

1. INTRODUÇÃO

Envelhecer é um facto inevitável e irreversível. Envelhece-se dia após dia sem outra alternativa. Assim, preparar uma velhice serena e saudável em todos os pontos de vista deve ser uma preocupação dos indivíduos e da sociedade.

Portugal, à semelhança do que se passa na restante Europa apresenta uma estrutura etária cada vez mais envelhecida relacionada, de igual modo, com baixos níveis de fecundidade e mortalidade, acarretando o aumento significativo das pessoas idosas.

Nas últimas décadas tem sido muito discutido o envelhecimento da população a nível mundial. Estas considerações conduzem ao debate sobre as transições demográficas e epidemiológicas consideradas como aspectos importantes na abordagem do envelhecimento com doença crónica, incluindo a depressão e processos demenciais.

Portugal com mais de um milhão e meio de pessoas com 65 anos e mais, possui a cada momento mais de 60 mil pessoas portadoras de demência e de 100 mil com depressão, muitos destes casos mal diagnosticados e insuficientemente tratados.

Com muita frequência se encontram idosos a quem o diagnóstico de depressão não foi devidamente efectuado tendo sido “rotulados” de senis ou com uma personalidade de contacto difícil. Após a realização de um diagnóstico correcto e a instituição de terapêutica adequada, o idoso recupera a alegria de viver, ganha autonomia nas suas actividades de vida diária e a família redescobre uma pessoa que parecia ter desistido de viver, sem satisfação com a vida.

O envelhecimento saudável está intimamente relacionado com a capacidade do Homem em aprender a adaptar-se ao longo da vida a novas situações, mas só isto pode não ser suficiente. É necessário que sejam criadas condições reais em cada comunidade, no sentido de contribuir efectivamente para que cada idoso seja sujeito da sua própria vida. Por outras palavras, é essencial garantir aos idosos não só mais longevidade, mas também felicidade, qualidade de vida e satisfação pessoal, motivo que justificou a escolha da temática apresentada.

Neste sentido, o presente estudo tem como principal objectivo determinar os níveis de depressão no idoso bem como a influência dos aspectos sócio - demográficos, grau de satisfação com a vida e nível de independência nas actividades básicas de vida diária.

A elaboração deste trabalho teve por base a pesquisa bibliográfica publicada bem como trabalhos de investigação no âmbito da temática em estudo. Para se concretizar aplicou-se um formulário com três escalas já validadas e adaptadas à população portuguesa: uma para avaliação da depressão no idoso, outra para avaliação da sua satisfação com a vida e por fim uma para a determinação do nível de independência nas actividades básicas de vida diária.

Este trabalho encontra-se estruturado em três partes. A primeira parte está dividida em quatro capítulos. No primeiro capítulo são abordados os aspectos sócio - demográficos do envelhecimento. No segundo capítulo são abordados temas relacionados com a autonomia, independência e dependência no idoso. Já no terceiro capítulo é abordada a satisfação com a vida durante o envelhecimento, enquanto medida precisa da qualidade de vida percebida pelos idosos. E no quarto e último capítulo é a abordada a depressão no idoso, tema central deste estudo.

A segunda parte é constituída por um capítulo referente à metodologia, que inclui o tipo de estudo, questão de investigação e hipóteses, identificação de variáveis e sua operacionalização, população / amostra em estudo, método de recolha de dados e tratamento estatístico.

Por fim, na terceira parte são apresentados e discutidos os resultados, bem como as conclusões obtidas e dadas algumas sugestões.

1ª PARTE: FUNDAMENTAÇÃO TEORICA

2. ENVELHECIMENTO: ASPECTOS SÓCIO – DEMOGRÁFICOS

O envelhecimento crescente da população é uma realidade impossível de ignorar.

Considerado como um processo universal, complexo e contínuo ao longo da vida, o conceito de envelhecimento sofreu várias mutações ao longo dos tempos, evoluindo de acordo com as atitudes, crenças, cultura, conhecimentos e relações sociais de cada época.

Na opinião de Ermida (1999,p.43, cit. por Cabete, 2005), o envelhecimento trata-se de “um processo de diminuição orgânica e funcional não decorrente de acidente ou doença e que acontece inevitavelmente com o passar do tempo”. Isto significa que o envelhecimento não é uma doença, embora possa ser agravado ou acelerado por ela.

Já Paschoal (1996, cit. por Silva, 2009) define o envelhecimento a partir de um conjunto de condições biológicas, sociais, económicas, cognitivas, funcionais e cronológicas. Segundo este autor, biologicamente o envelhecimento inicia-se no momento em que se nasce; socialmente, a velhice varia de acordo com o momento histórico e cultural; intelectualmente, diz-se que alguém está a ficar velho, quando as suas capacidades cognitivas começam a falhar e começa a apresentar problemas de memória, atenção, orientação e concentração; economicamente, a pessoa entra na velhice quando se reforma e deixa de ser produtiva para a sociedade; funcionalmente, quando perde a sua independência e precisa de ajuda para desempenhar as suas actividades básicas de vida diária; finalmente, cronologicamente a pessoa é idosa quando faz 65 anos.

Sendo o envelhecimento demográfico um dos fenómenos mais relevantes do século XXI nas sociedades desenvolvidas e devido às suas implicações na esfera sócio - económica, este, torna-se problemática de interesse para a investigação científica.

Portugal, à semelhança dos outros países da Europa do Sul, acelerou recentemente o processo do envelhecimento, como resultado da baixa de fecundidade e do aumento da

longevidade. Segundo os dados do INE, observa-se uma superioridade numérica das pessoas idosas comparativamente aos jovens. O ritmo de crescimento da população idosa é quatro vezes superior ao da população jovem.

Ainda de acordo com o INE (2010), em Portugal, a proporção de pessoas com 65 ou mais anos duplicou nos últimos quarenta anos, passando de 8% em 1960, para 11% em 1981, 14% em 1991 e 16% em 2001. O índice de envelhecimento aumentou de cerca de 112 idosos por cada 100 jovens em 2006 e para cerca de 118 por cada 100 jovens em 2009. Segundo as projecções demográficas mais recentes, elaboradas pelo mesmo instituto, estima-se que esta proporção volte a duplicar nos próximos 50 anos, representando, em 2050, 32% do total da população, sendo o índice de envelhecimento de 242 idosos para cada 100 jovens.

Assim e como se observa, o envelhecimento é uma problemática de saúde pública, com implicações para o próprio individuo e para a sociedade.

Ao longo dos anos, várias foram as formas de encarar o envelhecimento. Há cerca de 50 anos atrás envelhecer não era um problema, encarava-se como um fenómeno natural, visto que, as pessoas que envelheciam não eram muitas e, a imagem que a sociedade tinha da população idosa era diferente daquela que se tem hoje. As pessoas idosas ocupavam papéis importantes na sociedade, usufruíam de grande poder económico e de grande respeito dentro do grupo social. Actualmente, o envelhecimento é encarado como um período distinto, que se caracteriza pelo declínio das forças físicas e possíveis alterações psíquicas, colocando os indivíduos numa obsolescência para o trabalho. Também a imagem que se tem da velhice é profundamente negativa, associa-se a problemas, doenças, incapacidade e dependência.

Por outro lado, segundo o Ministério da Saúde (1998, cit. por Cruz 2010) há que realçar que não é igual envelhecer no feminino ou no masculino, sozinho ou no seio da família, casado ou solteiro, viúvo ou divorciado, com filhos ou sem filhos, no meio urbano ou no meio rural, na faixa do mar ou na intelectualidade das profissões culturais, no seu país de origem ou no estrangeiro, activo ou inactivo.

De acordo com Costa (1999), outras problemáticas como as progressivas alterações sociais e as reformas vieram acarretar não só problemas sociais (rejeição, afastamento, internamento ...), como também problemas relacionados com a população inactiva. Tais

factos, trouxeram consequências para a imagem que a sociedade tem do idoso, como para a forma como vai sendo construída progressivamente a categoria social da velhice.

A sociedade moderna marginalizou “os velhos” dando prioridade a valores ligados à produtividade, rentabilidade, lucro, consumo excessivo, etc., face aos quais as pessoas com 65 anos e mais não estão em condições de competir, pois até são considerados “pouco produtivos”.

Nesta sociedade que revela valores lucrativos e rentáveis, os idosos são votados ao esquecimento e solidão e, conseqüentemente, à marginalização.

A reforma é então um sinal da atitude egoísta da actual sociedade face aos idosos, que são assim afastados do mercado de trabalho, o que faz com que muitos se sintam inúteis. Da mesma forma a reforma leva também a uma diminuição do poder económico o que tem como consequência a dependência do idoso relativamente aos seus familiares, que na maior parte dos casos são os seus filhos. O facto de ambos os elementos do casal trabalhar fora de casa, na maior parte dos casos, faz com que não haja muita disponibilidade para darem apoio aos idosos da família, principalmente a nível emocional.

Outros factos que contribuem para uma visão negativa do envelhecimento tornando os idosos mais vulneráveis são a dependência física e mental e a perda de autonomia.

A perda de força, o aparecimento de doenças, a dificuldade em estabelecer e manter um diálogo podem colocar o idoso numa situação de dependência e de solidão. Esta situação é agravada pelo facto de não possuir saúde para perpetuar as relações sociais fora do seu meio familiar e manter-se sem dificuldades financeiras. Da mesma forma, a dependência, que gera a necessidade de cuidados especiais e de auxílio para a realização das actividades de vida diária, pode fazer com que o idoso seja colocado de parte pelos familiares.

3. AUTONOMIA/ INDEPENDÊNCIA/ DEPENDÊNCIA NO IDOSO

Os idosos encontram-se numa situação muito particular de vida, que não é apenas inerente à idade que têm, mas também a todos os acontecimentos que foram ocorrendo ao longo da sua existência. A capacidade que o idoso tem de se manter independente é condicionada por uma série de factores: a constituição genética, os hábitos e estilos de vida, o meio ambiente, o contexto sócio - económico e cultural, ou ainda o facto de ter nascido numa sociedade mais ou menos desenvolvida e numa família com maior ou menor capacidade económica.

Loewentein e Rubert (1992) citados por Sousa (2008) referem que os indicadores críticos da possibilidade de vida independente são constituídos pela capacidade revelada em manter funções de cuidados pessoais (como vestir-se, lavar-se e cuidar de si) e actividades instrumentais que possam servir para a manutenção da vida diária (de estar orientado no tempo e no espaço, possibilidade de fazer compras, de telefonar ou de efectuar pagamentos).

Estes autores acrescentam ainda que os idosos saudáveis não têm dificuldades em realizar o tipo de actividades mencionadas desde que as tenham cumprido com êxito no seu passado. Só as não conseguem efectuar se tiverem graves limitações sensoriais, de saúde física ou mental.

No entanto e na opinião de Sousa, Figueiredo e Cerqueira (2004, p.48 cit. por Sousa 2008):

“ (...) é corrente associar velhice a dependência; (...) algumas pessoas mostram declínio no seu estado de saúde e nas competências cognitivas, precocemente, enquanto outras vivem saudáveis até os 80 anos e mesmo 90 anos. Na verdade qualquer declínio precoce reflecte patologia e não os efeitos da idade ou seja a dependência não é um elemento que caracteriza apenas esta fase da vida”

Também Sequeira (2010), refere que, a dependência surge como o resultado do aparecimento de um défice, que limita a actividade, em termos da funcionalidade da pessoa, em consequência de um processo patológico ou acidente.

Desta forma, torna-se importante distinguir autonomia, dependência e independência.

A autonomia pode ser definida como um estado de vontade que obedece apenas a regras que dela provêm. É o comportamento do indivíduo em relação a si mesmo, como autor das suas decisões, regras e escolhas.

Santos (2002, p.49) refere que a autonomia é o “comportamento do indivíduo em relação a si mesmo, como autor das suas próprias leis e do sistema de valores adoptado para gerir a sua conduta e presidir às suas atitudes”.

A autonomia é uma componente fundamental para o bem-estar do idoso, sendo entendida como a capacidade individual para a realização da vontade própria.

A perda de autonomia é exactamente o contrário, ou seja, a incapacidade e/ou interdição de uma pessoa escolher por si própria as regras da sua conduta, a orientação dos seus actos e os riscos que pode correr.

Ainda na opinião de Santos (2002), a perda de autonomia é um dos fenómenos que, sobretudo a nível psicológico, maior influência exerce na vida dos idosos e na qualidade da mesma.

Já independência e dependência são conceitos complexos e difíceis de operacionalizar. Sousa, Figueiredo e Cerqueira (2004, p.49 cit. por Sousa, 2008) entendem que a independência é definida como condição de quem recorre aos seus próprios meios para a satisfação das suas necessidades.

No que concerne ao conceito de dependência, Sequeira (2010) refere que, “entende-se por dependência a incapacidade do indivíduo para alcançar um nível de satisfação aceitável relativamente às suas necessidades, pelo facto de se encontrar impossibilitado de adoptar comportamentos ou realizar tarefas sem a ajuda de outros.”

Dentre as modificações provenientes do envelhecimento destaca-se a diminuição da capacidade funcional do indivíduo ocasionada principalmente, pelo desuso físico e mental (Nieman, 1999). Estudos demonstram que cerca de 25% da população idosa mundial depende de alguém para realizar suas actividades da vida diária (Andreotti; Okuma, 1999).

