

SÍLVIA MARGARIDA BARROS ALVES MARINHO

O SUPORTE SOCIAL E A DEPRESSÃO NO IDOSO

UNIVERSIDADE FERNANDO PESSOA

FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS

PORTO, 2010

SÍLVIA MARGARIDA BARROS ALVES MARINHO

O SUPORTE SOCIAL E A DEPRESSÃO NO IDOSO

UNIVERSIDADE FERNANDO PESSOA

FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS

PORTO, 2010

SÍLVIA MARGARIDA BARROS ALVES MARINHO

O SUPORTE SOCIAL E A DEPRESSÃO NO IDOSO

Dissertação de Mestrado apresentada por
Sílvia Margarida Barros Alves Marinho à
Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da
Universidade Fernando Pessoa como parte dos
requisitos para a obtenção do grau de Mestre em
Psicologia Clínica e da Saúde, sob orientação do
Professor Doutor Milton Madeira.

Sílvia Margarida Barros Alves Marinho

RESUMO

Este estudo exploratório pretende identificar e analisar a relação entre duas variáveis fundamentais, a Satisfação com o Suporte Social e a Depressão em idosos institucionalizados. Langford e seus colaboradores (1997, citado por Rodrigues & Madeira, 2009) concluíram que à medida que o nível do suporte social do cônjuge e da família aumenta, a prevalência dos transtornos de humor diminuem. Neste sentido, foi aplicado o *Mini-Mental State Examination* (MMSE) a uma amostra inicial de 30 idosos institucionalizados, que culminou numa amostra definitiva, composta por 20 idosos sem défice cognitivo (verificado através do ponto de corte do MMSE), sem deficiência visual e/ou auditiva a qual foi constituída por 14(70%) idosos do género feminino e 6(30%) do género masculino, com idades variando entre os 65 e os 89 anos de idade ($M = 79,3$; $D.P. = 6,05$). Esta amostra foi recolhida no Lar D. Joaquina Leite Lage da Santa Casa da Misericórdia de Fafe, entre Fevereiro e Junho de 2009. Foram aplicados um Questionário Sócio-Demográfico, a Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) e a Escala de Depressão Geriátrica (EDG) para testar uma hipótese geral quanto à relação entre a Satisfação com o Suporte Social e a Depressão, e duas hipóteses específicas quanto às relações entre as variáveis Sócio-Demográficas, por um lado, e as duas variáveis principais, por outro.

Os principais resultados obtidos para a H1 evidenciaram a existência de uma relação parcialmente inversa entre as variáveis Satisfação com o Suporte Social e a Depressão em idosos institucionalizados ($p < 0,05$), sendo o Factor 2 (Intimidade) da variável Satisfação com o Suporte Social determinante entre estas variáveis. Quanto às hipóteses específicas, esta verificaram-se parcialmente, isto é, para a H1.1, o Factor 3 (Satisfação com a Família) para a variável Género e os Factores 2 (Intimidade) e 3 (Satisfação com a Família) para a variável Comprometimento Conjugal têm um papel relevante na Satisfação com o Suporte Social; e para a H1.2, a variável Comprometimento Conjugal tem um papel relevante na Depressão. Considerando o papel importante que a satisfação com o suporte social tem para evitar o desenvolvimento de episódios depressivos, assim como na recuperação de uma situação depressiva, parece essencial uma intervenção psicossocial adequada ao idoso institucionalizado, fomentando as relações familiares, de intimidade e de comprometimento conjugal de modo a evitar o agravamento da situação própria da depressão geriátrica que no limite pode levar ao suicídio do idoso.

Palavras-Chave: Envelhecimento, Idoso, Institucionalização, Suporte Social, Depressão Geriátrica

ABSTRACT

This explanatory study intends to identify and analyse the relation between two essential variables, Social Support Satisfaction and Depression in institutionalized elders. Langford and his collaborators (1997, quoted by Rodrigues & Madeira, 2009) concluded that as the level of the spouse and family's social support increases, the prevalence of mood swings decreases. Considering this, the *Mini-Mental State Examination* (MMSE) was applied to a starting sample of 30 institutionalized elderly, which ended up in a definite sample of 20 elderly with no cognitive deficit (verified using the cutting point of the MMSE), with no visual and/or hearing deficiency which consisted of 14(70%) female elders and 6(30%) of male elders, between 65 and 89 years old ($M = 79,3$; $D.P. = 6,05$). This sample was taken at the D. Joaquina Leite Lage Nursing Home of the Santa Casa da Misericórdia in Fafe between February and June 2009. We used a Social-Demographic Questionnaire, the Satisfaction Scale with Social Support (ESSS) and the Geriatric Depression Scale (EDG) to test a general hypothesis as to the relation between Satisfaction with Social Support and Depression, and two specific hypotheses as to the relations between the Social-Demographic variables and as to the main variables.

The main results obtained for H1 highlighted the existence of a partially reversed relation between the variables Satisfaction with Social Support and Depression in institutionalized elders ($p < 0,05$), showing that Factor 2 (Intimacy) of the variable Satisfaction with Social Support as determinant in these two variables. As to the specific hypotheses, they were partially present, meaning that, for H1.1, Factor 3 (Satisfaction with Family) to the Social-Demographic variable Gender and Factors 2 (Intimacy) and 3 (Satisfaction with Family) to the Social-Demographic variable Commitment to Spouse have a significant role in Depression. Considering the important role that social support plays in avoiding the development of depressive episodes, as well as in the recovery of a depressive state, it seems essential to have an adequate psycho-social intervention for the institutionalized elderly, developing family relationships, intimacy and commitment to spouses as to prevent the escalation of a situation of geriatric depression which can, in an extreme, lead to the elder's suicide.

Key-Words: Ageing, Elder, Institucionalization, Social Support, Geriatric Depression

RÉSUMÉ

Cette étude exploratrice consiste à identifier et à analyser la relation entre deux variables fondamentales, la Satisfaction vis-à-vis du Soutien Social et la Dépression qui touche les personnes âgées vivant en institutions. Langford et ses collaborateurs (1997, cité par Rodrigues & Madeira, 2009) ont conclu que, au fur et à mesure que le soutien social du conjoint et de la famille augmente, les contrariétés affectives diminuent. Ainsi a-t-on appliqué le *Mini-Mental State Examination* (MMSE) à un ensemble de 30 personnes âgées vivant dans une institution, aboutissant ensuite à la sélection définitive de 20 personnes ne portant pas de déficience cognitive, visuelle et/ou auditive (vérifié à travers les seuils statistiques du MMSE), et qui est composée de 14(70%) femmes et 6(30%) hommes, âgés entre 65 et 89 ans ($M = 79,3$; $E.T. = 6,05$). Cette sélection a été effectuée au sein de la Maison de Retraite D. Joaquina Leite Lage de la Santa Casa da Misericórdia de Fafe, entre le mois de février et le mois de juin de l'année 2009. Un Questionnaire Socio-Démographique, l'Échelle de Satisfaction vis-à-vis du Soutien Social (ESSS) et l'Échelle de Dépression Gériatrique (EDG) ont été utilisés pour vérifier une hypothèse générale quant à la relation entre la satisfaction vis-à-vis du soutien social et la dépression, puis deux hypothèses spécifiques quant aux relations entre les variables Socio-Démographiques d'un côté, et les deux variables principales de l'autre.

Les principaux résultats obtenus pour la H1 mettent en évidence l'existence d'une relation partiellement inverse entre les variables Satisfaction vis-à-vis du Soutien Social et Dépression chez les personnes âgées vivant en institutions ($p < 0,05$), le facteur 2 (Intimité) de la variable Satisfaction vis-à-vis du Soutien Social étant déterminant entre ces variables. Quant aux hypothèses spécifiques, celles-ci se sont révélées partiellement. Pour l'hypothèse H1.1, le Facteur 3 (Satisfaction vis-à-vis de la Famille), pour la variable Genre, et les Facteurs 2 (Intimité) et 3 (Satisfaction vis-à-vis de la Famille), pour la variable Compromis Conjugal, jouent un rôle important dans la Satisfaction vis-à-vis du Soutien Social. Pour la H1.2, la variable Compromis Conjugal joue un rôle déterminant dans la Dépression. Étant donné que la satisfaction vis-à-vis du soutien social est fondamentale pour éviter le développement d'épisodes dépressifs et aider à la récupération d'une dépression, une intervention psychosociale adaptée aux personnes âgées vivant en institutions s'avère donc essentielle. Il faut encourager les relations familiales, d'intimité et de compromis conjugal, afin d'éviter l'aggravation de la dépression gériatrique qui peut mener au suicide

Mots-Clef: Vieillissement, Personne Âgée, Institutionnalisation, Soutien Social, Dépression Gériatrique

PENSAMENTO

O tempo que gastaste com a tua rosa é que a fez ser tão importante.

(Saint-Exupéry, 1943)

DEDICATÓRIA

*Dedico este trabalho aos meus pais, aos meus irmãos e ao meu namorado,
por estarem sempre do meu lado.*

Obrigada por tudo!

AGRADECIMENTOS

À Santa Casa da Misericórdia de Fafe pelo excelente acolhimento, e à Dra. Isabel Araújo, pela disponibilidade, pela compreensão e pelo carinho prestado. Obrigada pelas nossas longas conversas que me fizeram aprender e crescer como Psicóloga mas, acima de tudo, como Pessoa. Jamais será esquecida!

E muito em particular, a todos os idosos da Santa Casa da Misericórdia que aceitaram participar neste estudo, pela sua disponibilidade, colaboração e principalmente, pela dedicação do seu tão precioso tempo.

Ao Professor Doutor Milton Madeira, Orientador de Estágio e de Dissertação de Mestrado, pelo acompanhamento, ensinamento, exigência, paciência constante mas, sobretudo pela amizade. Não podendo jamais esquecer a Professora Doutora Ana Gomes, que me orientou e ajudou a dar os primeiros passos nesta árdua caminhada.

Aos meus pais, Arminda e Carlos, pelo apoio constante, sincero e indispensável ao longo de toda a minha vida.

Aos meus irmãos, Filipe e Miguel, pelo apoio íntegro e único que sempre depositaram em mim. Pelo exemplo de coragem e de luta pela felicidade, sem nunca desistir.

Ao meu namorado Carlos, pelo apoio, carinho, cumplicidade... Sei que sempre acreditaste em mim e que sempre estiveste ao meu lado nos momentos de alegria, mas também nos momentos de tristeza. Obrigada pelo orgulho que sentes por mim! Espero nunca te decepcionar...

Sem esquecer, aos meus avós Isaura e João, sei que onde quer que estejam, vão sentir-se orgulhosos de mim, por todo este percurso percorrido e pela meta alcançada. À minha avó Júlia, pelo exemplo de crescimento pessoal e de sabedoria demonstrados nesta fase maravilhosa da vida.

Aos meus sempre pequeninos, Beatriz e Miguel, por enriquecerem a minha vida de sorrisos.

À minha cunhada, Estefânia, pela amizade sincera.

À minha madrinha, Margarida, pelo apoio incondicional ao longo deste percurso, e pela pessoa maravilhosa e exemplar que é.

À minha prima Francisca, pelos momentos de ausência nas tuas brincadeiras.

À minha prima Nádia, que foi essencial nesta longa caminhada.

À minha amiga Joana e à minha prima Carina, pelas traduções, pois a vossa ajuda foi fundamental para a concretização deste trabalho.

À Bárbara, pela amizade sincera, pelos bons e maus momentos partilhados ao longo de todo o percurso académico.

À Cidália e à Celina, amigas de toda a vida e para toda a vida, que apesar da distância, sempre acreditaram em mim.

A todos aqueles que directa ou indirectamente estiveram envolvidos na elaboração desta Dissertação de Mestrado, mas que apesar de não serem mencionados, tiveram uma grande importância para que eu cada dia pudesse “crescer” um bocadinho mais.

A Todos os que me Ajudaram a Tornar este Sonho em Realidade,

o meu Muito Obrigada!

ÍNDICE

RESUMO	I
ABSTRACT	II
RÉSUMÉ	III
PENSAMENTO	IV
DEDICATÓRIA	V
AGRADECIMENTOS	VI
INTRODUÇÃO	1
PARTE I – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	
CAPITULO I – ENVELHECIMENTO	4
1.1. Importância do Envelhecimento Global	4
1.2. Envelhecimento Humano	6
1.3. Terceira Idade: Cultura e Sociedade	10
1.4. Institucionalização do Idoso	14
1.4.1. Papel da Família na Institucionalização	16
CAPITULO II – SUPORTE SOCIAL NO IDOSO	18
2.1. Denominação, Caracterização e Fontes do Suporte Social	18
2.2. Suporte Social na Saúde e na Doença	23
2.3. Suporte Social no Idoso	26
CAPITULO III – DEPRESSÃO NO IDOSO	34
3.1. Definição e Caracterização da Depressão	34
3.2. Depressão no Idoso	36
3.3. O Suporte Social e a Depressão no Idoso	45

PARTE II – INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA	
CAPÍTULO IV – MÉTODO	50
4.1. Objectivos do Estudo	50
4.2. Hipóteses do Estudo	50
4.3. Variáveis do Estudo	51
4.4. Participantes	51
4.5. Materiais e Instrumentos	59
4.5.1. Escala de Satisfação com o Suporte Social	59
4.5.2. Escala da Depressão Geriátrica	61
4.5.3. <i>Mini-Mental State Examination</i>	63
4.5.4. Questionário Sócio-Demográfico	64
4.6. Procedimento	65
CAPÍTULO V – RESULTADOS	68
5.1. Levantamento dos Dados	68
5.2. Tratamento Estatístico dos Dados	71
5.3. Análise e Interpretação dos Resultados	71
5.3.1. A Relação entre a Satisfação com o Suporte Social e a Depressão: Análise e Interpretação da Hipótese H1	72
5.3.2. A Relação entre a Satisfação com o Suporte Social e as Variáveis Sócio-Demográficas: Análise e Interpretação da Hipótese Específica H1.1	76
5.3.3. A Relação entre a Depressão e as Variáveis Sócio-Demográficas: Análise e Interpretação da Hipótese H1.2	83
5.4. Limitações e Sugestões do Estudo	87
5.4.1. Limitações do Estudo	87
5.4.2. Sugestões do Estudo	89
CONCLUSÃO	90
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	92

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Distribuição dos Elementos da Amostra Inicial segundo o <i>Género</i>	52
Quadro 2 – Distribuição dos Elementos da Amostra Definitiva segundo o <i>Género</i>	53
Quadro 3 – Distribuição dos Participantes segundo o <i>Estatuto Profissional</i>	56
Quadro 4 – Frequência de Sujeitos por Níveis das Variáveis <i>Satisfação com o Suporte Social (ESSS – CL) e Depressão (EDG)</i>	72
Quadro 5 – Correlação de <i>Spearman</i> entre as variáveis <i>Satisfação com o Suporte Social (ESSS) e a Depressão (EDG)</i>	74
Quadro 6 – Teste <i>U de Mann-Whitney</i> para a variável <i>Satisfação com o Suporte Social (ESSS) e o Género</i>	77
Quadro 7 – Correlação de <i>Spearman</i> entre as variáveis <i>Satisfação com o Suporte Social (ESSS) e a Idade</i>	78
Quadro 8 – Teste <i>U de Mann-Whitney</i> para as variáveis <i>Satisfação com o Suporte Social (ESSS) e o Comprometimento Conjugal</i>	79
Quadro 9 – Teste <i>U de Mann-Whitney</i> para as variáveis <i>Satisfação com o Suporte Social e a Descendência</i>	80
Quadro 10 – Teste <i>U de Mann-Whitney</i> para as variáveis <i>Satisfação com o Suporte Social e a Ocupação dos Tempos Livres</i>	82
Quadro 11 – Teste de <i>Fisher</i> e Teste de <i>McNemar</i> para a variável <i>Depressão</i> e as variáveis Sócio-Demográficas: <i>Género, Comprometimento Conjugal, Escolaridade, Descendência e Ocupação dos Tempos Livres</i>	84
Quadro 12 – Correlação de <i>Spearman</i> entre as variáveis <i>Depressão e Idade</i>	85

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Frequência de Participantes segundo a Faixa Etária	53
Figura 2 – Frequência de Participantes segundo o Estado Civil	54
Figura 3 – Frequência de Participantes segundo a Escolaridade	54
Figura 4 – Frequência de Participantes segundo o Número de Anos de Estudo	55
Figura 5 – Frequência de Participantes segundo a Profissão	55
Figura 6 – Frequência de Participantes segundo a Descendência	56
Figura 7 – Frequência de Participantes segundo o Número de Filhos	57
Figura 8 – Frequência de Participantes que frequentam as Religiões Católica e Ortodoxa	57
Figura 9 – Frequência de Participantes segundo a Prática Religiosa	58
Figura 10 – Frequência de Participantes segundo a Ocupação dos Tempos Livres	58

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo A – Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS)

Anexo B – Escala de Depressão Geriátrica (EDG)

Anexo C – *Mini-Mental State Examination* (MMSE)

Anexo D – Questionário Sócio-Demográfico

Anexo E – Apresentação e Consentimento Informado dos Participantes

Anexo F – Solicitação de Uso e Autorização do Autor da Escala de Satisfação com o Suporte Social

Anexo G – Solicitação de Uso e Autorização de um dos Autores da Escala de Depressão Geriátrica

Anexo H – Pedido de Recolha de Dados e Autorização da Recolha da Provedora da Santa Casa da Misericórdia de Fafe

Anexo I – Grelha de Correção da Escala de Satisfação com o Suporte Social

Anexo J – Grelha de Correção da Escala de Depressão Geriátrica

Anexo L – Matriz Geral de Dados dos Participantes Referentes às Variáveis

SIGLAS E ABREVIATURAS

INE – Departamento de Estatística Censitária e de População do Instituto Nacional de Estatística

OMS – Organização Mundial de Saúde

AVC – Acidente Vascular Cerebral

DSM-IV-TR – Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (4ª edição – revista)

APA – *American Psychiatric Association*

ESSS – Escala de Satisfação com o Suporte Social

EDG – Escala de Depressão Geriátrica

MMSE – *Mini-Mental State Examination*

GDS – *Geriatric Depression Scale*

HRSD – *Hamilton Rating Scale for Depression*

SDS – *Self-Rating Depression Scale*

ESSS-Total – Pontuação Total da Escala de Satisfação com o Suporte Social

ESSS-CL – Classificação Total da Escala de Satisfação com o Suporte Social

EDG-Total – Total da Escala de Depressão Geriátrica

SPSS – *Statistical Package for Social Science*

INTRODUÇÃO

Esta Dissertação surge no âmbito do Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde da Universidade Fernando Pessoa e, pretende identificar e analisar a relação entre a Satisfação com o Suporte Social e a Depressão na população idosa institucionalizada na Santa Casa da Misericórdia de Fafe, assim como fornecer dados empíricos que permitam sustentar uma futura intervenção nesta população.

A Gerontologia deriva do grego “gerôn” que significa geronto, ou velho, e “logia” que significa teoria. No século XX constitui-se como o estudo dos processos do envelhecimento. Esta ciência deriva de muitas outras, como a Biologia, a Psicologia, a Sociologia, a Filosofia entre outras, que somente em conjunto são capazes de explicar o conjunto de processos activos no processo de envelhecimento do Homem (Levet, 1995).

“O envelhecimento é um processo temporal, cuja base genética e ambiental potencia, positiva ou negativamente, os resultados finais em termos do modo como cada um envelhece” (Paúl, 2005a, p. 38).

Desta forma, o envelhecimento é considerado um fenómeno biológico, psicológico e social, sendo que este altera a relação do ser humano com a sua história, com o relacionamento com o mundo e com o tempo (Mesquita & Portella, 2004 citado por Frumi & Celich, 2006).

“O processo de envelhecimento faz parte integrante do desenvolvimento humano e é algo individual. Toda a pessoa que envelhece, envelhece de forma diferente do outro e a forma como se encara esse processo difere de cultura para cultura” (Rocha, 2007, p. 25).

Por outro lado, o suporte social pode se definir como sendo um conjunto de transacções ou trocas interpessoais/recursos fornecidos ou percebidos entre pelos menos dois indivíduos com o objectivo de melhorar o bem-estar de quem é beneficiário (Shumaker & Browenell, 1984 citado por Lunskey, 2008).

O interesse nesta temática reflecte-se pela crescente investigação na área, assim como pelo aumento do números de tratamentos e programas de intervenção que o uso do suporte social seja útil para a assistência terapêutica (Cohen & Syme, 1985).

As redes de suporte social não se restringem somente à família, mas também aos amigos, aos vizinhos e às instituições de apoio comunitário (Lin, 1986; Vaux, 1988).

Na população em geral, o suporte social é reconhecido como amortecedor da doença física e mental (Lunsky, 2008) mas, na população idosa, o suporte social é tido como fundamental no enfrentamento e adaptação a situações de crise, actuando positivamente na saúde (Cobb, 1976, citado por Roda & Moreno, 2001).

No que se refere à depressão, nos países desenvolvidos, esta atinge cerca de 20% da população, sendo considerada como a principal causa de incapacidade no que concerne às doenças psiquiátricas (Costa, 2005).

O quadro clínico da depressão no idoso é idêntico ao quadro clínico de outras idades, contudo é menos frequente o sentimento de culpa, e a incapacidade grave, e sendo mais frequente a agitação, os sintomas obsessivos, a hipocondria, e o medo de carência material (Santos, 2002).

O suporte familiar é muito importante para o evitamento do desenvolvimento da sintomatologia depressiva (Baptista *et al.*, 2006 citado por Rodrigues & Madeira, 2009), nomeadamente na população idosa.

Esta Dissertação de Mestrado encontra-se dividida em duas partes distintas. A primeira parte compreende a fundamentação teórica e é constituída pelos três primeiros capítulos; e a segunda parte compreende a investigação empírica e é constituída pelos dois últimos capítulos.

No Capítulo I (*Envelhecimento*) é introduzida a temática do Envelhecimento, abordando aspectos sobre a Importância do Envelhecimento Global, o Envelhecimento Humano, a Cultura e Sociedade na Terceira Idade e, por fim, a Institucionalização do Idoso, aprofundando o Papel da Família neste processo.

No Capítulo II (*Suporte Social no Idoso*) é analisada a temática do Suporte Social na população idosa, iniciando com uma definição e caracterização geral do Suporte Social apresentada na Denominação, Caracterização e Fontes do Suporte Social, para de seguida ser explanada a importância do Suporte Social nomeadamente na Saúde e na Doença em geral. Para terminar o capítulo, será apresentada a importância do Suporte Social no Idoso.

No Capítulo III (*Depressão no Idoso*) é feita uma exposição sobre a temática da depressão em geral, onde será apresentada a Definição e Caracterização da Depressão sendo apresentados, especificamente, os conteúdos referentes à Depressão no Idoso. O capítulo é finalizado com uma abordagem teórica sobre o Suporte Social e a Depressão no Idoso, onde são apresentados os efeitos do suporte social no idoso quando este apresenta sintomas de depressão.

No Capítulo IV (*Método*) é caracterizado o tipo de investigação assim como são referidos os Objectivos, as Hipóteses e as Variáveis do Estudo e, de seguida, o Método propriamente dito, incluindo os Participantes, os Materiais e os Procedimentos de Recolha de Dados.

No Capítulo V (*Resultados*) é feito o Levantamento dos Dados e respectivo Tratamento Estatístico dos Dados, assim como a Análise e Interpretação dos Resultados obtidos, confrontando-os com a literatura consultada. Apresentam-se ainda as Limitações do Estudo, descrevendo-se também algumas Sugestões exequíveis para futuros trabalhos de investigação.

Por fim, é feita uma Conclusão geral desta investigação da qual consta uma visão global de todo o trabalho realizado e uma visão crítica da revisão da literatura efectuada assim como dos resultados obtidos.

Esta Dissertação de Mestrado, para além de compreender a relação entre o Suporte Social e a Depressão no Idoso em contexto institucional, pretende também fornecer bases para futuros trabalhos de investigação, com o objectivo de proporcionar ganhos na qualidade de vida da população idosa institucionalizada, assim como na saúde física e mental desta população.

PARTE I – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

CAPITULO I – ENVELHECIMENTO

No início do século XX, nem 1% da população mundial tinha 65 anos ou mais e, actualmente, os números indicam que a população mundial é composta por 6,2% de idosos (com 65 anos ou mais). Prevê-se que em 2050, os idosos serão representados por um quinto da população mundial (Netto & Ponte, 2002).

O envelhecimento demográfico em Portugal, entre 1960 e 2001, teve um aumento de 140% da população com mais de 65 anos. No início dos anos 60 do século XX, a população idosa representava-se por 8% da população total, e 40 anos mais tarde, em 2001, passou para 16,4%, ou seja, mais que duplicou. A relação entre a população idosa e a população jovem – índice de envelhecimento – de 1960 para 2001, de 27,3% aumentou para 102,2% verificando-se actualmente, em Portugal, mais idosos do que crianças (Departamento de Estatística Censitária e de População do Instituto Nacional de Estatística [INE], 2002).

Existem duas grandes perspectivas de análise do envelhecimento: a perspectiva demográfica e a individual. Enquanto o envelhecimento demográfico determina o aumento da proporção dos idosos na população total, o envelhecimento individual determina o aumento da esperança de vida ou da longevidade (Moura, 2006).

1.1. Importância do Envelhecimento Global

Até ao início do século XX, predominavam mitos e estereótipos sobre o idoso influenciando a sociedade e comunidade académica. Priorizava-se estudos nas faixas etárias da infância e adolescência, e outros poucos comparando performance entre grupos de adultos e idosos, o que resultava na vinculação do envelhecimento à perda e involução no desenvolvimento (Cupertino, Rosa & Ribeiro, 2007, p. 81).

O envelhecimento demográfico traduz-se no aumento progressivo da proporção das pessoas idosas comparativamente à população total (INE, 2002).

Neste sentido, o envelhecimento demográfico é considerado como uma consequência directa do facto sócio-económico desencadeado pela industrialização-urbanização. Apesar de não ser um facto isolado, este encontra-se relacionado com outros fenómenos, como o casamento tardio, a redução da nupcialidade e ainda com a emancipação da mulher (Levet, 1995; Arroiteia & Cardoso, 2006).

Devido à quebra gradual dos nascimentos registados em Portugal e o aumento da esperança de vida, desde 1970 que o envelhecimento da população portuguesa tem sido alvo de uma grande preocupação e de estudo por inúmeros cientistas sociais (Arroiteia & Cardoso, 2006).

Segundo Arroiteia e Cardoso (2006), a conjugação dos baixos níveis de fecundidade com os baixos níveis da mortalidade estão na origem da diminuição da quebra de nascimentos, logo, leva à redução da população jovem e ao crescimento da população idosa. De há 40 anos para cá que este é um fenómeno visível, verificando-se as alterações demográficas representadas na pirâmide de idades em que deixou de ser triangular (sendo que a base indica o elevado índice de natalidade e o topo indica o índice de mortalidade), particular de um regime demográfico “jovem”, passando a apresentar um progressivo estreitamento da base, resultante de um baixo índice de natalidade e mortalidade, e do aumento da esperança de vida da população.

