

Isabel Alexandra Egídio Correia de Ameixa Furtado

**PREVALÊNCIA DE DEPRESSÃO
E ESTRATÉGIAS ADOPTADAS PARA A SUA
PREVENÇÃO
EM PESSOAS COM IDADE IGUAL OU SUPERIOR
A 65 ANOS
INSTITUCIONALIZADAS E NÃO
INSTITUCIONALIZADAS**

Orientador: João Pedro Oliveira

**Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias
Faculdade de Ciências Sociais, Educação e Administração**

**Lisboa
2013**

Isabel Alexandra Egídio Correia de Ameixa Furtado

**PREVALÊNCIA DE DEPRESSÃO
E ESTRATÉGIAS ADOPTADAS PARA A SUA
PREVENÇÃO
EM PESSOAS COM IDADE IGUAL OU SUPERIOR
A 65 ANOS
INSTITUCIONALIZADAS E NÃO
INSTITUCIONALIZADAS**

**Tese/Dissertação apresentada na Universidade Lusófona
de Humanidades e Tecnologias para a obtenção do Grau
de Mestre em Gerontologia Social**

Orientador: Professor Doutor João Pedro Oliveira

**Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias
Faculdade de Ciências Sociais, Educação e Administração**

**Lisboa
2013**

A maneira como as sociedades se organizam para cuidar dos idosos é uma boa indicação da importância que atribui à dignidade do ser humano.

(WHO, 2001, p128)

Aos meus queridos avós António e Isabel.

Agradecimentos

Em primeiro lugar quero agradecer ao Professor Doutor João Pedro Oliveira pela atenção, disponibilidade, orientação, apoio e importantes sugestões e críticas que me motivaram a uma reflexão constante durante a realização desta dissertação de mestrado.

Em segundo lugar quero agradecer a todos os participantes deste estudo pela disponibilidade e, pelo tempo que dedicaram ao preenchimento dos questionários, partilhando uma experiência tão pessoal como é a sua vida.

Em terceiro lugar agradeço a todas as directoras técnicas onde realizei a recolha de dados, que me permitiram o acesso às suas instituições e que sempre se mostraram disponíveis para me ajudar.

Quero ainda agradecer aos meus amigos Luís Carlos Marvão e Tiago Dinis pela sua disponibilidade e atenção, pelos seus conhecimentos técnicos e, pelas suas sugestões sempre valiosas e pertinentes.

Um agradecimento especial à minha família, marido e filha querida pelo apoio e paciência e em especial aos meus pais pela motivação e suporte incondicional que me deram, pois sem eles, este percurso não teria sido possível.

A todos o meu muito obrigado!

Resumo

O presente estudo tem como principal objectivo explorar a diferença entre a prevalência de depressão, existente em pessoas com idade igual ou superior a 65 anos, institucionalizadas e não institucionalizadas, determinar o grau de depressão encontrado, assim como analisar as estratégias adoptadas para a prevenção e o seu impacto nestes dois grupos. Pretende analisar o papel que as variáveis sócio-demográficas e as variáveis psicossociais desempenham na prevalência da depressão e, também as relações que existem entre estas variáveis. Participaram no estudo 110 pessoas, de ambos os sexos, com idades compreendidas entre os 65 e os 96 anos. Como instrumentos de avaliação foram utilizados um questionário sócio-demográfico, e, a Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage e col. (1983), traduzida e adaptada para população portuguesa por Barreto, Leuschner, Santos, Sobral (2008). Os resultados encontrados apresentam para os dois grupos um grau de depressão ligeiro, para o grupo institucionalizado ($M=15.53$, $DP=2.686$) e, para o grupo não institucionalizado ($M=14.69$, $DP=3.485$), embora não tendo sido encontradas diferenças significativas entre os dois grupos, o grupo institucionalizado assume uma tendência ligeiramente superior, o mesmo acontece em função das estratégias adoptadas para a sua prevenção. Os resultados demonstram que não existem estratégias de prevenção da depressão únicas em termos de eficácia, em geral estas pessoas estão adaptadas ao seu contexto, embora revelem algum sofrimento em relação à sua vida presente, o que poderá indicar que muita coisa há ainda por fazer, pelo estado, instituições, comunidade e, pela família, no sentido de proporcionar-lhes as condições para uma vida mais feliz e, ao mesmo tempo prevenir e promover a sua saúde física e mental.

Palavras-chave: Envelhecimento; Prevenção da saúde; Saúde mental; Depressão.

Abstract

The present study's main purpose is to explore the difference of the prevalence of clinical depression in people with 65 and more years of age, whether they are institutionalized or not, to determine their respective degree of depression, to analyze the strategies used to prevent depression and its impact in these study groups. This study also aims to analyze the role that all social, demographical and psychosocial variables play in the prevalence of clinical depression, and also the relationships between these two variables. A sample of 110 people of both genders with ages comprehended between 65 and 96 years of age has been studied. The assessment tools were comprised of a sociodemographical questionnaire, and the Yesavage Geriatric Depression Scale (1983), properly translated and adapted to Portuguese by Barreto, Leuschner, Santos, Sobral (2008). Results show a mild depression level for both groups, ($M=15.53$, $DP=2.686$) for the institutionalized group and ($M=14.69$, $DP=3.485$) for the uninstitutionalized group. Although meaningful differences between the two groups haven't been found, the institutionalized group shows a slightly superior tendency, the same will happen according to the strategies employed for its prevention. Results also prove that there aren't any specific depression prevention strategies regarding effectiveness, in general, these people are adapted to their own context, although they show signs of suffering regarding their present lives, what might reveal that there is still much that can be done. Government, Institution, community and family-wise, in the sense of arranging for happier life conditions, and at the same time prevent and promote their physical and mental health.

Keywords: Aging; Health prevention; Mental Health; Depression.

Abreviaturas, siglas e símbolos

APA – American Psychological Association

CEDRU - Centro de Estudos de Desenvolvimento Regional e Urbano

CID 10 - Classificação Internacional de Doenças

DGS - Direcção Geral da Saúde

DSM IV - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder- 4ª Edição

EU - European Union

INE – Instituto Nacional de Estatística

OMS - Organização Mundial de saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

WESS - World Economic and Social Survey

WHO – World Human Organization

Índice

Resumo	5
Introdução.....	13
Capítulo 1- Envelhecimento e Saúde	17
1 – Envelhecimento	18
1.1 - Envelhecimento populacional em Portugal	20
1.2 – Envelhecimento, reforma e velhice	24
1.3 - Envelhecimento, luto e viuvez	30
1.4 – Envelhecimento, sociabilidades e redes sociais.....	32
1.5 - Família versus instituição	36
1.6 - Envelhecimento e saúde/doença mental	39
Capítulo 2- A Depressão	43
2 - A Depressão	44
2.1 - Factores de risco e prevalência de depressão	48
2.2 - Prevenção da saúde mental/ depressão	49
2.3 - Formas de abordagem e tratamento.....	51
Capítulo 3- Método.....	55
3. Método.....	56
3.1 Objectivos	56
3.2 Hipóteses.....	56
3.3-Variáveis.....	58
3.4-Amostra	59
3.4.1.- Seleção da amostra.....	59
3.4.2-Characterização da amostra	59
3.5-Instrumentos	66
3.5.1 Questionário Sócio-Demográfico.....	66
3.5.2 Escala de Depressão Geriátrica	66

3.6-Procedimento	67
3.7- Caracterização das Instituições contactadas	67
3.8-Tratamento de dados.....	69
Capítulo 4- Resultados	71
4.1- Apresentação dos Resultados	72
4.2-Discussão de resultados	83
Conclusão	88
Bibliografia.....	91
Anexos	
Anexo I	I
Anexo II.....	III

Índice de Figuras

Figura 1- O Modelo de Cuidados Faseados	54
---	----

Índice de Tabelas

Tabela 1- Depressão em Portugal Continental e Arquipélagos da Madeira e Açores.....	48
Tabela 2- Frequências/Percentagens da variável Instituição.....	60
Tabela 3- Frequências/Percentagens da variável Idade.....	60
Tabela 4- Frequências/Percentagens da variável Sexo.....	60
Tabela 5- Frequências/Percentagens da variável Estado Cível.....	60
Tabela 6- Frequências/Percentagens da variável Habilitações Literárias	61
Tabela 7- Frequências/Percentagens da variável Situação Profissional.....	61
Tabela 8- Frequências/Percentagens da variável Profissões	62
Tabela 9- Frequências/Percentagens da variável Energia	62
Tabela 10- Frequências/Percentagens da variável Grau de Dificuldade	62
Tabela 11- Frequências/Percentagens da variável Expectativas dia-a-dia	63
Tabela 12- Frequências/Percentagens da variável Preocupações.....	63
Tabela 13- Frequências/Percentagens da variável Preferências	64
Tabela 14- Frequências/Percentagens da variável Preferência/Frequência.....	64
Tabela 15- Frequências/Percentagens da variável Não Gosta/Dia-a-Dia.....	65
Tabela 16- Frequências/Percentagens da variável Necessidades	65
Tabela 17- Frequências/Percentagens da variável Vida Hoje	66
Tabela 18- Frequências/Percentagens da variável Melhor Vida	66
Tabela 19- Grau médio de depressão	72
Tabela 20-Diferença de Médias da Depressão em função da Idade.....	72
Tabela 21-Diferença de Médias da Depressão em função da Sexo.....	73
Tabela 22-Diferença de Médias da Depressão em função da Instituição.....	73
Tabela 23-Diferença de Médias da Depressão em função do Estado Civil	74
Tabela 24-Diferença de Médias da Depressão em função das Habilitações Literárias.....	74
Tabela 25-Diferença de Médias da Depressão em função da Situação Profissional.....	75
Tabela 26-Diferença de Médias da Depressão em função da Profissão.....	75
Tabela 27-Diferença de Médias da Depressão em função da Energia	76
Tabela 28-Diferença de Médias da Depressão em função do Grau de Dificuldade.....	76
Tabela 29-Diferença de Médias da Depressão em função das Expectativas dia-a-dia	77

Tabela 30-Diferença de Médias da Depressão em função das Preocupações	77
Tabela 31-Diferença de Médias da Depressão em função das Preferências	78
Tabela 32-Diferença de Médias da Depressão em função das Preferências/Frequência	78
Tabela 33-Diferença de Médias da Depressão em função de Não Gosta Dia-a Dia.....	79
Tabela 34-Diferença de Médias da Depressão em função das Necessidades	79
Tabela 35-Diferença de Médias da Depressão em função da Vida Hoje	80
Tabela 36-Diferença de Médias da Depressão em função de Melhor Vida	80
Tabela 37-Diferença de Médias da Depressão em função da Instituição e das Necessidades .	81
Tabela 38-Diferença de Médias da Depressão em função da Instituição e da Vida Hoje.....	82
Tabela 39- Correlação entre a Depressão e a Idade	82

Introdução

Para a Organização Mundial de Saúde, o envelhecimento populacional é considerado como um êxito das políticas de saúde pública e social, constituindo pois, a maior conquista da humanidade. A longevidade é encarada como um facto positivo no sentido de que ter uma vida prolongada deverá também ser sinónimo de ter uma boa qualidade de vida.

A saúde mental da população da EU encontra-se numa fase crucial, onde é imprescindível operar mudanças significativas, tendo em conta que a doença mental atinge um em cada quatro cidadãos, podendo conduzir a situações inclusive de suicídio, que causa demasiadas mortes, provocando alterações importantes em todos os sectores, quer sejam eles económico, social, educativo e judicial, levando à estigmatização e à consequente discriminação, que implica muitas vezes um crescente desrespeito pelos direitos mais básicos do ser humano (Comissão das Comunidades Europeias, 2005).

Segundo vários estudos epidemiológicos, a doença mental é actualmente, um dos factores mais importante e um dos principais desencadeadores de incapacidade e morbilidade social. Dentro das perturbações psiquiátricas incluídas na doença mental, a depressão é considerada como uma das 10 primeiras causas de incapacidade (Ministério da Saúde, 2008).

De acordo com a OMS, prevê-se que até ao ano 2020, a depressão atinja o segundo lugar do ranking de anos de vida perdidos por incapacidade, logo a seguir às doenças cardiovasculares.

A depressão pode atingir cerca de 20% da população e, em conjunto com esquizofrenia, é responsável por 60% dos suicídios (Ministério da Saúde, 2008).

Quando falamos em depressão, consideramos sobretudo um quadro de sintomas depressivos estabelecidos e caracterizados pelos critérios dos manuais internacionais CID 10 e DSM IV que pode atingir graus que vão de ligeiro, moderado, a grave e incapacitante, diagnosticáveis também através de escalas de depressão e, que interferindo em todos os aspectos do dia-a-dia de um indivíduo, se podem manifestar através de mudanças cognitivas e comportamentais que normalmente caracterizam esta desordem emocional, tais como: falta de motivação; dificuldade de concentração; problemas de sono; perda de gosto pela vida; fraqueza física; dificuldade de convívio com amigos, colegas e familiares; perturbações na vontade; desinteresse, perda de apetite, somatização; etc. ... (Zimerman, 2000)

A informação é limitada sobre doenças mentais. Estima-se que a prevalência de perturbações psiquiátricas na população geral ronde os 30%, sendo aproximadamente de 12% a de perturbações psiquiátricas graves, embora não existam dados de morbilidade psiquiátrica, de abrangência nacional, que permitam uma melhor caracterização do País (Ministério da Saúde, 2008).

Os dados de base populacional também não permitam estabelecer com fiabilidade a prevalência dos vários tipos de perturbação depressiva em Portugal (Ministério da Saúde, 2007).

Os estudos apontam para, no que diz respeito à população idosa na comunidade, os transtornos depressivos apresentarem uma prevalência entre os 4,8% e os 14,6%, em relação à população idosa institucionalizada ou hospitalizada, essa percentagem sobe para 22,0%, quando são utilizadas apenas as escalas de sintomas sem tomar em conta os critérios do DSM IV ou o CID 10 (Freitas et al, 2006).

Segundo a WHO (2001) a depressão encontrada em idosos ao nível dos cuidados primários revela percentagens da ordem de 37%.

Vários estudos realizados em Portugal, referidos por Fernandes (2000) revelam dados semelhantes, os idosos em geral apresentam prevalência de depressão e, entre eles os idosos institucionalizados apresentam percentagem de prevalência de depressão superior aos idosos não institucionalizados.

Em Portugal o Plano Nacional de Saúde das Pessoas Idosas consagra a depressão como um dos principais problemas a prevenir nesta faixa etária.

A prevenção da saúde, constitui pois um processo para dar às populações os meios de assegurar um maior controlo sobre a sua própria saúde e de a melhorar e, representa um processo global, que compreende não só as acções que visam reforçar as aptidões e capacidades dos indivíduos, mas também as medidas que visam alterar a situação social, ambiental e económica, de modo a reduzir os seus efeitos negativos sobre a saúde pública e sobre a saúde das pessoas (WHO, 1986).

A doença mental no sentido lato e, a depressão em sentido restrito necessita pois, de um maior acompanhamento ao nível dos cuidados de saúde, em especial de políticas ao nível da prevenção mais focalizadas e direccionadas para a população portuguesa (Comissão das Comunidades Europeias, 2005).

Ao pretender analisar a depressão em pessoas com 65 e mais anos, há que ter presente as variáveis sócio demográficas e psicossociais que podem apresentar-se como factores de risco e que, a podem ou não potenciar, assim como os determinantes contextuais que exercem particular importância ao nível dos condicionalismos sociais e culturais a que o indivíduo está exposto no seu dia-a-dia.

A presente investigação ao debruçar-se sobre o tema da saúde mental, mais especificamente sobre a depressão em pessoas com 65 e mais anos institucionalizadas e não institucionalizadas, tem como objectivos determinar a prevalência de depressão e, o seu grau, em pessoas com 65 e mais anos institucionalizadas e não institucionalizadas; perceber se existem diferenças entre a prevalência de depressão em pessoas com 65 e mais anos, institucionalizadas e não institucionalizadas; identificar as estratégias de prevenção da depressão no terreno e, perceber se estas estratégias adoptadas vão de encontro aos interesses específicos dos idosos a quem se destinam.

Este tema escolhido, insere-se no âmbito da minha formação de base em Psicologia, mais concretamente com a linha da Psicologia Positiva que pretende «prevenir em vez de remediar», isto querendo dizer que, ao pormos ao dispor dos indivíduos as condições que proporcionam um desenvolvimento saudável, essa condição reflectir-se à de um modo positivo no seu bem-estar e consequentemente terá implicações na sua saúde e, com a crescente preocupação com o aumento da prevalência de doenças crónicas e incapacitantes que estão na base de uma mudança de paradigma na saúde e que presentemente já não é medida apenas pela presença ou não de doenças, mas também pelo grau de preservação da capacidade funcional dos indivíduos (Paúl & Fonseca, 2005).

A razão de ser para a escolha do tema, assenta assim, na necessidade de aprofundar o estudo da depressão nesta faixa etária e considerando-se a depressão como um dos principais factores de incapacidade perceber se, ela efectivamente se manifesta e, se existem de facto estratégias adoptadas, no sentido da sua prevenção, quais são e quem as delinea, que possam ser consideradas mais eficazes para trabalhar com esta população tendo em conta as suas características sóciodemográficas e, o contexto em que se encontra inserida.

Este trabalho encontra-se estruturado em cinco parte distintas, são elas a Introdução, o Capítulo I que trata das questões do envelhecimento e saúde, o capítulo II que se focaliza no tema da Depressão, o capítulo III que trabalha matérias relativas ao método, como objectivos,

amostra e procedimentos, o capítulo IV revela os Resultados e por último a Conclusão que apresenta a síntese de todo o estudo realizado.

CAPÍTULO I

ENVELHECIMENTO E SAÚDE

1 – Envelhecimento

“Se o envelhecimento individual é um processo inerente à natureza dos seres vivos afectando até a maior parte das matérias inanimadas, o envelhecimento das populações humanas é um fenómeno do século XX. Na sua forma mais conhecida é caracterizado pelo aumento progressivo do número de pessoas idosas (Nazareth, 1979, p7).”

Ao falar de envelhecimento importa falar em primeiro lugar de envelhecimento populacional.

Segundo as perspectivas demográficas e considerando o envelhecimento no século XXI, segundo o Fórum Gulbenkian de Saúde sobre o Envelhecimento, pretendo sobretudo um entendimento sobre o porquê de um envelhecimento crescente que se impõe como uma visão global.

Neste sentido Charles Wilson questiona o motivo pelo qual se verifica o envelhecimento na actualidade demográfica e não se detectou anteriormente tal crescendo, tendo em consideração a relação onde se articulam envelhecimento e crescimento demográfico. “O séc. XX foi uma época de crescimento sem precedentes, tendo a população mundial aumentado mais neste século do que em toda a história da humanidade até então, num total de talvez 150 000 anos” (Wilson, 2009; p36).

A população mundial passou de 1 650 000 para 6 070 581 habitantes entre o início e o final do século passado, apesar de todas as incertezas que um futuro nos reserva, poderemos pensar num fenómeno de alguma continuidade, tendo em conta as tendências regulares que são constatáveis no decurso de muitas décadas e até durante um século. Referencias estas que segundo Wilson, nos conduzem a uma previsão plausível, no sentido de uma continuação, durante 40 ou 50 anos. Após o que se espera alguma estabilização.

Sobre os diferentes cenários possíveis para o futuro, o autor apresenta-nos as manifestações dos peritos da ONU apresentando as seguintes hipóteses designadas como “cenário de progressão baixa” e “cenário de progressão média”, sendo as diferenças entre eles sobretudo no nível de fertilidade. Fazendo corresponder ao nível de projecção baixa um menor número de filhos, hipótese esta, que conduz o autor a concluir, em sintonia com a análise da ONU, “que o futuro mais plausível é quase de certeza algo idêntico ao cenário de progressão baixa” (Wilson, 2009, p37).

Sobretudo a evolução da população com mais de 65 anos, regista no domínio europeu, um envelhecimento bastante substancial e que aponta a um futuro de maiores

dimensões numéricas. Importa sublinhar a importância desta leitura na compreensão da dimensão do envelhecimento enquanto fenómeno globalmente abrangente.

“O envelhecimento é, muito simplesmente, uma consequência inevitável do fim do crescimento demográfico e, a razão de tal, é muito fácil de compreender: todas as populações em crescimento rápido são jovens” (Wilson, 2009, p38).

É pois segundo este autor, necessária uma esperança de vida maior, suportando este impulso demográfico.

Referindo-se á história da humanidade, acrescenta que “Vemos que a maioria das estatísticas de que dispomos sobre o período anterior ao séc. XX parecem indicar que a esperança de vida se situava algures entre os 25 e os 35 anos (...) Em tais circunstâncias, não era possível existirem pessoas idosas, simplesmente porque não havia um número suficiente de pessoas que sobrevivessem até uma idade avançada” (Wilson, 2009, p39).

No final da Segunda Guerra Mundial, contudo os ganhos de uma maior longevidade começaram a ser verificáveis em todo o mundo. Estabelecendo a dicotomia entre países que apresentam movimentos inversos da esperança média de vida como os antigos Estados soviéticos, onde demarca um contexto de esperança de vida em declínio desde 1960, associado a uma estagnação dos progressos na saúde, e inversamente, no domínio europeu um aumento da esperança de vida em mais de 10 anos.

Segundo Jim Oeppen e James Vaupel, desde 1840 que a evolução dos níveis de esperança de vida no mundo aumenta de forma continua. Referindo o estudo destes dois demógrafos o autor pretende, evidenciar a franca ascensão nos níveis de mortalidade que, não apresenta em mais de 160 anos uma diminuição. Apresentando, os países onde a esperança de vida é mais elevada, um registo actual de mulheres com cerca de 85 anos e homens com cerca de 80 anos.