De acordo com Kuwano e Silveira (2002), o sucesso do indivíduo na sua adaptação social decorre da importância das actividades da vida diária (AVDS), pois estas representam vitória no desempenho das tarefas de cuidado pessoal.

Sendo que os idosos com dependência são uma realidade, são vários as escalas que existem para avaliar o índice de independência/dependência do idoso. Algumas avaliam as só actividades básicas de vida diária, como o Índice de Barthel, Índice de Katz, entre outros. Outras medem as actividades instrumentais de vida diária, como o Índice de Lawton, e outras ainda avaliam as actividades básicas e instrumentais de vida diária, que é o caso da Escala de Actividades de Vida Diária de Lawton e Brody.

3.1 ÍNDICE DE KATZ

O Índice de Independência nas Actividades de Vida Diária desenvolvido por Sidney Katz é um dos instrumentos mais utilizados nos estudos gerontológicos nacionais e internacionais, tendo sido publicado pela primeira vez em 1963 (SOUSA, 2008).

Esta escala avalia o grau de autonomia do idoso, sendo a avaliação feita por seis actividades básicas da vida diária: lavar-se, vestir-se, utilizar a sanita, mobilizar-se, ser continente e alimentar-se.

Ao longo dos anos, várias foram as modificações realizadas da versão original deste instrumento de medida, em especial no que se refere à criação de um ponto de corte para independência e dependência, inexistentes na escala original. A última versão foi localizada na *Web page* do *Hartford Institute for Geriatric Nursing*, publicada, segundo observação no referido site, em 1998. Onde refere que o formulário de avaliação possui três categorias de classificação, ou seja, indivíduos independentes, com dependência moderada ou muito dependentes.

4. O GRAU DE SATISFAÇÃO COM A VIDA NO IDOSO

A satisfação com a vida é conceito complexo e de difícil mensuração, como tal tem sido foco de interesse de muitos estudos, principalmente, na última década. Com o aumento da longevidade e conseqüente aumento do número de idosos, torna-se importante o estudo sobre o envelhecimento e a satisfação com a vida.

A satisfação com a vida é um desejo em qualquer fase da vida, incluindo na velhice, sendo influenciado por diversas variáveis pessoais, sociais e psicológicas.

Na opinião de Resende et al, 2007, citados por Santos (2008), a satisfação com a vida é uma das medidas de bem-estar subjectivo (BES), reflectindo a avaliação pessoal sobre determinados domínios e a forma como as pessoas vivem as suas experiências de vida de modo positivo.

Na literatura emergem diversos conceitos fortemente associados a satisfação com a vida, tais como, qualidade de vida, bem-estar ou mesmo felicidade (Veenhman, 2005 cit. por Santos 2008). Estes conceitos são de difícil operacionalização e têm significados muito próximos (Maia *et al*, 2007 cit. por Santos 2008). Torna-se assim pertinente definir também os conceitos de qualidade de vida e bem-estar subjectivo.

A qualidade de vida é uma das questões fundamentais no envelhecimento, pois abrange as dimensões: física, psicológica, social e ambiental, introduzindo variáveis diversificadas na compreensão do processo de envelhecimento.

De acordo com a OMS (1999, cit. por Sequeira 2010), “a qualidade de vida é uma percepção individual da posição na vida, no contexto do sistema cultural e dos valores em que as pessoas vivem, e relacionada com os seus objectivos, expectativas, normas e preocupações (...)”.

Sendo que o bem-estar subjectivo, busca compreender a avaliação que as pessoas fazem de suas vidas e também este sofre influência cultural.

Albuquerque e Tróccoli (2004, cit. por Cruz, 2010) relatam que o bem-estar subjectivo busca compreender a avaliação que os indivíduos fazem de suas vidas, em

relação a aspectos como a felicidade, a satisfação, o estado de espírito e o afecto, sendo também considerado por estes autores como uma avaliação subjectiva da qualidade de vida.

Nesta linha de pensamento e na opinião de Silva (2009) é importante diferenciar outros dois conceitos que, muitas vezes, são alvo de confusão: satisfação com a vida e felicidade. Assim, enquanto a satisfação com a vida pode, em termos genéricos, ser entendida como um julgamento que envolve uma avaliação do sujeito face à sua vida na globalidade, a felicidade aponta para um balanço entre os afectos positivos e negativos da vida naquele momento, ou seja, na experiência imediata.

Segundo Sequeira (2010) numa perspectiva de envelhecimento ao longo da vida, onde a qualidade de vida assume uma importância vital, a satisfação e o bem-estar psicológico estão associados ao envelhecimento bem-sucedido.

Alves (2008) refere que, o envelhecimento bem-sucedido, com satisfação de vida pode ser visto como uma competência adaptativa, ou seja, uma capacidade generalizada para responder com resiliência aos obstáculos impostos.

Nesta perspectiva e de acordo com Sousa, Galante e Figueiredo (2003), a obtenção de dados de caracterização da qualidade de vida e bem-estar dos idosos, do ponto de vista dos próprios, é um dado que pode ser fundamental para dinamizar medidas adequadas a essa população que permitam alcançar um envelhecimento bem sucedido.

Sendo assim, um envelhecimento bem sucedido é acompanhado de qualidade de vida e bem-estar e deve ser fomentado ao longo dos estados anteriores de desenvolvimento.

De acordo com Victor et al. (2000), os modelos de qualidade de vida vão desde a satisfação com a vida ou bem-estar social a modelos baseados em conceitos de independência, controle, competências sociais e cognitivas. Nesta perspectiva, Neri (1993), refere que para se ter qualidade de vida é preciso levar em conta o bem-estar, ao qual pode-se elencar indicadores como longevidade, saúde biológica, saúde mental, satisfação, controle cognitivo, competência social, actividade, eficácia cognitiva e renda. Ainda a mesma autora (2001), refere que a satisfação com a vida reflecte o nível de qualidade de vida. Para a mesma, esta depende do nível de envolvimento de vários factores, como os hábitos de vida, de actividade física, da percepção de bem-estar, das condições físicas e ambientais, do relacionamento familiar e da amizade.

Sendo esta uma temática de bastante interesse, vários são os estudos realizados nesta área e várias são as escalas utilizadas para avaliar a satisfação com a vida. Neri (1998) propõe uma Escala para Medida da Satisfação com a Vida, constituída por doze afirmações relacionadas com quatro dimensões, ou seja, satisfação com a saúde física, com a saúde mental, capacidade física e envolvimento social.

Alguns estudos têm sido realizados sobre esta temática, sendo que muitos se centram no estudo da relação entre esta variável e perturbações específicas como a depressão e a ansiedade. Assim e relativamente à depressão, os estudos parecem indicar uma relação negativa entre esta perturbação e satisfação com a vida, isto é, pessoas com depressão parecem ter uma menor satisfação com a vida. (MAIA et al, 2007)

5. DEPRESSÃO NO IDOSO

A depressão é considerada hoje em dia, um problema de saúde importante que afecta pessoas de todas as idades, levando a sentimentos de tristeza e isolamento social que muitas vezes têm como desfecho o suicídio.

De acordo com o Dicionário de Psicologia (1996), depressão é um “estado de abatimento e de melancolia causador de sofrimento.”

Ainda de acordo com Associação Médica Americana (2002), a depressão é um tipo de distúrbio mental que perturba o humor da pessoa.

Contudo, é nas idades avançadas que ela atinge os mais elevados índices de morbidade e mortalidade, na medida em que assume formas incharacterísticas, muitas vezes difíceis de diagnosticar e, conseqüentemente, de tratar.

É frequente que as pessoas que rodeiam e convivem habitualmente com os idosos associem à idade avançada a melancolia e a tristeza devido a perdas afectivas, económicas, sociais e doenças crónicas, não valorizando as suas queixas (Simões, 1996).

Nesta linha de pensamento, Tavares et al (2000, cit por Sousa 2008) afirmam que a depressão não é um acontecimento normal no processo de envelhecimento, ao contrário do que a sociedade em geral e até mesmo os próprios idosos crêem, estigmatizados pela pesada, negativa e pejorativa *carga* deste vocábulo e também pela visão e percepção deste processo.

No entanto, do ponto de vista das perturbações da saúde mental nos idosos, a depressão é aquela que surge com mais frequência, sendo, como refere Spar e La Rue (2005) ser o motivo de mais de 60% das admissões em unidades de psiquiatria geriátrica.

De forma semelhante Lapid e Rummans (2003) dizem que a depressão aumenta com o aumento do envelhecimento dos indivíduos. Não se quer com isto dizer que o estado depressivo teve o seu início após os 65 anos, mas como a longevidade é cada vez maior, é natural que a depressão acompanhe a pessoa que previamente já sofreu algum episódio depressivo.

Também Burns e Hallwell (2002) referem que “as desordens psiquiátricas mais comuns nos idosos são a depressão e a demência”. A sua frequência é maior no género feminino (González, 1993) e tem tendência para a cronicidade, como refere Llewellyn-Jones et al. (1999) “(...) é frequente a depressão ser crónica (...) e associar-se a incapacidade significativa (...)”.

Pode-se entender a depressão como uma perturbação do humor caracterizada, de uma forma geral, por um sentimento de uma profunda tristeza e desespero, que tem consequências enormes para o doente uma vez que é responsável por uma incapacidade de funcionamento do ponto de vista físico, mental e social. Alonso (2003) refere mesmo que a depressão é a primeira causa de incapacidade no mundo.

Desta forma, surgem vários modelos explicativos para o aparecimento da depressão no idoso. Sendo que Guz (1990, cit. por Santos 2002, p. 60-66) refere que os vários modelos explicativos da depressão podem-se agrupar em três categorias, sendo elas, os modelos bioquímicos, psicológicos e sociológicos. No entanto a mesma autora (2002) refere que “ nenhum destes modelos será só por si capaz de explicar a problemática da depressão (...), sendo importante que os mesmos se complementem e enquadrem numa perspectiva global de estudo da depressão”.

Assim, a depressão constitui-se numa síndrome e muitos factores contribuem para o seu desenvolvimento, dentre eles estão os biológicos/genéticos, psicológicos e sociais.

Marques e Firmino (2003), citados por Sousa (2008) referem que, do ponto de vista etiológico a relação conceptual entre a depressão e o envelhecimento pode ser objecto de duas abordagens complementares. A primeira entende a depressão como resultado de alterações biológicas, psicológicas, cognitivas, comportamentais ou sociais determinadas pelo envelhecimento, sendo neste caso uma variável dependente do envelhecimento. A segunda abordagem entende a depressão como factor desencadeante de alterações nestas áreas modificando a qualidade de vida do idoso, determinando a morbilidade e afectando o seu prognóstico vital devendo assim ser entendida como variável independente.

A saúde mental pode ser entendida, de uma forma muito sucinta, como o equilíbrio psíquico que resulta de uma interacção entre a pessoa e a realidade. Realidade esta, entendida como o meio envolvente no qual o indivíduo se move e que lhe permite desenvolver as suas potencialidades e satisfazer as suas necessidades básicas. Este

equilíbrio surge quando o indivíduo consegue adaptar-se às novas situações com que se depara.

Por outro lado, a pessoa que está a envelhecer depara-se com uma série de perdas. São pessoas em que as doenças crónicas tendem a aumentar, bem como uma série de dependências que advêm quer destas doenças quer do próprio envelhecimento normal. Há assim uma maior vulnerabilidade e fragilidade na população idosa, não só devido a um aspecto psicológico, social e cultural, mas também biológico.

Factores sociais como, a reforma, muitas vezes porque o idoso atinge um patamar etário, delimitado somente pela idade cronológica, mudança radical dos estilos de vida, despesas acentuadas em grande parte direccionadas para a indústria farmacêutica, pensões de reforma insuficientes tendo em conta as necessidades identificadas juntamente com outros eventos stressantes, como o divórcio, acidentes traumáticos ou as próprias perdas de familiares e amigos podem ser predisponentes a estados depressivos nos idosos.

Corrobora com esta opinião Penna e Santo (2006), as quais referem que existem alguns factores psicossociais que interferem na qualidade de vida como a perda da posição social comum após a reforma, a pobreza que dificulta as condições mínimas de sobrevivência e, conseqüentemente, limita a participação dos idosos em eventos sociais, a solidão, pois muitas vezes os idosos têm pouco contacto com outras pessoas devido à dificuldade de transporte adequado, problemas financeiros, incapacidade física e falta de companhia associada ao medo e a perda de amigos, parentes, cônjuges. Tudo isso pode levar o idoso à depressão.

Para Barreto (2006), as perdas que o idoso vai experimentando, a nível pessoal e social, criam situações de luto cuja resolução pronta nem sempre é fácil, sobretudo se certos factores negativos se fazem sentir. Entre eles têm sido assinalados: a falta de apoio familiar, a situação de ter a seu cargo outro dependente, a carência de recursos materiais e o isolamento social.

No entender de Sousa, Figueiredo e Cerqueira (2004) a viuvez é um factor consistentemente associado a solidão e isolamento social numa variedade de culturas e contextos. A solidão é mais profunda nos momentos iniciais, principalmente se não é mediada pela presença dos filhos. A reforma, migração, dependência ou outros eventos que contenham o sentimento de perda de papéis anteriores importantes, também se associam ao aumento de níveis de isolamento e solidão.