Existem dois tipos de envelhecimento: o de base (diminuição da percentagem de crianças e jovens) e o de topo (aumento significativo do número de idoso devido à maior esperança de vida). O envelhecimento traz consigo outro fenómeno também denominado pelo “envelhecimento feminino”, visto que as mulheres vivem em média mais anos do que os homens; assim, na Europa as mulheres vivem 7 anos em média a mais que os homens (Arroiteia & Cardoso, 2006; Moura, 2006). Este facto deve-se a factores genéticos mas também a factores sociais e ambientais pois as mulheres beneficiam mais deste aumento de expectativa de vida já que o homem assume mais riscos durante a vida (Arroiteia & Cardoso, 2006).

1.2. Envelhecimento Humano

Durante muito tempo, a nossa sociedade considerava o envelhecimento como um fenómeno patológico, resultado da acumulação de sequelas de doenças e de acidentes que decorriam ao longo da vida, e do próprio desgaste do organismo (Moniz, 2003).

O envelhecimento é algo difícil de definir, pois varia de pessoa para pessoa e ocorre a vários níveis (Santos, 2002; Pimentel 2005). A Biologia caracteriza o envelhecimento como sendo um fenómeno universal, natural e inevitável. Apesar disso, existem aspectos relacionados com o desenvolvimento psicológico, mental e social (Pimentel, 2005).

Dorot e Parot (2001) caracterizaram o envelhecimento como sendo o efeito normal da idade nas funções orgânicas e psicológicas e, que segundo as diferenças dos indivíduos e as suas funções, tende a uma redução das capacidades. Este declínio pode iniciar-se após a segunda década de vida.

Nesta linha de pensamento, Wickens (1998, citado por Vaz Serra, 2006) afirma que o envelhecimento ocorre quando o indivíduo começa a apresentar algum declínio, ou seja, quando atinge a maturidade na idade adulta. Ao contrário do que alguns autores afirmam, envelhecer não significa ficar com mais idade, pois as crianças e os adolescentes não envelhecem biologicamente, crescem sim em idade e em vigor físico e psíquico.

O envelhecimento é um fenómeno inevitável, inerente à própria vida, equivalente à fase final de um programa de desenvolvimento e diferenciação. É um processo irreversível de deterioração endógena das capacidades funcionais do organismo (Sousa, Figueiredo & Cerqueira, 2004).

O envelhecimento pode-se dividir em envelhecimento primário e secundário. Enquanto que o envelhecimento primário se refere às mudanças corporais da idade (senescência), o envelhecimento secundário reporta-se aos factores que interferem no processo de envelhecimento normal, podendo acelerar o processo de envelhecimento primário (senilidade) (Stuart-Hamilton, 2002; Blazer 1998).

Alguns autores apresentam três níveis em que as alterações do envelhecimento são verificáveis: o nível biológico encontra-se associado ao surgimento das inúmeras doenças, incapacidades biológicas ou físicas. Neste nível, a evolução varia, apresentando na generalidade numa perda de flexibilidade dos tecidos e numa redução da velocidade e da qualidade das funções dos órgãos e dos sistemas; o nível psíquico, percebe-se que a grande parte dos idosos e sempre que o meio o possibilita, mantém as mesmas características da personalidade. A memória remota dos idosos é tida como um exemplo, contudo a memória imediata pode sofrer uma diminuição. Considera-se ainda que se forem devidamente estimuladas, a inteligência e a capacidade de aprendizagem podem continuar a progredir. Neste nível, as limitações não são tão significativas como se julga; e, por último, o nível social, em que as perdas verificadas no idoso se devem essencialmente às barreiras que a sociedade impõe e não às características do idoso. O seu estatuto é condicionado tal como a sua posição na sociedade, sendo reduzidos e desvalorizados os papéis do idoso (Schroots & Birren, 1980, citado por Paúl, 2005b; Moragas, 1991, citado por Pimentel, 2005).

Nesse sentido, Cavanaugh (1999) agrupou as teorias do envelhecimento segundo os níveis de envelhecimento: teorias do envelhecimento biológico, teorias do envelhecimento psicológico e as teorias das ciências sociais do envelhecimento. As teorias do envelhecimento biológico consideram que o envelhecimento é um processo unicamente associado às mudanças biológicas ou físicas. Estas teorias pretendem explicar três componentes biológicos: 1) a multiplicação celular ao longo do tempo, 2) a capacidade que as células têm em se dividirem e/ou se multiplicarem, e 3) o controlo dos processos dos processos fisiológicos por material não celular. Ainda não conseguiram desenvolver uma só teoria que explique as causas e os mecanismos subjacente ao fenómeno do envelhecimento. As teorias do envelhecimento psicológico pretendem descrever algumas alterações psicológicas que ocorrem com a idade e com o tempo no funcionamento psicológico do indivíduo. As teorias contemporâneas baseiam-se na psicologia do envelhecimento, apresentando semelhanças nos estudos sobre as condições de vida dos idosos, assim como nas diferenças comportamentais entre os grupos de idosos. As teorias das ciências sociais pretendem responder ao que acontece ao indivíduo na sociedade à medida que envelhece. As linhas de orientação têm em conta as teorias que se centram na adaptação do indivíduo ao seu próprio processo de envelhecimento e as teorias que relacionam o sistema social próprio das sociedades com o envelhecimento dos seus elementos.

Segundo Abeles (1987, citado por Fonseca, 2004), o ser humano desenvolve-se ao longo de todo o ciclo vital, sendo o envelhecimento mais uma etapa do desenvolvimento humano. Neste sentido, desenvolveu quatro premissas que fundamentam a sua perspectiva:

- O desenvolvimento é um processo ao longo de toda a vida, ou seja, é um processo que se inicia com o nascimento e termina com a morte, implicando que uma idade jamais será compreendida no seu todo se esta for separada das antecedentes ou das precedentes;
- O desenvolvimento é multi-direccional, ou seja, pode tomar diferentes rumos consoante os diferentes indivíduos;
- O desenvolvimento é multi-dimensional, ou seja, é caracterizado por alterações com diversos domínios humanos, como o biológico, o psicológico, o social e o funcional; e,
- O desenvolvimento é multi-determinado, ou seja, o comportamento do indivíduo caracteriza-se pelas alterações nos diferentes domínios e a influência que estes tiveram no seu processo de maturação.

Existem duas teorias que explicam o ambiente social na Terceira Idade: a Teoria da Desengrenagem do Envelhecimento e a Teoria da Actividade no Envelhecimento. A primeira, da Desengrenagem, sugere o processo de envelhecimento como sendo uma retirada gradual do mundo ao nível social, físico e psicológico (Cummings & Henry, 1961 citado por Feldman, 2001). A segunda teoria, a da Actividade, sugere que as pessoas que mantêm os interesses e as actividades que desenvolveram na meia-idade, envelhecem com mais sucesso (Blau, 1973 citado por Feldman, 2001).

Barros (2008a) distingue três fases para descrever o adulto: o jovem adulto (entre os 20 e os 40 anos); o adulto de meia-idade (entre os 40 e os 60 anos, podendo estender-se até aos 65 ou 70 anos); e o adulto idoso (com 65 ou mais anos).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), aquele que já completou os 65 anos de idade é considerado idoso. Contudo, e devido à média de vida ser mais baixa nos países subdesenvolvidos, consideram que se poderia ser idoso com 60 anos ou até menos. De igual forma, nos países desenvolvidos e devido a variados factores (e.g. apoio médico, higiene), poderia considerar-se os 70 ou 75 anos em vez dos 65 anos como o período de passagem à reforma (Santos, 2002; Barros, 2008a).

Uma forma relativamente precisa para caracterizar o grupo da população idosa, é a idade cronológica. Neste sentido, Levet-Gautrat (1985, citado por Pimentel, 2005) define as várias concepções de idade, já que se encontra relacionado com o termo de envelhecimento. A idade física e biológica que se baseia no ritmo a que cada indivíduo envelhece. Parece essencial ter em atenção as diferenças inter e intra-individuais, pois as funções vitais e os órgãos não envelhecem ao mesmo ritmo. A idade cronológica indica o período histórico em que o indivíduo viveu, referindo o tempo que passou entre o nascimento e o momento actual. Este é um conceito muito vago no sentido em que não é capaz de apresentar uma suficiente definição do indivíduo. A idade psico-afectiva evidencia a personalidade e as emoções de uma pessoa, podendo não estar relacionada com a idade cronológica, ou seja, existe um desacerto entre o que sentimos e a construção da nossa própria imagem. A idade jurídica caracteriza-se pela necessidade social de decidir qual a idade em que o sujeito perante a sociedade assume os seus direitos e deveres, e de estabelecer normas de conduta. A idade social é correspondente às condições socioeconómicas, caracterizando-se pela atribuição sucessiva de papéis que a sociedade atribui ao sujeito.

Em 1983, Lidz (citado por Barros, 2008a) anota três fases existentes no envelhecimento. A primeira, denominada por idoso (podendo também ser denominada por senectude, visto ainda não existirem grandes alterações psicossomáticas); a segunda, denominada por senescência, onde se verificam significativas modificações orgânicas e psicológicas, apresentando alguma dependência; e a terceira, designada por senilidade, onde o idoso se torna dependente quase na sua totalidade.

A velhice é considerada como sendo uma etapa de particulares perdas de papéis ao longo dos anos (e.g. ausência dos filhos, reforma e viuvez), de modo inelutável e progressivo (Moura, 2006).

Um aspecto muito valorizado na velhice é a sabedoria (Baltes & Smith, 2000 citado por Cupertino *et al.*, 2007). Neste sentido, Mauad (1999, citado por Cupertino *et al.*, 2007) avança que a sabedoria é apreciada como sendo um dos maiores ganhos da velhice, pois permite que o indivíduo vá além das perdas experienciadas no processo de envelhecimento; a sabedoria é o resultado do processo de revisão da vida. Para Baltes e Smith (1995, citado por Cupertino *et al.*, 2007), a sabedoria é definida como sendo uma especialização cognitiva invulgar e difícil

de alcançar, tendo uma importante função no desenvolvimento pessoal ao longo da vida, caracterizado pelo crescimento interior.

Tal como Fonseca (2005) afirma, o termo “envelhecimento” carrega uma ideia negativa, contudo, o termo “bem sucedido” apresenta uma imagem positiva demonstrando que é exequível envelhecer com êxito.

A velhice é uma das fases em que ocorrem inúmeras transformações, considerando-se que para atingir um envelhecimento positivo/bem sucedido é necessário que o idoso seja capaz de evidenciar uma entidade psicológica única e diferenciada à luz da sua lista de vida passada que serve de linha condutora/activa do processo de adaptação (Fonseca, 2005).

1.3. Terceira Idade: Cultura e Sociedade

Quando se estuda o envelhecimento e a terceira idade está a analisar-se algo que a Antropologia tem vindo a analisar desde o início do século XIX, a relação entre a universalidade da vida social e as peculiaridades das experiências sócio-culturais (Barros, 2002).

A forma como se envelhece e a maior ou menor valorização que é dada a esse processo (do envelhecimento) depende mais das sociedades humanas do que da natureza. Consoante as épocas e as culturas e, conseqüentemente, consoante os modos de vida e os meios científicos, médicos e tecnológicos, assim varia o modo como envelhecemos (Pimentel, 2005, p. 42).

No passado, algumas sociedades garantiram o poder, a honra e o respeito pelos mais velhos. Actualmente, os idosos estão associados com o falta de coragem, à incapacidade de sentir prazer, à amargura e à solidão. São predominantes os valores de juventude, como a energia e a beleza (Oliveira, Gomes & Oliveira, 2006; Pacheco, 2004).

Presentemente, ainda domina a visão tradicional do geronte, enquanto, alguém inútil, isolado, em declínio biológico e mental, marcado por um tempo linear, com necessidade de cuidados presentes de saúde e, na grande maioria das vezes, depende fisicamente e economicamente, perfazendo de algum modo a imagem estereotipada da sociedade em relação ao geronte (Moura, 2006, p. 50).

Antropologicamente, ao analisar o envelhecimento é “analisar as representações sociais dos fenómenos da natureza humana relativos aos ciclo da vida” (Barros, 2002, p. 31). Na sociedade moderna, o indivíduo domina perante o grupo, sendo este inigualável e único. O idoso para sobreviver na sociedade moderna necessita de assegurar o seu lugar social como indivíduo independente fisicamente, caso contrário, significa uma morte social que prevê a morte física e mental. Na sociedade contemporânea, a juventude é eleita como sendo a idade padrão, a idade da mudança social, do tempo linear e dos padrões estéticos (Barros, 2002).

Na cultura Ocidental, o envelhecimento ainda é considerado como um declínio, principalmente ao nível físico. Neste sentido, os idosos adoptam um comportamento centrado na deterioração física, diminuindo a prática da actividade, e na procura de apoio médico para o alívio das dores físicas (Rocha, 2007).

Gonçalves, Martín, Guedes, Cabral-Pinto e Fonseca (2006) defendem que os estereótipos existentes na sociedade actual, de incapacidade, de fragilidade e de improdutividade, dificultam o acesso a formas de desenvolvimento fundamental para a manutenção da qualidade de vida.

O progressivo envelhecimento da população significa que o número de pessoas idosas tem aumentado onde uma cultura dominada por estereótipos a qual valoriza os símbolos da juventude, colocando à prova a boa saúde, a adaptação e o sucesso dos mais velhos (Ferreira-Alves & Ferreira Novo, 2006), e onde valoriza muito a aparência e a incessante imagem da juventude (Rowe & Kahn, 1999; Santos, 2002), retirando os sinais do declínio físico.

Alguns autores brasileiros defendem o termo de “velho” para se referirem aos idosos não sendo esta uma expressão depreciativa como acontece no português de Portugal. Na

língua espanhola esta população é denominada por “pessoas maiores” ou simplesmente “maiores” (Barros, 2008a), trata-se assim de eufemismos.

Os vocábulos mais utilizados são de origem latina ou grega. Do latim derivam os termos: ancião (do latim medieval *antianus*); velho (do latim *vétulus*); idoso (do latim *aetas*, o que tem mais idade); sénior (do latim *sénior* – mais velho, ou de *sénex* que derivou também senescência e a senilidade); adulto idoso (*adultum* pressupondo que o adulto acabou a sua fase de crescimento). Do grego derivam termos como: geronte (de *gérôn-ontos*, donde deriva gerontologia). O nome como apelidamos a velhice e os idosos é algo secundário, o mais importante é compreendê-los e ajudá-los (Barros, 2008a).

Sendo a reforma resultado da sociedades industriais, a velhice é abalada por uma série de crenças e estereótipos relacionados com a deterioração, défices e perdas físicas, psicológicas e sociais (Agostinho, 2004).

Em síntese, percebe-se que existe uma polarização que se baseia em classificações sociais do belo e do feio, do bom e do mau, do normal e do patológico que demonstra a representação social da velhice como negativa e estigmatizada (Barros, 2002). O envelhecimento é parte integrante de todas as sociedades humanas, abordando mudanças a nível biológico como também a nível social e cultural. A nossa sociedade nega o envelhecimento e todas as actividades a ele associadas (Agostinho, 2004).

O Envelhecimento Activo foi o termo que a Conferência Mundial sobre o Envelhecimento (OMS, 2002 citado por Paúl, 2005b) utilizou para caracterizar o processo de optimização de oportunidades para a saúde, segurança e participação social, pretendendo ampliar a qualidade de vida durante o processo de envelhecimento. Para que o processo activo seja possível, é importante que sejam tidos em conta os conceitos de independência, de autonomia, de qualidade de vida e de expectativa de uma vida saudável. Deve ser entendido como numa óptica de cultura e género, existindo como determinantes as características do indivíduo, as variáveis comportamentais, do meio físico, social e económicas, e a saúde e os serviços sociais (Paúl, 2005b).

No idoso, a qualidade de vida considera os vários níveis de natureza biológica, psicológica, sócio-estrutural, pois existem vários aspectos como sendo indicadores de bem-

estar na velhice: a saúde biológica, a saúde mental, a longevidade, a satisfação, o controle cognitivo, as competências sociais, a produtividade, o estatuto social, a continuidade dos papéis familiares e de ocupação, e a continuidade das relações informais (Santos *et al.*, 2002 citado por Pereira, Cotta, Franceschini, Ribeiro, Sampaio, Priore & Cecon, 2006).

Vecchia e seus colaboradores (2005), no estudo que fizeram sobre a qualidade de vida nos idosos concluíram que existem três perfis de idosos. O primeiro grupo dá preferência à questão afectiva e familiar, ou seja, apresenta situações referentes aos relacionamentos interpessoais, à boa saúde e ao equilíbrio emocional. O segundo grupo de idosos dá maior ênfase ao conforto e ao prazer, enumerando situações como o lazer, os bens materiais e os hábitos saudáveis. Por fim, o terceiro grupo é caracterizado por ser um grupo que para si a qualidade de vida se baseia na concretização do seu ideal de vida, mencionando factores como o trabalho, a espiritualidade, o conhecimento, os ambientes favoráveis, a integridade e a caridade.

A OMS aconselha que na área do envelhecimento, as políticas de saúde tenham em atenção os determinantes de saúde ao longo da vida (os pessoais, os culturais, os comportamentais, os sociais, os económicos, o ambiente físico e o acesso a serviços), com particular consideração pelas desigualdades sociais e as pelas desigualdades de género (Veras, 2009).

Segundo Rowe e Kahn (1999), o envelhecimento bem sucedido define-se como a capacidade de manter três factores: baixo risco de doença inclusive os relacionados com a deficiência; elevada actividade física e mental; e compromisso activo com a vida.

Apesar de ser um processo inevitável, o envelhecimento pode ser bem sucedido dependendo significativamente de factores extrínsecos como o tipo de alimentação e o tipo de vida (Rowe & Kahn, 1999).

Perante uma realidade visível das transformações demográficas que se iniciaram no século passado e que permite constatar o aumento da população envelhecida, e sendo o conceito de qualidade de vida um conceito subjectivo, na população idosa são valorizados aspectos como a saúde; o bom relacionamento com a família e amigos; a participação em organizações sociais; a apresentação de hábitos saudáveis; o possuir uma condição financeira

estável; o possuir o bem-estar, a alegria e o amor; a espiritualidade; a prática de actividades de voluntariado; e a aprendizagem contínua (Vecchia, Ruiz, Bocchi & Corrente, 2005).

Há anos que a Organização Mundial de Saúde apresentava como objectivo aumentar a esperança de vida. Actualmente, o desafio que advém é aumentar a expectativa de vida activa dos idosos, ou seja, proporcionar aos idosos uma melhor qualidade de vida (Arroteia & Cardoso, 2006).

Em suma, é fundamental criar e desenvolver estratégias que dispõem adiar a morte ao máximo com capacidade funcional, ou seja, atrasando a evolução das doenças, com autonomia, independência e com qualidade de vida (Veras, 2009).

1.4. Institucionalização do Idoso

A pessoa idosa, perante problemas de diversos níveis que afectam o seu grau de autonomia, apresenta-se com recursos escassos para superar dificuldades decorrentes do dia-a-dia. Quando as incapacidades físicas e psicológicas da pessoa idosa aumentam, e as capacidades do meio habitacional diminuem, torna-se necessário encarar a hipótese de internamento numa instituição de acolhimento para idosos, ou seja, um Lar de Terceira Idade (Pimentel, 2005; Vaz, 2008).

Rossell (2004) referenciam nas suas investigações os factores que predisõem o idoso a ingressar num Lar. Por um lado, relacionam-se com atitudes pessoais durante a vida, como as frustrações escolares, os fracassos económicos, e por outro lado, com as suas actuais atitudes tais como a solidão, a depressão, a reforma e a incapacidade física/funcional. Estes autores apresentam ainda factores relacionados com a família, como a incompatibilidade entre os membros da família e o convencimento de que o melhor para o idoso é o ingresso num Lar.

Conforme Leitão (2006), o processo de institucionalização num Lar de idosos pode ser feito de quatro modos:

1) por iniciativa do próprio idoso, o que acontece escassas vezes, contudo são os que apresentam maior índice de sucesso de permanência;

- 2) por iniciativa do idoso com influência familiar, pois normalmente o senescente apresenta-se com as suas capacidades físicas diminuídas aceitando ir para um Lar de Terceira Idade, no entanto exterioriza grande falta de adaptação ao lar, não aceitando os outros utentes, colocando defeitos em tudo, quer na alimentação quer nos serviços. Manifestam-se contra os filhos que colocam os idosos no lar, apesar de referirem que os filhos não podiam tratar deles;
- 3) por iniciativa da família com aceitação do idoso; e
- 4) por diligência familiar sem concordância do senescente, referindo-se aos casos com senilidade, confusão mental, sequelas de AVC. Nestes casos não manifestam a sua vontade, todavia, há casos em que têm consciência dos factos e revelam-na com facilidade.

Segundo Reed e seus colaboradores (2003, citado por Sousa *et al.*, 2004), a participação do idoso na escolha de um lar de idosos pode ser de quatro tipos:

- 1) Preferencial, quando é o próprio idoso a exercer o direito de decisão, ou seja, quando este pondera a possibilidade de institucionalização como a melhor alternativa (e.g. após a morte do cônjuge, aumento da dependência);
- 2) Estratégica, quando o idoso planeia ao longo da vida a possibilidade de institucionalização, efectuando visitas por alguns lares ou tornando-se sócio (e.g. pessoas solteiras, viúvas, sem filhos ou com filhos mas que não permitem dar-lhe apoio);
- 3) Relutante, quando o idoso discorda activamente da possibilidade de viver num lar de idosos. É a situação que causa maior sofrimento, pois o idoso é forçado pela própria família ou técnicos, a adoptar uma medida que não é da sua vontade (e.g. falta de condições por parte da família para cuidar do idoso, ou falta de desejo para assumir essa função; quando são os técnicos, porque o idoso vive em pobreza extrema, por incapacidade e sem qualquer tipo de apoio);
- 4) Passiva, quando o idoso é encaminhado para um lar por parte de outros devido ao tipo e nível de cuidado que o próprio idoso carece, em que este segue ou aceita sem argumentar (e.g. idosos com demência ou resignados).

Quando o idoso é institucionalizado, as suas necessidades fisiológicas, psicológicas, sociais, culturais, religiosas, políticas e sexuais devem ser respeitadas, contudo, quando isso não se verifica, o idoso pode levar à excessiva dependência, à perda de amor-próprio, à diminuição do interesse e das respostas emocionais, à activação do comportamento automático e à perda de interesse pelo mundo exterior (Santos, 2002; Sousa, 2008).

1.4.1. Papel da Família na Institucionalização

Por outro lado, a família é considerada como a base da estrutura social, considerando-se essencial e de grande relevância o estudo do relacionamento do idoso com a família (Levet, 1995). O papel da família é importante em qualquer estágio da vida, contudo na velhice esta tem um papel preponderante (Ferreira-Alves & Ferreira Novo, 2006), já que

invariavelmente a institucionalização, ou andar em sistema de rotatividade pela casa dos filhos reforçam os sentimentos de solidão. O baixo estado de saúde, a má condição física e problemas de saúde mental, em especial a depressão, fortalecem a solidão e o isolamento. Mas, neste caso, a relação é mútua: a solidão causa problemas de saúde e vice-versa (Sousa *et al.*, 2004, pp. 47-48).

Os serviços de apoio institucional a idosos existentes são: os centros de dia, centros de convívio, serviços de apoio ao domicílio e aos lares de idosos. Os hospitais são considerados como um serviço de apoio temporário, igualmente utilizados por idosos, sobretudo na depressão mascarada. Quando o idoso vive na sua própria habitação ou da família pode recorrer ao serviço de apoio domiciliário, centros de dia e de convívio, quando se necessita se necessita de institucionalização permanente (lar de idosos) e quando necessária a institucionalização temporária (hospitalização) (Sousa *et al.*, 2004).

Em Portugal, a grande maioria das instituições de apoio a idosos são instituições privadas sem fins lucrativos, sendo geridas através das directrizes governamentais. Goffman (1961, citado por Sousa *et al.*, 2004) caracterizou as instituições “totais” como sendo um local de trabalho e/ou residência para um número elevado de pessoas, retirados da sociedade por um longo período de tempo. Sousa, Figueiredo e Cerqueira (2004) afirmam também que quando o idoso é institucionalizado, a instituição assume a responsabilidade de gerir a sua vida, sem considerar as suas particularidades, autonomia e direitos. Actualmente, esta visão tem vindo a ser mudada, sendo que os novos modelos adoptam os princípios da dignidade (valorização e auto-respeito) e autonomia do idoso (controlo da tomada de decisão) (Sousa *et al.*, 2004).

O processo de institucionalização contém um conjunto de etapas: decidir a institucionalização, escolher um lar e a adaptação/integração na nova residência, podendo ser de curta ou longa duração e é simbolizado pela saída de casa (Sousa *et al.*, 2004).

Para os idosos, viver na própria casa é uma dimensão integral da dependência, pois simboliza a salvaguarda do sentido de integridade pessoal. A residência habitual de anos tem várias funções profundas na vida de qualquer pessoa, em especial na vida de um idoso: segurança objectiva contra a adversidade do meio ambiente e segurança subjectiva contra o medo; local de intimidade e privacidade individual e familiar; lugar de identidade, pois a decoração, os móveis e o ambiente reflectem a individualidade; um depósito de lembranças, permitindo a continuidade entre o passado e o presente (Sousa *et al.*, 2004, p. 129).

Importante referir que a habitação do idoso se conjuga num ambiente de rotinas e conhecimentos, estando incluída numa comunidade, e a ruptura com a habitação significa alterações nos estilos de vida. Contudo, em determinados momentos da vida, a habitação pode tornar os idosos mais vulneráveis como a morte do cônjuge, após uma queda ou uma doença, ou até mesmo na localização, sendo ponderada a institucionalização como a melhor escolha. Caso o idoso pretenda continuar em casa, e para que a sua qualidade de vida seja garantida, o idoso deve cumprir cinco critérios: ambiente físico adequado e adaptado às suas necessidades e às do cuidador, estabilidade clínica, apoio de um cuidador competente, acesso aos diversos serviços profissionais e ajustado suporte financeiro (Sousa *et al.*, 2004).

Conclusão:

Para concluir, Barros (2008b) admite que o grande desafio é fazer com que o envelhecimento decorra cada vez mais com qualidade de vida, tornando o idoso mais útil à sociedade, e promovendo neste sentido para a sua felicidade e felicidade dos que o rodeia, principalmente da sua família. Neste sentido, deve existir qualidade de vida ao nível físico, mental, psicológico e social.

CAPITULO II – SUPORTE SOCIAL NO IDOSO

2.1. Denominação, Caracterização e Fontes do Suporte Social

O Homem é por si só um ser que necessita de estar incluído num meio social pois é um ser gregário. Neste sentido, as pessoas que participam num ambiente familiar, num grupo de amigos ou pares, ou mesmo num grupo de trabalho, são receptoras/fornecedoras de suporte social. Os indivíduos vivenciam momentos laborais, de convívio social e de lazer, pretendendo conhecer, interagir e relacionar-se com outros indivíduos (Leite, Battisti, Berlezi & Scheuer, 2008), sobretudo com os seus pares.

- Denominação e Caracterização do Suporte Social

O suporte social é considerado como um metaconstructo que se pode referir ao número ou densidade da rede social de apoio, à sua qualidade, à percepção subjectiva sobre vários comportamentos que levam ao apoio e à satisfação de intimidade com o par que podem aludir a aspectos emocionais ou instrumentais (Pattinson, 1991 citado por Lara, Navarro & Navarrete, 2004).

Presentemente, o conceito de suporte social não deve ser entendido como um conjunto objectivo de interações e trocas, mas sim como uma experiência pessoal sem desvalorizar a importância da intensidade com que o indivíduo se sente respeitado, desejado e envolvido (Silva, Pais-Ribeiro, Cardoso, Ramos, Carvalhosa, Dias & Gonçalves, 2003).

