

MARIA MANUELA GOMES CORREIA FERNANDES

**DEPRESSÃO E QUALIDADE DE VIDA
EM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS**

Orientadora: Joana Brites da Rosa

Coorientadora: Maria Amália Silveira Botelho

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias

Escola de Psicologia e Ciências da Vida

Lisboa

2014

MARIA MANUELA GOMES CORREIA FERNANDES

**DEPRESSÃO E QUALIDADE DE VIDA
EM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS**

Dissertação para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia, Aconselhamento e Psicoterapia no curso de Psicologia, Aconselhamento e Psicoterapia da Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias.

Orientadora: Professora Doutora Joana Brites Rosa

Coorientadora: Professora Doutora Maria Amália Silveira Botelho

Faculdade de Ciências Médicas de Lisboa da Universidade Nova de Lisboa

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias

Escola de Psicologia e Ciências da Vida

Lisboa

2014

Epígrafe

*A nossa recompensa encontra-se no
esforço e não no resultado.*

*Um esforço total é uma vitória
completa.*

Mahatma Gandhi

Dedicatória

Aos meus pai, por ser a pessoa que sou.

Ao meu marido, por fazer parte da minha vida.

Aos meus filhos por todo o amor.

Agradecimentos

Começo por agradecer, à Professora Doutora Joana Brites Rosa, Docente de Psicologia da Universidade Lusófona, por toda a sua dedicação, compreensão, empenho e disponibilidade manifestada na orientação deste trabalho, bem como, pela partilha de conhecimentos científicos que abriram os meus horizontes ao longo de todo este percurso.

À Professora Doutora Maria Amália Botelho, Pró-Reitora da Universidade Nova de Lisboa, por prontamente aceitar em ser minha co-orientadora. Por toda a sua disponibilidade, estímulo, confiança e amizade com que sempre me presenteou. Pela sua profunda capacidade de reflexão e sapiência com que se dedica a esta área.

Agradeço de uma forma muito especial a todos os idosos que participaram neste estudo, sendo enriquecedor o contacto com eles, o meu sincero obrigada.

Às Instituições, pelas facilidades concedidas, por todo o auxílio prestado e pela forma como me receberam.

Aos meus colegas do projeto, por toda a colaboração, amizade, espírito de equipa e entreatajuda. Especialmente à Teresa Palmeiro e Iolanda Caires, pela disponibilidade e ânimo que sempre me transmitiram.

À minha querida amiga Mimi, pela sua profunda amizade, pela disponibilidade incondicional e por todos os momentos...

À Emília, pela sua amizade e por tudo o que passamos juntas ao longo destes anos.

Aos meus amigos e colegas de trabalho, pelo incentivo e constante encorajamento a fim de prosseguir esta “caminhada”.

À minha mãe, por diariamente me inspirar.

Por último, mas não menos importante, um muito obrigado à minha família, em especial aos meus filhos, Manuel e Gonçalo pela compreensão dos momentos em que lhes dei menos atenção e carinho.

Ao meu marido, pelo constante apoio e incentivo para lutar pelos meus sonhos, por toda a sua compreensão e paciência nos momentos mais difíceis, sem o qual não seria de todo possível concluir este meu trabalho.

A realização desta Dissertação só foi possível graças à colaboração de um conjunto de pessoas que Deus colocou no meu caminho, que direta ou indiretamente me apoiaram nesta caminhada...a quem agradeço do fundo do coração.

Resumo

O envelhecimento é um processo natural e inevitável de qualquer ser Humano, que se traduz pela ocorrência de mudanças biológicas, psicológicas e sociais. As sociedades modernas encontram-se envelhecidas. A presente investigação teve como Objetivo estudar a relação entre depressão, funcionamento cognitivo e qualidade de vida em idosos institucionalizados, bem como verificar o comportamento destas dimensões em função das suas características sociodemográficas. Participaram 455 idosos institucionalizados, com idades compreendidas entre os 65 e 105 anos, sendo 347 do género feminino (M = 84.30; DP = 7.04) e 108 do género masculino (M = 81.60; DP = 8.21). Aplicaram-se os seguintes instrumentos: Mini-Mental State Examination (Guerreiro et al., 1994); WHOQoL-Bref (Vaz -Serra et al., 2006); Geriatric Depression Scale (Veríssimo, 1998). Os resultados mostraram que as mulheres apresentam maior sintomatologia depressiva e menor qualidade de vida. Os idosos mais velhos apresentam mais depressão, pior funcionamento cognitivo e pior qualidade de vida. Quanto maior a escolaridade menor a sintomatologia depressiva, maior a qualidade de vida e o funcionamento cognitivo. Não se verificou relação entre o tempo de institucionalização com a depressão e a qualidade de vida. Quanto maior a sintomatologia depressiva, pior é o funcionamento cognitivo e menor é a qualidade de vida.

Palavras-chave: Idosos; Depressão; Qualidade de Vida; Funcionamento cognitivo; Instituição.

Abstract

Growing old is a natural and unstoppable process in any human being which occurs together with biological, psychological and social changes. Modern societies has rising geriatric population. This very investigation had as a Goal to study Aging Population in Care Institutions and its connection with Depression, Quality of Life and Cognitive Changes Process and to verify the changes considering socio-demographic characteristics.

455 elderly in care institutions have participated, aged between 65 and 105, 347 gender female (M = 84.30; SD = 7.04) and 108 gender male (M = 81.60; SD = 8.21). Following instruments were applied: Mini-Mental State Examination (Guerreiro et al., 1994); WHOQoL-Bref (Vaz -Serra et al., 2006); Geriatric Depression Scale (Veríssimo, 1998). The results found out that women presents severe depressive symptoms and less quality of life. The older population presents more depression, worse cognitive function and quality of life. The higher the educacional level, the lesser depressive symptoms and greater quality of life and cognitive function. There was no link between the time of admission and depression and quality of life. The bigger the depressive symptoms, the worse is cognitive function and quality of life.

Keywords: Elderly; Depression; Quality of life; Cognitive function; Care Institutions.

Abreviaturas

AAVD – Atividades Avançadas da Vida Diária

AIVD – Atividades Instrumentais da Vida Diária

APA – American Psychiatric Association

AVD – Atividades da Vida Diária

BASE – Berlin Aging Study

DGS – Direção Geral de Saúde

DP – Desvio padrão

DSM – Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais

et., al. – *et allis* ou e outros

EU – União Europeia

FCT – Fundação para a Ciência e a Tecnologia

GDS – Escala Geriátrica de Depressão

GEP – Gabinete de Estratégia e Planeamento

GERIA – Estudo Geriátrico dos Efeitos na Saúde da Qualidade do Ar Interior em Lares da 3^a
idade de Portugal

H1 – Hipótese 1

H2 – Hipótese 2

H3 – Hipótese 3

H4 – Hipótese 4

H5 – Hipótese 5

IBM – International Business Machines

INE – Instituto Nacional de Estatística

M – Média

MMSE – Mini-Mental State Examination

MSSS – Ministério da Solidariedade e da Segurança Social

OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

PORDATA – Base de Dados Portugal Contemporâneo

QV – Qualidade de Vida

SIGN – Scottish Intercollegiate Guidelines Network

SPSS – Statistical Package for Social Sciences

UNFPA – Fundo de População das Nações Unidas

WHO – World Health Organization

WHOQoL – World Health Organization Quality of Life

Índice

INTRODUÇÃO	13
PARTE 1	18
ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	18
CAPÍTULO 1	19
ENVELHECIMENTO	19
1.1. ENVELHECIMENTO HUMANO	21
1.1.1 <i>Conceito de Idade: cronológica; biológica; psicológica; social; funcional</i>	22
1.1.2. <i>Envelhecimento: processo multidimensional e multidirecional</i>	26
1.1.3. <i>Teorias explicativas do envelhecimento</i>	27
1.1.4. <i>Modelos de envelhecimento</i>	32
1.2. ENVELHECIMENTO DEMOGRÁFICO	38
1.3. ENVELHECIMENTO EM PORTUGAL	41
1.4. IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS.....	43
CAPÍTULO 2	47
DEPRESSÃO	47
2.1. DEPRESSÃO: CONCEITO E SINTOMAS	48
2.2. TIPOS DE DEPRESSÃO	51
2.3. DEPRESSÃO NOS IDOSOS	54
2.4. FATORES DE RISCO.....	57
2.5. TRATAMENTO DA DEPRESSÃO	61
2.6. PSICOTERAPIAS UTILIZADAS NA DEPRESSÃO.....	63
2.6.1. <i>Psicoterapia cognitiva</i>	63
2.7. DEPRESSÃO EM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS.....	67
CAPÍTULO 3	70
QUALIDADE DE VIDA	70
3.1. QUALIDADE DE VIDA.....	71
3.2. QUALIDADE DE VIDA NA POPULAÇÃO IDOSA.....	74
3.3. QUALIDADE DE VIDA NO IDOSO INSTITUCIONALIZADO.....	78

PARTE 2	83
ESTUDO EMPÍRICO	83
CAPÍTULO 4	84
CONCEPTUALIZAÇÃO DA INVESTIGAÇÃO	84
4.1.OBJETIVOS E HIPÓTESES DE INVESTIGAÇÃO.....	85
4.2. MÉTODO.....	86
4.2.1. <i>Desenho da investigação</i>	86
4.2.2. <i>Constituição da amostra</i>	87
4.2.3. <i>Instrumentos</i>	88
4.3. PROCEDIMENTO.....	92
4.3.1. <i>Procedimento estatístico</i>	93
CAPÍTULO 5	94
APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	94
5.1. DIMENSÕES DE SAÚDE.....	95
5.2. DIFERENÇAS ENTRE SEXOS FACE ÀS VARIÁVEIS PSICOLÓGICAS.....	96
5.3. CORRELAÇÕES ENTRE AS VARIÁVEIS EM ESTUDO.....	97
5.3.1. <i>Variáveis psicológicas na amostra total</i>	97
5.3.2. <i>Variáveis psicológicas no sexo masculino</i>	98
5.3.3. <i>Variáveis psicológicas no sexo feminino</i>	100
5.4. ENVOLVIMENTO DOS FATORES IDADE, ESCOLARIDADE E TEMPO DE RESIDÊNCIA COM AS VARIÁVEIS PSICOLÓGICAS.....	102
5.5. PREDIÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA.....	103
CAPÍTULO 6	106
DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	106
6.1. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	107
CONCLUSÃO	110
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	113
ANEXOS	I
Anexo 1 – Protocolo de investigação	II
Anexo 2 – Autorização para utilização do questionário WHOQoL-Bref	XIII
Anexo 3 – Declaração / Consentimento da instituição	XVI
Anexo 4 – Consentimento informado dos participantes	XVIII

Índice de Tabelas

TABELA 1. Caracterização sociodemográfica da amostra	88
TABELA 2. Saúde dos participantes	95
TABELA 3. Comparação entre sexos para as variáveis psicológicas em estudo.....	96
TABELA 4. Correlações entre as variáveis em estudo para o total da amostra.....	97
TABELA 5. Correlações entre as variáveis em estudo para o sexo masculino.....	99
TABELA 6. Correlações entre as variáveis em estudo para o sexo feminino.....	100
TABELA 7. Correlações entre idade, escolaridade e tempo de residência com as variáveis psicológicas em estudo	102
TABELA 8. Predição da qualidade de vida global.....	103
TABELA 9. Predição da qualidade de vida - físico.....	104
TABELA 10. Predição da qualidade de vida - psicológico	104
TABELA 11. Predição da qualidade de vida - relações sociais	105
TABELA 12. Predição da qualidade de vida - ambiente.....	105

Índice de Figuras

FIGURA 1. Estágios de desenvolvimento Psicossocial de Erikson.	32
FIGURA 2. Características do envelhecimento Bem-sucedido	36
FIGURA 3. Indicadores de envelhecimento segundo os censos 2011	42
FIGURA 4. Multidimensionalidade da qualidade de vida	78

*"Não mudamos com a idade na estrutura do que somos.
Apenas, como na música somo-lo noutro tom"*

Vergílio Ferreira

Introdução

No início do século XXI, as sociedades modernas encontram-se envelhecidas. O crescente envelhecimento da população tem despertado um grande interesse na comunidade científica, na procura de respostas para este fenómeno. Surgiram inúmeras teorias, dado que o universo conceptual velhice é difícil de ser categorizado. Segundo Fernandes, (2002) o fenómeno “velhice” tem três conceitos fundamentais: o da idade cronológica, à qual corresponde a idade oficial; o da idade biológica, correspondente ao estado orgânico e funcional dos diferentes órgãos, aparelhos e sistemas, referido à situação mais frequente observada em cada grupo etário e o da idade psicológica, que pode não depender da idade nem do estado orgânico. Todavia, o envelhecimento é um processo natural e inevitável de qualquer ser Humano, que se traduz pela ocorrência de mudanças biológicas, psicológicas e sociais.

O envelhecimento demográfico constitui, atualmente, um dos mais sérios desafios para a Comunidade Europeia. O aumento da esperança média de vida e o declínio da taxa de fecundidade, fatores observados desde a década de 70, transformou as sociedades mais desenvolvidas em sociedades envelhecidas (Ferreira, Rodrigues & Nogueira, 2006).

Podemos considerar o envelhecimento como um processo vivido por cada indivíduo de uma forma idiossincrática, determinado por fatores de ordem interna e externa.

As previsões recentes da Comissão Europeia (2012), referem que o número de europeus com mais de 65 anos de idade irá quase duplicar nos próximos 50 anos, subindo de 87 milhões em 2010 para 148 milhões em 2060. Esta evolução demográfica irá provocar importantes consequências económicas e sociais (União Europeia [EU], 2012).

Em Portugal, na última década, o fenómeno do envelhecimento demográfico atingiu um aumento de cerca de 19% da população idosa. Os números apontam para a existência de 2,023 milhões de portugueses com idade igual ou superior a 65 anos. Segundo os dados do Instituto Nacional de Estatística, estima-se que para 2050 Portugal será o quarto país, entre os vinte e cinco da União Europeia, com uma maior percentagem de idosos.

O envelhecimento não é só um fenómeno demográfico universal, mas também um processo biológico natural, culturalmente conceptualizado e socialmente construído. Todo o ser humano nasce, cresce (envelhece) e morre (Araújo, Ribeiro, Oliveira & Pinto 2007).

Não estando só associado à idade biológica, o envelhecimento envolve também a componente psicológica e a componente social que se processa ao longo do ciclo de vida com maior probabilidade de experimentar incapacidades físicas e cognitivas em idades mais avançadas. Contudo, deve ter-se em conta que o envelhecimento comporta vulnerabilidade acrescida para a doença, para o que contribuem vários fatores e não somente a idade (Botelho, 2007). A longevidade associada a doenças crónicas, coloca novos desafios à sociedade particularmente aos profissionais de saúde (Araújo, et al., 2007)

A depressão encontra-se entre as doenças crónicas mais frequentes na população idosa, embora a idade não seja o fator determinante, encontra-se associada ao declínio físico e psíquico, a doenças crónicas, ao défice cognitivo e ao isolamento social, as quais contribuem fortemente para o desenvolvimento desta perturbação. O risco aumenta para os idosos institucionalizados, sendo que 40% destes estão deprimidos (Bergh et al., 2003; Leite, Carvalho, Barreto & Falcão, 2006).

Atualmente a depressão constitui um problema de saúde pública, sendo transversal a todas as idades e responsável pelo prejuízo da qualidade de vida dos indivíduos, mais do que em qualquer outra doença, conduzindo a sentimentos de tristeza, desesperança, isolamento social e em casos de extrema gravidade podendo levar ao suicídio (Bromet et al., 2011).

O desenvolvimento de estratégias de adaptação que promovam o bem-estar nesta fase do ciclo de vida é fundamental para a qualidade de vida desta população (Irigaray & Schneider, 2009).

A Organização Mundial de Saúde refere que a qualidade de vida está relacionada com a forma como os indivíduos se percebem na vida, dentro de determinado contexto, cultura e valores em relação aos seus objetivos, padrões, expectativas e preocupações, nomeadamente em relação ao impacto do seu estado de saúde sobre a capacidade de viver plenamente. É de ter em conta que a saúde se refere não apenas à ausência de doença, mas também ao completo bem-estar, físico, psíquico e social (WHOQoL Group, 1998).

A qualidade de vida nos idosos depende de vários fatores, nomeadamente a autonomia para executar tarefas do seu dia-a-dia, o meio ambiente satisfatório, bons amigos, manter uma boa relação familiar, ter recursos económicos suficientes, realizar atividades lúdicas prazerosas (Jacob, 2007). Para além destes determinantes, existem outros de natureza pessoal, como o estilo de vida adotado, boa disposição e espiritualidade.

Em suma, a qualidade de vida está relacionada com a forma como o sujeito experiencia o seu próprio envelhecimento e vive a sua velhice, conjugando com a ausência de

doença, do suporte social e do bom funcionamento físico e cognitivo, dependente do contexto e das circunstâncias em que os idosos vivem (Ferreira, 2009; Teixeira, 2010).

Alguns autores referem existir uma relação entre a qualidade de vida e a depressão em idosos. Os indivíduos que avaliam negativamente a sua qualidade de vida, apresentam significativamente mais sintomatologia depressiva, em comparação com os que avaliam positivamente a sua qualidade de vida, sendo que estes últimos apresentam também melhores condições de saúde (Herman et al., 2002; Kuehner, 2002; Irigaray & Schneider, 2009).

Assim as alterações físicas, psicológicas e sociais decorrentes do processo de envelhecimento podem ser mais ou menos atenuadas pelo contexto e circunstâncias em que os idosos vivem (Teixeira, 2010).

A institucionalização dos idosos é um processo relativamente recente, embora controverso poderá ser uma necessidade social, e simultaneamente um processo doloroso para quem o vivencia, o próprio e a sua família. A este fenómeno “institucionalização” há que promover melhorias construtivas, minimizando as suas consequências negativas, como a depressão e a baixa qualidade de vida destes idosos.

Em Portugal, segundo o Gabinete de Estratégia e Planeamento (GEP) do Ministério da Solidariedade e da Segurança Social (MSSS), (2011), os idosos residentes em instituições aumentaram significativamente ao longo dos últimos anos. Em 2011, a taxa de ocupação dos utentes situava-se em 94,9%, seguido pelo serviço de apoio domiciliário com 82,1%. No que se refere à caracterização desta população, 83,8% apresentavam 75 ou mais anos, dos quais 44,9 % tinham 85 ou mais anos, colocando em evidência o peso significativo deste grupo etário. Em relação ao género, as utentes femininas, com uma maior esperança de vida, constituem a maioria dos utentes em lares de idosos, acentuando-se o seu peso com o aumento da idade (Gabinete de Estratégia e Planeamento [GEP], Ministério da Solidariedade e da Segurança Social [MSSS], 2011).

O crescente envelhecimento da população mundial e nomeadamente da portuguesa é um problema que afeta toda a sociedade. Esta tendência representa um desafio não só para comunidade científica, como também para as autoridades públicas, decisores políticos e toda a comunidade em geral.

Este tema é de grande pertinência, nomeadamente nos aspetos relacionados com a saúde e com a qualidade de vida da população idosa, tanto mais que ocorre num momento em que a pressão crescente sobre os orçamentos públicos conduz à redução do número de profissionais de saúde e a uma crescente procura destes serviços por parte da população idosa.

A presente investigação foi realizada no âmbito de um projeto financiado pela Fundação para a Ciência e a Tecnologia (FCT), na área das Ciências da Saúde, com o título “Estudo Geriátrico dos Efeitos na Saúde da Qualidade do Ar Interior em Lares da 3ª idade de Portugal” (GERIA), com a referência PTDC/SAU-SAP/116563/2010.

Com este trabalho de investigação pretende-se estudar a relação entre a depressão e a qualidade de vida em idosos institucionalizados, enquadrar conceptualmente o tema em estudo e realizar um trabalho de campo em instituições.

Este estudo é classificado como transversal, correlacional e com uma abordagem metodológica quantitativa. Considera-se transversal porque se pretende recolher informação acerca dos aspetos que incorporam os conteúdos em estudo, num determinado momento temporal, o que significa que tem validade no momento em que está a ser efetuado (Fortin, 2003). Designa-se como um estudo correlacional, dado que, são exploradas e identificadas a existência de relações entre variáveis com vista a descrever essas mesmas relações (Fortin, 2003). É uma abordagem quantitativa, uma vez que o estudo é um processo sistemático de recolha de dados observáveis e quantificáveis, que deve ser o menos enviesado possível (Fortin, 2003). Com recurso à *IBM Statistical Package for Social Sciences* versão 21 (SPSS 21), foi realizada a análise estatística dos dados recolhidos, operacionalizando assim os resultados de forma quantitativa.

Deste modo será apresentada a investigação desenvolvida bem como os pressupostos teóricos e metodológicos em que a mesma se sustenta, organizados e estruturados em duas partes: na primeira, o enquadramento teórico, e na segunda, o estudo empírico.

A primeira parte corresponde ao enquadramento conceptual onde se faz uma revisão da literatura que foi agrupada nos primeiros três capítulos:

O primeiro capítulo aborda a temática sobre o envelhecimento, onde são feitas algumas considerações gerais sobre o envelhecimento, conceito de idade, teorias e modelos explicativos, envelhecimento demográfico e o panorama português da população idosa institucionalizada, com o objetivo de obter uma melhor compreensão e reflexão sobre este complexo fenómeno.

O segundo capítulo reporta-se à depressão, sendo esta considerada uma das doenças crónicas mais frequentes na população idosa e simultaneamente um dos problemas mais graves de saúde pública nos países industrializados. Abordaremos alguns aspectos mais pertinentes para o entendimento desta perturbação, nomeadamente, a caracterização clínica, classificações internacionais, aspectos epidemiológicos, tipos de tratamento, aprofundando a

psicoterapia cognitiva na perspetiva do modelo de Beck, fazendo ainda referência à depressão nos idosos institucionalizados.

O terceiro capítulo conclui a revisão da literatura com a contextualização da qualidade de vida. Fazendo uma abordagem ao constructo, como um fator determinante no envelhecimento do indivíduo, relacionando-o com as necessidades do idoso institucionalizado e enumerando alguns dos fatores que poderão influenciar.

A segunda parte corresponde ao Estudo Empírico, a qual se encontra dividida nos restantes capítulos:

O quarto capítulo é dedicado à apresentação da investigação desenvolvida, onde se descreve a metodologia utilizada, os objetivos, as hipóteses de investigação, os participantes e os instrumentos usados;

No quinto capítulo são apresentados os resultados da análise referente ao tratamento estatístico dos dados.

No sexto e último capítulo é realizada a discussão dos resultados apresentados e feita a análise qualitativa dos mesmos com base na literatura, confirmando ou rejeitando as hipóteses formuladas. É mencionado ainda as limitações da investigação, sendo apresentadas sugestões para estudos futuros. Por último apresentamos a conclusão, a qual expõe a importância da investigação desenvolvida, a sua contribuição para o tema em estudo, bem como os resultados da mesma, deixando em aberto espaço para novas pesquisas neste âmbito.

Para a presente Dissertação foram adotadas as normas para a elaboração e apresentação de Teses de Doutoramento e Dissertações de Mestrado da Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, conforme Despacho Reitoral 101/2009 de 26 de Maio (Primo & Mateus, 2008), tendo sido utilizadas as normas *American Psychiatric Association* (APA) nas citações e referências bibliográficas.

PARTE 1

Enquadramento Conceptual

Capítulo 1

Envelhecimento

“Há que se ter uma visão global do envelhecimento enquanto processo, e dos idosos enquanto indivíduos.”

(Netto e Ponte)

Sendo esta investigação no domínio do envelhecimento, considera-se pertinente iniciar com uma revisão da literatura baseada em estudos científicos sobre este tema.

O envelhecimento é um fenómeno universal, complexo e contínuo que sempre se destacou ocupando um lugar de relevo em todas as épocas, culturas e civilizações.

Ser mais velho é algo que difere de indivíduo para indivíduo, ninguém envelhece da mesma forma, cada pessoa tem a sua experiência de vida, a sua história.

O que é, então, envelhecer? De acordo com Paúl e Fonseca (2005), envelhecer é um processo complexo da evolução biológica de todos os organismos vivos. É também um processo psicológico e social do desenvolvimento do ser humano, face a um corpo que vai sofrendo diversas alterações, sendo necessário uma constante procura e adaptação a novos equilíbrios, internos e externos.

Viver mais tempo implica envelhecer. Maior longevidade não é um fatalismo ou uma ameaça, é uma vitória da humanidade e uma oportunidade de potenciar o "património imaterial" que significa o contributo das pessoas mais velhas. (União Europeia [EU], 2012).

Envelhecer é um processo paralelo ao desenvolvimento humano que decorre durante todo o ciclo de vida, mesmo antes do momento do nascimento até aos últimos anos de vida. Sendo considerado um dos temas mais complexos, tanto para o ser humano como para a ciência, tem sido alvo de inúmeras investigações ao longo do tempo e em todas as áreas científicas (Birren & Schroots, 2001).

Este fenómeno tem despertado ao longo do tempo um grande interesse na comunidade científica, nas mais diversas áreas, na procura de uma caracterização, na determinação das causas e respetivas consequências, no estabelecimento cronológico e paralelamente na pesquisa de soluções e estratégias de intervenção para a sua evolução futura.

Na investigação sobre o envelhecimento tem prevalecido a biologia em detrimento de outras ciências sociais, tais como a psicologia, mas o funcionamento humano não pode ser explicado apenas à luz da dimensão biológica, evidências empíricas têm demonstrado a importância dos aspectos psicológicos na qualidade de vida e na longevidade do ser humano (Birren & Schroots, 2001; Fonseca, 2006).

O envelhecimento da população deverá ser considerado como o resultado positivo da sociedade atual, podendo ser estudado sob duas grandes perspectivas, a individual e a demográfica, tendo como objetivos não só prolongar a vida mas, fundamentalmente promover um envelhecimento saudável e ativo, prevenindo a doença e a incapacitação.

É neste cenário que a Psicologia exerce um papel essencial, procurando estudar e explicar as variáveis subjacentes a este fenómeno tanto nos indivíduos como na sociedade.

1.1. Envelhecimento Humano

Refletir sobre o envelhecimento remete-nos para a história da humanidade, o homem sempre manifestou grande interesse por este fenómeno, face ao sofrimento e à morte, na aspiração ao eterno.

Platão (427-347 a.C.), definiu o envelhecimento como o seguimento contínuo da vida adulta, cujas preocupações do corpo vão dando lugar às do espírito, na busca da sabedoria. Para Aristóteles (384-322 a.C.), as últimas etapas de vida seriam caracterizadas pela presença da senilidade associada à deterioração generalizada das capacidades físicas, espirituais e da personalidade (Paúl & Fonseca, 2005).

Na Grécia antiga, Hipócrates (460-377 a.C.), formula as primeiras hipóteses médicas, postulando que o envelhecimento, enquanto processo individual, consistia na perda natural, progressiva e irreversível da “força vital”, expondo o indivíduo a doenças, conduzindo-o à morte (Paúl & Fonseca, 2005).

Inúmeras são as definições associadas ao envelhecimento, variando consoante as perspectivas históricas e de acordo com o ponto de vista de cada autor. O próprio conceito tem sofrido alterações ao longo dos tempos, evoluindo de acordo com o pensamento, atitudes, conhecimentos e construções sociais vigentes, emergindo em novos paradigmas. Falar sobre este tema não é um processo simples, mesmo sendo atual, remetendo-nos para uma reflexão que inclui os diferentes campos do saber.

Pode definir-se o envelhecimento humano como um processo inevitável, caracterizado por modificações progressivas durante todo o ciclo de vida, que se traduz no declínio das estruturas biológicas, psicológicas e sociais dos indivíduos, apresentando sinais fisiológicos, cognitivos e afetivos característicos (Paúl & Ribeiro, 2012).

Outros autores definem o envelhecimento como um processo dinâmico e progressivo, onde surgem transformações morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicossociais, que determinam a progressiva perda da capacidade de adaptação do indivíduo

ao meio ambiente, tornando-o mais vulnerável e expondo-o a um maior número de doenças que o conduzem à morte (Sousa, Figueiredo & Cerqueira, 2004).

Os novos de hoje serão os velhos de amanhã! Se conseguirmos compreender melhor o processo de envelhecimento, poderemos transformar a nossa velhice num momento feliz (Fontaine, 2006).

1.1.1 Conceito de Idade: cronológica; biológica; psicológica; social; funcional

Ao longo do tempo tem persistido a preocupação dos investigadores em adequar os indivíduos às idades correspondentes, ao seu desenvolvimento biológico e à faixa etária do grupo a que pertencem. No entanto, o envelhecimento não é um estado, mas sim um processo de degradação progressiva e diferencial que atinge todos os seres vivos.

O estudo do desenvolvimento na velhice através da idade cronológica é uma abordagem dinâmica e simples que permite hierarquizar os acontecimentos e os momentos de mudança ao longo da vida. Contudo, o homem envelhece de formas muito diversas e de acordo com o nível no qual ele se situa (biológico, psicológico ou sociológico), a integração de métodos multidimensionais permite compreender, de um modo mais abrangente, as alterações do comportamento humano e a forma como este evolui à medida que se envelhece. A este respeito podemos abordar o conceito de idade biológica, psicológica, social e funcional, podendo ser distintas da idade cronológica (Fontaine, 2006).

Idade Cronológica

Alguns autores defendem, que a idade cronológica não constitui um bom critério para se estudar o envelhecimento. Apesar disso, considera-se habitualmente a idade de 65 anos, legalmente a idade da reforma, como o marco cronológico para a entrada na velhice, uma separação claramente artificial, mas que para alguns autores facilita a sistematização da informação (Paúl & Fonseca, 2005).

Nos países desenvolvidos, a idade cronológica desempenha um papel fundamental, sendo o patamar entre os 60 e 65 anos, aproximadamente, equivalente à idade de reforma, consagrando-se, por isso, no chamado início da idade avançada contudo, nos subdesenvolvidos, o tempo cronológico tem pouca ou nenhuma expressão no verdadeiro sentido da conceptualização de velhice. Nos países em vias de desenvolvimento, contrastando com as etapas cronológicas que marcam a vida (estádios de desenvolvimento na velhice), o

envelhecimento é assinalado pelo momento em que a contribuição ativa já não é mais possível (WHO, 2012).

Presentemente, os 65 anos surgem como principal fronteira para delinear a transição para a velhice, porém a maior longevidade adquirida possibilita a criação de subcategorias, podendo-se recorrer, entre outras, à divisão apresentada no recenseamento dos Estados Unidos da América: *idosos jovens (young old)* dos 65 aos 74 anos, *idosos (old-old)* dos 75 aos 84 anos, e muito idosos (*oldest-old*) a partir dos 85 anos (WHO, 2012).

Qualquer classificação apoiada apenas na idade cronológica diz-nos muito pouco relativamente aos processos diferenciais de envelhecimento (Fernández- Ballesteros, 2000). No entanto, o estabelecimento de fronteiras etárias no decurso do envelhecimento, tem sido valorizado por alguns investigadores, dividindo-o em categorias: 50-64 anos, 65-74 anos, e 75-84 anos (Paúl & Fonseca, 2001).

O Psicólogo Paul Baltes e o sociólogo Neil Smelser entre outros investigadores, realizaram um grandioso estudo transversal sobre envelhecimento, “*Berlin Aging Study*” (BASE), entre Maio de 1990 a Junho de 1993, em Berlim Ocidental, tendo continuado como estudo longitudinal até 2011. A sua abordagem multidisciplinar, teve como objetivo reunir um conjunto de dados sobre a população muito idosa (70-100 ou mais anos), a investigação foi centrada nas alterações associadas ao envelhecimento e morte desses indivíduos. Colaboraram neste estudo quatro grandes áreas de investigação: Medicina interna/Geriatria; Psiquiatria; Psicologia; Sociologia/Política Social. A continuação do estudo sobre o envelhecimento, o *Berlin Aging Study II* irá terminar este ano (2014), pesquisando as condições físicas, cognitivas e sociais que levam ao envelhecimento Bem-sucedido (Baltes & Mayer, 2001).

No âmbito do estudo (BASE), os autores Baltes e Smith, consideraram ser vantajoso proceder a uma distinção entre uma terceira idade (65-79 anos) e uma quarta idade (80 ou mais anos), reduzindo a importância da idade cronológica e destacando o vector caracterizado pela idade funcional. Essencialmente, os autores justificaram a importância da distinção entre a terceira e a quarta idade à luz da existência real de descontinuidades e de diferenças qualitativas entre as *idades da velhice*, propondo dois tipos de critérios para efectuarem tal distinção: um de cariz demográfico-populacional, outro de cariz individual (Baltes & Smith, 1999, 2003).

Segundo os mesmos autores, estão associadas à terceira idade melhores expectativas, tais como: o aumento da longevidade; a boa forma física e mental; a existência de reservas cognitivo-emocionais; aumento do número de indivíduos que envelhecem com sucesso; níveis

elevados de bem-estar pessoal e emocional; adoção de estratégias eficazes de gestão de ganhos e perdas da velhice. Por outro lado, associado à quarta idade existem indicações menos boas, nomeadamente: perdas consideráveis no potencial cognitivo e na capacidade de aprendizagem; o aumento de sintomas de depressão; considerável prevalência de demências; elevados níveis de fragilidade, disfuncionalidade e multimorbilidade (Baltes & Smith, 1999, 2003).

O resultado do estudo revelou que os idosos situados na terceira idade apresentam ainda uma elevada plasticidade, mostrando uma capacidade admirável para equilibrar o impacto da maioria das perdas que vão ocorrendo. Porém, na quarta idade todos os sistemas comportamentais mudam concomitantemente em direção a um perfil cada vez mais negativo, poucas são as funções que permanecem fortes e resilientes perante mudanças negativas e essa tendência acentua-se quando acompanhado da ocorrência de patologias. O estudo demonstrou ainda que a quarta idade corresponde a uma diminuição global das capacidades cognitivas, não só no domínio cognitivo mas estendendo-se à generalidade do funcionamento psicológico (com eventual exceção das competências da linguagem), apontando para a quarta idade não ser uma mera continuidade da terceira idade, havendo entre os mais idosos uma elevada prevalência de disfunções e um reduzido potencial de funcionamento.

Os investigadores do estudo BASE, divulgaram ainda que os dados obtidos em idosos com idades compreendidas entre os 90 e 100 anos, exibem uma acentuada disfuncionalidade e inúmeros efeitos negativos, em contraste com os idosos mais novos, simplesmente pelo facto de viverem mais tempo e de atingirem a quarta idade (Baltes & Smith, 1999, 2003).