Refere Salgueiro (2007) que a institucionalização é outro factor que pode vir a desencadear estados depressivos. A ida do idoso para o lar dá-se, na grande maioria dos casos, após a perda do cônjuge. Para além desta perda, ao entrar na instituição o idoso deixa a sua casa, deixa de ter os seus horários, deixa de tomar conta de si. Foi para o lar, provavelmente, porque perdeu a sua autonomia e é dependente de terceiros. O indivíduo deixar de poder controlar o que se passa à sua volta e, a percepção de tal facto aumenta a sua vulnerabilidade e pode predispor à depressão. (PAÚL, 1997, cit. por SALGUEIRO, 2007)

Birren e Renner citados por Fontaine (2000, p.159) referem que para que aconteça um processo patológico, neste caso concreto do ponto de vista mental, podem verificar-se as seguintes características: "(...) degradação da auto-estima (...) declínio da adaptação da própria representação à realidade (...) a diminuição do domínio do ambiente (...) a perda da autonomia (...) o aparecimento de desequilíbrios da personalidade (...) um declínio da capacidade de mudança (...)".

Assim, a depressão pode ser classificada de acordo com a causa, com a presença ou não de um componente genético (história familiar), com os sintomas e com a gravidade do quadro. Esta, pode se classificada em primária (quando não tem uma causa detectável) ou secundária (atribuível a doenças físicas ou a medicamentos). Genética, de acordo com o padrão de aparecimento em membros de uma mesma família (esporádica, espectral ou familiar). Unipolar (quando não há ocorrência de episódios de mania) ou bipolar (quando ocorrerem sintomas intercalados ou concomitantes de mania). Leve ou grave, de acordo com a gravidade dos sintomas e o grau de comprometimento funcional.

No entanto e de acordo com a OMS destacam-se três tipos principais: depressão major caracterizada pela combinação de alterações comportamentais, emocionais e de pensamento que incapacitam o indivíduo para realizar suas actividades profissionais, académicas, de lazer, além de trazer alterações no apetite e sono. De acordo com Steffans et al (2000) citados por Sousa (2008), a depressão major é a forma mais grave de perturbação de humor nos idosos e a sua prevalência, de acordo com um estudo de grande escala levado a cabo por este autor, atinge 3,7% destas pessoas, parecendo que este valor aumenta com a idade. Outro tipo de depressão, de acordo com a mesma organização (OMS), é a distímia, a qual é considerada um tipo menos severo de depressão, em que não se observa a incapacitação, mas que estão presentes alterações indesejáveis no humor e

demais alterações comportamentais de forma crónica. É acompanhada por sintomas associados de alteração do apetite, perturbação do sono, falta de energia ou fadiga, baixa auto-estima, falta de concentração, dificuldade em tomar decisões e sentimentos de desespero. O último tipo, proposto pela mesma é o chamado transtorno bipolar, conhecido em classificações anteriores como psicose maníaco-depressiva, tem uma prevalência menor que os anteriores e caracteriza-se por uma oscilação extrema do humor que vai da mania (*episódios maníacos*) à depressão (*episódios depressivos*).

Existem ainda outros subtipos de depressão, sendo eles a depressão melancólica ou endógena, depressão atípica, depressão sazonal, depressão com sintomas psicóticos e depressão pós-parto, sendo que a identificação destes subtipos tem implicações importantes na escolha do tratamento e no prognóstico.

Existem diversos estudos que demonstram que os idosos apresentam, na sua maioria, depressões atípicas, não se encaixando por isso nos padrões das classificações existentes nomeadamente CID 10 E DSM.IV. (MIGUEL FILHO e ALMEIDA, 2000)

Para Cohen e Eisdorfer (1997cit por Martins 2008), as depressões atípicas podem ser caracterizadas pela falta de episódios de tristeza, claramente distintos, mostrando-se o doente apático, com queixas subjectivas de comprometimento cognitivo, ansiedade proeminente, somatização e excesso de preocupação com o corpo.

Simões (1996) afirma que, no idoso, os sintomas iniciais do quadro depressivo são relativamente inespecíficos, tais como a astenia, perturbações de sono, tristeza e ansiedade, desinteresse por hábitos e/ou prazeres habituais. Os sintomas mais específicos são os que decorrem da depressão do humor, bem como a lentidão psicomotora.

Também para Porcu et al. (2002), outros sintomas como, algias atípicas, queixas reumatológicas, queixas gastrointestinais, outras manifestações de ansiedade devidas a situações prolongadas e não resolvidas de medos e de opressão, ou hipocondria, são suspeitos de uma depressão subjacente sempre se excluam causas orgânicas.

As alterações comportamentais podem ser o primeiro sinal de uma Depressão Major, não sendo sempre facilmente reconhecidas. Ao menor esforço, a fadiga, talvez devido a uma doença física concomitante, pode produzir apatia, isolamento social e perda de interesse por actividades que anteriormente eram motivo de prazer. Alguns doentes manifestam ainda retardo psicomotor, como a lentidão da fala e dos movimentos do corpo ou, nos casos mais graves, isolam-se da sociedade, negligenciando o trato pessoal,

recusando-se mesmo a comer ou a falar. Noutros casos existe activação psicomotora, caracterizada por agitação, cruzar de mãos, preocupação obsessiva, comportamento compulsivo e/ou inquietação.

De acordo com Ballone (2001), frequentemente se observa que o idoso deprimido passa por uma importante piora de seu estado geral e por um decréscimo significativo da sua qualidade de vida. A gravidade da situação reflecte-se na alta prevalência de suicídio entre a população de idosos deprimidos.

5.1 ANÁLISE DE ALGUNS ESTUDOS RELACIONADOS COM A DEPRESSÃO NO IDOSO

Vários estudos, citados por alguns autores demonstram a elevada prevalência de distúrbios depressivos em idosos.

Santos (2002) refere que,

“a noção que temos de que os síndromes depressivos são a patologia mais frequente nas idades tardias tem origem em vários estudos epidemiológicos, alguns feitos exclusivamente com populações idosas, outros destinados a recolher dados epidemiológicos sobre a depressão, em geral. A partir daqui nasce a dúvida sobre o rigor destes estudos, pois sabemos que o conceito, o diagnóstico e a classificação da depressão são motivos de muitas controvérsias”.

A mesma autora, referênciava vários estudos nacionais e internacionais sobre o síndrome depressiva no idoso, nos quais constata uma elevada prevalência, sendo que se observa um aumento nos idosos institucionalizados.

Um número substancial de estudos faz referência aos factores de risco que estão significativamente associados com os sintomas depressivos entre as pessoas idosas, como, demográficos (ruralidade, género, idade, estado civil, institucionalização, escolaridade, profissão e status sócio - económico), psicossociais (acontecimentos de vida, luto, falta de confidente/ relação íntima, isolamento sócio - afectivo, apoio sócio - familiar, solidão, dificuldade em satisfazer as actividades de vida diárias, dificuldade cognitivas e história prévia de depressão) e de saúde (doença física, número de doenças, doenças crónicas, incapacidades e deficiências, doença psíquica e ingestão de medicamentos depressores).

Vaz (2009), faz referência um conjunto de estudos, nos quais factores como, o aumento da idade; o facto de ser solteiro, viúvo ou divorciado; residir em instituições; o baixo nível de escolaridade e o baixo rendimento social estão directamente relacionados com a depressão no idoso.

Já no que concerne ao género e citando Vaz (2009), vários estudos referem a predominância da depressão nas mulheres. E que esta difere da depressão apresentada pelos homens, tanto no que diz respeito à comunicação dos sintomas como aos factores de risco.

Também Santos (2002) constata com o seu estudo que a depressão é mais frequente em idosos do género feminino. Por outro lado é também mais frequente nos idosos internados e nos mais idosos.

Quando se fala em idosos institucionalizados, a prevalência é mais elevada, 25% a 80% a nível internacional (Ballone, 2002, cit. por Martins 2008) e em Portugal vai dos 25% a 73% (Fernandes, 2000, cit. por Martins 2008).

Analisando estes dados, chega-se mais uma vez à conclusão que a percentagem de idosos com perturbações depressivas é elevada. Nesta linha de pensamento, Santos (2002, p.72) refere que “parece ser facto assente que a depressão é a mais frequente perturbação psíquica nos idosos, variando a sua prevalência ente 5% e 65%, consoante os estudos e a população alvo”.

Ainda alguns autores, sugerem que uma menor prevalência da depressão nos idosos pode reflectir mecanismos de *coping* e de adaptação mais eficazes, diferenças importantes na avaliação da depressão, ou ao facto de o envelhecimento funcionar como um estado protector.

5.2 ESCALA GERIÁTRICA DE DEPRESSÃO

De acordo com Teixeira Veríssimo (2006):

“ A depressão embora sub diagnosticada é frequente nos idosos, sendo as suas manifestações comumente atribuídas pelo próprio doente, pela família e até pelo médico ao próprio envelhecimento. O seu diagnóstico, frequentemente dificultado pela presença de outras doenças, e subsequente tratamento, é contudo importante não só para prevenir perdas de

funcionalidade e até o suicídio, mas essencialmente para melhorar a qualidade de vida dos idosos”.

Apesar de as escalas de avaliação da depressão terem sido originalmente concebidas para fins de investigação, o seu uso na prática clínica pode fomentar a uniformidade e a fiabilidade da avaliação. As escalas de avaliação de sintomas não são suficientes para estabelecer o diagnóstico de depressão, mas podem ajudar a identificar os sujeitos cujos sintomas depressivos excedem a normalidade em saúde mental.

Com o objectivo de detectar estados depressivos foram desenvolvidos vários instrumentos de entre os quais se destaca a “Escala de Depressão Geriátrica” (Geriatric Depression Scale) criada por Yesavage e colegas em 1983.

A Escala de Depressão Geriátrica foi desenvolvida especificamente para adultos idosos, sendo o formato sim/não usado para simplificar o processo de auto e hetero-avaliação.

Para Teixeira e Veríssimo (2006), trata-se de um instrumento fidedigno, rápido, fácil de executar por qualquer profissional de saúde ou até pelo próprio idoso, que para além de auxiliar no estabelecimento de um diagnóstico também pode fornecer informação sobre os resultados da terapêutica instituída.

Descrita, inicialmente, em língua inglesa por Yesavage et al. (1983), traduzida, aferida e adaptada à população portuguesa por Veríssimo em 1988, na “Avaliação Diagnostica dos Síndromes Demenciais”, a escala examina o estado de humor extensivamente, com perguntas que evitam a esfera das queixas somáticas (que de um modo geral poderão estar associadas a patologias físicas e não propriamente a um estado depressivo) mas que dão especial atenção aos aspectos cognitivos e ao comportamento social. As condutas depressivas são um dos tipos de manifestações emocionais mais frequentes nos idosos, expressando-se de um modo geral, sob a forma de auto verbalizações negativas sobre si próprio e a velhice, com um baixo reconhecimento das suas capacidades, diminuição da auto-estima e diminuição da participação nos aspectos sociais (PARADELA, LOURENÇO e VERAS, 2005).

Na opinião de Almeida e Almeida (1999 cit. por Sousa 2008), é fundamental, portanto, que os profissionais de saúde estejam familiarizados com as características da depressão no idoso e estejam preparados para investigar a presença de sintomas depressivos nos idosos com quem têm contacto. Nesse sentido, o uso sistemático de

escalas de depressão pode facilitar a detecção desses casos na prática clínica. A escolha da escala vai depender de uma série de factores tais como a sua capacidade para avaliar casos, a sua sensibilidade para monitorizar mudanças ao longo do tempo, a consistência das suas medidas e a facilidade com que pode ser aplicada. Diversos estudos já demonstraram que a Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage oferece medidas válidas e com fiabilidade para a avaliação de transtornos depressivos em idosos.

Existem duas versões desta escala, ou seja, a versão original com 30 itens e a versão reduzida com apenas 15 itens. Sousa et al. (2007) mostram que ambas as versões apresentam validade e fiabilidade para a população portuguesa, no entanto concluem que a versão original é mais sensível e fidedigna do que a versão reduzida.

2ª PARTE: TRABALHO EMPIRICO

6. METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO

A metodologia constitui um importante instrumento de trabalho, do qual depende em grande parte o êxito da investigação.

Neste capítulo e de acordo com Fortin (2006) serão determinados os métodos a utilizar para obter as respostas às questões de investigação ou às hipóteses formuladas. O mesmo autor acrescenta que nesta fase “é necessário escolher um desenho apropriado segundo se trata de explorar, de descrever um fenómeno, de examinar associações e diferenças ou de verificar hipóteses”. É também definida a população/ amostra assim como os instrumentos a utilizar para a colheita de dados, assegurando a sua adequação, validade e fiabilidade. Por fim são apresentadas as técnicas de tratamento e análise dos dados.

6.1. TIPO DE ESTUDO

Esta pesquisa insere-se no tipo de estudos não experimental, descritivo - correlacional, pois tem por objectivo examinar as relações entre as variáveis, bem como precisar a grandeza dessa relação através de análises estatísticas de correlação. Segue os métodos de análise quantitativa de forma a garantir a precisão dos resultados, evitando assim distorções de análise e interpretação (FORTIN, 2006).

6.2. FORMULAÇÃO DO PROBLEMA

Todo o trabalho de pesquisa deve ser iniciado com a colocação de algum tipo de problema ou questão.

