

# ANEXOS

**ANEXO I**

Autorização para efectuar recolha de dados





## A Depressão no Idoso

# Consentimento Informado

O presente questionário foi realizado pela Enfermeira Susana Drago, no âmbito do I Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde de Viseu, que se encontra a desenvolver um trabalho de investigação subordinado ao tema: **A Depressão no Idoso**.

Venho por este meio solicitar a sua colaboração para o preenchimento deste formulário.

Deve ter sempre presente que não existem respostas correctas, mas sim respostas honestas e genuínas.

É muito importante que leia atentamente as perguntas e **responda a todas as questões**.

Para efeitos legais é exigido, para o uso dos dados contidos neste formulário, que autorize por escrito a sua utilização. Peço portanto que o faça através de assinatura no espaço a seguir, destinado para o efeito.

Assinatura: \_\_\_\_\_

**Este formulário é anónimo e os dados recolhidos são confidenciais e apenas para fins de análise estatística.**

### **No final do preenchimento deve:**

1. Destacar o consentimento informado, devidamente assinado.
2. Colocar o formulário dentro do envelope disponibilizado e selá-lo.

O êxito deste estudo depende da sua valiosa colaboração e disponibilidade.

Os meus sinceros agradecimentos

Escola Superior de Saúde de Viseu

I Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Susana Margarida Mestre dos Santos Drago

# **Instrumento de Colheita de Dados**

Tema: A Depressão no Idoso

Viseu, Outubro 2010

**Grupo I – Caracterização Individual**

1. Género: Masculino  Feminino

2. Idade: \_\_\_\_\_ Anos

3. Estado Civil: Casado  Solteiro  Divorciado   
Viúvo  União de Facto  Outro  \_\_\_\_\_

4. Escolaridade: Analfabeto  Sabe ler e escrever  Instrução Primária   
Curso médio  Curso superior

5. Profissão antes da reforma?

---

6. Situação Económica (Mês):

< 200 €  200€ - 400€  401€ - 600€  601- 800€  > 800

7. Tipo de Reforma:

Limite de idade  Pensão social  Pensão do cônjuge  Invalidez

8. Sente-se Satisfeito com o valor da sua reforma?

Sim  Não

9. Local onde vive:

Habitação própria       Habitação alugada       Habitação cedida

Lar de idosos       Encontra-se em regime de Centro de dia

10. Se vive numa habitação, com quem vive:

Cônjuge / Companheiro/a       Filho/a       Irmão/a

Amigo/a       Sozinho/a       Outro  (quem?) \_\_\_\_\_

11. Possui alguma doença?

Sim       Não

Se Sim, qual(is)?

---

---

## Grupo II – Índice de Katz

Para cada área de funcionamento listada abaixo assinale a descrição que melhor se aplica. A palavra “assistência” significa supervisão, orientação ou auxílio pessoal.

|  |   |  |   |
|--|---|--|---|
| <p><b>Banho</b><br/>Banho no leito, banheira ou chuveiro</p>   | <p><input type="checkbox"/><br/>Não recebe assistência (entra e sai da banheira sozinho se essa é usualmente utilizada para banho)</p>  | <p><input type="checkbox"/><br/>Recebe assistência no banho somente para uma parte do corpo (como costas ou uma perna)</p>   | <p><input type="checkbox"/><br/>Recebe assistência no banho em mais de uma parte do corpo</p>   |
| <p><b>Vestir</b><br/>Tira a roupa do armário e veste, incluindo roupas íntimas, roupas externas e fechos e cintos (caso use)</p> | <p><input type="checkbox"/><br/>Pega nas roupas e veste-se completamente sem assistência</p>  | <p><input type="checkbox"/><br/>Pega nas roupas e veste-se sem assistência, excepto para atar os sapatos</p>   | <p><input type="checkbox"/><br/>Recebe assistência para chegar às roupas ou para vestir-se ou permanece parcial ou totalmente despido</p> |
| <p><b>Ir ao WC</b><br/>Dirige-se ao WC para urinar ou evacuar: faz sua higiene e veste-se após as eliminações</p>                | <p><input type="checkbox"/><br/>Vai ao WC, higieniza-se e veste-se após as eliminações sem assistência (pode utilizar objectos de apoio como bengala, andarilho, barras de apoio ou cadeira de rodas e pode utilizar arrastadeira ou urinol à noite esvaziando por si mesmo pela manhã)</p> | <p><input type="checkbox"/><br/>Recebe assistência para ir ao WC ou para higienizar-se ou para vestir-se após as eliminações ou para usar urinol ou arrastadeira à noite</p> | <p><input type="checkbox"/><br/>Não vai ao WC para urinar ou evacuar</p>  |
| <p><b>Transferência</b></p>  | <p><input type="checkbox"/><br/>Deita-se e levanta-se da cama ou da cadeira sem assistência (pode utilizar um objecto de apoio como bengala ou andarilho)</p>   | <p><input type="checkbox"/><br/>Deita-se e levanta-se da cama ou da cadeira com auxílio</p>  | <p><input type="checkbox"/><br/>Não sai da cama</p>   |
| <p><b>Controle de Esfíncteres</b></p>  | <p><input type="checkbox"/><br/>Tem controlo sobre as funções de urinar e evacuar</p>   | <p><input type="checkbox"/><br/>Tem “acidentes”* ocasionais<br/><br/>* acidentes = perdas urinárias ou fecais</p>  | <p><input type="checkbox"/><br/>Supervisão para controlar urina e fezes, utiliza cateterismo ou é incontinente</p>                        |

|                    |   |   |  |
|--------------------|---|---|--|
| <b>Alimentação</b> | <input type="checkbox"/><br>Alimenta-se sem assistência | <input type="checkbox"/><br>Alimenta-se se assistência, excepto para cortar carne ou passar manteiga no pão | <input type="checkbox"/><br>Recebe assistência para se alimentar ou é alimentado parcial ou totalmente por sonda nasogastrica ou por via parentérica |
|--------------------|---|---|--|