O próprio Baltes afirma que o envelhecimento saudável e Bem-sucedido tem os seus limites. No entanto, tão ou mais importante do que assumir que o envelhecimento (sobretudo ao nível da quarta idade) suporta mais perdas do que ganhos, é verificar até que ponto os idosos estão conscientes desse facto, algo necessário para procederem à elaboração de estratégias a fim de atenuar ou eliminar, tanto quanto possível, o impacto dessas mesmas perdas. A investigação sobre a quarta idade é um novo e desafio interdisciplinar, e que os estudos futuros deverão centrar-se sobre a questão fundamental, se a persistência e os investimentos para prolongar a vida dos idosos mais velhos (quarta idade), na realidade apenas reduz as oportunidades de um número crescente de pessoas viver e morrer com dignidade. O envelhecimento é explicado por como um processo que ocorre ao longo do

decorrer da vida e que se caracteriza por um equilíbrio com ganhos e perdas (Baltes & Smith, 1999, 2003).

Para outros investigadores, o envelhecimento não se limita ao avançar dos anos cronológicos, mas sim como um processo multidimensional, centrado na interdependência entre a idade biológica, psicológica e social (Birren & Cunningham, 1985).

Idade Biológica

A idade biológica refere-se ao envelhecimento orgânico, ou seja, ao processo natural de maturação, associada à passagem do tempo que transforma as funções e as estruturas do organismo. As alterações físicas e biológicas, muitas vezes são inevitáveis e desagradáveis, tais como: perda de força; diminuição da coordenação e do domínio do corpo; alterações da saúde; degradação evolutiva dos órgãos e tecidos (diminuição do seu funcionamento, da sua capacidade de autorregulação e da sua eficácia), (Duarte, 1999).

Idade Psicológica

A idade psicológica engloba essencialmente alterações das componentes, comportamental e perceptiva. A componente comportamental refere-se às competências de cada indivíduo na adaptação às mudanças de natureza ambiental, nas capacidades mnésicas, intelectuais, emocionais, de personalidade e nas motivações para o empreendimento. A componente perceptiva relaciona-se com a forma como as pessoas se percebem a si próprias, a chamada auto-imagem, refletindo-se também na capacidade do indivíduo em se adaptar e lidar com as exigências do meio onde está integrado (Fontaine, 2006).

Idade Social

A idade social refere-se ao papel, estatuto e hábitos do indivíduo relativamente aos outros membros da sociedade, é fortemente determinada pela cultura e história do país e traduz indicadores de saúde familiar e social, associados a determinadas idades ou faixas etárias. Os papéis são assumidos perante os outros membros da sociedade influenciando assim o comportamento dos indivíduos (Fonseca, 2005; 2006).

Idade Funcional

A autora Fernández-Ballesteros introduziu o conceito de idade funcional, partindo do princípio que o envelhecimento psicológico resulta de um equilíbrio entre a estabilidade e a mudança, entre crescimento e o declínio. Segundo esta autora, a idade funcional consiste numa fase de enormes transformações quer ao nível físico, psíquico e social e, apesar do envelhecimento ser um processo natural, depende em grande parte dos conhecimentos adquiridos, da experiência, dos comportamentos e hábitos de vida de cada indivíduo, sendo

comumente aceite que o envelhecimento difere de pessoa para pessoa. A idade funcional constitui assim um conjunto de indicadores que permitem criar condições para um envelhecimento satisfatório (Fernández-Ballesteros, 2000).

Envelhecimento é um processo de transformações ao longo de toda a vida, não é limitado a uma idade em particular, mas sim um processo que se inicia na fecundação e que termina com a morte. O que implica que qualquer que seja a idade, esta não é completamente compreendida se for isolada das outras idades precedentes.

1.1.2. Envelhecimento: processo multidimensional e multidirecional

O envelhecimento compreende o desenvolvimento como um processo contínuo, multidimensional e multidirecional. O percurso de vida do indivíduo é constituído por mudanças que envolvem diferentes dimensões (física, psicológica, social), incluindo o desenvolvimento pessoal e as experiências positivas e negativas, como tal é um processo dinâmico de diferenciação, de crescimento e de complexificação individual. Neste processo, o indivíduo, fruto das transformações, começa progressivamente a construir uma imagem de si como idoso, o que envolve necessariamente um conjunto de ajustamentos pessoais (Fonseca, 2010; Steverink et al., 2001).

Whitbourne (2005) enumera quatro princípios fundamentais associados ao desenvolvimento adulto e ao envelhecimento. O primeiro refere-se à continuidade das mudanças ao longo da vida, realçando que as mudanças efetuadas em idades mais avançadas estão alicerçadas em outras já ocorridas em fases anteriores da vida. Parece assim haver um *continuum* desenvolvimental ao longo do ciclo de vida, onde a idade, por si só, não é responsável pela atribuição de características novas aos indivíduos. Por outras palavras, com a entrada na velhice, ninguém se transforma naquilo que nunca foi.

Os estudos da personalidade de Costa e McCrae (1992) apontam para uma estabilidade e continuidade nos traços de personalidade ao longo da vida. De um modo geral, não parece haver declínio nem crescimento significativo dos diferentes traços de personalidade à medida que se envelhece.

O segundo princípio referido por Whitbourne (2005), apesar de parecer óbvio e trivial, raramente é referido na literatura científica: “*apenas os sobreviventes envelhecem*”. Os indivíduos de idades mais avançadas são aqueles que sobreviveram às várias ameaças a que outros não resistiram. Sobreviveram a acidentes, a catástrofes naturais, a doenças, a guerras, o que leva a autora a considerar que herdaram um conjunto de genes favoráveis, fizeram

escolhas acertadas na sua vida e conseguiram evitar o infortúnio. Segundo a teoria da selecção natural, os mais velhos seriam os indivíduos seleccionados, os mais capazes, aqueles que melhor se adaptaram ao seu meio e, como tal, altamente diferenciados, com características únicas e especiais, o que remete para o terceiro princípio: à medida que se envelhece caminha-se no sentido da individualidade e da diferenciação.

Ao contrário do senso comum, que tende a atribuir um conjunto de características redutoras aos idosos e a agrupá-los num grupo com particularidades homogéneas, os estudos sugerem uma maior variabilidade na idade adulta avançada, do que em idades mais jovens.

Spar e La Rue (2005) salientam a grande heterogeneidade dos padrões de envelhecimento na idade avançada, os mais velhos revelaram maior variabilidade nas medidas psicológicas e biológicas comparativamente com os mais jovens.

Neste mesmo sentido, Fonseca (2010), defende que esta diversidade nas trajectórias desenvolvimentais ao longo da velhice tem origem nas modificações biológicas, psicológicas e na forma como o indivíduo se relaciona nos seus contextos sociais (família, comunidade, cultura, redes informais de relações, etc.).

Por último, o quarto princípio referido por Whitbourne (2005), depreende-se com a necessidade de distinguir o envelhecimento normal, patológico e o óptimo. Enquanto o envelhecimento patológico ou secundário implica a existência de mudanças resultantes de doenças, o envelhecimento normal ou primário refere-se a mudanças universais, intrínsecas e progressivas, relacionadas com o avançar da idade. O envelhecimento óptimo, também designado por envelhecimento Bem-sucedido, envolve um conjunto de estratégias preventivas e compensatórias que procuram minimizar os efeitos do envelhecimento (Whitbourne, 2005).

1.1.3. Teorias explicativas do envelhecimento

No decorrer do século passado surgiu um conjunto de teorias e modelos que procuraram explicar o fenómeno do envelhecimento humano. As teorias frequentemente mais descritas podem ser agrupadas em teorias das ciências biológicas, das ciências comportamentais (psicológicas) e das ciências sociais.

Teorias Biológicas

O envelhecimento caracteriza-se por um fenómeno universal, involuntário, que com o avançar do tempo, causa alterações e disfunções nas células e nos vários sistemas do organismo.

Envelhecer é um processo complexo e multifactorial, existindo teorias explicativas do ponto de vista biológico, que dão destaque ao declínio funcional e à degeneração das estruturas orgânicas (Farinatti, 2002).

Teorias biológicas mais referidas no âmbito dos estudos sobre o envelhecimento:

a) Teoria imunitária, defende que no processo de envelhecimento há uma disfunção gradual do sistema imunitário, deixando o organismo à mercê das ameaças externas;

b) Teoria genética, o envelhecimento seria um processo programado geneticamente, resultado de uma deterioração da informação genética necessária à formação de novas células;

c) Teoria do erro na síntese proteica, o envelhecimento deve-se à morte das células epiteliais, à rutura ao nível da cadeia do ADN ou a mudanças de posição dos compostos químicos que alteram a informação genética, impedindo as células de produzir as proteínas essenciais à sua sobrevivência;

d) Teoria do desgaste, segundo a qual o envelhecimento se deve ao desgaste das estruturas orgânicas ao longo do tempo;

e) Teoria dos radicais livres, nesta perspectiva o envelhecimento celular surge devido ao aparecimento de produtos tóxicos no organismo, como resultado de peroxidação pelos radicais livres dos ácidos gordos não saturados;

f) Teoria neuro-endócrina, onde a longevidade seria regulada pelo sistema endócrino, a diminuição e falhas na regulação deste sistema contribuíram para o envelhecimento humano (Hayflick, 1985; Marchand, 2005; Rattan, 2006).

Teorias Psicossociais

O envelhecimento psicossocial começou a causar curiosidade e interesse na comunidade científica e em especial nos investigadores da área da gerontologia social (estuda o impacto das condições socioculturais no envelhecimento humano, procurando compreender a realidade e o significado da velhice, examinando os contextos e as representações sociais e pessoais). Este interesse científico pelas questões sociais associadas ao envelhecimento, resultou num conjunto de teorias explicativas que começaram a surgir em meados do século passado. Embora, estas teorias possuam pressupostos diferentes, procuram explicar e compreender, as dificuldades de adaptação a uma nova etapa de vida, as perdas e ganhos associados ao avançar da idade, as relações do indivíduo consigo próprio, com os outros e com as estruturas sociais.

Nesta perspetiva salienta-se um conjunto de teorias explicativas, entre as quais três obtiveram maior relevo, a teoria da atividade, a teoria do desinvestimento social e a teoria da continuidade.

Teoria da Atividade

A teoria da atividade atribuída a Havighurst e Albrecht (1953), assenta na premissa de que os idosos deveriam manter-se em atividade no sentido de continuarem saudáveis e satisfeitos com as suas vidas. A maioria dos indivíduos mais velhos interessam-se pelo convívio social, porém enfrentam algumas dificuldades quer no domínio físico, como no social, como a chegada à idade da reforma e a consequente perda do seu papel profissional, como a morte de alguns dos seus amigos e companheiros. Uma velhice Bem-sucedida envolve a reformulação de papéis já desempenhados ou a descoberta de novos papéis sociais.

À sociedade compete facilitar este processo, dado que as atividades sociais são externas ao indivíduo, implementando programas públicos com o objetivo de promover atividades para os mais velhos e consequentemente efetuar mudanças sociais necessárias a fim de valorizar esses indivíduos. A participação em atividades tem como objetivos centrais, a estimulação cognitiva e o desenvolvimento social, evitando a solidão. Muitos dos programas e políticas administrativas das atuais instituições de apoio a idosos fundamentam-se nas premissas desta teoria (Paúl, 1996).

Teoria do Desinvestimento Social

Esta teoria, popular na década de sessenta foi proposta por Cummings e Henry (1961), expõe a noção central de que há um desinvestimento recíproco entre o indivíduo e a sociedade a partir da entrada na idade da velhice. Segundo esta teoria, a sociedade começa a demonstrar menos interesse e a fornecer menor apoio aos indivíduos mais velhos, mas estes também optam por se “desligar” do envolvimento social. A diminuição das interações sociais nesta fase da vida, teria uma função adaptativa de afastamento do indivíduo à sociedade e da sociedade ao indivíduo, preparando assim, a separação inevitável que ocorrerá com a morte. Este afastamento social e psicológico durante a idade mais avançada é encarado como um processo normativo e uma etapa do desenvolvimento humano. Enquanto no desinvestimento social há uma redução objetiva do número e da duração dos contactos sociais, o desinvestimento psicológico envolve um afastamento e um enfraquecimento afetivo e emocional (Whitbourne, 2005).

Teoria da Continuidade

Ao contrário das teorias anteriores que evocam uma rutura com a entrada na idade mais avançada, a teoria da continuidade encara o envelhecimento como parte integrante do ciclo de vida (Neugarten, 1968). Esta teoria pressupõe uma continuidade dos interesses pessoais, rotinas e estilos de vida, adquiridos no decorrer da existência do indivíduo. Os idosos não devem ser forçados a envolverem-se em atividades que não são, nem nunca foram, significativas e importantes para si. Assim manter-se-ão similares os padrões comportamentais, e da personalidade, não prejudicando a autoestima e o bem-estar dos idosos (Atchley, 1989).

A teoria da atividade e a do desinvestimento têm merecido críticas por parte de muitos autores. Kalish (1976), defende que ambas as teorias não explicam a boa adaptação à velhice, pois nem o desinvestimento de alguns adultos idosos os leva a experienciar um sentimento de insatisfação, nem as interações e o envolvimento social ocasionam sempre satisfação. Lima (2004), acrescenta a este respeito que estas duas teorias partilham a perspetiva de que a velhice é um período de perdas, quer dos papéis sociais, quer da rede de apoio social. Qualquer uma destas teorias parece-nos algo limitada e/ou redutora enquanto modelo explicativo do envelhecimento psicossocial. A teoria da atividade coloca na sociedade a responsabilidade exclusiva de proporcionar aos mais velhos oportunidades de desenvolverem atividades que lhes proporcionem contactos sociais, não privilegiando os recursos e as competências específicas do indivíduo. Apesar da importância do meio proporcionar ao indivíduo oportunidades para agir e se expressar, é fundamental considerar a singularidade individual e as características e preferências únicas da pessoa. Por sua vez, a teoria do desinvestimento ao sugerir que com o envelhecimento há um clara rutura com o passado, está a uniformizar todos os processos e a direccionar para uma única trajectória desenvolvimental. A teoria da continuidade revela melhor a realidade do envelhecimento para a maioria dos indivíduos, embora existam casos em que há rupturas neste processo, especialmente com a entrada na reforma, e em outros casos há uma clara reformulação dos papéis sociais. Talvez a designação *envelhecimentos* exprima com maior exactidão este processo tão variável e pleno de singularidades e especificidades individuais, contrariamente à noção de um envelhecimento padronizado homogéneo (Lima, 2004).

Teoria Psicossocial de Erikson

A teoria psicossocial de Erikson (1982), baseia-se no princípio epigenético do desenvolvimento, sugere uma unidade para todo o ciclo de vida, assumindo o desenvolvimento como resultante de uma sequência de fases do desenvolvimento. Segundo esta teoria, o conflito refere-se tanto aos aspectos internos como externos do indivíduo, o desenvolvimento é dependente da melhor ou pior resolução de uma sucessão de crises geradas por conflitos. São apresentados oito conflitos: confiança *versus* desconfiança; autonomia *versus* vergonha/dúvida; iniciativa *versus* culpa; aplicação ao trabalho *versus* inferioridade; identidade *versus* confusão; intimidade *versus* isolamento; generatividade *versus* estagnação; integridade *versus* desespero (Erikson, 1982).

Os cinco primeiros conflitos dizem respeito à infância, com repercussões na idade adulta. Os dois primeiros conflitos da idade adulta estão orientados para a relação com os outros muita embora, dependam da relação consigo próprio. O último conflito do ciclo de vida, a integridade *versus* desespero, representa o culminar do desenvolvimento dos anteriores e pressupõe uma aceitação e responsabilização face ao seu passado, do que se é e do que se viveu. As dificuldades e conflitos encontrados ao longo da vida devem ser compreendidos num contexto sócio-histórico ou seja, o indivíduo reflete sobre a sua vida e revive os seus sucessos e fracassos, incorporando no *self* novas construções de experiências e memórias sobre si mesmo e o mundo. O sentido de integridade do *self*, prioritário deste conflito, irá depender da aceitação ou não, destas memórias e experiências, visto que com a aceitação o indivíduo irá experienciar sentimentos de equilíbrio, adaptação e satisfação (Erikson, 1982).

Esta teoria, à semelhança de outras, coloca ênfase na idade cronológica, o que é contestado por alguns autores.

Goldhaber (1986), destaca a importância para as diferenças culturais. Segundo este autor, a situação de dependência, o estado de saúde e as redes de suporte familiar e social desempenham um papel, no qual acredita ser importante no sucesso perante conflitos cruciais ocorridos durante as fases da vida dos idosos (Goldhaber, 1986; Rutter, 1989, cit. in Fonseca, 2006).

Estágios de desenvolvimento Psicossocial de Erikson (1982)

Tabela 1 – Estágios de desenvolvimento psicossocial de Erikson.		
Estágio psicossocial	Idade	Desafio
Confiança básica versus desconfiança	0 a 1 ano	Desenvolver a sensação de mundo bom, lugar seguro
Autonomia versus vergonha	1 a 3 anos	Compreender que uma pessoa independente é capaz de tomar decisões
Iniciativa versus culpa	3 a 6 anos	Desenvolver disposição a novas experiências, lidar com o fracasso
Produtividade versus inferioridade	6 anos à adolescência	Adquirir habilidades básicas, trabalhar com outros
Identidade versus confusão	Adolescência	Desenvolver senso estável e integrado da individualidade
Intimidade versus isolamento	Início da idade adulta	Entregar-se a um parceiro amoroso
Generalidade versus estagnação	Fase adulta	Auxiliar os jovens por meio da educação dos filhos, no cuidado com as crianças ou um trabalho produtivo
Integridade versus desesperança	Idade avançada	Encarar a própria vida como satisfatória e digna

Figura 1. Estágios de desenvolvimento Psicossocial de Erikson (Adaptado de Feldman, R., 2007 p. 362).

O envelhecimento não é pertença exclusiva da velhice, mas sim algo que a todos congrega e é partilhado por todas as idades. As suas definições são múltiplas e vão evoluindo com o avanço do conhecimento científico. Contudo, o envelhecimento será sempre o processo que identifica a velhice, arrastando sinais físicos, psicológicos e sociais que identificam a passagem dos anos.

Neste processo interativo a categorização da velhice por idades, cronológica, biológica, psicológica e social, com ênfase nos fatores endógenos e exógenos, são determinantes para a forma de envelhecer.

Passamos agora a identificar, alguns sistemas que categorizam e orientam o envelhecimento sob a forma de modelos: Saudável; Bem-sucedido; Produtivo; Ativo. Estes modelos conduzem à construção de uma sociedade para todas as idades.

1.1.4. Modelos de envelhecimento

Nas últimas décadas assistimos a um crescente interesse face ao envelhecimento e suas múltiplas implicações. No plano teórico surgem propostas conceptuais, umas claramente

estruturadas, outros nem tanto, mas sempre perspetivando o que é envelhecer, ou melhor, o que é um “bom” envelhecimento, adotando como referência uma perspetiva de promoção da saúde.

Envelhecimento Saudável

O envelhecimento saudável tem como principal característica a capacidade de aceitar as transformações biológicas e fisiológicas decorrentes da idade.

Segundo o autor Hansen-Kyle (2005), envelhecer com saúde refere-se a um conceito pessoal cujo planeamento deve ser focalizado na história, nas particularidades físicas e nas expectativas individuais, constituindo-se portanto, numa etapa e não num fim em si mesmo.

O conceito de saúde tem evoluído ao longo dos tempos, estando relacionado com a perceção que cada indivíduo ou comunidade tem, num determinado momento e contexto, dependendo das suas crenças, relacionadas com a vida, com o significado da morte e do sofrimento (Rodrigues et al., 2005). A saúde constitui um dos valores mais importantes, se não o mais valioso para as pessoas no geral (Taylor, 1999). A Organização Mundial de Saúde (OMS), definiu: “Saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental, social, económico e não simplesmente, a ausência de doenças ou enfermidades”.

A doença pressupõe uma falha parcial ou total, temporária ou permanente (descompensação, defeito, insuficiência), isto é, resulta da consciência de perda da homeostasia de um organismo vivo, total ou parcial, estado que poderá ter derivado de inflamações, isquémias, modificações genéticas, sequelas de trauma, hemorragias, neoplasias ou disfunções orgânicas (Ferro & Pimentel, 2006). Em sentido lato (como é utilizado em psiquiatria), o conceito de *doente* baseia-se no sofrimento, na falha (*impairment* = deficiência e *disability* = incapacidade) e na perda de relações (Ferro & Pimentel, 2006).

O aumento da prevalência de doenças crónicas tem sido um desafio permanente para a ciência, estando na base de uma mudança de paradigma no campo da saúde.

Nesta linha de pesquisa a conceptualização do modelo de envelhecimento saudável, virado para os aspectos positivos/negativos da velhice, centra-se no compromisso individual de prevenir a saúde através do equilíbrio entre o declínio biológico e a capacidade que o permite alcançar (Direção Geral da Saúde [DGC], 2004).

Nesse contexto, a saúde surge como elemento central, exercendo um forte impacto na qualidade de vida, à medida que a saúde diminui a satisfação de viver pode também decrescer, podendo chegar a níveis letais (Paúl & Fonseca, 2005).

Para este modelo de envelhecimento, a importância do suporte recebido das redes informais é fundamental, podendo atuar como um fator protetor da saúde, relacionado ao bem-estar subjectivo e conduzir a bons níveis de autoestima acrescida de auto-respeito e auto-confiança (Paúl & Fonseca, 2005).

Em 1986, Muhlenkamp e Sayles estudaram o modo como a autoestima e os recursos pessoais se relacionam e como essa relação influencia o estilo de vida dos indivíduos. Participaram 98 sujeitos entre os 18 e os 67 anos, e os resultados obtidos indicaram que tanto a autoestima como o suporte social eram bons indicadores do estilo de vida e o suporte social tinha um impacto positivo na autoestima.

Por sua vez 1986 num estudo onde pretendeu analisar o impacto da autoestima, do *locus* de controlo de saúde e o estado de saúde na adoção de um estilo de vida saudável, participaram 262 mulheres com idades entre os 35 e 65 anos. Os resultados revelaram que, *locus* de controlo interno, a autoestima positiva, o estado de saúde positivo, a preocupação com a saúde e a frequência universitária, explicam 25% da variância na probabilidade de adotar um estilo de vida saudável (Duffy, 1988).

O acesso adequado a bens e serviços que actuem na prevenção de doenças, a manutenção de um elevado nível funcional no plano cognitivo e físico (velhice óptima), os relacionamentos sociais e o bem-estar subjectivo, são elementos cruciais para envelhecer de forma saudável (Fontaine, 2006).

A Organização Mundial de Saúde adotou pela terminologia “envelhecimento saudável”, focando o envelhecimento como parte da vida no seu conjunto e não como um grupo etário estático, separado do resto da população (Kalache & Kickbusch, 1997). No entanto, tal designação viria a ser preterida a favor do conceito de “envelhecimento ativo”, pretendendo transmitir uma mensagem mais inclusiva e reconhecer os fatores que, para lá dos cuidados de saúde, afetam a forma como os indivíduos e populações envelhecem (WHO, 2002).

Envelhecimento Bem-Sucedido

Em termos históricos, a primeira abordagem ao conceito de envelhecimento “Bem-sucedido” remonta a Cicero, no ensaio sobre a natureza do envelhecimento. Este autor argumentava que a velhice não seria uma fase de declínio e perdas, mas uma fase em que poderiam surgir mudanças positivas em termos de produtividade. Seria então uma fase de desprendimento das necessidades físicas, em que a primazia era dada ao prazer da mente (Tate, Lah, & Cuddy, 2003).

Na sociedade ocidental, o interesse pelo significado de envelhecimento Bem-sucedido iniciou-se em 1944, ano em que o *American Social Science Research Council* estabeleceu o *Committee on Social Adjustment to Old Age*, o trabalho realizado por esse comité originou o desenvolvimento de instrumentos de medidas que correlacionaram o bem-estar subjectivo aos fatores autonomia e bem-estar psicológico (Teixeira & Neri, 2008).

O conceito de bem-estar subjectivo tem crescido reconhecidamente, o qual corresponde à auto-avaliação da própria vivência da velhice que engloba várias dimensões: felicidade; satisfação; estado de espírito; afeto positivo. Contudo, este processo individual revela simultaneamente dados objetivos (degradações físicas, percetivos e mnésicos) que constituem a representação do seu próprio envelhecimento (Fontaine, 2006).

A flexibilidade de *coping* é a característica determinante do modelo de envelhecimento Bem-sucedido, que agrupa comportamentos adaptativos a processos psicossociais, passíveis de um desenvolvimento saudável do próprio, mesmo vivenciando experiências desfavoráveis (Pinheiro, 2004).

Ter um envelhecimento Bem-sucedido, significa que a pessoa aceita e se readapta à mudança para fazer face às diferentes crises com que se depara, num percurso com aspectos positivos e negativos. O efeito comportamental das concepções subjectivas do controlo pessoal e do processo motivacional, com capacidade de influenciar os resultados pretendidos, realizam-se através de respostas selectivas baseadas na noção de reversibilidade e de estratégias de confronto, prevendo que um indivíduo tem o poder ou o controlo sobre os acontecimentos, caso possua a possibilidade de os reverter (Paúl, 2000).

A ideia de envelhecimento Bem-sucedido deste modo pode ser entendida, através do modelo de selecção, optimização e compensação de mecanismos de adaptação interativos que procuram maximizar os ganhos e minimizar as perdas. A forma de envelhecimento mais "Bem-sucedida" é aquela em que os indivíduos mantêm projetos e objetivos correspondentes a tarefas de diversa ordem, designadamente, afetiva, física e cognitiva (Paúl, 2000).

Recentemente emergiram outros fatores: o conceito de resiliência; vigor mental; espiritualidade positiva; inteligência e regulação emocional. Em suma, o conceito atual de envelhecimento Bem-sucedido encontra-se associado aos seguintes fatores: saúde biológica; saúde mental; eficácia cognitiva; produtividade; competência social; controlo pessoal; espiritualidade; optimismo; bem-estar subjectivo; envolvimento e satisfação com a vida. No entanto, o que significa envelhecer com sucesso, continua a não ser consensual, pelo que perdura o debate entre os diversos estudiosos (Duay & Bryan, 2006).

A Figura 2 apresenta as principais características do envelhecimento Bem-sucedido.

Características do envelhecimento Bem-sucedido

Características do envelhecimento “Bem-sucedido”	<ul style="list-style-type: none">• Processo dinâmico e transacional▪ Resultado do desenvolvimento ao longo da vida▪ Capacidade de aprendizagem (expansão das capacidades de reserva ou plasticidade)▪ Capacidade de adaptação (resiliência)▪ Baseado em experiências passadas para lidar com as presentes▪ Manutenção do eu (<i>self</i>) realista▪ Satisfação com a vida (manutenção do bem-estar físico, psicológico e espiritual)
---	---

Figura 2. Características do envelhecimento Bem-sucedido (Adaptado de Bowling & Dieppe, 2005)

Envelhecimento Produtivo

Na década de 70 surge a expressão de envelhecimento produtivo, quando o ser idoso já não correspondia à imagem da pessoa que contribuía em termos económicos para a sociedade, mas embora afastados do mercado formal de trabalho, poderiam desenvolver outras atividades significativas e satisfatórias, com impacto positivo para a vida. Significa que o idoso pode adotar características produtivas com relação ao estilo de vida e que o envelhecimento, para além de saudável e Bem-sucedido, pode ainda assumir o modelo de envelhecimento produtivo (Ribeiro & Paúl, 2011).

Este modelo conceptualiza o envelhecimento sob a perspetiva positiva, alcançada através da valorização do trabalho desenvolvido por pessoas idosas, bem como pelos contributos prestados em atividades desenvolvidas de valor social, como por exemplo o trabalho voluntário. Simultaneamente, este modelo propõe o envolvimento em atividades de auto-realização com impacto positivo nas suas próprias vidas e nas dos outros (Kofi Annan, 2002).

Os autores Gonçalves, Martín, Guedes, Cabral-Pinto e Fonseca, (2006), sugerem o trabalho direto com pessoas idosas, apoiando a formação contínua, a participação no mercado de trabalho e o desenvolvimento de trabalho voluntário. O envolvimento em ações de participação cívica e política são outra das vertentes que se traduzem em envelhecimento produtivo, uma vez que implica a realização de atividades de valor social. A importância do

envolvimento dos indivíduos em tarefas familiares e socialmente produtivas asseguram bons níveis de atividade mental e física e o envolvimento ativo na vida quotidiana. Como exemplo, a prestação de cuidados familiares a descendentes mais novos, particularmente aos netos, é um papel social ativo dos cidadãos idosos (Fontaine, 2006; Gonçalves et al., 2006).

Face ao crescimento e heterogeneidade dos idosos na sociedade atual, os papéis por eles desempenhados sob a óptica do envelhecimento produtivo ultrapassa já as barreiras estabelecidas, revestindo-se de complexidade e destaque. Assim sendo, os idosos não devem estar à margem da vida em sociedade, mas sim fazerem parte dela, através de metas de promoção da saúde e da autonomia, potenciando uma melhor adaptação à velhice e uma longevidade positiva.

Envelhecimento Ativo

A Organização Mundial de Saúde em 1999 preconiza uma nova conceptualização, o chamado envelhecimento ativo, como um conceito inovador e reflexivo sobre a importância das perspetivas psicológicas que têm vindo a adquirir, tanto ao nível da compreensão dos mecanismos de adaptação face ao envelhecimento, como na formulação de intervenções promotoras dessa mesma adaptação. O objetivo do envelhecimento ativo é aumentar a expectativa de uma vida saudável e, conseqüentemente, a qualidade de vida para todos os indivíduos que vão envelhecendo, inclusive os mais frágeis, fisicamente incapacitados e que requerem cuidados (WHO, 2002).

Este novo paradigma, tem como princípio o conceito positivo de saúde como concretização ao longo da vida e do potencial bem-estar, em que as componentes, física, mental e social são importantes (WHO, 2002).

A participação e a segurança são outros dois pilares apresentados no modelo de envelhecimento ativo, desenvolvido pela Organização das Nações Unidas (ONU) e pela OMS. Este novo conceito de apreender e perspetivar o envelhecimento enfatiza a importância do reconhecimento das capacidades individuais e simultaneamente das coletivas, utilizando os recursos sociais existentes e a criação e manutenção de ambientes favoráveis à sua participação. As oportunidades para essa participação centram-se no envolvimento ativo, em atividades de desenvolvimento pessoal, educacional, económico, de trabalho formal e informal e atividades voluntárias, de acordo com a disponibilidade, preferência e capacidade individual (WHO, 2008; Ribeiro e Paul, 2011).

Segundo Kalache (2008), os idosos têm demonstrado uma forte preocupação na promoção e organização de estilos de vida, nas oportunidades de participação efetiva na

sociedade ao nível dos avanços económicos e sociais, numa atitude colaboradora e menos dependente.

No âmbito da segurança, as oportunidades resultam da efetivação dos direitos humanos e da redução das desigualdades sociais, económicas e físicas, e na conceção de mecanismos de prevenção de violências, abusos e maus-tratos contra os idosos, no reforço de proteção social aos mais vulneráveis e na atribuição de uma pensão que lhes permita envelhecer com dignidade. A implementação destas medidas envolve organizações governamentais e não governamentais, incluindo serviços privados, cujo objetivo é promover a integração social e comunitária, estimular a autoestima e fomentar a interação geracional. Este desafio consiste em prosperar as oportunidades para o envelhecimento ativo, proporcionando uma vida autónoma, melhores cuidados de saúde e serviços sociais, educação para adultos, voluntariado, habitação e transportes (WHO, 2008; Direção Geral de Saúde [DGS], 2011).

Em 2012 comemorou-se o Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e da Solidariedade entre Gerações, subordinado ao tema de uma “Sociedade para Todas as Idades”. Esta iniciativa procurou sensibilizar a sociedade europeia para o contributo socioeconómico prestado pelas pessoas mais velhas, bem como promover medidas que produzam mais e melhores oportunidades para os cidadãos idosos. Propôs um conjunto de ações de sensibilização para promover o envelhecimento ativo e definir os princípios de dignidade, pretendendo garantir condições adequadas de vida, de segurança, de justiça e de autonomia, como forma de proteger as pessoas idosas do risco de exclusão social (OSM, 2002; Ribeiro & Paúl, 2011).

Entender o processo de envelhecimento é compreender de forma holística os aspectos individuais e coletivos da vida e, por sua vez, uma consciencialização de que as pessoas não envelhecem todas da mesma maneira. É um processo complexo e dinâmico com componentes fisiológicas, psicológicas e sociológicas inseparáveis e intimamente relacionadas.

1.2. Envelhecimento demográfico

O envelhecimento é, antes de mais, uma questão demográfica, o crescente envelhecimento da população é uma realidade impossível de ignorar.

O envelhecimento enquanto questão demográfica é tema de discussão e reflexão em todo o mundo. Ao consultarmos a literatura científica sobre a população idosa, encontramos

em todas as áreas do saber inúmeras referências a este fenómeno, estudos biológicos médicos, psicológicos, sociológicos, entre outros.

O século XX, mais do que qualquer outra época anterior, caracterizou-se por transformações profundas e radicais. O aumento exponencial da esperança média de vida, em cerca de 30 anos, a acentuada queda da taxa de fecundidade e o aumento do fluxo migratório são os grandes preditores do aumento da população envelhecida, desafiando a sociedade da atualidade (Oliveira, 2010).

O envelhecimento da população é um dos grandes desafios sociais e económicos deste século, revela um recente relatório das Nações Unidas,

”Na maior parte das sociedades, as mulheres, em razão de viverem mais tempo que os homens, formam a maioria da população idosa. O constante aumento de faixas etárias mais altas nas populações dos países, tanto em números absolutos como em relação à população com idade para trabalhar, tem implicações significativas para a maioria das nações, particularmente no que tange à futura viabilidade das atuais modalidades formais e informais de assistência aos idosos. O impacto económico e social desse “envelhecimento da população” é igualmente oportunidade e desafio para todas as sociedades”. (UNFPA, 2011, p.41)

A população mundial é atualmente de 7,2 biliões de pessoas, estima-se em 2050 cerca de 9,6 biliões (ONU, 2013).