O suporte social foi operacionalizado como um conceito de integração que engloba o tamanho da rede social, satisfação com o apoio recebido, e as avaliações do nível de apoio social (Han, Kim, Lee, Pistulka & Kim, 2007).

Para Dunst e Trivette (1990, citados por Ribeiro, 1999a), o suporte social pode definir-se como sendo os recursos humanos que, em resposta às solicitações de protecção e ajuda, se encontram à disposição do indivíduo e das redes sociais.

Para Blazer (1982, citado por Blazer, 1998) o suporte social define-se da seguinte forma:

- Papéis e disponibilidades: refere-se aos indivíduos e ao grupo de indivíduos dentro da amplitude à disposição do idoso (e.g. esposa, filhos);
- Frequência de interações sociais: designa o número ou a frequência de interações que ocorrem dentro da amplitude social;
- Suporte instrumental: reporta-se aos serviços concretos que o grupo proporciona ao idoso (e.g. transporte, preparação da alimentação); e,
- Suporte percebido: designa a avaliação subjectiva efectuada pelo idoso segundo a sua dependência, interacção e intimidade perante os elementos do grupo.

O suporte social pode ser de dois tipos: o psicológico, que se relaciona com a satisfação com a vida e o bem-estar psicológico; e, o instrumental, quando em situações de reduzida capacidade física por parte do idoso relativamente à autonomia física, (temporária ou permanente) (Paúl, 1997).

Segundo Ramos (2004), ao número de contactos sociais e de pessoas com quem o indivíduo mantém proximidade, e à sua frequência de contactos, designa-se de rede social. Assim, os elementos da família, vizinhos, amigos, da comunidade ao se associarem, propiciam ao indivíduo e/ou à família um apoio social e uma ajuda efectiva.

Uma eminente integração social, uma adequada rede social e um alto nível de apoio/suporte social, proporcionam aos indivíduos experiências positivas, todo um conjunto de sentimentos de pertença, de serem protegidos e amados, e de papéis permanentes na comunidade, conduzindo a estilos de vida mais saudáveis, ao bem-estar e à saúde mental e ainda conduzindo à melhoria da saúde física (Cohen & Wills, 1985 citados por Ramos, 2004).

A rede social significa o número e frequência de contactos sociais e de pessoas com quem o indivíduo tem contacto, reunindo os membros da família, amigos e vizinhos, da comunidade, capazes de proporcionar ao indivíduo e/ou à família um apoio e uma ajuda efectiva e duradoira (Ramos, 2004, p. 271).

Cobb (1976, citado por Ribeiro, 1999a) definiu suporte social como a presença de informação em três aspectos:

- a) informação de que o indivíduo é amado e que as pessoas se preocupam consigo;
- b) informação de que é apreciado e valorizado; e,
- c) informação de que pertence a uma rede de comunicação e obrigações mútuas.

O suporte social parece ser mais preditivo de mortalidade nas mulheres, e existe uma maior influência dos vizinhos que o número de familiares e amigos (Nebot, Lafuente, Tomás, Borrell & Ferrando, 2002).

O suporte social engloba as seguintes dimensões existentes nas relações sociais do indivíduo em geral (Ornelas, 1994 citado por Moreira & Melo, 2005):

- a) quantidade de relações sociais;
- b) conteúdo das relações em termos de suporte; e,
- c) a sua estrutura formal.

Suporte social pode definir o apoio recebido ou a interação entre as pessoas (familiares, amigos, vizinhos e membros de organizações sociais) com o intuito de dar e receber ajuda de várias formas, como o apoio emocional, espiritual, informativo e instrumental (Broadhead, Kaplan, James, Warner, Schoenbach, Grimson, Heyden, Tibblin & Gehlbach, 1983; Hanson, Isacson, Janzon & Lindell, 1989; Israel, 1982; Jylhä, 1989; citados por Nebot *et al.*, 2002).

O suporte social é

formado por meio de laços sociais que se estabelecem entre os indivíduos no convívio social. As pessoas ligadas ou unidas por laços de afecto, consideração, confiança, entre outros, podem influenciar mudanças no comportamento e na percepção dos participantes os quais poderão formar ou indicar a função da rede social (Biffi & Mamede, 2004, p. 263).

Vários autores expuseram alguns tipos de suporte social. Cohen e McKay (1984, citado por Ribeiro, 1999a) distinguiram o suporte social psicológico (fornecimento de informação) do suporte social não-psicológico (suporte social tangível). Mais tarde, Nyamathi (1987, citado por Underwood, 2000) definiu o suporte emocional como sendo essencial para lidar

com o impacto do diagnóstico de doença crónica, e o suporte tangível como sendo mais benéfico no decurso da doença. Cramer, Henderson e Scott (1997, citados por Ribeiro, 1999a) diferenciaram o suporte social percebido (refere-se ao grau em que o indivíduo se sente cuidado, estimado, valorizado e envolvido socialmente) do suporte social recebido (refere-se ao suporte social que foi cedido por alguém). Os mesmos autores distinguiram também o suporte social descrito do suporte social avaliado: o suporte social descrito reporta-se à presença de um comportamento particular de apoio, enquanto que o suporte social avaliado remete-se a um comportamento de suporte que é entendido como sendo satisfatório.

Dunst e Trivette (1990, citados por Ribeiro, 1990a) expuseram a existência de cinco componentes do suporte social que se encontram interligados: os componentes constitucional, o relacional, o estrutural, o funcional e o componente de satisfação. O primeiro componente, o constitucional, inclui as necessidades e congruência entre o suporte existente e as referidas necessidades; o segundo, o componente relacional inclui o estatuto familiar, o profissional, a participação em organizações sociais e o tamanho da rede; o terceiro, o componente estrutural inclui a proximidade física, psicológica, nível da relação, frequência de contactos, consistência e reciprocidade; o quarto componente, o componente funcional refere-se ao tipo de suporte disponível como o instrumental, emocional, informacional, material e a qualidade de suporte (e.g. quantidade de suporte e o intenção em apoiar); o quinto e último componente, o componente de satisfação, reporta-se à ajuda proporcionada e à sua utilidade.

Os mesmos autores descreveram também algumas dimensões do suporte social que consideraram importantes para o bem-estar:

- 1) existência de relações sociais (abrange as relações gerais, como as que decorrem da pertença a grupos sociais às relações particulares como o casamento);
- 2) tamanho da rede social (abrange o número de indivíduos pertencentes à rede de suporte social);
- 3) necessidade de suporte (refere-se à necessidade expressa de suporte social por parte do indivíduo);
- 4) frequência de contactos (reporta-se ao número de vezes que existe contacto entre os membros da rede social e o indivíduo),
- 5) congruência (designa a extensão em que o suporte social disponível se associa com as necessidades dos indivíduo);

- 6) dependência (refere-se à extensão da necessidade que o indivíduo tem para poder confiar nos membros que disponibilizam o suporte social);
- 7) reciprocidade (designa o equilíbrio entre o suporte social fornecido e o recebido);
- 8) tipo e quantidade de suporte (exprime o tipo e a quantidade de suporte social disponibilizado pelas redes sociais existentes);
- 9) utilização (refere-se à extensão que o indivíduo recorre às redes de suporte social quando necessita);
- 10) satisfação (designa o nível e a utilidade de apoio que o indivíduo sente perante o suporte social); e,
- 11) proximidade (refere-se à extensão de proximidade que o indivíduo sente perante a disponibilidade das redes sociais).

Deste modo, o suporte social capta uma riqueza de ideias: atributos de grupos, de relações, e na natureza das pessoas e de processos sociais, comportamentais, cognitivos e afectivos; a pertença, a ligação e o vinculativo (Vaux, 1988).

O suporte social é pois um construto complexo e abrange pelo menos três componentes: esquemas de apoio, relações de apoio e operações de suporte. Estes elementos de apoio à construção social, não são mutuamente exclusivos, apenas se influenciam mutuamente e se sobrepõem em aspectos importantes. Por exemplo, esquemas de apoio resultam de uma história de apoio; operações potencialmente favoráveis que ocorrem no contexto de apoio das relações especialmente são susceptíveis de ter efeitos benéficos; indivíduos que acreditam muito no suporte (e.g. indivíduos com esquemas de apoio positivo) têm mais probabilidade de desenvolver relacionamentos de apoio em novos contextos sociais (Pierce, Sarason, Sarason, Joseph & Henderson, 1996).

- Fontes do Suporte Social

Dunst e seus colaboradores (1997, citados por Ramos, 2004) definiram dois tipos de prestadores de suporte social: o suporte social formal e informal. O suporte social formal organiza-se de modo a proporcionar apoio formal e assistência a nível educativo, social, sanitário, jurídico, administrativo, entre outros, incluindo os técnicos e os serviços hospitalares, sociais, educativos e administrativos. O suporte social informal organiza-se no

sentido de proporcionar apoio emocional, apoio nas actividades de vida diária e nas suas dificuldades, incluindo o apoio dos familiares, dos amigos, dos vizinhos e dos grupos sociais (e.g. grupos de apoio, igreja, clubes e associações).

Ainda Singer e Lord (1984, citados por Ribeiro, 1999a) defenderam que o suporte social pode ser emocional, informacional ou material. Relativamente a quem o proporciona, este pode ser pessoal ou interpessoal, quando fornecido por familiares, amigos e conhecidos. Pode ser formal (quando provem de organizações ou associações não governamentais, religiosas, entre outras) ou do tipo profissional (em termos de consulta ou terapia).

2.2. Suporte Social na Saúde e na Doença

Desde 1970 que há um interesse crescente em perceber como o suporte social pode afectar a saúde e o bem-estar (Paúl, 2005b).

O suporte social é um dos conceitos mais importantes para a Psicologia da Saúde, contudo, a satisfação com o suporte social é considerada como uma dimensão subjectiva, mas é essencial para a qualidade de vida e bem-estar, quer em indivíduos doentes quer em indivíduos saudáveis (Ribeiro, 1999a).

As teorias clássicas propuseram quais os factores relevantes para o aparecimento do processo de crise tais como a importância do problema, a instabilidade entre as dificuldades e os recursos disponíveis para a resolução. O suporte social funciona como um “recurso de *coping*”, ou seja, opera sobretudo na redução das exigências de situações de *stress* no indivíduo. A resolução do processo de crise depende de factores internos/pessoais (e.g., a personalidade, a aprendizagem e a vulnerabilidade) e de factores do meio/externos (e.g., suporte social). Assim, o indivíduo está constantemente em interacção com o meio em transformação, sendo influenciado por ele, e influenciando-o reciprocamente, existindo um processo transaccional no suporte social (Lazarus & Folkman, 1986 citado por Santos, Ribeiro & Lopes, 2003).

A satisfação com o suporte social tem um papel essencial na resistência psicológica ao *stress* do indivíduo na doença, nomeadamente no relacionamento interpessoal (família, intimidade e amigos), observada através da percepção de bem-estar subjectivo (Ribeiro & Coelho, 2000).

Tal como Navarra (1998) afirmou, o suporte social diminui os efeitos psicológicos desfavoráveis dos agentes do *stress* próprio do meio ambiente, devendo ser analisado como um recurso ao *coping*. É peculiarmente benéfico para a saúde e para o bem-estar dos indivíduos, a crença ou percepção de que os outros estão à disposição para a prestação de apoio prático ou de apoio emocional em situação de indispensabilidade (Santos *et al.*, 2003).

Em 1989, Hanson e colaboradores após um estudo que envolvia 621 idosos, concluíram a existência de uma relação causal entre o suporte social e as redes sociais com a mortalidade (Ribeiro, 1999a).

Neste sentido, Singer e Lord (1984, citado por Ribeiro, 1999b) estudaram a relação entre o suporte social e a saúde tal como muitos outros autores, sendo que estas podem se agrupar em quatro categorias:

- 1) O suporte social é benéfico, sendo que o suporte social permite que as pessoas se tornem mais fortes e com maior preparação para defrontar as adversidades da vida. Nesta perspectiva, o suporte social é considerado como um recurso, tanto na ausência como na presença de fontes de *stress*;
- 2) A perda de suporte social é um stressor, ou seja, quando o indivíduo tem suporte social e o perde, o *stress* emerge;
- 3) O suporte social protege contra as perturbações induzidas pelo *stress*, sendo que o suporte social é observado como um moderador ou mediador de *stress*. O suporte social impede que o *stress* afecte negativamente o indivíduo. Também existe a versão de que o *stress* afecta todos os indivíduos, contudo, se existir suporte social o efeito será reduzido; e,
- 4) É fonte de *stress* a não existência de suporte social, considerando que a não existência de suporte social é por si só geradora de *stress*.

Cobb (1976, citado por Roda & Moreno, 2001), afirma que o suporte social é considerado como uma entidade que através da sua acção facilitadora no confronto e adaptação do indivíduo em situação de crise emocional, influencia o estado de saúde.

Existe influência da percepção do suporte social sobre o nível de *stress* experienciado pelo indivíduo, prevendo que as suas relações sociais afectem de diversas formas, a sua saúde. Como o caso da assistência instrumental, ou através do encorajamento ou desencorajamento de transmissão de um sentido de vida ou de comportamentos relacionados com a saúde (Sarason, 1988 citado por Ribeiro & Coelho, 2000).

Coyne e DeLongis (1986, citados por Ribeiro & Coelho, 2000) reconheceram que o suporte emocional da família e dos amigos pode predizer ou equilibrar a perda que advém de uma doença, prognosticando o *coping* adaptativo no indivíduo.

Relativamente ao efeito do suporte social na saúde e na doença do utente que recebe o apoio, têm sido levantadas algumas hipóteses esclarecedoras:

- a) a hipótese de ter efeitos ao nível da auto-estima;
- b) a hipótese de ter efeitos ao nível das respostas neuroendócrinas, reduzindo a ansiedade e, consequentemente, a tensão muscular; e,
- c) a hipótese de ter efeitos na depressão, levando à sua diminuição, e conduzindo-os a avaliarem as doenças como pouco graves, e no aumento da capacidade de lidar com situações de *stress* (Seeman & McEwen, 1996; Wills, 1997 citados por Silva *et al.*, 2003).

A deterioração da saúde pode ser provocada pelo desgaste natural do organismo do utente, pelo seu sedentarismo, ou pelo abuso de substâncias, como também pela diminuição da quantidade e da qualidade das suas relações sociais (Ramos, 2002 citado por Carneiro, Falcone, Clark, Prette & Prette, 2007).

O potencial de suporte social para diminuir o *stress* e melhorar o *coping* tem sido amplamente relatado na literatura (Underwood, 2000).

O autor supracitado defende ainda que o suporte social pode ter apenas um efeito tampão para prevenir ou diminuir o risco de desenvolver a doença no utente, como também

pode ser útil para os indivíduos quando lidam com o *stress* decorrente de uma condição crónica.

Em suma, um baixo suporte social pode ser considerado como um factor de risco para a saúde do indivíduo (Broadhead *et al.*, 1983 citados por Andrade & Vaitsman, 2002).

2.3. Suporte Social no Idoso

A população idosa cada vez mais sofre de algum tipo de incapacidade pelo qual requerem de ajuda para enfrentar esta situação (Robles, Curiel, García, Coles, Medrano & González, 2000).

No que se refere aos idosos, averigua-se que estes se inserem no meio social através da integração familiar, da interacção com os vizinhos, da participação em grupos de terceira idade, do desenvolvimento de actividades laborais promovendo o convívio com os colegas, ou se for aposentado, da manutenção de vínculos com antigos colegas de trabalho (Leite *et al.*, 2008).

Em casos de doença, de hospitalização e até mesmo de realização de actividade de vida diária dos idosos, os seus filhos são os principais prestadores de cuidado/apoio. Contudo, nos casos em que não existe uma estrutura de suporte familiar, o cuidado ao idoso é prestado por um sistema de suporte informal tais como o de familiares, dos amigos, dos vizinhos ou de membros da comunidade (Caldas, 2003 citado por Leite *et al.*, 2008).

Carneiro e colaboradores (2007) acrescentaram que os idosos com uma rede de suporte têm uma maior probabilidade de serem mais competentes a nível social, e de terem uma maior qualidade de vida comparativamente aos idosos que não se relacionam com o seu grupo familiar e de amigos. Os idosos que vivem em Lares, mesmo sendo saudáveis mas que careçam de suporte social, têm uma grande probabilidade de desencadarem deficiências em habilidades sociais, e possuem baixa qualidade de vida, logo, desenvolvendo elevados níveis de depressão.

A manutenção de relações sociais da população idosa com o cônjuge, com a família e essencialmente com os amigos da mesma geração proporciona ao seu bem-estar psicológico e social (Neri, 2001 citado por Carneiro *et al.*, 2007).

Carneiro e colaboradores (2007) confirmam que o idoso que conta com uma rede de apoio, normalmente tende a apresentar mais competências sociais, assim como possuir níveis elevados de qualidade de vida, comparativamente aquele idoso que interage somente com a família e alguns amigos. Por outro lado, o idoso que vive em instituições por carecer de apoio social tende a apresentar deficiências nas habilidades sociais, baixa qualidade de vida, e logo, elevados níveis de depressão.

- Quanto à Família:

Os cuidadores familiares são quem merece maior destaque, sendo estes em número superior e são quem assume geralmente o papel de cuidadores por períodos longos de tempo (Sousa *et al.*, 2004).

A família é considerada como o “pilar” de todo o suporte social recebido, contudo do seu carácter “não voluntário” advém algumas consequências menos positivas para a qualidade de vida do idoso (Paúl, 2005b).

Os filhos constituem juntos dos seus pais idosos uma fonte de apoio emocional e instrumental (Sousa *et al.*, 2004).

Ramos (2002) afirma que na população idosa, a utilidade de diferentes tipos de suporte fornecidos pela família estão relacionados com os efeitos positivos do suporte social.

Baptista (2005, citado por Rodrigues & Madeira, 2009) afirma que especialmente o suporte familiar é considerado como um amortecedor das consequências de acontecimentos traumáticos dos indivíduos.

Conhecer a família permite conhecer o passado e o presente do idoso de modo a poder projectar e a planear um futuro mais digno para o mesmo (Leme & Silva, 2002).

As classes mais baixas mantêm mais contactos baseados na família, enquanto as mais altas fomentam as amizades (Sousa *et al.*, 2004).

As redes na velhice reduzem de tamanho, baseando-se nos familiares, assim como diminuem os níveis de reciprocidade (o idoso dá menos do que recebe). A diminuição das redes sociais encontra-se relacionada com a diminuição da qualidade de vida do idoso, do incremento do *stress* quotidiano, do aumento do risco de diferenças funcionais e de incidência de doenças, tal como a ocorrência de morte em períodos mais curtos após uma doença (Sousa *et al.*, 2004).

A integração social refere-se à existência de laços sociais e da rede de relações que os indivíduos mantêm com a família, amigos e outros grupos formais e informais aquando do enquadramento de organizações culturais, sociais e religiosas (Balaswamy, Richardson & Price, 2004).

“A existência de redes de apoio informal é um dado essencial para assegurar a autonomia, uma auto-avaliação positiva, uma maior saúde mental e a satisfação de vida, essenciais para um envelhecimento óptimo” (Paúl, 2005a, p. 37).

- Quanto à Amizade:

Desde a juventude que as funções básicas da amizade se determinam, permanecendo assim ao longo da vida (Weiss & Lowenthal, 1975 citados por Souza & Garcia, 2008), contudo é na velhice que a amizade é mais heterogénea, tendo tantos amigos do mesmo sexo como do sexo oposto, mas com um certo saudosismo em relação às amizades do passado (Blieszner, 1988; Shea, 1988; Thompson, 1988 citados por Souza & Garcia, 2008).

Litwak (1981, citado por Paúl, 2005b) afirma que enquanto as redes familiares se baseiam na obrigação actuando “involuntariamente”, a rede de amigos/vizinhos age “voluntariamente”, causando um efeito mais positivo nos idosos.

Na mesma linha de ideia, Stevens (Kim & Ross, 2009) afirmou que os “velhos amigos” têm um papel importante na manutenção da identidade num mundo em mudança, através da partilha de tarefas, que contribuem para a interpretação do passado e do presente.

- Quanto à Religiosidade/Espiritualidade:

Estudos recentes confirmam a relação significativa entre a frequência da visita a locais de culto e o estado de saúde (Diwan & Jonnalagadda, 2001; Seeman, Dubin & Seeman, 2003 citados por Balaswamy *et al.*, 2004).

Carvalho e Fernandez (2002) defendem que a religião para o idoso é considerada como uma referência pessoal. O facto de frequentar a Igreja pode facultar o encontro com amigos e ainda a participação em actividades, reconhecendo que a prática religiosa moderada pode levar a uma maior envolvimento entre as pessoas, podendo mesmo diminuir o *stress* e melhorar a satisfação com a vida, para além de deterem um objectivo de vida.

A espiritualidade e a religião são temas distintos mas que se encontram muito relacionados com os valores. Enquanto a espiritualidade se relaciona com uma interioridade que provém da intimidade do sujeito com o sagrado/divino apresentando uma dimensão transcendental da vida e da morte, a religião encontra-se relacionada a um ser superior dentro de um quadro institucional, a Igreja (Barros, 2000 citado por Barros, 2006).

Ao longo da vida o idoso apresenta uma mudança ou evolução espiritual. A espiritualidade do idoso é caracterizada como a inquirição de objectivos na vida, ou a busca de significado, referindo-se ao domínio do transcendente ou do sagrado (Choi & Jun, 2009; Dalby, 2006 citado por Barros, 2006).

Alguns autores relacionam algumas variáveis positivas da personalidade, como o optimismo, a espiritualidade com a resiliência, e a capacidade de perdão (Knrause & Ellison, 2003), mas também com variáveis negativas como a depressão (Barros, 2006).

Segundo McFadden (1995, citado por Barros, 2006), está demonstrado que a população idosa recebe apoio de instituições religiosas de diversas formas, resultando no seu bem-estar, o que comprova um nível mais elevado de religiosidade. A religião pode para além de proporcionar apoio para gerir e regular as emoções negativas do idoso, também pode edificar uma fonte de emoções positivas. Conclui-se que a crença e a experiência do sagrado, e a fé pessoal e gregária, cooperam para um aumento do significado existencial e de qualidade de vida.

- Quanto ao Género:

Relativamente ao género, constata-se que as mulheres valorizam mais a intimidade e a confidencialidade com os amigos, tendo uma maior proximidade com as amigas. Estas recebem um maior suporte emocional dos amigos, apresentando um maior número de confidentes do que os homens. Estes por sua vez dão maior relevo à socialização do que propriamente às amigas e à intimidade (Ornelas, 1994 citado por Rodrigues, 2008).

- Quanto ao Estado Civil:

Ornelas (1994, citado por Rodrigues, 2008) num estudo sobre o suporte social e o estado civil (solteiros, casados, divorciados, separados e viúvos) concluiu que os indivíduos com elevado suporte social eram os indivíduos casados; os indivíduos que apresentavam um médio suporte social eram os solteiros e os separados; e, por fim, os indivíduos com baixo suporte social era os indivíduos viúvos e os divorciados.

Wu e Pollard verificaram nos seus estudos que os idosos que não estão casados e que não têm filhos são os que mais dificuldades têm em alcançar o suporte emocional (1998, citados por Ramos, 2002).

Vários estudos provam que as hospitalizações, a procura de atendimento médico, o internamento em instituições, a mortalidade e os suicídios apresentam uma taxa mais alta entre os viúvos, particularmente durante os primeiros seis meses de viuvez (Gatto, 2002).

- Quanto ao Lazer:

No que concerne à ocupação de tempos livres, ou às actividades de lazer, é importante ter alguns aspectos em consideração de modo a que o idoso tenha uma participação mais produtiva e com mais prazer:

- 1) o interesse pelas actividades jamais deve ser imposto ao idoso, devendo este interesse ser espontâneo;
- 2) as actividades devem desenvolver a capacidade de resolver problemas e devem cultivar a criatividade;
- 3) o idoso é quem deve determinar o tempo que pretende despender na actividade;

- 4) se for possível e se o idoso desejar, deve ser possibilitado ao idoso retirar uma remuneração pelos resultados das actividades; e,
- 5) as actividades devem propiciar interacções sociais positivas (Gatto, 2002).

Segundo Dumazedier (1973, 1979 citado por Ferrari, 2002) o lazer apresenta três funções essenciais: o descanso; a recreação, o divertimento e o entretenimento; e o desenvolvimento pessoal. O descanso é considerado como a função do lazer que repara o desgaste físico e mental, causados pelas vivências do quotidiano; a recreação, o divertimento e o entretenimento é considerada como a função que pretende reparar a monotonia; a última função, a função do desgaste pessoal, possibilita uma maior integração social, a experiência da sensibilidade, da razão e do corpo, e oferece ainda a possibilidade de integração em grupos recreativos, culturais e sociais.

O autor supracitado classifica ainda as actividades de lazer segundo as áreas de interesse:

- Físicas – actividades que conduzem o indivíduo a conhecer novos lugares, alterando a rotina diária num curto período de tempo (e.g. férias, parques, casa de campo, montanha, praia, visitas);
- Intelectuais – actividades que são consideradas como um exercício do conhecimento, de informação e de aprendizagem (e.g. aulas de alfabetização, leitura de livros, revistas e/ou jornais, ver televisão, ouvir música, escrita, ouvir rádio);
- Manuais – actividades que causam prazer no indivíduo através do manejo da matéria-prima, resultando num sentido utilitário e/ou estético (e.g. tricôt, bordados, costura);
- Artísticas – actividades relacionadas com o aspecto estético e da emoção (e.g. exposição, cinema, teatro, espectáculos); e,
- Associativas – actividades que apresentam um conteúdo social com amigos, familiares e/ou vizinhos (e.g. jogos, diálogo com amigos, pinturas em grupo, apoio social a idosos).

A música é bastante valorizada pelas pessoas, inclusivamente pelas pessoas mais velhas que lhe atribuem uma grande importância para o seu bem-estar (Barros, 2006). Hays (2002, citado por Barros, 2006) diz que a música é importante para o envelhecimento positivo. O mesmo autor verificou, mais tarde, que a música provoca nas pessoas idosas um desenvolvimento da sua auto-identidade e auto-estima, um bem-estar espiritual e um evitamento de sentimentos de solidão e isolamento.

- Quanto à Solidão/Isolamento Social:

Ferrari (2002) defende que a terceira idade pode se definir como um período de realização pessoal, da possibilidade de lazer e de investimento próprio.

A solidão encontra-se associada ao isolamento social. O isolamento social caracteriza-se pela falta de comunicação e da falta da manutenção de contactos sociais mínimos, referindo-se, neste sentido, à integração de pessoas e grupos na comunidade (Sousa *et al.*, 2004).

“A solidão é uma noção (sentimento) subjectiva, refere-se à percepção de privação de contactos sociais ou falta de pessoas disponíveis ou com vontade de partilhar experiências sociais e emocionais” (Sousa *et al.*, 2004, p. 46).

Conclusão:

Em Portugal, desde 1960 que se tem vindo a verificar o crescente desenvolvimento dos cuidados comunitários, apesar dos cuidados aos idosos, ainda hoje serem escassos. Geralmente, a dificuldade de aumentar estes cuidados comunitários formais a idosos esteja associada às atitudes e preconceitos existentes a estes (Sousa *et al.*, 2004).