Wilson refere algumas dimensões evolutivas de interesse neste âmbito, como, o facto de a longo prazo, as razões que contribuem para o aumento da esperança de vida se irem modificando tendo em conta ao tempo. Assim como, “em quase todos os países os cálculos financeiros usados como base para o financiamento dos sistemas de pensões ainda assentarem no pressuposto de que a tendência da esperança de vida será assintótica” (Wilson, 2009, p41).

A partir do séc. XIX, a redução da mortalidade deve-se sobretudo a medidas de saúde pública, o que não acontecia anteriormente devido às insuficiências no nível da ciência Farmacológica.

Wilson refere ainda que, “o crescimento económico é considerado como algo que está «integrado» no sistema. Talvez algo de semelhante se aplique também aos sistemas científicos e de saúde e, nesta perspectiva, podemos esperar melhorias contínuas na longevidade” (Wilson, 2009, p42).

Outra aceção tida em conta é a Fertilidade. Wilson foca o baby boom e o baby bust, observando mudanças estruturais na população correspondente a esse tempo histórico, assim como a totalidade da estrutura etária. Confrontamo-nos actualmente com um menor número ao nível da natalidade, sugerindo-nos situações demográficas anteriormente não estudadas. Importa, contudo sublinhar, como diz o autor “O que é verdade para a Europa também se aplica cada vez mais ao resto do mundo, pois a fertilidade tem diminuído no mundo em desenvolvimento para um nível extraordinário nos últimos 35 anos” (Wilson, 2009, p43)

Aponta este autor, nas actuais tendências da fertilidade, uma previsão indicando que “por volta de 2040 ocorrerão provavelmente tantas mortes quanto nascimentos e regressaremos a um tipo de equilíbrio demográfico que não víamos no mundo na sua globalidade há vários séculos” (Wilson, 2009, p45).

Expondo a imagem de uma pirâmide, cuja base tenderá a tomar dimensões menores, opondo-se a um topo, mais maciço, no que se refere a uma projecção da ONU, para 2050. Assim o autor refere que “o crescimento da população que se irá verificar no séc. XXI está inteiramente relacionado com o envelhecimento e de modo algum com aumentos na dimensão do grupo de recém-nascidos” (Wilson, 2009, p47).

Imagem esta que, tenderá na particularidade do território português a tomar uma ainda maior evidencia no topo, correspondendo a uma sensível e profunda disparidade em relação ao nível de fertilidade.

1.1 - Envelhecimento populacional em Portugal

No que concerne a Portugal, segundo o Fórum Gulbenkian de Saúde sobre o Envelhecimento, Jorge Gaspar, fala-nos sobre a dinâmica demográfica e considera os

dinamismos socioeconómicos tendo em conta as dimensões culturais, espaciais e temporais, referindo “o fracasso das Políticas de Ordenamento e Desenvolvimento Regional, em Portugal, que, desde o final dos anos 50, têm seguido a melhor teoria, resultantes em parte de nunca se ter pensado que era necessário promover acções de ordenamento de extensas áreas em despovoamento” (Gaspar, 2009, p53).

Para Jorge Gaspar o futuro do mundo verificará demograficamente duas significativas modificações, comportará o aumento da esperança de vida, bem como a redução da fecundidade, implicando o envelhecimento da população e, excluirá a variável imprescindível, os movimentos migratórios.

Referindo-se ao envelhecimento e globalização, Gaspar destaca, assim como alguns autores a ideia de que o século XXI se poderá designar o século do envelhecimento, apontando que as determinantes imediatas se integram na natureza económica, política e social consequência do progressivo aumento da esperança de vida e da longevidade, concorrendo para inovações importantes no campo da saúde que permitem uma nova reformulação do conceito de idoso.

Quanto á ligação entre desenvolvimento e esperança de vida, assim como entre crescimento económico e fecundidade afirma que “ela só é válida até certo estágio do processo de desenvolvimento económico” (...). Existem outros factores de influência sobre variáveis, tais como o processo de urbanização, as condições sanitárias, o nível de educação que, por sua vez, também têm uma correlação positiva, embora variável com o crescimento económico” (Gaspar, 2009, p55).

No que concerne á evolução dos índices de fecundidade assim como da esperança de vida, releva ainda factores de natureza política e cultural, considerando a urbanização, as condições básicas como a alimentação, cuidados de saúde e sanitários como factores permeáveis a um significativo aumento da esperança de vida. Embora salientando que o factor urbanização “proporciona a quebra dos laços familiares e com a comunidade de origem, muitas vezes sem contrapartida no novo quadro de vida e de valores, o que prejudica o apoio á integração dos idosos” (Gaspar, 2009, p58).

Numa avaliação dos saldos migratórios, Jorge Gaspar salienta que países como a França, Reino Unido, Holanda e países nórdicos que têm mostrado alguma capacidade de aumentar as taxas de fecundidade, apesar de um cenário tendencialmente sem emigração, teriam um crescimento pouco significativo. Por outro lado, “Portugal teria uma quebra da

ordem de $\frac{1}{4}$ a $\frac{1}{5}$ da sua população, em 2050”, valores que estão de acordo com as mais recentes projecções demográficas do INE em 2004 (Gaspar, 2009, p59).

No horizonte europeu, apesar de um fluxo imigratório da ordem dos 750.000 por ano, a Europa teria um declínio relevante em 2050. Consideram-se igualmente cenários segundo o modelo de contemplação de diferentes níveis de imigração em função de dados objectivos e por fim o modelo de introdução, a partir do cenário anterior, de variações na produtividade. Aqui, surgem algumas respostas aludindo que “É obvio que a imigração tem um impacto imediato nos quantitativos e no rejuvenescimento da população, pois os imigrantes estão, na grande maioria, em idade activa mas, por um lado, a população imigrante também vai envelhecer, no caso de não retornar ao país de origem e, por outro lado, mesmo quando se dá o reagrupamento familiar em idade jovem ou os imigrantes do sexo feminino constroem família com nativos ou as taxas de fecundidade tendem a convergir para níveis médios das sociedades de acolhimento” É já verificável em Portugal esta tendência, associada à segunda geração dos imigrantes africanos (Gaspar, 2009, p63).

No que diz respeito ao contexto português, no início do séc. XXI, autores como Paúl & Fonseca (2005) destacam no conjunto da sociedade portuguesa um notável e crescente aumento da população idosa, Portugal apresenta-se com uma das populações mais envelhecidas da Europa, impondo-se a curto prazo uma reflexão em torno da sustentabilidade do Sistema de Segurança Social, posto em causa pelo baixo registo de população activa em conjugação com o aumento da população inactiva.

Segundo Gaspar (2009), relativamente ao envelhecimento da população portuguesa, faz referência aos grandes fluxos migratórios, que proporcionaram a passagem de uma economia agrária para uma economia pecuária assim como, em dadas regiões onde esta prática era já dominante, ocorreu a adesão a uma economia florestal. Sublinhando o êxodo particular do interior Alentejano, aquando da época dos descobrimentos, e acentuando igualmente o êxodo dos anos 60 nas áreas rurais, quer a Norte Centro de Portugal, como na região do Vale do Tejo e Alentejo.

É fundamental e relevante, acentuar o maior movimento demográfico denotado em território português, associado á chegada de mais de meio milhão de portugueses provenientes das colónias africanas. “Todas estas alterações levaram a rápidas transformações, que se consolidaram, nalguns casos com sucesso, como na «nova» paisagem alentejana resultante das campanhas cerealíferas do Estado Novo” (Gaspar, 2009, p65)

Gaspar salienta ainda que em outras áreas rurais de Portugal, é evidente nas duas últimas décadas, a desertificação fruto deste grau de envelhecimento.

Segundo este autor é mais do que evidente, que sobretudo nas últimas décadas o declínio da fecundidade e o aumento da esperança de vida na população portuguesa, permite a designação de um duplo envelhecimento, na base e no topo da pirâmide etária. Apresentando a análise, trabalhada por Carrilho e Gonçalves (2006), que consideram as diferentes características territoriais do envelhecimento, referindo que o interior engloba o maior número de concelhos com forte incidência de idosos, tal como as áreas metropolitanas de Lisboa e Porto.

“A análise da distribuição geográfica dos índices de envelhecimento (pessoas com 65 ou mais anos/ pessoas dos 0 aos 14 anos x 100) acentua o impacto da urbanização no rejuvenescimento das populações, tanto no interior como no litoral” (Gaspar, 2009, p67)

Considerando o índice de longevidade (pessoas com 75 ou mais anos), ressalva o padrão singular de valores elevados no centro e norte alentejano, resultante de dinâmicas territoriais concretas e de variáveis sociais e culturais. Pondo em relevância os índices de dependência total e sustentabilidade, assinala o autor que estes “evidenciam a posição litoral/ interior e o papel estratégico que poderá vir a ser desempenhado pelos pólos urbanos do interior, particularmente evidente no mapa da sustentabilidade potencial” (Gaspar, 2009, p67)

Actualmente e, segundo o Censos de 2011 a população idosa, com 65 ou mais anos, residente em Portugal é de 2,023 milhões de pessoas, representando cerca de 19% da população total. Na última década o número de idosos cresceu cerca de 19%.

“Assim, na região Norte encontra-se 31% do total da população idosa, seguindo-se as regiões Centro e Lisboa, ambas com pesos próximos de 26%. Nas regiões do Alentejo, Algarve, Autónomas da Madeira e dos Açores encontram-se, respectivamente 9,1%, 4,4%, 2% e 1,6% dos idosos residentes no país” (Instituto Nacional de Estatística., 2012).

É pois necessário e determinante “rever estratégias e os instrumentos de desenvolvimento e ordenamento do território” (Gaspar, 2009, p68)

Refere ainda alterações nos padrões de transporte, que se tornaram factores chave nas questões de bairro/proximidade, assim como o domínio laboral, particularmente na que respeita à área metropolitana da cidade de Lisboa, mas igualmente abraçando outras áreas urbanas.

“Outra questão-chave para a população idosa é a do seu potencial de trabalho/actividade, que deve ser canalizado para segmentos específicos da economia, que não conflituam/compitam com o mercado de trabalho central «core market» ” (Gaspar, 2009, p69)

É possível encontrar respostas frente ao processo de envelhecimento, nomeadamente refere o autor, uma rede de equipamentos e instituições de solidariedade social.

“Ao mesmo tempo que a atracção destas infra-estruturas reforça a coesão social e económica, poderá constituir também uma nova dimensão de base económica de extensas áreas do Interior, as áreas menos povoadas, através da provisão de serviços às regiões mais densamente povoadas. Por outro lado, a implementação desta nova economia vai atrair activos jovens, em vários domínios e níveis de qualificação, não só na área da saúde, mas em muitos outros -turismo, lazer, serviços às empresas...” (Gaspar, 2009, p70)

Torna-se pois urgente pensar uma política de habitação conduzida em direcção às concretas necessidades “por um lado, com o ciclo de vida das populações e, por outro lado, com as alterações na estrutura dos agregados familiares” (Gaspar, 2009, p72).

1.2 - Envelhecimento, reforma e velhice

O conceito de envelhecimento tem vindo a sofrer uma profunda modificação ao longo do tempo, fruto da reflexão e ao mesmo tempo da crescente alteração ao nível do conhecimento científico, cultural e social das sociedades.

Como Paúl & Fonseca (2005) constataram é já frequente esta temática expressa no Antigo testamento, quando se refere a longevidade aos 60 ou 80 anos e até uma idade máxima do homem que aponta para os 120 anos. Os idosos são muitas vezes referidos como vigorosos, outras vezes como alvo de perda de capacidades sexuais e visuais, esta dualidade de imagem do homem velho subsiste, por um lado ele é respeitado, por outro é desprezado tendo em conta a época e o contexto.

Segundo os autores, esta temática foi também muito abordada pelos filósofos da antiguidade. Platão (427-347a.C.) reflete a visão hoje difundida do envelhecimento como processo, um continuo de todo um ciclo de vida, aos prazeres físicos dão origem os prazeres espirituais como se de um processo de libertação se trata-se. Aristóteles (384-322a.C.) por seu turno formula reflexão contrária, encarando o envelhecimento como uma fase de perda e deteriorização, a quarta e última fase de degradação do homem em que expressa a sua incapacidade de amar.

Em termos de conhecimento científico referem que, Hipócrates (460-377a.C.) no campo da Medicina aponta pela primeira vez como possível causa para a ocorrência do envelhecimento, a perda de energia dada no acto do nascimento que o indivíduo vai gastando até à exaustão, expressa na menor formação de humidade e calor por parte do corpo humano, considerando pois o envelhecimento como um condicionalismo natural e físico que conduz á

doença dado o enfraquecimento do corpo que importa contrariar com uma moderação da alimentação, da actividade física e inclusivé consumo de vinho.

Galeno (131-201a.C.) por sua vez, sintetiza as duas últimas reflexões e propõem uma visão do envelhecimento como um processo de secagem dos ossos que torna o corpo incapaz de resistir às pressões externas causando-lhe a inevitável morte.

Segundo Paúl & Fonseca (2005), mais tarde por volta de 1500 e dado o crescente interesse na busca do elixir da eterna juventude este tema volta à reflexão, concluindo André du Laurens (1558-1609) que o coração não perde tamanho com a idade até desaparecer causando a morte, como se julgava até então. Bacon (1561-1626) procura prolongar a vida do corpo através da repetida tentativa de estabelecer regras de vida que passem pela alimentação, exercício físico e emoções, também patente em Eduardo Madeira Arrais (1500-1600), conselheiro médico do rei português D. João IV.

Como percursos da Gerontologia, ciência que “estuda as bases biológicas, psicológicas e sociais da velhice e do envelhecimento” segundo Fernández-Ballesteros (2000) podem considerar-se Quetelet (1796-1874) que destacou a relevância do nascimento, crescimento e morte e, dos factores que lhes estão associados, Galton (1832-1911) que produziu estudos na mesma linha com populações entre os 5 e os 80 anos, Stanley Hall (1844-192) que considerou existirem maiores diferenças nesta faixa etária considerada idosa do que em outras e, Pavlov (1894-1936) que considerou a aprendizagem por condicionamento como um processo mais lento entre os idosos (Paúl & Fonseca, 2005,p25).

A Gerontologia, “abordagem múltipla do processo de envelhecimento” acente numa “visão pluridisciplinar”, proposta como ciência por Elie Metchnikoff em 1903, só se impôs efectivamente após a Segunda Guerra Mundial, tendo sido os anos 80 do século XX que mais contribuíram para o seu desenvolvimento, quer ao nível de investigação quer ao nível das publicações que daí advieram, estabelecendo-se o ano de 1999 como um marco pela Organizações das Nações Unidas e proclamando-se então o Ano Internacional dos Idosos como difusor da importância que o estudo do envelhecimento requiere em todas as sociedades, incluindo a portuguesa (Paúl & Fonseca, 2005,p25).

Com efeito esta nova visão introduzida pelo conhecimento científico torna-se essencial para alterar o conceito tradicional, de que ao envelhecimento estão enherentemente e principalmente associadas incapacidades e défices. Esta nova visão introduz o conceito de desenvolvimento psicológico associado ao envelhecimento, considerando que apesar de os

indivíduos apresentarem uma determinada idade cronológica, ela não é impedimento para um contínuo desenvolvimento ao nível psicológico ao longo de todo o ciclo de vida (Fonseca, 2011).

Responsável pela introdução desta nova visão é sobretudo Baltes, na «teoria do ciclo de vida», que encara “o envelhecimento como a continuação de um processo de desenvolvimento, influenciado pela dinâmica da evolução bio-psicológica inerente à existência humana, como pela exposição, ao longo dessa mesma existência, a acontecimentos de vida significativos”, “que se refletem em três formas de envelhecer: normal, patológica e bem-sucedida” (Fonseca, 2011, p.10,24). Considera-se o envelhecimento normal como aquele que decorre do processo normal de envelhecimento biológico, onde não existe doença física e/ou mental, o envelhecimento patológico como fruto de doença física e/ou mental e, o envelhecimento óptimo que se quer activo, onde as capacidades do indivíduo são desenvolvidas em ambientes saudáveis (Silva,2005).

“Na teoria do Ciclo Vital, também conhecida como Curso da Vida, os indivíduos são organismos activos, em mudança, em constante interacção com o ambiente, onde ocorre uma actuação contínua entre processos individuais e históricos” (Neri, 2002, p.40).

O Envelhecimento é um processo que se vai «desenrolando» á medida que vamos vivendo, incorpora todo o significado que atribuímos às nossas vivências assim como a forma como o representamos enquanto sociedade (Martins, 2010).

Segundo a perspectiva do desenvolvimento ao longo do curso de vida e tendo como referência a teoria psicossocial de Erikson que considera o curso de vida como o processar de uma contínua sequência de fases de desenvolvimento, em que o indivíduo sofre influências de realidades internas e externas a si próprio, esse processo será tanto mais positivo quanto mais positiva for a resolução e superação das crises a que for exposto nas diferentes fases. A oitava fase referida por Erikson que corresponde à idade apartir dos 65 anos «fase adulta tardia», em que o indivíduo se depara com o aproximar do fim da sua vida, ele é confrontado com um conflito de Integridade vs Desespero, permitindo-lhe fazer um balanço global de todo o seu trajecto de vida, se esse balanço for considerado por si próprio como positivo, se tiver conseguido resolver as crises e os conflitos das fases anteriores positivamente, isso dar-lhe à um sentimento de integridade ou satisfação que lhe permitira encarar positivamente o futuro e as constantes e novas adaptações a que será exposto, se pelo contrário o seu balanço for

negativo, se não conseguiu ultrapassar e superar os conflitos e as crises das fases anteriores, o seu sentimento será de desespero (Cloninger, 1999).

“Não há que ser fatalista em relação ao envelhecer” (Kalache, 2009, p. 218).

O envelhecimento é, nada mais nada menos que, mais um processo de vida, um dos muitos pelos quais passamos a partir do momento em que nascemos e até à nossa morte, que pressupõe algumas perdas a nível físico, psicológico e social. Há que saber encará-las, procurando «viver positivamente», isto é de forma o mais saudável e feliz possível (Zimerman, 2000).

Segundo a Organização Mundial de Saúde, a terceira idade tem início entre os 60 e os 65 anos. A idade cronológica apesar de representar um marco e de ser considerada em termos biológicos, ela não pode constituir um padrão, pois além de existirem diferentes idades fisiológicas dentro de uma mesma idade cronológica, ela não nos fornece elementos sobre a qualidade de vida, sobre a saúde, nem sobre a trajetória social e psicológica do indivíduo (Paúl & Fonseca, 2005).

Segundo Fonseca (2011, p.20) e confrontando os dados publicados no European Social Survey IV de 2010, diferentes países consideram diferentes idades como marco para o começo da idade da velhice, “os portugueses por exemplo consideram os 66 anos como idade em que começa a velhice.”

A afirmação clássica de Shock (1985) é a mais adequada para resumir a problemática do envelhecimento, ou seja, como um processo altamente individualizado que com o aumentar da idade aumentam as diferenças interindividuais de base, a taxa e a direção da maioria das funções e dos processos, resultando num padrão de maior variabilidade com a idade. Esta é uma ideia fundamental (...): a variabilidade interindividual dos idosos é superior à verificada noutros grupos etários. Com o passar dos anos e o acumular de experiências, os indivíduos acentuam as suas diferenças de partida, sublinhando competências ou incapacidades que a sua base genética, em interação com o meio, permite expressar (Paúl & Fonseca, 2005, p.26).

Contudo a idade da velhice, que segundo a organização mundial de saúde define como «prolongamento e término de um processo representado por um conjunto de modificações fitomórficas e psicológicas ininterruptas à acção do tempo sobre as pessoas», tem sofrido transformações, fruto do espantoso progresso que se tem verificado na esperança média de vida, estudos apontam para que a idade da velhice seja considerada quando restam ainda 10 anos de esperança média de vida (Fernandes, 2008).

“A idade de ser velho, a idade em que se começam a perder capacidades essenciais surge mais tarde sem que institucionalmente se tenham alterado os limiares convencionados há mais de um século” (Fernandes, 2008, p 108)

No entanto, segundo Quaresma (2004), a velhice não constitui só por si um problema, podendo ser apenas como um período da vida categorizado sociologicamente em função da idade. O que poderá constituir-se como problema é a ausência, insuficiência ou inadequação de respostas sociais para a satisfação das necessidades e salvaguarda dos direitos desta população, podendo por em causa a própria sobrevivência e dignidade humanas.

Enquanto categoria social, este conceito de velhice tem permanecido intrinsecamente ligado a um determinado marco cronológico, adoptado simultaneamente como idade de reforma, resultante de complexos e longos conflitos entre o Estado, as empresas e as organizações sindicais, não tendo acompanhado qualquer transformação sócio-demográfica e permanecendo na sua génese um mero conceito estatístico (Fernandes, 2008).

“Ao passar à categoria de «reformado», o jovem velho encontra as condições para adquirir as propriedades que são socialmente imputadas à velhice. Perde o estatuto social atribuído a partir do trabalho social - a reforma é também uma forma de exclusão social - e adquire o estatuto desvalorizado de reformado. As imagens socialmente construídas da reforma estão associadas à velhice” (Fernandes, 2008, p108).

Porém esta associação está em profunda mutação, dado que nos últimos vinte anos a idade da reforma deixou de ser exclusivamente estabelecida aos 65 anos, existem inúmeros casos de indivíduos que permanecem em actividade laboral até mais tarde e outros em que a reforma é encarada muito antes dos 65 anos, a flexibilização do horário de trabalho, a pré-reforma e o desemprego de longa duração são algumas dessas situações que provocam esta profunda mutação (Fonseca, 2011).