Nas regiões desenvolvidas, a população permanecerá praticamente inalterada em torno de 1,3 bilião até 2050. No entanto, a população dos 49 países menos desenvolvidos com cerca de 900 milhões de pessoas, passará para o dobro 1,8 bilião em 2050 (ONU, 2013).

Segundo o relatório “*Perspetivas da População Mundial: Revisão de 2012*”, houve uma rápida queda no número médio de filhos por mulher nos grandes países em desenvolvimento, como China, Índia, Indonésia, Irão, Brasil e África do Sul. Contudo, o acelerado crescimento deverá continuar ao longo das próximas décadas nos países com altos níveis de fertilidade como a Nigéria, República Democrática do Congo, Etiópia, Uganda, Afeganistão e Timor-Leste (ONU, 2013).

Segundo o Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA), a taxa de fecundidade total (nascimentos por mulher) atualmente situa-se nos seguintes valores percentuais: mundialmente 2,5%; países mais desenvolvidos 1,7%; menos desenvolvidos 2,8%; minimamente desenvolvidos 4,5%; África Subsariana 5,1% (Fundo de População das Nações Unidas [UNFPA], 2012).

Em suma, nos últimos anos assistiu-se a um acentuado crescimento da população dos países menos desenvolvidos de 62,53%, enquanto nos países mais desenvolvidos foi de

4,39%, especialmente no Japão e nos EUA e nos países da União Europeia o aumento foi de 3,04% (UNFPA, 2012).

Esta diferença é o resultado do rápido crescimento populacional do período pós-guerra nos países desenvolvidos, em que a proporção de pessoas idosas se manterá, porém a um ritmo relativamente mais lento do que nos países menos desenvolvidos.

No entanto, o grupo etário com maior crescimento a nível mundial foi o dos indivíduos com idade superior a 65 anos, em prejuízo da população com menos de 14 anos. O envelhecimento acelerado da população mundial, sobretudo no mundo ocidental é uma realidade, de tal modo, estima-se que em 2050 o número de pessoas octogenárias e nonagenárias no mundo aumentará quase quatro vezes, chegando a 395 milhões de pessoas idosas no planeta, excederá o de jovens pela primeira vez na história da humanidade (EU, 2012.).

Embora o processo de envelhecimento demográfico tenha adquirido uma dimensão mundial, manifesta-se de modo particularmente notório na Europa, sendo já apelidado de “*continente grisalho*”. As estatísticas mostram ainda os países da Europa-27, em que o pico mais alto deverá ocorrer entre 2015 e 2035, altura em que o grupo etário de 60 e mais anos aumentará anualmente, cerca de dois milhões de pessoas (EU, 2012b).

Quanto ao grupo dos muito idosos, 80 e mais anos, será o de maior expansão no futuro, estima-se em 2050 representar cerca de 10% do total da população europeia (EU, 2012b). O crescimento significativo da população idosa é o resultado da alta fecundidade ocorrida no passado, da diminuição da mortalidade (principalmente a infantil), dos avanços científicos da medicina, de ganhos nas práticas de saúde biopsicossocial, bem como, do declínio continuado de nascimentos, em função do crescente acesso da mulher a métodos contraceptivos (Bortolanza, Krahl & Biasus, 2005).

Na perspetiva da análise demográfica, o envelhecimento é entendido como um fenómeno coletivo, possivelmente de natureza cíclica e não totalmente irreversível.

Os debates internacionais em torno desta questão têm conduzido as principais organizações mundiais tais como: Organização das Nações Unidas (ONU), Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), Organização Mundial de Saúde (OMS), entre outras, a refletirem e tomarem decisões sobre esta matéria. A OMS tem sido promotora de inúmeras iniciativas e estratégias com o objetivo de encontrar respostas para o crescente ritmo do envelhecimento mundial. Pretende-se que países e governos se

comprometam em assegurar a plena proteção aos mais velhos através da efetivação dos direitos humanos e liberdades fundamentais.

Outrora, a longevidade média dos indivíduos dependia quase exclusivamente das características de cada indivíduo, a evolução dos cuidados de saúde, do avanço da medicina e subsequentes investigações científicas de técnicas de diagnóstico e da indústria farmacêutica, contribuíram definitivamente para o fenómeno da explosão demográfica da segunda metade do século XX, que se vem generalizando ao resto do mundo. (Mendes, 2005; Oliveira, 2010).

1.3. Envelhecimento em Portugal

Como já foi referido, o envelhecimento demográfico é o resultado do declínio da fecundidade, espelhado na diminuição notória da taxa de natalidade e do aumento da longevidade, a que se pode chamar de um duplo envelhecimento da população. A mudança nos indicadores referidos, reflete alterações de comportamentos sociais, económicos e consequentemente a mudanças nos padrões de estilos de vida.

Portugal é um país envelhecido, esta é uma realidade à qual não podemos ficar indiferentes. A população Portuguesa está a envelhecer, o declínio da fecundidade associado ao declínio da mortalidade e ao aumento da esperança média de vida, é um dos binómios responsáveis por este processo. Associado a este fenómeno, está a fortíssima emigração portuguesa das décadas de 1960 e 1970, responsável igualmente pelo envelhecimento observado na sociedade portuguesa de hoje (Paúl & Ribeiro, 2012).

Segundo a Base de Dados Portugal Contemporâneo (PORDATA), a população residente em Portugal em 1960 era de 8.865.000, em 1981 passou para 9.883.300, em 2001 para 10.394.669, e o resultado do último censo (2011) cresceu para 10.542.398 habitantes (Base de Dados Portugal Contemporâneo [PORDATA], 2012).

Em Portugal, em 1960 a proporção da população idosa (65 ou mais anos) era de 8%, em 2001 duplicou para 16,4%, sendo que em 2011 já atingia os 19%. Durante o mesmo período e paralelamente, o peso percentual da população jovem (indivíduos com menos de 15 anos) diminuiu de 29,2% para 16% e um acentuado decréscimo em 2011 para 14,9% da população referida. Verifica-se ainda que o crescimento médio anual dos idosos nos últimos anos é tanto maior quanto maior é a idade, sendo 1,3% por ano para o grupo etário dos 65-69 anos e 4,2% por ano para o grupo etário com mais de 85 anos (PORDATA, 2012).

Atesta-se uma maior predominância do sexo feminino à medida que a idade vai avançando, em 2011 o total da população masculina era de 16,7%, enquanto a feminina era de 21,2% (população com 65 ou mais anos), (PORDATA, 2012).

Nos finais dos anos 40, a esperança média de vida à nascença da população portuguesa era de 58 anos, progredindo para 75,3 anos em 1996, para 79,3 anos em 2009 e os últimos dados do INE referentes a 2011 atingiram 79,8 anos em média para ambos os sexos (76,7 anos nos homens e 82,6 anos nas mulheres), (INE, 2013). Os dados apresentados na Figura 3, espelham o envelhecimento do nosso País.

Indicadores de envelhecimento segundo os Censos

Anos	Rácio-%	Proporção-%
	Índice de envelhecimento	Índice de longevidade
1960	27,3	33,6
1970	34,0	32,8
2001	102,2	41,4
2011	127,8	47,9

Figura 3. Indicadores de envelhecimento segundo os censos 2011 (PORDATA, 2012)

O cenário demográfico acentuará o envelhecimento, as estimativas apontam para o ano 2020 que a percentagem de idosos atingirá os 18,1%, enquanto a proporção de jovens diminuirá para 16,1% e em 2050 três em cada dez pessoas terão 65 ou mais anos (União, 2012).

Considerando os dados do INE, é previsível que em 2050 Portugal seja o quarto país da União Europeia com uma maior percentagem de idosos, a manter-se esta tendência de envelhecimento demográfico, estima-se que em 2060 residam no território nacional cerca de 3 idosos por cada jovem (INE, 2013).

O cenário das projeções do horizonte 2010-2050, prevê que em 2050 o número de idosos possa atingir os 32% contra 13 % de jovens e o índice de envelhecimento situar-se-á em 243 idosos por cada 100 jovens (INE, 2012).

Idêntico cenário ocorre na Europa, o índice de envelhecimento na União Europeia em 2050 será de 223 idosos por cada 100 jovens, o ritmo de crescimento da população idosa é quatro vezes superior ao da população jovem (INE, 2012).

A mudança substancial nos padrões demográficos da população portuguesa, naturalmente vai refletir-se sobre múltiplos domínios da sociedade, económicos, sociais, culturais e familiares. É com base nestas mudanças que surgem novos contextos, novas realidades sociais, como é o caso da institucionalização dos idosos em lares, que assumem uma maior importância.

1.4. Idosos institucionalizados

No mundo Global, a população está a envelhecer a um ritmo acelerado, sendo premente criar um novo modelo de sociedade ideal para essa nova realidade. “Envelhecer” é um processo inevitável e natural de um ser vivo, numa sociedade onde a longevidade é promissora, o envelhecer tornou-se uma preocupação constante das populações que se projetam no tempo e aspiram uma sobrevivência digna.

Com efeito, para compreendermos a relação do idoso com o meio institucional, torna-se pertinente abordar alguns conceitos sobre a institucionalização, embora a opinião não seja consensual pelos estudiosos.

O nascimento dos lares remonta ao século XIX, apelidados nessa época de asilos e hospícios, que acolhiam indigentes, mendigos e velhos, foi-se criando uma imagem socialmente negativa, que ainda hoje é sentida, conotando o residente por ter uma velhice solitária, triste, pobre, sem autonomia, permanecendo até ao fim dos seus dias (Casanova, 2001).

No mundo moderno a família que, noutros tempos, era alargada e constituída por vezes por três gerações, passou a abranger apenas pais e filhos (designada como nuclear), o estilo de vida quotidiano adotado pelas novas sociedades exige uma tal organização do tempo diário dividido entre o emprego e a família nuclear que torna, muitas vezes, difícil o encontro diário e o convívio entre pais e filhos (Pimentel, 2001).

À medida que o tema sobre a velhice começa a ser objeto de discussões e um crescente interesse no estudo pelos teóricos da especialidade, este *setting* começa a desenvolver-se como um recurso à prestação de cuidados primários e secundários aos mais velhos, começando a verificar-se alterações ao nível do acolhimento, integração e até mesmo na designação destas instituições, contudo o mundo institucional não proporciona um tratamento individualizado, o que conseqüentemente pode acabar por levar ao isolamento social (Casanova, 2001).

O Lar de idosos, considerado por muitos teóricos como sendo a última das últimas soluções, apresentam essencialmente críticas negativas aos cuidados prestados aos idosos, focando a deterioração física, psicológica e social que deles resulta, e ainda potenciadora de depressão, salientando a vida em comunidade como preferível à vida institucional (Vaz, 2009).

Em concordância com o estereótipo negativo, anteriormente exposto, os idosos experienciam sentimentos de rotura com o seu espaço físico e relacional, receando o tratamento coletivo e impessoal. Porém e apesar destes receios, os idosos acabam por reconhecer a necessidade de se integrarem numa instituição, prevendo vantagens no apoio prestado. Contudo, a institucionalização pode ser uma situação complexa mais para uns do que para outros (Vaz, 2009).

De acordo com Perlini (2007), a definição é mais abrangente, as instituições para idosos deverão apoiar-se nas seguintes premissas: a) acolher pessoas idosas cuja situação social, familiar, económica e/ou de saúde, não lhes permite permanecer na sua residência ou na dos seus familiares; b) assegurar os cuidados adequados à satisfação das necessidades, tendo em vista a manutenção da autonomia e independência; c) criar condições que permitam preservar e incentivar a relação interfamiliar; d) encaminhar e acompanhar as pessoas idosas para soluções adequadas à sua situação. Contudo, defende que os lares predispõem o afastamento do idoso do seu meio social e humano, dado que o local de habitação ocupa um objeto prioritário das condições sociais dos indivíduos idosos, na medida que o ambiente está associado ao seu sentimento de bem-estar psicológico. A casa tem um valor simbólico na construção da identidade social dos idosos, tornando-se fundamental nesta fase da vida, visto que enfrentam um decréscimo das suas capacidades de adaptação, tornando-se mais sensíveis ao contexto em que estão inseridos (Paúl & Fonseca, 2005; Martins, 2006; Perlini, 2007).

Em Portugal o Ministério do Trabalho e da Solidariedade, em 1997 reformulou e criou normas que regulamentam as condições de instalação e funcionamento dos lares para a terceira idade, estipulando também os seus objetivos: “a) Proporcionar serviços permanentes e adequados à problemática biopsicossocial das pessoas idosas; b) Contribuir para a estabilização ou retardamento do processo de envelhecimento; c) Criar condições que permitam preservar e incentivar a relação interfamiliar; d) Potenciar a integração social.” (Ministério do Trabalho e da Solidariedade, 1998).

A definição de Lar para idosos, segundo o Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social (1997), no âmbito do sector da atividade social:

“Considera-se lar para idosos um estabelecimento em que sejam desenvolvidas atividades de apoio social a pessoas idosas, através do alojamento coletivo, de utilização temporária ou permanente, fornecimento de alimentação, cuidados de saúde, higiene e conforto, fomentando o convívio e propiciando a animação social e a ocupação dos tempos livres dos utentes”. (Ministério do Trabalho e da Solidariedade, 1998, p. 767)

Este conceito de instituição, ainda atualmente está longe de ser uma realidade.

Muito recentemente assistiu-se a um novo conceito, as residências particulares, estas têm tido uma adesão bastante fraca, possivelmente devido ao seu elevado custo. A maioria consiste em apartamentos individuais ou por casal, de pequenas dimensões, com alguns serviços comuns, podendo estar inseridos ou não em edifícios habitacionais. Este conceito de acolhimento familiar tem como objetivo garantir ao idoso uma alternativa ao seu meio familiar, que retarde ou evite o recurso institucional, através da inserção numa família que garanta um ambiente sociofamiliar e afetivo propício e simultaneamente satisfazendo as necessidades básicas, respeitando a privacidade e identidade da pessoa idosa (Casanova, 2001).

Até à década de setenta, Portugal não sentia ainda os efeitos do envelhecimento demográfico, eram poucos os indivíduos que alcançavam uma idade avançada, o apoio era assegurado pela família e por isso, as preocupações em torno dos idosos eram reduzidas (Fernandes, 1997; Moura, 2006).

No último censo (2011) realizado em Portugal, residiam cerca de 124.966 idosos em instituições permanentes, sendo maioritariamente composto por 76.315 mulheres e 48.651 homens, num total de 2.010.064 indivíduos com 65 ou mais anos (961.925 com idades superiores a 75 anos), (INE, 2012).

Ao longo das últimas décadas foram desenvolvidos inúmeros estudos sobre esta temática. Nomeadamente Luciano (2004), estudou as expectativas dos idosos em relação ao contexto institucional. Os resultados evidenciaram sentimentos de rejeição e de exclusão dos idosos por parte da sociedade, em que se assume uma tendência generalizada para desvalorizar papéis e estatutos sociais, estando cada vez mais sujeitos a contingências de ordem social, económica, política e interpessoal. As instituições são uma alternativa social possível e com alguma capacidade de resposta para os mais velhos, embora esta resposta possua falhas e lacunas que interferem negativamente na qualidade de vida e na dignidade dos seus residentes.

O investigador Santos (2006), estudou a satisfação dos idosos com a institucionalização, tendo em consideração a análise dos fatores que influenciam a vida da

pessoa idosa aí residente. A sua conclusão remete-nos para a conceção de que a institucionalização não consegue abarcar a totalidade das necessidades desses idosos, mesmo possuindo bons recursos, tanto humanos como materiais, irá sempre existir uma lacuna entre os laços familiares e sociais aí construídos.

As pessoas vivem cada vez mais anos por isso, é expectável que todos iremos passar uma fase da nossa vida em que irá ocorrer uma progressiva debilitação, uma gradual diminuição da autonomia e por consequência o crescimento da dependência.

O envelhecimento é sem dúvida um dos maiores desafios do século XXI, que conduz à reflexão de questões inerentes a este fenómeno tais como: a saúde; a reforma; os meios de subsistência; a qualidade de vida; o papel na sociedade dos idosos; a solidariedade intergeracional; a sustentabilidade dos sistemas de segurança social, entre outros (INE, 2012).

Capítulo 2

Depressão

“As rugas deviam indicar apenas onde os sorrisos estiveram.”

(Mark Twain)

Envelhecer constitui uma experiência semelhante a todos os que têm o privilégio de viver vidas longas, porém este processo difere de pessoa para pessoa.

Nas sociedades ocidentais a população idosa está a aumentar significativamente, durante esta fase da vida os indivíduos sofrem grandes mudanças ficando mais vulneráveis, é neste contexto que surge um aumento da prevalência de doenças crónicas e incapacitantes, nomeadamente a depressão.

2.1. Depressão: conceito e sintomas

A depressão é atualmente um grave problema de saúde pública das sociedades modernas, estima-se 121 milhões de pessoas em todo o mundo, sendo o principal responsável pela perda da qualidade de vida dos indivíduos, conduzindo-os em casos de extrema gravidade, ao suicídio (Bromet, 2011).

O sentimento de tristeza é uma resposta comum a situações da vida, como o sofrimento motivado por uma perda ou desilusão. O transtorno afetivo a que os especialistas chamam depressão é algo muito mais grave, caracterizado pela falta de controlo sobre o próprio estado emocional.

Esta perturbação psicológica tem sido uma das patologias mais estudada, discutida e avaliada mundialmente. Na literatura estão descritas diversas classificações dependendo do autor e da respetiva orientação teórica.

De acordo com o Portal do Ministério da Saúde (2006), a depressão é uma doença mental caracterizada por tristeza mais marcada ou prolongada, perda de interesse por atividades habitualmente agradáveis e perda de energia ou cansaço fácil.

Após experiências ou acontecimentos que nos afetam negativamente é comum termos sentimentos depressivos porém, se os sintomas perdurarem ou agravarem por mais de duas semanas consecutivas, será conveniente pensar em procurar ajuda (Portal da Saúde, 2006).

Segundo a mesma fonte, cerca de 20% dos portugueses sofrem de depressão, reconhecida no Plano Nacional de Saúde 2000-2010 como um problema primordial de saúde pública, podendo afetar qualquer indivíduo desde a infância até à velhice, se não for tratada

poderá conduzir ao suicídio. Estima-se que esta patologia esteja associada à perda de 850 mil vidas por ano, mais de 1200 mortes em Portugal.

Nacht e Recamier (cit. in Grinberg, 2006), definem a depressão como um estado patológico de sofrimento psíquico consciente e de culpa, acompanhado por uma redução dos valores pessoais e uma diminuição da atividade psicomotora e orgânica.

De acordo com Nunes (2008), a depressão consiste num estado de vazio afetivo de perda: de energia vital, do interesse, do entusiasmo, da motivação e da vontade de viver. Do ponto de vista cognitivo, como as habilidades de pensar, de perceber, de lembrar, de sentir, de raciocinar e de responder aos estímulos externos, ficam notoriamente diminuídas, a concentração e a memória são as principais queixas das pessoas com depressão.

As classificações mais utilizadas são: o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM), organizado pela *American Psychiatric Association* (APA) e a Classificação Internacional de Doenças (CID-10), elaborada pela Organização Mundial de Saúde (OMS).

De acordo com o DSM-IV-TR (2002), a depressão resulta de uma perturbação do humor, podendo ser classificada de acordo com os sinais e sintomas apresentados. O episódio depressivo *major*, caracteriza-se essencialmente pela existência de humor depressivo ou diminuição de interesse ou prazer em quase todas as atividades durante pelo menos duas semanas. Adicionalmente o sujeito deve apresentar outros sintomas nomeadamente: alterações no apetite ou peso, no sono, na atividade psicomotora, na diminuição de energia, sentimentos de desvalorização pessoal ou culpa, dificuldade em pensar, em se concentrar ou tomar decisões, pensamentos recorrentes sobre a morte ou ideação suicida (APA, 2002).

A Classificação Internacional de Doenças (CID-10), classifica a depressão de acordo com os episódios típicos em um dos três graus: leve, moderada ou grave. O paciente apresenta diminuição do humor, redução da energia e das atividades, alterações na capacidade de experimentar ou na perda de interesse por atividades prazerosas, diminuição de concentração e fadiga (quando o esforço é mínimo) (OMS, 1998).

A OMS classifica a depressão como sendo a primeira causa de incapacidade e a quarta causa de morbilidade e perda de qualidade de vida, prevendo que em 2020 seja a segunda principal causa de incapacidade no mundo inteiro, (World Health Organization, 2010).

Muitos dos casos de depressão são avaliados nos cuidados de saúde primários, por médicos de família, aos quais os utentes recorrem com alguma regularidade, queixando-se

maioritariamente de problemas somáticos e subvalorizando pormenores importantes, dificultando o diagnóstico bem como o agravamento dos sintomas (Teixeira, 2007). É importante que se faça um diagnóstico correto da patologia para se iniciar o tratamento o mais cedo possível (World Health Organization, 2010).

Na literatura são muitos os autores que descrevem a sintomatologia apresentada pelos indivíduos que sofrem de depressão.

A autora Zimerman (2000) refere os principais sintomas da depressão: tristeza; falta de motivação; desânimo; perturbações do sono; perturbações alimentares; dores físicas; irritabilidade; dificuldade de concentração; perda de gosto pela vida (em casos mais extremos o risco de suicídio). Menciona ainda, que no geral as pessoas deprimidas ficam angustiadas, afetivamente vulneráveis, inibidas, com diminuição da autoestima, humor depressivo, desinteresse, dificuldade de sair da cama, tomar banho, arranjar-se, vestir-se e sair de casa, fraqueza, dificuldade de convívio com amigos, colegas e familiares (Zimerman, 2000).

De acordo com Neves (2008), a depressão pode apresentar sintomas muito diversos, podendo ser de natureza mais física ou mais psíquica.

Sintomas psíquicos mais comuns: Humor triste, falta de prazer com a vida, sensação de falta de valor; Sensação de solidão, sentimento de abandono, vontade de estar sozinho, ausência de momentos de alegria, sensibilidade interpessoal à rejeição; Indecisão, ansiedade, falta de concentração, hipervigilância, agitação, antecipação do perigo, opressão no peito, irritação, alucinações; Lentidão, preocupação excessiva, desesperança, culpa; Ideação suicida passiva, ilusões hipocondríacas, ideação suicida ativa (Neves, 2008).

Sintomas físicos mais comuns: Choro fácil, perda de apetite/perda de peso, aumento de apetite; Cansaço generalizado, cansaço nos membros; Diminuição do interesse sexual; Dificuldades de sono, dormir demasiado; Impressão de cabeça oca, dores de cabeça, tonturas; Dores abdominais, dores lombares, mal-estar generalizado (Neves, 2008).

Em suma, a maioria das pessoas com sintomatologia depressiva apresenta como principais queixas: a tristeza profunda, apreensão, sentimentos de culpa, perturbações alimentares e do sono e desejo sexual, bem como desinteresse na realização de tarefas habituais (Montiel, Capovila, Berberan, & Capovilla, 2005; Gil, & Droit-Volet, 2009; Gotlib, & Joormann, 2010; Beck, & Alford, 2009).

Esta sintomatologia pode ser observável a diversos níveis:

- Apecto geral: pode ser abatido e/ou descuidado, podendo apresentar uma perda de peso. A postura é habitualmente fletida e ausência ou limitação dos movimentos voluntários.

É observável a evitação do contacto ocular ou fixação num ponto, transmitindo uma sensação de vazio (APA, 2002; Gleitman, Friedlung, & Reiseberg, 2003).

- Afetividade: pela tristeza profunda que origina falta de esperança em si, no futuro e no mundo, o pessimismo generalizado e a anedonia (APA, 2002; Bylsma, Morris, & Rottenberg, 2008; Beck, & Alford, 2009);

- Cognição: através da verbalização de pensamentos negativos com características pessimistas, de auto-desvalorização e de sentimentos de culpa. Pela fixação ruminatória no passado, avaliando-o com pessimismo e remorso. Desejo de morrer como fuga ao sofrimento. O pensamento pode estar lentificado, podendo apresentar alterações mnésicas, diminuição da atenção/concentração (Gleitman, et al., 2003).

- Comportamento: pela lentificação e inibição motora, pela perda de iniciativa voluntária que se traduz num estado de apatia, bem como por grandes quadros de inquietação e agitação (APA, 2002; 2009; Scottish Intercollegiate Guidelines Network [SIGN], 2010).

- Queixas Orgânicas: pelos sintomas físicos relativos a somatizações ao nível gástrico, cefaleias, alterações da função sexual, perda de apetite, cansaço fácil e fadiga, entre outros (Montiel, et al., & 2005; Beck, & Alford, 2009).

Os sintomas psicóticos podem também ser observáveis nas depressões mais graves, em que há uma perda de contacto com a realidade, em conjunto com delírios somáticos e ainda alucinações (Gleitman, et al., 2003; Beck, & Alford, 2009; SIGN, 2010).

As perturbações mais presentes nos distúrbios afetivos das pessoas idosas são os sintomas somáticos ou vegetativos da depressão. As queixas físicas, com distúrbios do sono, insónias ou mais vontade de dormir, são os primeiros sinais de depressão. Outros sintomas podem ser o desânimo, a insónia, a apatia, a tristeza, a falta de apetite, a falta de vontade de fazer as coisas mais simples do quotidiano e a perda de interesse pelas coisas que lhe davam mais prazer (Oliveira, Gomes & Oliveira, 2006).

2.2. Tipos de depressão

O diagnóstico da depressão deve ser feito com base na duração, persistência e ainda, no número de sintomas que são característicos desta perturbação e que se encontram presentes no momento da avaliação.

Segundo a APA (2002), as perturbações depressivas são classificadas em três tipos: Perturbação Depressiva Major, Perturbação Distímica e Perturbação Sem outra Especificação.

A Perturbação Depressiva *Major* caracteriza-se pela presença de cinco (ou mais) sintomas, que devem estar presentes durante um período de duas semanas e que representam alterações ao funcionamento prévio do indivíduo, deve incluir pelo menos um dos sintomas referentes ao (1) humor depressivo ou (2) perda de prazer ou do interesse por atividades diárias.

1) Humor depressivo durante a maior parte do dia, quase todos os dias, indicados ou pelo relato subjectivo (por exemplo: sente-se triste ou vazio) ou pela observação de outros (por exemplo, parece choroso). Em crianças e adolescentes o humor pode ser irritável;

2) Diminuição clara do interesse ou prazer em todas, ou quase todas, as atividades, durante maior parte do dia, quase todos os dias (indicado pelo relato subjectivo ou pela descrição e outros);

3) Perda de peso, quando não está a fazer dieta, ou aumento de peso significativos por (exemplo, uma alteração de mais de 5% do peso corporal num mês), ou diminuição ou aumento do apetite quase todos os dias. Nota: Em crianças, deve-se considerar o não atingimento dos aumentos esperados de peso;

4) Insónia ou hipersónia quase todos os dias;

5) Agitação ou lentificação psicomotora quase todos os dias (observável por outros e não meramente pelo relato subjectivo de se sentir agitado ou lento);

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

7) Sentimentos de desvalorização ou culpa excessiva ou inapropriada (que pode ser delirante) quase todos os dias (não meramente autocensura ou sentimentos de culpa por estar doente);

8) Diminuição da capacidade de pensamento ou da concentração, ou indecisão, quase todos os dias (ou pelo relato ou pela observação de outros);

9) Pensamentos recorrentes acerca da morte (não somente acerca do medo de morrer), ideação suicida recorrente sem planos específicos ou uma tentativa de suicídio ou um plano específico para cometerem suicídio.

Os sintomas causam um mal-estar clinicamente significativo ou deficiência no funcionamento social, ocupacional ou em qualquer outra área importante. Não são devidos aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (por exemplo, droga de abuso, medicação) ou de um estado físico geral (por exemplo, hipotireoidismo). Não são melhor explicados por luto, isto é, depois da perda de um ente querido. Os sintomas persistem por mais de 2 meses ou são caracterizados por uma marcada deficiência funcional, preocupação mórbida com

sentimentos de desvalorização pessoal, ideação suicida, sintomas psicóticos ou lentificação psicomotora (APA, 2002).

A Perturbação Distímica caracteriza-se por:

1) Humor depressivo durante a maior parte do dia, mais de metade dos dias, durante pelo menos 2 anos, indicado pelo relato subjetivo ou pela observação dos outros. Em crianças e adolescentes, o humor pode ser irritável e a duração de pelo menos 1 ano;

2) A presença, enquanto depressivo, de 2 (ou mais) dos seguintes sintomas: Apetite diminuído ou aumentado; Insónia ou hipersónia; Fadiga ou pouca energia; Baixa autoestima; Dificuldades de concentração ou em tomar decisões; Sentimentos de falta de esperança.

Os sintomas persistem durante um período de 2 anos (1 ano para crianças ou adolescentes) e a pessoa nunca esteve sem sintomas dos critérios descritos em (1) e (2) por mais de 2 meses de cada vez. Não existiu um Episódio Depressivo *Major* durante os primeiros 2 anos da perturbação (1 ano para crianças e adolescentes); isto é, a perturbação não é melhor explicada por uma Perturbação Depressiva *Major* crónica, ou Perturbação Depressiva *Major*, em remissão parcial (APA, 2002).

A Perturbação Depressiva Sem Outra Especificação inclui transtornos com características depressivas, que não satisfazem os critérios para Transtorno Depressivo *Major*, e o Transtorno Distímico.

1) Perturbação disfórica pré-menstrual (na maioria dos ciclos menstruais durante o ano anterior) apresentando os seguintes sintomas: (humor acentuadamente deprimido, ansiedade acentuada, acentuada instabilidade afetiva, interesse diminuído por atividades), que ocorreram regularmente durante a última semana da fase lútea (apresentaram remissão alguns dias após o início da menstruação). Estes sintomas devem ser suficientemente graves a ponto de interferir acentuadamente no trabalho, na escola ou em atividades habituais, devendo estar inteiramente ausentes por pelo menos 1 semana após a menstruação.

2) Perturbação Depressiva *Minor*: episódio com pelo menos 2 semanas de sintomas depressivos, porém com menos de cinco sintomas exigidos para o Transtorno Depressivo *Major*.

3) Perturbação Depressiva breve recorrente: episódios depressivos com duração de 2 dias a 2 semanas, ocorrendo pelo menos uma vez por mês, durante 12 meses (não associados com ciclo menstrual).

4) Perturbação depressiva pós-psicótica da Esquizofrenia: um Episódio Depressivo *Major* que ocorre durante a fase residual da Esquizofrenia.

5) Um Episódio Depressivo Major sobreposto a Perturbação Delirante, Perturbação Psicótica sem Outra Especificação ou fase ativa da Esquizofrenia.

6) Situações em que o clínico conclui que uma perturbação depressiva está presente, mas é impossível determinar se é primária, devida a um estado físico geral ou induzida por substâncias (APA, 2002).

A prevalência da Depressão *Major* apresenta um dos quadros clínicos com maiores consequências na morbidade ao longo da vida e uma das principais causas de incapacidade, tornando-se assim, num grave problema de saúde pública (WHO, 1993).

É expectável que cerca de 120 milhões de pessoas no mundo inteiro sejam afetadas por esta perturbação do humor (Wittchen et al., 2011).

O Plano Nacional de Saúde 2004/2010 estimou em 30% a prevalência das perturbações psiquiátricas em Portugal. Em 2001, o terceiro senso psiquiátrico realizado, mencionou uma predominância das depressões nas consultas de ambulatório, prevendo que a depressão chegasse aos 20% da população com tendência a aumentar (Ministério da Saúde, 2004).

No mais recente estudo epidemiológico sobre saúde mental em Portugal, os resultados obtidos revelaram que 43% da população portuguesa apresentou um problema de saúde mental ao longo da vida, posicionando o nosso país com uma das taxas mais elevadas a nível Europeu (23%, a um ano), semelhante à taxa obtida na população Americana. Especificamente, a taxa de prevalência obtida para a depressão foi de, aproximadamente, 8%, apenas abaixo das Perturbações Ansiosas, cerca de 17% (Azevedo, 2010).

Em relação ao género, os dados dos principais estudos epidemiológicos revelam que as mulheres apresentam taxas muito superiores em relação aos homens, sendo 21 e 12% respetivamente (Kessler et al., 1994; Kendler, & Prescott, 1999; SIGN, 2010).

Alguns autores referem a prevalência elevada da depressão na população idosa, uma vez que o envelhecimento está associado a perdas, doenças, carências e aspectos sociais (Zimmerman, 2000; Barua & Kar, 2010).

2.3. Depressão nos idosos

A depressão pode surgir em qualquer idade, podendo afetar o indivíduo numa dada fase da sua vida, cujo humor poderá ser transitório ao sentir-se mais abatido ou melancólico, ou de forma mais severa, podendo prejudicar seriamente o desempenho físico e psicológico (Oliveira, Gomes & Oliveira, 2006).

Para alguns autores esta patologia é mais frequente nos idosos, em comparação com outros grupos etários, dado que estes estão mais vulneráveis por estarem mais propensos à exposição dos fatores de risco que a desencadeiam. No entanto, outros sugerem que os mais velhos podem ter estratégias de *coping* mais eficazes, devido à sua experiência de vida, a qual pode contrariar situações adversas que possam conduzir à depressão (Martin et al., 1992, Mirowsky & Ross, 1992, cit. in Chou & Chi, 2005). A depressão nos mais idosos pode mesmo diminuir como uma consequência da sobrevivência selectiva (Koenig & Blazer, 1996; Haynie et al., 2001, cit. in Chou & Chi, 2005).

Segundo Barroso & Tapadinhas (2006), a depressão geriátrica é pouco reconhecida. O quadro clínico da depressão é relativamente comum entre os idosos, uma vez que são muitas as perdas e as mudanças nesta fase das suas vidas. Do ponto de vista vivencial, o idoso está numa situação de perdas continuadas como a diminuição do apoio familiar, social e económico, o declínio físico continuado, a maior frequência de doenças físicas e incapacidade crescente, e ainda, a perda de apoio emocional, viuvez, morte de amigos e família, conduzindo ao isolamento e à solidão. Acrescendo que a depressão nos idosos é muitas vezes sub diagnosticada ou inadequadamente tratada, os sintomas depressivos entre os idosos podem também ser subestimados, pois muitos deles minimizam os sintomas psicológicos, atribuindo a causas fisiológicas como o sono, fadiga entre outros.