As redes de suporte social são consideradas como essenciais na manutenção dos idosos na comunidade principalmente nos idosos com incapacidades (Paúl, 2005b).

O dever da família é cuidar dos mais velhos, sendo o recurso a instituições sociais considerado como um afastar ou descurar de uma obrigação da própria família. Apesar disso, cada vez mais se reconhece que estes serviços institucionais são essenciais e indispensáveis para o apoio ao idoso e, de igual forma, às suas famílias (Sousa *et al.*, 2004).

Hinde (1997, citado por Souza & Garcia, 2008) revela que tanto os familiares como os amigos são tidos como os elementos mais importantes da rede social na velhice, apesar do processo de envelhecimento causar mudanças quanto aos papéis desempenhados.

Rowe e Kahn (1998, citados por Paúl, 2005a) consideram através da análise de várias investigações que o envelhecimento bem sucedido se deve em grande parte ao elevado suporte social.

Tal como Paúl, Fonseca, Martin e Amado (2005, citado por Paúl, 2005a) concluíram nas suas investigações, as redes de suporte social estão associadas à qualidade de vida em geral assim como nos vários domínios, contudo não estão associadas à satisfação de vida dos idosos.

CAPITULO III – DEPRESSÃO NO IDOSO

Ao longo da vida todo o ser humano pode apresentar sintomas depressivos, contudo na população idosa a probabilidade é mais elevada, devido a esta fase da vida se caracterizar por infintas perdas e limitações (Carvalho & Fernandez, 2002).

3.1. Definição e Caracterização da Depressão

Na linguagem corrente, o termo depressão pode significar um sintoma, uma síndrome e uma (ou várias) doença(s). A depressão enquanto sintoma pode ocorrer num quadro clínico (e.g. demência, esquizofrenia, doenças clínicas, alcoolismo), ou pode ainda surgir como resposta a situações sociais e económicas adversas, ou circunstâncias de vida desfavoráveis. Enquanto síndrome, a depressão inclui alterações do humor (e.g. tristeza, apatia, irritabilidade), alterações psicomotoras, cognitivas e vegetativas (e.g. sono, apetite). Actualmente, a depressão enquanto doença pode se classificar das seguintes formas: Perturbação Depressiva *Major*, Depressão Bipolar Tipo I e II, Distímia, entre outras (Porto, 2000).

A depressão pode ser encarada como uma problemática de cariz psiquiátrico, mas também clínico e social devido à sua elevada prevalência (Carvalho & Fernandez, 2002), estando associada a factores como a idade, o estado civil, a classe social e as condições sociais (Camarano, 1999 citado por Almeida & Almeida, 1999), ou ainda, em especial, ao sexo (Sousa, 2008).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a depressão ocupa uma posição proeminente no que concerne os problemas de saúde pública. Prevê-se que, em 2020, esta seja a primeira causa de morte nos países em vias de desenvolvimento e a segunda causa de morte nos países desenvolvidos (Coutinho, Gontiès, Araújo & Sá, 2002 citados por Carvalho & Fernandez, 2002).

Kiel Holz (s/d, citado por Carvalho & Fernandez, 2002) classificou a depressão segundo a seguinte forma:

- a) Depressão Psicogénica (Neurótica ou Reactiva): pode ter um início que varia entre a adolescência e a senectude. Os pacientes têm uma grande probabilidade de desenvolverem algum episódio depressivo major, assim como outros problemas psiquiátricos, ou dependência de álcool ou drogas. A depressão reactiva pode resultar de uma ou mais situações de vida adversas como o isolamento social, mudanças de residência, perda de familiares ou amigos, perda de autonomia, entre outros;
- b) Depressão Endógena: divide-se em unipolar ou bipolar. Quando se caracteriza somente por sintomas depressivos denomina-se de unipolar. Quando ocorrem sintomas de depressão alternados com sintomas de mania, trata-se de um transtorno bipolar; e,
- c) Depressão Somatogénica (Orgânica ou Secundária): podem ser desencadeadas por doenças orgânicas como também pelo uso de drogas.

Uma das características mais comuns dos estados depressivos é a existência de sentimentos de tristeza e de vazio, contudo nem todos os pacientes afirmam apresentar esta característica. Alguns pacientes revelam que o principal sintoma é a perda da capacidade em sentir prazer nas actividades em geral. Contudo, para diagnosticar a depressão deve ter-se em conta os seguintes aspectos (Porto, 2000):

- Sintomas Psíquicos: humor depressivo; diminuição da capacidade de experimentar prazer na grande parte das actividades que antes eram agradáveis; diminuição da capacidade de pensar, de tomar decisões e de se concentrar; e fadiga ou sensação de perda de energia;
- Sintomas Fisiológicos: alteração do sono; alteração do apetite; e redução do interesse sexual; e,
- Alterações Evidentes do Comportamento: crises de choro; isolamento social; comportamentos suicidas; e agitação psicomotora ou lentificação generalizada, e atraso psicomotor.

Para se efectuar um diagnóstico de depressão e, segundo o DSM-IV-TR (*American Psychiatric Association* [APA], 2002), é fundamental a periodicidade em que ocorrem os sintomas, sendo que um diagnóstico de um Episódio Depressivo *Major* é caracterizado por um humor triste ou perda de interesse em quase todas as actividades, pelo menos durante duas semanas, e por pelo menos 5 dos seguintes 9 sintomas:

- 1) humor depressivo durante a maior parte do dia, quase todos os dias;

- 2) diminuição do interesse ou prazer em todas, ou quase todas, as actividades;
- 3) perda de peso ou aumento de peso significativos;
- 4) insónia ou hipersónia;
- 5) agitação ou lentificação psicomotora;
- 6) fadiga ou perda de energia;
- 7) sentimentos de desvalorização ou culpa excessiva ou inapropriada;
- 8) diminuição da capacidade de pensamento ou da concentração, ou indecisão; e,
- 9) pensamentos recorrentes acerca da morte, ideação suicida recorrente sem planos específicos ou uma tentativa de suicídio ou um plano específico para cometer suicídio.

Freud (1917/1950, citado por Blazer, 1998) defendeu que a melancolia se parece com o luto, que ocorre com a perda de um ente querido, ou de algo estimado, contudo a melancolia só ocorre em pessoas que apresentam alguma predisposição para tal, e para que tal aconteça, a perda do ente querido pode ser somente de forma intrapsíquica, bastando a ligação ser quebrada por um desilusão ou desapontamento.

A Depressão *Minor* apresenta menos sintomas que a Depressão *Major* (entre 2 e 4 sintomas), e tem um menor prejuízo cognitivo (Pinho, Custódio & Makdisse, 2009).

“A depressão minor é uma depressão que provoca mau-estar clinicamente significativo ou défice social, ocupacional ou outras áreas de funcionamento mas que não reúne os critérios para o diagnóstico de depressão major ou de perturbação distímica” (Sousa, 2008, p. 92).

3.2. Depressão no Idoso

“Os temas depressão e envelhecimento estão intimamente associados. Essa ligação deve-se em parte aos seguintes factores: envelhecimento populacional, prevalência dos distúrbios depressivos em idosos e vicissitudes da terceira idade” (Blay, 2000, p. 45).

Em 1994, Aldwin (citado por Cupertino *et al.*, 2007), afirma que os idosos são mais eficazes nas respostas de enfrentamento em situações de *stress* comparativamente aos jovens adultos. Neste sentido, os idosos possuem um maior leque de estratégias de enfrentamento, tornando-se mais eficazes ao ultrapassar situações de vida marcantes. Apesar das mudanças,

que são muitas da vezes prejudiciais e apesar das típicas modificações que acompanham a velhice, considera-se que os idosos se adaptam melhor e evidenciam uma boa saúde mental.

Nesta faixa etária, são grandes as pressões psicológicas, económicas e sociais que exigem que se criem adaptações internas e externas que podem resultar em inúmeras perturbações (Blay, 2000).

Uma das perturbações mais comuns na população idosa são as perturbações de humor, que causam uma perda de autonomia e podem mesmo agravar os quadros patológicos pré-existentes (Blazer, 2003; Carvalho & Fernandez, 2002). Uma dessas perturbações é a depressão, que se encontra associada ao aumento da utilização de serviços de saúde, à negligência do auto-cuidado, ao maior risco de morbilidade e de mortalidade, à fraca adesão às terapias e também a um maior risco de suicídio (Paradela, Lourenço & Veras, 2005). Neste sentido, este transtorno leva a um aumento das perturbações físicas, a uma diminuição da qualidade de vida e podendo mesmo causar a morte prematura no idoso (Dong, Beck & Simon, 2010; Kramlinger, 2004; Rosvner, 1993 citado por Pedro, 2001).

Na maior partes dos casos, a depressão é subestimada tanto pelo próprio paciente como pelos familiares e profissionais de saúde. Neste sentido, é importante compreender que a depressão é uma doença que ocorre em todas as fases da vida inclusivamente na velhice (Carvalho & Fernandez, 2002).

De acordo com Vaz Serra (1977, citado por Santos, 2002), a depressão na terceira idade normalmente quando surge, é uma repetição de uma crise depressiva ocorrida bastantes anos antes.

A primeira teoria psicológica da depressão foi desenvolvida por Sigmund Freud (1917/1950, citado por Blazer, 1998) que considerou que “a dinâmica da depressão estava interligada à reacção psicológica de perda de um relacionamento importante” (Blazer, 1998, p. 84). A melancolia ocorre quando existe a lembrança do luto resultante da perda de um ente querido. Contudo, a melancolia só ocorre em indivíduos que apresentem uma predisposição, ao contrário do luto, quando o indivíduo está emocionalmente interligado passando por sentimentos inconscientes de raiva em relação ao ente perdido. De seguida, os sintomas melancólicos emergem quando a raiva atinge o Ego. O melancólico finda o seu interesse no

mundo exterior diminuindo a sua actividade e não incrementa relacionamentos amorosos. O termo melancólico define uma resposta anormal à perda (Blazer, 1998).

Erik Erikson (1950, citado por Blazer, 1998; Rossell, 2004) na sua teoria de Integração vs. Desespero, defendeu que a depressão nos idosos surgiria quando estes acreditassem que não tinham feito nada de útil durante a sua vida. Neste período das suas vidas, é frequente que os idosos repensem as suas vidas, de modo a dar-lhes sentido. Quando esta tarefa é bem sucedida, o idoso adquire o sentido de propósito e integridade, caso contrário, se o idoso não encontra sentido na sua vida, surge o desespero. Assim, quando existe alguma dificuldade em aceitar os erros, e por não poder alterar o passado, a sensação de que a morte é definitiva pode ser violenta.

Aaron Beck (1967, citado por Blazer, 1998) apresentou uma terceira teoria psicológica da depressão, a Teoria da Distorção Cognitiva. A distorção cognitiva ocorre quando o idoso analisa as suas experiências passadas, presentes e futuras como sendo idiossincráticas e negativas. Quando por qualquer razão ocorre uma experiência menos agradável, o idoso culpabiliza-se do resultado dessa experiência. Por exemplo, se um idoso não recebe a visita dos seus netos, isso deve-se ao facto deste ser “chato” e se é “chato” isso é desprezível, neste sentido, a depressão é perpetuada pelo estilo cognitivo (Santos, 2002).

Rosa e Martín (2007, citados por Sousa, 2008) afirmam que ainda não está devidamente esclarecida qual a etiologia da depressão na população idosa devido a inúmeros aspectos, entre os quais a necessidade de efectuar estudos transversais, o que dificultada a inferência das relações de causa. Contudo, os autores adiantam que a perda de rendimentos, de um papel activo na sociedade ou do nível sócio-económico pode resultar numa desmoralização e até aumentar a possibilidade de risco de depressão no idoso.

Segundo Carvalho e Fernandez (2002), os factores etiológicos que mais influenciam o idoso, são os factores psicossociais, sendo os mais relevantes, a perda de suporte social, as situações adversas da vida, a ocorrência de doenças físicas no próprio ou no cônjuge, ou até mesmo uma situação de viuvez recente.

No idoso, as causas da depressão agrupam-se dentro de um vasto grupo de componentes como factores genéticos, o luto e o abandono, eventos vitais, doenças incapacitantes, além de outros (Blazer, 1998; Rico, 2004; Santos, 2002).

Kraaij e De Wilde (2001, citados por Sousa *et al.*, 2004) concluíram que a nível geral, a depressão na velhice se encontra associada a acontecimentos de vida negativos, como a doença grave de outros e do próprio, morte de pessoas próximas, abuso sexual, violência física, circunstâncias sócio-económicas, negligência emocional, stress relacional e problemas de comportamentos de outros.

Segundo Blazer (1998), Santos (2002) e Rico (2004), os factores de correlação mais comuns com a depressão na população idosa são: o estado físico, os transtornos cognitivos, a carga genética, o consumo de drogas, a personalidade da pessoa, os factores sociais inerentes ao próprio idoso as relações interpessoais e os acontecimentos de vida adversos.

Um quadro de depressão no idoso surge num contexto de perda de qualidade de vida concomitantemente com o surgimento de doenças clínicas graves e com o isolamento social (Stella, Gobbi, Corazza & Costa, 2002).

Uma outra situação que pode desencadear a depressão poderá ser a institucionalização. O idoso pode se sentir isolado do seu convívio social o que resulta na perda de auto-estima, da liberdade, da identidade, aumentando a solidão e, muitas vezes, pode até desistir de viver. Assim, o facto de alterar o seu estilo de vida, com horários e regras específicos, associada à falta de intimidade entre outros factores, pode ser mais que uma razão para desencadear a depressão. A prevalência da depressão em idosos que vivem em instituições varia de 7% a 50%, e nos casos dos idosos hospitalizados, a incidência será no mínimo de 35%. Nesta última situação, raramente uma depressão é diagnosticada e devidamente tratada (Carvalho & Fernandez, 2002).

Somente uma pequena parte, entre 1% e 4% dos idosos não institucionalizados, se diagnostica perturbação depressiva (Blazer, Hughes & George, 1997 citados por Rico, 2004), porém os números aumentam se falar de sintomas depressivos, que sobe para entre 9% e 30% dos idosos (Blazer, 1993 citado por Rico, 2004).

Blazer e Williams (1980, citados por Oliveira *et al.*, 2006) afirmaram que 14,7% da população idosa que reside em instituições apresentam sintomas de depressão. Raramente estes não são diagnosticados e devidamente tratados.

Costa (2005) afirmou ainda que a maioria da população idosa está deprimida, tanto a institucionalizada (com uma prevalência de 54,6%), como a que reside na comunidade (com uma prevalência de 62,9%). Carvalho e Fernandez (2002) estimam que cerca de 40% dos casos de depressão não são devidamente diagnosticados, resultando numa elevada variação das taxas de prevalência nas últimas três décadas, que podem ir de 5% a 44%, devendo-se ainda à realização do diagnóstico segundo diferentes critérios.

A incidência anual da depressão no idoso tem tendência a amplificar à medida que a idade evolui, apresentando *ratios* de 17 por 1000 idosos com idades compreendidas entre os 70 e os 79 anos, aumentando para 44 por 1000 idosos com idades entre os 79 e os 85 anos (Palsson *et al.*, 2000, citados por Carvalho & Firmino, 2006).

O diagnóstico da Depressão Major no idoso caracteriza-se por perda de prazer ou interesse (anedonia) e humor irritável ou deprimido concomitantemente com pelos menos quatro dos seguintes sintomas, durante duas ou mais semanas (existentes quase todos os dias): fadiga, alteração do apetite (com perdas ou ganho de peso), despertar precoce, retardo ou agitação motora, redução da capacidade de concentração, redução do desejo sexual e ideação suicida. No idoso deve valorizar-se a presença ou não de sintomas somáticos, cognitivos (pseudodemência), e presença de alucinações e delírios (depressão psicótica) (APA, 2002; Freirias & Menon, 2002).

Segundo Yesavage e colaboradores (1983), os sintomas mais frequentes da depressão na pessoa idosa são:

- Perturbações do sono;
- Sintomas de falta de memória e de défice cognitivo;
- Disfunção sexual e diminuição da libido;
- Dores articulares;
- Obstipação; e,

- Sintomas somáticos relacionados a sintomas cognitivos (este sintoma é considerado importante para o rastreio da depressão no idoso).

Em idosos, a depressão, para além dos sintomas comuns, costuma ser acompanhada por baixa auto-estima, hipocondria (preocupação exagerada com doenças), humor disfórico, queixas somáticas, sentimento de inutilidade, alterações de sono e do apetite, tendência autodepreciativa, ideação paranóide e recorrentes pensamentos de suicídio (Siqueira, Vasconcelos, Duarte, Arruda, Costa & Cardoso, 2009).

A Depressão Mascarada ocorre quando o idoso apresenta múltiplas queixas somáticas que são substitutas das queixas depressivas (e.g. dores musculares, dores de cabeça, fadiga). A maior dificuldade de detecção da Depressão Mascarada ocorre quando está associada a uma patologia clínica (Blay, 2000; Chiu, Ames, Draper & Snowden, 2005; Freirias & Menon, 2002).

A Pseudodemência é a depressão que ocorre com prejuízo cognitivo, e caracteriza-se pela dificuldade em distinguir dos demais quadros demenciais (Chiu *et al.*, 2005; Freirias & Menon, 2002).

Além disso, existe ainda a Depressão que surge num Quadro Demencial o que torna a distinção entre ambas ainda mais difícil (Freirias & Menon, 2002).

A Depressão Psicótica caracteriza-se pelo surgimento de humor deprimido e sintomas neurovegetativos (e.g. perda do apetite, insónias), surgindo mais tarde delírios e alucinações, existindo uma congruência entre o conteúdo psicótico com o humor deprimido. Deve-se excluir a hipótese de depressão quando, sem antecedentes, o paciente apresenta sintomas psicóticos (Chiu *et al.*, 2005; Freirias & Menon, 2002).

A Perturbação Distímica é a depressão mais frequente entre os idosos e para que esta seja devidamente diagnosticada, deve de apresentar este sintomas há pelo menos 2 anos. Apesar dos sintomas de perturbação distímica não serem tão severos como na perturbação depressiva major, ambos podem coexistir conduzindo a uma depressão dupla. Esta perturbação crónica deriva mais de factores psicológicos e psicossociais do que a depressão major com características melancólicas e psicóticas (APA, 2002; Blazer, 1998; Sousa, 2008).

A Perturbação da Adaptação com Humor Depressivo diverge dos anteriores devido às suas causas terem origem física, ambiental ou em situações de *stress*. Quando os sintomas persistirem além de alguns meses (considerado normal), o diagnóstico deverá ser alterado para perturbação depressiva *major* ou distímica (Blazer, 1998).

Relativamente à Perturbação Orgânica de Humor, esta tem origem directa numa anormalidade física (e.g. doenças ou intoxicações por drogas) (Blazer, 1998).

Algumas manifestações clínicas da depressão no idoso podem não ser indicadores tão confiáveis como no jovem adulto. São o caso das alterações do apetite, do sono e do desejo sexual, sendo que estes factores podem estar relacionados com os efeitos da polifarmácia, com doenças físicas e com a própria idade. Em contrapartida, parece necessário valorizar a presença de sintomas cognitivos, sintomas somáticos, e de delírios e alucinações para fazer um correcto diagnóstico assim como para poder obter indicadores confiáveis acerca da depressão (Freirias & Menon, 2002). Existem alguns factores que indiciam um mau prognóstico da depressão nos idosos: os baixos níveis de satisfação com a vida, a existência de elementos disfuncionais na família, as perdas pessoais e materiais, o agravamento do estado de saúde e os seus antecedentes patológicos da personalidade (Rico, 2004).

O aparecimento da depressão em indivíduos idosos é considerado um factor de risco e pode determinar um posterior desenvolvimento de um processo de demência. A depressão associada à demência induz a um comprometimento das capacidades funcionais. A comorbilidade entre a depressão e a demência pode manifestar-se segundo as seguintes formas (Stoppe & Louzã Neto, 1999 citados por Stella *et al.*, 2002):

- 1) Demência na depressão, quando existe um comprometimento cognitivo resultante de um processo depressivo (também denominado por “pseudodemência depressiva”);
- 2) Depressão na demência, quando os sintomas depressivos são parte integrante do processo de demência;
- 3) Demência com depressão, quando os sintomas depressivos surgem num quadro de demência pré-existente, coexistindo os dois fenómenos; e,
- 4) Depressão com comprometimento cognitivo, quando existe uma evolução da depressão com diferenças cognitivas, especialmente os défices de memória recente e de concentração.

Ao longo do ciclo vital, a depressão ocorre tanto no homem como na mulher, sendo mais frequente na mulher. No caso de mulheres idosas, a percentagem pode triplicar comparativamente aos homens idosos (Rico, 2004).

Estudos indicam que os idosos casados têm uma maior probabilidade de desenvolver uma depressão do que aqueles idosos que não são casados (Beekman, Deeg, Geerlings, Shoevers, Smit & Tilburg, 2001; Geerlings, Beekman, Deeg & Tilburg, 2000; Prince, Harwood, Thomas & Mann, 1998 citados por Pinho *et al.*, 2009).

Outros estudos revelaram a importância que um cônjuge pode trazer ao outro quando um deles tem depressão, demonstrando que o suporte que estas recebem do seu cônjuge e da família é mais elevado do que outros indivíduos que não são comprometidos (Tower & Kasl, 1996 citados por Barros, 2008a).

Com o aumento da idade, aumentam as taxas de suicídio o que ressalta a importância das perdas relacionada com o envelhecimento (Choi & Jun, 2009). A população em que o risco de suicídio é mais acentuado é a dos indivíduos do sexo masculino, com idade superior a 75 anos de idade, a dos viúvos, a dos deprimidos, a daqueles com doença crónica incapacitante e dolorosa, e dos que possuem problemas de álcool. Esta população necessita de particular atenção pois a grande parte tem acesso a recursos letais (Marques & Ramalheira, 2006).

“O suicídio está frequentemente relacionado com as perturbações depressivas e estas constituem precisamente as patologias psiquiátricas tratáveis mais comuns entre os idosos” (Marques & Ramalheira, 2006, p. 233).

O suicídio em sentido estrito é definido como uma auto-destruição voluntária e consciente, em sentido lato, o suicídio pode incluir variados processos de auto-eliminação, lentos, mais ou menos inconscientes e crónicos (Levy, 1979 citado por Barros, 2008b).

É muito comum os idosos apresentarem queixas somáticas antes das tentativas de suicídio, como tal, deve dar-se importância aos transtornos depressivos e outros transtornos mentais (Chui *et al.*, 2005).

Os casos de suicídio em idosos estão relacionados com a depressão entre 60 a 80%. Existe um risco acrescido de suicídio quando o quadro depressivo é caracterizado por queixas somáticas, sentimentos de culpa, angústia, desespero e agitação severa. Nos idosos, o comportamento suicida termina mais facilmente em morte devido aos seguintes factores: grande probabilidade de viverem sozinhos (redução da possibilidade de auxílio), aumento da fragilidade física (diminuição da resistência à agressão) e pela elevada intensidade da intenção letal (Marques & Ramalheira, 2006).

Beautrais (2002, citado por Marques & Ramalheira, 2006) declarou que se suprimissem as perturbações do humor nos idosos, a taxa de suicídio seria reduzida em 74% dos casos.

Na população idosa, o grupo etário com maior probabilidade de apresentar risco de suicídio apresenta as seguintes características: sexo masculino (quando a idade é superior aos 75 anos, o risco é quatro vezes maior); perdas cumulativas (a nível físico, psíquico, social, emocional, sensorial e financeiro); solidão (isolamento e ausência de relações significativas); alcoolismo (o suicídio ocorre em 30% de casos relacionados com o álcool); desespero e angústia; e o acesso a recursos letais (o risco aumenta quando o acesso a recursos letais aumenta – armas de fogo, medicamentos, veneno, entre outros) (Marques & Ramalheira, 2006).

No idoso, o risco de suicídio é maior do que o risco no adolescente ou no jovem adulto, no sentido em que apesar de fazer menos tentativas, é em elevada percentagem que estas se concretizam (Marques & Ramalheira, 2006).

As abordagens de prevenção do suicídio destinam-se a idosos com quadros depressivos graves que deverão ser detectados e tratados pelos profissionais de saúde. Normalmente são indivíduos que vivem em situações de elevada vulnerabilidade e com alto risco de suicídio. Contudo, muitos casos não são devidamente revelados devido ao baixo reconhecimento e tratamento dos casos, assim como à dificuldade de acesso aos cuidados primários (Marques & Ramalheira, 2006).

Kastenbaum e Aisenberg (1983, citados por Barros, 2008b) afirmam existir uma relação positiva entre a idade e as taxas de suicídio.

Segundo Rico (2004), 40% a 60% dos idosos com depressão conseguem se recuperar na totalidade, 15% a 20% conseguem se recuperar da sua actual situação de crise, mas podem apresentar futuras recaídas, e 30% a 40% dos idosos convertem-se em doentes crónicos.

Blazer (1998) afirma que o tratamento da depressão em idosos deve incluir três terapias que devem ser conjugadas de modo a que o idoso seja beneficiado o máximo possível: a terapia biológica, a psicoterapia e a terapia familiar. No tratamento da depressão deve-se visar os seguintes objectivos: a interrupção dos sintomas depressivos; a diminuição do risco de recidiva; o melhorar da saúde física e da qualidade de vida; e o reduzir da mortalidade. É importante salientar que se deve fazer uma constante avaliação dos indivíduos em tratamento de modo a identificar com antecedência possíveis recaídas (Freirias & Menon, 2002).

As consequências da depressão no idoso podem ser analisadas segundo quatro perspectivas: a social, que considera a existência de alterações das relações interpessoais e familiares para prestar a assistência necessária ao idoso; a económica, verifica que com o aumento da depressão na população existe necessariamente um aumento das despesas de saúde e da segurança social; a sanitária, que se fomenta que com o aumento do gasto com cuidados primários e diferenciados, existirá necessariamente um aumento das instituições especializadas e um aumento do pessoal; e, por fim, a ética, que se centra essencialmente na questão do suicídio no idoso, justificando um estudo intensivo e rigoroso sobre a temática a nível nacional e internacional (Costa, 2005).

3.3. O Suporte Social e a Depressão no Idoso

Vários estudos constataram a existência de uma relação entre o apoio social e emocional, e a saúde mental. A depressão está relacionada com a falta de apoio social (Brazer, 1983; Golberg, Van Natta & Comstock, 1985; Lynch, Mendelson, Robins, Krishnan, George & Johnson, 1997; Prince, Harwood, Blizard, Thomas & Mann, 1997; Zunzunegui, Beland & Otero, 2001 citados por Lahuerta, Borrell, Rodríguez-Sanz, Pérez & Nebot, 2003), assim segundo Henriques e Lima (2003), existe uma potencial relação causal entre a percepção de baixo suporte social e os estados emocionais negativos.

Pesquisas na população geral revelaram que a própria percepção de precário suporte social pode tornar o indivíduo deprimido (Dean, 1986; Lunsky, 2008).

Henderson depois de uma meta-análise realizada entre 1975 e 1988, concluiu que a percepção do suporte social deficitário aumenta a possibilidade de desenvolver sintomas depressivos (1992, citado por Henriques & Lima, 2003).

Em 1988, Cohen, Towbes e Flocco investigaram que os sujeitos com um estado de espírito negativo têm tendência para classificarem como negativo o suporte social recebido e percebido (Henriques & Lima, 2003).