Nos países desenvolvidos as pensões de reforma são o principal meio de subsistência e protecção dos idosos enquanto nos países em desenvolvimento não existem regimes oficiais de pensões, a maior parte dos idosos enfrenta grande insegurança de rendimentos e pobreza, mesmo os que tinham uma vida boa, se não conseguiram fazer poupanças, na velhice irão ser pobres. Poderão contar com o apoio da família e da comunidade para sobreviver e adquirirem alguns rendimentos, mas se forem solteiros, viúvos, não tiverem filhos ou se a família tiver rendimentos limitados, correm mais riscos de pobreza (WESS, 2007).

São as pensões públicas ou privadas os principais meios de luta contra a pobreza e vulnerabilidade económica dos idosos, devendo caber a estas proporcionar aos idosos um nível de vida mínimo, socialmente aceitável (WESS, 2007).

Na sociedade actual, regulada essencialmente por regras economicistas, o trabalho assume uma condição essencial e de definição do indivíduo, tornando-se a condição de reformado veículo de percepções e expectativas que encerram em si um processo de profunda adaptação no contínuo desenvolvimento da identidade do indivíduo, traduzidas ao nível da sua satisfação de vida, do seu bem-estar e saúde e do seu relacionamento social com os outros (Paúl & Fonseca, 2005).

Segundo estes autores, duas condições impõem-se como condições essenciais para uma verdadeira adaptação à reforma. Um contínuo envolvimento com a vida no sentido em que o passado e o futuro sejam devidamente integrados e, a preservação de relações sociais próximas que proporcionem ao indivíduo um projecto de vida satisfatório e contribuam para o seu desenvolvimento psicológico, não sendo contudo possível estabelecer um padrão único de funcionamento.

“De resto, todos os estudos partem da ideia geral de que estamos perante um acontecimento de vida da maior importância, que despoleta um processo de transição e adaptação com repercussões significativas em termos individuais, no âmbito do qual se forja uma adaptação mais ou menos satisfatória” (Fonseca, 2011, p.11).

Tendo como ponto de partida a perspectiva desenvolvimental para explicar esta transição e adaptação á reforma, partindo da teoria da crise e da teoria da continuidade, ambas tendo como foco o desempenho e valorização de papéis, sublinham, a teoria da crise a ruptura com o principal papel que serve de encadeamento de todas as outras dimensões que constituem a base em que assenta toda a identidade do indivíduo e, a teoria da continuidade a manutenção da evolução da identidade pessoal como consequência da constante transformação e actualização de papéis novos e antigos, independentemente desse período de transição e adaptação e, das suas potenciais adversidades (Fonseca, 2011).

Segundo Atchley (1976, 1996, 2000) citado por Fonseca (2011), neste período de transição e adaptação podem existir diferentes fases que embora não sendo completamente delimitadas entre si, nem necessariamente acontecer totalmente ou pela mesma ordem tentam explicar como este processo se pode desenrolar, são elas:

- **Fase da pré-reforma**, fase em que o indivíduo «sonha» com a vida futura, estabelece pontes com essa condição algumas vezes trabalhando parcialmente e dedicando-se a outras actividades para as quais não tinha anteriormente tempo disponível e que lhe permitirão mais lentamente estabelecer a sua condição de futuro reformado. Esta fase pode representar

também sofrimento, dado a conotação entre a reforma e a velhice e as suas representações negativas associadas;

-Fase da «lua-de-mel», fase de sobretudo bem-estar e satisfação em que o indivíduo cessa a sua condição de activo e, tenta pôr em prática o que sonhou na fase anterior, beneficiando de toda a sua disponibilidade de tempo para decidir que assumir uma postura de ocupação, de descanso ou ambas;

-Fase do desencanto, como o próprio nome indica, surgem nesta fase sentimentos por vezes depressivos, o indivíduo experiênciava uma diminuição do bem-estar sentido na fase anterior, por perceber que muitas vezes a ocupação do seu tempo disponível não lhe proporciona a satisfação da anterior condição de activo:

-Fase da definição de coping, fase de procura de actividades e de ocupação do tempo disponível que proporcionem ao indivíduo o bem-estar desejado, visto que essa satisfação diminui progressivamente no primeiro ano em que o indivíduo se encontra reformado;

-Fase da estabilidade, fase em que se procura estabelecer rotinas e delinear projectos de vida que sejam compatíveis com esta nova condição e que tragam satisfação e qualidade de vida, quer seja assumir uma atitude de tranquilidade e descanso, quer seja procurar uma actividade que substitua a condição de activo que anteriormente o indivíduo tinha.

O alcançar desta última fase traz consigo normalmente o assumir por parte do indivíduo da sua condição de reformado, suficientemente adaptado e satisfeito com a vida, apesar dos seus condicionalismos biológicos, económicos e sociais que podem tornar esta satisfação mais difícil de atingir.

1.3 - Envelhecimento, luto e viuvez

A visão tradicional do «trabalho de luto» esteve durante muito tempo centrada, principalmente, na perspectiva psiquiátrica e clínica, sobretudo de Freud (2001) que o definiu como um processo que ao ligar o indivíduo ao objecto perdido lhe causa uma gradual perda de energia e o obriga a enfrentar essa realidade e a desvincular-se dessa perda, apesar da sua constante negação. Trabalhar o luto significa deparar-se com as emoções e os sentimentos associados à perda, que se centram no falar sobre vários aspectos relacionados com o morto incluindo chorar a sua morte, exprimir a tristeza profunda e as saudades e, confrontar-se com

as circunstâncias da sua morte. Caso essa desvinculação não aconteça Freud considera o luto como patológico.

Contudo, mais tarde surgiram no contexto de vários estudos mudanças com o propósito de se pensar a experiência do luto longe das tendências clínicas, apontando outras perspectivas.

Segundo Silverman (1986), a perspectiva do luto como «uma continuação da relação» opõe-se á visão anterior pois considera que a repressão defensiva e procura de distracção contribuem positivamente para a manutenção dos laços com o falecido que encarada de outra forma beneficia o sobrevivente.

Uma outra perspectiva de encarar o luto baseia-se segundo Lindstrom (2002) numa mistura das duas primeiras, a perspectiva do luto como «um trabalho de aceitação» que permite enfrentar as emoções, vivê-las sem que seja necessário a repressão anterior mas permitindo ao sobrevivente distrair-se e distanciar-se quando o sofrimento se torna excessivo.

Segundo Schneider (1983), no luto o indivíduo passa por um trabalho interior que elaborado espontâneamente se processa em fases distintas:

- A primeira fase consiste na **constatação** da sua condição de mortal e na antecipação face aos sinais evidentes da morte do outro;
- A fase seguinte é a fase do **vazio**, fase concreta da perda;
- Seguida da fase do **torpor**, onde se volta para dentro de si próprio;
- Posteriormente passa à fase de **colera**, revolta-se contra a sua condição;
- Na fase da **procura**, não encontrando o objecto perdido recusa-se a aceitar o seu desaparecimento;
- Seguidamente passa à fase da **aceitação**, encarando a realidade da sua perda efectiva;
- Na fase da **renúncia**, começa a reorganizar a sua nova existência sem o objecto perdido;
- Por fim a fase da **renovação**, longa com recuos ao passado. O processo de luto está terminado com a conclusão desta fase.

A readaptação á nova condição, passado este período, estará assegurada quando estas manifestações deixarem de se fazer sentir e quando não houver sintomas de qualquer perturbação mental, em suma quando o luto for considerado como mais um «acontecimento de vida».

Segundo Paúl, a viuvez estando associada à condição de perda de uma relação íntima e profunda na vida do indivíduo, provoca muitas vezes situações de privação e abandono quer de contacto emocional como social, levando ao isolamento social susceptível de causar sintomas depressivos (Fernandes, 2007).

A viuvez é um processo complexo e extremamente doloroso, que produz consequências e ao mesmo tempo o reaprender de novas formas adaptativas a um novo estatuto social, esta nova adaptação traz associada muitas vezes sentimentos de tristeza e distúrbios psíquicos que, se reflectem na saúde global da pessoa. Esses sentimentos quando prolongados no tempo transformam-se em lutos patológicos que evidenciam perturbações ao nível da saúde, muitas vezes mental, que podem ser causa de morte, estão pois, por vezes associadas muitas manifestações fisiológicas e somáticas e, não é de negligenciar a própria morte nos primeiros meses de luto quando o sofrimento é vivido de forma muito intensa. (Freitas et al, 2006).

Segundo estes autores a viuvez ou a perda de parceiro provoca um sentimento forte e, é vivido das mais variadas formas, consoante a cultura e a própria estrutura afectiva e psicológica, que pode ser desencadeadora de angústias e sentimentos de solidão e depressivos, mas os idosos ao evidenciarem em comparação com outras faixas etárias, um melhor controlo ao nível emocional para enfrentar essa situação por outro lado apresentam uma maior dificuldade de adaptação ao nível dos impactos da vida diária.

Nos tempos actuais, a viuvez é cada vez mais um evento relacionado com a velhice. Com o aumento da esperança média de vida, as pessoas continuam casadas mais anos, os dados apontam para que dos 60 a 69 anos uma percentagem de 58,8% continue casada versus 19% de viúvos. Quando consideramos homens e mulheres esses valores modificam-se, apresentando as mulheres uma maior taxa de viuvez. Na faixa etária considerada anteriormente, os homens apresentam taxas de viuvez de 7,7%, enquanto as mulheres taxas de 28,5%. Se considerarmos a faixa etária dos 70 e mais anos, os homens apresentam taxas de 19% e as mulheres 54% (Freitas et al, 2006).

1.4 – Envelhecimento, sociabilidades e redes sociais

As sociabilidades, podem ser consideradas como sistemas que possibilitam, um intercâmbio de relações na união de vários actores sociais, dando por sua vez origem a redes

sociais, que assumem diferentes formas, consoante o tipo de laços e o tipo de actores sociais implicados. Permitem estabelecer uma ligação entre pessoas, grupos, empresas, ou instituições.

Segundo Resende, Bones, Souza & Guimarães (2006) o contacto com outras pessoas contribuindo para reduzir o isolamento social pode levar à adopção de hábitos saudáveis, contribuindo para a satisfação com a vida e, para o bem-estar psicológico. “As pessoas que apresentam maior satisfação com a vida hoje são aquelas que recebem mais suporte afetivo, as pessoas que contam com outras para suporte instrumental, acreditam que estarão mais satisfeitas no futuro.

A função e a estrutura da rede social são constituídas e determinadas ao longo da vida do indivíduo consoante, o período de vida, a sua personalidade, o género, o estado civil, o tipo de família, em suma de toda a sua condição económica, social e cultural (Papalia & Olds, 2000).

Quando existe uma rede de suporte social, o indivíduo experiência um maior bem-estar e consegue concretizar projectos de vida que se adaptem ao seu condicionalismo social e ambiental (Freire, 2000).

É através da relação com o outro que o indivíduo constroi “a identidade, ela descreve o modo como nos vemos através dos outros e como imaginamos ser por eles vistos, numa espécie de jogos de espelhos” (Viegas & Gomes, 2007, p. II).

«a passagem dos indivíduos pelo curso da vida é concebido pelo fluir de reinterpretações de si próprio, a partir de imagens cruzadas, daquilo que se foi no passado, projectado no presente, e do que se é no presente, em confronto com aqueles com quem se partilha uma experiência social e histórica» (Viegas & Gomes, 2007, p. 69).

Segundo Castells (1999), o indivíduo, enquanto construção social, resultado dos valores e das relações intrínsecas da sociedade à qual pertence, é construído como sujeito que interage na dinâmica das relações de produção, formas de agir, ser, viver e pensar o mundo, construir, morar, brincar, produzir símbolos, lutar, resistir, enfim, um sujeito histórico. Neste caso, a «identidade é história», «não há personagem fora da história, assim como não há história sem personagens».

É por meio dos significados produzidos pelas representações que damos sentido à nossa experiência e àquilo que somos. Podemos, inclusive, sugerir que esses sistemas simbólicos tornam possível aquilo que somos e aquilo no qual nos podemos tornar.

Podemos questionar que poderes entram na mente dos indivíduos que alteram essa identidade, tendo em conta que ela produz-se de determinada forma mas, pode ser vivida de formas diferentes.

Estas identidades sejam elas de sujeito individual ou colectivo, só existem se houver um reconhecimento por parte de outros de que possuímos essa identidade, é o conceito de alteridade que remete para as representações sociais e, ao mesmo tempo para outro aspecto que é a memória, a memória de si.

Este processo identitário que engloba o auto e hetero reconhecimento é produzido e fomentado pela reflexividade que emana das relações sociais, os inter-relacionamentos têm uma importância fulcral, melhor dizendo «aquilo que nós percebemos que os outros percebem de nós» e que engloba sentimentos de pertença e distinção que são mutantes e, que se estabelecem através de desconstrução de certos aspectos cognitivos e construção de outros.

Ao analisarmos esta temática do ponto de vista sociológico, tendo em conta a perspectiva do sujeito colectivo, a identidade que é fonte de significado e experiência vai reflectir-se na transformação dessa identidade, isto é determinados acontecimentos que alteram aspectos no contexto social ou pessoal vão por sua vez construir ou desconstruir aspectos da nossa identidade (Castells, 1999).

A Identidade pressupõe a memória individual que vamos arquivando, construindo e desconstruindo que é, ao mesmo tempo memória arquivo individual e colectiva e, que podemos encontrar nos arquivos históricos, nos grupos de pertença, nas famílias, nos patrimónios teóricos e heranças sócio históricas; nas atitudes e valores comuns; no sentido, significados e atributos culturais e, na inscrição simultânea no mundo da vida e no mundo dos sistemas.

Esta exige por parte dos sujeitos individuais e colectivos, uma tradução política, não só trabalhar, dialogar mas, saber sociabilizar-se no sentido de assumir protagonismo com pertinência de argumentação, de produzir compromissos e, uma tradução autonómica como, sujeito capaz de dotar as próprias acções de autonomia e de assumir uma identidade própria e não imposta por outros (Castells, 1999).

Neste sentido a Identidade pode ser construída/desconstruída e ou atribuída, embora ambas possam ser assumidas.

As primeiras fundamentam-se em saberes, verdades, paradigmas, matrizes; poderes, práticas políticas e processos sociais e ainda, em subjectividades, valores, sentidos, sentimentos de pertença, cumplicidades e memórias colectivas.

As atribuídas têm por base certos saberes e verdades originados na divisão epistemológica; na organização social do conhecimento e, nos contextos socioculturais e históricos, em certos poderes, práticas, políticas, procedimentos ditados pela divisão social e técnica do trabalho, em certas representações sociais e auto representações.

Podemos assim afirmar que a Identidade constrói-se e reconstrói-se através do exercício da capacidade constituinte, de uma postura investigativa, crítica e analítica, através de processos interactivos e sócio afectivos, através de reconhecimento e confronto de saberes singulares, saberes transversais e de redes de inter-conhecimento, em suma constrói-se e reconstrói-se fundamentalmente e sobretudo construindo a alteridade.

No estudo sobre sociabilidades na modernidade tardia, elaborado por Elsa Guedes Teixeira procura-se saber se hoje em dia, somos cada vez mais isolados uns dos outros, ou se procuramos efectivamente algo que nos «encontre» virtualmente, com outros indivíduos. “O homem está só, como nunca antes esteve”, a maior parte das comunidades tradicionais estão a desaparecer. Nas sociedades industrializadas e urbanizadas tem-se vindo a assistir a uma progressiva emancipação e libertação da rede de parentes e vizinhos que controlavam, e tantas vezes, reprimiam o indivíduo (Teixeira, 2001, pp31-47).

A autora Ana Fernandes refere que existem algumas diferenças culturais entre o norte e o sul da Europa. O sul apresenta ainda uma menor taxa de pessoas a viver só, a cumplicidade familiar é ainda bem patente nestas sociedades ao contrário do norte da Europa. Em meados dos anos 90, no conjunto dos países que integram a União Europeia, a proporção média de pessoas que viviam sós era de 11%. Em Portugal e Espanha 4%, Itália 8%, e 23% na Dinamarca. Apresentando no final da década um aumento extraordinário, no norte da Europa chega aos 30%, enquanto no sul, por exemplo em Itália apresenta um valor de 20% (Quaresma et al, 2004).

Em Portugal cerca de 400 mil idosos vivem sós e 804 mil em companhia exclusiva de pessoas também idosas. Na última década, o número de pessoas idosas a viver sozinhas (400 964), ou a residir exclusivamente com outras pessoas com 65 e mais anos (804 577), aumentou cerca de 28%, tendo passado de 942 594 em 2001, para 1 205 541 em 2011 (INE, 2012).

Foram identificados cinco segmentos da população sénior mais vulnerável, são eles: Os mais idosos; os mais pobres; os que vivem sozinhos; as mulheres e, os residentes em contexto urbano (CEDRU, 2008).

“As redes sociais vão-se alterando ao longo do ciclo vital em função do contexto familiar, do trabalho, da participação na comunidade, etc. Com o envelhecimento, algumas pessoas significativas (familiares, amigos, companheiros) vão desaparecendo, pelo que é necessário reorganizar as redes de apoio informal, de forma a manter a independência e a participação social, pois as redes de apoio são indispensáveis para a saúde mental, satisfação com a vida e envelhecimento óptimo” (Paúl & Ribeiro 2012).

Por vezes as situações de defice de autonomia desencadeiam fenómenos de solidão e de isolamento. “A solidão, o isolamento, ao significarem uma rarefacção das relações sociais e um «vazio» afectivo, funcionam como factores stressantes, obrigando a um esforço de superação, muitas vezes vivido através de comportamentos agressivos, de grande ansiedade ou de depressão”, (Quaresma et al 2004, p46).

Para esta autora, centrar a ajuda nos defices e nas patologias, desinserindo-a dos aspectos relacionais, pode resultar em mais isolamento, reforço da auto-avaliação negativa, mais riscos de exclusão, mais sofrimento. As práticas que ultrapassam esta visão redutora e se centram no reforço dos laços comunicacionais, na construção/reconstrução de uma rede relacional significativa, apresentam resultados encorajadores, mesmo em situações de grande dependência.

“O desafio é lutar contra este estado de coisas. O melhor lugar para o idoso é a sua própria casa, junto da sua família, dos seus amigos, dos seus vizinhos. Mas será necessário repensar as relações da vida quotidiana, as interacções entre os indivíduos, novas formas de acção colectivas e novas políticas sociais e de solidariedade, que possibilitem e incentivem uma vida mais convivial e mais fraterna” (Quaresma et al, 2004, p72).

1.5 - Família versus instituição

“A família é um sistema social primário, dentro do qual o indivíduo se desenvolve, é cuidado, torna-se apto para o convívio social e é onde o crescimento físico, pessoal e emocional é promovido. O modo de vida tem um papel determinante, pois é na família que se elaboram e vivem uma grande parte dos hábitos que dizem respeito à saúde, ao equilíbrio físico, mental e relacional” (Sarmiento et al, 2010, p39).

O conceito de família trabalhado por Giddens (2009) assenta sobretudo na noção de que a família é considerada como um núcleo de pessoas que com o seu grau de parentesco assegura principalmente, por parte dos adultos a função de cuidar das crianças e, que esses laços de parentesco resultam sobretudo por via do casamento e de descendência, englobando esta expressão a diversidade de formas de família.

Torres (2004), refere que o panorama que se vivia há quarenta anos atrás não é o mesmo que hoje se vive. Deu-se um conjunto de transformações sociais e de valores associados de forma a encarar as relações familiares e o casamento, por exemplo: o aumento do divórcio, a descida da natalidade, a crescente paridade entre homens e mulheres.

É na modernidade que a estrutura familiar é mais modificada, consoante as exigências da sociedade, do mundo laboral, e dos constrangimentos económicos. Procura-se a evolução tecnológica, e o consumo frenético de recursos do nosso planeta, perdendo muito em vista algo que foi o pilar para muitas sociedades: a família tradicional.

Segundo Torres (2004), a forma como hoje se vive e se encara o amor é diferente da forma como antigamente se via e se vivia. As pessoas casavam e encaravam o casamento como sendo para toda a vida. Os filhos por sua vez também mantinham uma relação mais próxima com os seus familiares, pais, avós e tios e a preocupação referente ao «cuidar» era vivida como algo natural. Nos dias de hoje aquilo que podemos verificar é cada vez mais o distanciamento entre pais e filhos, filhos e avós, bem como na relação entre um casal. Este «novo modo de viver» origina uma despreocupação para com o outro, bem como relações muito mais superficiais, entre os diferentes membros da sociedade.

A aproximação das pessoas, e a criação de laços afectivos do antigamente tinha muitos benefícios, mas tornou-se em algo do passado. É necessário repensar o lugar da família e suas funções, numa sociedade que cada vez está mais só.

No que diz respeito aos cuidados prestados pela família aos mais velhos, eles têm sofrido profundas transformações, muitas vezes são substituídos por outras entidades formais e informais que prestam esse serviço fruto de uma alteração gradual quer dos padrões de vida quer das novas dinâmicas familiares (CEDRU, 2008)

Fruto da constante transformação das relações sociais de proximidade e segundo a socióloga Ana Alexandre Fernandes “na medida em que as incapacidades físicas e psicológicas da pessoa idosa aumentam e as capacidades do meio ambiente diminuem, torna-se necessário, encarar a hipótese de internamento numa instituição.” Esse internamento “geralmente é uma combinação de crescente debilidade da pessoa idosa e recursos financeiros e emocionais decrescentes dos membros da família que levanta por vezes a questão emocionalmente difícil de uma institucionalização” (Fernandes, 2000, p47).