Para Fortin (2006, p.73) “uma questão de investigação é um enunciado interrogativo claro e não equivoco que precisa os conceitos - chave, especifica a população alvo e sugere uma investigação empírica”.

Questão de Partida:

A depressão é considerada hoje em dia, como uma das maiores causas de sofrimento emocional e de redução da qualidade de vida. Considerado um problema de saúde pública, afecta pessoas de todas as idades, levando a sentimentos de tristeza e isolamento social que muitas vezes têm como desfecho o suicídio. Os idosos não escapam a este facto, além disso, é nas idades avançadas que a depressão atinge os mais elevados índices de morbilidade e mortalidade, na medida em que assume formas incaracterísticas, muitas vezes difíceis de diagnosticar e, conseqüentemente, de tratar.

Assim as questões de investigação são as seguintes:

- Quais os níveis de depressão que os idosos apresentam?
- Qual é a influência dos aspectos sócio - demográficos, do nível de independência nas actividades básicas de vida diária e do grau de satisfação com a vida na depressão no idoso?

6.3. FORMULAÇÃO DAS HIPÓTESES

Na opinião de Fontin (2006), a hipótese é uma predição sobre uma relação existente entre variáveis, que se verifica empiricamente. E tal como a questão de investigação, a hipótese toma em conta as variáveis – chave e a população alvo.

As hipóteses foram elaboradas tendo por base a observação e vivência da realidade e na analogia entre as variáveis.

Foram construídas duas hipóteses simples e uma complexa, não direccionais, as quais expressam a relação entre as variáveis independentes e a variável dependente.

Assim, para este estudo definiram-se as seguintes hipóteses:

Hipótese 1: Existe relação entre os aspectos sócio – demográficos (idade, género, estado civil, escolaridade, situação económica, local onde vive e presença de doenças concomitantes) e a depressão no idoso.

Hipótese 2: Existe relação entre o nível de independência nas actividades básicas de vida diária e a depressão no idoso.

Hipótese 3: O grau de satisfação com a vida influencia a depressão no idoso.

6.4. Variáveis

As variáveis são indispensáveis em qualquer tipo de estudo. Estão inseridas nas hipóteses e é necessário o seu “isolamento” para posterior operacionalização.

Estas podem ser classificadas segundo o papel que exercem numa investigação. Assim, Fortin (2006), classifica as variáveis em variáveis dependentes e independentes, variáveis atributos e em variáveis estranhas. Neste estudo são apenas consideradas as variáveis dependentes e independentes.

6.4.1 Variável dependente

A variável dependente, e de acordo com Fortin (2006), muitas vezes chamada de variável critério ou de variável explicada é aquela que sofre o efeito da variável independente.

Definiu-se então para este estudo como variável dependente a **Depressão no Idoso**.

6.4.2. Variáveis independentes

A variável independente ou variável experimental é a que o investigador manipula num estudo e é considerada como a causa do efeito produzido na variável dependente. Esta relação forma a base da predição e exprime-se pela formulação de hipóteses. (FORTIN, 2006)

Para este estudo, foram seleccionadas as seguintes variáveis independentes:

- Variáveis sócio – demográficas: (idade, género, estado civil, escolaridade, situação económica, local onde vive e presença de doenças concomitantes);
- Nível de independência nas actividades básicas de vida diária;
- Grau de satisfação com a vida.

Todas as variáveis a incluir num projecto de investigação, devem ser susceptíveis de ser medidas empiricamente, ou seja devem ser operacionais e passíveis de mensuração.

6.5. POPULAÇÃO ALVO E CONSTITUIÇÃO DA AMOSTRA

Uma etapa prévia à amostragem é a definição da população a partir da qual se vai extrair a amostra.

Segundo Tuckman (2000), “a população (...) utilizada num estudo (...), é o grupo sobre o qual o investigador tem interesse em recolher informação e extrair conclusões.”

Para Fontin (2006), um estudo de investigação pode abranger um número tão extenso de indivíduos de tal forma que se torna impossível estudá-los na sua totalidade. Assim, torna-se imperiosa a formação de uma amostra que possa caracterizar essa população de uma forma representativa.

Por outro lado, no processo de amostragem é importante definir o grupo que vai constituir a população dado que tal afecta a natureza das conclusões (TUCKMAN, 2000).

Neste estudo, a amostra insere-se no tipo **não probabilística acidental por conveniência**, uma vez que cada elemento da população não tem a mesma probabilidade de ser escolhido, pois só foram incluídos no estudo idosos com 65 anos ou mais dos Conselhos de Tavira, Olhão e de Faro.

A amostra deste estudo foi constituída por 119 idosos residentes nos concelhos acima referidos, que se encontrem a viver no domicílio ou a frequentar a ACASO – Associação Cultural e de Apoio Social de Olhão (Anexo I), tanto os residentes no Lar, como em Regime de Centro de Dia. Sendo que 41 se encontram institucionalizados, dos quais 19 residentes em lar, 22 em regime de centro de dia e por fim 78 residentes em domicílio.

Os formulários foram aplicados aos idosos após breve explicação do estudo a realizar e assinatura do consentimento informado

6.6. INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

O instrumento de colheita de dados em investigação é o equipamento utilizado para colher a informação pertinente e necessária. Deste modo e de acordo com Lakatos e Marconi (1995), a selecção do instrumento de colheita de dados, deve estar directamente relacionada com o problema em estudo, de modo a permitir a avaliação das variáveis em causa. (Anexo II)

Desta forma escolheu-se o formulário, pois este constitui uma das técnicas disponíveis para a obtenção de dados nas pesquisas e é composto por um número mais ou menos elevado de questões apresentadas por escrito. É um método de colheita de dados, preenchido com a assistência do investigador.

Do presente formulário fazem parte várias questões, sendo elas, questões fechadas de resposta sugerida e questões abertas, encontrando-se este estruturado em quatro grupos.

O primeiro grupo diz respeito à identificação sócio - demográfica e contextual da amostra, da qual fazem parte questões abertas e fechadas de resposta sugerida, referentes à idade, ao género, estado civil, escolaridade, profissão antes da reforma, situação económica, local onde vive e com quem vive e presença de doenças concomitantes.

Assim a quantificação das variáveis género, estado civil, escolaridade, situação económica, local onde vive e presença de doenças concomitantes, foi feita através de perguntas fechadas de resposta sugerida.

A variável idade foi quantificada através de pergunta aberta e posteriormente agrupada em quatro intervalos.

O segundo grupo é constituído pelo Índice de Independência nas Actividades de Vida Diária desenvolvido por Sidney Katz ou também conhecido por Índice de Katz. E através deste pretende-se identificar o nível de independência dos idosos nas actividades básicas de vida diária.

Entende-se por Actividades Básicas de Vida Diária as que estão relacionadas com o auto-cuidado como, higienizar-se, vestir-se, ir ao WC, controle de esfíncteres, mobilizar-se e alimentar-se. Sendo que o nível de dependência refere-se á capacidade dos idosos realizarem as actividades supracitadas. Estes podem ser classificados como independentes, apresentar dependência moderada ou serem muito dependentes.

De acordo com a última versão publicada em 1998, são apresentadas apenas duas categorias: Independente, pontuado com 1 ponto e dependente, pontuado com 0 pontos, assim o grau de dependência moderada fica agregado à categoria “independente” nos itens 1, 2 e 6, e agregado à categoria “dependente” nos itens 3, 4 e 5. Após obter score total, volta-se novamente a quantificar por classes, ou seja para resultados entre [6 – 5[considera-se o indivíduo como independente, para resultados entre [4 – 3[considera-se que apresenta dependência moderada e por fim indivíduos com resultados localizados entre [2 – 0] são considerados muito dependentes.

O terceiro grupo do formulário diz respeito ao grau de satisfação com a vida, onde é apresentada uma escala para medida da satisfação de vida, proposta por Neri em 1998, avaliada através da escala de Likert.

A Satisfação com a Vida é uma das medidas de bem-estar subjectivo, que reflecte a avaliação pessoal do indivíduo sobre determinados domínios. Reflecte o bem-estar individual, ou seja, os modos e os motivos, que levam as pessoas a viverem as suas experiências de vida de maneira positiva (Diogo, 2003).

A referida escala é constituída por 12 itens, agrupados em quatro dimensões, sendo que os itens 1, 3 e 5 mostram o grau de satisfação com a vida no que concerne à dimensão saúde física, os itens 7, 8 e 9 correspondem à dimensão saúde mental, os itens 2, 4 e 6 capacidade física e por último os itens 10, 11 e 12 correspondem à dimensão desenvolvimento social. Os inquiridos expressaram a sua opinião através da escala de Likert, com cinco opções de escolha, sendo elas: Insatisfeito, Pouco Satisfeito; Mais ou Menos Satisfeito, Muito Satisfeito, MUITÍSSIMO Satisfeito. O score total foi calculado através do somatório das 4 dimensões apresentadas.

A fim de se classificar os inquiridos em termos globais, criaram-se três grupos de cohort: para o primeiro considerou-se a média mais $\frac{1}{4}$ desvio padrão ($\bar{x} + \frac{1}{4} \sigma$), para o terceiro a média menos $\frac{1}{4}$ desvio padrão ($\bar{x} - \frac{1}{4} \sigma$) e para o segundo, a situação intermédia. Deste modo passou-se a considerar a seguinte classificação:

- ≤ 34 – Pouco Satisfeito
- De 35 a 37 – Moderadamente Satisfeito
- ≥ 38 – Muito Satisfeito

O quarto e último grupo é constituído pela escala geriátrica de depressão de Yesavage, a qual é composta por trinta itens, com duas respostas alternativas (sim ou não) sobre o modo como o idoso se tem sentido ultimamente.

Teixeira e Veríssimo (1988, cit in Sousa 2008) sugere que para a quantificação dos resultados se proceda á seguinte classificação: valores de 0 – 10: ausência de depressão; 11 – 22: depressão ligeira; iguais ou superiores a 23: depressão grave. Assim os itens 1, 5, 7, 9, 15, 19, 21, 27, 29 e 30, devem ser pontuados negativamente, isto é, a resposta “Não” corresponde a um ponto. E aos itens 2, 4, 6, 8, 10, 14, 16, 18, 20, 22, 26 e 28 deve atribuído um ponto à resposta positiva “Sim”.

6.7. TRATAMENTO ESTATÍSTICO

A recolha de dados não terá sentido se estes não forem analisados e interpretados. Desta forma teve-se que se recorrer a métodos estatísticos que são especialmente adequados para interpretar os dados quantitativos afectados por uma multiplicidade de causas. Neste sentido, os dados obtidos foram tratados informática e manualmente, através do uso da estatística descritiva e indutiva ou inferência estatística. O tratamento estatístico dos dados foi realizado através do programa informático SPSS 17.0 - STATISTICAL PACKAGE FOR SOCIAL SCIENCE, utilizando-se os métodos inerentes à estatística descritiva e inferencial.

6.7.1. Estatística descritiva

De acordo com Pestana e Gageiro (2003, p.41) a estatística descritiva centra-se no estudo de características não uniformes das unidades observadas, como por exemplo de pessoas, cidades, famílias, etc. A estatística descritiva utiliza-se para descrever os dados através de indicadores chamados estatísticas, como é o caso da média, moda e desvio padrão. Ainda relativamente à mesma, os dados foram analisados e apresentados em tabelas e gráficos tendo-se calculado os seguintes parâmetros:

Frequências:

- Absolutas (N)
- Relativas (%)

Medidas de tendência central:

- Média (\bar{x})
- Mediana (M_e)
- Moda (M_o)
- Desvio Padrão (σ)

6.7.2. Estatística inferencial

Utilizou-se o teste Kolmogorov - Smirnov, uma vez que a amostra é superior a 50 indivíduos, a fim de se observar se existe ou não normalidade das distribuições. Encontraram-se valores de probabilidade (p) igual 0,001 para as três escalas, o que significa que as distribuições das mesmas não seguem uma distribuição normal, pelo que, os dados foram analisados através de testes não paramétricos.

Assim, e em relação à estatística inferencial, para se verificar a associação existente entre as variáveis descritas nas hipóteses formuladas, utilizaram-se os seguintes testes:

- Teste de Correlação de Spearman, que é uma medida não paramétrica de correlação entre duas variáveis ordinais. Esta correlação e respectivo teste de significância estão indicados para avaliação da correlação do grau de relacionamento entre variáveis.
- Teste de Mann-Whitney, em alternativa ao teste paramétrico Teste – T. Utilizou-se o teste não-paramétrico U de Mann-Whitney, uma vez que este é uma das mais poderosas provas não-paramétricas utilizada desde que o grau de mensuração seja ordinal ou não siga uma distribuição normal, tal como referem Pestana e Gageiro (2003) e como é o caso da variável dependente deste estudo.

Para todos os testes, foi considerado o nível de significância de 5% ($\alpha = 0,05$), e o critério de aceitação da hipótese formulada será o da probabilidade ser inferior ou igual a 0,05.

Os dados relativos a este tipo de estatística foram apresentados em quadros para uma fácil visualização dos resultados obtidos.

3ª PARTE – APRESENTAÇÃO DOS DADOS E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

7. ANÁLISE DESCRITIVA

Os resultados seguidamente apresentados referem-se às análises estatísticas dos dados recolhidos e serão organizados com o objectivo de dar resposta à questão de investigação. Esta apresentação e análise dos dados obtidos têm uma abordagem descritiva, ficando a interpretação reservada para o capítulo da discussão dos resultados.

