidos sintomas.

Por fim, quando foram realizadas as correlações entre os sintomas depressivos e as principais atividades de vida diária (ABVD, AIVD e AAVD), foram encontrados resultados estatisticamente significativos somente no grupo de adultos. Assim, entende-se que quando o sujeito apresenta algum nível considerado de sintomatologia depressiva, o mesmo poderá sentir desânimo e dificuldade em focar sua atenção em atividades que antes servia como fontes de prazer (anedonia), atribuindo mais impedimentos no momento de elaborar e/ou executar suas atividades diárias, sendo essas básicas ou avançadas (Brito e Rabinovich, 2012)

Considerando os construtos que foram pertinentes para realizar as análises de regressões, sendo esses a percepção de suporte familiar, religiosidade, motivos para viver, qualidade de vida e sintomas da depressão na variação da funcionalidade de adultos e idosos com deficiência, três resultados foram encontrados: 1) percepção de suporte familiar, religiosidade e motivos para viver como facilitadores das AAVD de adultos; 2) sintomas da depressão interferindo às ABVD e às AIVD de adultos; 3) qualidade de vida insatisfatória como às ABVD de idosos. Em relação às AAVD não foram identificadas predições entre esse tipo de atividade funcional e as ABVD ou as AIVD. Também não foram identificadas predições entre AAVD e as demais variáveis estudadas (sintomas da depressão, percepção de suporte familiar, religiosidade, motivos para viver e qualidade de vida).

O desempenho de AAVD requer funcionamento cognitivo preservado e envolve decisões, metas, expectativas e preferências, influenciadas por fatores educacionais e socioculturais. Os aspectos centrais do desempenho dessas práticas não são a ausência de doenças e ótima funcionalidade física, mas, sim, os mecanismos de seleção, de otimização e de compensação adotados para lidar com as perdas e realizar um manejo eficaz do ambiente (Neri e Vieira, 2013). Isso explica os resultados das análises de regressão linear neste estudo, em que percepção de suporte familiar, religiosidade e motivos para viver foram identificados como capazes de variar à independência nas AAVD de adultos com deficiência, sugerindo

maior capacidade funcional nessas atividades quanto mais satisfatórios forem esses fatores.

Por outro lado, as análises de regressão apontaram que sintomas da depressão causam variação significativa nas ABVD e nas AIVD dos adultos com deficiência. De acordo com o DSM-5 (APA, 2014), a mudança em relação à funcionalidade é um dos critérios diagnósticos da depressão. Concordante com esse manual diagnóstico, Brito e Rabinovich (2012) referem que a depressão é apontada como fator determinante das incapacidades dos pacientes. Os autores acrescentam que tal distúrbio se associa ao pior prognóstico dos pacientes com deficiências, por comprometer de forma significativa a reabilitação motora e cognitiva. Quanto aos idosos, a partir das análises de regressão linear, não foi identificada significância dos sintomas depressivos na funcionalidade dos avaliados.

Como foi apresentado nas análises, a depressão e a qualidade de vida insatisfatória foram evidenciadas como fatores de risco capazes de alterar de forma relevante a funcionalidade. Entende-se também, que cada paciente reage de forma diferente diante de um trauma ou de um diagnóstico, porém existe uma associação entre eventos geradores de estresse e o início de um episódio depressivo (Furlanetto e Brasil, 2006; Mayberg *et al.*, 2006). Em se tratando de pacientes com lesão ou doença neurológica, perfil clínico da maior parte dos participantes desse estudo, há controvérsias na literatura quanto à relação entre manifestações depressivas e tempo decorrido desde a lesão ou diagnóstico.

De outra forma, também foram identificados fatores de proteção capazes de melhorar as respostas pessoais e favorecer atividades da vida diária. Cabe salientar que o impacto da deficiência deve ser compreendido a partir da dinâmica estabelecida entre cada pessoa e seu ambiente. Também seja importante ressaltar que o modo de enfrentamento da pessoa com deficiência em reabilitação é influenciado pela participação nesse programa, em que a meta é a promoção da autonomia e da independência (Vera e Araújo, 2011).

Considerações Finais

Os resultados do presente estudo evidenciaram relações importantes entre funcionalidade básica e instrumental com sintomas depressivos. Nesse sentido, pode-se inferir que a avaliação da sintomatologia depressiva de pacientes com deficiência é muito importante, pois é capaz de traduzir condições de risco relacionadas à qualidade de vida e obstáculos à funcionalidade. De outra forma, os resultados apontaram percepção de suporte familiar, motivos para viver e religiosidade como fatores capazes de facilitar o aspecto avançados dos sujeitos, o que pode ser preponderante para favorecer seus processos de inclusão social, educacional e laboral.