Por institucionalização/institucionalizar entende-se o enquadrar algo ou alguém numa orgânica vigente ou existente, caracterizada por normas, valores e obrigações, mas também por direitos, liberdades e garantias.

Goffman define o conceito de instituição como um “Local de residência e trabalho onde um grande número de indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, leva uma vida fechada e formalmente administrada” (Goffman 2007, p11).

“Todas as actividades diárias são rigorosamente estabelecidas em horários, pois uma actividade leva em tempo pré determinado à seguinte «impostas por um sistema de regras» formais explícitas e um grupo de funcionários, são reunidas num plano racional único para atender aos objectivos oficiais da instituição” (Goffman, 2007, p18).

O comportamento do individuo, nestas instituições a que denomina de totais é maioritariamente passivo, simbolizado pela barreira que se instala entre ele e o mundo exterior, fruto de uma maior ou menor substituição das suas regras individuais pelas da instituição (Goffman, 2007).

Em Portugal o acolhimento de pessoas com 65 e mais anos que carecem de institucionalização é designado de Lar de Idosos e, constitui uma Resposta social, desenvolvida em equipamento, destinada ao alojamento colectivo, de utilização temporária ou permanente, para pessoas idosas ou outras em situação de maior risco de perda de independência e/ou de autonomia (Instituto da Segurança Social, I.P., 2005).

Desinserido do seu meio natural de vida, o idoso necessita de especiais empenho e competência dos responsáveis e colaboradores da estrutura residencial, remunerados e voluntários. Para que as dimensões física, psíquica, intelectual, espiritual, emocional, cultural e social da vida de cada idoso possam por ele ser desenvolvidas sem limitações dos seus direitos fundamentais à identidade e à autonomia (Instituto da Segurança Social, I.P., 2005).

Esta resposta social é referida num estudo «Avaliação das necessidades dos seniores em Portugal», encomendado pela Fundação Aga Khan Portugal, CEDRU (2008), como sendo utilizada em maior percentagem por homens, cerca de 60,9% e, 39,1% por mulheres. Na maioria viúvos cerca de 73,9% e, a viverem só 78,3%. As razões apontadas para esse facto residem sobretudo na menor autonomia do sexo masculino quer em relação às tarefas domésticas, alimentação em primeiro lugar, seguida da higiene e cuidados de saúde. O número de utentes aumenta geralmente em proporção da idade.

No que diz respeito aos recursos económicos, este estudo refere que á medida que os rendimentos aumentam assim também se verifica uma menor utilização deste tipo de resposta por parte das classes mais abastadas que procuram respostas sociais de grande qualidade

Em relação aos motivos que desencadeiam a institucionalização são evidenciados a necessidade de prestação regular de cuidados com uma percentagem de 21,7% seguida de questões de saúde com 8,7%, dependência em relação a tarefas domésticas com 8,7% e por último solidão com uma percentagem de 4,3%.

Referente á escolha daquela tipologia de resposta em concreto e, apesar de a maioria não responder, foram referenciados dois motivos em concreto, a proximidade da residência com 13% e, a proximidade da família com 4,3%. A avaliação global deste tipo de serviço social é positiva em 73,9% (CEDRU, 2008).

1.6 - Envelhecimento e saúde/doença mental

O aumento gradual da esperança média de vida, que se traduz no processo de envelhecimento e, visível na taxa de população acima dos 65 e + anos impõe às sociedades actuais um desafio e uma responsabilidade que se quer individual e colectiva. Envelhecer actualmente deverá pressupor que além de vivermos mais anos, esses anos deverão ser vividos com saúde, autonomia e independência (Direcção-geral da Saúde, 2004;).

“Pensar o envelhecimento ao longo da vida, numa atitude mais preventiva e promotora da saúde e da autonomia, de que a prática de actividade física moderada e regular, uma alimentação saudável, o não fumar, o consumo moderado de álcool, a promoção dos factores de segurança e a manutenção da participação social são aspectos indissociáveis. Do mesmo modo, importa reduzir as incapacidades, numa atitude de recuperação global precoce e adequada às necessidades individuais e familiares, envolvendo a comunidade, numa responsabilidade partilhada, potenciadora dos recursos existentes e dinamizadora de acções cada vez mais próximas dos cidadãos” (Direcção-geral da Saúde, 2004, p3).

Saúde é pois um recurso da vida quotidiana e não apenas um objectivo a atingir, trata-se de um conceito positivo que valoriza os recursos sociais e individuais, assim como as capacidades físicas (OMS, 1999).

Entendendo o conceito de saúde como «um estado completo de bem-estar», é possível encontrar alguns indicadores de saúde, nomeadamente «indicadores socioculturais» nível socioeconómico, educativo, cultural e «indicadores psicossociais» concepções de saúde, expectativas a nível da saúde, avaliação das expectativas, grau de satisfação com a vida. Estes

indicadores funcionam não apenas como consequências objectivas ou subjectivas de um estado de saúde, mas como determinantes desse mesmo estado de saúde (Goshman 1988 citado por Sardinha, 1999).

No que diz respeito á percepção do estado de saúde por parte da população sénior portuguesa, estudos revelam que, ela é tanto mais satisfatória quanto o nível socioeconómico aumenta. Em população com menor nível de rendimento e de instrução encontramos percentagem de insatisfação da ordem de 68%, enquanto, nos seniores com níveis de instrução superior a percentagem de satisfação atinge os 55,8% (CEDRU, 2008).

A ocorrência ou não de doença é fortemente influenciada por factores individuais, sejam eles biológicos, genéticos e psicológicos, que condicionam todo o processo de envelhecimento, mas convém não esquecer que os factores externos ao indivíduo, os chamados condicionantes ambientais, sociais e comportamentais contribuem em larga medida para o seu processo de envelhecimento (DGS, 2004).

Na velhice podem diferenciar-se dois tipos de stressores: acontecimentos de vida e situações crónicas stressantes.

“Os acontecimentos de vida são eventos específicos, delimitados temporalmente que implicam importantes mudanças e adaptações, como por exemplo, a viuvez, a reforma ou a morte do cônjuge e por outro lado surgem situações crónicas stressantes que se instalam e persistem ao longo do tempo como por exemplo a institucionalização num lar ou cuidar do cônjuge com doença de Alzheimer. Este tipo de stressores crónicos parece causar mais efeitos negativos sobre o funcionamento do indivíduo do que os acontecimentos de vida”(Pearlin Shooler,1978 citado in Paúl&Ribeiro,2012, p163).

Os estilos de vida fruto das experiências de todo o curso de vida, os ambientes a que somos constantemente expostos e em suma todos os cuidados de saúde a que temos acesso, contribuem em larga medida para a nossa capacidade quer de autonomia quer de independência (DGS, 2004).

Deste modo, a temática do envelhecimento bem-sucedido tem sido muito abordada e considerada de enorme importância nesta etapa de vida.

Segundo Freire (2000), o envelhecimento bem-sucedido caracteriza-se como uma competência adaptativa generalizada para responder com flexibilidade aos desafios. Esta capacidade envolve várias dimensões:

- **Emocional** que se traduz na capacidade para lidar com acontecimentos de vida stressantes, por exemplo saúde e funcionamento físico, problemas pessoais;
- **Cognitiva**, a capacidade para resolver problemas;
- **Comportamental** que abarca o desempenho e a competência social.

No que diz respeito à prevenção da saúde, constitui pois um processo para dar às populações os meios de assegurar um maior controlo sobre a sua própria saúde e de a melhorar e, representa um processo global, que compreende não só as acções que visam reforçar as aptidões e capacidades dos indivíduos, mas também as medidas que visam alterar a situação social, ambiental e económica, de modo a reduzir os seus efeitos negativos sobre a saúde pública e sobre a saúde das pessoas (WHO, 1986).

“As prevenções, primária, secundária e terciária da deficiência, incapacidade, desvantagem e dependência na população idosa constituem assim, tendo em conta as diferenças com a idade e o género, uma abordagem prioritária e indispensável do sector da saúde no quadro da manutenção, o mais tempo possível, da máxima autonomia e independência daquelas pessoas, obrigando, concomitantemente, a uma mudança de mentalidades e de atitudes da população face ao envelhecimento e a uma intervenção intersectorial, em todos os níveis da sociedade, que promova a adaptação e melhoria dos enquadramentos ambientais e de suporte às suas principais necessidades” (DGS, 2004, p8).

A frequência de utilização dos cuidados de saúde primários em Portugal é no grupo dos 65-74 de várias vezes por ano, cerca de 26,2%, no grupo dos 75-84 mantêm-se essa frequência de várias vezes por ano, subindo a percentagem para 31,7%, enquanto nos mais idosos, a frequência é superior, altera-se de várias vezes por ano para várias vezes por mês, evidenciando uma percentagem de 27,3% (CEDRU, 2008).

O Plano Nacional de saúde para as Pessoas Idosas estabelece como prioridade a prevenção da saúde mental nesta população tendo em conta que o seu conceito é definido pela OMS como «o estado de bem-estar no qual o indivíduo realiza as suas capacidades, pode fazer face ao stress normal da vida, trabalhar de forma produtiva e frutífera e contribuir para a comunidade em que se insere», sendo que a condição mental de cada indivíduo é determinada por uma multiplicidade de factores, nomeadamente biológicos por exemplo genética e sexo, individuais tais como antecedentes pessoais, familiares e sociais por exemplo, enquadramento social e, económicos e ambientais por exemplo, estatuto social e condições de vida (Comissão das Comunidades Europeias, 2005).

“O impacte económico das perturbações mentais é profundo, durável e enorme. Estes problemas impõem ao indivíduo, à família e à comunidade no seu todo uma série de custos. Parte desse tributo é evidente e mensurável, enquanto outra parte é quase impossível de medir. Entre os componentes mensuráveis estão os serviços sociais e de saúde, a perda de emprego e a redução da produtividade, o impacte nas famílias e nos prestadores de cuidados, os níveis de criminalidade e a segurança pública e o impacte negativo da mortalidade prematura” (WHO, 2001, p62).

A doença mental inclui perturbações e desequilíbrios mentais, disfuncionamentos associados à angústia, sintomas e doenças mentais diagnosticáveis, por exemplo, a esquizofrenia e a depressão que, segundo a OMS constitui uma das principais causas de

incapacidade, atingindo em 2020 o segundo lugar nas causas de incapacidade, logo a seguir às doenças cardiovasculares.

“Cada perturbação mental é conceptualizada como um comportamento clinicamente significativo ou síndrome psicológica ou padrão que tem lugar num sujeito e que está associado com ansiedade actual (por exemplo um sintoma doloroso) ou incapacidade (por exemplo, uma incapacidade em uma ou mais áreas importantes de funcionamento) ou com um significativo risco aumentado de sofrer morte, dor, incapacidade ou uma importante perda de liberdade. Qualquer que seja a sua causa original, deve ser correctamente considerada como uma manifestação de um comportamento, disfunção psicológica ou biológica no sujeito” (APA, 1996, pXXII).

Em 2008 a Conferencia Europeia de Alto Nível «Juntos pela Saúde Mental e Bem-Estar» reconhece a saúde mental como sendo um direito humano e, considerando fundamental a saúde mental dos idosos, preconiza medidas chave como a participação activa dos idosos na sociedade, através de oportunidades educacionais e de actividade física, da flexibilização da reforma e da promoção da saúde mental ao nível dos cuidados médicos e sociais (WHO, 2008).

Em Portugal, a informação é limitada sobre doenças mentais. Estima-se que a prevalência de perturbações psiquiátricas na população geral ronde os 30%, sendo aproximadamente de 12% a de perturbações psiquiátricas graves, embora não existam dados de morbilidade psiquiátrica, de abrangência nacional, que permitam uma melhor caracterização do País (Ministério da Saúde, 2008).

Dados do censo psiquiátrico de Novembro de 2001 relativos à população com 65 e mais anos, revelaram sobretudo casos de depressão na consulta externa e na urgência; de síndromes demenciais na consulta, urgência e internamento; de esquizofrenia e oligofrenias no internamento e de alterações associadas ao consumo de álcool na urgência (Ministério da Saúde, 2008).

Não existe uma abordagem holística, que integre os aspectos biopsicossociais, no dia-a-dia dos cuidados que esta população requer, nem um grau de formação e informação satisfatório e exigível ao nível quer dos profissionais de saúde quer dos cuidadores formais e informais (Ministério da Saúde, 2008).

CAPÍTULO II

A DEPRESSÃO

2 - A Depressão

Os dados apontam para que em 2020 a depressão estará em ascensão, será a segunda maior causa de incapacidade no mundo, logo depois da doença cardíaca (WHO, 2001).

Como factores etiológicos da depressão segundo Jenkins et al, (1996) podemos considerar:

-Factores de predisposição que dizem respeito à condição de potencial vulnerabilidade, em que o indivíduo está exposto à ocorrência de uma doença futura e que, englobam componentes biológicos tais como a constituição genética, as lesões intra-uterinas, traumatismos de parto e condições a nível físico a que foi exposto no período de infância; componentes sociais tais como privações emocionais, separações e perdas significativas especialmente na infância, relações difíceis e conflituosas ocorridas em contexto familiar e laboral muitas vezes sem apoio social; e componentes psicológicos tais como deficientes modelos parentais, comportamentos patológicos, de baixa auto-estima, situações de desespero e impotência.

-Factores de precipitação, desencadeadores da ocorrência da doença que, englobam componentes biológicos tais como infecções e doenças que potenciam a incapacidade; componentes sociais tais como os acontecimentos de vida que incluem perdas, separações, mudanças; e componentes psicológicos tais como reacções desadequadas aos componentes anteriores que provocam desequilíbrio na vivência diária do indivíduo.

-Factores de manutenção que contribuem, quer para o prolongar quer para a não recuperação, que englobam componentes biológicos tais como incapacidades sensoriais e crónicas; componentes sociais tais como situações de falta de capacidade para gerir situações de stress e problemas psicológicos sem apoio social; e componentes psicológicos tais como baixa auto-estima e consequências de situações de doença, assistência e dependência de apoios sociais.

A Organização Mundial de Saúde, no seu relatório «Saúde mental: nova concepção, nova esperança» caracteriza a depressão tendo em conta um conjunto de sintomas que ao

permanecerem agrupados, existam pelo menos durante duas semanas e, pode ser de diferente gravidade, de ligeira a grave e, ocorrer uma ou mais vezes durante o período de vida de um indivíduo. Esses sintomas que podem ser de tristeza, perda de apetite e de desinteresse pelas actividades em que antes havia prazer, são acompanhados de consequente falta de energia, falta de concentração, perturbações do sono, perda de auto-confiança e muitas vezes ideação de suicídio (WHO, 2001).

Quando falamos de depressão, temos que referir os critérios de diagnóstico para estas perturbações mentais que estão compilados principalmente, no Código Internacional de Doenças «CID 10», da Organização Mundial de Saúde e o, Manual de Diagnóstico e Estatística da Doença Mental, revisado na sua quarta edição «DSM IV TR» da Associação Americana de Psiquiatria (Freitas et al, 2006).

“As perturbações mentais e comportamentais são identificadas e diagnosticadas por métodos clínicos semelhantes aos utilizados nas afecções físicas” (WHO, 2001, p.54).

Perturbações são mudanças de estado com alteração das condições de equilíbrio. Nas Perturbações do Humor incluem-se as Perturbações Depressivas designadas por depressão unipolar e que importa referenciar neste trabalho, são elas a Perturbação Depressiva Major; a Perturbação Distímica e, a Perturbação Depressiva sem Outra Especificação que o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais inclui no designado Eixo I: Perturbações Clínicas/ Outras Situações que Podem Ser Foco de Atenção Médica.

Quanto aos especificadores da Gravidade:

Ligeira – São poucos ou nenhuns os sintomas que excedem os requisitos para formular o diagnóstico. Os sintomas não dão lugar senão a um ligeiro défice da actividade social ou laboral.

Moderada – Existem sintomas de défice funcional situado entre «ligeiro» e «grave».

Grave – Detectam-se vários sintomas que excedem os requisitos para formular o diagnóstico, ou distintos sintomas que são particularmente graves, ou os sintomas dão lugar a um considerável défice da actividade social ou laboral (American Psychiatric Association, 1996)).

Um Episódio Depressivo é caracterizado segundo o DSM-IV, como um período de tempo de pelo menos duas semanas em que se perde o interesse em quase todas as actividades

que anteriormente davam prazer ou em que existe humor depressivo por parte de um indivíduo.

Critérios para Episódio Depressivo Major (DSM-IV)

Cinco (ou mais) dos seguintes sintomas estiveram presentes durante o mesmo período de 2 semanas e representam uma alteração a partir do funcionamento anterior; pelo menos um dos sintomas é: (1) humor deprimido ou (2) perda do interesse ou prazer.
Nota: Não incluir sintomas nitidamente devido a uma condição médica geral ou alucinações ou delírios incongruentes com o humor.

1) Humor deprimido na maior parte do dia, quase todos os dias, indicado por relato subjectivo (por ex. sente-se triste ou vazio) ou observação feita por outros (p. ex.: chora muito).

Nota: Em crianças e adolescentes, pode ser humor irritável.

2) Interesse ou prazer acentuadamente diminuídos por todas ou quase todas as actividades na maior parte do dia, quase todos os dias (indicado por relato subjectivo ou observação feita por outros).

3) Perda ou ganho significativo de peso sem estar em dieta (por ex. mais de 5% do peso corporal em 1 mês), ou diminuição ou aumento do apetite quase todos os dias.

Nota: Em crianças, considerar falha em apresentar os ganhos de peso esperados.

4) Insónia ou hipersónia quase todos os dias.

5) Agitação ou retardo psicomotor quase todos os dias (observáveis por outros, não meramente sensações subjectivas de inquietação ou de estar mais lento).

6) Fadiga ou perda de energia quase todos os dias.

7) Sentimento de inutilidade ou culpa excessiva ou inadequada (que pode ser delirante), quase todos os dias (não meramente auto-recriminação ou culpa por estar doente).

8) Capacidade diminuída de pensar ou concentrar-se, ou indecisão, quase todos os dias (por relato subjectivo ou observação feita por outros).

9) Pensamentos de morte recorrentes (não apenas medo de morrer), ideação suicida recorrente sem um plano específico, tentativa de suicídio ou plano específico para cometer suicídio.

B) Os sintomas não satisfazem os critérios para um Episódio Misto

C) Os sintomas causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

D) Os sintomas não se devem ao efeito fisiológico directo de uma substância (p. ex., droga de abuso ou medicamento) ou de estado físico geral (p. ex: hipotireoidismo).

E) Os sintomas não são melhor explicados por luto, ou seja, após a perda de um ente querido, os sintomas persistem por mais de 2 meses ou são caracterizados por acentuado prejuízo funcional, preocupação mórbida com sentimentos de desvalorização pessoal, ideação suicida, sintomas psicóticos ou inibição psicomotora.

Segundo o DSM-IV a Perturbação Distímica caracteriza-se essencialmente por um humor cronicamente depressivo durante mais de metade dos dias num período de pelo menos 2 anos. Nas crianças, o critério inclui humor irritável durante pelo menos um ano. Nos períodos de humor depressivo devem ocorrer pelo menos 2 dos seguintes sintomas: diminuição ou aumento do apetite; insónia ou hipersónia; fadiga ou pouca energia; baixa auto-estima; dificuldades de concentração ou em tomar decisões; e sentimento de falta de esperança. O diagnóstico só pode ser efectuado se durante o período probatório de 2 anos não tiver ocorrido nenhum Episódio Depressivo Major, devendo também excluí-se os Episódios Maníaco, Misto e Hipo maníaco (American Psychiatric Association, 1996).

A Perturbação Distímica muitas vezes é precedida de perturbação Depressiva Major, 10% dos indivíduos irão potencialmente desenvolver Perturbação Depressiva Major.

A perturbação Depressiva Major é uma perturbação caracterizada por um ou mais episódios depressivos major e, é muitas vezes relacionada a uma taxa elevada de mortalidade, a depressão de intensidade grave pode atingir uma taxa de mortalidade da ordem dos 15%. Igualmente esta taxa está relacionada com o factor idade, visto que os estudos indicam que a taxa de mortalidade é quatro vezes superior em indivíduos com 55 e + anos. No que concerne a indivíduos institucionalizados em lares com este tipo de perturbação, existe a eminente possibilidade de a sua morte se verificar durante o primeiro ano. Nos cuidados de saúde primários verifica-se uma tendência para estes indivíduos apresentarem um quadro sintomático físico acompanhado de menor funcionalidade física e social (American Psychiatric Association, 1996).

A Perturbação Depressiva Sem Outra Especificação inclui as perturbações depressivas que não preenchem os critérios para efeito de diagnóstico de outras perturbações, nomeadamente, a Perturbação Depressiva Major; e a Perturbação Distímica (DSM-IV, 1998).

Quando se pretende avaliar a população idosa há que ter em conta que, muitas vezes os sintomas depressivos são muitas vezes interpretados erradamente como consequência do próprio envelhecimento. Os idosos, apresentam principalmente sintomas de perda de memória; défice cognitivo e, apresentam muitas não raras vezes queixas somáticas ao contrário de outras faixas etárias que apresentam em maior evidência humor depressivo e, sintomas a nível afectivo (Freitas et al, 2006).