“A depressão no idoso virá forçosamente, a curto ou a médio prazo, a exercer a sua influência nos indivíduos que com ele se relacionam mais intimamente, particularmente os seus familiares” (Santos, 2002, p. 67).

Santos (2002), afirma que a depressão no idoso é determinada pela percepção individual que o mesmo tem do suporte social que dispõe, assim como do estado de saúde e de acontecimentos de vida.

Estudos precedentes descobriram que um alto grau de suporte social está associado com um risco reduzido para o desenvolvimento de episódios de depressão *major*, assim como aumentar as hipóteses de recuperação de pessoas que sofrem desta mesma depressão. Os pacientes recuperados também aumentaram significativamente as suas percepções de apoio social adequado. As conclusões revelam a existência de mudanças significativas sobre o suporte social que estão relacionadas com o grau de alteração dos sintomas depressivos (Badger, 1996; Lara *et al.*, 1997 citados por Skarsater, Langius, Agren, Haggstrom & Dencker, 2005).

Os pesquisadores que investigaram a relação entre os diferentes tipos e fontes de apoio social e a depressão no idoso, apresentaram um relatório consistente que certifica que a presença de suporte social diminui os sintomas depressivos (Dupertuis, Aldwin & Bosse, 2001; Hays, Steffens, Flint, Bosworth & George, 2001 citados por Balaswamy *et al.*, 2004).

Estudos anteriores concluem que a depressão pode ser atenuada através do reforço das redes sociais (Blazer, 1983 citado por Gallegos-Carrillo, Mudgal, Sánchez-García, Wagner, Gallo, Salmerón & García-Peña, 2009).

Demura e Sato mostraram que os sintomas depressivos pode ser reduzida através do aumento do número de amigos. Assim, a promoção das redes sociais em torno de pessoas idosas, particularmente a expansão de redes de amizade e contacto com parentes, pode atenuar os sintomas depressivos (2003, citados por Gallegos-Carrillo *et al.*, 2009).

A perda de interacção entre o idoso e a família foi considerada um factor social importante para explicar a incidência elevada do suicídio nesta mesma população (Pelizza, 1979; Peretti & Wilson, 1979 citados por Balaswamy *et al.*, 2004).

Assim, pode-se constatar que há uma forte relação entre o apoio social e a depressão na população idosa.

No idoso, a problemática da depressão para além de afectar o convívio social, com repercussões individuais e sociais, apresenta ainda um inerente risco de morbilidade e cronicidade. Para além de afectar o convívio social, a depressão é considerada uma doença com elevada possibilidade de suicídio em 15% dos casos (Carvalho & Fernandez, 2002). Neste sentido, é importante que todos os profissionais de saúde compreendam a necessidade de identificar esta perturbação, e promover atempadamente o seu tratamento que pode ser muito eficaz e sem problemas de desaprovação.

Conclusão:

Sendo o envelhecimento um processo irreversível e heterogéneo, que varia de indivíduo para indivíduo, existem factores etiológicos que vão determinar o desenvolvimento deste processo. São determinados por factores genéticos, pelo grau de instrução do indivíduo, pelo meio envolvente, pelas experiências de vida, pelos recursos económicos e ainda pelo robustez físico e mental. De uma forma geral, todos os idosos que vivem sozinhos ou com precário suporte social apresentam uma maior tendência em desenvolver sintomas depressivos (e.g. queixas somáticas persistentes, desespero, insónias, agitação psicomotora e ideação suicida) devendo ser sinalizados o mais precocemente possível, pois apresentam um risco acrescido de

praticar o suicídio. Neste sentido, parece importante fomentar o suporte social no idoso, particularmente o suporte familiar pois, segundo vários autores, este parece ser o tipo de suporte que mais benefícios faculta para a promoção e manutenção da saúde física e mental do próprio idoso

PARTE II – INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA

CAPÍTULO IV – MÉTODO

A primeira parte desta Dissertação de Mestrado permitiu ter um conhecimento mais abrangente e diversificado sobre o Envelhecimento, o Suporte Social e a Depressão no Idoso. Como referido anteriormente por vários autores, estudos revelam a existência de uma associação entre um suporte social elevado e o risco reduzido de desenvolver uma depressão. Neste sentido, parece fundamental aprofundar se efectivamente existe ou não relação entre o Suporte Social e a Depressão na população idosa institucionalizada.

4.1. Objectivos do Estudo

Em geral, considerando a população idosa, este estudo pretende identificar e analisar a relação entre a *Satisfação com o Suporte Social* e a *Depressão*.

Os objectivos específicos desta investigação são os seguintes:

- 1) Verificar se existe relação entre a variável *Satisfação com o Suporte Social* e as variáveis Sócio-Demográficas: *Género, Idade, Estado Civil, Descendência e Ocupação dos Tempos Livres*;
- 2) Analisar se existe relação entre a variável *Depressão* e as variáveis Sócio-Demográficas: *Género, Idade, Estado Civil, Escolaridade, Descendência e Ocupação dos Tempos Livres*.

4.2. Hipóteses do Estudo

Mediante a literatura consultada, foram elaboradas as seguintes hipóteses:

H1: Espera-se que nos idosos exista uma relação inversa entre a variável *Satisfação com o Suporte Social* (ESSS) e a variável *Depressão* (EDG) (Henderson, 1992 citado por Henriques & Lima, 2003; Brazer, 1983; Golberg *et al.*, 1985; Lynch *et al.*, 1997; Prince *et al.*, 1997; Zunzunegui *et al.*, 2001 citados por Lahuerta *et al.*, 2004).

H1.1: Prevê-se que exista uma relação entre a variável *Satisfação com o Suporte Social* (ESSS) e as variáveis Sócio-Demográficas: *Género, Idade, Estado Civil, Descendência* e *Ocupação dos Tempos Livres*; ou seja, a Satisfação com o Suporte Social varia de acordo com cada uma das variáveis Sócio-Demográficas.

H1.2: Espera-se que exista uma relação entre a variável *Depressão* (EDG) e as variáveis Sócio-Demográficas: *Género, Idade, Estado Civil, Escolaridade, Descendência* e *Ocupação dos Tempos Livres*; isto é, a Depressão varia segundo cada uma das variáveis Sócio-Demográficas.

4.3. Variáveis do Estudo

Para a realização deste estudo foram definidas as seguintes variáveis, visando cada um dos objectivos:

- No que se refere ao Objectivo Geral: a *Satisfação com o Suporte Social* e a *Depressão*;
- No que concerne o Objectivo Específico 1: a *Satisfação com o Suporte Social* e as variáveis Sócio-Demográficas: *Género, Idade, Estado Civil, Descendência* e *Ocupação dos Tempos Livres*;
- No que respeita o Objectivo Específico 2: a *Depressão* e as variáveis Sócio-Demográficas: *Género, Idade, Estado Civil, Escolaridade, Descendência* e *Ocupação dos Tempos Livres*.

4.4. Participantes

A amostra é um subgrupo da população seleccionada para a obtenção de informação comparativamente às características dessa mesma população (Miaoulis & Michener, 1976 citado por Ribeiro, 1999b). Neste estudo em particular, a amostra em causa é não probabilística ou intencional, pois é desconhecida a probabilidade relativa de um sujeito ao acaso ser incluído na amostra (Smith, 1975 citado por Ribeiro, 1999b).

Os participantes deste estudo empírico são idosos residentes no Lar D. Joaquina Leite Lage da Santa Casa da Misericórdia de Fafe, no período de 26 de Fevereiro a 29 de Junho de 2009.

Constituem uma amostra de conveniência, sendo a amostra original (inicial) composta por 30 idosos. Quanto à variável *Género*, destes 30 idosos, 18(60%) são do género feminino e 12(40%) são do género masculino (Quadro 1), e quanto à variável *Idade*, estes possuem idades compreendidas entre os 53 e os 90 anos de idade ($M = 78,27$; $D.P. = 8,79$).

Quadro 1 – Distribuição dos Elementos da Amostra Inicial segundo o Género

Género	Frequência	Percentagem (%)
Feminino	18	60
Masculino	12	40
Total	30	100

A amostra definitiva foi composta por 20 dos participantes da amostra original. Os participantes deste amostra não podiam apresentar défice cognitivo (verificado através do ponto de corte do *Mini-Mental State Examination*), nem deficiência visual e/ou auditiva, e não ter idade inferior a 65 anos de idade.

Na amostra definitiva, quanto à variável *Género*, 14(70%) são do género feminino e 6(30%) dos idosos são do género masculino (Quadro 2), e quanto à variável *Idade*, estas variam entre os 65 e os 89 anos de idade ($M = 79,3$; $D.P. = 6,05$) (Figura 1).

Quadro 2 – Distribuição dos Elementos da Amostra Definitiva segundo o Género

Género	Frequência	Percentagem (%)
Feminino	14	70
Masculino	6	30
Total	20	100

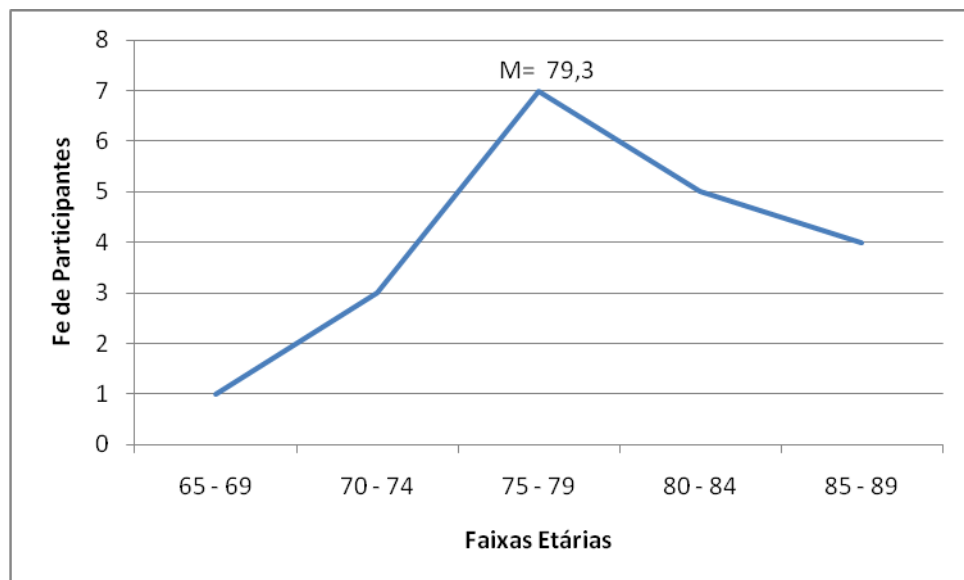


Figura 1 – Frequência de Participantes segundo a Faixa Etária

Relativamente à variável *Estado Civil*, a amostra definitiva é composta por: 4(20%) solteiros; 3(15%) casados; 2(10%) separados/divorciados e 11(55%) viúvos (Figura 2).

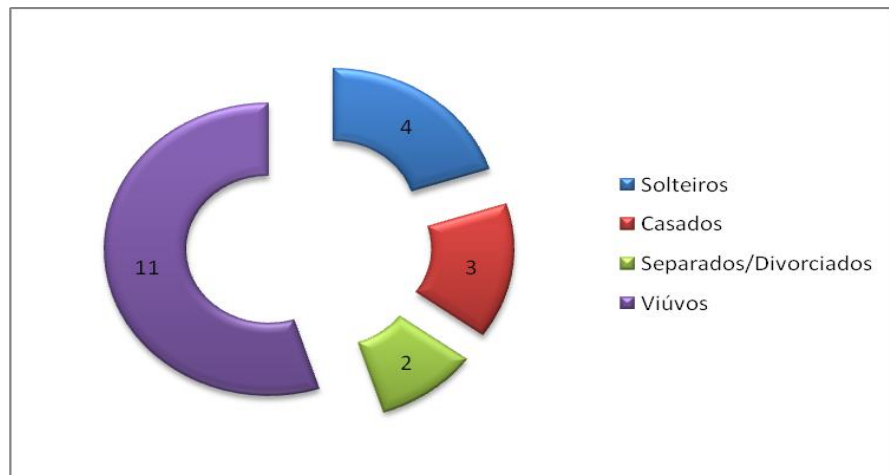


Figura 2 – Frequência de Participantes segundo o Estado Civil

Quanto à variável *Escolaridade*, 12(60%) participantes não tem nenhuma escolaridade e 8(40%) frequentaram a Escola Primária/1º Ciclo (Figura 3).

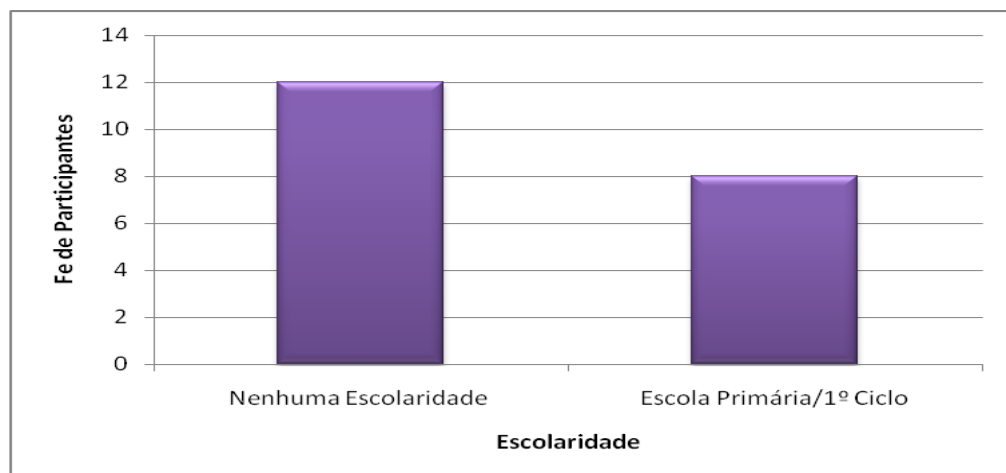


Figura 3 – Frequência de Participantes segundo a Escolaridade

Dos 8 participantes que tem escolaridade, 2(25%) têm 2 anos de estudo, 4(50%) têm 3 anos de estudo e 2(25%) têm 4 anos de estudo (Figura 4).

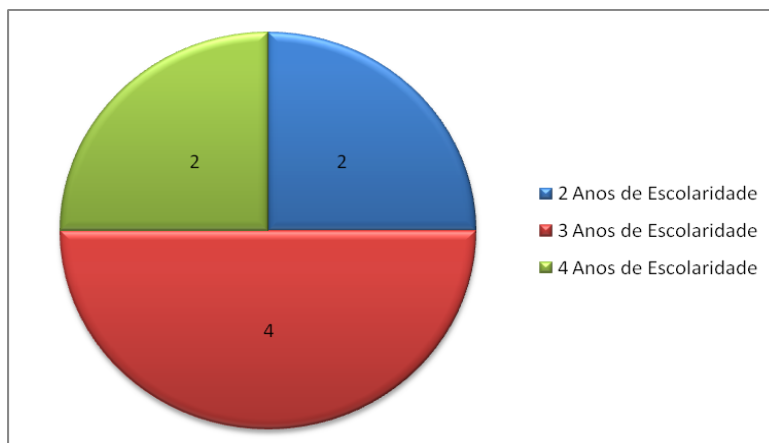


Figura 4 – Frequência de Participantes segundo o Número de Anos de Estudo

Relativamente à variável *Profissão* (anterior à reforma), 2(10%) dos participantes idosos eram funcionários públicos, 3(15%) eram empregadas domésticas, 1(5%) era carpinteiro, 7(35%) eram operários, 1(5%) era comerciante, 1(5%) era empresário e 5(25%) eram agricultores (Figura 5).

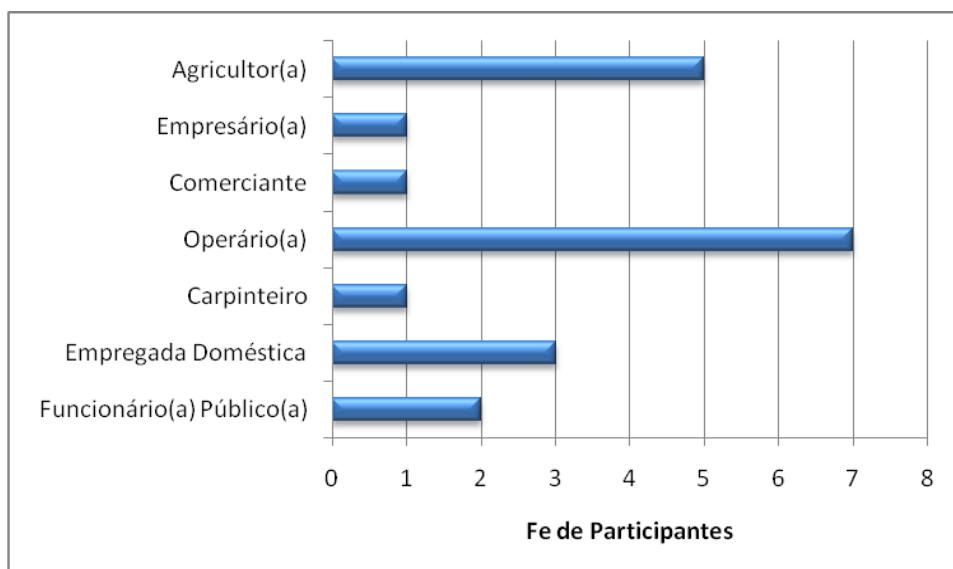


Figura 5 – Frequência de Participantes segundo a Profissão

Relativamente à variável *Estatuto Profissional*, 4(20%) participantes obtiveram reforma antecipadamente, 9(45%) tiveram reforma por velhice e 7(35%) obtiveram pensão por invalidez (Quadro 3).

Quadro 3 – Distribuição dos Participantes segundo o Estatuto Profissional

Estatuto Profissional	Frequência	Percentagem (%)
Reforma Antecipada	4	20
Reforma Não Antecipada	9	45
Pensão de Invalidez	7	35
Total	20	100

Em relação à variável *Descendência*, 4(20%) dos participantes não tem filhos e 16(80%) tem pelo menos um filho (Figura 6).

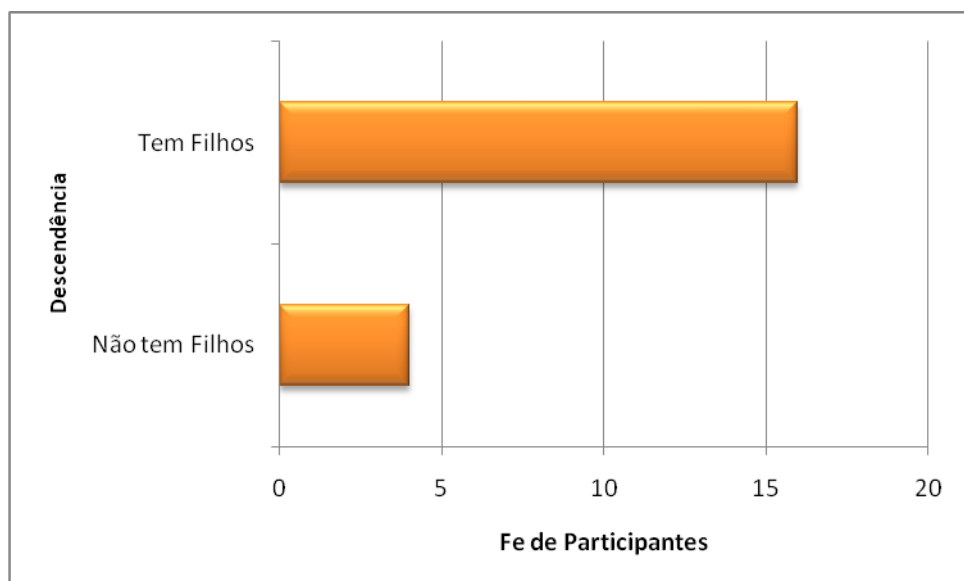


Figura 6 – Frequência de Participantes segundo a Descendência

Relativamente à variável *Número de Filhos*, 6(30%) participantes têm até 2 filhos, 7(35%) têm entre 3 e 5 filhos, 2(10%) têm entre 6 e 8 filhos e 1(5%) têm 9 ou mais filhos (Figura 7).

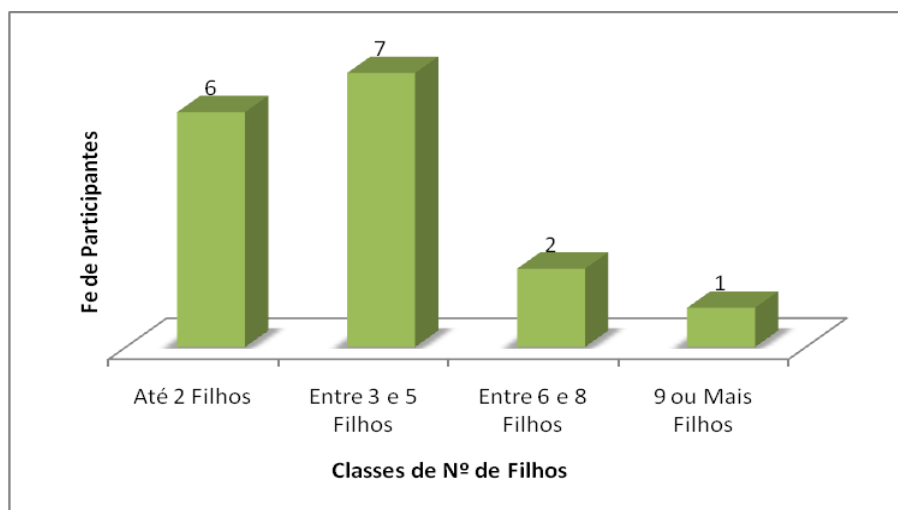


Figura 7 – Frequência de Participantes segundo o Número de Filhos

Quanto à variável *Religião*, todos os 20(100%) participantes idosos têm religião. Contudo, 19(95%) desses participantes são Católicos e somente 1(5%) é Ortodoxo (Figura 8).

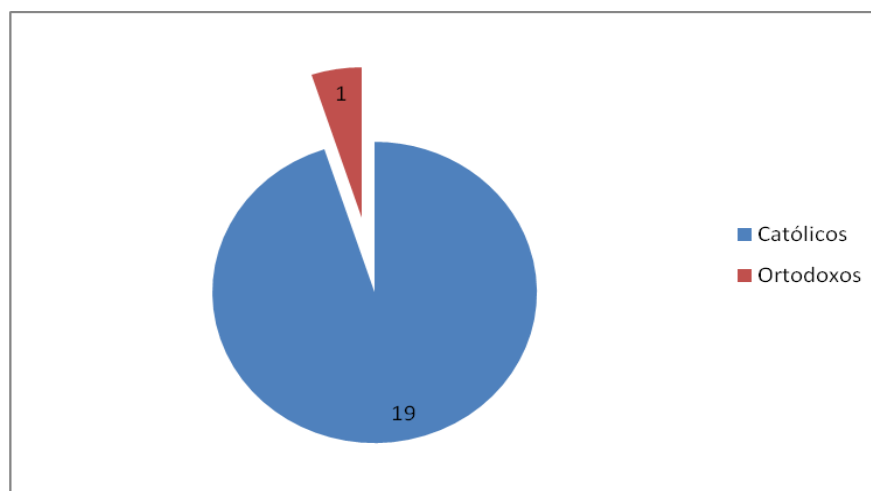


Figura 8 – Frequência de Participantes que frequentam as Religiões Católica e Ortodoxa

Relativamente à variável *Prática Religiosa*, 19(95%) participantes são praticantes de alguma religião e somente 1(5%) não é praticante (Figura 9).

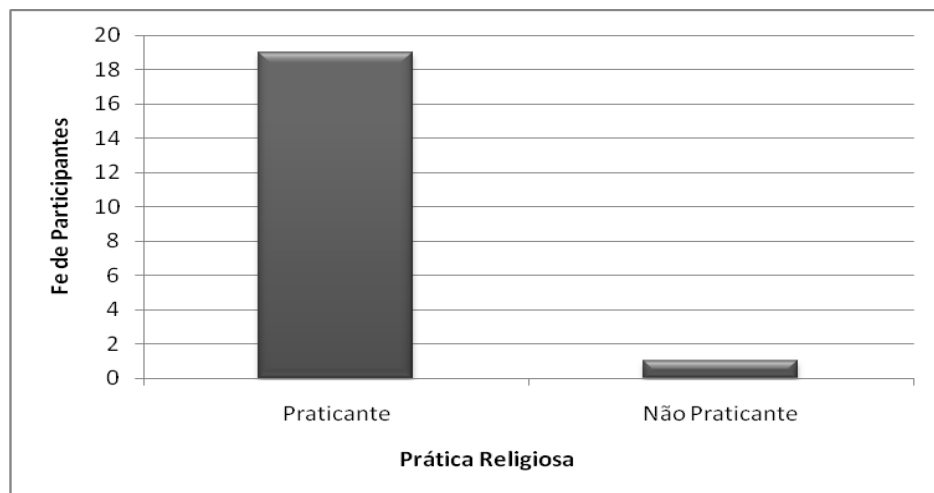


Figura 9 – Frequência de Participantes segundo a Prática Religiosa

Relativamente à variável *Ocupação dos Tempos Livres*, 1(5%) fazem actividades intelectuais e 19(95%) praticam várias actividades (Figura 10).

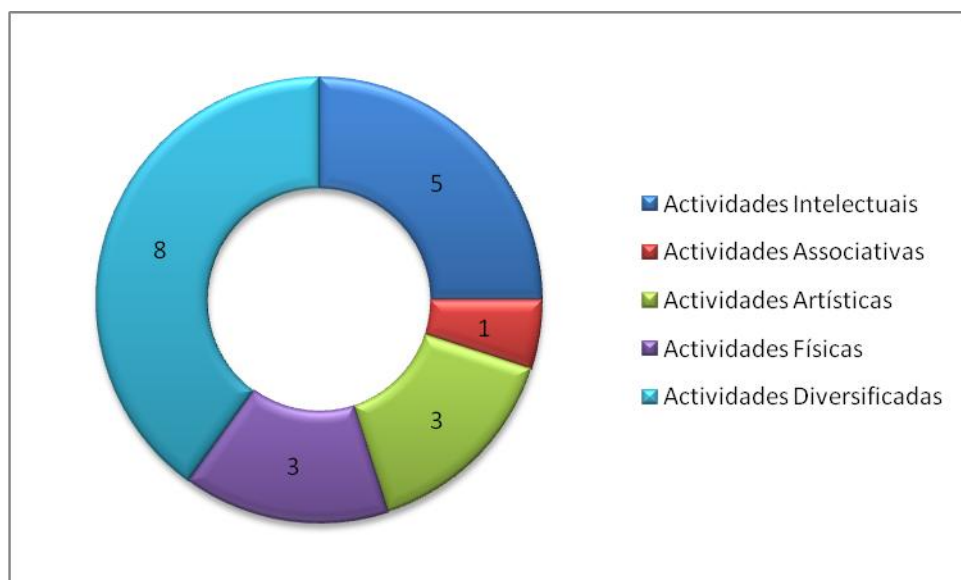


Figura 10 – Frequência de Participantes segundo a Ocupação dos Tempos Livres

Em síntese, o perfil geral dos participantes é uma idosa do género feminino, com idade média de 79,3 anos, viúva, que tem entre 3 e 5 filhos, sem escolaridade, que executa diversificadas actividades de ocupação dos tempos livres, foi operária de profissão, é praticante da religião Católica e a sua reforma não foi antecipada (reforma por velhice).