7.1 CARACTERIZAÇÃO SÓCIO – DEMOGRÁFICA DA AMOSTRA

A caracterização da amostra da população em estudo é uma etapa importante para a análise dos resultados obtidos.

Género e idade

A tabela 1 contém os resultados que caracterizam os 119 idosos que constituem a amostra deste estudo.

Do total, 65,5% pertence ao género feminino e apenas 34,5% ao masculino. Assim, analisando o predomínio por género, verifica-se que o género feminino é maioritário.

A média de idades dos idosos é de 78 anos (mínimo 65 e máximo de 95 anos) a mediana corresponde aos 78 anos e o desvio padrão 7,5 anos.

A distribuição por grupos etários mostra, que as percentagens mais elevadas de idosos se encontram no segundo escalão (76 - 85) com 42,1%, seguida do primeiro escalão (65 - 75) com 40,3% e do terceiro escalão (86 – 95) onde ainda se verifica um número significativo, 17,6%, de idosos.

Estado civil

Os resultados relativos ao estado civil permitem verificar que, o estado de viuvez é o mais marcante desta amostra (M_o = viúvos) com 45,4%, seguindo-se o de casado com 44,5%, seguidos dos solteiros com 5% e dos divorciados com 4,2%, em quinto e último lugar encontra-se os que vivem em união de facto com 0,8% de representatividade.

Escolaridade

O baixo nível de escolaridade dos elementos desta amostra é uma característica notória. Assim o item com maior destaque (45,4%) corresponde aos idosos com instrução primária (constituindo estes a Moda), seguindo-se os analfabetos (22,7%), juntamente com os que “sabem ler e escrever, também com 22,7%. Encontrou-se ainda nos idosos em estudo, pequenas matizes de formação, aos níveis médio (8,4%) e superior (0,8%).

Situação económica

Os dados sobre a situação económica mostram, que 49,6% dos idosos da amostra auferem de um rendimento mensal que se situa entre os 200 e 400€, seguindo-se um grupo (18,5%) com valores entre 401 e 600€, 15,1% recebem valores inferiores a 200 €, 9,2% recebem valores superiores a 800€ e os restantes 7,6% da amostra recebem entre os 601 e 800€.

Tipo de reforma

Considerando que para a maioria de idosos os rendimentos económicos provêm de pensões de reforma, quis-se conhecer o tipo de pensão auferida.

Assim constatou-se que em a maioria dos idosos auferem de uma reforma por limite de idade (76,5%).

A “pensão social” (do regime não contributivo), representa o segundo tipo de reforma (10,9%), seguindo-se a “pensão por invalidez” (8,4%). Com menos visibilidade percentual a “pensão por cônjuge” é ainda a situação real de 4,2% dos idosos.

Satisfação com o valor da reforma

Considerando os dados anteriores, não surpreendem as respostas obtidas sobre a satisfação com o valor da reforma. De facto 76,5% dos idosos inquiridos mostram-se insatisfeitos com esses valores, sendo que apenas 23,5% dos idosos se mostram satisfeitos com os valores recebidos.

Local onde vive e com quem vive

Quanto ao local onde vivem, verificou-se que dos 65,5% que vivem no domicílio, a maioria (49,6%) vive em habitação própria. Ainda 9,2% da amostra vive em habitação alugada e apenas 6,7% vivem em habitação cedida.

Dos restantes 34,5% idosos da amostra (que se encontram institucionalizados) constatou-se que 18,5% encontram-se em regime de centro de dia e 16% reside no lar.

Apurou-se ainda que a maioria (47,1%) ainda vive com o companheiro, o que vai de encontro á percentagem de casados verificados nesta amostra, seguidos dos 16% que vivem com os filhos e dos 16% que residem no lar. Ainda com uma representatividade significativa de 15% encontram-se os que vivem sozinhos, distribuindo-se os restantes pelos que vivem com irmãos (4,2%) ou com amigos (1,7%).

Presença de doenças concomitantes

A elevada percentagem de idosos com doenças concomitantes é notória. Desta forma, com resposta afirmativa situam-se 80,7%, sendo que apenas 19,3% responderam não possuir qualquer tipo de doença.

Tabela 1: Caracterização sócio – demográfica da amostra

Características		Frequências	N	%
Género		Masculino	41	34,5
		Feminino	78	65,5
Idade		65 – 75	48	40,3
		76 - 85	50	42,1
		86 - 95	21	17,6
Estado Civil		Casado	53	44,5
		Solteiro	6	5
		Divorciado	5	4,2
		Viúvo	54	45,4
		União de Facto	1	0,8
Escolaridade		Analfabeto	27	22,7
		Saber ler e escrever	27	22,7
		Instrução primária	54	45,4
		Curso médio	10	8,4
		Curso superior	1	0,8
Situação económica		< 200€	18	15,1
		200€ – 400€	59	49,6
		401€ – 600€	22	18,5
		601€ – 800€	9	7,6
		> 800€	11	9,2
Tipo de reforma		Limite de idade	91	76,5
		Pensão social	13	10,9
		Pensão por cônjuge	5	4,2
		Pensão por invalidez	10	8,4
Satisfação com o valor da reforma		Sim	28	23,5
		Não	91	76,5
Local onde vive	Domicílio	Habitação própria	59	49,6
		Habitação alugada	11	9,2
		Habitação cedida	8	6,7
	Instituição	Centro de dia	22	16
		Lar de idosos	19	18,5
Com quem vive		Cônjuge / companheiro	56	47,1
		Filhos	10	16
		Irmãos	50	4,2
		Amigo	2	1,7
		Sozinho	18	15,1
		Outro	19	16
Doença concomitante		Sim	96	80,7
		Não	23	19,3
Total			119	100

7.2 ÍNDICE DE KATZ

O Índice de Katz é um instrumento de avaliação funcional para idosos. Após cálculo do score total, é dividido em três classes, ou seja [6 – 5] o individuo é independente, [4 – 3] apresenta dependência moderada e [2 – 0] muito dependente.

Assim e de acordo com a tabela 2, observa-se que a amostra em estudo é maioritariamente independente (84%), contudo, 11% dos idosos são muito dependentes e apenas 5% apresenta dependência moderada.

Tabela 2: Distribuição da amostra segundo o Índice de Katz

Índice de Katz	Frequências	N	%
Muito dependente		13	11
Dependência Moderada		6	5
Independente		100	84
Total		119	100

7.3 ESCALA PARA MEDIDA DA SATISFAÇÃO COM A VIDA

No grupo III do formulário é apresentada uma escala para medida de satisfação com a vida. Uma vez que esta é composta por quatro componentes, ou seja grau de satisfação com a saúde física, saúde mental, capacidade física e envolvimento social, esta foi descrita de acordo com as referidas componentes.

Assim e como se observa na tabela 3, para o nível de satisfação com a saúde física, e considerando o mínimo 3 e o máximo 14 os idosos apresentam em média um grau de satisfação de 7,96. No que concerne à satisfação com a saúde mental, aos valores variam entre 3 de mínimo e 15 de máximo e apresentam \bar{x} : 10,12. Já relativamente à satisfação com a capacidade física também com os mesmos valores de mínimo e de máximo, os idosos apresentam uma média na ordem dos 7,84. Quanto à satisfação com o envolvimento social os idosos apresentam \bar{x} : 10,05, variando também os valores de mínimo e máximo entre 3 e 15.

Fazendo o somatório das quatro componentes, pode-se observar ainda que, com mínimo de 12 e máximo de 54 os idosos apresentam uma média de satisfação total de 35,96.

Tabela 3: Distribuição da amostra segundo o grau de satisfação com a vida e as suas componentes

Satisfação com a vida e suas dimensões	N	Mínimo	Máximo	Média	Mediana	Desvio Padrão
Saúde física	119	3	14	7,96	8	2,55
Saúde mental	119	3	15	10,12	10	2,74
Capacidade física	119	3	15	7,84	8	2,69
Envolvimento social	119	3	15	10,05	11	2,88
Satisfação com a vida	119	12	54	35,96	37	8,82

A fim de se classificar os inquiridos em termos globais, criaram-se três grupos de cohort. Assim considerando a classificação: pouco satisfeito; moderadamente satisfeito e muito satisfeito, verifica-se que a maioria dos idosos (48,7%) se encontra muito satisfeitos com a vida. Contudo, 38,7% encontram-se pouco satisfeitos e ainda 12,6% se encontram moderadamente satisfeitos.

Tabela 4: Distribuição da amostra segundo o grau de satisfação com a vida

Grau de Satisfação com a Vida	Frequências	N	%
Pouco Satisfeitos		46	38,7
Moderadamente Satisfeitos		15	12,6
Muito satisfeitos		58	48,7
Total		119	100

7.4 ESCALA GERIÁTRICA DE DEPRESSÃO – YESAVAGE

O grupo IV do formulário, como já referido anteriormente é constituído pela escala geriátrica de depressão de Yesavage. Tal como sugere Teixeira e Veríssimo (1988, cit. por Sousa 2008), a quantificação dos resultados deverá ser realizada de acordo com a classificação: valores de 0 – 10: ausência de depressão; 11 – 22: depressão ligeira; iguais ou superiores a 23: depressão grave.

Neste sentido e pela análise da tabela 5, constata-se que em média, os idosos apresentam-se no score 13, com desvio padrão de 3,88. Assim, pode-se dizer que a média desta amostra se localiza na categoria: depressão ligeira.

Tabela 5: Distribuição dos inquiridos segundo a Escala Geriátrica de Depressão – Yesavage

Escala geriátrica de depressão	N	Mínimo	Máximo	Média	Mediana	Desvio Padrão
	119	6	23	13,16	13	3,88

Assim e através da análise da tabela 6, constatou-se que 70,6% dos idosos da amostra apresentam depressão ligeira, o que representa a maioria desta, 28,6% não apresentam depressão, sendo que apenas 0,8% apresentam depressão grave.

Tabela 6: Distribuição da amostra por categorias segundo a Escala Geriátrica de Depressão – Yesavage

EGD	Frequências	N	%
Ausência de Depressão		34	28,6
Depressão Ligeira		84	70,6
Depressão Grave		1	0,8
Total		119	100

8. ANALISE INFERENCIAL

A inferência estatística pretende estimar os parâmetros e a verificação de hipóteses (Fortin, 2006). Esta tem como objectivo analisar as possíveis relações entre as variáveis e, como tal, recorreu-se a vários testes para confirmar ou rejeitar as hipóteses formuladas.

Nesta análise as hipóteses foram testadas com uma probabilidade de 95%, de onde resulta um nível de significância de 5% ($p=0,05$). Este nível de significância permite afirmar com uma certeza de 95%, caso se verifique a validade da hipótese em estudo, a existência de uma relação causal entre as variáveis.

Os critérios de decisão para os testes de hipóteses, baseiam-se no estudo das probabilidades, confirmando-se a hipótese se a probabilidade for inferior ou igual a 0,05 e rejeitando-se se superior a esse valor.

$\alpha = 0,05$ - significativo

$\alpha > 0,05$ - não significativo;

$\alpha < 0,05$ - significativo;

8.1 TESTE DE HIPÓTESES

O primeiro aspecto a considerar para se realizar os diferentes testes, refere-se ao tipo de variáveis em estudo, pois isto é determinante quanto ao teste a utilizar. Escolhido o teste adequado, deve atender-se à verificação dos seus pressupostos, tal como referem Pestana e Gageiro (2003, p.156).

De acordo com Melo (1995, p.59) quando as distribuições são normais ou no caso de grandes amostras, os testes paramétricos são, em geral, mais potentes, caso contrário preferem-se os testes não paramétricos. Assim sendo, para este estudo utilizaram-se os teste não paramétricos.

Hipótese 1: Há relação entre os aspectos sócio – demográficos (idade, género, estado civil, escolaridade, situação económica e local onde vive) e a depressão no idoso.

O coeficiente de correlação de Spearman mede a intensidade da relação entre variáveis ordinais e utiliza em vez do valor nele observado apenas a ordem das observações. Aplica-se igualmente em variáveis intervalo/rácio como alternativa ao R de Pearson, quando este último viola a normalidade. O coeficiente de Spearman varia entre -1 e 1 e quanto mais próximo estiver destes extremos, maior será a associação linear entre as variáveis. O sinal negativo da correlação significa que as variáveis variam em sentido, isto é, e de acordo com Pestana e Gageiro (2003), as categorias mais elevadas de uma variável estão associadas às categorias mais baixas da outra variável.

A fim de se encontrar a relação entre a idade e a depressão, aplicou-se esta correlação. Os resultados estatísticos encontrados, tal como se observam no quadro 1, mostram que quanto mais elevada for a idade, maior é a probabilidade de depressão no idoso, apresentando diferenças estatisticamente muito significativas ($Rho = 0,286$; $p = 0,002$). Pelo que se pode afirmar que há diferenças entre a idade e a depressão.

Quadro 1: Correlação de Spearman a relacionar a idade com a depressão no idoso

Idade	Depressão	
	Rho	0,286
	p	0,002
	N	119

Uma vez que neste estudo existe violação da normalidade nas distribuições, o estudo das diferenças entre variáveis nominais fez-se através da utilização do teste de Mann - Whitney, em substituição do teste paramétrico T que compara as médias de duas amostras independentes.