Outros autores, mencionam que os diagnósticos de depressão representam uma pequena parcela dos idosos, não se verificando tendências significativas para a manifestação de sintomas depressivos (Ried & Planas, 2002)

De acordo com Pino (2003), os idosos com limitações no seu ambiente físico possuem cinco vezes mais hipóteses de sofrer depressão. Em ambientes menos seguros, são menos propensos a saírem sozinhos e, portanto, estão mais susceptíveis ao isolamento e a sofrer de problemas de mobilidade, o que influencia a sua qualidade de vida e consequentemente maior a probabilidade de depressão.

Estudos demonstram, que a depressão na idade adulta avançada está associada ao aumento da morbidade, aos défices de funcionalidade, à mortalidade e à diminuição da qualidade de vida. Por outro lado, o elevado nível de sintomatologia depressiva, em idosos, está associado a baixo nível de satisfação de vida ao longo do tempo (Beekman et al., 2002; Berg, Hoffman, Hassing, McClearn, & Johansson, 2009).

Os sintomas depressivos clinicamente relevantes têm uma elevada prevalência em pessoas com setenta e cinco anos de idade ou mais (Dozeman et al., 2010). No entanto, as

peessoas muito idosas com um estado de saúde vulnerável estão sub-representadas nos estudos que focam a incidência e os fatores de risco da sintomatologia depressiva. Os autores mencionam ainda, que um estado de saúde mais vulnerável está associado a um risco elevado de manifestação de sintomas depressivos, por conseguinte será espectável que neste grupo etário, o risco de serem evidenciados sintomas depressivos seja muito elevado (Dozeman et al., 2010).

Os sintomas de depressão muitas vezes são vistos como consequências diretas da vulnerabilidade dos mais velhos, em vez de serem considerados como um problema isolado que requer intervenção específica e adequada. Contudo se a presença de sintomas depressivos, que (ainda) não preencham os critérios de diagnóstico, indica um risco elevado de desenvolvimento de uma perturbação depressiva, é indispensável assumir uma postura que reconheça a vivência deste tipo de experiências nas pessoas mais velhas, não discriminando nem descredibilizando o sofrimento psicológico que está em causa. Por outro lado, as atividades preventivas carecem de atenção, particularmente, porque se sabe que a prevenção das perturbações depressivas pode ser eficaz nos idosos (Dozeman et al., 2010).

Alguns autores sugerem que os diagnósticos de depressão representam uma pequena parcela dos idosos, não se verificando tendências significativas para a manifestação de sintomas depressivos (Ried & Planas, 2002).

Com o objetivo de investigar a prevalência dos sintomas depressivos em diferentes populações de idosos, foram entrevistados 30 idosos residentes em sua casa ou de familiares, 30 idosos residentes em instituições e 30 idosos hospitalizados, todos com 60 anos ou mais. O resultado do estudo revelou que os idosos institucionalizados apresentam maiores níveis de depressão grave e muito grave, a menor prevalência de sintomas depressivos foi encontrada entre os idosos residentes em domicílio. As mulheres apresentaram uma maior percentagem de sintomas depressivos muito graves, em todos os locais (Porcu et al., 2008).

Para identificar as características da população idosa que estão em maior risco de mortalidade em função de sintomas depressivos, género e uso de antidepressivos, um grupo de investigadores franceses realizou um estudo longitudinal entre 1999 e 2001, no qual participaram 7.363 idosos com idades superiores a 65 anos e não institucionalizados. A conclusão do estudo revela que a associação entre depressão e mortalidade depende do género e varia de acordo com os sintomas e uso de antidepressivos. Os homens deprimidos e a tomar antidepressivos apresentam maior risco de mortalidade, o aumento da gravidade da depressão corresponde a um risco mais elevado de mortalidade. Em contraste, as mulheres apenas com a

depressão grave e ausência de tratamento antidepressivo aumentou de forma significativa o risco de mortalidade.

Avaliar a prevalência de depressão e determinar o impacto das variáveis sociodemográficas, comprometimento funcional e diagnóstico médico, fatores referentes ao estilo de vida e o comprometimento cognitivo leve, foram os objetivos propostos de um estudo alemão sobre o envelhecimento (*AgeCoDe Study*). Os resultados divulgaram que a prevalência da depressão continua a ser elevada na idade avançada e as variáveis significativamente associadas à depressão foram o gênero feminino, o aumento da idade, viver sozinho, o divórcio, o nível de escolaridade mais baixo, incapacidade funcional, doença somática, comprometimento cognitivo leve, o tabagismo e a abstinência de álcool (Weyerer et al., 2008).

A pessoa pode adoecer, não apresentando toda a sintomatologia característica da patologia, ou manifestando-a com diferentes graus, pelo que a sua fenomenologia assume maior relevância na compreensão das questões da saúde mental, onde cada indivíduo, de forma individualizada, reflete um passado biográfico, uma linguagem, uma cultura, e uma forma muito particular de mostrar as suas emoções e sentimentos. Estes fatores evidenciam que a sintomatologia depressiva assuma contornos quase de exclusividade para cada indivíduo (APA, 2002).

2.4. Fatores de risco

Os fatores de risco da depressão nos idosos não são diferentes dos da população mais jovem, contudo, a importância dos aspectos biológicos, sociais e psicológicos são determinantes (Vink, Aartsen, & Schoevers, cit. in Dozeman et al., 2010).

Encontra-se na literatura diversos estudos realizados com o objetivo de investigar os principais fatores envolvidos no surgimento, manutenção e modificação da Depressão. A representação das variáveis sociodemográficas enquanto fatores de risco ou proteção para o surgimento da sintomatologia depressiva são referidas. As doenças também são facilitadoras e perpetuadoras da depressão, nomeadamente as doenças infecciosas, o Parkinson, o cancro, doenças hormonais entre outras. A dependência de substâncias tais como as drogas e o álcool, bem como certos medicamentos, podem promover o aparecimento de sintomatologia (Fancher e Kravitz, 2010).

Baseado em estudos, passamos a mencionar um conjunto de fatores que têm revelado um papel fundamental na depressão:

Variáveis sociodemográficas

- Idade: Sobre esta variável os estudos são algo controversos. Estudos demonstram uma associação significativa entre os sintomas depressivos e o aumento da idade (Kim, Shin, Yoon, & Stewart, 2002; Bergdahl, Gustavsson, Kallin, von Heideken Wågert, Lundman, Bucht, & Gustafson, 2005). Porém outros referem que a associação entre a idade e a depressão é inconsistente. Um estudo europeu concluiu existir uma modesta associação significativa entre os sintomas depressivos após a idade de 65 anos (Osborn et al., 2003). Outra investigação mostrou que o efeito da idade sobre a depressão vai desaparecendo, após outras variáveis (sociodemográficas e saúde) terem sido controladas (Jones, Marcantonio, & Rabinowitz, 2003; Chou & Chi, 2005).

- Estado civil: Investigações sobre a depressão nos idosos têm sugerido que o estado civil relaciona-se com o estado depressivo (Osborn et al., 2003; Chou & Chi, 2005). É defendido por alguns autores que as pessoas solteiras, viúvas ou com mau relacionamento familiar são mais susceptíveis a desencadear sintomatologia depressiva, os casados revelam menor prevalência (Jones, Marcantonio, & Rabinowitz, 2003; Papadopoulos et al., 2005). Para outros autores, o divórcio ou separação enquadram-se entre os maiores fatores de risco (Osborn et., 2003).

- Escolaridade: Estudos referem que a baixa escolaridade está correlacionada com a depressão entre os idosos. Alguns autores mencionam que os idosos com menos escolaridade possam ter mais dificuldade em adaptar-se a mudanças ocorridas no seu ambiente e que tenham mecanismos de defesa mais débeis perante determinadas situações (Bergdahl, Allard, Alex, Lundman & Gustafson, 2007; Chou & Chi, 2005; Kim et al., 2002; Papadopoulos et al., 2005).

- Socioeconómicas: Um fator de risco também indicado é o baixo rendimento, dado que a sintomatologia depressiva associa-se significativamente aos idosos economicamente dependentes. A diminuição de recursos financeiros e consequentemente as dificuldades para aquisição de alimentos, medicamentos, e outros bens de primeira necessidade, está associado a sentimentos de vergonha, à diminuição de contactos sociais, conduzindo ao isolamento, situação que contribui para o aparecimento de quadros depressivos (Zunzunegui, Béland, Llácer, & León, 1998; Osborn et al., 2003; Chou & Chi, 2005).

- Género: Na literatura estão descritas várias teorias, que têm vindo a ser propostas, com o objetivo de explicar as diferenças existentes entre género e a depressão, contudo, ainda

nenhuma conseguiu explicar completamente. As razões apontadas são multifactoriais e sujeitas a debates.

Existem controvérsias entre os estudos realizados na questão das diferenças de prevalência entre o género masculino e feminino, consoante as faixas etárias consideradas. De acordo com Nobel (2005), tais diferenças verificam-se apenas na puberdade e na quinta década de vida. Outros autores, referem que a diferença se mantém na idade adulta, com uma ligeira diminuição na velhice (Takkinen, Gold, Pedersen, Malmberg, Nilsson, & Rovine, 2004).

Na população idosa a depressão difere entre mulheres e homens, não só nos fatores de risco, como também na descrição dos sintomas reportados por esses idosos. As mulheres referem sintomas relacionados com o humor, os homens relatam com maior frequência sintomas relacionados com a motivação (Forsell et al., 1994, Kockler & Heun, 2002, cit. in Bergdahl, et al., 2007).

Sentimentos de solidão e uma pobre autoperceção de saúde são comuns entre as mulheres deprimidas. Nos homens, o declínio físico, doenças crónicas, a viuvez, bem como outros fatores sociais, são conhecidos fatores de risco para a depressão (Heikkinen & Kauppinen, 2004, cit. in Bergdahl, et al., 2007).

- Área de residência: De acordo com St John (2006), as comunidades mais pequenas podem promover um maior convívio e inter-ajuda, bem como favorecer a longo prazo amizades e sentimentos de pertença a uma comunidade, por estes motivos as zonas rurais podem diminuir o risco de sintomas depressivos. Por outro lado, as características das zonas rurais podem produzir efeitos negativos tais como: o distanciamento de atividades sociais e o seu envolvimento; a emigração dos jovens; o declínio económico regional, que pode criar um ambiente com menos serviços disponíveis (St John et al., 2006).

Um estudo efetuado no Reino Unido concluiu que os indivíduos que vivem em zonas de baixa densidade populacional mostraram menor risco de depressão (Walters et al., 2004).

- Institucionalização: Viver em instituições e seu tempo de permanência, para alguns investigadores poderam constituir fatores de risco para a depressão na população idosa (Bergdahl et al., 2005; Forsell & Winband, 1999). Este fator de risco será desenvolvido com mais pormenor no ponto 2.7.

Variáveis psicossociais

- Acontecimentos de vida: Acontecimentos de vida negativos estão claramente associados a sintomas depressivos entre as pessoas idosas (Forsell & Winbland, 1999;

Katsumata, Arai, Ishida Tomimori, Denda, & Tamashiro, 2005). O luto, por viuvez ou pela perda da companhia (outro familiar ou amigo), está associado a um maior risco de desenvolvimento de depressão (Bruce, 2002; Blazer, 2003; Osborn et al., 2003). A qualidade das relações, a presença de um confidente ou uma relação íntima estável, constituem fatores importantes, podendo minimizar o efeito dos acontecimentos de vida mais negativos e consequentemente ao decréscimo dos sintomas depressivos (Zunzunegui et al., 1998; Evans & Katona, 1993).

- Isolamento socioafetivo: Vários fatores no contexto psicossocial encontram-se significativamente associados à depressão em homens e mulheres e considerados como tal fatores de risco, poucas atividades sociais, sensação de falta de controlo, perda de contactos sociais, isolamento e falta de apoio social, são os mais apontados (Djernes, 2006; Bergahl, Allard, Alex, Lundman, & Gustafson 2007).

O fraco suporte familiar e social poderá conduzir a situações de solidão e isolamento afetivo, sentimento de abandono e sensação de vazio, constituindo fatores determinantes para o aparecimento de sintomas depressivos. Experienciar a solidão, pode ser sinal de uma rede social insatisfatória, contudo é claramente um dos fatores de risco mais citados pelos investigadores (Blazer, 2003; Chou & Chi, 2005; Bergdahl et al., 2007).

Uma boa rede social é considerada como um importante fator protetor contra a depressão nos idosos (Zunzunegui et al., 1998). As interações sociais, como visitar com frequência familiares e amigos, têm-se mostrado de extrema importância para a satisfação com a vida durante o envelhecimento. A depressão pode conduzir à perda de interesse e iniciativa e ao isolamento como consequência (Blazer, 2003).

- Dificuldades cognitivas: demência e história anterior de depressão são referenciadas como fatores de risco para a depressão no idoso (Bergdahl et al., 2005; Chou & Chi, 2005; Forsell & Winbland, 1999; Papadopoulos et al., 2005; Djernes, 2006).

Variáveis de saúde

As variáveis de saúde são igualmente importantes e estão fortemente associadas aos sintomas depressivos entre os idosos, nomeadamente, a doença física, psíquica e crónica, a incapacidade e as deficiências (Wisniewski, Metz, & Bijur, 1989; Osborn et al., 2003).

É frequentemente associada à depressão o declínio físico, os idosos com doença física apresentam taxas mais elevadas de depressão e de comorbilidade (Moldin, Scheftner, Rice, Nelson, Knesevich, & Akiskal, 1993; Chou & Chi, 2005; Street, O'Connor, & Robinson, 2007).

A prevalência da depressão na população idosa portadora de doenças crónicas situa-se nos 9,0%, muito superior em comparação com a prevalência de 5,6% entre os idosos sem qualquer doença crónica. Em pacientes com doenças crónicas como diabetes, doença cardíaca, artrite reumatóide, osteoporose, doença de Parkinson, e insuficiência renal a prevalência da depressão pode aumentar de 10% para 30% (Barrett, Oxman & Gerber, 1988).

A depressão é vivida de forma diferente por cada pessoa, pelo que a avaliação deve ser feita com base numa entrevista cuidadosa, com o Objetivo de estabelecer um diagnóstico e tratamento eficazes na remissão da perturbação. A cultura pode influenciar a experiência e a descrição dos sintomas, pelo que a atenção às especificidades étnicas e culturais é muito importante (APA, 2002).

2.5. Tratamento da depressão

A depressão nos idosos é muitas vezes sub-diagnosticada e sub-tratada, o tratamento prescrito, é também por vezes inadequado.

Nos últimos vinte anos, vários estudos foram realizados sobre a eficácia de tratamentos para a depressão. Tais pesquisas, produziram suportes empíricos para procedimentos interventivos que contribuem para a diminuição ou remissão dos sintomas depressivos (Segal, Vicent, & Levitt, 2002).

O tratamento da depressão pode ser feito de diversas formas, desde a terapêutica farmacológica clássica às sessões de psicoterapia ou à combinação de ambas. A depressão é tratável em 65% a 75% dos pacientes idosos, contudo, apenas 10% a 40% dos pacientes idosos deprimidos são medicados (Bostwick, 2010).

Os profissionais de saúde recomendam para uma melhor eficácia no tratamento da depressão nos idosos, a combinação de fármacos com uma psicoterapia de curta duração, permitindo individualizar o tratamento para cada paciente, levando em consideração aspectos biopsicossociais. Entende-se por eficácia, uma intervenção que promova resultados, nomeadamente redução, remissão e prevenção de sintomatologia (Bostwick, 2010).

Os antidepressivos produzem uma melhoria dos sintomas depressivos no prazo de duas a três semanas após o início da terapêutica, no entanto o tratamento pode demorar vários meses. A recuperação de um episódio depressivo severo demora em média, seis a doze meses de tratamento. Estudos revelam que nos pacientes mais idosos, a terapia deverá ser continuada e por períodos mais longos (Birrer & Vemuri, 2004).

Existem várias classes de antidepressivos: os tricíclicos (amitriptilina, clomipramina, imipramina, maprotilina e nortriptilina); os inibidores seletivos da recaptação de serotonina (ISRS), (citalopram, fluoxetina, fluvoxamine, paroxetina e sertralina); os inibidores da Monoamino Oxidase (IMAOs), (fenelzina e tranilcipromina) entre outros. As mais utilizadas e as mais eficientes são os tricíclicos e os inibidores da recaptação de serotonina (ISRS). Os idosos toleram melhor os ISRS por apresentarem menos efeitos anticolinérgicos, poucos efeitos sobre a função cognitiva e cardiovascular (Wilson & Argyropoulos, 2005).

De acordo com Zimerman (2000), os psiquiatras para além de prescreverem os antidepressivos, também recorrem a electroconvulsoterapia nos casos mais graves de depressão, com risco de suicídio, necessitando de resposta terapêutica mais rápida. A utilização desta técnica é vista como um recurso traumático, no entanto, quando bem indicado e administrado produz excelentes resultados, sem traumas e prejuízo para o paciente. A hospitalização só deve ser indicada em casos de risco de suicídio e/ou homicídio, por falta de suporte social ao paciente, abuso de substâncias, ou pela ausência de cooperação do próprio paciente (Custódio & Menon, 2011).

As teorias psicoterapêuticas mais aplicadas no tratamento da depressão são: a cognitiva (Leichsenring, 2001; Segal, Vincent & Levitt, 2002); a comportamental (Fleck et al., 2003); a interpessoal (Mello, Mari, Bacaltchuk, Verdeli, & Neugebauer, 2005); a psicanalítica (Ackerman & Hilsenroth, 2003; Leichsenring, 2001; Kool et al., 2003). Todas estas teorias parecem ser eficazes, tanto na redução, remissão ou prevenção dos sintomas depressivos (Segal, et al., 2002).

As terapias psicológicas são as mais recomendadas para os pacientes idosos com depressão, devido à vulnerabilidade deste grupo e aos efeitos adversos dos fármacos. O potencial benefício da psicoterapia não é diminuído pelo aumento da idade. Os mais velhos têm uma melhor adesão ao tratamento, menores taxas de abandono e respostas mais positivas à psicoterapia, comparativamente com pacientes mais jovens (Nierenberg & McColl, 1996).

Reynolds e seus colaboradores (1999) referem que, entre 54% a 84% dos pacientes recupera, 12% a 24% têm recaídas e 4% a 28% permanecem doentes ou incapacitados. Nos pacientes com depressão psicótica, as taxas de recuperação são reduzidas a metade e as taxas de recaída e de incapacidade são duas vezes maiores. O acompanhamento e a avaliação dos efeitos adversos são importantes quando se prescrevem antidepressivos, dados apontam para um abandono da medicação de cerca de 40% dos pacientes no espaço de duas semanas após o seu início e 70% após quatro semanas (Reynolds et al., 1999).

2.6. Psicoterapias utilizadas na depressão

Nas últimas décadas realizaram-se vários estudos na área da depressão, sobre a eficácia das psicoterapias: cognitiva; comportamental; interpessoal; psicodinâmica.

Na psicoterapia comportamental, os modelos frequentemente praticados são os de autocontrolo e do desenvolvimento de habilidades sociais. Sugere-se que a depressão possa estar relacionada com défices nas habilidades sociais, originando a incapacidade do paciente na obtenção de reforços positivos disponíveis no ambiente social e de lidar com as adversidades do quotidiano. Há quatro elementos básicos nesta terapia: análise funcional no contexto dos sintomas; monitorização e planeamento de atividades com o paciente; desenvolvimento de habilidades sociais.

As Terapias Psicodinâmicas Breves respeitam o vértice psicanalítico, ou seja, a investigação da transferência, a interpretação, a neutralidade e as associações livres, defende a conceção da depressão como um fracasso adaptativo, resultante de conflitos intrapsíquicos ou provocado por distúrbios relacionais. No quadro depressivo, a intervenção está centrada em identificar e ajudar o paciente em encontrar suporte para situações que são observadas a partir de influências ambientais e interpessoais que têm efeitos sobre um *self* frágil. O papel do psicoterapeuta é fornecer suporte, reduzir a ansiedade, reforçar a autoestima e ajudar a pessoa a enfrentar os sintomas, a fim de lidar com eles e se possível resolvê-los (Cordioli et al., 2008).

A Psicoterapia Interpessoal consiste no tratamento em tempo limitado, conceitua a depressão como um fenómeno complexo e multideterminado, ocorrendo num contexto social ou interpessoal. Relaciona os fenómenos interpessoais atuais e os sintomas depressivos como um foco de tratamento, auxiliando o paciente a enfrentar de uma forma mais adequada os problemas interpessoais que estejam relacionados com o episódio depressivo, independente da duração ou natureza (Cordioli et al., 2008).

2.6.1. Psicoterapia cognitiva

Com base na literatura e em artigos científicos, a terapia cognitiva revela ser a psicoterapia mais eficaz no tratamento da depressão, apresentando resultados tão bons ou melhores do que a terapêutica farmacológica, por esse motivo passamos a descrever esta terapia em maior pormenor.

A Psicoterapia Cognitiva demonstrou-se inestimável no tratamento de uma ampla variedade de perturbações psicológicas como a depressão, ansiedade e perturbação de pânico. A sua abordagem é ativa, diretiva, estruturada e de prazo limitado.

Deve-se a Aaron Beck os fundamentos da teoria cognitiva, rompendo com a teoria freudiana, Beck (1963), observou que o humor e os comportamentos negativos resultavam de pensamentos e crenças distorcidas e não de forças inconscientes. No que diz respeito à depressão, Beck (1963), refere que os pacientes acreditam e agem como se as coisas fossem ou estivessem piores do que realmente estão. Expressam “pensamentos automáticos negativos” sobre si mesmos, o seu mundo e o seu futuro. Verificou que essas cognições negativas se mantinham por meio de um modelo distorcido de processar informações, criando um círculo vicioso, em que o humor deprimido aumentava a intensidade dos pensamentos negativos, aumentando os distúrbios afetivos, cognitivos e comportamentais. As cognições negativas surgiram da ativação de crenças disfuncionais subjacentes, aprendidas, construídas e mantidas desde a infância. A depressão podia ser compreendida como decorrente das próprias cognições e dos esquemas cognitivos disfuncionais (Beck,1963).

O modelo de Beck é o mais pesquisado na psicoterapia cognitiva, atualmente, conta com mais de 300 ensaios clínicos controlados que atestam a sua eficácia, sendo a abordagem psicoterapêutica com maior suporte empírico (Butler, Chapman, Forman & Beck 2006; Beck, 2005).

O modelo cognitivo de Beck para a depressão, pressupõe dois elementos básicos: a tríade cognitiva e as distorções cognitivas (Beck,1963).

A tríade cognitiva consiste na visão negativa e persistente em relação a três aspectos fundamentais: sobre si mesmo, na qual a pessoa tende a ver-se como desadequada ou inútil; sobre o mundo, incluindo as relações familiares e de trabalho; e sobre o futuro, a qual parece estar cognitivamente ligada ao grau de desesperança. Quando estes pensamentos se associam a ideias suicidas, a desesperança torna-os mais intensos e a morte é compreendida como alívio para a dor ou sofrimento psicológico ou como a solução perante uma situação percebida como impossível de ser suportada (Beck, 1991). Segundo Beck, o paciente deprimido elabora a sua experiência negativamente, antecipando resultados desfavoráveis para os seus problemas. Esta forma de interpretar os eventos e as respetivas expectativas promovem o desenvolvimento de comportamentos depressivos, que por sua vez e após nova interpretação, conduzem a sentimentos pessoais de inadequação, baixa autoestima e desesperança (Beck, 1991).

As distorções cognitivas são consideradas erros sistemáticos na percepção e no processamento de informações, ocupando um lugar central na depressão. As pessoas com depressão tendem a estruturar as suas experiências de forma absoluta e rígida, resultando em erros de interpretação, tanto no desempenho pessoal como no julgamento das situações externas (Ingram, Miranda, & Segal, 2006; Beck, 1991). As distorções decorrem de regras e pressupostos, que são padrões estáveis adquiridos ao longo da vida do indivíduo com depressão. Há uma relação recíproca entre afeto e cognição, uma vez que o aumento da distorção cognitiva e emocional pode resultar de um, reforçando o outro (Rupke, Blecke & Renfrow, 2006; Beck, 1991).

A terapia cognitiva da depressão é um processo que tem como objetivo ajudar os pacientes a modificar crenças e comportamentos que produzem certos estados de humor, conduzindo à remissão da sintomatologia depressiva, porém não se trata de um livro de receitas segundo o qual o terapeuta segue os diferentes passos. Estudos realizados mostram a eficácia do tratamento, dependendo também da competência do terapeuta (Daniel et al, 2010; Simons et al, 2010).

A abordagem geral na terapia cognitiva para a depressão, pretende orientar os pacientes através de uma série de experiências de aprendizagem devidamente estruturadas. Os pacientes são instruídos a monitorizar e anotar os seus pensamentos negativos e as respetivas imagens mentais, com o objetivo de reconhecer e associar os seus pensamentos, sentimentos, e comportamentos. Os sujeitos aprendem a avaliar a validade e utilidade destas cognições, a testá-las empiricamente e a alterar as cognições disfuncionais, para que possam refletir e adotar as mais adaptadas. Ao longo da terapia, os pacientes aprendem a identificar, avaliar e modificar os pressupostos subjacentes e crenças disfuncionais que podem predispor-los a reações depressivas. O terapeuta também ensina (ou reativa) estratégias adaptativas (*coping*), para enfrentar determinadas situações, nomeadamente, “pegar” em grandes problemas e partilhá-los em partes pequenas, mais manipuláveis à tomada de decisões por análise custo-benefício (Butler, Chapman, Forman, & Beck, 2006).

A programação de atividades, a auto monitorização e a atribuição de tarefas graduais, são usadas no início do tratamento para ajudar os pacientes a superar a inércia e a expor-se a experiências potencialmente gratificantes (Butler et al., 2006).

Uma das vantagens da terapia cognitiva da depressão é a participação ativa do paciente no tratamento, de modo a que ele consiga: a) identificar as suas percepções distorcidas; b) reconhecer os pensamentos negativos e procurar pensamentos alternativos que

reflitam a realidade mais de perto; c) encontrar as evidências que sustentam os pensamentos negativos e os alternativos; d) gerar pensamentos mais adequados e credíveis associados a determinadas situações. A este processo chama-se reestruturação cognitiva (Butler et al., 2006).

Algumas críticas a esta abordagem referem-se à tendência dos terapeutas em estabelecer o “poder do pensamento positivo”. De facto, a terapia cognitiva é baseada no poder do pensamento realista, ou seja, na extensão em que se pode conhecer a realidade (Leahy, 2003). Este aspeto é particularmente relevante no tratamento da depressão, pois ajuda os sujeitos a considerar as crenças verdadeiras relacionadas com a situação, proporcionando uma consciencialização dos fatores que mantém a depressão.

Deve-se recordar que o objetivo da terapia cognitiva na depressão é facilitar a remissão da depressão e ensinar o paciente a ser o seu próprio terapeuta. As técnicas cognitivas devem auxiliar as metas da terapia e não devem ser utilizadas como processo que gere dependência.

Muitos estudos e metanálises indicam que a terapia cognitiva é eficaz no tratamento da depressão, seja leve, moderada ou grave. Além disso, a efetividade da terapia cognitiva na depressão é tão ou mais robusta que a terapêutica farmacológica ou outros tipos de intervenções psicológicas (Baptista, Berberian, Rueda & Mattos, 2007; Dobson, 1989). A Terapia Cognitiva promove uma resposta mais duradoura em comparação com o tratamento farmacológico e pode proporcionar um efeito substancialmente protetor quanto às recorrências (Hollon, Jarrett, Nierenberg, Thase Trivedi & Rush, 2005; Hollon Shelton & Loosen, 1991).

Estudos recentes revelam que, a curto prazo, a terapia cognitiva para a depressão produz resultados tão bons como os antidepressivos e um pouco melhores do que os placebos. A longo prazo, a diferença é notável, a maioria das pessoas que tomam antidepressivos melhoram, mas se deixarem de os tomar voltam a ficar deprimidas, enquanto 10 a 20 sessões de terapia cognitiva comportamental evitam tais recaídas. O governo Britânico está atualmente a formar novos terapeutas, que irão ser pagos pelo serviço nacional de saúde, para fazer terapia cognitiva comportamental a doentes deprimidos, pois além de funcionar a longo prazo, do ponto de vista económico torna-se menos dispendioso do que manter as pessoas a tomar antidepressivos (Kirsch, 2008).

Mais de quarenta anos após a publicação da Teoria Cognitiva da Depressão, esta continua a ser a abordagem psicoterapêutica mais importante e com melhor validação

científica, mantendo-se inalteradas as bases teóricas do modelo cognitivo (Knapp & Beck, 2008).

2.7. Depressão em idosos institucionalizados

A institucionalização é uma realidade cada vez mais presente na vida dos idosos.

Mundialmente, nas últimas décadas vários investigadores têm estudado este tema, com o objetivo de conhecer os fatores e o seu impacto associados a esta alternativa social.

A literatura científica tem referenciado a depressão como sendo uma patologia comum nos idosos institucionalizados, a sua prevalência é superior comparativamente com os idosos residentes na comunidade. A explicação para tal acontecimento é complexa e longe de ser consensual.

De acordo com os estudos 10 a 15% das pessoas idosas cumpre os critérios de diagnóstico para a depressão, havendo recorrência nos pacientes no prazo de três anos. O risco aumenta para os idosos em lares, sendo que 40% destes estão deprimidos. Contudo, alguns estudos (Bergh et al, 2003) referem que a idade não será o fator determinante para o desenvolvimento da depressão, mas as doenças associadas ao declínio físico e psíquico, bem como ao isolamento social. O humor depressivo nos idosos está associado à forma como os sujeitos vivenciam a dor, experienciam e desenvolvem estratégias para lidar com a mesma (Iliffe et al, 2009).

As instituições constituem uma alternativa social e com alguma capacidade de resposta para os mais velhos, porém, essa resposta é caracterizada por possuir falhas e lacunas levando a uma diminuição na qualidade de vida dos seus residentes, esse ambiente poderá contribuir para o desenvolvimento de um quadro depressivo.

Os idosos ao deixarem a sua casa para ir viver para lares, experienciam muitas perdas: casa, pertences, animais, económicas, de rotina familiar, de vizinhos e amigos, representando grandes mudanças de vida. Esses idosos também sofrem perdas psicológicas profundas relacionadas com a independência, a liberdade, autonomia e privacidade. As instituições podem até possuir ótimos recursos materiais e humanos, mas como implica sempre múltiplas perdas, vai existir uma lacuna entre os laços familiares e sociais até aí construídos (Oliveira, 2011).

Nas primeiras semanas após a admissão, os idosos sentem-se muitas vezes deslocados, vulneráveis e abandonados, sendo considerável o risco para o desenvolvimento da depressão (Patterson, 1995).

A identificação da depressão no idoso depende de uma avaliação cuidada da interação entre fatores biológicos, psicológicos e sociais.

As autoras Barroso e Tapadinhas (2006), realizaram um estudo em idosos institucionalizados e não institucionalizados com o objetivo de os comparar em termos de depressão e solidão. A análise dos dados revela que, os idosos institucionalizados apresentavam mais sentimentos de solidão e maiores níveis de depressão. Neste estudo, concluiu-se ainda que os idosos casados são os que apresentavam menor solidão e os que menos contactos têm com a família e amigos apresentavam mais sentimentos de solidão.

Sustentado por uma revisão de estudos, Fernandes (2000) indica que 14% dos idosos residentes na comunidade apresentam depressão, sendo 25% a 73% a proporção nos idosos institucionalizados.

Shirley, Leung e Mak (2000), apresentam como conclusões de um estudo realizado em idosos institucionalizados, que a percentagem de idosos com sintomas de depressão é superior nos idosos recentemente admitidos. Os autores referem ainda que a relação negativa do tempo de permanência na instituição com a depressão é independente da idade e da capacidade funcional.

Scocco, Rapattoni e Fantoni (2006), realizaram um estudo longitudinal com o objetivo de identificar o impacto da institucionalização no idoso e as mudanças que ocorrem ao nível cognitivo e psicopatológico, autonomia e perceção da qualidade de vida. Concluíram, que com a entrada na instituição, verificava-se um declínio físico e mental e a qualidade de vida era identificada como baixa. Após 6 meses, verificava-se um aumento do sentimento de solidão, um declínio físico, mental e na perceção da qualidade de vida, existindo uma taxa de mortalidade de 33%.

Realizou-se em 2008 um estudo comparativo sobre a prevalência de sintomas depressivos em idosos hospitalizados, institucionalizados e residentes na comunidade, com o objetivo de investigar características quantitativas e qualitativas dos sintomas depressivos nas diferentes populações de idosos. Os idosos institucionalizados apresentaram taxas mais elevadas de depressão, a menor prevalência de sintomas depressivos foi encontrada entre os idosos residentes em domicílio. As mulheres apresentaram uma maior percentagem de sintomas depressivos muito graves (Porcu et al.,2008).

Neto e Corte-Real (2013), investigaram a prevalência da depressão em pessoas idosas institucionalizadas, bem como a sua rede de suporte social. Os resultados revelaram que 48% dos inquiridos apresentavam depressão ligeira e 24% depressão grave.

Relativamente à rede de suporte social, verificou-se que a maioria dos participantes (56%), inclui uma a duas pessoas na sua rede de apoio, 40% mais do que duas pessoas e apenas (4%) menciona não ter ninguém. Os autores concluíram que quanto maior a satisfação com o suporte social, menor é o índice de depressão (Neto & Corte-Real, 2013).

No estudo realizado por Almeida e Quintão (2013), em que o objetivo principal foi comparar idosos institucionalizados e não institucionalizados em termos de depressão, ideação suicida, dependência e atividades de lazer, em Portugal. Os resultados revelaram que os idosos institucionalizados não apresentavam maiores níveis de depressão, solidão, ideação suicida nem menor nível de atividade e lazer, apesar de serem menos independentes. Os idosos com ideação suicida mais elevada, apresentavam níveis mais elevados de depressão. A autoperceção negativa sobre a saúde e de maior solidão relacionou-se com mais depressão. Uma maior atividade e mais lazer, relacionaram-se com menos ideação suicida. A conclusão deste estudo, parece mostrar que a institucionalização dos idosos não se relaciona negativamente com a depressão e a ideação suicida.

Outras investigações referem também que a mudança para o lar pode não estar associada ao agravamento ou surgimento de um humor depressivo (Sheelan, D'Souza, Thein, & O'Malley, 2007).