2.1 - Factores de risco e prevalência de depressão

Como factor de risco que contribui em larga medida para a prevalência de depressão podemos considerar a idade, os mais jovens apresentam-na em maior evidência, nos mais velhos a idade é muitas vezes negligenciada e confundidos os sintomas depressivos com as consequências inevitáveis do envelhecimento. O sexo é outro factor considerado de risco, apresentando o sexo feminino elevada morbilidade com maior dependência, maior evidência de sintomas, fruto da sua maior exposição ao stress e a efeitos hormonais, mas também maior procura em termos de tratamento, o sexo masculino apesar de apresentar menor morbilidade tem maior probabilidade de morte. Quando consideramos o estado civil, verifica-se que o facto de não existir um companheiro contribui para a maior incidência de sintomas depressivos, assim como uma menor escolaridade e nível socioeconómico (Freitas et al, 2006).

O Quarto Inquérito Nacional de Saúde (2005/2006), refere dados no que diz respeito à População idosa que tem ou já teve Depressão (Tabela 1).

Tabela 1 – Depressão em Portugal Continental e Arquipélagos da Madeira e Açores

Sexo/ Grupo etário	Homens	Mulheres	Totais
65 a 74 anos	32 325	90 148	122 473
75 a 84 anos	11 688	39 643	51 331
85 anos ou mais	735	8 890	9 624

Quarto Inquérito Nacional de Saúde (2005/2006)

A OMS refere que a prevalência de episódios depressivos unipolares apresentará percentagens de 1,9% no sexo masculino e de 3,2% no feminino; e que 5,8% dos homens e 9,5% das mulheres passarão por um episódio depressivo num período de 12 meses. Valores esses que encontram variações em termos mundiais, tendo em conta as diferentes culturas e, evidenciando valores mais elevados em algumas delas (WHO, 2001).

No que diz respeito à população idosa na comunidade, os transtornos depressivos apresentam uma prevalência entre os 4,8% e os 14,6%, em relação à população idosa institucionalizada ou hospitalizada, essa percentagem sobe para 22,0%, quando são utilizadas apenas as escalas de sintomas sem tomar em conta os critérios do DSM IV ou o CID 10 (Freitas et al, 2006).

Fernandes (2000) faz referência a estudos em que são encontradas:

- Prevalência de depressão de 25%, numa comunidade de idosos no norte de Portugal;
- Prevalência elevada de depressão de cerca de 72%, num estudo de um grupo de idosos reformados, efectuado no Algarve;
- Existência de uma percentagem de 40% e 35%, num estudo a idosos frequentadores dos centros de saúde de Sintra e Lisboa;
- Prevalências de 25,47% e de 14,29% num estudo a idosos institucionalizados respectivamente num lar e num Centro de Dia em Sintra.

Martins (2008) refere ainda um estudo realizado por Santos et al. (2003), em que foram encontrados 49,5% de idosos com quadro depressivo numa amostra de 157 idosos institucionalizados num lar na região norte de Portugal.

No que diz respeito aos idosos na comunidade, os estudos nacionais apontam para percentagens de prevalência de depressão da ordem dos 14% (Fernandes, 2000), enquanto em estudos internacionais essa prevalência situa-se entre os 10% e os 27% (Ballone & Moura, 2002). Relativamente aos idosos institucionalizados, a nível nacional essa percentagem situa-se entre 25% a 73% (Fernandes, 2000) e, a nível internacional entre os 25% e os 80% (Ballone & Moura, 2002).

A depressão encontrada em idosos ao nível dos cuidados primários revela percentagens da ordem de 37%. Apesar de não existirem níveis conhecidos de eficácia ao nível da prevenção primária da depressão, são conhecidos alguns casos isolados de eficácia ao nível da intervenção como são os casos de constituição de redes de apoio e orientadas para o indivíduo e para a família (WHO, 2001).

2.2 - Prevenção da saúde mental/ depressão

A depressão pode atingir qualquer indivíduo em qualquer uma das fases do ciclo de vida, por isso justifica-se a importância da prevenção direccionada a toda a sociedade e em particular as medidas direccionadas aos grupos que são considerados de maior risco. Muitas vezes ela não é minimamente detectada nem suficientemente tratada, contribuindo para o desequilíbrio biopsicossocial do indivíduo. Por outro lado, se for convenientemente e precocemente diagnosticada o seu prognóstico é bom (Jenkins et al, 1996).

“A prevenção exige o entendimento claro da etiologia, patógenese e da progressão natural de uma doença. O conhecimento dos factores de risco indica quais as estratégias de prevenção mais eficazes. As populações com um grau de risco acima da média de certas doenças podem e devem ser identificadas” (Jenkins et al, 1996,p.12).

Este conceito de prevenção foi dividido segundo Caplan (1964), em:

- **Actividades de prevenção primárias** que englobam métodos que têm como objectivo evitar a ocorrência de doença focando a sua intervenção na neutralização dos factores potenciais desencadeadores antes que se façam sentir e provoquem perturbações;
- **Actividades de prevenção secundária** cujo objectivo é sobretudo o diagnóstico precoce e a prescrição de um tratamento que possa minimizar tanto a duração da doença como a transmissão e consequências da doença e;
- **Actividades de prevenção terciárias** que, preconizam contornarem as incapacidades físicas e mentais provocadas sobretudo pelas doenças que muitas vezes se tornam crónicas.

Estas duas últimas categorias de prevenção, potenciam tanto a detecção como a recuperação contribuindo para a diminuição e neutralização das incapacidades provocadas pela doença.

A Rede Europeia para a Promoção da Saúde Mental e a Prevenção das Perturbações Mentais (European Communities, 2006), publicou um documento em que acentua a necessidade de intervenção nesta área, com a intenção de sobretudo reduzir os factores de risco e diminuir a prevalência destas doenças.

“Este documento refere como estratégias principais de promoção e prevenção:

1. Programas para a primeira infância, que incluem aconselhamento pré-natal, intervenção precoce, formação parental, prevenção da violência doméstica e do abuso infantil, intervenções familiares, resolução de conflitos.
2. Programas de educação sobre saúde mental na idade escolar, sensibilização de professores, prevenção da violência juvenil, aconselhamento para crianças e adolescentes com problemas específicos, prevenção do abuso de drogas, programas de desenvolvimento pessoal e social, prevenção do suicídio e das desordens alimentares.

3. Políticas de emprego e de promoção da saúde mental nos locais de trabalho, redução e gestão dos factores de stress ligados ao trabalho e ao desemprego e redução do absentismo por doença psíquica.
4. Programas de prevenção da depressão, da ansiedade e do suicídio, linhas telefónicas de apoio para pessoas isoladas, restrição do acesso aos meios de suicídio, como armas, medicamentos e venenos, melhoria da estabilidade social e dos estilos de vida, e do acesso aos serviços de emergência psiquiátrica.
5. Políticas de luta contra a pobreza e a exclusão social, medidas de apoio a famílias em risco social ou famílias multi-problemas, a pessoas sem-abrigo, avaliação do impacto das políticas sociais na saúde mental, luta contra o estigma.
6. Sensibilização e informação em diversos sectores, como os cuidados primários, as escolas, centros recreativos, locais de trabalho, serviços abertos à população, programas na televisão e Internet, comunicação social em geral (Ministério da Saúde, 2007, p112).

O Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas, prevê na sua acção uma maior promoção do chamado envelhecimento activo que deverá ser implementado numa trajectória de ciclo de vida e, que implicará consequentemente quer uma melhor saúde e por sua vez uma procura e desenvolvimento de ambientes potenciadores de autonomia e independência do indivíduo.

Ao nível da prevenção da saúde mental, as intervenções são mais lentas, registam-se sobretudo intervenções cujos resultados são considerados positivos, na prevenção do suicídio e do alcoolismo (Ministério da Saúde, 2007).

Segundo Paykel, (1994) não existem actualmente indícios de que as intervenções propostas para a prevenção primária da depressão sejam eficazes, salvo nalguns estudos isolados. Há indicações, porém, da eficácia de certas intervenções, tais como a formação de sistemas de redes de apoio para grupos vulneráveis, intervenções concentradas em eventos específicos e intervenções orientadas para famílias e indivíduos vulneráveis, bem como dispositivos adequados de triagem e de tratamento de perturbações mentais como parte dos cuidados primários para a incapacidade física (WHO, 2001).

2.3 - Formas de abordagem e tratamento

Segundo o National Institute for Health and Clinical Excellence (2009), «O Modelo de Cuidados Faseados» (Figura 1) é um modelo que estabelece um enquadramento que permite uma abordagem mais clara e eficiente por parte dos cuidadores, dos pacientes e das próprias

famílias, tanto em termos de identificação de casos como ao nível da própria intervenção e suporte face à depressão

Este modelo processa-se de baixo para cima, parte da intervenção menos intrusiva e mais apropriada para o paciente até encontrar aquela que se adapte melhor, seja melhor aceite pelo paciente e, se torne a mais eficás.

1º Passo consiste numa boa identificação e reconhecimento da depressão, partindo do despiste através de duas questões básicas:

-“During the last month, have you often been bothered by feeling down, depressed or hopeless?

- During the last month, have you often been bothered by having little interest or pleasure in doing things? “ (National Institute for Health and Clinical Excellence, 2009, p.17)

Se a pessoa interrogada responde sim a estas questões é importante que o seu interlocutor seja competente nesta área de modo a que possa efectuar seguidamente um exame mental que englobe também, as vertentes funcional e psicosocial, através da utilização de medidores válidos, como forma de percepção das limitações e constrangimentos que ela está a vivenciar. Quando existem dificuldades de expressão e comunicação é importante utilizar métodos que permitam a colheita desses dados como por exemplo escalas de stress etc.

2ºPasso consiste no reconhecimento da existencia de sintomas depressivos subliminares persistentes ou depressão leve a moderada, através da adopção de um conjunto de medidas que poderão auxiliar na intervenção face á depressão, entre elas um efectivo despiste e tratamento de perturbações da ansiedade, assim como um aconselhamento ao nível da higiene do sono, e acompanhamento efectivo e constante de todos os casos que não necessitam de uma intervenção propriamente dita ou que mesmo necessitando, não a pretendem.

Neste grau de depressão é de considerar a pertinencia de aconselhamento ao nível cognitivo através dos principios da terapia cognitivo comportamental e resolução de problemas e, a constituição de grupos de actividades físicas, que possam ser acompanhados e reavaliados, nas suas conquistas e estratégias.

O tratamento através do uso de medicação,não deve ser utilizado nos casos de sintomas depressivos e depressão leve, pois o seu risco benefício é muito baixo. Só é aconselhavel o uso de medicação nos casos de história de depressão, em que os sintomas

presistem pelo menos por dois anos ou que se tornaram persistentes, apesar da existência de outras intervenções.

3º Passo presença de sintomas depressivos subliminares persistentes ou depressão leve a moderada com resposta inadequada às intervenções iniciais, e de depressão moderada e grave.

Para o grau de depressão leve e moderada que não tenham beneficiado de uma intervenção mais moderada a nível psicossocial, torna-se pertinente o reajuste da terapia com o paciente, procurando elucidá-lo do tipo de possibilidades que tem ao seu dispor e, as que mais se adequam à sua condição, que pode contemplar o uso de anti-depressivos, uma intensa intervenção ao nível da terapia cognitivo comportamental individual e/ou de casal.

Em casos de depressão de grau leve a moderado em que este tipo de intervenção seja rejeitado pelo paciente há pois que considerar outro tipo de intervenção como por exemplo terapia individual psicodinâmica por períodos curtos em que o paciente esteja consciente da possível eficácia do tratamento

Nos casos de grau moderado a grave, torna-se necessário uma combinação de medicação antidepressiva e uma intensa intervenção psicológica, que deve ser baseada na duração dos episódios e sintomatologia, assim como na aceitação e resposta ao tratamento, possíveis efeitos secundários e preferências pessoais.

Quanto à prescrição de medicação antidepressiva, existem determinados aspectos a ter em conta, tais como o conhecimento do paciente acerca das opções que tem ao seu dispor, bem como, dos efeitos secundários e das interações com outra medicação com que esteja a ser medicado quer do seu grau de tolerância e sentimento de eficácia em relação a medicação antidepressiva tomada anteriormente.

4º Passo Presença de Depressão complexa e grave.

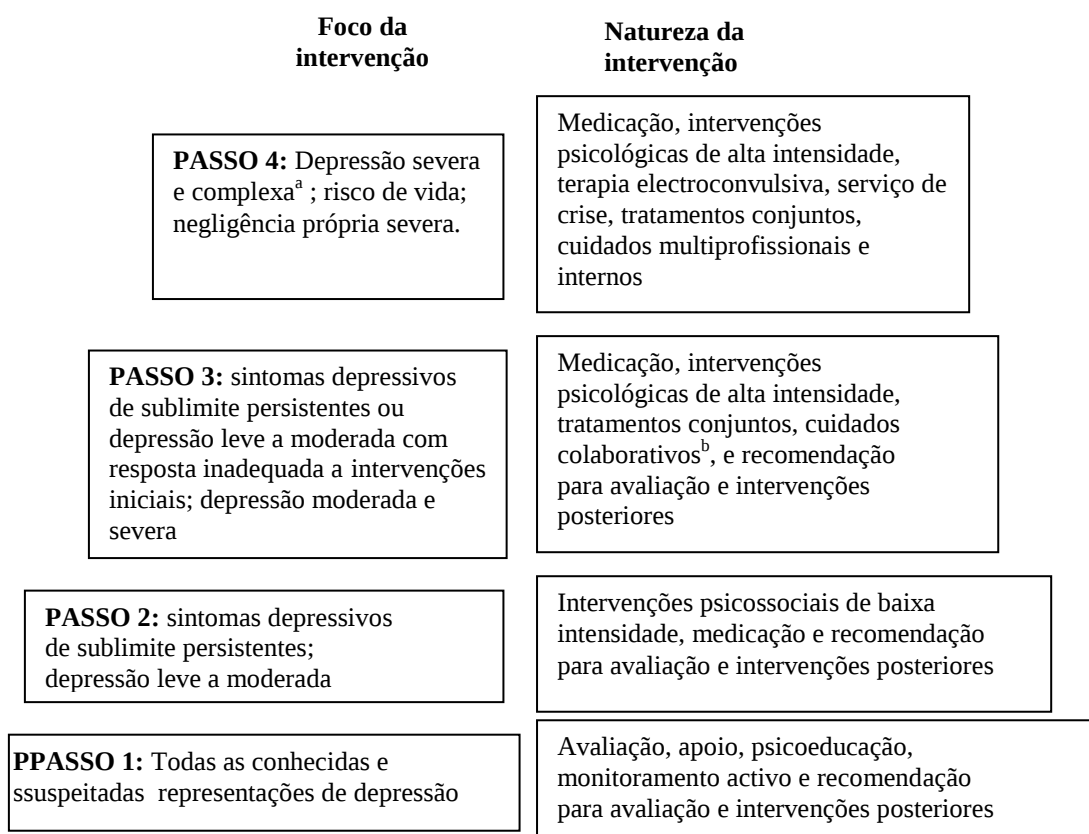
Nestes casos os pacientes devem ser acompanhados por equipas multidisciplinares dos serviços de saúde mental, principalmente em casos que apresentem risco grave de se auto-mutilarem, apresentarem sintomatologia psicótica e necessitarem de acompanhamento muito especializado.

Será então realizado um estudo do perfil do paciente considerando toda a sua história clínica, sintomatologia e estado actual, estabelecendo posteriormente um plano rigoroso de cuidados que permita criar estratégias de intervenção em períodos de crise e, passados os

periodos de crise que o paciente encare o seu dia-a-dia e da sua família com maior serenidade, estando sempre monitorizado pelas equipas de cuidados de saúde mental, mesmo não estando institucionalizado.

Ao nível da intervenção medicamentosa, em casos de ocorrência de sintomas psicóticos, é necessário a administração de antipsicóticos por tempo muitas vezes indeterminado e, a recomendação de terapia eletroconvulsiva é por vezes efectuada, quando são necessárias respostas rápidas e o paciente não responde a qualquer outro tipo de intervenção, tendo sido esclarecido previamente e, obtido o seu consentimento para a intervenção.

Figura 1-“O Modelo de Cuidados Faseados”



^a Depressão complexa inclui depressão que revele resposta não adequada a vários tratamentos, é complicada por sintomas psicóticos, e/ou é associada com significativa comorbidade psiquiátrica ou factores psicossociais.

^b Apenas para depressão em que a pessoa também tem um problema crónico de saúde física e impedimento funcional associado (*National Institute for Health and Clinical Excellence, 2009, p.54*)

CAPÍTULO III

MÉTODO

3. Método

“O Método científico constitui uma maneira estruturada de fazer perguntas à natureza e obter respostas. Portanto, trabalhar cientificamente está condicionado as regras que fazem parte da maneira estruturada de fazer perguntas á natureza e criar as condições para cumpri-las” (Biasoli-Alves & Romanelli, 1998, p140).

Neste Estudo Descritivo Comparativo, pretende-se descrever e comparar duas realidades distintas, meio institucional e comunidade, perceber como estes contextos influenciam ou não a prevalência de depressão e, se existem ou não estratégias adoptadas que sejam mais eficazes para a sua prevenção.

A Investigação Descritiva basea-se na descrição e na classificação do comportamento e posteriormente na sua análise, tendo como valor prioritário a objectividade (Ketele & Roegiers,1993).

3.1 Objectivos

Este estudo tem como objectivo geral estudar o impacto que estas duas realidades institucionalização e não institucionalização tendo em conta as suas especificidades organizativas próprias assim como as condicionantes sociodemográficas e psico-sociais têm na vivência diária dos idosos.

Mais especificamente procura-se determinar a prevalência de depressão, em pessoas com 65 e mais anos institucionalizadas e não institucionalizadas; perceber se existem diferenças entre a prevalência de depressão nestes dois grupos e, procurar identificar as estratégias de prevenção da depressão mais eficazes, no terreno e, se vão de encontro aos interesses específicos dos idosos a quem se destinam.

3.2 Hipóteses

Hipótese 1: É esperado que exista maior prevalência e grau de depressão em pessoas com idade igual ou superior a 65 anos, institucionalizadas.

Em consonância com a revisão da literatura realizada prevê-se que exista maior prevalência e grau de depressão em pessoas com 65 e mais anos, institucionalizadas. O

impacto de alguns acontecimentos de vida tais como por exemplo, a reforma, a morte do cônjuge ou a viuvez, conjugadas com situações crónicas stressantes como por exemplo a institucionalização repercute-se de forma negativa na vida diária destas pessoas (Paúl&Ribeiro, 2012).

O diminuir muitas vezes abrupto das relações sociais provocadas pela institucionalização, onde tudo é organizado em função de horários rigorosos e imposições institucionais, funciona como factor stressante, obrigando a um esforço de superação, muitas vezes vivido através de comportamentos agressivos, de grande ansiedade ou de depressão (Quaresma et al, 2004).

No que diz respeito à população idosa na comunidade, os transtornos depressivos apresentam uma prevalência entre os 4,8% e os 14,6%, em relação à população idosa institucionalizada ou hospitalizada, essa percentagem sobe para 22,0%. Quando são utilizadas apenas as escalas de sintomas sem tomar em conta os critérios do DSM IV ou o CID 10, essa prevalência aumenta (Freitas et al, 2006).

Nos estudos realizados foram encontradas prevalências de depressão superior no grupo institucionalizado (Fernandes, 2000)

Segundo a autora Dinah Calado o que na verdade se passa em relação a muitos idosos que vivem em instituições onde sofrem profundamente por falta de comunicação e de participação social e afectiva, numa sociedade em que os laços de convivialidade e os afectos se desvalorizam permanentemente, perante a importância crescente e quase exclusiva dos bens materiais, da superficialidade das aparências e do «sucesso social e económico» a todo o custo. A escuta activa torna-se a pedra basilar para se conseguir diagnosticar as reais necessidades do outro (Quaresma et al 2004).

Hipótese 2: É esperado que existam estratégias mais eficazes adoptadas para a prevenção da depressão em pessoas com idade igual ou superior a 65 anos, não institucionalizadas.

As intervenções para a prevenção da depressão são muito lentas e não existem muitos registos destas intervenções, dados do Ministério da saúde (2007) registam sobretudo resultados positivos em intervenções na prevenção do suicídio e do alcoolismo.

A Organização Mundial de Saúde refere algum grau de eficácia na intervenção sobretudo em estudos isolados que referem intervenções em eventos específicos que realçam a importância da constituição de redes de apoio a grupos vulneráveis e a intervenção ao nível destas famílias e indivíduos assim como, a importância da detecção precoce ao nível dos cuidados primários (WHO, 2001).

No nosso país o Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas, prevê na sua acção uma maior promoção do chamado envelhecimento activo que deverá ser implementado numa trajectória de ciclo de vida e, que implicará consequentemente quer uma melhor saúde e por sua vez uma procura e desenvolvimento de ambientes potenciadores de autonomia e independência do indivíduo.

Os grupos que congreguem pessoas com idades superiores a 50 anos de idade, dinamizados por uma pessoa externa, poderão constituir um campo de partilha de saberes e de experiências, permitem ajudar a encontrar um sentido para a vida, manter a actividade mental em dia, serem um bom motivador para reconstrução de um projecto de vida, em que a tónica seja, o envelhecimento activo (Quaresma et al 2004).

“O melhor lugar para o idoso é a sua própria casa, junto da sua família, dos seus amigos, dos seus vizinhos. Mas será necessário repensar as relações da vida quotidiana, as interacções entre os indivíduos, novas formas de acção colectivas e novas políticas sociais e de solidariedade, que possibilitem e incentivem uma vida mais convívial e mais fraterna.» (Quaresma et al, 2004, p72).

3.3-Variáveis

“Uma variável dependente é uma variável cuja variação se deseja examinar em função de outras variáveis, ditas independentes” (Ketele & Roegiers,1993 p.97).

A variável dependente- Prevalência de depressão

A variável independente- institucionalização e não institucionalização

Variáveis sócio-demográficas:

- Idade;
- Sexo;
- Estado civil;
- Habilitações literárias;

- Situação profissional;
- Profissão.