Conforme Pestana e Gageiro (2003), em vez de se basear em parâmetros da distribuição normal como a média e a variância, o teste de Mann - Whitney baseia-se nas ordenações da variável.

Ao se aplicar o Teste Mann – Whitney, com intuito de se perceber a relação entre o género e a depressão, obteve-se um $p = 0,028$, desta forma pode-se dizer que há diferenças estatisticamente significativas entre a depressão e o género, pelo que se pode afirmar que as mulheres são mais depressivas que os homens, tal como se pode verificar no quadro 2.

Quadro 2: Teste Mann - Whitney a relacionar o género com a depressão no idoso

Género	Masculino		Feminino		Teste Mann-Whitney	
	N	Valores médios	N	Valores médios	U	
Depressão	41	50,48	78	65,01	p	0,028

Outro método não paramétrico é o teste de Kruskal – Wallis. Através deste, faz-se a análise de variância de um caminho por postos a fim de se testar a igualdade da população mediada entre grupos. É uma extensão de U do teste de Mann - Whitney para 3 ou mais grupos.

Este teste é comumente utilizado quando há uma variável nominal e uma variável de medição, e a variável de medida não atende à normalidade das distribuições. É o teste análogo, não-paramétrico do teste paramétrico Anova, pois este pode gerar estimativas imprecisas do valor p, quando os dados estão muito longe da distribuição normal.

Com o intuito de se observar os efeitos que a variável estado civil tem sobre a depressão nos idosos utilizou-se o referido teste (apud quadro 3). Os resultados das médias demonstram serem os divorciados que se apresentam mais depressivos, seguidos dos viúvos, tendo-se obtido diferenças estatisticamente significativas ($p = 0,032$). Assim, os resultados permitem afirmar, que existem diferenças entre o estado civil e a depressão no idoso. Pelo que se pode dizer que os divorciados e os viúvos apresentam maiores níveis de depressão que os casados, que os solteiros e do que os que vivem em união de facto.

Quadro 3: Teste de Kruskal - Wallis a relacionar o estado civil com a depressão no idoso

Estado civil	Casado		Solteiro		Divorciado		Viúvo		União de facto		Teste de Kruskal-Wallis	
	N	Valores médios	N	Valores médios	N	Valores médios	N	Valores médios	N	Valores médios	K	
Depressão	53	50,34	6	58,17	5	76,30	54	68,97	1	17		10,578
											p	0,032

As habilitações literárias dos idosos desta amostra são genericamente baixas como já se pôde constatar através das estatísticas descritivas. Os valores observados revelaram que também no que concerne à escolaridade e de acordo com o seguinte quadro, se observam diferenças estatisticamente muito significativas ($p = 0,008$) entre o nível de escolaridade e a depressão no idoso. Ou seja, são os idosos com curso médio, seguidos dos analfabetos que se mostram mais depressivos.

Desta forma e perante estes resultados, admite-se a relação entre a escolaridade e a depressão no idoso.

Quadro 4: Teste de Kruskal - Wallis a relacionar a escolaridade com a depressão no idoso

Escolaridade	Analfabeto		Sabe ler e escrever		Instrução primária		Curso médio		Curso superior		Teste de Kruskal-Wallis	
	N	Valores médios	N	Valores médios	N	Valores médios	N	Valores médios	N	Valores médios	K	
Depressão	27	72,19	27	64,13	54	49,14	10	78,90	1	17		13,771
											p	0,008

Estudos similares ao que se está a desenvolver têm mostrado, que os factores económicos são bastante relevantes para a depressão no idoso.

Em conformidade quis-se verificar essa relação na amostra em estudo. E contrariamente ao esperado, não se encontraram diferenças significativas entre as variáveis.

A análise da variância revela uma probabilidade de 0,673, a qual rejeita a relação em estudo. Pelo que podemos concluir não existir diferenças entre os grupos.

Quadro 5: Teste de Kruskal - Wallis a relacionar a situação económica com a depressão no idoso

Situação Económica	< 200€		200€ - 400€		401€ - 600€		601€ - 800€		> 800€		Teste de Kruskal-Wallis	
	N	Valores médios	N	Valores médios	N	Valores médios	N	Valores médios	N	Valores médios	K	
Depressão	18	69,08	59	61,00	22	67,37	9	74,50	11	68,73		2,342
											p	0,673

Vários são os estudos que referem que a institucionalização é um factor de grande relevo para a depressão no idoso.

Pela análise estatística efectuada, verifica-se que também nesta amostra e de acordo com a bibliografia, se encontram diferenças estatisticamente muito significativas ($p = 0,003$), assim e como se observa no quadro 6, constata-se que são os idosos que se encontram em habitação cedida que apresentam maior índice de depressão, seguidos do que se encontram em regime de centro de dia e dos que se encontram em lares.

Deste modo e corroborando com vários estudos nacionais e internacionais, admite-se que o local onde os idosos vivem contribuem para estados depressivos, admitindo-se também que a institucionalização é uma condição de grande importância.

Quadro 6: Teste de Kruskal - Wallis a relacionar o local onde vive com a depressão no idoso

Local onde vive	Habitação própria		Habitação alugada		Habitação cedida		Lar de idosos		Centro de dia		Teste de Kruskal-Wallis	
	N	Valores médios	N	Valores médios	N	Valores médios	N	Valores médios	N	Valores médios	K	
Depressão	59	51,75	11	41,36	8	84,13	19	69,24	22	74,68	p	0,003

A aplicar-se o Teste Mann – Whitney, com intuito de se perceber a relação entre a presença de doenças concomitantes e a depressão, obteve-se um nível de significância de 0,009. Desta forma pode-se dizer que existem diferenças estatisticamente muito significativas entre as variáveis referidas, pelo que se pode afirmar que, os que possuem doenças concomitantes são os que se encontram mais depressivos, tal como se pode verificar no quadro 7.

Quadro 7: Teste Mann - Whitney a relacionar o facto de possuir doenças concomitantes com a depressão no idoso

Possui doença concomitante	Sim		Não		Teste Mann-Whitney	
	N	Valores médios	N	Valores médios	U	
Depressão	96	64,05	23	43,09	p	0,009

Após análise da relação entre os aspectos sócio – demográficos: idade, género, estado civil, escolaridade, situação económica, local onde vive e presença de doenças concomitantes e a depressão no idoso, apura-se que todos excepto a situação económica têm relação, tendo sido estes confirmados através de resultados estatisticamente significativos. Assim e em jeito de conclusão pode-se afirmar que a hipótese formulada é

parcialmente aceite, uma vez em que só uma variável sócio – demográfica não se mostra preditiva da relação entre variáveis.

Esta relação é rejeitada desta forma para a variável situação económica.

Hipótese 2: Existe relação entre o nível de independência nas actividades básicas de vida diária e a depressão no idoso.

Com o intuito de se observar os efeitos que a variável nível de independência nas AVDs tem sobre a depressão nos idosos utilizou-se a correlação de Spearman, conforme se observa no quadro 8.

Os resultados demonstram, com alto nível de significância ($Rho = -0,517$; $p = 0,000$), que quanto maior o índice de katz (mais independente o idoso se encontra), menos deprimido está.

Tais resultados permitem considerar a hipótese enunciada como válida, devido às diferenças estatisticamente encontradas entre as variáveis, aceitando-se como possível que o nível de independência nas actividades AVDs influencia a depressão no idoso.

Quadro 8: Correlação de Spearman a relacionar o nível de independência nas actividades básicas de vida diária com a depressão no idoso

Nível de independência nas actividades de vida diárias	Depressão	
	Rho	-0,517
	p	0,000
	N	119

Hipótese 3: O grau de satisfação com a vida influencia a depressão no idoso.

Para testar a terceira hipótese, recorreu-se mais uma vez à aplicação do Teste de Kruskal-Wallis (apud quadro 9).

Os resultados estatísticos encontrados demonstram com alta significância ($p = 0,000$) que os idosos mais satisfeitos apresentam-se menos depressivos, seguidos dos moderadamente satisfeitos, sendo que, aqueles que se encontram menos satisfeitos com a vida, são os mais depressivos. Perante estes resultados estatísticos, aceita-se a hipótese enunciada, admitindo que o grau de satisfação com a vida influencia a depressão no idoso.

Quadro 9: Teste de Kruskal - Wallis a relacionar o grau de satisfação com a vida com a depressão no idoso

Grau de Satisfação com a vida	Pouco satisfeitos		Moderadamente Satisfeitos		Muito Satisfeitos		Teste de Kruskal-Wallis	
	N	Valores médios	N	Valores médios	N	Valores médios	K	
Depressão	46	81,46	15	51,53	58	45,17	p	0,000

9. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Anteriormente foram apresentados e analisados os resultados deste estudo, sendo que neste momento pretende-se discuti-los e interpretá-los, não só tendo em conta o significado de que se revestem neste contexto específico, mas também à luz de outras fontes estudadas.

A amostra foi constituída por 119 indivíduos, dos quais 65,5% são mulheres e 34,5% homens, o que revela desigualdade na repartição por género. As idades oscilam entre os 65 e os 95 anos predominando uma média que se centra nos 78 anos.

São variadíssimos os estudos sobre idosos em que o predomínio feminino se verifica. Os factores que contribuem para esta tendência prendem-se com a relação de masculinidade, os efeitos de sobremortalidade masculina, os efeitos dos fluxos migratórios e da esperança de vida, que como se sabe é mais elevada no caso das mulheres (INE, 2010).

Observa-se ainda um aumento da população mais idosa, dentro da população com 65 e mais anos, o que por sua vez tem acentuado esta diferença entre géneros.

Considerando o estado civil, verifica-se que a viuvez é o estado que integra um maior número de idosos (45,4%) desta amostra, seguindo-se os casados (44,5%), os solteiros (5%), divorciados (4,2%) e por fim em menor nº os que se encontram em união de facto (0,8%).

Não há dúvida que a dissolução familiar essencialmente por morte do cônjuge, adquire neste estrato populacional uma importância crescente que não se verifica em grupos etários mais jovens.

Apesar da pequena percentagem (4,2%), os casos de divórcio encontrados nesta amostra revelam, que à semelhança das taxas de divórcio gerais, nesta subpopulação começa a verificar-se um aumento significativo nos idosos portugueses.

Relativamente à escolaridade, verifica-se que os baixos níveis são os predominantes, o que não surpreende na medida em que os dados nacionais revelam que a maioria da população idosa não possui qualquer nível de instrução completo.

A situação económica da maioria (49,6%) reflecte a ideia que os idosos em estudo se encontram em grande número no limiar da pobreza. Dispor mensalmente de rendimentos compreendidos entre os 200€ - 400€ significa não ter disponibilidade económica para satisfazer as necessidades básicas e viver condignamente. Estas são agravadas em muitos casos pelos gastos adicionais relativos à fraca saúde.

De facto, e de acordo com dados do INE (2010), a incidência da pobreza é mais forte nos agregados com idosos, apresentando os idosos sós e casais de idosos maior vulnerabilidade. Acrescenta ainda o mesmo organismo, que níveis insuficientes de rendimento traduzem-se naturalmente em condições de vida abaixo do que pode ser considerado desejável.

Todos os idosos desta amostra se encontram reformados e a maioria (76,5%) tem uma pensão de reforma que deriva do limite de idade (do regime contributivo). Há ainda grupos significativos dos rendimentos derivados de pensões sociais (10,9%), por invalidez (8,4%) e por cônjuge (4,2%).

A insatisfação com os valores da reforma, foi um sentimento expresso por 76,5% dos idosos inquiridos, o que era previsível à luz dos rendimentos maioritariamente auferidos.

A análise do local onde vive revela que a maioria dos idosos reside em casa própria (49,6%). No entanto há que considerar que 9,2% habita em casas alugadas e 6,7% em casas cedidas por entidades diversas, o que reforça a ideia da desvantagem económica e conseqüente pobreza em que se movimenta este grupo populacional. Ainda se verificou que 18,5% se encontram em regime de centro de dia e 16% encontram-se em lares.

Analisando a informação sobre as formas de vivência familiar dos idosos verificou-se, que 47,1% habita com o cônjuge, logo a seguir o residir com os filhos é a situação do segundo maior grupo (16%) seguidos dos que vivem sozinhos (15,1%), exceptuando os 16% que residem num lar.

Ainda relativamente à caracterização sócio – demográfica da amostra, constatou-se que 80,7% apresentam alguma doença concomitante, o que não é de admirar numa população envelhecida.

Quanto ao nível de independência nas AVDs, mesmo sendo esta uma amostra envelhecida e com grande percentagem de idosos com doenças concomitantes, verificou-se

que é maioritariamente independente, 84%. Contudo apurou-se ainda que 11% dos idosos são muitos dependentes e os restantes 5% apresentam-se moderadamente dependentes.

No que concerne ao grau de satisfação com a vida, constatou-se que os idosos em estudo encontram-se na sua maioria (48,7%) muito satisfeitos com a vida. No entanto 38,7% referiram encontrarem-se pouco satisfeitos e ainda 12,6% moderadamente satisfeitos.

Estes dados, tal como refere Cruz (2010) estão de acordo com vários estudos realizados com idosos, que evidenciam predominância de satisfação com a vida, mesmo tendo em consideração a deterioração da saúde e de outras perdas.