Ainda são escassos e algo controversos os estudos relacionados com os indicadores de risco na depressão em idosos institucionalizados. A dificuldade que os idosos deprimidos têm em aceitar os convites para colaborarem nos projetos de investigação, também a elevada prevalência de debilidade cognitiva nos idosos residentes em instituições poderá dificultar a obtenção do consentimento informado e nas respostas significativas aos instrumentos utilizados na recolha de dados. Estes fatores poderão estar na dificuldade de realização dos estudos e até levar os investigadores a subestimar ou até ignorar importantes correlações com a depressão (Marcantonio, & Rabinowitz, 2003).

Com o crescente envelhecimento da população torna-se premente fornecer cuidados de saúde mental de qualidade para os idosos residentes em instituições, que cada vez são em maior número.

Capítulo 3

Qualidade de Vida

A Qualidade de Vida (QV), tem sido uma procura incessante do ser humano ao longo dos tempos, a eterna necessidade de viver bem. Nas sociedades modernas este conceito é uma preocupação constante, alvo de debates e investigações científicas. O conceito é algo complexo e incerto, o que tem causado vários dilemas para os investigadores na tentativa de uma definição precisa.

Estando a QV associada a aspectos intrínsecos a cada ser humano, correspondendo a uma opinião subjectiva acerca da satisfação com a vida de cada indivíduo, sentimentos de bem-estar pessoal, psicológico, cognitivo e social, igualmente está dependente de aspectos extrínsecos como, experiências de vida, época, país, cultura e classe social, contudo, com o passar do tempo poderão também oscilar determinados aspectos com o próprio indivíduo, o que hoje é considerado uma boa qualidade de vida, amanhã pode não o ser (Paúl & Fonseca, 2005; Teixeira, 2010).

3.1. Qualidade de vida

Investigadores ao longo do tempo direccionaram os seus estudos na procura de respostas para a questão, o que é a felicidade humana? A definição de Aristóteles foi a mais valorizada, segundo a qual o caminho mais virtuoso para o homem seria aquele que se orientasse para alcançar a excelência física e moral, designado por “vida racional” (Canavarro & Serra, 2010).

Até à primeira metade do século XX, predominou a análise mercantilista do bem-estar que segundo, encontrava-se associado entre o crescimento económico de uma nação e o bem-estar da população, porém, esta definição foi posta em causa após a 2ª Guerra Mundial, pois não existia equilíbrio entre o crescimento económico dos Estados Unidos da América e as problemáticas sociais (Canavarro & Serra, 2010).

Em 1964 Lyndon Johnson, então presidente dos Estados Unidos, empregou pela primeira vez a expressão QV, ao declarar que "*os objetivos não podem ser medidos através do balanço dos bancos. Eles só podem ser medidos através da qualidade de vida que proporcionam às pessoas.*". Os conceitos "padrão de vida" e "qualidade de vida", despertaram grande interesse na comunidade científica nas mais diversas áreas: sociais, políticas, humanas e biológicas (Fleck et al., 1999).

Tentativas distintas nos anos 70 surgiram com o objetivo de explicar o referido termo, todavia os investigadores não chegaram a um consenso. O início dos anos 90 foi marcado por debates científicos, académicos e políticos sobre a definição de QV. Por não ser

universalmente aceite, a OMS fundou um grupo de investigação o *World Health Organization Quality of Life Assessment* (WHOQoL Group), composto por um conjunto de 15 peritos pertencentes a diferentes culturas, representando uma perspetiva transcultural. Este painel internacional de investigadores estabeleceu 3 pilares fundamentais: a subjectividade, a multidimensionalidade e a dimensão positiva e negativa, ou seja, há uma valorização da perspetiva e da perceção dos indivíduos relacionada com complexa influência da saúde física e psicológica, relações sociais, crenças pessoais, nível económico e ambiental, podendo sofrer alterações ao longo do tempo (WHOQoL Group, 1993, 1994, 1995, 1998), proporcionando tranquilidade, segurança e esperança de um futuro melhor (Manso & Simões, 2007).

Em 1994, a OMS definiu QV como, “a perceção do indivíduo sobre a sua posição na vida, dentro do contexto dos sistemas de cultura e valores nos quais está inserido e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (WHOQoL Group, 1994).

Dada a inexistência de um instrumento que avaliasse a qualidade de vida, numa perspetiva internacional e transcultural, a OMS desenvolveu um projeto multicêntrico, resultando no final num instrumento de avaliação o “WHOQoL-100”, dadas as suas características psicométricas, rapidamente se estendeu por todo o mundo. A estrutura do instrumento é baseada em 6 domínios: físico; psicológico; nível de independência; relações sociais; meio-ambiente; espiritualidade / religião / crenças pessoais. Atualmente, o WHOQoL existe nas versões longa (WHOQoL-100) e na breve (WHOQoL-Bref). A versão breve é composta pelas 26 questões que obtiveram os melhores desempenhos psicométricos extraídas do WHOQoL-100, sendo composto por 4 domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. Ambos os instrumentos estão disponíveis em mais de 20 idiomas, sendo um dos instrumentos mais utilizados internacionalmente para avaliar a QV (Skevington, Sartorius & Amir, 2004).

Tem-se verificado nos últimos anos um aumento dos artigos teóricos e empíricos acerca da QV, nomeadamente na área da medicina, contudo, a maioria dos estudos realizados e dos instrumentos desenvolvidos destinam-se à população adulta (Ravens-Sieberer & Bullinger, 1998).

A introdução e o crescente interesse pelo conceito QV na área da saúde, surge na sequência da mudança de paradigma, o qual influenciou questões políticas e práticas deste sector. A transformação do modelo de abordagem biomédica para uma ênfase mais holística e biopsicossocial, onde a QV deixou de ser simplesmente equiparada ao termo "estado de saúde", "estilo de vida", "satisfação com a vida", "estado mental" ou "bem-estar", passando a

integrar a percepção do próprio indivíduo, em relação ao seu estado de saúde, psicossocial e outros aspectos da vida (WHOQoL Group, 1998).

No último quarto do século XX, o estudo da QV passou a ser um tema de relevância para a Psicologia, começando a perceber-se a existência de consequências psicológicas para além do adoecer físico, tornou-se indispensável conciliar o desenvolvimento da Medicina e a humanização dos serviços de cuidados de saúde, culminado com o aparecimento da Psicologia da Saúde no início dos anos 80 (Pais-Ribeiro, 2009).

A saúde e a doença caracterizam processos compreendidos como um *continuum*, relacionando aspectos económicos, socioculturais, experiência pessoal e estilos de vida. Assim, a importância do conceito de QV entre os profissionais de saúde tem sido crescente ao longo das últimas décadas, na medida em que permitiu integrar nas medidas tradicionais de saúde outros aspectos considerados relevantes, que vão para além da mera ausência de doença, afetando a vida diária dos indivíduos e, conseqüentemente, o seu sentimento subjectivo de satisfação com a vida (Muldoon, Barger, Flory & Manuck, 1998, cit. in Gameiro et al., 2008).

O conceito de saúde tem evoluído ao longo dos tempos, estando relacionado com a percepção que cada indivíduo ou comunidade tem, num determinado momento e contexto, dependendo das suas crenças, relacionadas com a vida, com o significado da morte e do sofrimento (Rodrigues et al., 2005). A saúde constitui um dos valores mais importantes, se não o mais valioso para as pessoas no geral (Taylor, 1999).

No Canadá em 1986, realizou-se a primeira conferência internacional sobre a promoção da saúde, na qual foi aprovado um documento contendo orientações para se atingir a saúde para todos, intitulado “Carta de Ottawa”. Segundo este documento, a saúde é um recurso de elevada importância para o desenvolvimento social, económico e pessoal e constitui uma dimensão importante da qualidade de vida (WHO, 1986).

Em 1946 a OMS definia “Saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental, social, económico e não simplesmente, a ausência de doenças ou enfermidades” (Ferro & Pimentel, 2006).

A ciência alcançou a proeza inédita de aumentar significativamente o tempo médio de vida da população, porém, não tornou claro o modo como se deverá viver esse suplemento, pois viver mais não é, necessariamente, viver melhor (de Jesus Laranjeira, 2007).

A realidade inquestionável das transformações demográficas iniciadas no último século, pautada por uma população cada vez mais envelhecida, evidencia a necessidade de

garantir não só uma sobrevida maior, como também uma boa QV para aqueles que já envelheceram ou que estão no processo de envelhecimento (Vecchia, Ruiz, Bocchi & Corrente, 2005).

A investigação sobre este tema deverá ter um carácter dinâmico e inovador, uma vez que o conceito de QV pode sofrer alterações de geração para geração (Manso & Simões, 2007).

3.2. Qualidade de vida na população idosa

O envelhecimento, como já vimos anteriormente, tem sido amplamente estudado nas últimas décadas nos mais diversos domínios, tendo em consideração a importância da QV na população idosa, será pertinente relacionar a QV com o envelhecimento.

A QV no idoso está relacionada com a forma como o sujeito experiencia o seu próprio envelhecimento e vive a sua velhice, conjugando com a ausência de doença, do suporte social e o do bom funcionamento físico e cognitivo. A velhice tem sido, muitas vezes, associada a QV, a questões de dependência e autonomia. As dependências observadas nos idosos resultam de alterações biológicas (deficiências ou incapacidade), como de mudanças de natureza social (desvantagens) e, frequentemente, as últimas parecem determinar as primeiras (Pavarini, 2005).

Existem fatores que podem condicionar a QV no envelhecimento, nomeadamente: a saúde e a capacidade funcional, no âmbito da realização das atividades da vida diária; as relações interpessoais, que façam com que o idoso se sinta acompanhado e estimado pelos que o rodeiam; a independência, sendo esta definida como a capacidade do idoso em conseguir organizar as suas tarefas diárias e escolher as atividades que deseja fazer; a convicção de que ele é útil, quer por ser visto como alguém com bastante sabedoria dada a sua experiência de vida, quer por ser útil à sociedade em termos de contribuição económica (Paúl & Ribeiro, 2012).

Um estudo qualitativo permitiu identificar as perceções e representações sociais que os idosos apresentavam sobre os significados de “ser uma pessoa idosa” e as representações sobre a “qualidade de vida”. Sobre o significado “ser uma pessoa idosa”, identificaram as seguintes premissas: “pessoa com incapacidade funcional”; “com bastante idade mas com bastante saúde para trabalhar”; “com muita experiência de vida”; “que já viveu muitos anos e cumpriu os seus objetivos de vida”. Relativamente às representações sociais sobre a expressão “qualidade de vida”, espelharam-se diferentes dimensões: saúde física, independência física,

autonomia, saúde psicológica, social, económica, família, religiosidade e transcendência, meio ambiente e cidadania (Magnabosco-Martins, Camargo, & Biasus, 2009).

Em 1995, Bowling desenvolveu um estudo com o principal objetivo de questionar os idosos acerca do que estes julgam importante na determinação da sua QV e, desta forma, entrevistou um conjunto de sujeitos da comunidade, com idades distintas, com e sem patologias. Concluiu que os idosos distinguiram-se das demais faixas etárias somente por atribuírem menor relevância às atividades laborais e maior importância à saúde (Fleck et al., 2003).

Para a população idosa, a possibilidade de manter a sua autonomia e de poder realizar sozinho as suas atividades da vida diária é algo decisivo na percepção que o idoso tem da sua qualidade de vida. A incapacidade para realizar uma ou mais atividades da vida diária está a aumentar.

A OMS (1998), definiu três sub-dimensões: Atividades Básicas da Vida Diária (AVD), sendo aquelas que estão diretamente relacionadas com a sobrevivência; Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD), que englobam atividades mais complexas relacionadas com funções sociais básicas; Atividades Avançadas da Vida Diária (AAVD), que incluem atividades sociais voluntárias, ocupacionais e recreativas.

As Atividades Básicas da Vida Diária (AVD), são aquelas que se relacionam com os cuidados pessoais como lavar-se, vestir-se, ir ao WC, transferir-se de posição, locomover-se, alimentar-se. Geralmente inclui micção e defecação (que não são atividades, mas funções fisiológicas), a avaliação é efetuada pela Escala de Katz, 1963, (Borges, & Moreira, 2009).

As Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD), são atividades de adaptação ao meio, passíveis de avaliar se a pessoa pode viver sozinha. Incluem atividades domésticas (preparar refeições, lida da casa, tratar da roupa, ir às compras) e atividades não domésticas (telefonar, tomar a sua medicação, utilizar transportes, lidar com finanças), através da Escala de Lawton, 1969, faz-se a respetiva avaliação (Borges, & Moreira, 2009).

Dependendo da experiência e estilo de vida prévio de cada pessoa, a sua avaliação da autonomia pode depender dos diferentes níveis de atividade, sendo a capacidade funcional de cada pessoa avaliada sobretudo ao nível das AVD e AIVD (Oliveira, 2011).

A autonomia física psicológica e social são os principais critérios de sucesso na velhice (Antonovski, 1987, cit. in Fonseca & Paúl, 2008).

Algumas pessoas revelam precocemente um declínio no estado de saúde e nas competências cognitivas, enquanto outras vivem saudáveis até aos 80 ou 90 anos. Começa a

ser aceite que o declínio precoce provavelmente reflete patologia e não os efeitos da idade, ou seja, a dependência não é um elemento que caracterize apenas esta fase da vida (Paúl & Fonseca, 2001).

Os estudos realizados nesta área, constataam uma associação significativa entre a QV dos idosos e determinados aspectos sociodemográficos. Alguns autores defendem a influência do género na QV está relacionada com o facto da população feminina ter uma maior esperança de vida relativamente à população masculina (Kirchergast & Haslinger, 2008). Porém, outros autores afirmam derivar dos hábitos culturais e socioeconómicos (Thomopoulou, Thomopoulou & Koutsouki, 2010), dado que as mulheres idosas viúvas apresentam uma menor atividade social, baixos recursos económicos e muitos problemas de saúde (Chiu, Moore, Hsu, Huang, Liu & Chuang, 2008).

Diferentes autores referem que, quanto mais idade tem o indivíduo menor será a sua QV, idosos com idades entre os 60 e 74 anos manifestam níveis mais elevados de QV comparativamente com idosos com 75 anos ou mais. Uma justificação para estes resultados deve-se às consequências do aumento da esperança média de vida que promove a dependência e diminui a QV (Butler & Ciarrochi, 2007; Thomopoulou, Thomopoulou & Koutsouki, 2010).

Em relação ao estado civil dos idosos, a literatura aponta algumas associações com a QV. Existem evidências que os idosos casados ou em união de facto são os que apresentam melhores índices de saúde e que manifestam melhor QV, comparativamente aos restantes idosos separados/divorciados ou viúvos (Teixeira, 2010; Pimenta et al., 2008; Thomopoulou, Thomopoulou & Koutsouki, 2010).

A rede de suporte social também parece estar associada à QV. Estudos realizados com idosos portugueses a residir na comunidade referem que, a participação social de forma ativa e regular representa indício de uma melhor QV. Os idosos que mantêm relações frequentes e satisfatórias com os seus familiares e amigos têm uma melhor QV, nomeadamente no domínio psicológico e ambiental, deste modo, o nível de QV aumenta quanto maior for a interação social dos idosos (Paúl & Fonseca, 2005; Pimenta et al., 2008; Teixeira, 2010).

Na Universidade Autónoma de Madrid, no departamento de Gerontologia foi desenvolvido um projeto de investigação "*Calidad de vida en la vejez en los distintos contextos*" (1993-1994), liderado por Fernández-Ballesteros, com os seguintes objetivos: Explorar os elementos que compõem o conceito popular de QV aplicados à população idosa, de acordo com o conceito teórico; Avaliar a QV das pessoas em diferentes contextos: casa,

instituições públicas e privadas. A conclusão do estudo revelou que o conceito de QV pode ser orientado para um nível populacional ou contextual, dado que o conceito é multidimensional, composto por fatores sociais, ambientais e pessoais e a sua respetiva interação. O conceito teórico de QV não varia significativamente do conceito popular, os três aspectos mais importantes para os idosos são a saúde, o poder económico, seguido pelas relações familiares e sociais. O contexto residencial dos idosos não influencia significativamente na sua qualidade de vida. Os idosos que vivem em suas casas possuem melhores níveis de autonomia e de integração, o que lhes proporciona redes com maior apoio social e estão mais satisfeitos com o ambiente ao seu redor. Encontraram diferenças significativas em termos de variáveis sociodemográficas, apresentando níveis mais elevados de QV nos homens, nos indivíduos mais jovens e os de classe social mais alta (Fernández - Ballesteros, 2009, p. 267).

Numa investigação desenvolvida no âmbito da temática sobre a avaliação da QV na velhice, participaram um grupo de cuidadores de idosos e quatro grupos de idosos divididos: idosos saudáveis e idosos doentes, com idades compreendidas entre os 60 e os 80 anos; Idosos saudáveis e idosos doentes, com mais de 80 anos. Nesse estudo, os cuidadores dos idosos, referindo-se à QV na velhice, mencionaram como condições prejudiciais do bem-estar subjetivo e/ou psicológico: a falta de atenção/amor e, por outro lado, dificuldades em acompanhar os avanços tecnológicos. No que concerne ao que poderia melhorar a QV, referiram a valorização pessoal, preparação dos jovens para lidar com a velhice, amor/contacto por parte da família e motivação para desenvolver aprendizagens diversas. O estudo de Fleck, identificou nos diferentes grupos de idosos, alguns fatores associados à QV tais como: saúde, sociabilidade, suporte social, atividade física, possibilidade de suporte/apoio e sentimento de utilidade. Em consonância com as respostas dadas, onde foram mencionados variados aspetos, verifica-se o carácter multidimensional do conceito QV (Fleck et al., 2003).

Fernández -Ballesteros (2000), descreve a multidimensionalidade do envelhecimento relacionando-o com a QV, representada pelo modelo demonstrativo dessa abordagem, a “*Estrela de Ballesteros*”. A autora promove a integração e interligação entre as dimensões socioambientais e as dimensões pessoais, considerando que ambas influenciam a QV do idoso, conforme apresenta a figura 4.

Multidimensionalidade da qualidade de vida



Figura 4. Multidimensionalidade da qualidade de vida (Adaptado de Ballesteros, 2000, p. 80)

Segundo a perspetiva Gerontológica, existem dois princípios fundamentais, o primeiro consiste no facto de que os fatores e critérios que influenciam a QV dos idosos serem, provavelmente, os mesmos que se aplicam aos indivíduos de outras faixas etárias. O segundo refere que a experiência de uma pessoa idosa é determinada muito mais por fatores económicos e sociais, do que pelas suas características biológicas ou individuais (Bond & Corner, 2004).

Em suma, o conceito de QV no envelhecimento resulta de um constructo sociopsicológico e processual que reflete formas socialmente valorizadas e continuamente emergentes da adaptação a condições de vida culturalmente reconhecidas e que a sociedade oferece aos seus idosos (Paúl et al., 2005)

A QV tem assumido particular interesse no campo da investigação, sendo um conceito indispensável na compreensão da adaptação dos idosos ao envelhecimento.

3.3. Qualidade de vida no idoso institucionalizado

Envelhecer bem é essencial e para tal, é indispensável que o idoso reúna certos níveis de qualidade de vida, incluindo parâmetros de longevidade, saúde física e mental, satisfação

com a vida, capacidade cognitiva, competências sociais, entre outros aspectos importantes (Oliveira, 2010).

De algum modo, quer no campo de investigação em Gerontologia quer em Geriatria, a questão da QV emerge com peculiar importância, uma vez que surgem questões de ordem ética e prática, nas quais reside o princípio da legitimidade e oportunidade de prolongamento da vida dos idosos. Efetivamente, esta faixa etária apresenta-se como sendo a mais frágil do ponto de vista físico e mental, pressupondo com alguma evidência a formação de equipas multidisciplinares especialistas em áreas distintas, capacitadas em prestar cuidados primários e secundários aos idosos mais dependentes, física e psicologicamente, e em particular aos que se encontram institucionalizados (Zagher, Pierezan & Claudino, 2009).

O envelhecimento das pessoas realiza-se em diferentes contextos de vida, desde o envelhecer na comunidade até ao envelhecimento nas instituições de longa permanência (Vitorino, Paskulin & Vianna, 2013).

As investigações sobre o tema QV revestem-se de particular importância, tanto em termos científicos como sociais, dado que é essencial encontrar-se alternativas de intervenção psicológica, educacional, social e terapêutica, mais adequadas, de forma a manter esta população tão específica, mais estável e equilibrada nos diferentes contextos habitacionais (Fleck, Chachamovich & Trentini, 2003; Hickey, 2004, cit. in Paúl, Fonseca, Martín & Amado, 2005).

No contexto habitacional, a QV vivenciada pelos idosos modifica-se significativamente consoante habitem numa instituição ou na comunidade. Porém, constatam-se divergências neste aspecto, alguns resultados sugerem que os idosos institucionalizados apresentam uma melhor QV comparativamente aos idosos não institucionalizados, outros indicam que não há diferenças significativas.

O autor Ferreira (2009), refere que os idosos não institucionalizados demonstraram maiores condicionantes na sua vida social, causados pela sua saúde física ou pelos seus problemas emocionais e consequências na sua vida social e emocional. No seu estudo, não verificou diferenças significativas na variável institucionalização ao nível da perceção da QV, defendendo que a institucionalização do idoso não influencia a sua QV.

A instituição para idosos, considerada por muitos teóricos como a última das soluções é, na realidade, a solução mais solicitada, que na grande maioria das vezes não têm capacidade de resposta para os pedidos de ingresso (Freitas, 2011). Em Portugal, são as mulheres idosas que mais procuram os lares, em média com idade mais elevada que os

homens, 80 para 77 anos respetivamente. Os lares de idosos são residências coletivas de alojamento permanente ou temporário, destinados a fornecer respostas a idosos que se encontrem em risco, com perda de independência e/ou autonomia, solidão, doença, más condições da habitação, perda de cônjuge, conflitos familiares e isolamento geográfico (Freitas, 2011).

O Lar é um novo mundo e, por isso, a instituição que acolhe o idoso deve procurar responder às necessidades dos utentes. A entrada de uma pessoa na instituição deve ser preparada, a fim de minimizar os riscos emocionais e físicos do novo residente, a interação familiar é também muito importante nesta nova etapa (Cano et al, 2006, cit. in Freitas, 2011). O facto é que os lares influenciam a vida dos seus utentes, para melhor ou pior e em dimensões mais amplas que o próprio estado de saúde. A transferência do domicílio para uma instituição representa sempre um grande desafio para o idoso, pois este depara-se com muitas mudanças no seu estilo de vida, e conseqüentemente podem causar transtornos emocionais e efectivos no idoso.

Apesar da imagem negativa, generalizada, com que são conotadas as instituições de idosos, há estudos que indicam que a adaptação ao lar é fácil, apontando vantagens para os idosos que vivem rodeados por pares homogêneos, pois facilita a interação social entre os residentes. No entanto, outros estudos indicam que os residentes em instalações de cuidados a longo prazo nem sempre representam um grupo homogêneo, mas antes um grupo heterogêneo diversificado. Os grupos heterogêneos são comunidades "acidentais", compostas por indivíduos que têm interesses e gostos diferentes, pertencentes a classes sociais e culturais distintas, com escolaridade, ex-ocupações e rendimentos diversos (Ferigla, 1992, cit. Freitas, 2011).

A diminuição cognitiva e física são características comuns entre os residentes, mas o tipo e o grau de incapacidade é variável. As oportunidades de escolha e a tomada de decisão tornam-se diminuídas, na medida em que as necessidades são de acordo com as do grupo e não individualmente. A instituição depois de acolher o idoso deverá manter a independência da pessoa na realização das suas atividades diárias, favorecendo a inclusão da vida exterior, fomentando os contactos com a família e os laços afetivos. (Thomasma, 1985, cit. por Guse & Masesar, 1999).

Em 1999, Guse e Masesar, estudaram fatores relacionados com a qualidade de vida e o envelhecimento Bem-sucedido em cuidados de longa duração (lares) a partir da perspectiva dos residentes. Embora enfrentando problemas de saúde e deficiência, os residentes mais

optimistas apresentaram melhores níveis de QV. Os fatores identificados no estudo como importantes para a qualidade de vida dos idosos residentes foram: a interação com a família e amigos; características individuais; aspectos relacionados com o bem-estar (alimentação, alojamento), a possibilidade de desfrutar da natureza e ser prestável aos outros (ser útil).

Robichaud, et al. (2006), apontam como principais características influentes na QV do idoso institucionalizado, o envolvimento relacional empático, a sensação de identidade, o sentido de controlo, a intimidade, a segurança, o conforto, a satisfação das necessidades, o respeito no tratamento e a competência técnica dos profissionais. No entanto, estes preditores não são universais, dado que são demasiadas as variáveis que influenciam os níveis de satisfação relacionados com a QV e, provavelmente, as mais relevantes ou, as que têm maior influência ainda estão por determinar (Robichaud, Durand, Bédard e Ouellet, 2006).

Em 2003, Sousa e colaboradoras, realizaram um estudo exploratório na população portuguesa, em que o objetivo foi caracterizar a qualidade de vida e bem-estar dos idosos do ponto de vista dos próprios. A amostra foi constituída por 1.665 idosos com 75 anos ou mais, residentes em 13 Distritos de Portugal, sendo que 65,9% vive com a família, 21,2% vive sozinho e 9,2% em lares. Foram excluídos 311 sujeitos por incapacidade de expressarem opiniões. Os resultados apontam quatro fatores: atividades de vida diária, bem-estar, mobilidade e comunicação. A QV, para a maioria dos idosos, pode ser considerada bastante positiva, sendo que uma minoria apresentou problemas de diminuição cognitiva grave ou algum grau de dependência. Em síntese, pode dizer-se que o panorama da QV e bem-estar dos idosos é bastante bom. É necessário, por um lado, prestar particular atenção à diminuição das competências cognitivas, ao comprometimento das competências motoras e da autonomia; por outro lado, tem que se pensar na forma de manter os idosos capazes e independentes, ocupados de modo a que se sintam valorizados. O estudo mostra como muitos idosos alcançam um envelhecimento Bem-sucedido (Sousa, Galante & Figueiredo, 2003).

A qualidade de vida dos idosos não depende apenas do passado, mesmo que este tenha sido óptimo, depende sobretudo do presente e de um horizonte de futuro mesmo que limitado.

O desejo mais forte de um idoso institucionalizado é preservar a sua qualidade de vida e de se sentir em casa. Assim, torna-se uma preocupação constante para as instituições, disponibilizar cuidados quer ao nível da saúde física e mental, como preservar e promover a QV dos seus residentes, tornando o espaço num local agradável, sem carga negativa, não só para os utentes, mas igualmente para a equipa de trabalho, familiares e amigos.

Por muitos aspectos que mudem na vida de quem envelhece, manter a sua identidade torna-se um verdadeiro desafio.

PARTE 2

Estudo Empírico

Capítulo 4

Conceptualização da Investigação

Sendo a investigação científica um processo de aquisição de conhecimentos que permite facultar informação para resolver um problema ou dar resposta a questões precisas, é fundamental que os aspectos metodológicos estejam bem definidos, para que se possa alcançar os objetivos traçados de forma explícita e exacta.

Neste capítulo são expostas informações relativas à investigação desenvolvida, iniciando-se com os objetivos e hipóteses em estudo, seguindo-se a apresentação da metodologia, nomeadamente a constituição da amostra, a descrição dos instrumentos aplicados, a seleção de variáveis e os procedimentos estatísticos realizados.

4.1. Objetivos e hipóteses de investigação

O aumento do índice de envelhecimento na população portuguesa é uma realidade atual, como tal, há que minimizar as suas consequências inevitáveis em termos sociais, culturais e económicos.

Com o envelhecimento o processo de degradação física e mental aumenta, trazendo consequências graves ao bem-estar dos idosos e à sua relação com o meio em que vivem.

A depressão é uma das doenças crónicas mais comum na população idosa, contudo, encontra-se subdiagnosticada e subtratada. Sendo a saúde dos idosos um aspecto digno de consideração, especialmente para os profissionais de saúde que diariamente trabalham com pessoas neste período do ciclo de vida, é fundamental o conhecimento do estado de saúde desses idosos a fim de promover a sua qualidade de vida.

A institucionalização dos idosos é um processo relativamente recente, embora controverso, poderá ser uma necessidade social, e simultaneamente um processo doloroso para quem o vivência, tanto para o próprio como para a sua família.

Este estudo tem como objetivo geral estudar a relação entre a depressão e a qualidade de vida em idosos institucionalizados.

Como objetivos específicos foram definidos:

- 1) Estudar a diferença entre sexos ao nível da depressão, do funcionamento cognitivo e da qualidade de vida;
- 2) Estudar a relação entre idade e depressão, funcionamento cognitivo e qualidade de vida;
- 3) Estudar a relação entre escolaridade e depressão, funcionamento cognitivo e qualidade de vida;

4) Estudar a relação entre tempo de institucionalização e depressão, funcionamento cognitivo e qualidade de vida;

5) Verificar a associação entre depressão, funcionamento cognitivo e qualidade de vida;

6) Testar um modelo de predição da qualidade de vida em idosos.

Deste modo e tendo em conta a revisão da literatura foram colocadas as seguintes hipóteses:

H1: Era esperado que as mulheres apresentassem mais depressão e menor qualidade de vida;

H2: Era esperado que os idosos mais velhos apresentassem mais depressão, pior funcionamento cognitivo e pior qualidade de vida;

H3: Era esperado que os idosos com menor escolaridade apresentassem mais depressão;

H4: Era esperado que os participantes com maior tempo de institucionalização apresentassem mais depressão, mas que não existisse relação entre o tempo de institucionalização e a qualidade de vida;

H5: Era esperado que existisse uma relação negativa entre depressão e funcionamento cognitivo, uma relação positiva entre qualidade de vida e funcionamento cognitivo e uma relação negativa entre depressão e qualidade de vida.

4.2. Método

4.2.1. Desenho da investigação

Este estudo é classificado como transversal, correlacional e com uma abordagem metodológica quantitativa. Considera-se transversal porque se pretende recolher informação acerca dos aspetos que incorporam os conteúdos em estudo, num determinado momento temporal, o que significa que tem validade no momento em que está a ser realizado (Fortin, 2003) e é um estudo correlacional, dado que, são exploradas e identificadas a existência de relações entre variáveis com vista a descrever essas mesmas relações (Fortin, 2003).

Pretende-se desta forma, através do protocolo de investigação desenvolvido para o efeito, avaliar os resultados atuais que ilustram a depressão e a qualidade de vida da população idosa institucionalizadas.

4.2.2. Constituição da amostra

Uma vez que se entende por pessoa idosa aquela que tem idade igual ou superior a 65 anos (INE, 2002), que se considera Estrutura Residencial para Pessoas Idosas, os estabelecimentos para alojamento coletivo, de utilização temporária ou permanente, em que sejam desenvolvidas atividades de apoio social e prestados cuidados de enfermagem, anteriormente denominado por Residência e Lar de Idosos (GEP- MSSS, 2013) e que segundo Reis et al. (2001), seis meses é teoricamente o tempo necessário para que cada residente ultrapasse a fase mais crítica e difícil do período de integração, foram definidos como critério de selecção da amostra:

Critérios de Inclusão: Idade superior a 64 anos; não apresentar diagnóstico de demência; estar institucionalizado num lar estatal ou privado; tempo de residência superior a 6 meses.

Critérios de Exclusão: Idade inferior a 65 anos; ter diagnóstico de demência; estar institucionalizado há menos de a 6 meses.

A amostra deste estudo é de conveniência, constituída por 455 idosos com idades compreendidas entre os 65 e 105 anos, sendo 347 do género feminino (N=347) com média de idades de 84.30 anos (DP = 7.04) e 108 do género masculino (N= 108) com uma média de 81.60 anos (DP = 8.21), utentes de 33 estruturas residenciais na área de Lisboa, residentes há mais de 6 meses na instituição e que aceitaram participar no estudo.

A Tabela 1 apresenta as características demográficas dos participantes.

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica da amostra

	Sexo				t
	Masculino (N = 108)		Feminino (N = 347)		
	M	DP	M	DP	
Idade	81.60	8.21	84.30	7.04	-3.071**
Escolaridade	5.04	3.46	3.23	3.85	3.113**
Tempo residência em anos	5.30	5.68	5.16	5.23	.234
	N	%	N	%	χ^2
Estado Civil					33.975**
Solteiro	23	21.3	66	19.0	
Casado/União facto	35	32.4	42	12.1	
Separado/ Divorciado	15	13.9	31	8.9	
Viúvo	35	32.4	208	59.9	

No que respeita à idade e à escolaridade, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre sexos ($t [158] = -3.071$; $p = .003$) e ($t [400] = 3.113$; $p = .002$), sendo, em média, os homens a apresentar menos idade e maior escolaridade.

Em relação ao tempo de residência, os homens e as mulheres não diferiam de forma estatisticamente significativa ($p > .05$).

No estado civil, verificaram-se distribuições significativamente diferentes entre sexos ($\chi^2 [3] = 33.975$; $p < .001$), sendo que, no grupo feminino a predominância foi o de viúvo (59.9%) e no grupo masculino o predominante foi o de viúvo (32.4%) e casado/união de facto (32.4%).

4.2.3. Instrumentos

Foi elaborado um protocolo de investigação (Anexo 1), em consonância com o objetivo do estudo, conforme descrito em seguida, composto por questões relativas aos dados sociodemográficos, bem como escalas que permitiram avaliar a depressão, a qualidade de vida e o estado cognitivo dos participantes.

Foram aplicados sequencialmente os seguintes instrumentos:

Questionário Sociodemográfico

Para a recolha de informação acerca dos dados demográficos, elaborou-se um questionário que incluiu algumas questões: género; data de nascimento; estado civil; habilitações literárias; tempo de residência na instituição; e estado de saúde (avaliação e satisfação)

Mini-Mental State Examination (MMSE), (versão portuguesa)

Na avaliação do estado mental cognitivo dos participantes foi utilizado o *Mini-Mental State Examination* (MMSE) na versão portuguesa.

O MMSE versão original foi desenvolvido, por Folsetein e McHugh (1975), com a finalidade de avaliar o funcionamento cognitivo de pacientes geriátricos. Avalia a orientação temporal e espacial, memória de curto prazo (imediate ou atenção) e evocação, cálculo, coordenação dos movimentos, habilidades de linguagem e viso-espaciais. O MMSE, é um instrumento padronizado frequentemente utilizado em rastreios populacionais de demências e em estudos epidemiológicos, assim como na avaliação das funções cognitivas em contexto clínico e de investigação, devido à sua fácil administração, ao pouco tempo necessário para a sua aplicação (10-15 minutos), à ampla difusão na literatura e à sua elevada sensibilidade (Paulo et al., 2011).