4.5. Materiais e Instrumentos

Os materiais utilizados nesta investigação empírica foram os seguintes (segundo a ordem metodológica): a Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) (Anexo A), a Escala de Depressão Geriátrica (EDG) (Anexo B), o *Mini-Mental State Examination* (MMSE) (Anexo C) e o Questionário Sócio-Demográfico (Anexo D).

Ainda foi apresentado aos idosos uma folha de rosto que tinha como principal objectivo expor o trabalho de investigação, a apresentação da própria autora, a obtenção do consentimento informado (no qual o participante tinha que assinalar e datar), a colaboração do mesmo, assim como o agradecimento pela atenção e cooperação cedida (Anexo E).

4.5.1. Escala de Satisfação com o Suporte Social

Wethington e Kessler (1986, citados por Ribeiro, 1999a) desenvolveram a Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS), sendo posteriormente em 1999 desenvolvida e validada para a população portuguesa pelo mesmo Ribeiro (1999a), o qual declara que o objectivo desta escala é “medir a satisfação com o suporte social existente” (p. 552) nomeadamente a satisfação dos indivíduos com a sua vida social (familiares, amigos e actividades sociais). Trata-se de uma escala de auto-preenchimento, constituída por 15 itens, com cinco posições de resposta de tipo *likert*, “concordo totalmente” (opção A), “concordo na maior parte” (opção B), “ não concordo nem discordo” (opção C), “discordo na maior parte” (opção D) e “discordo totalmente” (opção E).

Cada item assinalado na opção A é cotado com o valor de 1, na opção B com o valor de 2, na opção C com o valor de 3, na opção D com o valor de 4 e na opção E com o valor de 5, exceptuando os itens invertidos que são os seguintes: 4, 5, 9, 10, 11, 12, 13, 14 e 15 onde a cotação é inversa, ou seja, a opção A é cotada com o valor de 5, a opção B é cotada com o valor 4, a opção C com o valor de 3, a opção D com o valor de 2 e a opção E com o valor de 1 (Anexo I).

A nota total da escala, já considerando os valores dos itens invertidos, corresponde à soma da totalidade dos itens, podendo variar de $(15 \times 0 =) 0$ a $(15 \times 5 =) 75$, sendo que a nota mais elevada corresponde a uma percepção mais elevada do suporte social. Assim, a amplitude varia de 0 a 75, sendo que o valor mínimo (0) significa Ausência de Suporte Social e o valor máximo (75) significa Elevado Suporte Social. A classificação, considerando a amplitude, é dada de acordo com a pontuação, como Baixo Suporte Social [0–25], como Médio Suporte Social [26–50] e ainda como Alto Suporte Social [51–75]. Exemplificando: no caso do utente nº 7 da matriz geral de dados (Anexo L) verificou-se que após a administração do ESSS, o mesmo auferiu um resultado de 52, o que indica que este idoso tem um Alto Suporte Social pois situa-se no intervalo do terço superior [51–75].

A ESSS avalia quatro dimensões ou factores: “satisfação com amigos”, “intimidade”, “satisfação com a família” e “actividades sociais”. Assim, o primeiro factor, denominado de “satisfação com amigos” (SA), mede a satisfação do indivíduo com amizades/amigos, e é composto por cinco itens (3, 12, 13, 14, 15), e portanto, $(5 \times 5 =) 25$ pontos no máximo; o segundo factor, designado de “intimidade” (IN), mede a percepção da existência de suporte social íntimo, e é composto por quatro itens (1, 4, 5, 6), e portanto $(4 \times 5 =) 20$ pontos no máximo; o terceiro factor, denominado de “satisfação com a família” (SF), avalia a satisfação do indivíduo com suporte social familiar existente, fazendo parte três itens (9, 10, 11), e portanto $(3 \times 5 =) 15$ pontos no máximo; por fim, o quarto factor, chamado de “actividades sociais” (AS), determina a satisfação do indivíduo com as actividades sociais que executa, e é composto por três itens (2, 7, 8), e portanto $(3 \times 5 =) 15$ pontos no máximo. Assim, a pontuação máxima é de $(25+20+15+15 =) 75$ pontos da escala total.

A nota de cada dimensão ou factor resulta da soma de todos os itens pertencentes à mesma dimensão, considerando os itens invertidos. Observou-se ainda que este utente nº 7 do exemplo obteve a pontuação mais alta no factor “intimidade” $(4+2+4+5 =) 15/20$ possíveis

(pois há 4 itens neste factor), o que indica que obteve ou percepcionou um elevado suporte social íntimo; do mesmo modo, obteve a pontuação mais baixa em dois factores, no factor “satisfação com a família” obteve $(4+2+4=)10/15$ possíveis (pois existe 3 itens neste factor) e no factor “actividades sociais” obteve $(1+4+5=)10/15$ possíveis (porque existe igualmente 3 itens neste factor), o que indica que obteve ou percepcionou um baixo suporte social por parte da família e das actividades sociais.

Para determinar a validade do instrumento, o autor da adaptação da versão portuguesa (Ribeiro, 1999a) efectuou o cálculo da validade discriminante e validade concorrente. A validade discriminante de um item caracteriza-se pela diferença entre a correlação de cada um dos itens com a escala a que pertence por comparação com a correlação do item com as escalas a que não pertence; observa-se que o índice de discriminação dos itens é superior a 20 pontos entre a magnitude da correlação com a escala a que pertence e a magnitude do segundo valor de correlação com outra escala. A validade concorrente foi estudada, comparando o total da ESSS com medidas de saúde na direcção esperada, ou seja, prediz resultados negativos com medidas indicadoras de mal-estar e resultados positivos das medidas indicadoras de saúde.

Relativamente à fiabilidade da escala, Ribeiro (1999a) verificou que a consistência interna (alfa de *Cronbach*) da escala total é de 0,85 – sendo este um valor que ultrapassa os padrões de aceitabilidade normal. Quanto às quatro dimensões ou factores, a consistência interna varia de 0,64 e 0,83. Ainda segundo Ribeiro (1999b), sempre que o número de itens do factor é reduzido, a consistência interna é considerada aceitável para valores superiores a 0,60. Na generalidade, os estudos de validação indicam que o instrumento apresenta adequadas qualidades psicométricas.

4.5.2. Escala da Depressão Geriátrica

A Escala da Depressão Geriátrica (EDG) pretende fazer o rastreio da depressão e a distinção entre graus de severidade da doença (Yesavage *et al.*, 1983), é uma versão reduzida da original de Sheikh e Yesavage (1986) intitulada *Geriatric Depression Scale* (GDS), e é considerado o único instrumento que foi elaborado com o objectivo de ser utilizado somente

para pessoas idosas (Ballesteros, 1999 citado por Santos, 2002). A tradução, aferição e adaptação à população portuguesa foi feita por Veríssimo (1988, citado por Araújo, 2005). Actualmente, esta escala é a mais utilizada na avaliação dos sintomas da depressão na população idosa (Batistoni, Neri & Cupertino, 2007; Sousa, Medeiros, Moura, Souza & Moreira, 2007).

A escala original é composta por 30 itens, cada um apresenta pouca variabilidade de resposta, ou seja, tem apenas duas alternativas, Sim (S) ou Não (N), atribuindo-se os valores 0 ou 1. As respostas Sim dos itens 2, 3, 4, 6, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 20, 22, 23, 24, 25, 26 e 28 são cotadas com o valor de 1, e as respostas Não dos itens 1, 5, 7, 9, 15, 19, 21, 27, 29, 30 são igualmente cotados com o valor de 1 (pois são invertidos) (Anexo J), sendo o resultado composto pelo somatório do total de alternativas seleccionadas (portanto, no máximo de 30) (Siqueira *et al.*, 2009). A amplitude varia de (0x30=)0 a (1x30=)30, sendo que o valor mínimo significa Ausência de Depressão e o valor máximo significa Depressão Grave.

A classificação é dada de acordo com a pontuação total do sujeito, como Ausência de Depressão [0–10], como Depressão Ligeira [11–20] e ainda como Depressão Grave [21–30]. Apresentando um exemplo do caso do utente nº 5 da matriz geral de dados (Anexo L): após administrada a EDG, este obteve o resultado final de 20, o que indica que este idoso apresenta um quadro de Depressão Ligeira, pois a sua pontuação encontra-se no intervalo [11–20] de Depressão Ligeira.

Foi testada a validade e a fiabilidade da EDG comparada com a *Rating Scale for Depression* (HRSD) e a *Self-Rating Depression Scale* (SDS). A EDG apresenta as propriedades psicométricas de validade e confiabilidade satisfatórias para o rastreio da depressão em idosos (Yesavage *et al.*, 1983).

A escala pode ser auto-aplicada ou aplicada por um entrevistador experiente (Paradela *et al.*, 2005), sendo que em situações de doenças somáticas, de alterações de visão ou de défice de motivação é aconselhável optar pela hetero-aplicação da escala (Franco, Monforte & Garcia, 2002 citados por Araújo, 2005).

4.5.3. Mini-Mental State Examination

O *Mini-Mental State Examination* pretende efectuar a avaliação do estado cognitivo, tendo sido elaborado por Marshall Folstein e colaboradores (1975, citados por Sobral, 2006). Este instrumento foi traduzido e adaptado para a população portuguesa por Bottino e Ventura (2002, citados por Araújo, 2005) e é considerado o instrumento padronizado mais utilizado a nível mundial na prática psiquiátrica (Sobral, 2006).

Com este instrumento é possível avaliar a orientação espaço-temporal, a evocação imediata, a atenção e o cálculo, a recordação tardia, a linguagem (descrição verbal, a compreensão verbal, de leitura e de escrita) e a cópia de uma figura (Fontán-Scheitler, Lorenzo-Otero & Silveira-Brussain, 2004). Segundo Bottino & Ventura (2002), o MMSE carece na avaliação das alterações da personalidade, do juízo crítico, do pensamento abstracto e da verificação da presença de interferências no convívio social, assim como do desempenho profissional do indivíduo.

Para cada resposta correcta, é atribuído o valor de 1; quando a resposta está errada, é atribuído o valor de 0.

A amplitude mínima é de (30x0=)0 (Ausência Total de Défice Cognitivo) e a amplitude máxima de (30x1=)30 (Máximo de Défice Cognitivo).

Para uma pontuação máxima de 30, é considerada a presença de défice cognitivo sempre que a pontuação for menor ou igual a 15 em idosos analfabetos, sempre que for menor ou igual a 22 em idoso com escolaridade entre 1 e 11 anos, e sempre que for maior ou igual a 27 em idosos com mais de 11 anos de escolaridade (Veríssimo, 2006).

Por exemplo, no caso prático do utente nº 19 da matriz geral de dados, utente este que frequentou a 3ª classe, obteve o resultado final de 29, o que indica que este idoso não apresenta défice cognitivo pois apresenta uma pontuação superior a 22 (para a escolaridade de 1 a 11 anos).

A aplicação do MMSE é simples (entre 5 e 15 minutos), podendo ser aplicado por qualquer profissional de saúde, e se necessário pode ser repetido e comparados os seus resultados com administrações anteriores e/ou posteriores no mesmo sujeito.

Contudo, da generalização do uso do MMSE surgiram algumas limitações. Este instrumento pode não ser sensível aos resultados falsos positivos, como o baixo nível educacional, a idade avançada, as diferenças culturais, e até os défices sensoriais. Neste sentido, a classificação do MMSE necessita de ser adaptada, considerando estas variáveis. Folstein (1975, citado por Sobral, 2006) considerou uma outra limitação a ser colmatada para que o MMSE se torne mais adaptado, sendo esta relativa à identificação de alterações frontais e subcorticais, decorrentes de situações como a doença de Parkinson, a Esclerose Múltipla e a Demência Fronto-Temporal (Sobral, 2006).

O MMSE é considerado por vários especialistas na área da geriatria (Bottino & Ventura, 2002; Fernandes, 2002 citado por Araújo, 2005) como sendo um instrumento que apresenta boas qualidades psicométricas, nomeadamente a fiabilidade, a validade e a sensibilidade.

4.5.4. Questionário Sócio-Demográfico

O Questionário Sócio-Demográfico foi particularmente elaborado para esta investigação pela própria autora desta dissertação, com o objectivo de caracterizar a população em estudo.

Neste sentido, contém questões que avaliam as seguintes variáveis:

- *Género* (feminino/masculino);
- *Idade* (data de nascimento);
- *Estado Civil* (solteiro/a, união de facto, casado/a, separado/a, divorciado/a, viúvo/a);
- *Escolaridade* (nenhuma, escola primária/1º ciclo, ciclo preparatório/2º ciclo, 3º ciclo (7º-9º ano), ensino secundário (10º-12º ano) e ensino superior);
- *Anos de Estudo*;
- *Profissão* (anterior à reforma);
- *Estatuto Profissional* (reforma antecipada, reforma não antecipada, pensão de invalidez);
- *Descendência* (não/sim);

- *Quantidade de Filhos* (se tiver descendência);
- *Agregado Familiar* (pai(s), companheiro/a, filho/a(s), outros familiares, amigo/a(s), conhecido/a(s), desconhecido/a(s), sozinho/a);
- *Quantidade do Agregado Familiar*;
- *Tipo de Residência* (casa própria, casa alugada, casa de familiares, instituição ou outro);
- *Religião* (não/sim);
- *Tipo de Religião* (se tiver religião, católica ou ortodoxa);
- *Ocupação dos Tempos Livres* (actividade física, actividades recreativas, aulas de alfabetização, leitura de livros, revistas e/ou jornais, escrever, conversar com amigos, ver televisão/ouvir rádio, ouvir música, tricôt, costura e/ou bordados, jardinagem e/ou horticultura, espectáculos, exposições, cinema e/ou teatro, viagens, passeios e/ou excursões, e outras). As actividades anteriormente apresentadas foram agrupadas segundo seis categorias: *Actividades Manuais* (tricôt, costura e/ou bordados), *Actividades Intelectuais* (aulas de alfabetização; leitura de livros, revistas e/ou jornais; escrever; ver televisão/ouvir rádio; ouvir música), *Actividades Associativas* (actividades recreativas; conversar com amigos; ajudar outros idosos), *Actividades Artísticas* (espectáculos, exposições, cinema e/ou teatro), *Actividades Físicas* (actividade física; jardinagem e/ou horticultura; viagens, passeios e/ou excursões) e *Actividades Diversificadas* (quando executa mais que uma das cinco categorias apresentadas anteriormente).
- *Hábitos de Passeio* (não/sim);
- *Companhia de Passeio* (se tem hábitos de passeio, com quem o faz, sozinho/a, com filho/a(s), com o/a companheiro/a, com outro(s) familiar(es), com vizinho/a(s), com amigo/a(s)); e
- *Frequência do Passeio* (diariamente, semanalmente, quinzenalmente, mensalmente, anualmente).

Este é um instrumento de escolha múltipla ou de preenchimento directo.

4.6. Procedimento

Para efectuar este estudo foi pedida, por e-mail, a autorização para a utilização da Escala de Satisfação com o Suporte Social e da Escala da Depressão Geriátrica aos autores

respectivos dos instrumentos. No seguimento, as autorizações foram fornecidas aos mesmos (Anexo F e Anexo G). Observe-se que para o instrumento *Mini-Mental State Examination* foi dispensável pedir autorização aos autores, pois este é já de âmbito público. O Questionário Sócio-Demográfico foi construído pela própria autora desta Dissertação e, por conseguinte, não foi necessária autorização.

Após fornecidas as autorizações dos autores para a utilização dos principais instrumentos, foi pedida a autorização para efectuar esta investigação, por escrito, à Provedora da Santa Casa da Misericórdia de Fafe. A autorização foi igualmente concebida pela mesma (Anexo H).

Procedeu-se assim à recolha de dados que decorreu entre o dia 26 de Fevereiro e o dia 29 de Junho de 2009.

Na primeira fase da recolha de dados, foi feito um rastreio inicial do défice cognitivo a 30 utentes através do *Mini-Mental State Examination* que pretendia quantificar a gravidade do comprometimento cognitivo dos participantes de modo a impedir que o entendimento das questões fosse prejudicado evitando, deste modo, um enviesamento dos resultados. Só depois de verificados os critérios de exclusão é que se determinou a amostra definitiva onde se excluiu os 10 sujeitos por não satisfazerem as condições mínimas. Para cada participante, a administração deste instrumento demorou entre 5 e 15 minutos.

Para os restantes $(30-10=)20$ sujeitos remanescentes do rastreio inicial e que formaram a amostra definitiva, foram concedidos todos os esclarecimentos, para que pudessem decidir se queriam ou não participar neste estudo; foram igualmente informados acerca do objectivo, da duração esperada, dos procedimentos do estudo; foram ainda avisados acerca do anonimato e confidencialidade dos dados, e da possibilidade de recusarem participar ou cessarem a sua participação a qualquer momento. Todos consentiram participar.

Na segunda fase da recolha de dados, os 20 participantes da amostra definitiva assinalaram com uma cruz o Consentimento Informado e, de imediato, foram administrados o Questionário Sócio-Demográfico, a Escala de Satisfação com o Suporte Social e a Escala de Depressão Geriátrica.

A investigadora abordou cada um dos 20 participantes na sala de convívio do Lar, seguindo para o consultório de Psicologia onde se procedeu, individualmente, à recolha de dados.

Os questionários foram preenchidos pela própria investigadora (hetero-preenchimento) devido ao acentuado número de analfabetos existentes nesta amostra de idosos, de modo a existir uma homogeneidade no que concerne à recolha de dados.

A administração individual dos instrumentos demorou entre 15 a 30 minutos.

Os instrumentos tiveram uma boa aceitação dos participantes, sendo utilizada uma metodologia de recolha de dados simples, eficaz e de custo reduzido junto dos idosos.

CAPÍTULO V – RESULTADOS

5.1. Levantamento dos Dados

Uma “variável reporta-se a características ou atributos que podem tomar diferentes valores ou categorias” (Almeida & Freire, 2003, p. 59).

O tipo de escala nominal ou de categorias reflecte diferenças qualitativas e não assume *a priori* que uma categoria é melhor que a outra (Ribeiro, 1999b), possibilitando classificar os sujeitos ou descrever as variáveis (Almeida & Freire, 2003). No tipo de escala ordinal as observações ou os sujeitos apresentam-se segundo uma ordem que os pode discriminar, ou seja, pode-se estabelecer uma comparação tomando uma posição, mas nunca uma unidade de escala de medida. Quando a distinção dos indivíduos ou das observações assume um valor que reúne o mesmo significado, ou um valor quantitativo constante ao longo de toda a escala, denominando-se por escala de intervalo ou escala intervalar (Almeida & Freire, 2003).

O sistema de cotação para cada variável Sócio-Demográfica, conforme aparece na ordem original do Questionário Sócio-Demográfico, de acordo com os tipos de escala nominal, ordinal ou de intervalo, é o seguinte:

- 1) *Género* é um tipo de escala de medida nominal, e assume os seguintes valores/níveis:
1 – feminino, 2 – masculino;
- 2) *Idade* é um tipo de escala de intervalo, e é medida em número de anos;
- 3) *Estado Civil* é um tipo de escala de medida nominal, assumindo os seguintes valores:
1 – solteiro/a, 2 – união de facto, 3 – casado/a, 4 – separado/a, 5 – divorciado/a, 6 – viúvo/a;
- 4) *Escolaridade* é um tipo de escala nominal, e assume os seguintes valores:
1 – nenhuma, 2 – escola primária/1º ciclo, 3 – ciclo preparatório/2º ciclo, 4 – 3º ciclo (7º-9º ano), 5 – ensino secundário (10º-12º ano), 6 – ensino superior;
- 5) *Anos de Estudo* é um tipo de escala de intervalo, e é medida em número de anos;
- 6) *Profissão* é um tipo de escala nominal, e assume os seguintes valores:
1 – agricultor, 2 – empresário/a, 3 – comerciante, 4 – operário/a, 5 – carpinteiro, 6 – doméstica, 7 – funcionário/a público/a;

- 7) *Estatuto Profissional* é um tipo de escala nominal, e adopta os seguintes valores:
1 – reforma antecipada, 2 – reforma não antecipada, 3 – pensão de invalidez;
- 8) *Descendência* é um tipo de escala nominal, e assume os valores: 1 – não, 2 – sim;
- 9) *Quantidade de Filhos* é um tipo de escala intervalar, e é medida em número de filhos;
- 10) *Agregado Familiar* é um tipo de escala nominal e adopta os seguintes valores:
1 – pai(s), 2 – companheiro/a, 3 – filho/a(s), 4 – outros familiares, 5 – amigo/a(s),
6 – conhecido/a(s), 7 – desconhecido/a(s);
- 11) *Quantidade do Agregado Familiar* é um tipo de escala de intervalo, e é medida em número de elementos do agregado familiar;
- 12) *Tipo de Residência* é um tipo de escala nominal, e adopta os seguintes valores:
1 – casa própria, 2 – casa alugada, 3 – casa de familiares, 4 – instituição, 5 – outro;
- 13) *Religião* é um tipo de escala nominal, e assume os valores: 1 – não, 2 – sim;
- 14) *Tipo de Religião* é um tipo de escala nominal, e assume os seguintes valores:
1 – Católica, 2 – Ortodoxa;
- 15) *Prática Religiosa* é um tipo de escala nominal, e adopta os seguintes valores:
1 – praticante, 2 – não praticante;
- 16) *Ocupação dos Tempos Livres* é um tipo de escala nominal, e assume os valores:
1 – actividades manuais, 2 – actividades intelectuais, 3 – actividades associativas,
5 – actividades artísticas, 6 – actividades diversificadas;
- 17) *Hábitos de Passeio* é um tipo de escala nominal, e assume os seguintes valores:
1 – não, 2 – sim;
- 18) *Companhia de Passeio* é um tipo de escala nominal, e adopta os seguintes valores:
1 – sozinho/a, 2 – filho/a(s), 3 – companheiro/a, 4 – outro(s) familiar(es),
5 – vizinho/a(s), 6 – amigo/a(s), 7 – várias pessoas; e
- 19) *Frequência do Passeio* é um tipo de escala nominal, e adopta os valores:
1 – diariamente, 2 – semanalmente, 3 – quinzenalmente, 4 – mensalmente,
5 – anualmente.

Relativamente ao sistema de cotação das principais escalas utilizadas, na Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS), o Factor 1 (*Satisfação com os Amigos*), o Factor 2 (*Intimidade*), o Factor 3 (*Satisfação com a Família*), e o Factor 4 (*Satisfação com as Actividades Sociais*) são um tipo de escala de intervalo. A Pontuação Total da Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS Total) é um tipo de escala de intervalo, enquanto que a Classificação Total da Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS-CL) (2 – Médio

Suporte Social, 3 – Alto Suporte Social), porém, é um tipo de escala nominal. Na Escala da Depressão Geriátrica (EDG Total), a Pontuação Total (1 – Ausência de Depressão, 2 – Depressão Ligeira) é um tipo de escala nominal.

Observe-se que, tendo em conta o número reduzido da amostra, os níveis das variáveis *Estado Civil* e *Ocupação dos Tempos Livres* foram agrupados a fim de que houvesse uma frequência maior de sujeitos por nível. Enquanto que no Questionário Sócio-Demográfico se apresentava a variável *Estado Civil*, no Capítulo dos Resultados resolveu-se reagrupar e renomear esta variável como *Comprometimento Conjugal*, pois ficou reduzida a dois níveis (comprometido e não comprometido), sendo que o “comprometido” agrupou os níveis 2 – união de facto e 3 – casado/a, enquanto o “não comprometido” agrupou os níveis 1 – solteiro/a, 4 – separado/a, 5 – divorciado/a e 6 – viúvo/a; e a variável *Ocupação dos Tempos Livres* que foi reagrupada em dois níveis (actividade única e actividades diversificadas), sendo que no nível “actividade única” era quando o sujeito escolhia uma só das cinco primeiras actividades, enquanto que no nível “actividades diversificadas”, o sujeito incluía a opção 6 ou pelo menos duas das cinco primeiras. Foi ainda necessário retirar da Classificação Total da Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS-CL) o valor 1 (Baixo Suporte Social), e da Escala da Depressão Geriátrica (EDG Total), o valor 3 (Depressão Grave) pois nenhum sujeito se enquadrava por estes dois níveis.

Importa referir que as variáveis Sócio-Demográficas de números 10, 11 e 12 não fizeram sentido ser levantadas porque o Questionário Sócio-Demográfico foi elaborado antes da investigadora conhecer a amostra em estudo e, tendo sido esta amostra composta somente por idosos institucionalizados, as referidas questões tornaram-se dispensáveis, já que o *Agregado Familiar* e o *Tipo de Residência* perderam sentido pois todos os idosos da amostra não residiam com a família, mas sim na instituição.

Por fim, a visão geral dos dados referentes a todas as variáveis (a variável *Satisfação com o Suporte Social* é avaliada pela ESSS e é apresentada pela pontuação total e ainda pelos seus 4 factores, enquanto que a variável *Depressão* é avaliada pela EDG e é apresentada somente pela pontuação total) e, para os 20 participantes da amostra, está evidenciada na matriz geral de dados, como se pode ver no Anexo L.

5.2. Tratamento Estatístico dos Dados

O processamento e o tratamento estatístico foram efectuados através do programa *Statistical Package for Social Science (SPSS)*, versão 18.0 para o *Microsoft Windows*.

As variáveis utilizadas para o estudo foram submetidas ao tratamento estatístico do Qui-Quadrado, à Correlação Bivariada através dos Coeficientes de Correlação Ordinal de *Spearman* e aos Teste de *Fisher* e de *McNemar*.

Os valores de significância considerados estatisticamente significativos foram de $\alpha = 0,05$ (isto é, espera-se que a probabilidade de erro seja de $p < 0,05$), pois em Ciências Sociais é considerada uma probabilidade de erro admissível (Almeida & Freire, 2003).

5.3. Análise e Interpretação dos Resultados

A análise de resultados pretende identificar e analisar o objectivo inicial do estudo, anteriormente descrita no capítulo do Método, referente à relação entre a *Satisfação com o Suporte Social* e a *Depressão* no idoso.

Observe-se antes de tudo que, no que concerne a Hipótese Principal (H1) a qual prediz haver uma relação inversa entre a variável *Satisfação com o Suporte Social* e a variável *Depressão*, não houve nenhum caso de Baixo Suporte Social (valor 1), e também não houve nenhum caso com *Depressão Grave* (valor 3), tendo em vista a natureza institucionalizada dos sujeitos da amostra na qual todos os participantes tinham algum Suporte Social e ninguém apresentava *Depressão Grave* pois estavam todos institucionalizados e, assim sendo, a ser acompanhados profissionalmente. Porém, verifica-se a recíproca, isto é, houve idosos com Alto Suporte Social (valor 3) o que é esperado, pois estavam institucionalizados, e houve idosos com Ausência de *Depressão* (valor 1) pois tinham acompanhamento profissional; assim, há a dicotomia [3 – 1], isto é, Alto Suporte Social com Ausência de *Depressão* em vários casos, mas não há a dicotomia [1 – 3], isto é, Baixo Suporte Social com *Depressão Grave*, já que não existiu nenhum caso!

5.3.1. A Relação entre a Satisfação com o Suporte Social e a Depressão: Análise e Interpretação da Hipótese H1

Com o objectivo de responder à Hipótese Principal (H1) deste estudo o qual pretende verificar se, na população idosa, existe uma relação inversa entre a variável *Satisfação com o Suporte Social* e a variável *Depressão*, apresentam-se de seguida a análise da relação frequencial do Qui-Quadrado (χ^2) e as análises correlacionais de *Spearman* (ρ), respectivamente, entre as referidas variáveis (Quadros 4 e 5).