Dessa forma, os resultados revelam elementos importantes a serem considerados na avaliação para o planejamento e o acompanhamento da reabilitação de adultos e idosos com deficiência. A partir deste estudo, também foi possível conhecer o perfil predominante desses pacientes em reabilitação na capital piauiense. Não foi objetivo do estudo o acompanhamento longitudinal, o que poderia explicar se há alterações das variáveis estudadas quanto ao tempo de deficiência e ao longo do tempo do processo de reabilitação – isso pode ser apontado como uma sugestão referente a um futuro delineamento metodológico da pesquisa.

Referências

- ASSOCIAÇÃO PSIQUIÁTRICA AMERICANA [APA]. (2014). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5*. 5. ed. Porto Alegre, Artmed, 948 p.
- BAPTISTA, M. N. 2005. Desenvolvimento do Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF): estudos psicométricos preliminares. *Psico-USF*, **10**:11-19.
- BAPTISTA, M. N. 2010. Inventário de Percepção de Suporte Familiar – IPSF. *Manual Técnico*. São Paulo, SP, Vetor, 88 p.
- BAPTISTA, M. N. 2011. *Escala Baptista de Depressão – (Versão Ambulatório) – EBADEP-HOSP-AMB* (Relatório técnico).
- BAPTISTA, M. N. 2012. *Escala Baptista de Depressão: versão adulto*. São Paulo, SP, Vetor, 131 p.

- BAPTISTA, M. N.; VARGAS, J. F.; BAPTISTA, A. S. D. 2008. Depressão e qualidade de vida em uma amostra brasileira de obesos mórbidos. *Avaliação Psicológica*, **7**:235-247.
- BARBOSA, A. P.; TEIXEIRA, T. G.; ORLANDI, B.; OLIVEIRA, N. T. B. de; CONCONE, M. H. V. B. 2015. Nível de atividade física e qualidade de vida: um estudo comparativo entre idosos dos espaços rural e urbano. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, **18**:743-754.
- BERTOLUCCI, P. H. F.; BRUCKI, S. M. D.; CAMPACCI, S. R.; JULIANO, Y. (1994). O Mini-Exame do Estado Mental em uma população geral: impacto da escolaridade. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, **52**:01-07.
- BRASIL. 2012. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Diretrizes Brasileira de Atenção à Pessoa com Paralisia Cerebral*. Brasília, Ministério da Saúde.
- BRASIL. 2013a. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Diretrizes de atenção à pessoa amputada*. Brasília, Ministério da Saúde.
- BRASIL. 2013b. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Diretrizes de Atenção à Pessoa com Lesão Medular*. Brasília, Ministério da Saúde.
- BRASIL. 2013c. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Acidente Vascular Cerebral*. Brasília, Ministério da Saúde.
- BRASIL. 2015. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Traumatismo Cranioencefálico*. Brasília, Ministério da Saúde.
- BRASIL. 2016. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de ações Programáticas Estratégicas. *Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Síndrome Pós-Poliomielite e Co-morbidades*. Brasília, Ministério da Saúde.
- BRITO, E. S.; RABINOVICH, E. P. 2012. A família também adoeece!: mudanças secundárias à ocorrência de um acidente vascular encefálico na família. *Interface (Botucatu)*, **12**:783-94.
- CARDOSO, H. F.; BAPTISTA, M. N. 2015. Evidência de validade para a Escala de Percepção do Suporte Social (Versão Adulto) – EPSUS-A: um estudo correlacional. *Psicologia: Ciência e Profissão*, **35**:946-958.
- CARDOSO, J. H.; COSTA, J. S. D. C. 2010. Características epidemiológicas, capacidade funcional e fatores associados em idosos de um plano de saúde. *Ciências, Saúde e Coletividade*, **15**: 2871-78.
- CASTANEDA, L.; BERGMANN, A.; BAHIA, L. 2014. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde: uma revisão sistemática de estudos observacionais. *Revista Brasileira Epidemiológica*, **17**:437-451.
- DAL-BÓ, M. J.; MANOEL, A. L.; FILHO, A. O.; SILVA, B. Q.; CARDOSO, Y. S.; CORTEZ, J.; TRAMUJAS, L.; SILVA, R. M. 2013. Depressive Symptoms and Associated Factors among People Living with HIV/AIDS. *Journal of the*