Variáveis psico-sociais:

- Energia;
- Grau de dificuldade;
- Expectativas dia-a-dia;
- Preocupações;
- Preferências;
- Preferências/Frequência;
- Não gosta dia-a-dia;
- Necessidades;
- Vida hoje;
- Melhor vida.

3.4-Amostra

3.4.1.- Seleção da amostra

A amostra em estudo é constituída por 110 pessoas, 51 pessoas com 65 e + anos institucionalizadas e, 59 pessoas com 65 e + anos não institucionalizadas, a quem foram explicados os objectivos do estudo e pedido o seu consentimento e, foi trabalhada no período compreendido entre julho de 2012 e Outubro de 2012

A amostra foi seleccionada tendo em conta os seguintes critérios de exclusão, possuir idade inferior a 65 anos, não apresentar capacidade cognitiva para responder às questões colocadas.

3.4.2- Caracterização da amostra

A amostra é constituída por 110 indivíduos, dos quais 51 encontram-se institucionalizados o que representa 46,4% da amostra e 59 não institucionalizados que representa 53,6% respectivamente (Tabela 2).

Tabela 2- Frequências/Percentagens da variável Instituição

	<i>Frequência</i>	<i>Percentagem</i>
Institucionalizado	51	46,4
Não Institucionalizado	59	53,6

Fazem parte da amostra pessoas com 65 e + anos, com idades compreendidas entre os 65 anos e os 96 anos (Tabela 3).

Tabela 3- Frequências/Percentagens da variável Idade

	<i>N</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>
Idade	110	65	96

Das quais 89 pertencem ao Sexo feminino o que corresponde a uma percentagem de 73,6% e, 29 ao Sexo masculino correspondendo a 26,4% respectivamente (Tabela 4).

Tabela 4- Frequências/Percentagens da variável Sexo

	<i>Frequência</i>	<i>Percentagem</i>
Feminino	81	73,6
Masculino	29	26,4

Quanto ao Estado Civil, 21 dos indivíduos são Casados correspondendo a uma percentagem de 19,1%, 11 indivíduos são Divorciados correspondendo a 10,0%, 63 indivíduos são Viúvos equivalendo a 57,3% da amostra, 2 vivem em União de Facto respectivamente 1,8% e, 13 são Solteiros apresentando uma percentagem de 11,8% da amostra (Tabela 5).

Tabela 5- Frequências/Percentagens da variável Estado Civil

	<i>Frequência</i>	<i>Percentagem</i>
Casado	21	19,1
Divorciado	11	10,0
Viúvo	63	57,3
União de Facto	2	1,8
Solteiro	13	11,8

No que diz respeito às suas Habilitações Literárias, 99 indivíduos apresentam a 4ª classe ou menos respectivamente 90,0% da amostra, 5 indivíduos o antigo 5º ano respectivamente 4,5% da amostra, 2 indivíduos o antigo 7º ano respectivamente 1,8% e 4 indivíduos a Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Faculdade de Ciências Sociais, Educação e 60 Administração

indivíduos outro tipo de habilitação que neste caso são cursos técnico profissionais constituindo 3,6% da amostra (Tabela 6).

Tabela 6- Frequências/Percentagens da variável Habilitações Literárias

	<i>Frequência</i>	<i>Percentagem</i>
4ª Classe	99	90,0
Antigo 5º ano	5	4,5
Antigo 7º ano	2	1,8
Outro	4	3,6

Encontrando-se 97 indivíduos em situação de Reforma o que corresponde a 88,2 % da amostra e, 13 indivíduos na categoria Outra onde se incluem pensionistas com pensões de sobrevivência e invalidez correspondendo a 11,8 % respectivamente (Tabela 7).

Tabela 7- Frequências/Percentagens da variável Situação Profissional

	<i>Frequência</i>	<i>Percentagem</i>
Reforma	97	88,2
Outra	13	11,8

As suas profissões inserem-se nas seguintes categorias: Sem Profissão 12 indivíduos correspondendo a 10,9% da amostra, Trabalho Não Qualificado 28 indivíduos correspondendo a 25,5% da amostra, Operários Artífices e Trabalhadores Similares 34 indivíduos respectivamente 30,9% da amostra, Agricultura e Pescas 13 indivíduos respectivamente 11,8% da amostra, Pessoal dos Serviços e Vendedores 21 indivíduos correspondendo a uma percentagem de 19,1% da amostra e, Pessoal Administrativo e Similares 2 indivíduos respectivamente 1,8% da amostra (Tabela 8).

Tabela 8- Frequências/Percentagens da variável Profissões

	<i>Frequência</i>	<i>Percentagem</i>
Sem Profissão	12	10,9
Trabalho Não Qualificado	28	25,5
Operários Artífices e Trabalhadores Similares	34	30,9
Agricultura e Pescas	13	11,8
Pessoal dos Serviços e Vendas	21	19,1
Pessoal Administrativo e Similares	2	1,8

Em termos de gasto de Energia diária, 5 indivíduos consideram-se Inactivos respectivamente 4,5% da amostra, 47 indivíduos praticam Actividades Físicas o que corresponde a uma percentagem de 42,7% da amostra e, 58 indivíduos praticam Actividades Lúdicas e Sociais respectivamente 52,7% da amostra (Tabela 9).

Tabela 9- Frequências/Percentagens da variável Energia

	<i>Frequência</i>	<i>Percentagem</i>
Inactivos	5	4,5
Actividades Físicas	43	42,7
Actividades Lúdicas e Sociais	58	52,7

Tendo em atenção o Grau de Dificuldade nas Actividades de Vida Diária, 22 indivíduos apresentam-se Sem Dificuldades correspondendo a 20,0% da amostra, 53 indivíduos Executa com mais Lentidão o que equivale a uma percentagem de 48,2% da amostra, 16 indivíduos Executa com Ajuda respectivamente 14,5% da amostra e, 19 indivíduos Não Executa 17,3% da amostra (Tabela 10).

Tabela 10- Frequências/Percentagens da variável Grau de Dificuldade

	<i>Frequência</i>	<i>Percentagem</i>
Sem Dificuldade	22	20,0
Executa com + Lentidão	53	48,2
Executa com Ajuda	16	14,5
Não Executa	19	17,3

No que concerne às suas Expectativas de dia-a-dia, 37 indivíduos pretendem Manter a sua vida como está o que corresponde a uma percentagem de 33,6% da amostra, 31 indivíduos gostariam de Permanecer no Domicílio correspondendo a 28,2% da amostra, 13 indivíduos gostariam de praticar mais Actividades Lúdicas no Exterior respectivamente 11,8% da amostra, 18 indivíduos gostariam de praticar mais Actividades culturais e sociais o que equivale a uma percentagem de 16,4%, 4 indivíduos gostariam de se dedicar ainda a uma Actividade Profissional respectivamente 3,6% da amostra e 7 indivíduos perfazendo uma percentagem de 6,4% da amostra afirmam Não Saber (Tabela 11).

Tabela 11- Frequências/Percentagens da variável Expectativas dia-a-dia

	<i>Frequência</i>	<i>Percentagem</i>
Manter	37	33,6
Permanecer no Domicílio	31	28,2
+Actividade Lúdicas Exterior	13	11,8
+Actividades Lúdicas e Sociais	18	16,4
Actividade Profissional	4	3,6
Não Sabe	7	6,4

Relativamente a como gerem as suas Preocupações, 18 indivíduos referem Não ter correspondendo a 16,4% da amostra, 37 indivíduos Guarda Para Si o que corresponde a 33,6% da amostra, 38 indivíduos Fala com Familiares e Amigos respectivamente 34,5% da amostra e, 17 indivíduos Fala com Técnicos 15,5% da amostra (Tabela 12).

Tabela 12- Frequências/Percentagens da variável Preocupações

	<i>Frequência</i>	<i>Percentagem</i>
Não Têm	18	16,4
Guarda para si	37	33,6
Fala com familiares e amigos	38	34,5
Fala com técnicos	17	15,5

Em matéria de actividades/tarefas que representam as suas Preferências, as escolhas de 17 indivíduos recaem exequo sobre Desporto, Artes e Actividades de Reflexão e, Convívio correspondendo a cada uma delas uma percentagem de 15,5% da amostra, 9 indivíduos preferem actividades relacionadas com a sua antiga actividade laboral respectivamente Trabalho com 8,2% da amostra, 13 indivíduos preferem Passeios com 11,8% da amostra, 5 indivíduos Jogos correspondendo a 4,5% respectivamente e, 31 indivíduos Trabalhos Manuais representando 28,2% da amostra (Tabela 13).

Tabela 13- Frequências/Percentagens da variável Preferências

	<i>Frequência</i>	<i>Percentagem</i>
Desporto	17	15,5
Trabalho	9	8,2
Passeios	13	11,8
Jogos	5	4,5
Artes e Actividades de Reflexão	17	15,5
Convívio	17	15,5
Trabalhos Manuais	31	28,2

Estas Preferências apresentam a seguinte Frequência no dia-a dia destas pessoas ou, o mesmo será dizer quantas vezes estes indivíduos põem em prática no seu dia-a-dia estas actividades/tarefas que dizem preferir: 35 indivíduos referem Nenhuma correspondendo a uma percentagem em termos de amostra de 31,8%, 11 indivíduos referem Pouca o que corresponde a 10,0% da amostra, 39 indivíduos referem Semanal equivalendo a 35,3 da amostra e, 24 indivíduos referem Diária respectivamente 21,8% da amostra (Tabela 14).

Tabela 14- Frequências/Percentagens da variável Preferência/Frequência

	<i>Frequência</i>	<i>Percentagem</i>
Nenhuma	35	31,8
Poucas	11	10,0
Semanal	39	35,3
Diário	24	21,8

Não Gostam em relação ao seu Dia-a-Dia, das Actividades Lúdico e Desportivas 5 indivíduos o que corresponde a uma percentagem de 4,5% da amostra, das Actividades Domésticas 30 indivíduos respectivamente 27,3%, do Funcionamento Institucional 17 indivíduos 15,5% da amostra, da Comida 25 indivíduos correspondendo a 22,7% da amostra e, 32 indivíduos respectivamente 29,1% refere que Gosta de Tudo (Tabela 15).

Tabela 15- Frequências/Percentagens da variável Não Gosta/Dia-a-Dia

	<i>Frequência</i>	<i>Percentagem</i>
Gosta de tudo	32	29,1
Comida	25	22,7
Funcionamento Institucional	17	15,5
Actividades Domésticas	30	27,3
Actividades Lúdicas e Desportivas	5	4,5

Quanto às suas Necessidades, 11 indivíduos referem não necessitar de Nada o que corresponde a uma percentagem de 10,0 da amostra, 46 indivíduos referem necessitar de Saúde correspondendo a 41,8% da amostra, 20 indivíduos referem Família e Relações Afectivas respectivamente 18,2% da amostra, 21 indivíduos Questões Financeiras com uma percentagem de 19,1% da amostra, 4 indivíduos Actividades Lúdicas correspondendo a 3,6% da amostra, 2 indivíduos Questões Institucionais representando 1,8% da amostra e, 6 indivíduos com uma percentagem de 5,5% da amostra referem necessitar de Tudo (Tabela 16).

Tabela 16- Frequências/Percentagens da variável Necessidades

	<i>Frequência</i>	<i>Percentagem</i>
Nada	11	10,0
Saúde	46	41,8
Família e Relações Afectivas	20	18,2
Questões Financeiras	21	19,1
Actividades Lúdicas	4	3,6
Questões Institucionais	2	1,8
Tudo	6	5,5

Em matéria da sua Vida Hoje consideram, 31 indivíduos ser Normal representando 28,2% da amostra, 22 indivíduos ser Feliz representando 20,0% e, 57 indivíduos ser Triste correspondendo a uma percentagem de 51,8% da amostra (Tabela 17).

Tabela 17- Frequências/Percentagens da variável Vida Hoje

	<i>Frequência</i>	<i>Percentagem</i>
Normal	31	28,2
Feliz	22	20,0
Triste	57	51,8

Quanto à possibilidade de Melhor Vida, 29 indivíduos consideram essa possibilidade como Sim representando uma percentagem de 26,4% da amostra, 55 indivíduos consideram como Não respectivamente 50,0% e, 26 indivíduos consideram como Talvez respectivamente 23,6% da amostra (Tabela 18).

Tabela 18- Frequências/Percentagens da variável Melhor Vida

	<i>Frequência</i>	<i>Percentagem</i>
Sim	29	26,4
Não	55	50,0
Talvez	26	23,6

3.5-Instrumentos

3.5.1 Questionário Sócio-Demográfico

Foi utilizado um questionário sócio-demografico permitindo recolher informação social e demográfica importante acerca dos participantes no estudo. Este questionário é constituído por 16 questões, 10 das quais são questões abertas sobre a visão que estas pessoas têm da sua vida (Anexo I).

3.5.2 Escala de Depressão Geriátrica

Para avaliar a depressão foi aplicada a Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage e col. (1983), traduzida e adaptada para população portuguesa por Barreto, Leuschner, Santos, Sobral (2008) (Anexo II).

Constitui-se como uma escala de auto-avaliação utilizada clínica e particularmente direccionada para a população geriátrica que tem a particularidade de apresentar um nível alto de compreensão e aplicação rápida (Veríssimo, 2006).

É constituída por 30 perguntas respondidas de forma dicotómica «sim ou não» de acordo com a forma como se tem sentido na última semana. À resposta «Sim» nos itens 2 a 4, 6, 8, 10 a 14, 16 a 18, 20, 22 a 26 e 28, atribuir-se-á um ponto a cada um destes itens, à resposta «Não» nas mesmas questões, a pontuação a atribuir será de zero pontos. À resposta «Não» nas questões 1, 5, 7, 9, 15, 19, 21, 27, 29 e 30, atribui-se um ponto e, zero pontos se a sua resposta for «Sim». A pontuação total é dada pela soma aritmética dos pontos atribuídos a cada um dos itens, a uma pontuação final compreendida entre 0 e 10 pontos atribui-se ausência de depressão; pontuações entre 11 e 20 pontos correspondem a uma depressão ligeira; e pontuações entre 21 a 30 pontos equivalem a uma depressão grave (Barreto et al., 2008).

3.6-Procedimento

Os participantes no estudo foram abordados durante o processo de recolha de dados em dois contextos diferentes. Os participantes institucionalizados, em contexto de Lar e, os participantes não institucionalizados em contexto de Centro de Dia e Centro Comunitário respectivamente.

Obtido o seu consentimento informado, foi-lhe aplicado pelo investigador em sessões individuais, o questionário sócio-demográfico e a escala geriátrica de depressão oralmente e transcritas as suas respostas para o respectivo formulário.

As instruções dadas resumiram-se a responderem o mais sinceramente possível, dado que não existem respostas certas ou erradas, mas simplesmente a visão que têm da sua vida.

3.7- Caracterização das Instituições contactadas

A amostra utilizada neste estudo foi recolhida em quatro instituições que importa caracterizar, tendo como base a informação disponibilizada pelas próprias instituições.

-Centro Social Paroquial Comunitário de São Sebastião

O CSPSS é uma Instituição Pública de Solidariedade Social financiada pela Segurança Social através de um acordo de cooperação, cuja equipa técnica de intervenção é constituída por sete funcionários, entre os quais uma Directora Técnica/Assistente Social, uma

Assistente Social, uma Psicóloga, uma Auxiliar de serviços gerais e três Monitores. Este trabalho de intervenção foi iniciado em Outubro de 2000, pelo projecto Desenvolver e Florescer cujo objectivo primordial era a luta contra a pobreza financiado pelo extinto Comissariado de Luta contra a Pobreza e em estreita colaboração com a Segurança Social.

O Centro Comunitário de S. Sebastião constitui uma valência do Centro Paroquial de S. Sebastião, pertencente à Igreja Católica cujo raio de acção engloba os bairros S. Domingos, Fontainhas e Santos Nicolau da cidade de Setúbal, embora aceite pessoas de outros bairros, que se encontre em situação de não institucionalização.

A principal função ao nível da intervenção centra-se no desenvolvimento de atendimento em Serviço Social e RSI assim como Acompanhamento Psicológico a famílias e comunidade geral, de actividades de informação, animação e motivação com crianças, jovens, idosos, grupos organizados e imigrantes que são incrementadas nas suas três valências respectivas: «Porta Aberta»; «Klube dos Jovens»; «Tesouros de Vida».

A valência «Tesouros da Vida» sobre a qual recaiu a atenção deste estudo é constituída por pessoas entre os 65 e os 89 que mantêm um grau muito elevado de autonomia e independência embora apresentem em alguns casos fragilidades normais desta fase da vida.

Nesta valência pretende-se combater essencialmente o isolamento social e a exclusão social através de um conjunto de atelies de artes decorativas, informática, inglês, escrita e leitura, canto, dança, ginástica entre outras actividades culturais e lúdicas onde se promove a saúde física e psíquica dos utentes. A intervenção ao nível desta valência está a cargo de um Monitor, o qual desenvolve com extraordinário empenho e dedicação este trabalho, estabelecendo com todos uma relação de grande empatia.

- Centro de Dia para idosos Padre Camilo

O Centro de dia Padre Camilo faz parte do Centro social N^a S^a da Paz pertencente à Cáritas Diocesana de Setúbal

É uma resposta social desenvolvida em equipamento, que consiste na prestação de um conjunto de serviços que contribuem para a manutenção dos idosos no seu meio sócio-familiar, com o objectivo de satisfazer as necessidades básicas, prestar apoio psico-social e, fomentar as relações inter-pessoais, a fim de evitar o isolamento.

Aos idosos são prestados os seguintes serviços: refeições, convívio/ocupação, cuidados de higiene, férias organizadas, de Segunda a Domingo, entre as 8 e as 18 horas.

Uma técnica de Serviço Social, Ajudantes de Cozinha, Pessoal de Cozinha e Serviços Gerais e um Motorista, formam a equipa de apoio.

-Lar Drº Paula Borba

O Lar Drº Paula Borba, é uma resposta social desenvolvida em equipamento que pertence à Santa Casa da Misericórdia de Setúbal e, que oferece os serviços de, Lar e Centro de dia a 96 utentes.

Da sua equipa técnica fazem parte uma directora técnica, uma encarregada de serviços gerais, uma animadora socio-cultural, uma terapeuta ocupacional, um psicólogo a tempo parcial, três enfermeiros, um médico, vinte ajudantes de lar, quatro auxiliares de limpeza, duas costureiras, três copeiros e, dois porteiros.

-Lar Acácio Barradas

O Lar Acácio Barradas, é uma resposta social desenvolvida em equipamento que pertence à Santa Casa da Misericórdia de Setúbal e, que oferece os serviços de, Lar a 36 utentes.

A sua equipa técnica é composta por uma directora técnica, uma animadora socio-cultural, uma terapeuta ocupacional, um psicólogo a tempo parcial, um enfermeiro, treze ajudantes de lar, três auxiliares de limpeza, uma funcionária de lavandaria.

3.8-Tratamento de dados

Adoptou-se a Metodologia Quantitativa e Qualitativa, não existe uma estratégia que possa ser considerada eminentemente boa ou má por si só, o fundamental é essencialmente procurar que a forma de abordar o problema seja adequada ao problema a estudar. Quantificar, qualificar ou ambas, torna-se assim uma opção, tendo em conta o tema e o problema em estudo.

A relação entre o quantitativo e qualitativo pode ser complementar, enquanto o quantitativo trata de ordens, grandezas e das suas relações, o qualitativo elabora interpretações para o que não pode ser quantificado (Biasoli-Alves & Romanelli, 1998).

A metodologia Quantitativa assenta na aplicação de instrumentos estatísticos, quer ao nível da recolha quer do tratamento dos dados, debruçando-se essencialmente sobre o comportamento geral dos fenómenos em detrimento do aprofundamento da sua realidade.

“Caracteriza-se pelo emprego de quantificação tanto nas realidades de colecta de informações, quanto no tratamento delas por meio de técnicas estatísticas, desde as mais simples como percentual, média, desvio padrão, às mais complexas, como coeficiente de correlação, análise de regressão etc.” (Richardson, 1999, p.70).

A abordagem qualitativa, que visa uma perspectiva histórica pois a realidade social está sempre em constante transformação, é uma abordagem compreensiva que parte de uma profunda análise e intensidade de recolha, tendo por base sobretudo a história oral, com grande contribuição para o processo de investigação e produção de conhecimento, utilizadas nas ciências sociais e, que nomeadamente introduziu um carácter inovador na busca de significado e dimensão política permitindo analisar quer o indivíduo quer o grupo em termos de regras e do seu funcionamento social, de compreender como determinada cultura se organiza e subsiste em contacto por vezes com outras formas sociais dominantes ou dominadas.

“A investigação qualitativa é particularmente importante para o estudo das relações sociais, dada a pluralidade dos universos de vida. Esta pluralidade traduz-se em expressões como a «nova obscuridade» (Habermas, 1996), a crescente «individualização dos modos de vida e padrões biográficos» (Beck, 1992) e a dissolução das «velhas» desigualdades sociais no seio da nova diversidade dos ambientes, subculturas, estilos e modos de viver (Hradil, 1992)” (Flick, 2005, p2).

Esta pluralidade exige uma nova sensibilidade para o estudo empírico das questões, que força em certa medida o recurso a estratégias indutivas que introduzam “conceitos sensibilizadores” de forma a abordar os diversos contextos sociais a estudar, partindo dos significados individuais e sociais do objecto e evidenciando a diversidade das perspectivas sobre ele. Aborda essencialmente o estudo das práticas e o saber dos participantes, analisa as interacções e os modos de enfrentar determinado fenómeno num determinado espaço e enquadramento social (Flick, 2005, p2).