Assim, tem-se somente dois níveis da variável nominal *Satisfação com o Suporte Social* (na Classificação (CL) para o Total da ESSS: Médio Suporte Social e Alto Suporte Social) e somente dois níveis da variável nominal *Depressão* (EDG: Ausência de Depressão e Depressão Ligeira) com os seguintes valores frequenciais, isto é, o número de sujeitos por cruzamento de níveis, que pode ser visto no Quadro 4.

Quadro 4 – Frequência de Sujeitos por Níveis das Variáveis *Satisfação com o Suporte Social* (ESSS – CL) e *Depressão* (EDG)

		EDG (Depressão)		Total
		Ausência (1)	Ligeira (2)	
ESSS (CL)	Médio (2)	2/5	7/5	9/10
	Alto (3)	8/5	3/5	11/10
Total (CL)		10/10	10/10	N = 20

Legenda: c/p (índice calculado/índice previsto)

A análise estatística do Qui-Quadrado (χ^2) para estas duas variáveis nominais (*Satisfação com o Suporte Social* e *Depressão*) e para, respectivamente, os dois níveis de cada variável (Médio Suporte Social e Alto Suporte Social; Ausência de Depressão e Depressão Ligeira), demonstra que a significância do valor do χ^2 calculado é de $p < 0,07$;

portanto, é considerado próximo da significância, apesar de não ser propriamente significativo.

Observe-se, como já foi referido, que não há a dicotomia [1 – 3] porque os idosos da amostra são institucionalizados e, portanto, acompanhados profissionalmente. Se existisse casos com a dicotomia [1 – 3] numa população não institucionalizada, sem suporte social (isto é, sem qualquer tipo de acompanhamento formal), provavelmente as correlações seriam altas/fortes e muito significativas. Contudo, verifica-se um cruzamento entre estes níveis, ou seja, o Médio Suporte Social (2) para a Ausência de Depressão (1) tem um índice calculado de 2 e o Alto Suporte Social (3) para a Depressão Ligeira tem um índice calculado de 3; e quem tem um Alto Suporte Social (3) para a Ausência de Depressão (1) tem um índice calculado de 8 e o Médio Suporte Social (2) para a Depressão Ligeira (2) tem um índice calculado de 7, isto é, os valores indicam que quem tem um Alto Suporte Social tem tendência para a Ausência de Depressão e quem tem um Médio Suporte Social tem tendência para a Depressão Ligeira.

Quanto à correlação de *Spearman* para estas duas variáveis, apresenta-se de seguida, no Quadro 5, os respectivos índices de correlação e as suas significâncias para os quatro factores e para a Pontuação Total da ESSS (observe-se que para o ESSS-CL já foi feito o χ^2).

Quadro 5 – Correlação de *Spearman* entre as variáveis *Satisfação com o Suporte Social* (ESSS) e a *Depressão* (EDG)

ESSS vs. EDG (Total)	Estatística(ρ) Significância
Factor 1 (Satisfação com os Amigos)	-0,262 0,133
Factor 2 (Intimidade)	-0,490 0,014*
Factor 3 (Satisfação com a Família)	-0,273 0,122
Factor 4 (Satisfação com as Actividades Sociais)	-0,131 0,291
Total (ESSS)	-0,539 0,014*

N = 20 * $p < 0,05$

Obs: este Total (ESSS) não é o Total-CL do Quadro 4. Aqui trata-se do Total dos Factores.

Pela análise dos resultados obtidos no Quadro 5, observa-se que os valores de correlação, independentemente de serem significativos ou não, são sistematicamente negativos (inversos), indicando que há uma correlação inversa entre a *Satisfação com o Suporte Social* e a *Depressão* em geral, tanto para o Resultado Total como para os quatro Factores da ESSS, ou seja, em princípio quando os resultados da *Satisfação com o Suporte Social* são médios ou altos, os da *Depressão* são ausentes ou ligeiros, e vice-versa. Observe-se que a correlação é significativa ($p < 0,014$) para o Total da ESSS tal como também para o Factor 2 (Intimidade) ($p < 0,014$). Para os outros três factores (Factores 1; 3 e 4) os valores não chegam a ser significativos mas apresentam-se a um nível mediano. Em geral, os valores das correlações são medianos, não apresentam muita força, ou seja, o p não é menor que 0,01 (não é muito significativo).

Estes resultados da Correlação Ordinal de *Spearman* com a variável *Depressão* (EDG) para os quatro factores e para o Total da ESSS da variável *Satisfação com o Suporte Social* estão de acordo com os resultados do χ^2 para o ESSS-CL (Quadro 4), ou seja, os resultados da Correlação para o Factor 2 (Intimidade) e para o Total da ESSS são significativos e os resultados do χ^2 aproximam-se da significância.

Relativamente à Hipótese Principal (H1), esta confirma-se parcialmente pois, para além de todos os valores da correlação serem negativos, os resultados do χ^2 são próximos da significância ($p < 0,07$) e o Total da ESSS, para além do Factor 2 (Intimidade), na correlação com a variável *Depressão* (EDG) apresentam um nível de significância inferior a $\alpha = 0,05$ ($p < 0,014$), ou seja, são significativos.

Em síntese pode-se concluir que existe uma relação inversa parcial entre a variável *Satisfação com o Suporte Social* e a variável *Depressão*, na população idosa institucionalizada, sendo a “Intimidade”, o Factor determinante entre estas variáveis.

Vários autores sustentam a existência de uma relação entre o suporte social e a depressão, sendo que o suporte social efectivo diminui os sintomas da depressão (Dupertuis, Aldwin & Boss, 2001; Hays, Steffens, Flint, Bosworth & George, 2001 citados por Balaswamy *et al.*, 2004; Henderson, 1992 citado por Henriques & Lima, 2003; Lynch *et al.*, 1997; Blazer, 1983; Prince *et al.*, 1997; Zunzunegui *et al.*, 2001; Golberg *et al.*, 1985 citados por Lahuerta *et al.*, 2004), assim como os sujeitos com um estado de espírito negativo têm tendência para classificarem como negativo o suporte social recebido e percebido (Cohen, Towbes & Flocco, 1988 citados por Henriques & Lima, 2003). A depressão está, por isso, relacionada com a falta de apoio social (Lynch, Mendelson, Robins, Krishnan, George & Johnson, 1997; Brazer, 1983; Prince, Harwood, Blizard, Thomas & Mann, 1997; Zunzunegui, Beland & Otero, 2001, Golberg, Van Natta & Comstock, 1985 citados por Lahuerta *et al.*, 2004).

Ainda, segundo a literatura, um elevado grau de suporte social está associado ao risco reduzido para o desenvolvimento de episódios de depressão *major*, e ainda aumentam as hipóteses de recuperação das pessoas que sofrem de depressão. Verifica-se ainda que os pacientes recuperados de uma depressão apresentam mudanças significativas relativamente ao suporte social e está relacionado com o grau de alteração dos sintomas da depressão (Badger, 1996; Lara *et al.*, 1997 citados por Skarsater *et al.*, 2005).

Relativamente ao Factor “Intimidade” (Factor 2), a depressão nos idosos exerce influência nos indivíduos que com ele mantêm um relacionamento íntimo, nomeadamente com os seus cônjuges e familiares (Santos, 2002). Neste sentido, a satisfação com o suporte social no idoso designa a satisfação que o próprio sente perante a sua intimidade,

nomeadamente com o par, aludindo deste modo a aspectos emocionais (Pattinson, 1991 citado por Lara *et al.*, 2004).

O Factor “Intimidade” foi precisamente o único dos quatro factores a apresentar índices significativos, comprovando assim o que a literatura apresenta.

5.3.2. A Relação entre a Satisfação com o Suporte Social e as Variáveis Sócio-Demográficas: Análise e Interpretação da Hipótese Específica H1.1

De forma a conhecer e a compreender a relação entre a *Satisfação com o Suporte Social* (ESSS) e as Variáveis Sócio-Demográficas (*Género, Idade, Comprometimento Conjugal, Descendência e Ocupação dos Tempos Livres*), vinculada à Hipótese Específica H1.1, de seguida apresentam-se o Teste *U de Mann-Whitney* (Estatística *Z*) para as variáveis Sócio-Demográficas *Género* (Quadro 6), *Comprometimento Conjugal* (Quadro 8), *Descendência* (Quadro 9) e *Ocupação dos Tempos Livres* (Quadro 10), e a análise correlacional de *Spearman* (ρ) para a variável *Idade* (Quadro 7), apresentados pela ordem original do Questionário Sócio-Demográfico.

- Quanto à variável Género:

Quadro 6 – Teste *U de Mann-Whitney* para a variável *Satisfação com o Suporte Social* (ESSS) e o *Género*

ESSS vs. Género	Estatística(Z) Significância
Factor 1 (Satisfação com os Amigos)	-1,244 0,213
Factor 2 (Intimidade)	-0,666 0,505
Factor 3 (Satisfação com a Família)	-1,674 0,094*
Factor 4 (Satisfação com as Actividades Sociais)	-0,707 0,480
Total (ESSS)	-0,662 0,508

N = 20 * p < 0,10

Tal como se pode observar no Quadro 6, só há significância parcial no Factor 3 (Satisfação com a Família) pois o nível de significância é inferior a $\alpha = 0,10$ ($p < 0,094$), isto é, a Satisfação com a Família é relevante na diferença entre homens e mulheres quanto à variável *Satisfação com o Suporte Social*.

A revisão da literatura revela a existência de efeitos positivos do suporte social fornecido por diversos tipos de suporte fornecidos pela família à população idosa (Ramos, 2002; Hinde, 1997 citado por Souza & Garcia, 2008). Contudo, existem estudos que demonstram a diferença entre homens e mulheres relativamente ao suporte social. Os homens dão mais importância à socialização, enquanto que a mulher valoriza mais a intimidade, e a confiança nas relações de amizade, recebendo destas relações um maior suporte do que os homens. Reconhece-se que, efectivamente, a mulher tem uma rede de suporte social maior do que os homens (Ornelas, 1994 citado por Rodrigues, 2008). Enfim, Sousa *et al.*, (2004) afirmam que os idosos que mantêm uma maior contacto familiar pertencem às classes mais baixas.

Os idosos que mantêm relações sociais com a família apresentam um maior bem-estar psicológico e social do que os que não mantêm proximidade com a família (Neri, 2001 citado

por Carneiro *et al.*, 2007), considerando-se que os filhos são quem fornece aos pais idosos uma fonte de apoio emocional e instrumental (Sousa *et al.*, 2004).

Estudos indicam que existência de relação entre as redes sociais, nomeadamente a família, e a qualidade de vida do idoso (institucionalizado), ou seja, a redução das redes sociais afectam negativamente a sua qualidade de vida, as diferenças funcionais e a incidência de doenças, assim como o incremento de *stress* quotidiano (Sousa *et al.*, 2004).

Baptista (2005 citado por Rodrigues & Madeira, 2009) afirma que especificamente o suporte familiar é considerado como um amortecedor das consequências de acontecimentos traumáticos dos indivíduos, especialmente dos idosos.

Em suma, Paúl (2005) considera que a família é considerada como o “pilar” de todo o suporte social recebido.

- Quanto à variável Idade:

Quadro 7 – Correlação de *Spearman* entre as variáveis *Satisfação com o Suporte Social (ESSS)* e a *Idade*

ESSS vs. Idade	Estatística(ρ) Significância
Factor 1 (Satisfação com os Amigos)	0,190 0,423
Factor 2 (Intimidade)	-0,007 0,977
Factor 3 (Satisfação com a Família)	-0,034 0,888
Factor 4 (Satisfação com as Actividades Sociais)	0,086 0,719
Total (ESSS)	0,105 0,659

N = 20

Observa-se que no Quadro 7, não há correlação significativa para nenhum Factor da ESSS nem para o Total da ESSS em relação à variável *Idade*, ou seja, a variável *Idade* não tem papel relevante na variável *Satisfação com o Suporte Social*.

Deste modo, o suporte social é considerado um constructo complexo que engloba a quantidade das relações sociais, assim como o conteúdo e a estrutura dessas relações (Ornelas, 1994 citado por Moreira & Melo, 2005); contudo, e de acordo com a literatura consultada, não existem evidências da existência de relação entre a variável *Satisfação com Suporte Social* e a variável *Idade*, considerando-se que o suporte social é tido como preponderante para o Homem em todas as suas faixas etárias, como ser social que é, não havendo nenhuma faixa etária privilegiada.

- Quanto à variável Comprometimento Conjugal:

Quadro 8 – Teste *U* de *Mann-Whitney* para as variáveis *Satisfação com o Suporte Social* (ESSS) e o *Comprometimento Conjugal*

ESSS vs. Comprometimento Conjugal	Estatística(Z) Significância
Factor 1 (Satisfação com os Amigos)	-0,106 0,915
Factor 2 (Intimidade)	-2,030 0,042*
Factor 3 (Satisfação com a Família)	-2,094 0,036*
Factor 4 (Satisfação com as Actividades Sociais)	-1,281 0,200
Total (ESSS)	-0,425 0,671

N = 20 * p < 0,05

Observa-se que no Quadro 8, quanto à variável *Comprometimento Conjugal* existe significância para os Factores da ESSS, Factor 2 (Intimidade) e Factor 3 (Satisfação com a Família), isto é, verifica-se que o *Comprometimento Conjugal* tem uma papel parcialmente relevante na *Satisfação com o Suporte Social*, ou seja, os sujeitos comprometidos (casados/união de facto) apresentam uma maior satisfação com o suporte social, nomeadamente no que concerne à Intimidade ($p < 0,042$) e *Satisfação com a Família* ($p < 0,036$) do que os sujeitos não comprometidos (solteiros/separados/divorciados/viúvos).

A literatura consultada vai de acordo com o que se verificou no presente estudo, ou seja, estudos anteriores revelam a importância da satisfação com o suporte social relativamente ao comprometimento conjugal. Efectivamente, esses estudos demonstram que os idosos comprometidos quando apresentam problemas de saúde, recebem um maior suporte social por parte da família, e sobretudo do cônjuge, que outros idosos não comprometidos que não o recebem (Tower & Lasl, 1996 citados por Barros, 2008a).

Neste sentido, os viúvos apresentam taxas mais elevadas no que respeita à hospitalização, à procura de atendimento médico, ao internamento em instituições, à mortalidade, assim como ao suicídio, principalmente nos primeiros seis meses de viuvez (Gatto, 2002).

Ainda, num estudo anterior concluíram que os indivíduos que apresentam índices mais baixos de suporte social são os indivíduos divorciados, seguindo-se dos solteiros e separados que apresentam um índice intermédio de suporte social e, por fim, os casados que são os que apresentam os índices mais elevados de suporte social (Ornelas, 1994 citado por Rodrigues, 2008).

- Quanto à variável Descendência:

Quadro 9 – Teste *U* de Mann-Whitney para as variáveis *Satisfação com o Suporte Social e a Descendência*

ESSS vs. Descendência	Estatística(Z) Significância
Factor 1 (Satisfação com os Amigos)	-0,190 0,849
Factor 2 (Intimidade)	-1,431 0,152
Factor 3 (Satisfação com a Família)	-0,144 0,886
Factor 4 (Satisfação com as Actividades Sociais)	-0,048 0,962
Total (ESSS)	-0,805 0,421

N = 20

No Quadro 9, observa-se que quanto à variável *Descendência* não existe significância para nenhum Factor da ESSS nem para o Total da ESSS, isto é, verifica-se que a *Descendência* não tem uma papel relevante na *Satisfação com o Suporte Social*, apesar de existir uma pequena tendência no Factor 2 (Intimidade).

Apesar de alguns estudos indicarem que o tipo de suporte social que causa mais efeitos positivos no idoso é o tipo de apoio informal (familiares, amigos e vizinhos) (Coelho & Ribeiro, 2000; Singer & Lord, 1984, citados por Ribeiro, 1999a) e que os filhos especificamente são uma fonte de apoio emocional e instrumental (Sousa, Figueiredo & Cerqueira, 2004), os resultados deste estudo revelam o oposto, isto é, que a descendência não é um factor relevante na satisfação com o suporte social. Neste sentido, Litwak (1981, citado por Paúl, 2005) defende que enquanto as redes familiares se baseiam na obrigação actuando “involuntariamente”, a rede de amigos/vizinhos age “voluntariamente” podendo causar um efeito mais positivo nos idosos. Assim, e apesar de não se ter verificado no presente estudo uma significância quanto ao Factor 1 (Satisfação com os Amigos), as funções básicas da amizade parecem ser determinadas desde a juventude até à velhice (Weiss & Lowenthal, 1975 citados por Souza & Garcia, 2008), podendo determinar a auto-avaliação do idoso, acarretando uma maior satisfação com a vida, uma melhor saúde mental e até mesmo uma maior autonomia (Paúl, 2005a).

- Quanto à variável Ocupação dos Tempos Livres:

Quadro 10 – Teste *U* de Mann-Whitney para as variáveis *Satisfação com o Suporte Social* e a *Ocupação dos Tempos Livres*

ESSS vs. Ocupação dos Tempos Livres	Estatística(Z) Significância
Factor 1 (Satisfação com os Amigos)	-1,203 0,229
Factor 2 (Intimidade)	-0,039 0,969
Factor 3 (Satisfação com a Família)	-1,331 0,183
Factor 4 (Satisfação com as Actividades Sociais)	-0,583 0,560
Total (ESSS)	-0,851 0,395

N = 20

De acordo com o Quadro 10, a variável *Ocupação dos Tempos Livres* não tem um papel relevante na variável *Satisfação com o Suporte Social* pois não existe significância em nenhum Factor da ESSS nem para o Total da ESSS, apesar de existir uma ligeira tendência para significância no Factor 3 (Satisfação com a Família).

No que respeita às actividades de ocupação de tempos livres, e apesar de não parecer existir evidências na literatura consultada, efectivamente não existe um papel relevante no presente estudo da ocupação dos tempos livres no que concerne à satisfação com o suporte social. Parece não existir muitos estudos que demonstrem os efeitos que as actividades de lazer possam provocar na população idosa apesar de Hays (2002, citado por Barros, 2006) afirmar que a música é por si só, uma actividade importante para o envelhecimento positivo, e que pode provocar nas pessoas idosas um desenvolvimento da sua auto-identidade e auto-estima, um bem-estar espiritual e um evitamento de sentimentos de solidão e isolamento.

Pode-se concluir que a Hipótese Específica H1.1 se verifica parcialmente pois somente o Factor 2 (Intimidade) e Factor 3 (Satisfação com a Família) da variável *Comprometimento Conjugual* apresentam respectivamente um nível de significância inferior a $\alpha = 0,05$ ($p < 0,042$ e $p < 0,036$, respectivamente) no que respeita a *Satisfação com o Suporte Social*. O Factor 3 (Satisfação com a Família) da variável *Género* apresenta uma significância mitigada com a

Satisfação com o Suporte Social, ou seja, o nível de significância é inferior a $\alpha = 0,10$ ($p < 0,094$). Por fim, pode-se dizer que a variável *Comprometimento Conjugal* é parcialmente significativa, a variável *Género* apresenta uma significância mitiga, e as variáveis *Idade*, *Descendência* e *Ocupação dos Tempos Livres* não apresentam um papel relevante na variável *Satisfação com o Suporte Social*.

5.3.3. A Relação entre a Depressão e as Variáveis Sócio-Demográficas:

Análise e Interpretação da Hipótese H1.2

De forma a conhecer e compreender a relação entre a *Depressão* (EDG) e as variáveis Sócio-Demográficas (*Género*, *Idade*, *Comprometimento Conjugal*, *Escolaridade*, *Descendência* e *Ocupação dos Tempos Livres*), de seguida apresenta-se a análise de significância do Teste de *Fisher* e do Teste de *McNemar* para as variáveis *Género*, *Comprometimento Conjugal*, *Escolaridade*, *Descendência* e *Ocupação dos Tempos Livres* (Quadro 11), e a análise correlacional de *Spearman* para a variável *Idade* (Quadro 12)

- Quanto à variável Género, Comprometimento Conjugal, Escolaridade, Descendência e Ocupação dos Tempos Livres:

Quadro 11 – Teste de *Fisher* e Teste de *McNemar* para a variável *Depressão* e as variáveis Sócio-Demográficas: *Género*, *Comprometimento Conjugal*, *Escolaridade*, *Descendência* e *Ocupação dos Tempos Livres*

EDG vs. Variáveis Sócio-Demográficas	Teste de <i>Fisher</i> (sig.) Teste de <i>McNemar</i> (sig.)
Género	0,628 0,289
Comprometimento Conjugal	1,000 0,039*
Escolaridade	0,650 0,727
Descendência	0,582 0,146
Ocupação dos Tempos Livres	0,650 0,727
N = 20 * p < 0,05	

De acordo com o Quadro 11, verifica-se que há significância na variável *Comprometimento Conjugal* quanto à variável *Depressão* (EDG) pois o nível de significância é inferior a $\alpha = 0,05$ ($p < 0,039$), isto é, o facto dos idosos serem ou não comprometidos é relevante para a *Depressão*. Quanto às outras variáveis Sócio-Demográficas, não se verifica relação com a variável *Depressão* (EDG).

Efectivamente, percebe-se que o comprometimento conjugal é uma variável relevante na *Depressão*, sendo que estudos anteriores concluíram que os idosos casados têm uma menor probabilidade de desenvolver uma depressão comparativamente aos idosos que não são casados (Beekman, Deeg, Geerlings, Shoevers, Smit & Tilburg, 2001; Geerlings, Beekman, Deeg & Tilburg, 2000; Prince, Harwood, Thomas & Mann, 1998 citados por Pinho *et al.*, 2009).

Ainda, Tower e Kasl (1996, citados por Barros, 2008a) consideraram a importância do suporte social que um cônjuge pode trazer ao outro quando um deles tem depressão, e que o suporte que este recebe do seu cônjuge e da sua família, é mais elevado relativamente a outros indivíduos não têm cônjuge, isto é, que não são comprometidos.

- Quanto à variável Idade:

Quadro 12 – Correlação de *Spearman* entre as variáveis *Depressão* e *Idade*

EDG vs. Idade	Estatística(ρ) Significância
Idade	0,209
	0,377

N = 20

No que respeita o Quadro 12, pode-se verificar que não existe correlação entre a *Depressão* e a variável *Idade*, isto é, a *Idade* não tem um papel relevante quanto à *Depressão*.

Na literatura consultada, a *Depressão* encontra-se associada a variados factores, inclusivamente à idade (Camarano, 1999 citado por Almeida & Almeida, 1999), contrariamente ao que se conclui no presente estudo.

Ainda, outros autores defendem que a depressão se encontra relacionada com o envelhecimento devido ao envelhecimento populacional, às pressões psicológicas, económicas e sociais, às vicissitudes da terceira idade, assim como à prevalência de distúrbios depressivos na população idosa (Blay, 2000; Carvalho & Fernandez, 2002).

Contudo, Vaz Serra (1977, citado por Santos, 2002) afirma que, geralmente, quando a depressão surge na terceira idade é a repetição de uma crise depressiva sucedida há bastantes anos atrás.

Apesar de não se verificar no presente estudo uma relação entre a variável *Depressão* e a variável *Idade*, percebe-se que, efectivamente, existe uma grande prevalência de idosos com depressão (Costa, 2005).

Pode-se concluir que a hipótese H1.2 se verifica parcialmente pois somente a variável *Comprometimento Conjugal* apresenta um nível de significância inferior a $\alpha = 0,05$ ($p < 0,039$), ou seja, o facto de os idosos serem ou não comprometidos tem um papel relevante no aparecimento de sintomas depressivos. Por outro lado, as variáveis *Género*, *Idade*, *Escolaridade*, *Descendência* e *Ocupação dos Tempos Livres* não tem um papel relevante quanto à variável *Depressão*.

Conclusão:

Em suma, pode-se concluir que relativamente à Hipótese Principal, esta se verifica parcialmente e de forma inversa, sendo o Factor “Intimidade” relevante entre a relação entre a Satisfação com o Suporte Social e a Depressão. Efectivamente, quando um idoso se sente satisfeito com o suporte social, principalmente com o seu suporte social íntimo (cônjuge e familiares), pode evitar ou atenuar o desenvolvimento de sintomas depressivos. Por outro lado quanto à H1.1 e à H1.2, assim as conclusões das Hipóteses Específicas vão de encontro à conclusão da Hipótese Principal. Pode-se concluir que para a H1.1, o Factor 3 (Satisfação com a Família) para a variável Sócio-Demográfica Género, e os Factores 2 (Intimidade) e 3 (Satisfação com a Família) para a variável Sócio-Demográfica Comprometimento Conjugal têm um papel relevante quanto à Satisfação com o Suporte Social. Relativamente à H1.2, a variável Sócio-Demográfica que tem um papel relevante na Depressão é o Comprometimento Conjugal.

Por fim, percebe-se que em ambas as Hipóteses Específicas, a variável Comprometimento Conjugal é relevante e significativa, sobretudo para o género feminino. Considera-se que o facto dos idosos serem comprometidos vai determinar a sua satisfação com a suporte social e consecutivamente pode determinar a manifestação ou diminuição dos sintomas depressivos. Os Factores “Intimidade” e “Satisfação com a Família” são os mais relevantes para este estudo, pois são os únicos factores significativos, ou seja, o facto dos idosos se sentirem satisfeitos com o suporte íntimo e familiar pode originar o manifestação de sintomas depressivos.

5.4. Limitações e Sugestões do Estudo

Quando se iniciou este trabalho de investigação, a investigadora estava elucidada de que podia enfrentar algumas limitações que necessitassem de algum cuidado na síntese assim como na generalização dos resultados obtidos, podendo estar relacionadas com a sua escassa experiência pessoal para trabalhos de natureza científica.

5.4.1. Limitações do Estudo

Uma das limitações deve-se ao facto do trabalho de investigação ter sido efectuado no local de estágio, o que desde logo confinou o seu desenvolvimento e abrangência.

Considera-se que o facto deste estudo ser efectuado no local de estágio, possa ter inibido os participantes na recolha de dados para o estudo, pois a investigadora já conhecia os participantes e convivia com estes profissionalmente.

O tempo limitado para a recolha de dados restringido ao período de estágio pode também ter condicionado o desenvolvimento desta investigação.

O reduzido tamanho da amostra implica que dificilmente se poderão inferir resultados para a população idosa em geral, sendo mais prudente circunscrevê-los ao grupo estudado que é de base institucionalizada.

Uma outra limitação deve-se à distribuição de género não ser homogénea, ou seja, não existe o mesmo número de mulheres e homens, o que por si só torna a amostra pouco consistente relativamente ao género; contudo, a amostra deste estudo de 14 mulheres e 6 homens para um total de 20 sujeitos é razoavelmente proporcional à população vigente actual de idosos em Portugal, inclusivamente dos idosos institucionalizados na Santa Casa da Misericórdia de Fafe.

Considera-se ainda que uma outra limitação seja a falta de diversificação da população idosa, ou seja, ao longo do estudo verificou-se que seria importante expandir a recolha da

amostra para idosos não institucionalizados; contudo, devido ao tempo limitado não foi possível fazer a comparação da amostra utilizada com idosos não institucionalizados. Observe-se que para que houvesse uma diversificação da amostra, esta não bastaria ser grande mesmo que todos fossem institucionalizados, pois ainda assim não haveria diversificação da amostra. Seria importante verificar se com uma amostra diversificada incluindo portanto uma amostra não institucionalizada, os níveis Baixo Suporte Social (ESSS) da variável Satisfação com o Suporte Social e Depressão Grave (EDG) da variável Depressão ocorreriam casos, como seria de esperar numa população idosa não institucionalizada, em geral.