O MMSE foi traduzido e adaptado para a população portuguesa por Guerreiro, Silva, Botelho, Leitão, Caldas e Garcia (1994), (Guerreiro et al., 2003).

É composto por 11 itens sobre diferentes parâmetros cognitivos. As questões são agrupadas em cinco categorias, tendo cada uma o objetivo de avaliar funções cognitivas específicas: Orientação (temporal e espacial, 10 pontos); Retenção (3 pontos); Atenção e Cálculo (5 pontos); Evocação (memória 3 pontos); e Linguagem (9 pontos, este inclui 1 ponto pela capacidade construtiva visual), para uma pontuação total que pode variar de 0 pontos, o qual indica o maior grau de comprometimento cognitivo e o máximo de 30 pontos, que traduz a melhor capacidade cognitiva. Segundo Guerreiro et al., (2003), os resultados deste teste situam-se num intervalo de 0 a 30, onde são considerados três pontos de corte em função da literacia para a deteção de défice cognitivo, sendo que 15 pontos em indivíduos analfabetos, 22 para 1 a 11 anos de literacia e 27 para literacia superior a 11 anos.

O MMSE tem uma sensibilidade de 87% e uma especificidade de 60%. A sua utilidade decresce nos estadios avançados de deterioração (Guerreiro et al., 2003).

Questionário WHOQoL-Bref (versão portuguesa)

Na avaliação da Qualidade de Vida dos idosos participantes, foi utilizado o questionário WHOQoL-Bref na versão portuguesa. Sendo um instrumento multidimensional e transcultural, tem sido muito utilizado em várias investigações internacionais, apresentando bons resultados. A sua aplicação é rápida e de fácil compreensão.

O grupo WHOQoL (World Health Organization Quality of Life), (1994) pertencente à Organização Mundial de Saúde (OMS), desenvolveu um instrumento destinado a avaliar a Qualidade de Vida, baseando-se em características multidimensionais e transculturais, o WHOQoL-100 (Fleck, 2000; Silva & Rezende, 2005). Esta escala é composta por 100 questões, referentes a seis domínios: físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, meio ambiente e espiritualidade/ religiosidade/ crenças pessoais. Sendo esses domínios divididos em 24 facetas, cada uma delas constituída por quatro questões (Fleck, 2000). Posteriormente foi desenvolvido uma versão breve, o WHOQoL-Bref, atualmente ambos os instrumentos encontram-se disponíveis em mais de 40 idiomas.

O WHOQoL-Bref foi aferido e validado para a população portuguesa, por Vaz -Serra (2006). É constituído por 26 questões, sendo que o primeiro domínio aborda a qualidade de vida no modo geral e apresenta dois itens, um sobre a qualidade de vida e outro sobre a satisfação com a própria saúde. As restantes 24 encontram-se organizadas em quatro domínios: físico constituído por 7 itens; psicológico por 6 itens; relações sociais por 3 itens; meio ambiente com 8 itens. Tendo um total de vinte e quatro facetas específicas e uma de qualidade de vida geral, sendo que cada uma das facetas corresponde a uma descrição de um estado, comportamento, capacidade ou uma percepção ou experiência subjectiva. As respostas ao questionário são obtidas através de escala tipo *Likert* com grau entre 1-5 de concordância ou discordância. Adverte-se ainda que nos diversos domínios existem três questões que são avaliadas na forma invertida e por isso devem ser recodificadas antes da cotação do instrumento, de modo a que os dados sejam tradutores fiéis da qualidade de vida (Vaz-Serra et al., 2006).

O instrumento WHOQoL-Bref (versão portuguesa), apresenta boas qualidades psicométricas. A consistência interna medida pelo coeficiente de Cronbach, foi boa para os 26 itens (.92), e satisfatória para os 4 domínios: Físico (.87); Psicológico (.84); Ambiente (.78); Relações sociais (.64). Apresenta bons valores de validade discriminante; validade de construto e estabilidade teste-reteste (Vaz-Serra et al., 2006).

Após a autorização, solicitada pelo investigador responsável do projeto (GERIA) ao grupo de trabalho que validou a escala para a população portuguesa, a WHOQoL-Bref foi

utilizada (Anexo 2). A referida equipa facultou o suporte digital da análise dos resultados com as fórmulas do «*Statistical Package for Social Sciences*» (SPSS), o manual do utilizador e sintaxe, estes materiais são cedidos após a autorização.

Geriatric Depression Scale (GDS-15), (versão portuguesa)

A Depressão foi avaliada pela Escala Geriátrica de Depressão (GDS) na versão portuguesa. Esta escala é utilizada especificamente para medir a depressão em idosos e é de fácil aplicação.

A Escala Geriátrica de Depressão (GDS-30), foi construída por Brink, Yesavage, Lum, Heersema, Adey e Rose (1982) e segundo os autores é o único instrumento elaborado com o objetivo de ser utilizado, especificamente para idosos.

Em 1988, Veríssimo traduziu, aferiu e adaptou para a população portuguesa, na avaliação do diagnóstico das síndromes demenciais, proposta no serviço de neurologia e neurocirurgia do Hospital S. João do Porto.

A GDS com 15 itens (GDS-15), é uma versão curta da escala original (GDS-30), foi elaborada a partir dos itens que se correlacionavam mais fortemente com o diagnóstico de depressão. Este conjunto de itens revelou uma boa precisão diagnóstica, com sensibilidade, especificidade e confiabilidade adequadas (Veríssimo, 1998).

Trata-se de uma escala de heteroavaliação com formato de resposta dicotómico (sim = 1 ponto ou não = 0 pontos). Os itens 1, 5, 7, 11 e 13, devem ser pontuados negativamente, um ponto corresponde ao não e os itens 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 14, 15, em que é atribuído um ponto à resposta positiva sim (Veríssimo, 1998).

A interpretação dos resultados permitem classificar: valores entre 0-5 sem patologia; de 6-10 indicador de depressão de severidade crescente; de 11-15 indicação de idosos gravemente deprimidos (Ferreira, 2005).

O estudo da validação deste instrumento para a população portuguesa apresenta boas qualidades psicométricas, revelou uma boa consistência interna com alfa de Cronbach ($\alpha=.83$) e boa confiabilidade ($\alpha=.94$), de igual modo sugere estabilidade no re-teste de 8 dias ($r=.85$). Demonstra ainda uma boa validade de critério, com uma correlação com outros instrumentos que avaliam depressão entre .83 e .84. A análise fatorial permite concluir que a medida é unidimensional (Barroso, 2008).

4.3. Procedimento

Esta investigação foi realizada no âmbito de um projeto financiado pela Fundação para a Ciência e a Tecnologia (FCT), na área das Ciências da Saúde, com o título “Estudo Geriátrico dos Efeitos na Saúde da Qualidade do Ar Interior em Lares da 3ª idade de Portugal” (GERIA).

O primeiro contacto com as instituições foi feito telefonicamente com o responsável de cada instituição, apresentando o projeto resumidamente, com a finalidade de agendar a visita do investigador sénior. A visita do investigador destinava-se a apresentar o projeto detalhadamente e entregar uma carta convite. Os responsáveis dos lares, em que a resposta foi positiva, assinaram a declaração de consentimento informado da instituição (Anexo 3), procedendo-se então à marcação dos dias e hora para a recolha dos dados.

A inquirição foi realizada durante os meses de outubro de 2012 a fevereiro de 2013.

Segundo Fortin (2003), qualquer investigação realizada sobre e com seres humanos levanta questões éticas e morais, portanto o consentimento informado do indivíduo é essencial, de modo a que a sua liberdade e os seus direitos estejam protegidos. Assim, todos os participantes foram esclarecidos sobre os objetivos do estudo, os que acordaram em participar assinaram o protocolo de consentimento informado (Anexo 4). Foi também garantida a proteção da sua identificação, uma vez que cada indivíduo participante no estudo foi codificado de forma a manter o sigilo da identificação do mesmo, utilizando duas das suas iniciais (primeiro e último nome), seguida pela identificação da instituição e por último a atribuição de um número sequencial. A chave de acesso às identidades só foi conhecida pela autora da investigação e utilizada apenas durante a mesma.

No presente estudo, a aplicação dos instrumentos foi realizada pelo inquiridor que lia as instruções de cada questionário e assinalava a resposta dada pelo idoso.

O contacto com os participantes da amostra foi feito com descrição, num ambiente confortável e com privacidade. Em caso de algumas dúvidas nas questões feitas ao idoso, estas foram respondidas pelo seu/sua cuidador(a).

A aplicação dos instrumentos, realizou-se de uma só vez e individualmente, pela seguinte ordem: Questionário sociodemográfico; O *Mini-Mental State Examination* (MMSE) (Guerreiro et al.; 1994); O WHOQoL-Bref (Vaz-Serra et al., 2006); e A *Geriatric Depression Scale* (GDS-15) (Veríssimo 1988), com a duração aproximada de 45 minutos, tendo sido respeitados os princípios do consentimento informado.

4.3.1. Procedimento estatístico

Todos os procedimentos estatísticos foram efetuados através do suporte informático IBM Statistical *Package for Social Sciences* versão 21 (SPSS 21).

Após uma análise cuidada dos protocolos foram excluídos os questionários que não estavam em conformidade. Num primeiro momento, os dados dos protocolos de avaliação foram introduzidos numa folha de Excel e posteriormente exportados para o *software* de análise estatística SPSS.

O procedimento estatístico realizado teve como primeiro objetivo a caracterização da amostra, procedendo ao cálculo de frequências absolutas e percentuais bem como médias e desvio padrão. Foram ainda utilizados o teste t de student e análise de variância para a comparação de médias, o teste do Qui-quadrado para a observação da distribuição entre as diferentes categorias, o coeficiente de correlação de Pearson para o estudo da associação entre as variáveis e a regressão linear múltipla para a criação dos modelos preditivos.

Capítulo 5

Apresentação dos Resultados

Neste capítulo apresentam-se os resultados obtidos a partir da informação recolhida e da respetiva análise estatística.

5.1. Dimensões de saúde

Para analisar o estado de saúde dos participantes foram avaliadas as frequências e percentagens de resposta para as dimensões da amostra. A Tabela 2 apresenta os resultados obtidos.

Tabela 2. Saúde dos participantes

	N	%
Como avalia a sua saúde		
Muito má	31	6.9
Má	130	29.1
Nem má, nem boa	157	35.1
Boa	120	26.8
Muito boa	9	2.0
Está satisfeito com a sua saúde		
Muito insatisfeito	28	6.3
Insatisfeito	155	34.8
Nem satisfeito, nem insatisfeito	64	14.4
Satisfeito	175	39.2
Muito satisfeito	23	5.2
Se a saúde nem boa nem má, considera		
Negativo	51	33.3
Positivo	102	66.7
O que contribui mais para a sua saúde		
Não ter/ter poucas dores	100	26.5
Ter autonomia/não depender dos outros	76	20.1
Dormir bem	44	11.6
Ter energia/força	81	21.4
?	37	9.8
?	40	10.6

A maioria dos idosos avalia a sua saúde como má ou nem má nem boa (64.2%), está insatisfeito ou satisfeito (74.1%), se respondeu que a sua saúde era nem boa nem má, considera positivo (66.7%) e o que contribui mais para a saúde é não ter/ter poucas dores, ter energia/força e ter autonomia/não depender dos outros (68%).

5.2. Diferenças entre sexos face às variáveis psicológicas

Os sujeitos foram comparados em função do sexo, para as variáveis psicológicas em estudo: depressão, funcionamento cognitivo e qualidade de vida. A Tabela 3 apresenta os resultados obtidos.

Tabela 3. Comparação entre sexos para as variáveis psicológicas em estudo

	Sexo				t
	Masculino (N = 108)		Feminino (N = 347)		
	Média	DP	Media	DP	
Depressão	5.24	3.62	6.86	3.61	-3.974***
Funcionamento Cognitivo	24.41	5.13	21.25	6.44	5.188***
Qualidade de Vida					
Global	20.94	5.93	19.27	6.62	1.509
Físico	64.65	16.89	57.37	18.37	3.492***
Psicológico	64.99	17.91	56.45	18.49	4.016***
Relações Sociais	65.57	15.48	67.94	15.31	-1.081
Ambiente	64.73	13.42	60.36	11.12	3.084**

** $p \leq .01$; *** $p \leq .001$.

Verificaram-se diferenças estatisticamente significativas para a depressão ($t [443] = -3.974$; $p < .001$), para o funcionamento cognitivo ($t [450] = 5.188$; $p < .001$) e para a qualidade de vida nas dimensões: Físico ($t [419] = 3.492$; $p = .001$); Psicológico ($t [415] = 4.016$; $p < .001$); e Ambiente ($t [365] = 3.084$; $p = .002$). Os resultados mostram que os homens apresentaram valores superiores ao nível do funcionamento cognitivo e da qualidade de vida nos domínios físico, psicológico e do ambiente e que as mulheres apresentaram maior sintomatologia depressiva.

5.3. Correlações entre as variáveis em estudo

Com o objetivo de estudar a associação entre as variáveis foram efectuadas matrizes de correlação entre as mesmas, das quais se descrevem as que apresentam valores estatisticamente significativos ($p \leq .05$).

5.3.1. Variáveis psicológicas na amostra total

As variáveis psicológicas em estudo foram correlacionadas tendo em conta o total da amostra. Verificaram-se na generalidade correlações estatisticamente significativas apresentando-se os resultados na Tabela 4.

Tabela 4. Correlações entre as variáveis em estudo para o total da amostra

	Depressão	Qualidade de vida				
		Global	Físico	Psicológico	Relações Sociais	Ambiente
Qualidade de vida						
Global	-.22**					
Físico	-.64***	.34***				
Psicológico	-.74***	.29***	.67***			
Relações Sociais	-.24***	.14	.31***	.38***		
Ambiente	-.52***	.10	.52***	.53***	.32**	
Funcionamento cognitivo	-.11*	-.01	.12*	.14**	.13*	.27***

* $p \leq .05$; ** $p \leq .01$; *** $p \leq .001$.

A variável depressão correlacionou-se de forma negativa e estatisticamente significativa com todas as variáveis da qualidade de vida e com o funcionamento cognitivo, com valores de correlação que variaram entre $r = -.11$; $p = .025$ (funcionamento cognitivo) e $r = -.74$; $p < .001$ (psicológico). Os resultados mostram que quanto maior é a sintomatologia depressiva, menor é a qualidade de vida em todos os seus domínios e pior é o funcionamento cognitivo.

A qualidade de vida global correlacionou-se de forma positiva e estatisticamente significativa com as dimensões físico e psicológico, com valores de correlação de $r = .34$; $p < .001$ e $r = .29$; $p < .001$, respetivamente. Os resultados mostram que quanto maior é a qualidade de vida global, maior é a qualidade de vida nos domínios físico e psicológico.

A qualidade de vida ao nível físico correlacionou-se de forma positiva e estatisticamente significativa com as dimensões psicológico, relações sociais, ambiente e funcionamento cognitivo, com valores de correlação que variaram entre $r = .12$; $p = .015$ (funcionamento cognitivo) e $r = .67$; $p < .001$ (psicológico). Os resultados mostram que quanto maior é a qualidade de vida ao nível físico, maior é a qualidade de vida nos domínios psicológico, relações sociais e ambiente e melhor é o funcionamento cognitivo.

A qualidade de vida ao nível psicológico correlacionou-se de forma positiva e estatisticamente significativa com as dimensões relações sociais, ambiente e funcionamento cognitivo, com valores de correlação que variaram entre $r = .14$; $p = .005$ (funcionamento cognitivo) e $r = .53$; $p < .001$ (ambiente). Os resultados mostram que quanto maior é a qualidade de vida ao nível psicológico, maior é a qualidade de vida nos domínios relações sociais e ambiente e melhor é o funcionamento cognitivo.

A qualidade de vida ao nível das relações sociais correlacionou-se de forma positiva e estatisticamente significativa com as dimensões ambiente e funcionamento cognitivo, com valores de correlação de $r = .32$; $p < .001$ e $r = .13$; $p = .017$, respetivamente. Os resultados mostram que quanto maior é a qualidade de vida ao nível das relações sociais, maior é a qualidade de vida no domínio ambiente e melhor é o funcionamento cognitivo.

A qualidade de vida ao nível do ambiente correlacionou-se de forma positiva e estatisticamente significativa com o funcionamento cognitivo, com um valor de correlação de $r = .27$; $p < .001$. Os resultados mostram que quanto maior é a qualidade de vida ao nível do ambiente, melhor é o funcionamento cognitivo.

5.3.2. Variáveis psicológicas no sexo masculino

Uma vez que foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre sexos para as variáveis psicológicas, optou-se por fazer matrizes de correlação separadas em função do sexo, a fim de ver se os padrões de associação se verificavam da mesma forma (Tabela 5).

Tabela 5. Correlações entre as variáveis em estudo para o sexo masculino

	Depressão	Qualidade de vida				
		Global	Físico	Psicológico	Relações Sociais	Ambiente
Qualidade de vida						
Global	-.57***					
Físico	-.79***	.58***				
Psicológico	-.80***	.53***	.71***			
Relações Sociais	-.27*	.25	.36**	.41***		
Ambiente	-.61***	.11	.64***	.63***	.35**	
Funcionamento cognitivo	-.13	-.17	.15	.18	-.02	.33***

* $p \leq .05$; ** $p \leq .01$; *** $p \leq .001$.

Em relação ao sexo masculino, a depressão correlacionou-se de forma negativa e estatisticamente significativa com todas as variáveis da qualidade de vida mas não com o funcionamento cognitivo, com valores de correlação que variaram entre $r = -.27$; $p = .039$ (relações sociais) e $r = -.80$; $p < .001$ (psicológico). Os resultados mostram que quanto maior é a sintomatologia depressiva, menor é a qualidade de vida em todos os seus domínios.

A qualidade de vida global correlacionou-se de forma positiva e estatisticamente significativa com as dimensões físico e psicológico, com valores de correlação de $r = .58$; $p < .001$ e $r = .53$; $p = .001$, respetivamente. Os resultados mostram que quanto maior é a qualidade de vida global, maior é a qualidade de vida nos domínios físico e psicológico.

A qualidade de vida ao nível físico correlacionou-se de forma positiva e estatisticamente significativa com as dimensões psicológico, relações sociais e ambiente, com valores de correlação que variaram entre $r = .36$; $p = .006$ (relações sociais) e $r = .71$; $p < .001$ (psicológico). Os resultados mostram que quanto maior é a qualidade de vida ao nível físico, maior é a qualidade de vida nos domínios psicológico, relações sociais e ambiente.

A qualidade de vida ao nível psicológico correlacionou-se de forma positiva e estatisticamente significativa com as dimensões relações sociais e ambiente, com valores de correlação de $r = .41$; $p = .001$ e $r = .63$; $p < .001$, respetivamente. Os resultados mostram que

quanto maior é a qualidade de vida ao nível psicológico, maior é a qualidade de vida nos domínios relações sociais e ambiente.

A qualidade de vida ao nível das relações sociais correlacionou-se de forma positiva e estatisticamente significativa com o ambiente, com um valor de correlação de $r = .35$; $p = .010$. Os resultados mostram que quanto maior é a qualidade de vida ao nível das relações sociais, maior é a qualidade de vida no domínio ambiente.

A qualidade de vida ao nível do ambiente correlacionou-se de forma positiva e estatisticamente significativa com o funcionamento cognitivo, com um valor de correlação de $r = .33$; $p = .001$. Os resultados mostram que quanto maior é a qualidade de vida ao nível do ambiente, melhor é o funcionamento cognitivo.

5.3.3. Variáveis psicológicas no sexo feminino

A Tabela 6 apresenta os resultados para o sexo feminino.

Tabela 6. Correlações entre as variáveis em estudo para o sexo feminino

	Depressão	Qualidade de vida				
		Global	Físico	Psicológico	Relações Sociais	Ambiente
Qualidade de vida						
Global	-.11					
Físico	-.59***	.27**				
Psicológico	-.71***	.21*	.65***			
Relações Sociais	-.25***	.12	.31***	.40***		
Ambiente	-.46***	.09	.45***	.48***	.33***	
Funcionamento cognitivo	-.06		.07	.09	.18**	.22***

* $p \leq .05$; ** $p \leq .01$; *** $p \leq .001$.

Em relação ao sexo feminino, a depressão correlacionou-se de forma negativa e estatisticamente significativa com todas as variáveis da qualidade de vida, exceto a qualidade de vida global, mas não com o funcionamento cognitivo, com valores de correlação que

variaram entre $r = -.25$; $p < .001$ (relações sociais) e $r = -.71$; $p < .001$ (psicológico). Os resultados mostram que quanto maior é a sintomatologia depressiva, menor é a qualidade de vida em todos os seus domínios, exceto a qualidade de vida global.

A qualidade de vida global correlacionou-se de forma positiva e estatisticamente significativa com as dimensões físico e psicológico, com valores de correlação de $r = .27$; $p = .003$ e $r = .21$; $p = .021$, respetivamente. Os resultados mostram que quanto maior é a qualidade de vida global, maior é a qualidade de vida nos domínios físico e psicológico.

A qualidade de vida ao nível físico correlacionou-se de forma positiva e estatisticamente significativa com as dimensões psicológico, relações sociais e ambiente, com valores de correlação que variaram entre $r = .31$; $p < .001$ (relações sociais) e $r = .65$; $p < .001$ (psicológico). Os resultados mostram que quanto maior é a qualidade de vida ao nível físico, maior é a qualidade de vida nos domínios psicológico, relações sociais e ambiente.

A qualidade de vida ao nível psicológico correlacionou-se de forma positiva e estatisticamente significativa com as dimensões relações sociais e ambiente, com valores de correlação de $r = .40$; $p < .001$ e $r = .48$; $p < .001$, respetivamente. Os resultados mostram que quanto maior é a qualidade de vida ao nível psicológico, maior é a qualidade de vida nos domínios relações sociais e ambiente.

A qualidade de vida ao nível das relações sociais correlacionou-se de forma positiva e estatisticamente significativa com o ambiente e o funcionamento cognitivo, com um valor de correlação de $r = .33$; $p < .001$ e $r = .18$; $p = .004$, respetivamente. Os resultados mostram que quanto maior é a qualidade de vida ao nível das relações sociais, maior é a qualidade de vida no domínio ambiente e melhor é o funcionamento cognitivo.

A qualidade de vida ao nível do ambiente correlacionou-se de forma positiva e estatisticamente significativa com o funcionamento cognitivo, com um valor de correlação de $r = .22$; $p < .001$. Os resultados mostram que quanto maior é a qualidade de vida ao nível do ambiente, melhor é o funcionamento cognitivo.

5.4. Envolvimento dos fatores idade, escolaridade e tempo de residência com as variáveis psicológicas

Por forma a verificar até que ponto a idade, a escolaridade e o tempo de residência estariam associadas às variáveis psicológicas, procedeu-se ao estudo da associação através do coeficiente de correlação de Pearson entre estas variáveis (Tabela 7).

Tabela 7. Correlações entre idade, escolaridade e tempo de residência com as variáveis psicológicas em estudo

	Idade	Escolaridade	Tempo residência
Funcionamento cognitivo	-.19***	.40***	.05
Depressão	.12**	-.11*	-.01
Qualidade de vida			
Global	.08	.09	-.11
Físico	-.07	.12*	-.01
Psicológico	-.10*	.09	.04
Relações sociais	.09	.02	.05
Ambiente	-.16**	.09	.02

* $p \leq .05$; ** $p \leq .01$; *** $p \leq .001$.

A idade correlacionou-se de forma negativa e estatisticamente significativa com o funcionamento cognitivo e a qualidade de vida ao nível psicológico e do ambiente, com valores de correlação que variaram entre $r = -.10$; $p = .039$ (psicológico) e $r = -.19$; $p < .001$ (funcionamento cognitivo) e de forma positiva e estatisticamente significativa com a depressão com um valor de correlação de $r = .12$; $p = .010$. Os resultados mostram que quanto maior é a idade, menor é a qualidade de vida ao nível psicológico e do ambiente, pior é o funcionamento cognitivo e maior é a sintomatologia depressiva.

A escolaridade correlacionou-se de forma positiva e estatisticamente significativa com o funcionamento cognitivo e a qualidade de vida ao nível físico, com valores de correlação de $r = .40$; $p < .001$ e $r = .12$; $p = .025$ e de forma negativa e estatisticamente significativa com a depressão com um valor de correlação de $r = -.11$; $p = .032$. Os resultados mostram que quanto maior é a escolaridade, maior é a qualidade de vida ao nível físico, melhor é o funcionamento cognitivo e menor é a sintomatologia depressiva.

5.5. Predição da qualidade de vida

Tendo em conta que foram encontradas correlações significativas com a qualidade de vida falta averiguar acerca do seu carácter preditivo.

Assim, com o fim de averiguar se a qualidade de vida é influenciada pelas dimensões, com as quais apresentou correlação significativa e com as variáveis sociodemográficas, foram efetuadas regressões lineares, pelo método *Stepwise*, com as dimensões da qualidade de vida como variáveis dependentes. Como preditores foram usadas todas as dimensões com influência significativa: sexo (1-masculino, 2-feminino); idade; estado civil; escolaridade; tempo de residência; depressão; funcionamento cognitivo; como avalia a sua saúde (1-muito má a 5-muito boa); se está satisfeito com a sua saúde (1-muito insatisfeito a 5-muito satisfeito). As Tabelas 8 a 12 mostram a variância explicada e a sua significância para o modelo de regressão apurado.

Tabela 8. Predição da qualidade de vida global

	B	β	t	p
Está satisfeito com a sua saúde	2.344	.380	4.936	< .001
R		.380		
R ²		.145		
R ² ajustado		.139		

A previsão da qualidade de vida global pode assumir um modelo que apresenta 13.9% de variância explicada da variável dependente pela variável independente, com $F(1; 144) = 24.368$; $p < .001$.

Tabela 9. Predição da qualidade de vida - físico

	B	β	t	p
Depressão	-2.223	-.464	-10.581	< .001
Está satisfeito com a sua saúde	3.668	.223	3.876	< .001
Funcionamento cognitivo	.271	.090	2.335	.020
Como avalia a sua saúde	2.514	.130	2.249	.025
R	.701			
R ²	.492			
R ² ajustado	.486			

A previsão da qualidade de vida ao nível do físico pode assumir um modelo que apresenta 48.6% de variância explicada da variável dependente pelas variáveis independentes, com $F(4; 354) = 85.689$; $p < .001$.

Tabela 10. Predição da qualidade de vida - psicológico

	B	β	t	p
Depressão	-3.416	-.675	-17.256	< .001
Está satisfeito com a sua saúde	2.541	.146	3.724	< .001
R	.753			
R ²	.567			
R ² ajustado	.564			

A previsão da qualidade de vida ao nível do psicológico pode assumir um modelo que apresenta 56.4% de variância explicada da variável dependente pelas variáveis independentes, com $F(2; 356) = 232.895$; $p < .001$.

Tabela 11. Predição da qualidade de vida - relações sociais

	B	β	t	p
Depressão	-1.051	-.240	-3.924	< .001
Sexo	5.845	.154	2.513	.013
R	.264			
R ²	.070			
R ² ajustado	.063			

A previsão da qualidade de vida ao nível das relações sociais pode assumir um modelo que apresenta 6.3% de variância explicada da variável dependente pelas variáveis independentes, com $F(2; 255) = 9.589$; $p < .001$.

Tabela 12. Predição da qualidade de vida - ambiente

	B	β	t	p
Depressão	-1.241	-.393	-7.329	< .001
Funcionamento cognitivo	.483	.227	4.792	< .001
Está satisfeito com a sua saúde	1.739	.155	2.958	.003
R	.568			
R ²	.323			
R ² ajustado	.317			

A previsão da qualidade de vida ao nível do ambiente pode assumir um modelo que apresenta 31.7% de variância explicada da variável dependente pelas variáveis independentes, com $F(3; 317) = 50.444$; $p < .001$.

Capítulo 6

Discussão dos Resultados

A intenção deste capítulo é proceder à discussão dos resultados obtidos na investigação. Apresentar as principais conclusões do estudo, resultantes da análise comparativa dos sujeitos face às variáveis em estudo e, interpretados os mais significativos à luz da moldura conceptual em que assenta a presente investigação.

Ainda neste capítulo, serão apontadas algumas limitações e colocadas sugestões para futuras investigações nesta temática.

6.1. Discussão dos resultados

O objetivo desta investigação foi estudar a relação entre depressão, funcionamento cognitivo e qualidade de vida em idosos institucionalizados, bem como verificar o comportamento destas dimensões em função das suas características sociodemográficas.

Foi colocado como primeira hipótese que as mulheres apresentassem mais depressão e menor qualidade de vida.

Os resultados mostram que os homens apresentam valores superiores ao nível do funcionamento cognitivo e da qualidade de vida nos domínios físico, psicológico e do ambiente. As mulheres apresentam maior sintomatologia depressiva, o que confirma a hipótese e está de acordo com a literatura relativamente à supremacia da sintomatologia depressiva nas mulheres (Bergdahl et al., 2005; Kendler & Prescott, 1999; Kessler et al., 1994; Porcu et al., 2008; SIGN, 2010; Takkinen et al., 2004; Weyerer et al., 2008) e da qualidade de vida inferior comparativamente com os homens, provavelmente devido aos hábitos culturais e socioeconómicos (Chiu, Moore, Hsu, Huang, Liu, & Chuang, 2008; Fernández-Ballesteros, 2009; Thomopoulou, Thomopoulou, & Koutsouki, 2010).

Era também esperado, na segunda hipótese, que os idosos mais velhos apresentassem mais depressão, pior funcionamento cognitivo e pior qualidade de vida.

Os resultados mostram que quanto maior era a idade, menor era a qualidade de vida ao nível psicológico e do ambiente, pior era o funcionamento cognitivo e maior era a sintomatologia depressiva. A hipótese é, assim, confirmada, estando os resultados de acordo com o defendido por outros autores, tanto quanto à qualidade de vida (Baltes & Smith, 2003; Butler & Ciarrochi, 2007; Fernández-Ballesteros, 2009; Thomopoulou, Thomopoulou, & Koutsouki, 2010), como ao funcionamento cognitivo (Baltes & Smith, 2003), como no que concerne à depressão (Baltes & Smith, 2003; Bergdahl et al., 2005; Dozeman et al., 2010; Kim, Shin, Yoon, & Stewart, 2002; Osborn et al., 2003; Weyerer et al., 2008).

A terceira hipótese postulava que os idosos com menor escolaridade apresentassem maior depressão.

Os resultados mostraram que quanto maior era a escolaridade menor era a sintomatologia depressiva, confirmando deste modo, a hipótese e estando de acordo com a literatura que refere que quanto menor é a escolaridade, maior é a depressão (Bergdahl et al., 2005; Chou & Chi, 2005; Kim et al., 2002; Papadopoulos et al., 2005).

Os resultados mostraram, concomitantemente, que quanto maior era a escolaridade, maior era a qualidade de vida ao nível físico e melhor era o funcionamento cognitivo. Sprangers et al. (2000) também refere a existência de uma relação direta entre escolaridade e qualidade de vida, contudo, tal como no presente estudo, Pereira et al. (2006) defendem que a escolaridade não influencia a qualidade de vida global, embora esteja relacionada com a qualidade de vida ao nível físico. Estes resultados podem-se justificar por os idosos com maior escolaridade poderem ter hábitos culturais mais saudáveis e que promovam o funcionamento cognitivo e, conseqüentemente, a qualidade de vida.

Era também esperado, na quarta hipótese, que os participantes com maior tempo de institucionalização apresentassem maior depressão, mas que não existisse relação entre o tempo de institucionalização e a qualidade de vida.

Os resultados mostraram não haver relação do tempo de institucionalização com a depressão e a qualidade de vida, confirmando parcialmente a hipótese, pois tal como referiram Ferreira (2009), Scocco, Rapattoni e Fantoni (2006) e Sousa et al. (2003), os idosos institucionalizados há mais tempo não apresentaram nem mais, nem menos qualidade de vida que os mais recentemente institucionalizados.

Ao contrário do defendido na literatura (Bergdahl et al., 2005; Forsell & Winband, 1999) a depressão não é superior nos idosos há mais tempo institucionalizados, contudo a literatura também não é muito consistente nesta temática, uma vez que existem também autores que referem os idosos recentemente admitidos apresentam maior depressão (Shirley, Leung, & Mak, 2000) ou que referem que nem sequer existem diferenças ao nível da depressão entre os idosos em instituição, ou não institucionalizados (Almeida & Quintão, 2013; Sheelan, D'Souza, Thein, & O'Malley, 2007).

É possível que esta relação não se tenha verificado porque os idosos que estão há mais tempo na instituição se sintam mais adaptados e tenham já estabelecido relações sociais mais fortes com os pares ou com os funcionários das instituições, contribuindo estes fatores para uma melhoria da sua saúde psicológica.

Por último, com a quinta hipótese, era esperado que existisse uma relação negativa entre depressão e funcionamento cognitivo, uma relação positiva entre qualidade de vida e funcionamento cognitivo e uma relação negativa entre depressão e qualidade de vida.

Os resultados mostraram que quanto maior era a sintomatologia depressiva, pior era o funcionamento cognitivo, confirmando a hipótese e estando de acordo com a literatura anterior (APA, 2002; Beekman et al., 2002; Berg et al., 2009; Bergdahl et al., 2005; Chou & Chi, 2005; Djernes, 2006; Forsell & Winband, 1999; Gleitman, et al., 2003; Weyerer et al., 2008), contudo esta relação não se verificou analisando cada sexo em separado, podendo ser justificado, possivelmente, pela redução da dimensão da amostra.

A análise dos dados mostrou também que quanto maior era a qualidade de vida em todas as suas dimensões, exceto a nível global, melhor era o funcionamento cognitivo, confirmando igualmente a hipótese e o referido por outros autores (Ferreira, 2009; Oliveira, 2010; Santos, Santos, Fernandes, & Henriques, 2002). Também nesta análise, separando por sexos, os resultados não se mantêm, só se verificando a relação com a qualidade de vida a nível do ambiente nos homens e a nível das relações sociais e ambiente nas mulheres.