- International Association of Providers of AIDS Care (JIAPAC)*, **14**:136–140.
- DIEHL, M. 1999. Self-development in adulthood and aging: The role of critical life events, *The self and society in aging process*. New York, Springer Publishing Company, 188 p.
- FONTES, A. P.; FERNANDES, A. A.; BOTELHO, M. A. 2010. Funcionalidade e incapacidade: aspectos conceituais, estruturais e de aplicação da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, **28**:171-178.
- FOLSTEIN, M. F.; FOLSTEIN, S. E.; MCHUGH, P. R. 1995. "Mini -Mental State": a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal Psychiatric Research*, **12**:189 -198.
- FORTES, A. C. G.; NERI, A. L. 2004. Eventos de Vida e Envelhecimento Humano. In A. L., Neri & M. S., Yassuda (Org.), *Velhice bem-sucedida: aspectos afetivos e cognitivos*, Campinas, Papirus, 233 p.
- FREITAS, C. V.; SARGES, E. S. N. F.; MOREIRA, K. E. C. S.; Carneiro, S. R. 2016. Evaluation of frailty, functional capacity and quality of life of the elderly in geriatric outpatient clinic of a university hospital. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, **19**:119-128.
- FURLANETTO, L. M.; BRASIL, M. A. 2006. Diagnosticando e tratando depressão no paciente com doença clínica. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, **55**:8-19.
- GOLD, D. A. 2012. An examination of instrumental activities of daily living assessment in older adults and mild cognitive impairment. *Journal of clinical and experimental neuropsychology*, **34**:11-34.
- GOMES, M. A. 2015. *Construção da Escala Motivos para Viver (EMVIVER)*. Tese de Doutorado. Itatiba, SP. Universidade São Francisco, 139 p.
- HAMMEN, C. 2005. Stress and depression. *Annual review of clinical psychology*, **1**: 293-315.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA [IBGE]. 2010. *Censo demográfico*. Rio de Janeiro.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA [IBGE]. 2018. *Projeção da População do Brasil e das Unidades da Federação*. Rio de Janeiro.
- KHOURY, H. T. T.; SÁ-NEVES, Â. C. 2014. Percepção de controle e qualidade de vida: comparação entre idosos institucionalizados e não institucionalizados. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, **17**:553-565.
- KOENIG, H.G.; MEADOR, K.; PARKERSON, G. 1997. Religion Index for Psychiatric Research: a 5-item Measure for Use in Health Outcome Studies. *American Journal Psychiatry*, **154**:885-886.
- LAWLER, K. A., YOUNGER, J. W. (2002). Theobiology: an analysis of spirituality, cardiovascular responses, stress, mood, and physical health. *Journal of Religion and Health*, **41**:347-62.

- LEMOS, V. A.; BAPTISTA, M. N.; CARNEIRO, A. M. 2011. Suporte familiar, crenças irracionais e sintomatologia depressiva em estudantes universitários. *Psicologia: Ciência e Profissão*, **31**:20-29.
- LOURENÇO, R. A.; VERAS, R. P. 2006. Mini-Exame do Estado Mental: características psicométricas em idosos ambulatoriais. *Revista de Saude Publica*, **40**:712-719.
- LOURENÇO, R. A.; VERAS, R. P.; RIBEIRO, P. C. C. 2008. Confiabilidade teste-reteste do Mini-Exame do Estado Mental em uma população idosa assistida em uma unidade ambulatorial de saúde. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, **11**:7-16.
- MAYBERG, H. S.; KEIGHTLEY, M.; MAHURIN, R. K.; BRANNAN, S. K. 2006. Aspectos neuropsiquiátricos dos transtornos afetivos e do humor. 4. ed. Porto Alegre, Artmed, 860 p.
- MEDEIROS, K. K. A. S.; PINTO JÚNIOR, E. P.; BOUSQUAT, A.; MEDINA, M. G. 2017. O desafio da integralidade no cuidado ao idoso, no âmbito da Atenção Primária à Saúde. *Saúde em Debate*, **41**:288-295.
- MOREIRA-ALMEIDA, A.; PERES, M. F.; LOTUFO NETO, F.; KOENIG, H.G. 2008. Versão em português da Escala de Religiosidade da Duke – DUREL. Portuguese version of Duke Religious Index – DUREL. *Revista de Psiquiatria Clínica*, **35**:31-32.
- NERI, A. L.; FORTES, A. C. G. 2006. A dinâmica do estresse e enfrentamento na velhice e sua expressão no prestar cuidados a idosos no contexto da família. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1880 p.
- NERI, A. L.; VIEIRA, L. A. M. 2013. Envolvimento social e suporte social percebido na velhice. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, **16**:419-432.
- NORONHA, A. P. P.; ROSA, P. A. C.; BERNARDES, L. F. A. 2017. Estudos psicométricos da Escala de Avaliação da Percepção da Religiosidade. *Avaliação Psicológica*, **16**:215-224.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE [OMS]. 2005. *Envelhecimento ativo: Uma política de saúde*. Brasília,
- PAPUC, E.; STELMASIAK, Z. 2012. Factors predicting quality of life in a group of Polish subjects with multiple sclerosis: Accounting for functional state, socio-demographic and clinical factors. *Clinical Neurology and Neurosurgery*, **114**:341–346.
- PINTO, M. C. M. 2018. *Resiliência, depressão, qualidade de vida, capacidade funcional e religiosidade em idosos com dor crônica*. São Paulo, SP. Tese de doutorado. Universidade de São Paulo -USP, 148 p.
- PONTE, A. S.; FEDOSSE, E. 2016. Lesão Encefálica Adquirida: impacto na atividade laboral de sujeitos em idade produtiva e de seus familiares. *Ciência & Saúde Coletiva*, **21**:3171-3182.
- RANGEL, E. S. S.; BELASCO, A. G. S.; DICCINI, S. 2013. Qualidade de vida de pacientes com acidente vascular cerebral em reabilitação. *Acta Paulista de Enfermagem*, **26**:205-212.