Parece importante referir que nem todas as variáveis inicialmente levantadas a título de criação do perfil da amostra foram analisadas aquando da análise dos resultados porque, tal como foi supracitado, a amostra é tanto muito pequena como também pouco diversificada.

Para o levantamento de dados, foi necessário criar novas categorias para a variável *Estado Civil e Ocupação dos Tempos Livres* para facilitar a análise dos resultados já que a amostra é muito pequena e pouco diversificada. A variável *Estado Civil* que no Capítulo do Método era dividido em seis níveis, passou a denominar-se no Capítulo dos Resultados *Comprometimento Conjugal*, constituindo-se somente por dois níveis; e a variável *Ocupação dos Tempos Livres* dividida em seis níveis reagrupou-se, de igual forma, em dois níveis.

Na variável *Escolaridade* foi necessário eliminar alguns níveis para que a análise fizesse sentido pois ninguém se enquadrava em alguns desses níveis, até porque como já foi mencionado, a amostra é pequena e pouco diversificada.

Por fim, reconhece-se a possibilidade de ter ocorrido algum erro na caracterização dos casos, porque convém salientar que apenas a aplicação do MMSE e da Escala da Depressão Geriátrica não é suficiente para diagnosticar a presença de défice cognitivo e de diagnosticar um quadro depressivo no idoso, respectivamente. Reconhece-se também a importância de utilizar pelo menos mais um instrumento para cada variável principal e para a variável de selecção, ou seja, pelo menos mais um instrumento para o rastreio do Suporte Social, para a Depressão assim como para o Déficit Cognitivo.

5.4.2. Sugestões do Estudo

Para a elaboração de diagnósticos psiquiátricos precisos e fiáveis de défice cognitivo e de depressão seria relevante fazer um estudo longitudinal e proceder a uma avaliação neuropsicológica, ressaltando igualmente a necessidade da elaboração de um diagnóstico diferencial entre os inúmeros quadros clínicos e os seus sintomas. Neste sentido, uma das sugestões para futuros estudos seria, antes de mais, proceder a uma avaliação neuropsicológica para diagnosticar e rastrear tanto possíveis défices cognitivos como as perturbações de humor de forma a proporcionar um maior rigor científico na investigação, fazendo um registo uniformizado e padronizado de todos os idosos. Seria importante conhecer a gravidade da problemática e acompanhar a evolução da mesma.

Importante seria ainda proceder a um estudo com uma distribuição rigorosamente proporcional de homens e mulheres para poder haver maior consistência na comparação entre género.

Seria ainda relevante ter uma amostra diversificada para poder haver uma maior consistência no que concerne à população idosa institucionalizada e não institucionalizada.

Considera-se relevante o papel que a satisfação com o suporte social tem perante a depressão. Neste sentido, parece fundamental considerar a possibilidade de promover uma intervenção psicossocial em idosos institucionalizados, com o objectivo de fomentar as relações de intimidade, as relações de conjugalidade, assim como as relações familiares, evitando a baixa satisfação com o suporte social nos idosos e, consecutivamente que sintomas depressivos se desenvolvam nesta população em especial, pois acarreta consequências que podem ser fatais para o idoso.

CONCLUSÃO

Para finalizar este estudo de investigação reconhece-se a necessidade de reflectir sobre algumas aspectos essenciais e de retirar algumas conclusões gerais.

Este estudo permitiu evidenciar que existe uma relação parcial entre a satisfação com o suporte social e a depressão na população idosa institucionalizada.

De acordo com a literatura consultada é possível concluir que o suporte social não é considerado somente como um conjunto objectivo de interações e trocas, mas antes como uma experiência pessoal, com uma determinada intensidade onde o indivíduo se sente respeitado, desejado e envolvido (Silva *et al.*, 2003).

Assim, percebe-se que os idosos se relacionam principalmente com os cônjuges, os seus familiares, com os vizinhos, e mantêm vínculos com antigos colegas de trabalho (Leite *et al.*, 2008).

De acordo com a literatura consultada, são inúmeros os estudos que evidenciam que o suporte social proporciona mais saúde, isto é, os riscos de adoecer tendem a diminuir quando existe suporte social, fomentando no indivíduo saúde física, psicológica e mental (Pietrukowicz, 2001 citado por Rodrigues, & Madeira, 2009).

Neste sentido, considera-se que a promoção das redes sociais em torno de pessoas idosas, particularmente a expansão de redes de amizade e contacto com parentes, pode reduzir os sintomas depressivos (Demura & Sato, 2003 citados por Gallegos-Carrillo *et al.*, 2009).

Tal como se verificou neste estudo, apesar de parcialmente, existe uma relação entre a percepção de baixo suporte social e os estados depressivos (Henriques & Lima, 2003), na população idosa institucionalizada.

De acordo com o presente estudo e de acordo com estudos anteriores, concluí-se que os idosos casados têm uma maior probabilidade de desenvolver uma depressão do que os idosos não casados (Beekman, Deeg, Geerlings, Shoevers, Smit & Tilburg, 2001; Geerlings, Beekman, Deeg & Tilburg, 2000; Prince, Harwood, Thomas & Mann, 1998 citados por Pinho

et al., 2009), até porque o comprometimento conjugal e a intimidade são fundamentais para evitar o desenvolvimento de sintomas depressivos e para a recuperação dos mesmo.

As questões do envelhecimento e da sociedade Ocidental remete à reflexão, no sentido de perceber o que é necessário para alcançar um processo de envelhecimento com qualidade de vida. O contacto social deve proporcionar suporte social e não produzir a violência e a opressão. Para acautelar aos idosos as condições essenciais para uma velhice repleta e satisfatória, com respeito e suporte na base das relações sociais, parece essencial ultrapassar os preconceitos ainda presentes na sociedade actual, permitindo assim uma intervenção através da estimulação das relações íntimas e, de novos relacionamentos e comprometimentos conjugais.

Pode-se concluir que a manutenção das relações sociais dos idosos com os familiares e as suas relações de intimidade (e.g. o cônjuge, a família, os vizinhos e os amigos da mesma geração) propicia o seu bem-estar (Neri, 2001 citado por Carneiro *et al.*, 2007).

É necessário reconhecer a importância da família como rede de suporte social no idoso e fomentar o contacto dos idosos com a sua família, contudo não se deve apostar no aumento das relações sociais, mas sim apostar na qualidade e intensidade dessas relações, mas apostar em relações que não apresentem um carácter voluntário, como os cônjuges e futuros cônjuges e amigos/vizinhos, pois são as relações mais equilibradas logo, aumentam o bem-estar físico e psicológico.

Esta problemática se deve ao acréscimo do longevidade, sendo também cada vez mais importante promover a relação entre os jovens e idosos, de modo a prevenir muitos problemas de saúde, reduzindo custos públicos.

Em suma, deve-se apostar na promoção das relações psicossociais nos idosos institucionalizados, inclusive no convívio, pois é um aspecto que permite aumentar a saúde física, a satisfação com a vida, a auto-estima, a capacidade de enfrentar problemas, a confiança pessoal e, acima de tudo, a vontade de viver (Andrade & Vaitsman, 2002 citados por Rodrigues, 2008), sendo indispensável colocar a hipótese de intervir nesta população e especificamente nesta área.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agostinho, P. (2004). Perspectiva Psicossomática do Envelhecimento. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 1(6), 31-36.
- Almeida, L. S. & Freire, T. (2003). *Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação*. Braga: Psiquilibrios.
- Almeida, O. P. & Almeida, S. A. (1999). Confiabilidade da Versão Brasileira da Escala de Depressão em Geriatria (GDS) – Versão Reduzida. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 57(2-B), 421-426.
- American Psychiatric Association (2002). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (4ª ed. – texto revisto). Lisboa: Climepsi Editores.
- Andrade, G. & Vaitsman, J. (2002). Apoio social e redes: conectando solidariedade e saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 7(4), 925-934.
- Araújo, P. C. (2005). *A Depressão (Mascarada) no Idoso Hospitalizado e a sua Identificação pela Equipa de Saúde do Serviço de Medicina*. Dissertação de Mestrado em Psicologia, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Fernando Pessoa, Porto.
- Arroteia, J. C. & Cardoso, A. P. (2006). O envelhecimento da população portuguesa: responsabilidade social e cidadania. *Psychologica*, 42, 9-24.
- Balaswamy, S., Richardson, V. & Price, C. (2004). Investigating Patterns of Social Support Use by Widowers During Bereavement. *The Journal of Men's Studies*, 1(13), 67-84.
- Barros, J. (2006). Espiritualidade, sabedoria e sentido da vida nos idosos. *Psychologica*, 42, 133-145.
- Barros, J. (2008a). *Psicologia do Envelhecimento e do Idoso*. Porto: LivPsic.
- Barros, J. (2008b). *Psicologia do Idoso – Temas Complementares*. Porto: LivPsic.

- Barros, M. M. (2002). Velhice, Modernidade e Contemporaneidade. In D. M. Monteiro, *Depressão e Envelhecimento – Saídas Criativas* (pp. 29-36). Rio de Janeiro: Editora Revinter.
- Batistoni, S. S., Neri, A. L. & Cupertino, A. P. (2007). Validade da escala de depressão do *Center for Epidemiological Studies* entre idosos brasileiros. *Revista de Saúde Pública*, 41(4), 598-605.
- Biffi, R. & Mamede, M. (2004). Suporte social na reabilitação da mulher mastectomizada: o papel do parceiro sexual. *Revista da Escola de Enfermagem – USP*, 38(3), 262-269.
- Blay, S. (2000). Características Clínicas, Fatores de Risco e Curso da Depressão em Idosos. In B. Lafer, O. Almeida, R. Fráguas, & E. Miguel (Eds.), *Depressão no Ciclo da Vida* (pp. 45-54). Porto Alegre: Artmed Editora.
- Blazer, D. (1998). *Problemas Emocionais da Terceira Idade*. São Paulo: Editora Andrei.
- Blazer, D. (2003). *Depressão em Idosos*. São Paulo: Editora Andrei.
- Bottino, C. M. & Ventura, M. M. (2002). Avaliação cognitiva em pacientes idosos. In M. P. Netto (Ed.), *Gerontologia – A Velhice e o Envelhecimento em Visão Globalizada* (pp. 174-189). São Paulo: Editora Atheneu.
- Carneiro, R., Falcone, E., Clark, C., Prette, Z. & Prette, A. (2007). Qualidade de Vida, Apoio Social e Depressão em Idosos: Relação com Habilidades Sociais. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 20(2), 229-237.
- Carvalho, A. & Firmino, H. (2006). Depressão geriátrica: bases vasculares e considerações clínicas. In H. Firmino (Ed.), *Psicogeriatría* (pp. 221-232). Coimbra: Editora Psiquiatria Clínica.
- Carvalho, V. & Fernandez, M. (2002). Depressão no Idoso. In M. P. Netto (Ed.), *Gerontologia – A Velhice e o Envelhecimento em Visão Globalizada* (pp. 160-173). São Paulo: Editora Atheneu.

- Cavanaugh, J. (1999). Theories of Aging in the Biological, Behavioral and Social Sciences. In J. Cavanaugh & S. Whitbourne (Eds.), *Gerontology: An interdisciplinary Perspective* (pp. 1-32). New York: Oxford University Press.
- Chiu, E., Ames, D., Draper, B. & Snowden, J. (2005). Transtornos Depressivos em Idosos: Uma Revisão. In M. Maj & N. Sartorius (Eds.), *Transtornos depressivos* (pp. 251-291). Porto Alegre: Artmed Editora.
- Choi, N. & Jun, J. (2009). Life regrets and pride among low-income older adults: Relationships with depressive symptoms, current life stressors and coping resources. *Aging & Mental Health*, 2(13), 213-225.
- Coelho, M. & Ribeiro, R. (2000). Influência do Suporte Social e do *Coping* sobre a Percepção Subjectiva de Bem-Estar em Mulheres Submetidas a Cirurgia Cardíaca. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 1(1), 79-87.
- Cohen, S. & Syme, S. L. (1985). Issues in the Study and Application of Social Support. In S. Cohen, & S. L. Syme (Eds.), *Social Support and Health* (pp. 3-22). San Francisco: Academic Press.
- Costa, A. (2005). A Depressão nos Idosos Portugueses. In C. Paúl, & A. M. Fonseca (Eds.), *Envelhecer em Portugal* (pp. 157-176). Lisboa: Climepsi Editores.
- Cupertino, A., Rosa, F. & Ribeiro, P. (2007). Definição de Envelhecimento Saudável na Perspectiva de Indivíduos Idosos. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 20(1), 81-86. Retirado de <http://www.scielo.br/pdf/prcv/20n1a11v20n1.pdf>. Consultado a 8 de Janeiro de 2010.
- Dean, A. (1986). Social Support in Epidemiological Perspective. In N. Lin, A. Dean, & W. Ensel (Eds), *Social Support, Life Events, and Depression* (pp. 3-15). Orlando: Academic Press.
- Departamento de Estatística Censitária e da População do Instituto Nacional de Estatística (2002). O Envelhecimento em Portugal: Situação demográfica e socio-económica recente das pessoas idosas. Retirado de

http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=71107&DESTAQUESmodo=2. Consultado a 20 de Outubro de 2009.

- Dong, X., Beck, T. & Simon, M. (2010). The associations of gender, depression and elder mistreatment in a community-dwelling Chinese population: The modifying effect of social support. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 50, 202-208.
- Dorot, R. & Parot, F. (2001). *Dicionário de Psicologia*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Feldman, R. S. (2001). *Compreender a Psicologia*. Amadora: Editora McGraw-Hill.
- Ferrari, M. A. (2002). Lazer e Ocupação do Tempo Livre na Terceira Idade. In M. Netto (Ed.), *Gerontologia: A Velhice e o Envelhecimento em Visão Globalizante* (pp. 98-105). São Paulo: Editora Atheneu.
- Ferreira-Alves, J. & Ferreira Novo, R. (2006). Avaliação da discriminação social de pessoas idosas em Portugal. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 1(6), 65-77.
- Fonseca, A. M. (2004). *O envelhecimento: Uma abordagem psicológica*. Coimbra: Universidade Católica Editora.
- Fonseca, A. M. (2005). *Desenvolvimento humano e envelhecimento*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Fontán-Scheitler, L., Lorenzo-Otero, J. & Silveira-Brussain, A. (2004). Perfil de alteración en el *Mini-Mental State Examination* en pacientes com deterioro cognitivo leve. *Revista de Neurología*, 39(4), 316-321.
- Freirias, A. & Menon, M. (2002). Transtornos Psiquiátricos do Idoso. In J. J. Mari, D. Razzouk, M. F. Peres, & J. A. Porto (Eds.), *Psiquiatria – Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar* (pp. 169-185). São Paulo: Editora Manole.

- Frumi, C. & Celich, K. (2006). O olhar do idoso frente ao envelhecimento e à morte. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, 2(3), 92-100.
- Gallegos-Carrillo, K., Mudgal, J., Sánchez-García, S., Wagner, F., Gallo, J., Salmerón, J. & Garcia-Peña (2009). Social networks and health-related quality of life: a population based study among older adults. *Salut Pública de México*, 1(51), 6-13.
- Gatto, I. (2002). Aspectos Psicológicos do Envelhecimento. In M. Netto (Ed.), *Gerontologia: A Velhice e o Envelhecimento em Visão Globalizante* (pp. 109-113). São Paulo: Editora Atheneu.
- 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. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 7(1), 137-143.
- Han, H., Kim, M., Lee, H., Pistulka, G. & Kim, K. (2007). Correlates of Depression in Korean American Elderly: Focusing on Personal Resources of Social Support. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 22, 115-127.
- Henriques, A. M. & Lima, M. L. (2003). Estados afectivos, percepção do risco e do suporte social: a familiaridade e a relevância como moderadores nas respostas de congruência com o estado de espírito. *Análise Psicológica*, 3(21), 375-392.
- Kim, J. & Ross, C. (2009). Neighborhood-Specific and General Social Support: Which Buffers the Effect of Neighborhood Disorder on Depression? *Journal of Community Psychology*, 6(37), 725-736.
- Kramlinger, K. (2004). *Depressão: pesquisada e comentada pela Clínica Mayo*. Rio de Janeiro: Anima Editora.
- Lahuerta, C., Borrell, C., Rodríguez-Sanz, M., Pérez, K. & Nebot, M. (2004). La influencia de la red social en la salud mental de la población anciana. *Gaceta Sanitaria*, 18(2), 83-91.

- Lara, M., Navarro, C. & Navarrete, L. (2004). Influencia de los sucesos vitales y el apoyo social en una intervención psicoeducativa para mujeres com depresión. *Salud Pública de México*, 5(46), 378-387.
- Leitão, J. (2006). O idoso na instituição. In P. Henriques & I. Mendes (Eds.), *A Pessoa Idosa – Momentos de Reflexão* (pp .43-51). Tondela: Tondelgráfica.
- Leite, M., Battisti, I., Berlezi, E. & Scheuer, A. (2008). Idosos Residentes no Meio Urbano e sua Rede de Suporte Familiar e Social. *Revista Texto & Contexto Enfermagem*, 17(2), 250-257.
- Leme, L. E. & Silva, P. S. (2002). O Idoso e a Família. In M. Netto (Ed.), *Gerontologia: A Velhice e o Envelhecimento em Visão Globalizada* (pp. 92-98). São Paulo: Editora Atheneu.
- Levet, M. (1995). *Viver Depois dos 60 Anos*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Lin, N. (1986). Conceptualizing Social Support. In N. Lin, A. Dean, & W. Ensel, *Social Support, Life Events, and Depression* (pp. 17-31). Orlando: Academic Press.
- Lunsky, Y. (2008). The impact f stress and social support on the mental health of individuals with intellectual disabilities. *Salud Pública de México*, 2(50), 151-153.
- Marques, L. & Ramalheira, C. (2006). Os idosos e o suicídio. In H. Firmino (Ed.), *Psicogeriatrics* (pp. 233-244). Coimbra: Editora Psiquiatria Clínica.
- Moniz, J. M. (2003). *A Enfermagem e a Pessoa Idosa: A prática de cuidados como experiência formativa*. Loures: Lusociência.
- Moreira, P. & Melo, A. (2005). *Saúde Mental – do Tratamento à Prevenção*. Porto: Porto Editora.
- Moura, C. (2006). *Século XXI – Século do Envelhecimento*. Loures: Lusociência.

- Nebot, M., Lafuente, J., Tomás, Z., Borrell, C. & Ferrando, J. (2002). Efecto Protector del Apoyo Social en la Mortalidad en Población Anciana: Un Estudio Longitudinal. *Revista Española de Salud Pública*, 6(76), 673-682.
- Netto, M. & Ponte, J. (2002). Envelhecimento: Desafio na Transição do Século. In M. Netto (Ed.), *Gerontologia: A Velhice e o Envelhecimento em Visão Globalizada* (pp. 3-25). São Paulo: Editora Atheneu.
- Oliveira, D., Gomes, L. & Oliveira, R. (2006). Prevalence of depression among the elderly population who frequent community centers. *Revista de Saúde Pública*, 40(4), 1-3.
- Pacheco, J. (2004). Os Conflitos Familiares e o Idoso. In A. Saldanha & C. Caldas (Eds.), *Saúde do Idoso – a arte de cuidar* (pp. 349-357). Rio de Janeiro: Editora Interciência.
- Paradela, E., Lourenço, R. & Veras, R. (2005). Validação da escala de depressão geriátrica em ambulatório geral. *Revista de Saúde Pública*, 39(6), 918-923.
- Paúl, C. (1997). *Lá para o Fim da Vida: Idosos, Família e Meio Ambiente*. Coimbra: Livraria Almedina.
- Paúl, C. (2005a). A Construção de um Modelo de Envelhecimento Humano. In C. Paúl & A. M. Fonseca (Eds.), *Envelhecer em Portugal* (pp. 21-41). Lisboa: Climepsi Editores.
- Paúl, C. (2005b). Envelhecimento activo e redes de suporte social. *Revista da Faculdade de Letras – Sociologia*, 15(1), 275-288.
- Pedro, I. S. (2001). *Manual de psicogeriatría clínica*. Barcelona: Masson.
- Pereira, R., Cotta, R., Franceschini, S., Ribeiro, R., Sampaio, R., Priore, S. & Cecon, P. (2006). Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global de idosos. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 28(1), 27-38.

- Pierce, G., Sarason, B., Sarason, I., Joseph, H., & Henderson, C. (1996). Conceptualizing and Assessing Social Support in the Context of the Family. In G. Pierce, B. Sarason, & I. Sarason (Eds.), *Handbook of Social Support and the Family* (pp. 3-20). New York: Plenum Press.
- Pimentel, L. (2005). *O Lugar do Idoso na Família*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Pinho, M., Custódio, O. & Makdisse, M. (2009). Incidência de depressão e fatores associados em idosos residentes na comunidade: revisão da literatura. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 12(1), 123-140.
- Porto, J. (2000). Conceito de Depressão e seus Limites. In B. Lafer, O. Almeida, R. Fráguas & E. Miguel (Eds.), *Depressão no Ciclo da Vida* (pp. 20-28). Porto Alegre: Artmed Editora.
- Ramos, M. P. (2002). Apoio social e saúde entre idosos. *Sociologias*, 7, 156-175.
- Ramos, N. (2004). *Psicologia Clínica e da Saúde*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Ribeiro, J. P. (1999a). Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS). *Análise Psicológica*, 3(17), 547-558.
- Ribeiro, J. P. (1999b). *Investigação e avaliação em psicologia e saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Ribeiro, J. P. & Coelho, M. (2000). Influência do Suporte Social e do *Coping* sobre a Percepção Subjectiva de Bem-Estar em Mulheres Submetidas a Cirurgia Cardíaca. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 1(1), 79-87.
- Rico, M. A. (2004). Los trastornos afectivos: depresión y ansiedad. In N. Y. Rossell, R. R. Herrera & M. A. Rico (Eds.), *Introducción a la Psicogerontología* (pp. 195-212). Madrid: Ediciones Pirámide.

- Robles, L., Curiel, G., García, L., Coles, L., Medrano, M. & González, M. (2000). Redes y apoyo social en ancianos enfermos de escasos recursos en Guadalajara, México. *Cadernos de Saúde Pública*, 16(2), 557-560.
- Rocha, A. P. (2007). *O Autoconceito dos Idosos*. Dissertação de Mestrado em Psicogerontologia apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Roda, A. B. & Moreno, E. S. (2001). Estructura social, apoyo social y salud mental. *Psicothema*, 1(13), 17-23.
- Rodrigues, V. (2008). *Satisfação com o Suporte Social em Indivíduos com Perturbação Psiquiátrica: estudo exploratório*. Monografia de Licenciatura em Psicologia Clínica, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Fernando Pessoa, Porto.
- Rodrigues, V. & Madeira, M. (2009). Suporte social e saúde mental: revisão da literatura. *Revista da Faculdade de Ciências da Saúde, Edições Universidade Fernando Pessoa*, 6: 390-399.
- Rossell, N. Y. (2004). Hipótesis psicológicas, biológicas y sociológicas. In N. Y. Rossell, R. R. Herrera & M. A. Rico (Eds.), *Introducción a la Psicogerontología* (pp. 47-87). Madrid: Ediciones Pirámide.
- Rowe, J. W. & Kahn, R. (1999). *Successful aging*. New York: Pantheon Books.
- Santos, C., Ribeiro, J. P. & Lopes, C. (2003). Estudo de Adaptação da Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) a Pessoas com Diagnóstico de Doença Oncológica. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 4(2), 185-204.
- Santos, P. F. (2002). *A Depressão no Idoso*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Silva, I., Pais-Ribeiro, J., Cardoso, H., Ramos, H., Carvalhosa, S., Dias, S. & Gonçalves, A. (2003). Efeitos do Apoio Social na Qualidade de Vida, Controlo Metabólico e

Desenvolvimento de Complicações Crônicas em Indivíduos com Diabetes. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 4(1), 21-32.

Siqueira, G. R., Vasconcelos, D. T., Duarte, G. C., Arruda, I. C., Costa, J. A. & Cardoso, R. O. (2009). Análise da sintomatologia depressiva nos moradores do Abrigo Cristo Redentor através da aplicação da Escala de Depressão Geriátrica (EDG). *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(1), 253-259.

Skarsater, I., Langius, A., Agren, H., Haggstrom, L. & Dencker, K. (2005). Sense of coherence and social support in relation to recovery in first-episode patients with major depression: A one-year prospective study. *International Journal of Mental Health Nursing*, 14, 258-264.

Sobral, M. (2006). A contribuição da psicologia na avaliação do idoso. In H. Firmino (Ed.), *Psicogeriatrics*, pp. 499-512. Coimbra: Editora Psiquiatria Clínica.

Sousa, F. (2008). *Depressão e Atividades de Vida Diária no Idoso*. Dissertação de Mestrado em Geriatria e Gerontologia, Secção Autónoma de Ciências da Saúde da Universidade de Aveiro, Aveiro.

Sousa, L., Figueiredo, D. & Cerqueira, M. (2004). *Envelhecer em família: os cuidados familiares na velhice*. Porto: Ambar.

Sousa, R. L., Medeiros, J. G., Moura, A. C., Souza, C. L. & Moreira, I. F. (2007). Validade e fidedignidade da Escala de Depressão Geriátrica na identificação de idosos deprimidos em um hospital geral. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 56(2), 102-107.

Souza, L. K. & Garcia, A. (2008). Amizade em Idosos: um panorama da produção científica recente em periódicos estrangeiros. *Estudos Interdisciplinares do Envelhecimento*, 2(13), 173-190.

Stella, F., Gobbi, S. Corazza, D. & Costa, J. (2002). Depressão no Idoso: Diagnóstico, Tratamento e Benefícios da Actividade Física. *Motriz*, 3(8), 91-98.

- Stuart-Hamilton, I. (2002). *A Psicologia do Envelhecimento: uma introdução*. Porto Alegre: Artmed Editora.
- Underwood, P. W. (2000). Social Support: The Promise and the Reality. In V. H. Rice (Ed.), *Handbook of Stress, Coping, and Health: Implications for Nursing Research, Theory, and Practice* (pp. 367-391). London: Sage Publications.
- Vaux, A. (1988). *Social Support: Theory, Research, and Intervention*. New York: Praeger Publishers.
- Vaz, E. (2008). *A Velhice na Primeira Pessoa*. Penafiel: Editora Novembro.
- Vaz Serra, A. (2006). Que significa envelhecer?. In H. Firmino (Ed.), *Psicogeriatría* (pp. 21-33). Coimbra: Psiquiatria Clínica.
- Vecchia, R., Ruiz, T., Bocchi, S. & Corrente, J. (2005). Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjectivo. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 8(3), 246-252.
- Veras, R. (2009). Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Revista de Saúde Pública*, 43(3), 548-554.
- Veríssimo, M. T. (2006). Avaliação multidimensional do idoso. In H. Firmino (Ed.), *Psicogeriatría* (pp. 489-497). Coimbra: Editora Psiquiatria Clínica.
- Yesavage, J., Brink, T., Rose, T., Lum, O., Huang, V., Adey, M. & Leirer, V. (1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, 17(1), 37-49.