Neste estudo, no que diz respeito ao tratamento dos dados, as questões abertas foram tratadas com base na análise de conteúdo, posteriormente codificadas e, seguidamente todos os dados recolhidos foram tratados com recurso ao software SPSS versão 20.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

4.1- Apresentação dos Resultados

O grau de depressão encontrado situa-se num grau ligeiro (entre 11 e 20 pontos) segundo a Escala de Depressão Geriátrica ao qual corresponde $M=15.08$ e $DP= 3.154$ (Tabela 19).

Tabela 19- Grau médio de depressão

Depressão	Mínimo	Máximo	M	DP
	7	21	15,08	3.154

Utilizamos em primeiro lugar o teste paramétrico t de student não relacionado, pois estamos perante duas situações experimentais com sujeitos diferentes ou seja uma variável independente com duas situações.

Quando utilizando o teste t de student, comparamos estas duas categorias quanto à Depressão, tendo em conta a idade, verificamos que não existem diferenças significativas entre a categoria «> =78» e a categoria «< 78», respectivamente $t = 0.85$, $sig = .932$ (Tabela 20).

Tabela 20-Diferença de Médias da Depressão em função da Idade

Depressão	Idade		t	Sig.
	>=78	<78	.085	.932
	M 15. 11	M 15.6		
	DP 2.940	DP 3.389		

Quando utilizando o teste t de student, comparamos estas 2 categorias quanto à Depressão, tendo em conta o Sexo, verificamos que não existem diferenças significativas entre a categoria «Feminino» e a categoria «Masculino», respectivamente $t = -.522$, $sig = .603$ (Tabela 21).

Tabela 21-Diferença de Médias da Depressão em função da Sexo

Depressão	Sexo		t	Sig.
	<i>Feminino</i>	<i>Masculino</i>		
	M	M		
	14.99	15.34		
	DP	DP		
	3.096	3.352		

Quando utilizando o teste t de student, comparamos estes 2 grupos quanto à Depressão, tendo em conta a Instituição, verificamos que não existem diferenças significativas entre o grupo Institucionalizado e o grupo Não Institucionalizado, respectivamente $t = 1.390$, $\text{sig} = 0.52$ (Tabela 22).

Tabela 22-Diferença de Médias da Depressão em função da Instituição

Depressão	Instituição		t	Sig.
	<i>Institucionalizado</i>	<i>Não Institucionalizado</i>		
	M	M		
	15.53	14.69		
	DP	DP		
	2.686	3.485		

Em seguida utilizamos o teste ANOVA I não relacionado, para três ou mais situações experimentais com sujeitos diferentes, ou seja uma variável independente com três ou mais situações.

Quando utilizando o teste ANOVA I, comparamos estas 5 categorias quanto à Depressão, tendo em conta o Estado Civil, verificamos que não existem diferenças significativas entre as categorias «Casado», «Divorciado», «Viúvo», «U. Facto» e «Solteiro», respectivamente $F = 2.010$, $\text{sig} = 0.98$ (Tabela 23).

Tabela 23-Diferença de Médias da Depressão em função do Estado Civil

Depressão	Estado Civil					F	Sig.
	<i>Casado</i>	<i>Divorciado</i>	<i>Viuvo</i>	<i>U.Facto</i>	<i>Solteiro</i>		
	M	M	M	M	M		
	16.19	16.09	14.49	12.50	15.69		
	DP	DP	DP	DP	DP		
	2.960	2.844	2.999	2.121	3.966		

Quando utilizando o teste ANOVA I, comparamos estas 4 categorias quanto à Depressão, tendo em conta as Habilitações Literárias, verificamos que não existem diferenças significativas entre as categorias, «4ª Classe», «Antigo 5º ano», «Antigo 7º ano», e «Outro» (cursos técnicos e comerciais), respectivamente $F = 1.566$, $sig = .202$ (Tabela 24).

Tabela 24-Diferença de Médias da Depressão em função das Habilitações Literárias

Depressão	Habilitações Literárias				F	Sig.
	<i>4ª Classe</i>	<i>Antigo 5º Ano</i>	<i>Antigo 7º Ano</i>	<i>Outro</i>		
	M	M	M	M		
	15.21	15.60	11.50	13.00		
	DP	DP	DP	DP		
	3.173	3.209	2.121	1.414		

Quando utilizando o teste ANOVA I, comparamos estas 2 categorias quanto à Depressão, tendo em conta a Situação Profissional, verificamos que não existem diferenças significativas entre as categorias, «Reformado» e «Outra» (pensionistas com reformas sociais e por invalidez), respectivamente $F = .887$, $sig = .348$ (Tabela 25).

Tabela 25-Diferença de Médias da Depressão em função da Situação Profissional

Depressão	Situação Profissional		F	Sig.
	<i>Reformado</i>	<i>Outra</i>		
	M 15.19	M 14.31		
	DP 3.264	DP 2.097		

Quando utilizando o teste ANOVA I, comparamos estas 6 categorias quanto à Depressão, tendo em conta a Profissão, verificamos que não existem diferenças significativas entre as categorias «Sem Profissão», «Trabalho Não Qualificado», «Operários Artífices e Trabalhadores Similares», «Agricultura e Pescas», «Pessoal dos Serviços e Vendas», e «Pessoal Administrativo e Similares», respectivamente $F = .484$, $sig = .788$ (Tabela 26).

Tabela 26-Diferença de Médias da Depressão em função da Profissão

Depressão	Profissão						F	Sig.
	<i>S/ Prof.</i>	<i>Trab. N/ Qualificado</i>	<i>Operários Artífices e Trab. Similares</i>	<i>Agric. e Pescas</i>	<i>P. Serv. e Vendas</i>	<i>P. Adm. e Similares</i>		
	M 15.49	M 15.61	M 14.79	M 14.54	M 15.19	M 13.00		
	DP 2.353	DP 2.671	DP 2.772	DP 5.043	DP 3.516	DP .000		

Quando utilizando o teste ANOVA I, comparamos estas 3 categorias quanto à Depressão tendo em conta a Energia, verificamos que não existem diferenças significativas entre as categorias, «Inactividade», «Actividade Física» e «Actividades Lúdicas e Sociais», respectivamente $F = 1.600$, $sig = .207$ (Tabela 27).

Tabela 27-Diferença de Médias da Depressão em função da Energia

Depressão	Energia			F	Sig.
	<i>Inactividade</i>	<i>Actividade Física</i>	<i>Actividades Lúdicas e Sociais</i>		
	M	M	M		
	16.40	15.53	14.60		
Depressão	DP	DP	DP	1.600	.207
	2.074	2.796	3.443		

Quando utilizando o teste ANOVA I, comparamos estas 4 categorias quanto à Depressão tendo em conta o Grau de Dificuldade, verificamos que não existem diferenças significativas entre as categorias «Sem Dificuldade», «Executa com mais Lentidão» e «Não Executa», respectivamente $F = 1.715$, $\text{sig} = .168$ (Tabela 28).

Tabela 28-Diferença de Médias da Depressão em função do Grau de Dificuldade

Depressão	Grau de Dificuldade				F	Sig.
	<i>S/Dificuldade</i>	<i>Executa c/+ Lentidão</i>	<i>Executa c/ Ajuda</i>	<i>N/Executa</i>		
	M	M	M	M		
	16.41	14.75	14.50	14.95		
Depressão	DP	DP	DP	DP	1.715	.168
	3.127	3.094	3.286	3.064		

Quando utilizando o teste ANOVA I, comparamos estas 6 categorias quanto à Depressão tendo em conta as Expectativas dia-a-dia, verificamos que não existem diferenças significativas entre as categorias «Manter», «Permanecer no Domicílio», «+Actividade Lúdica Exterior», «+Actividade Lúdica e Social», «Actividade Profissional» e «Não Sabe», respectivamente $F = .812$, $\text{sig} = .544$ (Tabela 29).

Tabela 29-Diferença de Médias da Depressão em função das Expectativas dia-a-dia

Depressão	Expectativas dia-a-dia						F	Sig
	<i>Manter</i>	<i>Permanecer no Domicílio</i>	<i>+Actv. Lúdica Exterior</i>	<i>+Act. Lúdica e Social</i>	<i>Actividade Profissional</i>	<i>N/Sabe</i>	.812	.544
	M	M	M	M	M	M		
	15.51	14.84	15.23	14.11	17.00	15.00		
	DP	DP	DP	DP	DP	DP		
	3.061	3.318	3.166	2.988	2.944	3.606		

Quando utilizando o teste ANOVA I, comparamos estas 4 categorias quanto à Depressão tendo em conta as Preocupações, verificamos que não existem diferenças significativas entre as categorias, «Não tem», «Guarda para si», «Fala com Familiares e Amigos» e «Fala com Técnicos», respectivamente $F = 2.336$, $\text{sig} = .078$ (Tabela 30).

Tabela 30-Diferença de Médias da Depressão em função das Preocupações

Depressão	Preocupações				F	Sig
	<i>Não Têm</i>	<i>Guarda para si</i>	<i>Fala com Familiares e Amigos</i>	<i>Fala com Técnicos</i>	2.336	.078
	M	M	M	M		
	16.28	14.92	15.34	13.59		
	DP	DP	DP	DP		
	3.723	2.812	2.850	3.501		

Quando utilizando o teste ANOVA I, comparamos estas 7 categorias quanto à Depressão tendo em conta as Preferências, verificamos que não existem diferenças significativas entre as categorias, «Desporto», «Trabalho», «Passeios», «Jogos», «Artes e Actividades de Reflexão», «Convívio» e «Trabalhos Manuais», respectivamente $F = .960$, $\text{sig} = .456$ (Tabela 31).

Tabela 31-Diferença de Médias da Depressão em função das Preferências

Depressão	Preferências							F	Sig
	<i>Desporto</i>	<i>Trab.</i>	<i>Passeios</i>	<i>Jogos</i>	<i>Artes e Actividades de Reflexão</i>	<i>Conv.</i>	<i>Trab. Manuais</i>	.960	.456
	M	M	M	M	M	M	M		
	14.71	15.56	14.54	16.40	16.12	13.94	15.23		
	DP	DP	DP	DP	DP	DP	DP		
	3.820	3.395	3.126	1.673	3.100	2.968	3.041		

Quando utilizando o teste ANOVA I, comparamos estas 4 categorias quanto à Depressão tendo em conta as Preferências/Frequência, verificamos que não existem diferenças significativas entre as categorias, «Nenhuma», «Poucas», «Semanal» e «Diário», respectivamente $F = .815$, $sig = .488$ (Tabela 32).

Tabela 32-Diferença de Médias da Depressão em função das Preferências/Frequência

Depressão	Preferências/Frequência				F	Sig.
	<i>Nenhuma</i>	<i>Poucas</i>	<i>Semanal</i>	<i>Diário</i>	.815	.488
	M	M	M	M		
	15.23	16.36	14.79	14.75		
	DP	DP	DP	DP		
	2.613	3.202	3.585	3.207		

Quando utilizando o teste ANOVA I, comparamos estas 5 categorias quanto à Depressão, tendo em conta Não Gosta Dia-a Dia, verificamos que não existem diferenças significativas entre as categorias, «Gosta de tudo», «Comida», «Funcionamento Institucional», «Actividades Domésticas» e «Actividades Lúdicas e Desportivas», respectivamente $F = 1.209$, $sig = .312$ (Tabela 33).

Tabela 33-Diferença de Médias da Depressão em função de Não Gosta Dia-a Dia

Depressão	Não Gosta Dia-a Dia					F	Sig.
	<i>Gosta de tudo</i>	<i>Comida</i>	<i>Funcionamento Institucional</i>	<i>Actividades Domésticas</i>	<i>Actividades Lúdicas e Desportivas</i>	1.209	.312
	M	M	M	M	M		
	15.66	15.80	14.53	14.57	13.60		
	DP	DP	DP	DP	DP		
	3.158	2.723	3.023	3.461	3.130		

Quando utilizando o teste ANOVA I, comparamos estas 7 categorias quanto à Depressão, tendo em conta as Necessidades, verificamos que existem diferenças significativas entre as categorias, «Nada», «Saúde», «Família e Relações Afectivas», «Questões Financeiras», «Actividades Lúdicas», «Questões Institucionais» e «Tudo», respectivamente $F = 3.388$, $sig = .004$ (Tabela 34).

Tabela 34-Diferença de Médias da Depressão em função das Necessidades

Depressão	Necessidades							F	Sig
	<i>Nada</i>	<i>Saúde</i>	<i>Família e Relações Afectivas</i>	<i>Questões Financeiras</i>	<i>Actividades Lúdicas</i>	<i>Questões Institucionais</i>	<i>Tudo</i>	3.388	.004
	M	M	M	M	M	M	M		
	17.55	15.48	13.25	15.00	16.25	16.00	12.83		
	DP	DP	DP	DP	DP	DP	DP		
	3.417	2.896	1.947	3.450	4.646	1.414	2.639		

Quando utilizando o teste ANOVA I, comparamos estas 3 categorias quanto à Depressão, tendo em conta a Vida Hoje, verificamos que existem diferenças significativas entre as categorias, «Normal», «Feliz» e «Triste», respectivamente $F = 7.542$, $sig = .001$ (Tabela 35).

Tabela 35-Diferença de Médias da Depressão em função da Vida Hoje

Depressão	Vida Hoje			F	Sig.
	<i>Normal</i>	<i>Feliz</i>	<i>Triste</i>	7.542	.001
	M 15.35	M 17.05	M 14.18		
	DP 3.411	DP 2.340	DP 2.947		

Quando utilizando o teste ANOVA I, comparamos estes 3 grupos quanto à Depressão, tendo em conta a Melhor Vida, verificamos que não existem diferenças significativas entre as categorias, «Sim», «Não», «Talvez», respectivamente $F = .203$, $sig = .817$ (Tabela 36).

Tabela 36-Diferença de Médias da Depressão em função de Melhor Vida

Depressão	Melhor Vida			F	Sig.
	<i>Sim</i>	<i>Não</i>	<i>Talvez</i>	.203	.817
	M 15.31	M 14.89	M 15.23		
	DP 3.828	DP 2.904	DP 2.930		

Utilizamos também o teste ANOVA II não relacionado, para quatro ou mais situações experimentais com sujeitos diferentes, ou seja duas variáveis independentes com quatro ou mais situações.

Quando utilizando o teste ANOVA II, comparamos estas 2 variáveis, Instituição e Necessidades quanto à Depressão, tendo em conta as categorias em que se dividem, verificamos que não existem diferenças significativas entre as categorias, respectivamente $F = 1.486$, $sig = .201$, o que anula o resultado obtido com as variáveis Depressão e Necessidades na ANOVA I (Tabela 37).

Tabela 37-Diferença de Médias da Depressão em função da Instituição e das Necessidades

		Necessidades							F	Sig.
		<i>Nada</i>	<i>Saúde</i>	<i>Família e Relações Afectivas</i>	<i>Questões Fin.</i>	<i>Act. Lúdicas</i>	<i>Questões Inst.</i>	<i>Tudo</i>		
Depressão	<i>Não Institucionalizado</i>	M 16.00	M 15.17	M 13.14	M 14.85	M 18.33	M -	M 12.67	1.486	.201
		DP 6.928	DP 3.407	DP 2.033	DP 3.681	DP 2.517	DP -	DP 3.786		
Instituição	<i>Institucionalizado</i>	M 18.13	M 15.78	M 13.50	M 15.25	M 10.00	M 16.00	M 13.00		
		DP 1.246	DP 2.315	DP 1.871	DP 3.284	DP -	DP 1.414	DP 1.732		

Quando utilizando o teste ANOVA II, comparamos estas 2 variáveis, Instituição e Vida Hoje quanto à Depressão, tendo em conta as categorias em que se dividem, verificamos que não existem diferenças significativas entre as categorias, respectivamente $F = 1.030$, $sig = .361$, o que anula o resultado obtido com as variáveis Depressão e Vida Hoje na ANOVA I (Tabela 38).

Tabela 38-Diferença de Médias da Depressão em função da Instituição e da Vida Hoje

Depressão	Instituição	Vida Hoje	F	Sig.
	Não Institucionalizado	Normal	Feliz	Triste
		M 15.13	M 16.81	M 12.50
Instituição	Não Institucionalizado	DP 3.709	DP 2.588	DP 2.606
		M 16.00	M 17.67	M 15.08
	Institucionalizado	DP 2.449	DP 1.506	DP 2.742

Foi calculado também o coeficiente de correlação entre a variável depressão e a variável idade, tendo sido obtido o valor.033 (Tabela 39). Sendo assim não se verifica uma correlação significativa entre estas duas variáveis.

Tabela 39- Correlação entre a Depressão e a Idade

Depressão	Idade
	.033

4.2-Discussão de resultados

Este estudo teve como objectivo geral a exploração da relação entre a prevalência da depressão e duas realidades contextuais diferentes que são a institucionalização e, a não institucionalização, de pessoas com idade igual ou superior a 65 anos. Caracterizou-se pois a amostra total e as duas sub-amostras em relação a todas as variáveis sócio-demográficas presentes, idade; sexo; instituição; estado civil; habilitações literárias; situação profissional; profissão. Assim como em relação a todas as variáveis psico-sociais presentes, energia; Grau de dificuldade; expectativas dia-a-dia; preocupações; preferências; preferências/frequência; não gosta dia-a-dia; necessidades; vida hoje; melhor vida. Para além de uma análise descritiva foi também realizada uma análise exploratória, onde se pretendeu perceber se havia alguma associação significativa entre as diferentes variáveis.

No que diz respeito às variáveis sócio-demográficas verificou-se, que face à variável idade não existe relação significativa entre esta e a depressão, o que está de acordo com os dados da literatura (Freitas et al, 2006; Quarto Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006), uma vez que ter mais idade não é sinónimo de ter depressão, faixas etárias mais jovens apresentam percentagens de prevalência de depressão mais altas, além de que, segundo Paúl e Fonseca (2005), a idade cronológica não nos esclarece acerca da saúde física, psicológica e, da qualidade de vida do indivíduo.

Em relação à variável sexo, não existem diferenças significativas entre o sexo masculino e o sexo feminino em relação à depressão, o que contraria largamente a literatura publicada (WHO, 2001; Quarto Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006; Freitas et al, 2006), que referencia o sexo feminino com uma maior prevalência de depressão e, probabilidade, cerca de 9,5% de vir a sofrer de um episódio depressivo num período de 12 meses e, que no caso do sexo masculino essa percentagem desce para 5,8%.

Relativamente à Hipótese 1 que pretendia comprovar que pessoas com idade igual ou superior a 65 anos apresentam uma prevalência superior de depressão, ela foi infirmada pois quando relacionamos as categorias da variável instituição (institucionalizado, não institucionalizado) com a variável depressão, verificamos que surpreendentemente não existem diferenças significativas entre elas, o que contradiz largamente todos os estudos consultados, quer nacionais (Fernandes, 2000; Martins, 2008), quer internacionais

(Ballone&Moura, 2002; Freitas et al, 2006), que referem percentagens superiores significativas para a categoria institucionalizado.

No que diz respeito à variável estado cívil, não foi encontrada relação significativa entre esta variável e a depressão, apesar de os resultados na categoria «casado» ($M=16.19$, $DP=2.960$) apresentarem percentagem de prevalência de depressão ligeiramente superior em detrimento da categoria «viúvo» ($M=14.49$, $DP=2.999$), pois segundo Freitas et al, (2006), o facto de a pessoa ter perdido o seu companheiro, constitui um factor de risco e, segundo Jenkins et al, (1996), as situações de perda constituem um factor de precipitação etiológico para a ocorrência de sintomas depressivos, esta nova condição de viúvo/a traz consigo implícito quer um elaborar do processo espontâneo de luto (Shneider, 1983), quer uma transformação ao nível do projecto de vida que implica uma nova adaptação, principalmente ao nível das actividades da vida diária destas pessoas, que pode dar origem a situações de isolamento social e emocional susceptíveis de conduzirem a perturbações depressivas como refere Paúl (Fernandes, 2007), o que não se verificou na amostra em causa.

Face às variáveis habilitações literárias e profissão que, juntas podem considerar-se como fazendo parte do nível sócio-cultural, não se encontraram diferenças significativas entre estas e a depressão, apesar de as pessoas com maior grau de instrução «antigo 7ºano» ($M=11.50$, $DP=3.209$) e, categoria profissional «pessoal administrativo e similares» ($M=13.00$, $DP=.000$) mais diferenciada apresentarem uma prevalência de depressão com tendência ligeiramente inferior o que é confirmado pela literatura, a um maior nível de instrução corresponde uma menor percentagem de insatisfação com a vida (CEDRU, 2008).

Quando consideramos a variável situação profissional, também não se encontra relação significativa com a depressão, o que demonstra que autores tais como Paúl&Fonseca (2005), Fernandes (2008) e, Fonseca (2011) ao considerarem a condição de reformado como um estigma social para o indivíduo, que se confronta com o aproximar da velhice, da perda por vezes do seu papel mais importante que lhe conferia estatuto social, e em que o indivíduo terá que fazer um esforço para se adaptar à sua nova condição e, ao ajustar da sua identidade, tal não implica que o indivíduo não consiga superar esse processo de adaptação à reforma, preservar as suas relações sociais mais próximas, encarando-o de forma positiva e, procurando inclusivé integra-lo no seu projecto de vida, não existindo em suma um padrão de funcionamento que se possa considerar único, o que se verificou com a amostra em causa.