Já no que diz respeito à depressão, verificou-se que os idosos desta amostra se encontram maioritariamente com depressão ligeira 70,6%, o que não surpreende, pois são vários os estudos nacionais e internacionais que evidenciam o predomínio da depressão nesta faixa etária. Todavia é de referir ainda que 28,6% dos idosos em estudo não apresentam qualquer nível de depressão e apenas 0,8 apresentam depressão grave.

Realizada a análise inferencial, verificou-se que os factores sócio – demográficos, com excepção da situação económica, interferem com a depressão. Ou seja factores como a idade, o género, estado civil, escolaridade, o local onde vivem e a presença e doenças concomitantes influenciam de alguma forma a depressão no idoso.

Relativamente à idade e ao género, verificou-se que ambos interferem com a depressão. Constatou-se que as mulheres são mais depressivas que os homens e que quanto maior a idade mais depressivos se apresentam.

Vários estudos demonstram que a idade, muitas vezes associada a outras condicionantes como o luto, situação económica, doenças concomitantes, está relacionada com a depressão no idoso. Exemplo do que fica dito é o estudo levado a cabo por Santos (2002), onde se constatou que a depressão é mais frequente em idosos do sexo feminino e por outro lado é também mais frequente nos idosos internados e nos mais idosos.

Também Ferreira (2005), num estudo que englobou 25 idosos verificou que, os idosos com idade ≥ 85 anos, todos apresentavam depressão grave. No entanto, no grupo etário dos 65-74 anos, apenas 16,7% mostram sinais de depressão grave, sendo que 33,3% se encontram sem depressão e 50% apresentam depressão moderada. Dos 75-84 anos nenhum idoso se encontra sem sinais de depressão independentemente do nível.

Também a influência do género na depressão tem sido alvo de vários estudos, surgindo algumas diferenças importantes. Em termos de prevalência, esta patologia é mais frequente no género feminino, embora outros factores possam participar concomitantemente com a influência do género. A nível da apresentação clínica da doença, é reportado mais frequentemente, no género feminino, a existência de sintomas somáticos como a fadiga, alterações do comportamento alimentar e dos hábitos de sono; em contrapartida, no género masculino, é reportado com mais frequência a agitação psicomotora, o que poderá estar relacionado com uma taxa de suicídio superior neste género.

Corroborando com esta opinião, Sousa (2008), que num estudo efectuado numa Instituição Particular de Solidariedade Social concluiu que “a depressão prevalece nos idosos do sexo feminino”.

O alto percentual de mulheres com indícios depressivos é justificado em diferente literatura. De acordo com a OMS a depressão afecta cerca de 20% das mulheres contra 15% dos homens no decorrer de sua vida (Grevet e Knijnik, 2001). Neste sentido, pesquisas feitas por Breton (2000) apontam para um relato da literatura que mostra prevalência de depressão no género feminino de duas a cinco vezes maior do que o masculino.

Por curiosidade, cruzaram-se os dados relativos às variáveis género e idade com o grau de dependência nas AVDs e com o grau de satisfação com a vida. Os dados mostram que existem de facto correlações com as variáveis descritas ou seja: quanto mais idade, maior o nível de dependência e menor o grau de satisfação com a vida.

Observando o género, constatou-se que são os homens aqueles que apresentam maiores índices de satisfação com a vida contrariamente às mulheres, uma vez que estas apresentam valores mais baixos.

No que concerne á associação entre género e índice de independência nas AVDs, constatou-se que esta não existe com níveis de significância. Também Sousa (2008), num estudo realizado em idosos de um centro de dia, e utilizando a mesma escala (Índice de Katz) verificou que “não existe relação entre o sexo e a autonomia dos idosos em questão das actividades de vida diária”.

Quis-se ainda saber que tipo de relação existia entre estado civil e depressão: deste modo constatou-se que são os divorciados e os viúvos, aqueles que se apresentam mais depressivos.

Tal como refere Salgueiro (2007), os eventos stressantes, como o divórcio, acidentes traumáticos ou as próprias perdas de familiares e amigos podem ser predisponentes para estados depressivos. É normal o sentimento de tristeza surgir após uma perda. Passa-se por processo de luto e, se não for patológico, consegue-se seguir com a vida em diante. Contudo entra aqui em linha de conta, novamente, a personalidade pré-mórbida, ou seja, se já houver uma certa tendência depressiva é normal que a própria depressão venha a instalar-se. “A depressão é uma resposta inadequada à perda” (KAPLAN, 1997, p.82, cit. por SALGUEIRO 2007).”

Ainda segundo dados norte-americanos 78% das pessoas viúvas têm mais de 65 anos. E observa-se nestas idades um aumento de consultas médicas e um aumento da mortalidade por suicídio e acidentes. Provavelmente a depressão não tratada nesta fase pode contribuir para este quadro. Os viúvos têm depressão e por isso uma percepção negativa da vida, tendem a usar o tabagismo ou mesmo drogas e podem apresentar um comprometimento do sistema imunológico. O luto é um factor desencadeante de transtornos de ansiedade. Após um período de 6 meses 24% a 30% apresentam um quadro depressivo, ao longo de 1 ano, 16% apresentam depressão e em torno de 2 anos 15% apresentam depressão. O luto complicado está associado à história pessoal anterior de transtorno depressivo e a história familiar de depressão.

No que diz respeito à escolaridade relacionada com a depressão, aferiu-se neste estudo que são os idosos com curso médio, seguidos dos analfabetos que se mostram mais depressivos.

Relativamente à situação económica e contrariamente ao descrito por Vaz (2009) que refere que o baixo rendimento tem sido relatado como factor de risco para a depressão, sendo que os sintomas desta se associam significativamente a idosos economicamente dependentes, nesta amostra esta variável não parece exercer esta relação. Verificou-se apenas que os idosos mais independentes são os que se encontram mais insatisfeitos com a reforma.

A influência do local onde se vive sobre a depressão é notória, uma vez que o facto de se encontrar institucionalizado se reveste de grande relevância, pois constatou-se que são os idosos que vivem em habitações cedidas, seguidos dos que se encontram em regime de centro de dia e dos que residem em lares os que se encontram mais depressivos.

Neste sentido, e para Salgueiro (2007), a institucionalização é outro factor que pode vir a desencadear estados depressivos. A ida do idoso para o lar dá-se, na grande maioria dos casos, após a perda do cônjuge. Para além desta perda, ao entrar na instituição o idoso deixa a sua casa, deixa de ter os seus horários, deixa de tomar conta de si. Foi para o lar, provavelmente, porque perdeu a sua autonomia e é dependente de terceiros. Todas estas perdas fazem com que haja uma sensação de diminuição pelo que pode-se chamar locus de controlo sobre o ambiente externo.

Relativamente á relação entre as variáveis depressão e as doenças concomitantes apurou-se que existe influência. Pois os que possuem múltiplas doenças são os que se encontram mais depressivos. Neste sentido, apurou-se que os idosos independentes são aqueles que menos doenças possuem e mais satisfeitos com a vida se encontram, o que corrobora a literatura encontrada.

Na verdade são vários os estudos que referem que a depressão é uma complicação psiquiátrica frequente nos doentes com acidente vascular cerebral, com consequências negativas nas relações interpessoais, familiares, sociais e na qualidade de vida. Outros dizem ainda que a depressão é um factor de risco para o desenvolvimento da doença coronária levando a um aumento da mortalidade pós enfarte do miocárdio, aumentando a incidência de arritmias ventriculares pelo predomínio do sistema nervoso simpático. Uma outra relação estabelecida prende-se com o facto de a depressão afectar a coagulação e a trombogénese.

Quanto á relação entre o nível de independência nas AVDs e a depressão verificou-se que os resultados demonstram (com alto nível de significância) que os idosos independentes são os que se encontram menos depressivos.

Ao analisar a influência do grau de satisfação com a vida na depressão, pôde constatar-se que os idosos mais satisfeitos eram aqueles que se apresentavam menos depressivos, admitindo-se que o grau de satisfação com a vida se constitui uma variável com influência na depressão no idoso.

Com a concretização deste estudo e após análise inferencial das escalas utilizadas, constatou-se que há relação entre o grau de satisfação com a vida com o índice de independência nas AVDs e com a depressão, ou seja, quanto mais independentes maior o grau da satisfação com a vida e menores são os índices de depressão.

De acordo com Sousa, Galante e Figueiredo (2003), a obtenção de dados de caracterização da qualidade de vida e bem-estar dos idosos, do ponto de vista dos próprios, é um dado que pode ser fundamental para dinamizar medidas adequadas a essa população que permitam alcançar um envelhecimento bem sucedido. Sendo assim, um envelhecimento bem sucedido é acompanhado de qualidade de vida e bem-estar. Neste sentido e de acordo com Victor et al. (2000), os modelos de qualidade de vida vão desde a satisfação com a vida ou bem-estar social a modelos baseados em conceitos de independência, controle de competências sociais e cognitivas. Neste sentido, a qualidade de vida/satisfação com a vida/independência, revestem-se de grande importância para um envelhecimento bem sucedido/ ausência e depressão.

10.CONCLUSÕES / SUGESTÕES

O envelhecimento gradual da população portuguesa é uma realidade crescente e, como tal, urge reconhecê-lo e estudá-lo com intuito de encontrar soluções adequadas para os problemas que possam surgir e assim desenvolver estratégias que visem proporcionar-lhes um envelhecimento bem-sucedido.

Durante os últimos anos surgiram numerosos trabalhos científicos colocando em evidência o facto da depressão geriátrica possuir características distintas, particularmente ao nível da idade de aparecimento, apresentação clínica, etiologia, factores de risco, evolução e prognóstico, bem como a sua relação com a autonomia nas actividades básicas de vida diária e grau de satisfação com a vida.

Assim, o principal objectivo deste trabalho consistia em identificar os diferentes níveis de depressão nos idosos por um lado; por outro, determinar a influência das variáveis sócio - demográficas, grau de satisfação com a vida e nível de independência nas actividades básicas de vida diária no próprio construto depressão.

Desta forma e tendo em consideração o desenho de investigação, os objectivos formulados e as hipóteses enunciadas, as conclusões mais relevantes desta pesquisa são as que seguidamente se apresentam:

- A maioria dos idosos da amostra em estudo encontram-se em estados depressivos do tipo ligeiro;

- Aspectos sócio - demográficos como o género, a idade, estado civil, nível de escolaridade, o local onde vive (particularmente o facto de se encontrar institucionalizado) e a presença de doenças concomitantes influenciam a depressão no idoso, ou seja: constatou-se que as mulheres são mais depressivas que os homens e que quanto maior a idade mais depressivos se apresentam. Constatou-se ainda que são os divorciados e os viúvos, aqueles que se apresentam mais deprimidos. No que diz respeito à escolaridade relacionada com a depressão, aferiu-se neste estudo que são os idosos com curso médio, seguidos dos analfabetos os que mostram maiores índices de depressão. Também se

verificou que são os idosos que vivem em habitações cedidas, seguidos dos que se encontram em regime de centro de dia e dos que residem em lares os que se encontram mais deprimidos, assim como os que possuem múltiplas doenças;

- Contrariamente a outros estudos, neste, a situação económica não se revelou uma variável influente na depressão dos idosos;

- O grau de independência nas actividades básicas de vida diária influencia negativamente a depressão nos idosos;

- O grau de satisfação com a vida influencia negativamente a depressão nos idosos.

Este trabalho apresenta como principal limitação, o facto dos resultados obtidos não se puderem generalizar, uma vez que se trata de uma amostra não probabilística. Contudo, constitui um pequeno contributo, que permite conhecer melhor os idosos e compreender alguns factores que influenciam positiva ou negativamente a depressão, e assim reforçam a pertinência e legitimidade das pesquisas nesta área.

Envelhecer bem não depende da sorte nem é um privilégio, mas sim uma condição a ser alcançada, se a pessoa trabalhar para isso e se o meio no qual vive lhe proporcionar as condições necessárias.

Assim e com a esperança média de vida a atingir números cada vez maiores, torna-se imperioso definir estratégias que garantam aos idosos um envelhecimento saudável e conseqüentemente menos depressivos.

Num país em que os cuidados de saúde prestados às pessoas idosas não tem a atenção que a sua especificidade merece, falar de aspectos organizacionais da prestação de cuidados de saúde mental aos cidadãos pertencentes a esta faixa etária pode parecer pouco mais que retórica.

No entanto, nos últimos anos alguns passos têm sido dados, nomeadamente através da publicação do Plano Nacional de Saúde 2004-2010, através do Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas e do Relatório do Grupo de Trabalho sobre a Saúde Mental no Envelhecimento e Pessoas Idosas. Nestes documentos são múltiplas e bastante significativas as referências aos problemas de saúde mental associados ao envelhecimento e as suas conseqüências para a saúde da comunidade.

A falta de cuidados psiquiátricos adequados à população idosa associada à falta de meios e serviços técnicos especializados resulta num aumento da sobrecarga para os

cuidadores informais ou na institucionalização desajustada, com inevitáveis consequências na perda da autonomia e da independência e no grau de satisfação com a vida e depressão

Desta forma, considera-se importante continuar a investir em trabalhos nesta área, uma vez que, apesar dos avanços significativos que se vão notando, observa-se que os estudos e pesquisas científicas na área da depressão nos idosos, não são suficientes para o reconhecimento e adopção de novas estratégias para um envelhecimento saudável e activo.