### Grupo III – Escala para Medida da Satisfação com a Vida

As próximas questões avaliam a sua satisfação em relação a aspectos específicos da sua vida. Assinale o ponto que melhor representa o seu grau de satisfação com cada um dos aspectos de acordo com a classificação abaixo:

| 1<br>Insatisfeito | 2<br>Pouco<br>satisfeito | 3<br>Mais ou<br>Menos<br>Satisfeito | 4<br>Muito<br>Satisfeito | 5<br>Muitíssimo<br>Satisfeito |
|-------------------|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|-------------------------------|
|-------------------|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|-------------------------------|

|  |   |   |   |   |   |
|--|---|---|---|---|---|
| 1. Minha saúde   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. Minha capacidade física   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. Minha saúde hoje, comparada com a de cinco anos atrás                           | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. Minha capacidade física hoje, comparada com a de cinco anos atrás               | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. Minha saúde comparada com a de outras pessoas da minha idade                    | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. Minha capacidade física comparada com a de outras pessoas da minha idade        | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. Minha capacidade mental hoje  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. Minha capacidade mental actual, comparada com a de cinco anos atrás             | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. Minha capacidade mental actual comparada com a de outras pessoas da minha idade | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. Meu envolvimento social hoje   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11. Meu envolvimento social actual em comparação com o de cinco anos atrás         | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12. Meu envolvimento social em comparação com o de outras pessoas da minha idade   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

### Grupo IV – Escala Geriátrica de Depressão – Yesavage

Responda **SIM** ou **NÃO** consoante o modo como se tem sentido ultimamente, em especial de há uma semana para cá:

|   | Resposta                   |                            |
|---|----------------------------|----------------------------|
|   | Sim                        | Não                        |
| 1. Está satisfeito com a sua vida actual?                               | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 |
| 2. Pôs de lado muitas das actividades e coisas que lhe interessavam?    | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 |
| 3. Sente que a sua vida está vazia?                                     | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 |
| 4. Anda muitas vezes aborrecido(a)?                                     | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 |
| 5. Encara o futuro com esperança?                                       | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 |
| 6. Tem pensamentos que o(a) incomodam e não consegue afastar?           | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 |
| 7. Sente-se animado(a) e com boa disposição a maior parte do tempo?     | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 |
| 8. Anda com medo de que lhe vá acontecer alguma coisa má?               | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 |
| 9. Sente-se feliz a maior parte do tempo?                               | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 |
| 10. Sente-se muitas vezes desamparado(a) e desprotegido(a)?             | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 |
| 11. Fica muitas vezes inquieto(a) e nervoso(a)?                         | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 |
| 12. Prefere ficar em casa, em vez de sair e fazer coisas novas?         | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 |
| 13. Anda muitas vezes preocupado(a) com o futuro?                       | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 |
| 14. Acha que tem mais dificuldades de memória do que as outras pessoas? | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 |
| 15. Sente-se muito contente por estar vivo(a) nesta altura?             | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 |
| 16. Sente-se muitas vezes desanimado(a) e abatido(a)?                   | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 |
| 17. Sente-se que agora está um tanto inútil?                            | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 |
| 18. Preocupa-se muito com o passado?                                    | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 |
| 19. Sente-se cheio de interesse pela vida?                              | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 |
| 20. Custa-lhe muito meter-se em novas actividades?                      | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 |
| 21. Sente-se cheio(a) de energia?                                       | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 |
| 22. Sente-se que para a sua situação não há qualquer esperança?         | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 |

23. Julga que a maior parte das pessoas passa bem melhor do que o(a) senhor (senhora)? 

|  |   |  |   |
|--|---|--|---|
|  | 1 |  | 0 |
|--|---|--|---|
24. Aflige-se muitas vezes por coisas sem grande importância? 

|  |   |  |   |
|--|---|--|---|
|  | 1 |  | 0 |
|--|---|--|---|
25. Dá-lhe muitas vezes vontade de chorar? 

|  |   |  |   |
|--|---|--|---|
|  | 1 |  | 0 |
|--|---|--|---|
26. Sente dificuldade em se concentrar? 

|  |   |  |   |
|--|---|--|---|
|  | 1 |  | 0 |
|--|---|--|---|
27. Gosta de se pôr de pé de manhã? 

|  |   |  |   |
|--|---|--|---|
|  | 0 |  | 1 |
|--|---|--|---|
28. Prefere evitar festas e reuniões de pessoas? 

|  |   |  |   |
|--|---|--|---|
|  | 1 |  | 0 |
|--|---|--|---|
29. É fácil para si tomar decisões? 

|  |   |  |   |
|--|---|--|---|
|  | 0 |  | 1 |
|--|---|--|---|
30. Acha que a sua cabeça funciona tão bem como antes? 

|  |   |  |   |
|--|---|--|---|
|  | 0 |  | 1 |
|--|---|--|---|