Por fim, os resultados mostraram ainda que quanto maior era a sintomatologia depressiva, menor era a qualidade de vida em todos os seus domínios, tanto na amostra total como na dos homens e na das mulheres com exceção no domínio a nível global, confirmando o restante da hipótese. Estes resultados confirmam as conclusões de outros estudos realizados com amostras totais (ambos os sexos), (Beekman et al., 2002; Berg et al., 2009).

Apesar de não ter sido colocada nenhuma hipótese nesse sentido foi também objetivo perceber que fatores influenciam a qualidade de vida.

A previsão da qualidade de vida apresentou percentagens de variância explicada aceitáveis em alguns domínios (físico e psicológico) e fracas em outros (qualidade de vida global, relações sociais e ambiente), sendo que em termos gerais a qualidade de vida mostrou ser explicada pela satisfação com a saúde, pela depressão, pelo funcionamento cognitivo, pelo sexo e pela avaliação da saúde. Também Lebrão e Laurenti (2003) concluíram que a qualidade de vida pode ser prevista pelo sexo, Moraes e Souza (2005) pela percepção de saúde e pelo funcionamento cognitivo e Barbosa, Júnior e Bastos (2007) referiram que um forte preditor da qualidade de vida é a depressão.

Conclusão

A reflexão sobre o envelhecimento esteve sempre presente ao longo da história da humanidade, o envelhecimento é uma realidade universal.

Nas últimas décadas a população dos países ocidentais tem vindo a envelhecer progressivamente. O aumento da esperança média de vida e o declínio da taxa de fecundidade transformou as sociedades mais desenvolvidas em sociedades envelhecidas (Ferreira, Rodrigues & Nogueira, 2006), o interesse por este tema encontra-se no centro das preocupações a nível mundial.

Portugal apresenta um modelo semelhante ao europeu, embora com um envelhecimento mais recente, porém acentuado, na última década atingiu um aumento de cerca de 19% da população idosa (INE, 2011).

Durante esta fase da vida os indivíduos sofrem grandes mudanças ficando mais vulneráveis, é neste contexto que surge um aumento da prevalência de doenças crónicas, incapacitantes e de cariz psicológico, nomeadamente a depressão. Embora a idade não seja o fator determinante está associada ao declínio físico e psíquico, a doenças crónicas, ao défice cognitivo e ao isolamento social, as quais contribuem fortemente para o desenvolvimento desta perturbação. O risco aumenta para os idosos institucionalizados, sendo que 40% destes estão deprimidos (Bergh et al., 2003, Leite et. al., 2006).

Envelhecer bem é essencial e para tal, é indispensável que o idoso reúna certos níveis de qualidade de vida, incluindo parâmetros de longevidade, saúde física e mental, satisfação com a vida, capacidade cognitiva, competências sociais, entre outros aspectos importantes (.

O objetivo desta investigação foi estudar a relação entre depressão, funcionamento cognitivo e qualidade de vida em idosos institucionalizados, bem como verificar o comportamento destas dimensões em função das suas características sociodemográficas. Foi desenvolvida uma investigação e metodologia transversal, recorrendo a uma amostra de conveniência, constituída por 455 utentes de estruturas residenciais na área de Lisboa, residentes há mais de 6 meses na instituição, com idade superior a 64 anos e que aceitaram participar no estudo.

Os resultados obtidos na presente investigação conduziram às principais conclusões:

Os homens apresentam valores superiores ao nível do funcionamento cognitivo e da qualidade de vida nos domínios físico, psicológico e do ambiente e as mulheres apresentaram maior sintomatologia depressiva;

Quanto maior é a idade, menor é a qualidade de vida ao nível psicológico e do ambiente, pior é o funcionamento cognitivo e maior é a sintomatologia depressiva;

Quanto maior é a escolaridade menor é a sintomatologia depressiva, maior é a qualidade de vida ao nível físico e melhor é o funcionamento cognitivo;

Não existe relação do tempo de institucionalização com a depressão e a qualidade de vida;

Quanto maior é a sintomatologia depressiva, pior é o funcionamento cognitivo e menor é a qualidade de vida e quanto maior é a qualidade de vida melhor é o funcionamento cognitivo.

Foi também importante perceber que as dimensões como a satisfação com a saúde, a depressão, o funcionamento cognitivo, o sexo e a avaliação da saúde predizem a qualidade de vida, em pelo menos uma das suas dimensões.

Os resultados da presente investigação permitiram confirmar as 5 hipóteses colocadas, uma vez que foram encontradas diferenças estatisticamente significativas para as variáveis acima referidas, corroborando com a literatura.

Como limitações ao estudo pode-se apontar um desequilíbrio na amostra em termos de género, o facto de a população ser predominantemente feminina, poderá ter influenciado os resultados obtidos em relação ao sexo masculino. E ainda, não se ter recolhido informação sobre a situação económica do idoso nem da qualidade do projeto de cada instituição.

Pode-se sugerir para estudos futuros recolher estes dois tipos de informação (situação económica do idoso e a qualidade do projeto de cada instituição), uma vez que se tem encontrado na literatura referência à importância destes fatores na qualidade de vida ou na sintomatologia psicológica nos idosos. Seria também interessante recolher amostra junto de idosos a viver em habitação própria ou com a família para estabelecer uma comparação entre estes e os idosos institucionalizados. Outro aspecto relevante seria o estudo da população no meio rural em comparação com o meio urbano.

Numa reflexão pessoal, e olhando para o cenário futuro sobre o envelhecimento, este irá certamente desafiar o modelo europeu de solidariedade, no que respeita aos serviços de saúde, à prestação de cuidados e consequentemente a uma crescente necessidade de resposta social a esta população. Representando assim, um desafio não só para a comunidade científica, como também para as autoridades públicas, decisores políticos e toda a comunidade em geral.

A obtenção de dados para a caracterização da qualidade de vida e bem-estar dos idosos, do ponto de vista da psicologia, é um dado que pode ser fundamental para dinamizar medidas adequadas a essa população que permitam o alcançar de um envelhecimento Bem-sucedido. Desta forma, investigações como a presente podem oferecer um contributo importante.

Referências Bibliográficas

- Ackerman, S. J., & Hilsenroth, M. J. (2003). A review of therapist characteristics and techniques positively impacting the therapeutic alliance. *Clinical Psychology Review*, 23(1), 1-33.
- Almeida, L., & Quintão, S. (2013). Depressão e Ideação Suicida em Idosos Institucionalizados e Não Institucionalizados em Portugal. *Acta Médica Portuguesa*, 25(6), 350-358.
- American Psychiatric Association. (2002). *DSM-IV-TR (Text Review): Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Araújo, F., Ribeiro, J. L. P., Oliveira, A. N. T. Ó. N. I. O., & Pinto, C. R. I. S. T. I. N. A. (2007). Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 25(2), 59-66.
- Argyropoulos, S. V., Hicks, J. A., Nash, J. R., Bell, C. J., Rich, A. S., Nutt, D. J., & Wilson, S. J. (2003). Correlation of subjective and objective sleep measurements at different stages of the treatment of depression. *Psychiatry Research*, 120(2), 179-190.
- Aros, M. S., & Yoshida, E. M. P. (2009). Estudos da depressão: instrumentos de avaliação e género. *Boletim de psicologia*, 59(130), 61-76.
- Atchley, R. C. (1989). A Continuity theory of normal aging. *The Gerontologist*, 29(2), 183-190.
- Azevedo, E. (2010). *A Saúde mental dos portugueses está doente - I*. Acedido em 30 de julho de 2014, em <http://www.acorianooriental.pt/artigo/ver/205679>
- Baltes, P. B., & Mayer, K. U. (Eds.). (2001). *The Berlin aging study: Aging from 70 to 100*. Cambridge University Press.
- Baltes, P. B., & Smith, J. (2003). New frontiers in the future of aging: From successful aging of the young old to the dilemmas of the fourth age. *Gerontology*, 49(2), 123-135.
- Baltes, P. B., & Smith, J. (1999). Multilevel and systemic analysis of old age: Theoretical and empirical evidence for a fourth age. *Handbook of theories of aging*, 153-173.
- Baptista, M. N., Berberian, A. D. A., Marín Rueda, F. J., & Mattos, R. M. D. C. B. (2007). Eficácia de intervenções psicoterápicas no tratamento de depressão. *Psic: revista da Vetor Editora*, 8(1), 77-88.

- Barbosa, L. M., Júnior, M. A., & Bastos, K. A. (2007). Preditores de qualidade de vida em pacientes com doença renal crônica em hemodiálise. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, 4, 222-229.
- Barrett, J. E., Barrett, J. A., Oxman, T. E., & Gerber, P. D. (1988). The prevalence of psychiatric disorders in a primary care practice. *Archives of General Psychiatry*, 45(12), 1100-1106.
- Barroso, V. L., & Tapadinhas, A. R. (2006). Órfãos Geriátricos: Sentimentos de solidão e depressividade face ao envelhecimento. Estudo comparativo entre idosos institucionalizados e não institucionalizados. Acedido a 21 de julho, 2014, de www.psicologia.com.pt
- Barua, A., & Kar, N. (2010). Screening for depression in elderly Indian population. *Indian Journal of Psychiatry*, 52, 150-153
- Beck, A. T. (2005). The current state of cognitive therapy: a 40-year retrospective. *Archives of General Psychiatry*, 62(9), 953-959.
- Beck, A. T. (1991). Cognitive therapy: A 30-year retrospective. *American psychologist*, 46(4), 368.
- Beck, A. T. (1963). Thinking and depression. *Arch Gen Psychiatry*. 1963; 9:324-33).
- Beck, A. T., & Alford, B. A. (2009). *Depression: Causes and treatment*. University of Pennsylvania Press.
- Beekman, A. T., Penninx, B. W., Deeg, D. J., Beurs, E. D., Geerlings, S. W., & Tilburg, W. V. (2002). The impact of depression on the well-being, disability and use of services in older adults: a longitudinal perspective. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 105(1), 20-27.
- Berg, A. I., Hoffman, L., Hassing, L. B., McClearn, G. E., & Johansson, B. (2009). What matters, and what matters most, for change in life satisfaction in the oldest-old? A study over 6 years among individuals 80+. *Aging and Mental Health*, 13(2), 191-201.
- Bergh, I., Steen, G., Waern, M., Johansson, B., Odén, A., Sjöström, B., & Steen, B. (2003). Pain and its relation to cognitive function and depressive symptoms: a Swedish population study of 70-year-old men and women. *Journal of pain and symptom management*, 26(4), 903-912.
- Bergdahl, E., Allard, P., Alex, L., Lundman, B., & Gustafson, Y. (2007). Gender differences in depression among the very old. *International Psychogeriatrics*, 19(06), 1125-1140.

- Bergdahl, E., Gustavsson, J., Kallin, K., von Heideken Wågert, P., Lundman, B., Bucht, G., & Gustafson, Y. (2005). Depression among the oldest old: the Umeå 85+ study. *International Psychogeriatrics*, 17(04), 557-575.
- Birren, J. E., & Schroots, J. J. (2001). The history of geropsychology. *Handbook of the psychology of aging*, 5, 29-52.
- Birren, J., & Cunningham, W. (1985). Research on the psychology of aging: Principles, concepts and theory. In J. Birren & K. Shaie (Eds.), *Handbook of the Psychology of Aging* (pp. 3-34). Van Nostrand Reinhold Company, New York: Pantheon
- Birrer, R. B., & Vemuri, S. P. (2004). Depression in later life: a diagnostic and therapeutic challenge. *American Family Physician*, 69(10), 2375-2382.
- Blazer, D. G. (2003). Depression in late life: review and commentary. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 58(3), M249-M265.
- Borges, M. R. D., & Moreira, A. K. (2009). Influências da prática de atividades físicas na terceira idade: estudo comparativo dos níveis de autonomia para o desempenho nas AVDs e AIVDs entre idosos ativos fisicamente e idosos sedentários. *Motriz*, 15(3), 562-73.
- Bortolanza, M. D. L., Krahl, S., & Biasus, F. (2005). Um olhar psicopedagógico sobre a velhice. *Revista de Psicopedagogia*, 22(68), 162-170.
- Bostwick, J. M. (2010, June). A generalist's guide to treating patients with depression with an emphasis on using side effects to tailor antidepressant therapy. In *Mayo Clinic Proceedings* (Vol. 85, No. 6, pp. 538-550). Elsevier.
- Botelho, M. A. (2007). Idade avançada- Características biológicas e multimorbilidade. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 23(2), 191-5.
- Bowling, A., & Dieppe, P. (2005). What is successful ageing and who should define it?. *Bmj*, 331(7531), 1548-1551.
- Bromet, E., Andrade, L. H., Hwang, I., Sampson, N. A., Alonso, J., de Girolamo, G. & Kessler, R. C. (2011). Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. *BMC medicine*, 9(1), 90.
- Bruce, M. L. (2002). Psychosocial risk factors for depressive disorders in late life. *Biological psychiatry*, 52(3), 175-184.

- Butler, A. C., Chapman, J. E., Forman, E. M., & Beck, A. T. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: a review of meta-analyses. *Clinical psychology review*, 26(1), 17-31.
- Butler, J., & Ciarrochi, J. (2007). Psychological acceptance and quality of life in the elderly. *Quality of Life Research*, 16(4), 607-615.
- Bylsma, L. M., Morris, B. H., & Rottenberg, J. (2008). A meta-analysis of emotional reactivity in major depressive disorder. *Clinical psychology review*, 28(4), 676-691
- Canavarro, M. C., & Serra, A. V. (2010). Qualidade de vida e saúde: Uma abordagem na perspectiva da Organização Mundial de Saúde. *Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian*.
- Canavarro, M. C., Vaz Serra, A., Pereira, M., Simões, M. R., Quintais, L., Quartilho, M. J. & Paredes, T. (2006). Desenvolvimento do instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100) para Português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*, 27(1), 15-23.
- Casanova, J. (2001). *Quadros sociais do envelhecimento*. Lisboa: Santa Casa da Misericórdia: Centro de Investigação e Estudos de Sociologia
- Chiu, Y. W., Moore, R. W., Hsu, C. E., Huang, C. T., Liu, H. W., & Chuang, H. Y. (2008). Factors influencing women's quality of life in the later half of life. *Climacteric*, 11(3), 201-211.
- Chou, K. L., & Chi, I. (2005). Prevalence and correlates of depression in Chinese oldest-old. *International journal of geriatric psychiatry*, 20(1), 41-50.
- Comissão Europeia (2012). *Comunicação da Comissão ao Parlamento Europeu e ao Conselho*. Concretizar o Plano de Execução Estratégica da Parceria Europeia de Inovação para um Envelhecimento Ativo e Saudável. Acedido a 26 de Novembro de 2013, em <http://eur-lex.europa.eu/>
- Cordioli, A. V. (2008). *Psicoterapias: abordagens atuais*. (3ª ed.) Artmed.
- Corner, L., & Bond, J. (2004). Being at risk of dementia: fears and anxieties of older adults. *Journal of aging studies*, 18(2), 143-155.
- Costa Jr, P. T., & McCrae, R. R. (1992). Reply to Ben-Porath and Waller. *Psychological Assessment*, 4(1), 20-22.
- Crowther, M. R., Parker, M. W., Achenbaum, W. A., Larimore, W. L., & Koenig, H. G. (2002). Rowe and Kahn's Model of Successful Aging Revisited Positive Spirituality—The Forgotten Factor. *The Gerontologist*, 42(5), 613-620.

- Cumming, E., & Henry, W. (1961). *Growing old: The process of disengagement*. New York: Basic Books.
- Daniel, R., Strunk, Melissa, A., Brotman, Robert J., DeRubeis, Steven, D., Hollon, S. (2010). Therapist Competence in Cognitive Therapy for Depression: Predicting Subsequent Symptom Change *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2010, Vol. 78, No. 3, 429–43.
- de Jesus Laranjeira, C. A. S. (2007). Do vulnerável ser ao resiliente envelhecer: revisão de literatura. *Psicologia: teoria e pesquisa*, 23(3), 327-332.
- de Portugal, G. (2012). Ano Europeu do Envelhecimento Activo e da Solidariedade entre Gerações 2012. Acedido em 21 de Setembro de 2013 em <http://www.eurocid.pt/>
- Djernes, J. K. (2006). Prevalence and predictors of depression in populations of elderly: a review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113(5), 372-387.
- Dobson, K. S. (1989). A meta-analysis of the efficacy of cognitive therapy for depression. *Journal of consulting and clinical psychology*, 57(3), 414.
- Dozeman, E., van Marwijk, H. W., van Schaik, D. J., Stek, M. L., van der Horst, H. E., Beekman, A. T., & van Hout, H. P. (2010). High incidence of clinically relevant depressive symptoms in vulnerable persons of 75 years or older living in the community. *Aging & mental health*, 14(7), 828-833.
- Duarte, L., (1999). Idade Cronológica: mera questão referencial no processo de envelhecimento. *Estudos interdisciplinares do envelhecimento*. Porto Alegre, 2, 35-47.
- Duay, D., & Bryan, V. (2006). Senior adults 'perceptions of successful aging. *Educational Gerontology*, 32, 423-445.
- Erikson, E. H. (1987). *Infância e Sociedade*. Rio de Janeiro: Zahar Editores.
- Evans, S., & Katona, C. (1993). Epidemiology of depressive symptoms in elderly primary care attenders. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 4(6), 327-333.
- Fancher, T. L., & Kravitz, R. L. (2010). Depression. *Annals of internal medicine*, 152(9), ITC5-1.
- Farinatti, P. D. T. (2002). Teorias biológicas do envelhecimento: do genético ao estocástico. *Rev. bras. med. esporte*, 8(4), 129-138.
- Feldman, R. (2007). *Introdução à Psicologia*. Lisboa: Sexta Edição MacGraw Hill.
- Fernandes, A. (1997). *Velhice e sociedade: Demografia, Família e Políticas Sociais em Portugal*. Oeiras: Celta Editora.

- Fernandes, J. (2002). *Velhice e Sociedade: Demografia, Família e políticas em Revista brasileira de medicina do esporte. Portugal*. Lisboa: Climepsi Editora.
- Fernandes, P. (2000). *A Depressão no Idoso*. Lisboa: Quarteto Editora.
- Fernández-Ballesteros, R. (2009). *Psicogerontología – Perspectivas europeas para un mundo que envejece*. Madrid: Ediciones Pirâmide.
- Fernández-Ballesteros, R. (2000). *Gerontologia Social*. Madrid: Pirâmide.
- Ferrario, C. G., Freeman, F. J., Nellet, G., & Scheel, J. (2007). Changing nursing students' attitudes about aging: An argument for the successful aging paradigm. *Educational Gerontology, 34*(1), 51-66.
- Ferreira, A. (2009). A Qualidade de Vida em Idosos em diferentes contextos habitacionais: A perspectiva do próprio e do seu cuidador. Dissertação apresentada à Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Lisboa para obtenção do grau de mestre, orientado por Fernando Fradique.
- Ferreira, P., Rodrigues, R. & Nogueira, D. (2006). Avaliação multidimensional em idosos. Coimbra: Mar da Palavra.
- Ferreira, S. (2005). *Escala de Depressão Geriátrica (Yesavage)*. Formação Especializada em Geriatria e Gerontologia, da Universidade de Aveiro, Aveiro.
- Ferro, J. e Pimentel, J. (2006). *Neurologia. Princípios, diagnóstico e tratamento*. Lisboa. Lidel – Edições técnicas, Lda.
- Fleck, M., Chachamovich, E., & Trentini, C. M. (2003). Projeto WHOQOL-OLD: método e resultados de grupos focais no Brasil. *Revista de Saúde Pública, 37*(6), 793-799.
- Fleck, M. P. A. (2000). O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. *Ciência & Saúde Colectiva, 5*(1), 33-38.
- Fleck, M. P., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., Santos, L., & Pinzon, V. (1999). Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100). *Rev saúde pública, 33*(2), 198-205.
- Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). “Mini-mental state”: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of psychiatric research, 12*(3), 189-198.
- Fonseca, A. (2006). *O Envelhecimento: uma abordagem psicológica* (2ª ed.). Lisboa. Universidade Católica.

- Fonseca, A. (2005). *Desenvolvimento humano e envelhecimento* (1ª ed.). Lisboa: Climepsi.
- Fonseca, A. M. (2010). Promoção do desenvolvimento psicológico no envelhecimento. *Contextos Clínicos*, 3(2), 124-131.
- Fonseca, A. M. (2006). *O envelhecimento: uma abordagem psicológica*. Lisboa: Universidade Católica Editora.
- Fonseca, A. M. (2005). O envelhecimento Bem-sucedido. In C. Paúl, & A.M. Fonseca (Eds), *Envelhecer em Portugal*.(pp.285-311) Lisboa: Climepsi Editores
- Fonseca, A. M., & Paúl, C. (2008). Saúde e qualidade de vida ao envelhecer: perdas, ganhos e um paradoxo. *Geriatrics & Gerontologia*, 2(1), 32-7.
- Fontaine, R. (2006). *Psicologia do Envelhecimento*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Forsell, Y., & Winblad, B. (1999). Incidence of major depression in a very elderly population. *International journal of geriatric psychiatry*, 14(5), 368-372.
- Fortin, M. (2003). *O processo de investigação: Da concepção à realização* (3ª edição). Loures: Lusociência.
- Freitas, P. (2011). *Solidão em Idosos: Percepção em Função da Rede Social*. Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências Sociais da Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de mestre, orientado por António Manuel Fonseca. Braga.
- Gabinete de Estratégia e Planeamento [GEP] -Ministério da Solidariedade e da Segurança Social [MSSS] (2013). *Carta Social – Rede de Serviços e Equipamentos Sociais – Relatório 2013*. Lisboa.
- Gabinete de Estratégia e Planeamento [GEP] -Ministério da Solidariedade e da Segurança Social [MSSS] (2011). *Carta Social – Rede de Serviços e Equipamentos Sociais – Relatório 2011*. Lisboa.
- Gameiro, S., Carona, C., Pereira, M., Canavarro, M. C., Simões, M., Rijo, D. & Serra, A. V. (2008). Sintomatologia depressiva e qualidade de vida na população geral. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 9(1), 103-112.
- Gil, S., & Droit-Volet, S. (2009). Time perception, depression and sadness. *Behavioural Processes*, 80(2), 169-176.
- Gleitman, H., Fridlund, A., & Reisberg, D. (2003). *Psicologia*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Gonçalves, D. Martín, I. Guedes, J. Cabral-Pinto, F. Fonseca, A.M. (2006). Promoção da qualidade de vida dos idosos portugueses através da continuidade de tarefas produtivas. In *Psicologia, Saúde e Doenças*. Nº 7(1), pp.137-143.

- Gotlib, I. H., & Joormann, J. (2010). Cognition and depression: current status and future directions. *Annual review of clinical psychology*, 6, 285.
- Grinberg, L. P. (2006). Depressão em idosos—desafios no diagnóstico e tratamento. *Revista Brasileira de Medicina*, 63(7), 317-330.
- Group, T. W. (1998). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. *Social science & medicine*, 46(12), 1569-1585.
- Groupt, W. H. O. Q. O. L. (1993). Study protocol for the World Health Organization project to develop a Quality of Life assessment instrument (WHOQOL). *Quality of life Research*, 2(2), 153-159.
- Guerreiro, M., Botelho, M. A., Leitão, O., Castro-Caldas, A., & Garcia, C. (1994). *Adaptação à população portuguesa na tradução do Mini Mental State Examination*. Comunicação apresentada na Reunião da Primavera da Sociedade Portuguesa de Neurologia. Coimbra.
- Guerreiro, M., Fonseca, S., Barreto, J., Garcia, C. (2003). Escala de Avaliação da Doença de Alzheimer-EADA: Alzheimer Disease Assessment Scale-ADAS. Grupos de Estudos de Envelhecimento Cerebral e Demência, Escalas e Testes na Demência.
- Guerreiro, M., Silva, A. P., Botelho, M. A. (1994). Adaptação à população Portuguesa na tradução do “Mini Mental State Examination” (MMSE). *Revista Portuguesa de Neurologia*, 1, 9-10.
- Guse, L. W., & Masesar, M. A. (1999). Quality of life and successful aging in long-term care: perceptions of residents. *Issues in Mental Health Nursing*, 20(6), 527-539.
- Hansen-Kyle, L. (2005). A concept analysis of healthy aging. In *Nursing Forum* (Vol. 40, No. 2, pp. 45-57). Blackwell Publishing, Ltd..
- Havighurst, R. J., & Albrecht, R. (1953). *Older people*. New York: Longmans, Green
- Hayflick, L. (1985). Theories of biological aging. *Experimental Gerontology*, 20(3-4), 145-159.
- Herrman, H., Patrick, D. L., Diehr, P., Martin, M. L., Fleck, M., Simon, G. E., & Buesching, D. P. (2002). Longitudinal investigation of depression outcomes in primary care in six countries: the LIDO study. Functional status, health service use and treatment of people with depressive symptoms. *Psychological medicine*, 32(05), 889-902.
- Hollon, S. D., Jarrett, R. B., Nierenberg, A. A., Thase, M. E., Trivedi, M., & Rush, A. J. (2005). FOR PSYCHOTHERAPY. *Journal of Clinical Psychiatry*, 66, 455-468.

- Hollon, S. D., Shelton, R. C., & Loosen, P. T. (1991). Cognitive therapy and pharmacotherapy for depression. *Journal of consulting and clinical psychology*, 59(1), 88. http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_recommendations/
- Iiffe, S., Robinson, L., Brayne, C., Goodman, C., Rait, G., Manthorpe, J., & Ashley, P. (2009). Primary care and dementia: 1. diagnosis, screening and disclosure. *International journal of geriatric psychiatry*, 24(9), 895-901
- Ingram, R. E., Miranda, J., & Segal, Z. (2006). Cognitive vulnerability to depression. *Cognitive vulnerability to emotional disorders*, 63-91.
- Instituto Nacional de Estatística, (2012). *Estatísticas Demográficas – 2012*. Acedido a 23 de maio de 2014, em www.ine.pt/
- Instituto Nacional de Estatística, (2011). *Censos*. Disponível em censos-ine.pt/
- Instituto Nacional de Estatística, (2011b). Estimativas da População Residente 2011 In Destaque do INE. Acedido a 23 de maio de 2014, em www.ine.pt/
- Instituto Nacional de Estatística, (2010). *Estatísticas Demográficas 2010*. Instituto Nacional de Estatística, IP.
- Instituto Nacional de Estatística, (2009). *Projeções de população residente em Portugal 2008-2060*. Acedido a 23 de Fevereiro de 2014 em www.ine.pt/
- Instituto Nacional de Estatística, (2002). *As pessoas idosas nas famílias institucionais segundo os Censos* In Revista Estudos Demográficos nº 34 Departamento de Estatísticas Censitárias e da População, INE, Lisboa, Portugal
- Instituto Nacional de Estatística, (2002). *O envelhecimento em Portugal. Situação demográfica e sócio económica recente das pessoas idosas*. Lisboa: INE
- Irigaray, T. Q., & Schneider, R. H. (2009). Dimensões de personalidade, qualidade de vida e depressão em idosas. *Psicologia em Estudo*, 14(4), 759-766.
- Jacob, L. (2007). *Animação de Idosos*. Porto: Ambar, p.31.
- Jones, R. N., Marcantonio, E. R., & Rabinowitz, T. (2003). Prevalence and correlates of recognized depression in US nursing homes. *Journal of the American Geriatrics Society*, 51(10), 1404-1409.
- Kalache, A. (2008). O mundo envelhece: é imperativo criar um pacto de solidariedade social. In Revista Ciência e Saúde Colectiva. Vol.13. N.4(7/8).
- Kalache, A., & Kickbusch, I. (1997). A global strategy for healthy ageing. *World health*, 50(4), 4-5.

- Kalish, R. A. (1976). LATE ADULTHOOD: Perspectives on Human Development. *AJN The American Journal of Nursing*, 76(1), 82.
- Katsumata, Y., Arai, A., Ishida, K., Tomimori, M., Denda, K., & Tamashiro, H. (2005). Gender differences in the contributions of risk factors to depressive symptoms among the elderly persons dwelling in a community, Japan. *International journal of geriatric psychiatry*, 20(11), 1084-1089.
- Kendler, K. S., Karkowski, L. M., & Prescott, C. A. (1999). Causal relationship between stressful life events and the onset of major depression. *American Journal of Psychiatry*, 156(6), 837-841.
- Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Zhao, S., Nelson, C. B., Hughes, M., Eshleman, S., ... & Kendler, K. S. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: results from the National Comorbidity Survey. *Archives of general psychiatry*, 51(1), 8-9.
- Kim, J. M., Shin, I. S., Yoon, J. S., & Stewart, R. (2002). Prevalence and correlates of late-life depression compared between urban and rural populations in Korea. *International journal of geriatric psychiatry*, 17(5), 409-415.
- Kirchengast S and Haslinger B. Gender differences in health-related quality of life among healthy aged and old-aged Austrians: cross-sectional analysis. *Gender Med* 5: 270-278, 2008.
- Kirsch, I., Deacon, B. J., Huedo-Medina, T. B., Scoboria, A., Moore, T. J., & Johnson, B. T. (2008). Initial severity and antidepressant benefits: a meta-analysis of data submitted to the Food and Drug Administration. *PLoS medicine*, 5(2), e45.
- Knapp, P., & Beck, A. T. (2008). Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa da terapia cognitiva Cognitive therapy: foundations, conceptual models, applications and research. *Rev Bras Psiquiatr*, 30(Supl II), S54-64.
- Koenig, H. G., & Blazer III, D. G. (1996). Minor depression in late life. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*.
- Kool, S., Dekker, J., Duijsens, I. J., de Jonghe, F., & Puite, B. (2003). Efficacy of combined therapy and pharmacotherapy for depressed patients with or without personality disorders. *Harvard Review of Psychiatry*, 11(3), 133-141.
- Kuehner, C. (2002). Subjective quality of life: Validity issues with depressed patients. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 106, 62-70.

- Lebrão, M. L., & Laurenti, R. (2003). Condições de saúde. In M. L. Lebrão & Y. A. O. Duarte. *SABE: saúde, bem-estar e envelhecimento: o Projeto SABE no município de São Paulo: uma abordagem inicial* (p. 73-91). Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde.
- Leichsenring, F. (2001). Comparative effects of short-term psychodynamic psychotherapy and cognitive-behavioral therapy in depression: a meta-analytic approach. *Clinical psychology review, 21*(3), 401-419.
- Leite, V. M. M., Carvalho, E. D., Barreto, K. M. L., & Falcão, I. V. (2006). Depressão e envelhecimento: estudo nos participantes do Programa Universidade Aberta à Terceira Idade. *Rev Bras Saúde Matern Infant, 6*(1), 31-8.
- Lima, M. (2004). Envelhecimento e perdas: Como posso não me perder? *Psychologica, 35*, 133-145.
- Luciano, M. (2004). *O Idoso, contextos e realidades*. Universidade Nova de Lisboa. Faculdade de Ciências Sociais e Humanas. Dissertação de Mestrado em Ecologia Humana e Problemas Sociais Contemporâneos. Lisboa.
- M. L. (2002). Psych Bruce, social risk factors for depressive disorders in late life. *Biological psychiatry, 52*(3), 175-184.
- Magnabosco-Martins, C. R., Camargo, B. V., & Biasus, F. (2009). Representações sociais do idoso e da velhice de diferentes faixas etárias. *Universitas Psychologica, 8*(3), 831-847.
- Manso, J. R. P., & Simões, N. M. (2007). Os municípios ea qualidade de vida em Portugal: proposta metodológica com vista à sua mensuração e ordenação. *Portugal: Covilhã e Universidade da Beira Interior*.
- Marchand, H. (2005). *Temas do desenvolvimento psicológico do adulto e do idoso*. Coimbra: Quarteto.
- Martins, I. P. (2006). Funções cognitivas. *Ferro J, Pimentel J. Neurologia-Princípios, Diagnóstico e Tratamento. 1ª Edição ed. Lisboa-Porto: Lidel*.
- Mello, M. F., de Jesus Mari, J., Bacaltchuk, J., Verdelli, H., & Neugebauer, R. (2005). A systematic review of research findings on the efficacy of interpersonal therapy for depressive disorders. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience, 255*(2), 75-82.
- Mendes, F. R. (2005). *Conspiração Grisalha. Segurança Social*. Oeiras: Celta Editora, pp.19-31.

- Ministério da Saúde (2004). Saúde mental e doenças psiquiátricas. Acedido a 23 de julho de 2013 em http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/vol2_227.html
- Ministério do Trabalho e da Solidariedade, (1998). *Normas Reguladoras das Condições de Instalação e Funcionamento dos Lares para Idosos*. Despacho Normativo nº 12/98. Diário da República -I Série-B. Nº 47 de 25-2-1998. Acedido em 15 de abril de 2014. <http://www.dre.pt/pdf1sdip/1998/02/047B00/07660774.PDF>
- Moldin, S. O., Scheftner, W. A., Rice, J. P., Nelson, E., Knesevich, M. A., & Akiskal, H. (1993). Association between major depressive disorder and physical illness. *Psychological medicine*, 23(03), 755-761.
- Montiel, J. M., Capovilla, A. G. S., Berberian, A. D. A., & Capovilla, F. C. (2005). Incidência de sintomas depressivos em pacientes com transtorno de pânico. *Psic: revista da Vetor Editora*, 6(2), 33-42.
- Moraes, J. D., & Souza, V. A. (2005). Fatores associados ao envelhecimento Bem-sucedido de idosos socialmente ativos da região metropolitana de Porto Alegre. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 4, 302-308.
- Moura, C. (2006). *Século XXI, século do envelhecimento* (1ª edição). Lisboa: Lusociência – Edições técnicas e científicas, Lda.
- Muhlenkamp, A. F., & Sayles, J. A. (1986). Self-esteem, social support, and positive health practices. *Nursing Research*, 35(6), 334-338.
- Neto, M. J., & Corte-Real, J. (2013). A Pessoa idosa institucionalizada: Depressão e suporte social. 3ªed., Vol.2. Acedido em 02 de maio de 2014, <http://associacaoamigosdagrandeidade.com/revista/volume2-edicao3-julho2013/a-pessoa-institucionalizada/>
- Neugarten, B. L. (1968). The awareness of middle age. In B. L. Neugarten (Ed.). *Middle age and aging*. (pp. 93-98) University of Chicago Press, Chicago.
- Nierenberg, A. A., & McColl, R. D. (1996). Management options for refractory depression. *The American journal of medicine*, 101(6), 45S-52S.
- Oliveira, D. A. A. P., Gomes, L., & Oliveira, R. F. (2006). Prevalência de depressão em idosos que freqüentam centros de convivência. *Rev Saúde Pública*, 40(4), 734-6.
- Oliveira, E. R. A. D., Gomes, M. J., & Paiva, K. M. D. (2011). Institucionalização e qualidade de vida de idosos da região metropolitana de Vitória-ES. *Esc Anna Nery*, 15(3), 618-23.
- Oliveira, J. (2010). *A Psicologia do Envelhecimento e do Idoso*. Porto: Légis - LivPsic.