No que concerne às variáveis psico-sociais, energia; grau de dificuldade; expectativas dia-a-dia; preocupações; não gosta dia-a-dia; melhor vida, não se encontram diferenças significativas entre estas quando relacionadas com a depressão. Sendo estas variáveis resultantes de perguntas abertas sobre a visão que estas pessoas têm da sua vida e, portanto da sua saúde são ao mesmo tempo subjectivas, indicadores e determinantes desse estado de saúde (Sardinha, 1999). Saúde que segundo a OMS (1999) se impõe como um conceito que pretende valorizar todos os recursos que o indivíduo têm ao seu dispor, quer sejam eles recursos individuais, sociais e, capacidades físicas, o que parece supor que os idosos da amostra têm em geral uma visão relativamente positiva das suas vidas, apesar de evidenciarem dificuldades e insatisfações, expressas por exemplo ao nível da variável energia em que alguns referem estarem inactivos, da variável expectativas em que alguns referem gostar ainda de trabalhar, o que pode ser entendido no sentido de se considerarem capacitados para participar mais social e comunitariamente, e da variável não gosta dia-a-dia quando referem um grande desagrado em relação à alimentação sentido especialmente pelo grupo institucionalizado e por aqueles que por terem recursos financeiros mais limitados não conseguem por si próprios suprir essa insatisfação.

Relativamente à Hipótese 2 que pretendia confirmar que as estratégias adoptadas pelas pessoas com idade igual ou superior a 65 anos, não institucionalizadas, são mais eficazes na prevenção da depressão, ela foi infirmada pois as variáveis psico-sociais, preferências e, preferências/frequência que dizem respeito às actividades e tarefas desempenhadas por estas pessoas no seu dia-a-dia e que se podem apresentar como estratégias adoptadas para a prevenção da depressão, quando relacionadas com a variável depressão, verificamos que não existe relação significativa. Contudo verifica-se uma tendência ligeiramente superior nas categorias «jogos» ($M=16.40$, $DP=1.673$), «artes e actividades de reflexão» ($M=16.12$, $DP=3.100$) e «poucas» ($M=16.36$, $DP=3.202$) o que poderá indicar que estas pessoas estão insatisfeitas com o tipo de e, a frequência com que põem em prática as actividades/tarefas alvo das suas preferências. Não existem tarefas ou actividades padrão que possam ser utilizadas mais eficazmente para prevenir a depressão, mas sim escolhidas em função das preferências da população a que se destinam sob pena de não terem adesão nem cumprirem os objectivos a que se propõem. A literatura vai neste mesmo sentido, de que promover o envelhecimento activo como atitude preventiva (Direcção-geral da Saúde, 2004), reforçando as aptidões e capacidades dos indivíduos, assim como reduzindo os efeitos

negativos das suas condicionantes sociais e, económicas (WHO, 1986), evidência a eficácia de acções centradas na criação de redes de apoio e, dirigidas a indivíduos que possam constituir-se como vulneráveis. (WHO, 2001).

Quando relacionamos a variável psico-social necessidades, com a variável depressão encontramos diferenças significativas, principalmente em categorias como «nada», «actividades lúdicas», «questões institucionais», «saúde», «questões financeiras», «relações afectivas» e «tudo». A categoria «nada» ($M=17.55$, $DP=3.417$) ao apresentar uma maior prevalência de depressão poderá sugerir que estas pessoas apresentam uma relativa apatia em relação à condição em que se encontram ao referirem que nada lhes faz falta. Contudo ao relacionarmos essa mesma variável necessidades com a variável depressão e a variável instituição, verificamos que deixam de existir diferenças significativas entre os dois grupos, embora o grupo institucionalizado ($M=15.53$, $DP=2.686$) apresente prevalência de depressão com tendência ligeiramente superior em relação ao grupo não institucionalizado ($M=14.69$, $DP=3.485$). Essas necessidades são abrangentes e, sentidas independentemente do contexto em que estas pessoas vivem, o que está em consonância com a literatura, autores como Quaresma et al (2004) e, Instituto da Segurança Social, I.P. (2005), chamam a atenção para a importância da existencia de respostas sociais adequadas e capacitadas para suprir as necessidades e salvaguardar a dignidade destas pessoas, o que se apresenta como um problema na sociedade portuguesa actual, assim como, Resende et al (2006) reforça a importância do suporte afectivo para o bem-estar psicológico e satisfação com a vida.

O mesmo facto ocorre, quando relacionamos a variável psico-social vida hoje com a variável depressão, encontramos diferenças significativas entre as categorias, «feliz», «normal» e, «triste». A categoria «feliz» ao apresentar uma maior prevalência de depressão ($M=17.05$, $DP=2.340$) poderá indicar que estas pessoas se encontram resignadas com a sua situação. Porém ao relacionarmos essa mesma variável vida hoje, com a variável depressão e a variável instituição, verificamos que deixam de existir diferenças significativas entre estes dois grupos, embora o grupo institucionalizado ($M=15.53$, $DP=2.686$) continue a apresentar prevalência de depressão com tendência ligeiramente superior em relação ao grupo não institucionalizado ($M=14.69$, $DP=3.485$). O que pressupõe também, que esse sentimento sobre a sua vida hoje, seja ao mesmo tempo partilhado e, influencie a depressão, quer nos indivíduos institucionalizados, quer nos não institucionalizados. O que é confirmado pela literatura, a importância da rede social condição indispensável para a identidade pessoal do

indivíduo (Castells, 1999), acentua-se á medida que com o envelhecimento vão desaparecendo as pessoas que lhe são próximas (Paúl & Ribeiro 2012), tornando-se esse suporte social condição imprescindível para a sua adaptação á vida e ao meio, tornando possível o seu sentimento de bem-estar (Freire, 2000). Ao mesmo tempo o balanço que estas pessoas fazem da sua vida passada e, da sua condição hoje (Cloninger, 1999) actua com factor de manutenção para comportamentos depressivos (Jenkins et al, 1996).

CONCLUSÃO

O estudo realizado, tendo em conta a amostra constituída por pessoas com 65 e mais anos institucionalizadas e, não institucionalizadas, apresenta um grau ligeiro de depressão (entre 11 e 20 pontos) considerando a Escala de Depressão Geriátrica ($M=15.08$ e $DP=3.154$).

Apesar de não ser significativa a diferença encontrada entre estes dois grupos, o que confirma a hipótese nula, ou seja, não foi comprovado que pessoas com idade igual ou superior a 65 anos apresentem uma prevalência superior de depressão, regista-se uma ligeira tendência para o grupo institucionalizado apresentar percentagem superior a saber, $M=15.53$ e $DP=2.686$ e, de $M=14.69$ e $DP=3.485$ no grupo não institucionalizado. Esta prevalência de depressão para o grupo não institucionalizado encontra-se confirmada na literatura, mas no que diz respeito ao grupo institucionalizado não se apresenta em conformidade com os estudos publicados, que revelam percentagens superiores a 20%.

Em relação às estratégias adoptadas para a prevenção da depressão, medidas através das variáveis preferências e, preferências/frequência, tendo em conta a amostra analisada, também não foram encontradas diferenças significativas entre o grupo institucionalizado e, o grupo não institucionalizado, o que também confirma a hipótese nula, ou seja, não foi comprovado que as estratégias adoptadas pelas pessoas com idade igual ou superior a 65 anos, não institucionalizadas, sejam mais eficazes na prevenção da depressão. Contudo regista-se uma tendência para o grupo institucionalizado apresentar percentagens ligeiramente superiores de prevalência de depressão em relação a estas duas variáveis, que o grupo não institucionalizado, o que poderá indicar que há a necessidade premente de adaptar as instituições às pessoas e não as pessoas às instituições.

É de salientar que em relação às variáveis idade, sexo e estado cívil, que a literatura considera como factores de risco da depressão, os resultados encontrados além de não apresentarem relação significativa, apontam ligeiras tendências inversas, que vão no sentido de faixas etárias superiores, o sexo masculino e os casados, apresentarem prevalências de depressão, ligeiramente superiores.

Estes resultados são contrários à literatura, apesar de refletirem tendências muito ligeiras, relativamente aos estudos publicados, não as confirmam, o que poderá ser explicado pelo grau ligeiro de prevalência de depressão encontrado, que não permitiu encontrar

diferenças significativas e, também poderá pressupor que gradualmente o envelhecimento está a ser encarado sob uma perspectiva mais activa e, que essa nova abordagem do envelhecimento mais activo e mais saudável introduziu no quotidiano das pessoas e das instituições novas práticas, como por exemplo certas actividades culturais e desportivas, que ao despertam interesse e adesão por parte destas pessoas, contribuem positivamente para a sua saúde física e mental, embora um longo caminho há ainda a percorrer. Na prática do dia-a-dia não se actua ainda, ao nível dos cuidados biopsicossociais sob uma perspectiva holística, nem os profissionais de saúde, nem os cuidadores formais e informais apresentam muitas vezes informação e, formação adequada para proporcionarem os cuidados necessários e merecidos a esta população.

Podemos considerar que estas pessoas estão relativamente adaptadas ao seu contexto, embora revelem algum sofrimento em relação à sua vida presente, ao expressarem necessidades em relação a actividades lúdicas, questões institucionais, saúde, questões financeiras, relações afectivas e tudo em geral, o que poderá indicar que muita coisa há ainda por fazer, pelo estado, instituições, comunidade e, pela família, no sentido de proporcionar-lhes as condições para uma vida mais feliz que permita a prevenção e a promoção da sua saúde física e mental.

Como limitações metodológicas ao estudo apresentado, pode ser destacado o facto de se ter utilizado apenas um instrumento de auto-resposta para avaliação da sintomatologia depressiva, que apesar de ser utilizado como instrumento de resposta fácil por parte destas populações, não permite efectuar o diagnóstico clínico da presença de um episódio depressivo com o rigor de uma entrevista clínica. O risco de existirem falsos positivos e até falsos negativos é, pois uma possibilidade que deve ser considerada.

Com este trabalho pretende-se contribuir para um melhor conhecimento dos fenómenos psicossociais que envolvem a vivência dos idosos face à depressão, embora investigações futuras possam clarificar melhor as ambiguidades remanescentes mediante o melhoramento das estratégias de investigação, nomeadamente através de uma abordagem baseada na aplicação de instrumentos de avaliação mais rigorosos que permitam estabelecer pontos de partida para a intervenção.

Cabe aos profissionais, investigadores e técnicos assumirem uma postura interventiva, procurando implementar novas investigações que possam ao mesmo tempo informar e esclarecer, sempre no intuito de lhes dar voz e, de apontar caminhos para uma

maior e melhor compreensão que possa conduzir à prevenção e promoção da saúde mental, que se impõe como uma tarefa premente.

Será necessário pois, maior atenção sobre esta problemática, mais estudos, avaliação das práticas no terreno e, maior vigilância por parte da comunidade e, das instituições por forma a contrariar tendências que são preocupantes e que podem contribuir para situações de incapacidade e morbilidade social, que com o gradual aumento da taxa de envelhecimento nacional pode vir a constituir um grave problema, que o crescente desenraizamento contextual e fragmentação familiar podem vir a agravar.

Bibliografia

- American Psychiatric Association [APA] (1996) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder-* (4ª Edição). Lisboa: Climepsi
- Ballone, G. J. & Moura, E. C. (2006). *Depressão e Ansiedade no idoso*. Retirado: Setembro, 9, 2011 de <http://www.psiqweb.med.br/site/?area=NO/LerNoticia&idNoticia=124>
- Barreto, J., Leuschner, A., Santos, F. e Sobral, M. (2008). *Escala de Depressão Geriátrica*. In: Grupo de Estudos de Envelhecimento Cerebral e Demência, Escalas e Testes na Demência.
- Biasoli-Alves, Z.M.M. & Romanelli, G. (1998) *A Pesquisa em Psicologia – Diálogos Metodológicos sobre Prática de Pesquisa*. Ribeirão Preto: Legis Summa
- Caplan, G. (1964) *Principles of Preventive Psychiatry*. New York: Basic Books
- Castells, M. (1999). O Poder da identidade. *A era da informação: economia, sociedade e cultura*. (Vol.2, pp. 21-28; pp. 417-427) São Paulo
- Centro de Estudos e Desenvolvimento Regional e Urbano em colaboração com BCG - Boston Consulting Group [CEDRU], 2008. *Avaliação das necessidades dos seniores em Portugal. 2008 Relatório Final*. Fundação Aga Khan Portugal
- Cloninger S. C. (1999), *Teorias da personalidade*. Russel Sage College. Tradução Claudia Berliner. São Paulo : Martins Fontes
- Comissão Das Comunidades Europeias. (2005) *Livro Verde: Melhorar a saúde mental da população Rumo a uma estratégia de saúde mental para a União Europeia*, Bruxelas, Retirado: Janeiro, 20, 2011 de http://www.adeb.pt/destaque/legislacao/com2005_0484pt01.pdf
- Direcção-Geral da Saúde, 2004 *Programa Nacional de Saúde para as Pessoas Idosas*

Fernandes, Ana Alexandre (2008), *Questões Demográficas: Demografia e Sociologia da População*.
Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade Nova de Lisboa: Edições Colibri

Fernandes, Ana Alexandre (1997), *Velhice e Sociedade*. Oeiras: Celta Editora.

Fernandes, P. (2000) *A depressão no idoso*. Lisboa: Quarteto

Fernandez-Ballersteros, R. (2002), “Presentación”, in R. Fernandez- Ballesteros (dir), *Vivir com
vitalidad – Envejecer bien. Qué es y como logarlo*, (Vol. I). Madrid: Ediciones Pirâmide

Fernandez-Ballersteros, R. (2000), “Gerontologia Social. Uma introducción” in R. Fernandez-
Ballesteros (dir) *Gerontologia Social*. Madrid: Ediciones Pirâmide

Flick, Uwe (2005), *Métodos Qualitativos na Investigação Científica*, Lisboa: Monitor

Fonseca, A. M. (2011), *Reforma e reformados*. Coimbra: Almedina

Freire, S.A. (2000, p.21-31) Envelhecimento bem- sucedido e bem- estar psicológico. In: Neri, A. L.;
Freire, S. A. *E por falar em boa velhice*. Campinas, SP: Papirus

Freitas, Elizabete Viana, Py, Lígia., Cançado, A., Flávio Aluizio Xavier, Doll, Johannes &
Gorzoni, Milton Luiz (2006), *Tratado de Geriatria e Gerontologia* (2º ed.), Rio de Janeiro:
Guanabara Koogan

Freud, S. (2001). Mourning and Melancholia. In: James Strachey (Ed.), *The Standard Edition of the
Complete Psychological Works of Sigmund Freud* (vol.14, pp. 243-258). London: The Hogart
Press

Gaspar, Jorge (2009) O Envelhecimento e a Dinâmica Demográfica na Europa In *O Tempo da vida
Fórum Gulbenkian da Saúde sobre o Envelhecimento 2008/2009* (pp51-76) Cascais: Principia

Giddens, Anthony. 2009 *Sociologia*. Fundação Calouste Gulbenkian. 7ª Edição

Goffman, Erving., (2007). *Manicómios, prisões e conventos*. São Paulo: Perspectiva.

Hèbert, M.L., Goyete, G.& Boutin, G. (2005) *Investigação Qualitativa Fundamentos e Práticas*.
Lisboa: PIAGET

Instituto de Emprego e Formação Profissional (2012) *Classificação Nacional de Profissões – CNP*,
Retirado: Setembro, 23, 2012 de <http://www.iefp.pt/formacao/CNP/Paginas/CNP.aspx>

Instituto Nacional de Estatística [INE] (2012) *Censos 2011- Resultados Pré-definitivos, 13 de
Fevereiro. Retirado: Fevereiro, 2, 2012 de*
http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=134582847&DESTAQUESmodo=2

Instituto Da Segurança Social I.P. (2005) *Manual de Boas Práticas*

Jenkins, R., Newton, J.,Young, R. (1996) *A prevenção da depressão e da ansiedade, O papel da
equipa de cuidados de saúde primários*. Lisboa: Climepsi

Kalache, A. (2009). O Envelhecimento e a Cidade. In *O Tempo da Vida Fórum Gulbenkian de Saúde
sobre o Envelhecimento 2008/2009* (pp. 215-229). Cascais: Principia.

Ketele, J. M. & Roegiers, X. (1993), *Metodologia de Recolha de Dados*. Lisboa: PIAGET

Linsdstrom, C, T. (2002).It Ain't Necessarily So... Challenging Mainstream Thinking About
Bereavement. (25 (1), pp11-21). *Fam Community Health*

Martins, R. M. (2010). A Vida.... Vista pelos Idosos. *Millenium*, (39, pp121-130).

Martins, R. M. (2008). A depressão no idoso. *Millenium*, (34, pp119-123).

Ministério da Saúde [MS] (2008) Alto Comissariado da Saúde, Coordenação Nacional para a Saúde
Mental. *Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 — Resumo Executivo* Lisboa:
Coordenação Nacional para a Saúde Mental

- Ministério da Saúde [MS] (2007) Comissão Nacional Para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental. *Relatório. Proposta de Plano de Acção para a Reestruturação e Desenvolvimento dos Serviços de Saúde Mental em Portugal 2007/2016*
- Nazareth, J. Manuel (1979) *O envelhecimento da população portuguesa*. Gabinete de Investigações Sociais. Lisboa: Editorial Presença
- Neri, A. L. (2002), Teorias Psicológicas do Envelhecimento. In Freitas, E. V. et al *Tratado de geriatria e gerontologia*. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara Koogan
- National Institute for Health and Clinical Excellence [NICE] (2009), Depression: The treatment and management of depression in adult. *NICE clinical guideline 90*
- Organization Mondiale de La Santé [OMS] (1999) *Glossaire de la promotion de la santé*. Genève
- Papalia, D. E. & Olds, S. W. (2000) *Desenvolvimento humano*. 7a. ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul
- Paúl, M. C. & Fonseca, A. M. (2005) *Envelhecer em Portugal. Psicologia, Saúde e Prestação de Cuidados*. Lisboa: Climepsi.
- Paúl, Constança & Ribeiro, Óscar. (2012), *Manual de Gerontologia*. Lisboa: Lidel
- Quaresma, M. L., Fernandes, A. A., Calado, D. N. & Ferreira, M. (2004) *O Sentido das Idades da Vida, Interrogar a Solidão e a Dependência*, Lisboa: CESDET.
- Resende, M. C., Bones, V. M., Souza, I. S., e Guimarães, N. K. (2006). Rede de relações sociais e satisfação com a vida de adultos e idosos. *Revista electrónica internacional de la Unión Latinoamericana de Entides de Psicologica*, (5). Retirado: Junho, 2, 2012 de <http://www.psicolatina.org/Cinco/index.html>
- Richardson Roberto Jerry (1999) *Pesquisa social: métodos e técnicas*. (5ª ed.). São Paulo: Atlas

- Sardinha, L.R., Matos, M.G. & Loureiro, I. (1999) *Promoção da Saúde*, Lisboa: Faculdade de Motricidade Humana Editores
- Sarmiento, Emília. Pinto, Paula. & Monteiro, Sónia. (2010) *Cuidar do Idoso: dificuldades dos familiares*, Coimbra: Editora Formasau – Formação e Saúde, Lda
- Schneider, P. (1983) *A Depressão*. Coleção Saúde. Publicações Europa- América
- Silva, M. E. D. (2005). Saúde mental e idade avançada: uma perspectiva abrangente. In C. Pais & A. Fonseca (Coord.). *Envelhecer em Portugal, psicologia, saúde e prestação de cuidados* (pp. 137-156). Lisboa: Climepsi.
- Silverman, R, P. (1986). *Widow to Widow*. New York: Springer Publishing Company.
- Teixeira, Elsa (2001) - *Solidão*, a Busca do Outro na Era do Eu: Estudo sobre sociabilidades na modernidade tardia, *Sociologia Problemas e Prática* (nº35, pp.31-47) Oeiras: Celta
- Torres, Anália (2004) – Amor e ciências sociais, *Travessias* (nº 4/5), Lisboa: ICS.UL
- Veríssimo, M. T. (2006). Avaliação Multidimensional do idoso. In H.Firmino (Ed.), *Psicogeriatria* (489-498). Coimbra: Psiquiatria Clínica
- Viegas Susana Matos & Gomes Catarina Antunes (2007), *A Identidade na Velhice*, Porto: Editora Âmbor
- WESS (2007). Envelhecimento. Síntese, *World Economic and Social Survey*
- Wilson Chris (2009) O Envelhecimento, no séc. XXI- Perspectivas Demográficas In *O Tempo da vida Fórum Gulbenkian da Saúde sobre o Envelhecimento 2008/2009* (pp34-49) Cascais: Principia

World Health Organization [WHO] (2008) *Conferência Europeia de Alto Nível “Juntos pela Saúde Mental e Bem-estar”* Bruxelas, 12-13 Junho 2008. Retirado: Janeiro, 10, 2011 de <http://www.labrp.com/docs/pactoeuropeu-saudemental.pdf>

World Health Organization [WHO] (2007) Mental Health Improvements for Nations Development (MIND), Department of Mental Health & Substance Abuse, Portuguese Republic. *Effective and Humane Mental Health Treatment and Care for All*. Geneva, WHO

World Health Organization [WHO] (2002) *Active Ageing, A Policy Framework*. A contribution of the WHO to the Second United Nations World Assembly on Ageing, Madrid, Spain, April

World Health Organization [WHO] (2001) RELATÓRIO MUNDIAL DA SAÚDE. *Saúde mental: nova concepção, nova esperança*. Genebra. Retirado: Janeiro, 10, 2011 de http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_po.pdf

World Health Organization [WHO] (1986). *Ottawa charter for health promotion*, Genebra, WHO

Zimmerman, G. I. (2000) *Velhice, aspectos biopsicossociais*. Porto Alegre: Artemed Editora