- RESENDE, M. C. de; CUNHA, C. P. B. da; SILVA, A. P.; SOUSA, S. J. de. 2007. Rede de relações e satisfação com a vida em pessoas com amputação de membros. *Ciências & Cognição*, **10**:164-177.
- SALOMÉ, G. M.; BLANES, L.; FERREIRA, L. M. 2011. Avaliação de sintomas depressivos em pessoas com diabetes *mellitus* e pé ulcerado. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*, **38**:327-333.
- SANTOS, S. C. dos; MELO, U. S.; LOPES, S. S. dos S.; WELLER, M.; KOK, F. 2013. A endogamia explicaria a elevada prevalência de deficiências em populações do Nordeste brasileiro?. *Ciência & Saúde Coletiva*, **18**:1141-1150.
- SILVA, J. V. 2015. *Escala de Ações de Autocuidado das Pessoas Idosas com Enfoque nas Atividades da Vida Diária (Básicas, Instrumentais e Avançadas (EABVD-EAIVD-EAAVD))*. Relatório técnico não-publicado. Universidade do Vale do Sapucaí (UNIVAS).
- SILVA, J. V.; BAPTISTA, M. N. 2016. Vitor Quality of Life Scale for the Elderly: evidence of validity and reliability. *SpringerPlus*, **5**:1450-1462.
- SON, J.; WILSON, J. 2011. Religiosity, Psychological Resources, and Physical Health. *Journal for the Scientific Study of Religion*, **50**:588-603.
- SOUZA, M. S.; BAPTISTA, M. N. 2008. Associações entre suporte familiar e saúde mental. *Psicologia Argumento*, **26**:207-215.
- TEODORO, M. L. M.; BAPTISTA, M. N., ANDRADE, A. A.; SOUZA, M. S. de; ALVES, G. 2012. *Família, depressão e terapia cognitiva*. Porto Alegre, Artmed, 239 p.
- TRONCOSO, F. T.; CONTERNO, L. O. 2015. Prevalence of neurocognitive disorders and depression in a Brazilian HIV population. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, **48**:390-398.
- VERA, R. S. 2012. *Resiliência, enfrentamento e qualidade de vida na reabilitação de indivíduos com lesão medular*. Brasília, DF. Tese de Doutorado. Universidade de Brasília, 197 p.
- VERAS, R. P. 2012. Prevenção de doenças em idosos: os equívocos dos atuais modelos. *Caderno de Saúde Pública*, **28**:1834-1840.
- VIEIRA, G. P. M. 2015. *Avaliação do Suporte Familiar em Idosos: estudos de evidências de validade*. Itatiba, SP. Dissertação de Mestrado. Universidade São Francisco.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION [WHO]. (2004). *International Classification of functioning, disability and health*. Geneva, World Health Organization, 84 p.

Recebido em: 26.11.2018

Aceito em: 18.07.2019