- Organização das Nações Unidas [ONU]. 2013. Relatório. A Projeção da População Mundial: Revisão de 2012. Acedido a 26 de Novembro de 2013, em <http://www.unric.org/pt>
- Organização Mundial da Saúde [OMS], (2002): *Relatório Mundial da Saúde. Saúde mental: nova concepção, nova esperança*. 1ªed. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde/ WHO
- Organização Mundial da Saúde [OMS], (1998). Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Osborn, D. P., Fletcher, A. E., Smeeth, L., Stirling, S., Bulpitt, C. J., Breeze, E., & Tulloch, A. (2003). Factors associated with depression in a representative sample of 14 217 people aged 75 and over in the United Kingdom: results from the MRC trial of assessment and management of older people in the community. *International journal of geriatric psychiatry*, 18(7), 623-630.
- OSM. (2002) *Relatório Mundial de Saúde 2001 – nova concepção, nova esperança*. (Ministério da Saúde, Ed.) Lisboa: Direcção Geral da Saúde.
- Papadopoulos, F. C., Petridou, E., Argyropoulou, S., Kontaxakis, V., Dessypris, N., Anastasiou, A., & Lyketsos, C. (2005). Prevalence and correlates of depression in late life: a population based study from a rural Greek town. *International journal of geriatric psychiatry*, 20(4), 350-357.
- Patterson, B. J. (1995). The process of social support: adjusting to life in a nursing home. *Journal of Advanced Nursing*, 21(4), 682-689.
- Paúl, C. (2000). Bem-estar e satisfação de vida em Idosos. *Terceira Idade: Uma Questão para a Educação Social*. Universidade Portucalense. Porto: Educação Social.
- Paúl, C. (1996). *Psicologia dos idosos: O envelhecimento em meios urbanos*. Braga: S.H.O.
- Paúl, C. & Fonseca, A. (2005). *Envelhecer em Portugal. Psicologia, saúde e prestação de cuidados*. Lisboa: (pp. 21-41). Climepsi Editores.
- Paúl, C., & Fonseca, A. (2001). *Psicossociologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi.
- Paúl, C., Fonseca, A., Martin, I. & Amado, J. (2005). Satisfação e qualidade de vida em idosos portugueses. In C. Paúl & A. Fonseca (Eds.), *Envelhecer em Portugal* (pp. 77-95). Climepsi Editores.
- Paúl, C., & Ribeiro, O. (2012). *Manual de Gerontologia*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Paulo, A. C., Sampaio, A., Santos, N. C., Costa, P. S., Cunha, P., Zihl, J. & Sousa, N. (2011). Patterns of cognitive performance in healthy ageing in northern Portugal: a cross-sectional analysis. *PloS one*, 6(9), 24553.

- Pavarini, S. C. I., Menciondo, M. S. Z., Barham, E. J., Varoto, V. A. G., & Filizola, C. L. A. (2005). A arte de cuidar do idoso: gerontologia como profissão. *Texto & contexto enferm*, 14(3), 398-402.
- Pereira, R. J., Cotta, R. M. M., Franceschini, S. C. C., Ribeiro, R. C. L., Sampaio, R. F., Priori, S. E., & Cecon, P. R. (2006). Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global de idosos. *Revista de Psiquiatria RS*, 1, 27-38.
- Perlini, N. M. O. G., Leite, M. T., & Furini, A. C. (2007). Em busca de uma instituição para a pessoa idosa morar: motivos apontados por familiares. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 41(2), 229-236.
- Pimenta, F. A. P., Simil, F. F., Tôrres, H. O. D. G., Amaral, C. F., Rezende, C. F., Coelho, T. O., & Rezende, N. A. D. (2008). Avaliação da qualidade de vida de aposentados com a utilização do questionário SF-36. *Rev Assoc Med Bras*, 54(1), 55-60.
- Pimentel, L. (2005). *O Lugar do Idoso na Família, Contextos e Trajectórias* (2ª edição). Lisboa: Quarteto.
- Pinheiro, D. P. N. (2004). Resilience in discussion. *Psicologia em estudo*, 9(1), 67-75.
- Pino, A. C. S. (2003). La dependencia en el entorno institucional. *Geriátrika: Revista iberoamericana de geriatría y gerontología*, 19(9), 46-51.
- Porcu, M., Scantamburlo, V. M., Albrecht, N. R., Silva, S. P., Vallim, F. L., Araújo, C. R., & Faiola, R. V. (2008). Estudo comparativo sobre a prevalência de sintomas depressivos em idosos hospitalizados, institucionalizados e residentes na comunidade. *Acta Scientiarum. Health Science*, 24, 713-717.
- PORDATA. (2012). Esperança de vida aos 65 anos: total e por sexo em Portugal. Acedido a 26 de Novembro de 2013, em www.pordata.pt
- PORDATA. (2012b). Indicadores de fecundidade: Índice sintético de fecundidade e taxa bruta de reprodução em Portugal. Acedido a 26 de Novembro de 2013, em www.pordata.pt
- PORDATA. (2012b). *Índice de envelhecimento na Europa*. Eurostat / NU / Institutos Nacionais de Estatística, PORDATA. Acedido a 26 de Novembro de 2013, em <http://www.pordata.pt/Europa/Indice+de+envelhecimento-1609>
- PORDATA. (2012b). Taxa bruta de natalidade em Portugal. Acedido a 26 de Novembro de 2013, em www.pordata.pt

- Portal da Saúde, (2006). *Envelhecimento Ativo da Pessoa Idosa*. Comemoração do dia Internacional do Idoso. Direcção-Geral da Saúde. Acedido a 20 de Novembro de 2013, em <http://www.portaldasaude.pt/>
- Primo, J. & Mateus, D. (2008). Normas para a elaboração e apresentação de Teses de Doutoramento; (Aplicáveis às Dissertações de Mestrado) Versão 4. Reitoria da Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias.
- Rattan, S. (2006). Theories of biological aging: Genes, proteins, and free radicals. *Free Radical Research*, 40(12), 1230–1238.
- Ravens-Sieberer, U., & Bullinger, M. (1998). Assessing health-related quality of life in chronically ill children with the German KINDL: first psychometric and content analytical results. *Quality of life research*, 7(5), 399-407.
- Reis, Elisabeth; Melo, Paulo; Andrade, Rosa; Calapez, Teresa (2001). *Estatística aplicada*. vol. 2. Lisboa: Edições Sílabo.
- Reynolds III, C. F., Frank, E., Dew, M. A., Houck, P. R., Miller, M., Mazumdar, S., & Kupfer, D. J. (2000). Treatment of 70+-year-olds with recurrent major depression: excellent short-term but brittle long-term response. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 7(1), 64-69.
- Ribeiro, J. L. P. (2009). A importância da qualidade de vida para a psicologia da saúde. *Bem estar e qualidade de vida: contributos da psicologia da saúde*.
- Ribeiro, O. & Paúl, C. (2011). *Manual do envelhecimento activo*. Lisboa: Lidel, Edições Técnicas, Lda.
- Ried, L. D., & Planas, L. G. (2002). Aging, health, and depressive symptoms: are women and men different?. *Journal of Women's Health*, 11(9), 813-824.
- Robichaud, L., Durand, P. J., Bédard, R., & Ouellet, J. P. (2006). Quality of life indicators in long term care: Opinions of elderly residents and their families. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 73(4), 245-251.
- Rodrigues, Manuel, Pereira, Anabela, Barroso, Teresa (2005). *Educação para a Saúde – Formação Pedagógica de Educadores de Saúde*. Coimbra: Formasau.
- Rupke, S. J., Blecke, D., & Renfrow, M. (2006). Cognitive therapy for depression. *Am Fam Physician*, 73(1), 83-86.
- Santos, M. (2006). *O arquivo vivo da sociedade: estudo de idosos institucionalizados*. Dissertação de Mestrado apresentada no Instituto Superior Miguel Torga: Escola Superior de Altos Estudos. Coimbra.

- Santos, S. R., Santos, I. B. C., Fernandes, M. G. M., & Henriques, M. E. R. M. (2002). Qualidade de vida do idoso na comunidade: aplicação da escala de Flanagan. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 6, 757-764.
- Scocco, P., Rapattoni, M., & Fantoni, G. (2006). Nursing home institutionalization: a source of eustress or distress for the elderly?. *International Journal of Geriatric*.
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network. [SIGN]. (2010). *Non-pharmaceutical management of depression in adults. A national clinical guideline*. Edinburgh: SIGN.
- Segal, Z., Vincent, P., & Levitt, A. (2002). Efficacy of combined, sequential and crossover psychotherapy and pharmacotherapy in improving outcomes in depression. *Journal of Psychiatry and Neuroscience*, 27(4), 281.
- Sheehan, B., D'Souza, G., Thein, N., & O'Malley, R. (2007). Are care homes depressing for people with dementia?. *International journal of geriatric psychiatry*, 22(8), 816-817.
- Shirley P., Leung, Y. F., & Mak, W. P. (2000). Depression in institutionalised older people with impaired vision. *International journal of geriatric psychiatry*, 15(12), 1120-1124.
- Silva, T.E & Rezende, C.H.A. (2005) Avaliação Transversal da qualidade de vida de idosos participantes de Centros de Conveniência e institucionalizados por meio do questionário genérico WHOQOL-BREF.
- Simons, A., Padesky, C., Montemarano, J., Lewis, C. & Murakami, J., Lamb, K. & DeVinney, S., Reid, M., Smith, D & Beck, A. (2010). Training and Dissemination of Cognitive Behavior Therapy for Depression in Adults: A Preliminary Examination of Therapist Competence and Client Outcome *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2010, Vol. 78, No. 5, 751–756.
- Skevington, S. M., Sartorius, N., & Amir, M. (2004). Developing methods for assessing quality of life in different cultural settings. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 39(1), 1-8.
- Sousa, L., Figueiredo, D., & Cerqueira, M. (2004). *Envelhecer em família*. Porto: Ambar Editora.
- Sousa, L., Galante, H., & Figueiredo, D. (2003). Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. *Rev Saúde Pública*, 37(3), 364-71.
- Spar, J., & La Rue (1998). *Guia de Psiquiatria Geriátrica*. Lisboa: Climepsi Editores.

- Sprangers, M. A., Regt, E. B., Andries, F., van Agt, H. M., Bijl, R. V., Boer, J. B., et al. (2002). Which chronic conditions are associated with better or poorer quality of life? *Journal of Clinical Epidemiology*, 9, 895-907.
- St John, P. D., Blandford, A. A., & Strain, L. A. (2006). Depressive symptoms among older adults in urban and rural areas. *International journal of geriatric psychiatry*, 21(12), 1175-1180.
- Steверink, N., Westerhof, G. J., Bode, C., & Dittmann-Kohli, F. (2001). The personal experience of aging, individual resources, and subjective well-being. *Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 56B(6), 364-373.
- Street, H., O'Connor, M., & Robinson, H. (2007). Depression in older adults: Exploring the relationship between goal setting and physical health. *International journal of geriatric psychiatry*, 22(11), 1115-1119.
- Takkinen, S., Gold, C., Pedersen, N. L., Malmberg, B., Nilsson, S., & Rovine, M. (2004). Gender differences in depression: a study of older unlike-sex twins. *Aging & mental health*, 8(3), 187-195.
- Tate, R. B., Lah, L., & Cuddy, T. E. (2003). Definition of successful aging by elderly Canadian males: The Manitoba follow-up study. *The Gerontologist*, 43(5), 735-744.
- Taylor, S. (1999). *Health Psychology*. New York: McGraw-Hill International Editions.
- Teixeira, I., & Neri, A. (2008). Envelhecimento Bem-Sucedido: uma meta no curso de vida, *Psicologia USP*, 19 (1), 81-94.
- Teixeira, L. (2010) *Solidão, Depressão e Qualidade de Vida em Idosos: Um Estudo Avaliativo Exploratório e Implementação-Piloto de um Programa de Intervenção* Tese de Mestrado Integrado em Psicologia da Universidade de Lisboa Secção de Psicologia Clínica e da Saúde, 2010.
- Thomopoulou, I., Thomopoulou, D. & Koutsouki, D. (2010). The differences at quality of life and loneliness between elderly people. *Biology of Exercise*, 6 (2), 14-28.
- UNFPA, R. (2011). Relatório sobre a Situação da População Mundial 2011. Acedido a 25 de Novembro de 2013, em www.un.org/files/PT-SWOP11-WEB
- União Europeia [EU]. (2012). *Active Ageing and Solidarity between Generations. A Statistical portrait of the European Union 2012*. Eurostat Statistical books. Acedido em 26 de julho de 2014 em <http://www.igfse.pt/upload/docs/2012/Brochura%20Eurostat%20Envelhece.pdf>

- União Europeia [EU]. (2012b). Ano Europeu do Envelhecimento Activo e da Solidariedade entre Gerações. Programa de Acção 2012/Portugal. Decisão N.º 940/2011/UE do Parlamento Europeu e do Conselho, de 14 de setembro de 2011.
- Vaz, S. F. A. (2009). *A depressão no idoso institucionalizado. Estudo em idosos residentes nos lares do Distrito de Bragança*. Dissertação de Mestrado apresentada na Faculdade de Psicologia e de Ciências de Educação da Universidade do Porto. Porto.
- Vaz-Serra, A.; Canavarro, MC.; Simões, MR., Pereira M., Gameiro, S., Quartilho, MJ., Rijo, D., Carona, C. & Paredes, T., (2006)- Estudos psicométricos do instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-Bref) para português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*. 27:1 (2006) 41-49.
- Vecchia, R. D., Ruiz, T., Bocchi, S. C. M., & Corrente, J. E. (2005). Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjetivo. *Rev. bras. epidemiol*, 8(3), 246-252.
- Vitorino, L. M., Paskulin, L. M. G., & Vianna, L. A. C. (2013). Qualidade de vida de idosos da comunidade e de instituições de longa permanência: estudo comparativo. *Revista Latino americana de Enfermagem*, 21, 1-9.
- Walters, K., Breeze, E., Wilkinson, P., Price, G. M., Bulpitt, C. J., & Fletcher, A. (2004). Local area deprivation and urban–rural differences in anxiety and depression among people older than 75 years in Britain. *American Journal of Public Health*, 94(10), 1768-1774.
- Weyerer, S., Eifflaender-Gorfer, S., Köhler, L., Jessen, F., Maier, W., Fuchs, A., & Bickel, H. (2008). Prevalence and risk factors for depression in non-demented primary care attenders aged 75 years and older. *Journal of affective disorders*, 111(2), 153-163.
- Whitbourne, S. K. (2005). *Adult development and aging: Biopsychosocial perspectives*. N.J.:Wiley.
- WHO (World Health Organization), (2012). Health statistics and health information systems, Definition of an older or elderly person. Geneva. Acedido a 23 de maio de 2014, em www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/
- WHO (World Health Organization), (2010). *Global recommendations on physical activity for health*. World Health Organization, Geneva. Acedido a 23 de maio de 2014, em http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_recommendations/en/
- WHO (World Health Organization), (2010). *World health statistics 2010*. World Health Organization.

- WHO (World Health Organization), (2002), *Active Ageing: A Policy Framework*, Geneva, World Health Organization. Acedido a 23 de maio de 2014, em www.who.int/ageing/publications/active/en/
- WHO (World Health Organization), (1993). *International statistical classification of diseases and related health problems*. 10th revised edition .Geneva: World Health Organization. <http://www.who.int/classifications/icd/en/grnbook.pdf>
- WHO World Health Organization. Ageing, & Life Course Unit. (2008). *WHO global report on falls prevention in older age*. World Health Organization.
- WHOQoL Group. (1995). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social science & medicine*, 41(10), 1403-1409.
- WHOQoL Group (1994). Development of the WHOQOL: rationale and current status *International Journal of Mental Health*, 23(3), pp.24-56.
- Wilson, S., & Argyropoulos, S. (2005). Antidepressants and sleep. *Drugs*, 65(7), 927-947.
- Wisniewski, W., Metz, H., & Bijur, P. E. (1989). Hierarchy of characteristics associated with depressive symptoms in an urban elderly sample. *The American Journal of Psychiatry*, 146(2), 220-225.
- Wittchen, H. U., Jacobi, F., Rehm, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Jönsson, B., & Steinhausen, H. C. (2011). The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology*, 21(9), 655-679.
- Zagher, M., Pierezan, P., & Claudino, R. (2009). Avaliação da qualidade de vida nos profissionais de saúde que prestam assistência a pacientes geriátricos. *Revista Digital–Buenos Aires: efdeportes. com*, 135.
- Zimmerman, G. I. *Velhice: aspectos biopsicossociais*.(2000). Porto Alegre: Artmed.
- Zunzunegui, M. V., Beland, F., Llacer, A., & Leon, V. (1998). Gender differences in depressive symptoms among Spanish elderly. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33(5), 195-205.

ANEXOS

ANEXO 1

Protocolo de investigação

ANEXO 2

Autorização para utilização do questionário WHOQoL-Bref

ANEXO 3

Declaração / Consentimento da instituição

ANEXO 4

Consentimento informado dos participantes

Anexo 1

Protocolo de investigação



Codificação indivíduo

Data: - -

Hora de início: :

ID do Inquiridor:

SÓCIO-DEMOGRÁFICO:

1. Sexo: Feminino Masculino

2. Em que ano nasceu?

3. Qual é o seu estado civil? Solteiro Casado / União de facto Separado / Divorciado Viúvo

4. Que estudos completou? anos completos

- Analfabeto 1º a 4º anos 7º a 9º anos Estudos univ. / form. pós-grad.
 Sabe ler e/ou escrever 5º a 6º anos 10º a 12º anos

5. Qual a sua profissão?
(principal)

6. Onde nasceu?
(Distrito)

7. Migrou? Não Sim

Se migrou, especifique
(Distrito, País)

8. Duração da residência atual: anos



SAÚDE:

9. **CONTENÇÃO FÍSICA OBSERVÁVEL** Não Sim

Vamos falar agora da sua saúde.

10a. Como **avalia** a sua saúde?

Muito Má Má Nem má nem boa Boa Muito boa

10b. Até que ponto está **satisfeito(a)** com a sua saúde?

Muito insatisfeito Insatisfeito Nem satisfeito nem insatisfeito Satisfeito Muito satisfeito

10c. Se **saúde** "Nem boa nem má", "Nem satisfeito nem insatisfeito", **considera isso negativo ou positivo?**

Negativo Positivo

10d. Diga-me, agora, qual das seguintes opções **contribui mais para a sua saúde?**

- Não ter/ter poucas Dores
- Ter Autonomia/não depender de outros
- Dormir bem
- Estar bem
- Ter Energia/força
- Outro (especifique):

11a. Está atualmente doente? Não Sim

Se respondeu Não, passe para a Questão 12

11b. Que doença(s) é que tem?

Doença	Há quanto tempo tem essa doença?
<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> anos
<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> anos
<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> anos
<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> anos



COGNIÇÃO (MMS)

Vou fazer-lhe agora outras perguntas.

Orientação temporal

65. Em que ano estamos? certo errado N/S N/R
66. Em que mês estamos? certo errado N/S N/R
67. Quantos são hoje (dia do mês)? certo errado N/S N/R
68. Em que estação do ano estamos? certo errado N/S N/R
69. Que dia da semana é hoje? certo errado N/S N/R

Orientação espacial

70. Como se chama o nosso país? certo errado N/S N/R
71. Em que distrito vive? certo errado N/S N/R
72. Em que terra vive? certo errado N/S N/R
73. Como se chama esta casa? certo errado N/S N/R
74. Em que andar estamos? certo errado N/S N/R

Retenção

Agora vou dizer-lhe 3 palavras. Quería que as repetisse e que procurasse decorá-las, porque dentro de alguns minutos vou pedir-lhe que me diga essas 3 palavras. As palavras são: **Pêra, Gato, Bola**. Repita as 3 palavras. Repetir todas as palavras até serem totalmente aprendidas, num máximo de 6 tentativas. Se as palavras não forem aprendidas não se pode fazer a Evocação.

75. Pêra certo errado N/S N/R
76. Gato certo errado N/S N/R
77. Bola certo errado N/S N/R

Atenção e cálculo

Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e que ao número encontrado volte a subtrair 3, até eu lhe dizer para parar.

Parar ao fim de 5 respostas. Se fizer um erro na subtração, mas continuar a subtrair correctamente a partir do erro, conta-se como um único erro.

78. 1º cálculo certo errado N/S N/R
79. 2º cálculo certo errado N/S N/R
80. 3º cálculo certo errado N/S N/R
81. 4º cálculo certo errado N/S N/R
82. 5º cálculo certo errado N/S N/R



Se o sujeito for analfabeto e errar em mais de que 3 questões do cálculo anterior, realizar este teste.

Vou dizer-lhe 3 números e queria que me dissesse esses 3 números, mas ao contrário, isto é do último para o primeiro. Os números são: 5 9 2

83. 1ª resposta certo errado N/S N/R

84. 2ª resposta certo errado N/S N/R

85. 3ª resposta certo errado N/S N/R

Evocação

Agora veja se me consegue dizer quais foram as 3 palavras que lhe pedi há pouco para decorar.

Só se efectua se o sujeito tiver aprendido as 3 palavras da prova de retenção.

86. Péra certo errado N/S N/R

87. Gato certo errado N/S N/R

88. Bola certo errado N/S N/R

Nomeação

Como se chama isto?

89. Relógio certo errado N/S N/R

90. Lápis certo errado N/S N/R

Repetição frase

91. Repita a frase: "O rato rói a rolha" certo errado N/S N/R

Compreensão verbal

Vou dar-lhe uma folha de papel. Quando eu lhe entregar o papel (entregar o papel com ambas as mãos): pegue nele com a sua mão direita, dobre-o ao meio e coloque-o sobre a mesa.

92. Mão direita certo errado N/S N/A

93. Dobrar ao meio certo errado N/S N/A

94. Colocar sobre a mesa certo errado N/S N/A

Compreensão leitura

95. Leia e cumpra o que diz neste cartão* (mostrar a frase num cartão). Se o sujeito for analfabeto o examinador deverá ler-lhe a frase.

certo errado N/S N/A

Escrever frase

96. Escreva uma frase. Deverá ter sujeito, verbo e ter sentido. Erros gramaticais e troca de letras não contam.

certo errado N/S N/A

Fazer desenho

97. Copie o desenho que lhe vou mostrar* (mostrar o desenho num cartão). Devem estar presentes os 10 ângulos e 2 deles devem estar intersectados. Tremor e erros de rotação não contam.

certo errado N/S N/A



ID

ADENDA

96. Escrever frase.

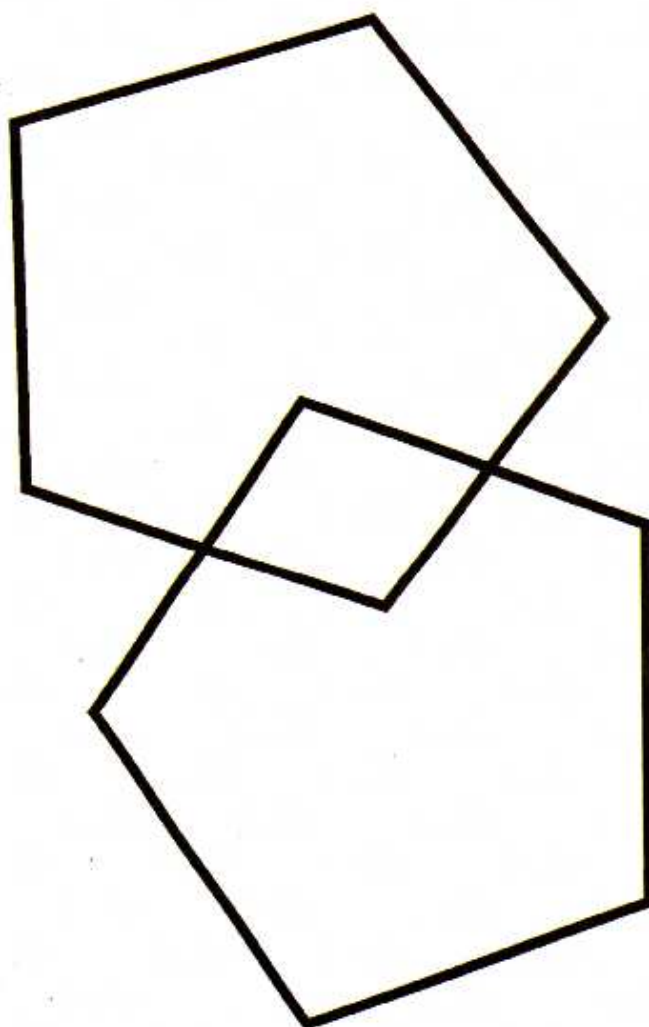
[Empty box for writing a sentence]

97. Fazer desenho.

[Empty box for drawing]

ADENDA

Feche os olhos





QUALIDADE DE VIDA (WHOQoL-BREF)

Este questionário procura conhecer a sua qualidade de vida, saúde, e outras áreas da sua vida. Peço-lhe para responder a todas as perguntas. Se não tiver a certeza da resposta a dar a uma pergunta, escolha a que lhe parecer mais apropriada. Esta pode muitas vezes ser a resposta que lhe vier primeiro à cabeça. Pedimos-lhe que tenha em conta a sua vida nas 2 últimas semanas.

98. Como avalia a sua qualidade de vida (QV)?

- | | | | | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Muito Má | Má | Nem má nem boa | Boa | Muito boa |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

99. Se QV "Nem boa nem má", "Nem satisfeito nem insatisfeito", considera isso negativo ou positivo?

- Negativo Positivo

As perguntas que se seguem são para ver até que ponto sentiu certas coisas nas 2 últimas semanas

	Nada	Pouco	Nem muito nem pouco	Muito	Muitíssimo
100. Em que medida as suas dores (físicas) o(a) impedem de fazer o que precisa de fazer?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
101. Em que medida precisa de cuidados médicos para fazer a sua vida diária?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
102. Até que ponto gosta da vida?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
103. Em que medida sente que a sua vida tem sentido?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
104. Até que ponto se consegue concentrar?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
105. Em que medida se sente em segurança no seu dia a dia?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
106. Em que medida é saudável o seu ambiente físico?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

As seguintes perguntas são para ver até que ponto experimentou ou foi capaz de fazer certas coisas nas 2 últimas semanas

	Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
107. Tem energia suficiente para a sua vida diária?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
108. É capaz de aceitar a sua aparência física?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
109. Tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
110. Até que ponto tem fácil acesso às informações necessárias para organizar a sua vida diária?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
111. Em que medida tem oportunidade para realizar atividades de lazer (se entreter)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



112. Como avaliaria a sua mobilidade (capacidade para se movimentar e deslocar por si próprio)?

Muito Má Má Nem má nem boa Boa Muito boa

As perguntas que se seguem destinam-se a avaliar se sentiu bem ou satisfeito(a) em relação a vários aspectos da sua vida nas 2 últimas semanas

	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
113. Até que ponto está satisfeito(a) com o seu sono?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
114. Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade para desempenhar as actividades do seu dia a dia?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
115. Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade de trabalho?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
116. Até que ponto está satisfeito(a) consigo próprio?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
117. Até que ponto está satisfeito(a) com as suas relações pessoais?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
118. Até que ponto está satisfeito(a) com a sua vida sexual?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
119. Até que ponto está satisfeito(a) com o apoio que recebe dos seus amigos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
120. Até que ponto está satisfeito(a) com as condições do lugar em que vive?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
121. Até que ponto está satisfeito(a) com o acesso que tem aos serviços de saúde?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
122. Até que ponto está satisfeito(a) com os transportes que utiliza?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Estamos quase a finalizar este questionário, mas antes de terminar gostaríamos de saber como se sente (ao nível das suas emoções) no seu dia-a-dia.

123. Com que frequência tem sentimentos negativos tais como tristeza, desespero, ansiedade ou depressão?

Nunca Poucas vezes Algumas vezes Frequentemente Sempre



DEPRESSÃO (GDS15)

124. Está **satisfeito(a) com a sua vida?** Não Sim
125. Põe de lado muitas das suas **actividades e interesses?** Não Sim
126. Sente a sua **vida vazia?** Não Sim
127. Fica muitas vezes **aborrecido(a)?** Não Sim
128. **Está bem disposto(a)** a maior parte do tempo? Não Sim
129. Tem **medo** que lhe vá acontecer alguma coisa de mal? Não Sim
130. **Sente-se feliz** a maior parte do tempo? Não Sim
131. **Sente-se** muitas vezes **desamparado(a)?** Não Sim
132. **Prefere ficar** no Lar, em vez de **sair e fazer coisas novas?** Não Sim
133. Acha que tem mais **problemas de memória** do que as outras pessoas? Não Sim
134. Pensa que é **bom estar vivo(a)?** Não Sim
135. Sente-se **inútil?** Não Sim
136. Sente-se **chelo(a) de energia?** Não Sim
137. Sente que para si **não há esperança?** Não Sim
138. Pensa que a situação da maioria **das pessoas é melhor do que a sua?** Não Sim
139. Este questionário foi preenchido,
- Respondeu autonomamente
 - Com ajuda de cuidador
 - Com ajuda de familiar
 - Com ajuda de cuidador e familiar

Hora de fim: :

Anexo 2

Autorização para utilização do questionário WHOQoL-Bref

FORMULÁRIO WHOQOL *

Centro Português da Organização Mundial de Saúde (OMS) para Avaliação da Qualidade de Vida

1. Instrumento

WHOQOL - 100 WHOQOL - brief

2. Identificação do Estudo/Projecto

SERIA: Geriatric Study in Portugal on Health Effects of Air Quality in Elderly Care Centers

3. Identificação do Investigador Responsável ou

[para alunos] Orientador/supervisor de projecto/tese

Nome: João Paulo Teixeira

Morada: Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge - Departamento de Saúde Ambiental
Rua Alexandre Herculano, 321, 4000-055 Porto

Telefone: 223401140

E-mail: joao12@icivil.upi.pt

4. Identificação dos elementos da equipa do projecto

Ana Mendes (INSA), Maria do Carmo Proença (INSA), Amália Botelho (FCM-UNL), Nuno Beuportch (FCM-UNL), Patrão Patrício (FCM-UNL), Pedro Martins (FCM-UNL), João Vargas (UNEC), Daniel Afenol (FCM-UNL).

5. Objectivos do Projecto

- Monitorizar a qualidade do ar interior em lares da 3ª idade;
- Analisar o impacto das condições ambientais interiores na saúde e qualidade de vida dos idosos;
- Propor medidas de melhoria da Qualidade do Ar Interior e Ventilação para a promoção da saúde e qualidade de vida dos idosos.

6. Dados Metodológicos

5.1. Tipo de população

Idosos residentes em lares da 3ª idade no Porto e em Lisboa (exclusão dos casos de demência)

5.2. Tamanho da amostra

Porto n=169

Lisboa n=145

5.3. Bateria de avaliação (outros instrumentos)

St. George's Respiratory Questionnaire (SGRQ)

Burden of Obstructive Lung Disease (BOLD)

WHOQOL-Old

Data: Porto, 24 de Abril de 2012

Assinatura:

* Enviar para: joanapaulo@icivil.upi.pt

Ou Professora Doutora Maria Cristina Sousa Carneiro
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra
Rua do Colégio Novo - Apartado 6153
3001-802 Coimbra

Forwarded message -----

From: Sofia Gameiro <sgameiro@fcoe.uc.pt>
Date: 2012-04-30 14:38 GMT+01:00
Subject: [WHOQOL-bref] Envio de material
To: asestevao@gmail.com

Cara Dra. Ana Mendes,

Em anexo envio o material relativo ao WHOQOL-bref, nomeadamente:
- a versão para português de Portugal do instrumento WHOQOL-bref
- manual de aplicação e cotação
- sintaxe para utilização no pacote estatístico SPSS

Não é necessário pedir mais nenhuma autorização para usar o WHOQOL.

Na nossa página <http://www.fcoe.uc.pt/saude/whogolbref.htm> poderá encontrar indicação de bibliografia sobre a versão portuguesa do WHOQOL-Bref. Informação adicional poderá ser encontrada em <http://www.fcoe.uc.pt/saude/qv.htm>.

Os estudos realizados pelo Grupo Português de Avaliação da Qualidade de Vida estão compilados no livro
Mária Cristina Canavarro e Adriano Vaz Serra (2011). Qualidade de vida e saúde: Uma abordagem na perspectiva da Organização Mundial de Saúde. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

O Grupo Português de Avaliação da Qualidade de Vida agradecia se pudesse, após realização do trabalho/investigação a que se propõe, disponibilizar um resumo dos resultados obtidos.

Com os melhores cumprimentos,

P'lo Grupo Português de Avaliação da Qualidade de Vida

Sofia Gameiro

-

Sofia Gameiro, PhD
sgameiro@fcoe.uc.pt

Post-doc Fellow in Health Psychology

Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação
Universidade de Coimbra
Rua do Colégio Novo, Apartado 6153
3001-802 COIMBRA
telf [239 851450](tel:239851450) / fax [239 851465](tel:239851465)
<http://www.fcoe.uc.pt/saude/>

and

Cardiff Fertility Studies Research Group
School of Psychology, Cardiff University, U.K.
Tower Block, Park Place, Cardiff
CF10 3AT
<http://www.cardiff.ac.uk/psych/home2/fertilivstudies>

Anexo 3

Declaração / Consentimento da instituição



Declaração / Consentimento

Eu, _____, Diretor(a) Técnico
da Instituição _____,
autorizo voluntariamente a realização do estudo "GERIA – Estudo Geriátrico dos Efeitos na
Saúde da Qualidade do Ar Interior em Lares da 3ª Idade de Portugal" e declaro que fui
informado:

- do objectivo deste projeto;
- que em qualquer momento da sua realização poderei retirar esta autorização;
- que os registos dos resultados poderão ser consultados pelos responsáveis
científicos do projeto de investigação e ser objeto de publicação, mas os dados de
carácter institucional/pessoal serão, sempre, considerados estritamente
confidenciais.

_____ de _____ de 2013

Assinatura: _____

Anexo 4

Consentimento informado dos participantes