BIBLIOGRAFIA

ALONSO, I. Zarragoitia – **La depresión en la tercera edad** – [Consultado 16 de Outubro 2011]. Disponível em <http://www.Geriatrianet.com> – Revista Electrónica de Geriatria e Gerontologia, Vol. 5, Nº 2, 2003. ISSN 1575-3166.

ALVES, Vivian Cristina Pacola – **Stress e qualidade de vida em grupos de idosos: análise e comparação**. Campinas: [s.n], 2008. Tese de Mestrado. [Consultado 13 de Março 2011]. Disponível em <http://www.bibliotecadigital.puc.campinas.edu.br/tdebusca/arquivo.php?codArquivo=45>.

ANDREOTTI, R. A.; OKUMA, S.S. - **Validação de uma bateria de testes de actividades da vida diária para idosos fisicamente independentes**. Revista Paulista Educação Física, São Paulo, 13 (1): 46- 66,1999. [Consultado a 26 Outubro de 2010]. Disponível em <http://artigosdownload.blogspot.com/2010/08/o-idoso-depressao-e-a-atividade-fisica.html>.

BALLONE, G. J. - **Depressão do idoso**, 2001. [Consultado a 26 de Outubro 2010]. Disponível em: <http://www.psiqweb.med.br/geriat/depidoso.html>.

BARRETO, João – **Tratamento actual da depressão no idoso**. Disponível em Psicogeriatria, Editora Psiquiatria Clínica, 2006.

BERGER, Louise M. Éd; POIRIER, Danielle Mailloux – **Pessoas idosas uma abordagem global: processo de enfermagem por necessidades**. Lisboa: Lusodidacta, 1999. ISBN 972-95399-8-7.

BRETON, S. - **Depressão: esclarecendo suas dúvidas**. São Paulo: Agora, 2000. [Consultado a 11 de Fevereiro 2011]. Disponível em <http://www.efdeportes.com/efd124/atividade-fisica-e-depressao-no-idoso.htm>.

BURNS, Alistair; HALLWELL, Christopher– **Reconhecer a depressão no idoso** – disponível e: Nursing, Nº 163, Fevereiro, 2002.

CABETE, Dulce – **O Idoso, a doença e o hospital**. Lisboa: Lusociência, 2005. ISBN: 972-8383-89-4.

COSTA, Maria A. M. et al. – **O Idoso, problemas e realidades**. Coimbra: Formassau; Formação e Saúde LDA; 1999.

CRUZ, Ana Patrícia – **Influência dos acontecimentos de vida stressantes na satisfação com a vida dos idosos**. Viseu: IPV – ESSV, 2010. Tese de pós-licenciatura de especialização.

DIOGO, Maria José D'Elboux – **Satisfação global com a vida e determinados domínios entre idosos com amputação de membros inferiores**. Revista Panamericana de Salud Pública. Washington. ISSN 1020-4989. Vol. 1, n.º 1 (Junho 2003).

FERREIRA, Sérgio – **Escala de depressão geriátrica (Yesavage)**. Aveiro: UA – SACS, 2005. Tese de pós-licenciatura de especialização.

FONTAINE, Roger– **Psicologia do envelhecimento** – Lisboa, Climepsi Editores, 1ª edição, 2000.

FORTIN, Marie-Fabienne – **Fundamentos e etapas do processo de investigação**. Loures: Lusociência, 2006. ISBN 978-989-8075-18-5.

GONZÁLEZ, P. Dominguez - **Depresión** – in Pathos – Monografías de Patología Peral, Psiquiatria Y Atención Primaria, Nº 97, Tomo II, Janeiro, 1993. [Consultado a 16 de Outubro 2010] Disponível em <http://www.forumenfermagem.org/index.php?option=comcontent&view=article&id=2939:determinantes-psico-sociais-da-depressao-noidoso&catid=156>.

GREVET, Eugenio Horácio; KNIJNIK, Lais - **Diagnóstico de depressão maior e distímia**. Revista AMRIGS, Porto Alegre, v. 45, n.3, p.108-110, jul. - dez. 2001. [Consultado a 11 de Fevereiro 2011]. Disponível em <http://www.efdeportes.com/efd124/atividade-fisica-e-depressao-no-idoso.htm>.

<http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/population/data/database>
[Consultado a 16 Outubro de 2010].

http://www.bancoreal.com.br/campanhatalentos7concursomo_miriam.pdf [Consultado 10 de Janeiro 2011].

<http://www.dolceta.eu/portugal/Mod5/IMG/pdf/censo2001destaque.pdf> [Consultado a 16 Outubro de 2010].

<http://www.hartfordign.org> [Consultado a 02 Novembro de 2010].

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA. [Consultado a 25 de Out. 2010]. Disponível em http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_main.

LAKATOS, E. Maria; MARCONI, M. Andrade – **Metodologia Científica**. 2ª Edição, São Paulo: Editora Atlas, 1995.

LAPID, Maria I.; RUMMANS, Teresa A. – **Evaluation and management of geriatric depression in primary care** – in Mayo Clin. Proc., Nº 78, 2003. [Consultado a 16 de Outubro 2010] Disponível em <http://www.forumenfermagem.org/index.php?option=comcontent&view=article&id=2939:determinantes-psico-sociais-da-depressao-noidoso&catid=156>.

LLEWELLYN-JONES, Robert H. et al – **Intervenção multifacetada com cuidados partilhados para a depressão em idade avançada, efectuada em lares: estudo aleatorizado e controlado** – in Psiquiatria na Prática Médica, Editora de Revistas e Livros Lda, Vol. 12, Nº 6, Novembro/Dezembro, Lisboa, 1999.

MAIA, A.; GUIMARÃES, C.; CARVALHO, C.; CAPITÃO, L.; CARVALHO, S. e CAPELA, S. – **Maus-tratos na infância, psicopatologia e satisfação com a vida**. Braga: Universidade do Minho. 2007. Tese de pós-licenciatura de especialização. [Consultado a 16 de Março 2011] Disponível em <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/7066/1/'Maus-tratos%20na%20inf%C3%A2ncia,%20psicopatologia%20e%20satisfa%C3%A7%C3%A3o%20com%20a%20vida.pdf>.

MARTINS, Rosa Maria – **A depressão no idoso**. Revista Millenium. Viseu: ISPV. ISSN (edição electrónica). N.º 34 (Abril 2008).

MARTINS, Rosa Maria Lopes – **Qualidade de vida dos idosos da região de Viseu**. Tese de Doutoramento, 2004. [Consultado a 16 de Março 2011]. Disponível em <http://www.ipv.pt/temaseresumos/essv7.pdf>

MELO, F. G. – **Métodos estatísticos em psicologia**. Edições Escola Nacional de Saúde Pública, Lisboa, 1995.

MESQUITA, Raul; DUARTE, Fernanda – **Dicionário de psicologia**. Lisboa, Platano Editora, SA., 1996.

MIGUEL, Filho E.; ALMEIDA O. de - **Aspectos psiquiátricos do envelhecimento**. Disponível em: Carvalho Filho E. de, Netto M., Organizações. Geriatria: Fundamentos, Clínica e Terapêutica. São Paulo: Atheneu; 2000. [Consultado a 26 de Outubro 2010]. Disponível em <http://www.inpaonline.com.br/artigos/voce/depressao.htm>.

NERI, Anita Liberalesso – **Desenvolvimento e envelhecimento: perspectivas biológicas, psicológicas e sociológicas**. Campinas: Papiros, 2001. ISBN 85-308-0632-8.

NERI, Anita Liberalesso - **Envelhecimento e qualidade de vida na mulher**. Em 2º Congresso Paulista de Geriatria e Gerontologia. Santos: SBGG- São Paulo (CD-ROM), 2001. [Consultado 10 de Janeiro 2011]. Disponível em <http://www.cienciasecognicao.org>.

NERI, Anita Liberalesso – **Escala para avaliação de satisfação na vida referenciada a domínios**. Universidade Estadual de Campinas, 1998 (texto de circulação interna – pós-graduação em Gerontologia. [Consultado 10 de Janeiro 2011]. Disponível em <http://www.edefortes.com/ef118/idosos-praticantes-de-atividade-fisica.html>.

NERI, Anita Liberalesso – **Qualidade de vida e idade madura**. Campinas: Papiros, 1993. [Consultado 10 de Janeiro 2011]. Disponível em <http://www.edefortes.com/ef118/idosos-praticantes-de-atividade-fisica.html>.

NIEMAN, D. - **Exercício e saúde**. São Paulo: Manole, 1999. [Consultado a 26 Outubro de 2010]. Disponível em <http://artigosdownloads.blogspot.com/2010/08/o-idoso-depressao-e-a-atividade-fisica.html>

PARADELA, Emylucy M.P; LOURENÇO, Roberto A.; VERAS Renato – **Validação da escala de depressão geriátrica em ambulatório geral**. Revista Saúde Publica, nº39, 2005.

PENNA, Fabíola; SANTO, Fátima – **O movimento das emoções na vida dos idosos: um estudo com um grupo da terceira idade**. Revista Electrónica de Enfermagem, vol. 08, n. 01, p. 17 – 24, 2006. [Consultado a 16 de Março 2011]. Disponível em http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_1/original_02.htm.

PESTANA, M. e GAGEIRO, J. – **Análise de Dados para Ciências Sociais**. A Complementaridade do SPSS, 3ª Ed., Lisboa: Edições Sílabo, 2003.

PORCU, M.et al. - **Estudo comparativo sobre a prevalência de sintomas depressivos em idosos hospitalizados, institucionalizados e residente na comunidade.** Acta Scientiarum.Maringá, v.24, n. 3, p.713-717, 2002. [Consultado a 26 de Outubro 2010]. Disponível em <http://www.inpaonline.com.br/artigos/voce/depressao.htm>.

PORTUGAL, MINISTÉRIO DA SAÚDE – “Plano Nacional de Saúde 2004-2010”, Direcção Geral de Saúde, Vol I e II, Lisboa, 2004.

SALGUEIRO, Hugo D. – **Determinantes psicossociais da depressão no idoso.** Nursing nº 222, Julho de 2007. [Consultado a 16 de Outubro 2010] Disponível em <http://www.forumenfermagem.org/index.php?option=comcontent&view=article&id=2939:determinantes-psico-sociais-da-depressao-noidoso&catid=156>.

SANTOS, Purificação F. C. – **A Depressão no idoso: estudo da relação entre factores pessoais e situacionais e manifestações da depressão.** Lisboa: Quarteto Editora, 2ªEdição, 2002. ISBN: 972-8535-61-9.

SEQUEIRA, Carlos – **Cuidar de idosos com dependência física de mental.** Lisboa: Lidel, 2010. ISBN: 978-972-757-717-0.

SILVA, José Vitor da – **Saúde do idoso: processo de envelhecimento sob múltiplos aspectos.** São Paulo: Iátria, 2009. ISBN 978-85-7614-059-7.

SILVA, Patrícia Nogueira da – **Adaptação à reforma e satisfação com a vida: a importância da actividade e dos papéis sociais na realidade europeia.** Lisboa: ISCTE, 2009. Tese de Mestrado. [Consultado a 12 de Março 2011]. Disponível em <http://www.hdl.handle.net/10071/1879>

SIMÕES, Mário – **Depressão nas idades avançadas - aspectos práticos do diagnóstico, terapêutica e da relação médico – paciente deprimido idoso e seus familiares.** Revista Portuguesa de Medicina Geriátrica – Geriatria, Ano IX, nº 86, Junho 1996.

SOUSA, Fernando António – **Depressão e actividades de vida diária no idoso.** Aveiro: UA – SACS, 2008. Tese de Mestrado.

SOUSA, Liliana; GALANTE, Helena; FIGUEIREDO, Daniela – **Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa.** Revista de Saúde Pública, 2003, vol.37, n. 3, ISSN 0034-8910.

SOUSA, Rilva; e tal – **Validade e fidedignidade da Escala de Depressão Geriátrica na identificação de idosos deprimidos em um hospital geral**. Universidade Federal da Paraíba, 2007.

SPAR, J.E; LA RUE, A. – **Guia prático de psiquiatria geriátrica**. Lisboa, Climepsi Editores, 2005, ISBN 972-796-139-8.

TEIXEIRA VERÍSSIMO, Manuel – **Actividade física e envelhecimento**. Disponível em Psicogeriatria, Editora Psiquiatria Clínica, 2006.

TEIXEIRA VERÍSSIMO, Manuel – **Avaliação multidimensional do Idoso**. Disponível em Psicogeriatria, Editora Psiquiatria Clínica, 2006.

TUCKMAN, Bruce W. – **Manual de investigação em educação**. 4ª Edição, Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2000.

VAZ, Sérgio Filipe – **A depressão no idoso institucionalizado: estudo em idosos residentes nos lares do distrito de Bragança**. Porto: UP – FPCE, 2009. Tese de Mestrado.

VICTOR, C; SCAMBLER, S; BOND, J; BOWLING, A. - **Being alone in later life: loneliness, social isolation and living alone**. Revista clínica de gerontologia, 2000; 10:407-17. [Consultado 10 de Janeiro 2011]. Disponível em <http://www.edefortes.com/ef118/idosos-praticantes-de-actividade-fisica.html>.

www.aditiva.pt [Consultado a 16 Outubro de 2010].

www.alea.pt [Consultado a 16 Outubro de 2010].