

Fernando António Gomes de Sá Ferreira

As Actividades Ocupacionais, o Isolamento e a Depressão
no Idoso Institucionalizado

Universidade Fernando Pessoa

Porto, 2011

Fernando António Gomes de Sá Ferreira

As Actividades Ocupacionais, o Isolamento e a Depressão
no Idoso Institucionalizado

Dissertação de Mestrado apresentada à
Universidade Fernando Pessoa, como
parte dos requisitos necessários para a
obtenção do grau de Mestre em Psicologia
Clínica e da Saúde, sob orientação do
Prof. Doutor Milton Madeira.

Fernando António Gomes de Sá Ferreira

Porto, 2011

Resumo

Esta dissertação teve como objectivo verificar e analisar a relação entre a participação em Actividades Ocupacionais e a Depressão evidenciada em idosos institucionalizados, bem como a relação entre o seu Isolamento Social e/ou Familiar e essa mesma Depressão. Secundariamente, analisou-se a Depressão entre os mesmos idosos agrupados por género, por valência que frequentam na instituição e por idade.

A amostra foi constituída por 31 idosos de ambos os géneros, utentes da Santa Casa da Misericórdia da Póvoa de Varzim no ano de 2010, tendo sido utilizados os seguintes instrumentos: a Escala *GDS – Geriatric Depression Scale* (Yesavage *et al.*, 1983), composta por 30 *itens* e que avalia a depressão de idosos; a Ficha de Actividades Ocupacionais para a recolha de informação relacionada com o nível de participação dos idosos em actividades ocupacionais na Santa Casa; a Ficha de Isolamento Social e/ou Familiar para a recolha de informações relacionadas com o nível de isolamento dos idosos. Estas duas fichas foram elaboradas para o efeito da investigação, e contaram com a participação dos Serviços de Acção Social e de Terapia Ocupacional da instituição.

Os resultados obtidos não permitiram estabelecer relações biunívocas sólidas entre aquelas duas variáveis principais e a Depressão nem demonstraram existir diferenças na Depressão evidenciada pelos idosos quando agrupados por Género, Valência ou por Idade. Sugeriu-se aprofundar os estudos amostrais não só na Instituição em causa, mas alargar a amostra para outras instituições portuguesas similares.

Palavras-chave: Idosos Institucionalizados, Actividades Ocupacionais, Isolamento, Depressão.

Abstract

Occupational Activities, Isolation and Depression in Institutionalized Elderly

This dissertation aimed to identify and analyze the relationship between participation in Occupational Activities and Depression evidenced in institutionalized elderly, as well as the relationship between Social and/or Family Isolation and the same Depression. Secondarily, we analyzed the Depression among the same elderly grouped by gender, by attending valence and by age.

The sample consisted of 31 old subjects of both genders, residents in the *Santa Casa da Misericórdia da Póvoa de Varzim* in 2010, having been used the following instruments: the scale GDS - Geriatric Depression Scale (Yesavage *et al*, 1983) comprised 30 items that assess depression of the elderly; the Social and/or Family Isolation Form to collect information related to the level of isolation; the Occupational Activities Form to collect information related to the level of participation in occupational activities at the *Santa Casa*. These two forms were designed for this research, with the participation of the Social Services and the Occupational Therapy Services of the institution.

The final results were not able to establish a solid bi-reciprocal relationship between the two main variables and the Depression, nor demonstrated that there were differences in Depression proved by the subjects when grouped by gender, attending valence or age. It was suggested further studies not only in this institution, but also extending the sample to other similar institutions in Portugal.

Keywords: Institutionalized elderly, Occupational Activities, Isolation, Depression.

Dedicatória

à minha neta, que tem 1 ano



Ninguém quer ser velho e ninguém quer morrer novo

popular, Autêntica nº. 9

Agradecimentos

- ao orientador académico do Estágio e da Dissertação,
Prof. Doutor Milton Madeira
- ao M.I. Provedor da SCMPV, Sr. Manuel Carvalho da Silva Pereira
 - à supervisora de Estágio, Dra. Vânia Coelho
- a todos os Idosos que participaram no estudo empírico
 - aos Técnicos da SCMPV pela colaboração dada
 - às minhas colegas Sara, Margarida e Nicole
- à Empresa onde trabalho e aos meus Colegas de departamento
 - e à minha Família

ÍNDICE

INTRODUÇÃO GERAL	1
------------------------	---

PARTE I – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

CAPÍTULO I – O ENVELHECIMENTO HUMANO

1.1 – A revolução demográfica da terceira idade	6
1.2 – O idoso e a institucionalização	14
1.2.1 – O envelhecimento normativo	14
1.2.1.1 – O envelhecimento psicológico	16
1.2.1.1.1 – As tipologias e as alterações da Personalidade	19
1.2.1.1.2 – O declínio cognitivo	25
1.2.1.2 – O envelhecimento físico e social	31
1.2.2 – O envelhecimento saudável	36
1.2.3 – O recurso à institucionalização	41

CAPÍTULO II – AS ACTIVIDADES OCUPACIONAIS, O ISOLAMENTO E A DEPRESSÃO

2.1 – As actividades ocupacionais	49
2.2 – O isolamento social e /ou familiar	52
2.3 – A Depressão	57
2.3.1 – Etiologia	59
2.3.2 – Sintomas e sinais	62
2.3.3 – Formas que pode assumir	63
2.3.4 – O suicídio no idoso	64
2.3.5 – Abordagem terapêutica para a depressão no idoso	66

PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO

CAPÍTULO III – METODOLOGIA

Introdução	69
3.1 – Justificação do tema	70
3.2 – Objectivos	72
3.3 – Problemas levantados	72
3.4 – Formulação de Hipóteses	73
3.5 – Variáveis	74
3.6 – Método	76
3.6.1 – Participantes	76
3.6.2 – Instrumentos	80
3.6.2.1 – <i>Geriatric Depression Scale</i> (GDS)	80
3.6.2.2 – Ficha de Participação em Actividades	83
3.6.2.3 – Ficha de Isolamento	84
3.6.2.4 – Questionário Sócio-Demográfico	85
3.6.2.5 – Ficha de Apresentação, Instruções e Consentimento Informado	86
3.6.2.6 – <i>Kit</i> de aplicação	87
3.6.3 – Procedimento experimental de recolha de dados	87

CAPÍTULO IV – RESULTADOS

4.1 – Apresentação e tratamento estatístico descritivo dos dados	91
4.1.1 – Variáveis Sócio-Demográficas	91
4.1.2 – Variável Actividades	94
4.1.3 – Variável Isolamento	95
4.1.4 – Variável Depressão	97
4.2 – Tratamento estatístico inferencial dos dados	100
4.2.1 – Objectivo Primário	102
4.2.1.1 – Hipótese 1 – Actividades vs. Depressão	102
4.2.1.2 – Hipótese 2 – Isolamento vs. Depressão	103

4.2.2 – Objectivo Secundário	104
4.2.2.1 – Género vs. Depressão	104
4.2.2.2 – Idade vs. Depressão	105
4.2.2.3 – Valência vs. Depressão	106
CAPÍTULO V – DISCUSSÃO	
5.1 – Análise e interpretação dos resultados	109
5.2 – Limitações do estudo	109
5.3 – Sugestões	111
CONCLUSÃO	113
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	115

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1	Esperança de vida aos 65 anos na população masculina	7
Quadro 2	Esperança de vida aos 65 anos na população feminina	7
Quadro 3	Índice de envelhecimento da população entre 2001 e 2007	12
Quadro 4	Teorias sobre as tarefas de desenvolvimento psicológico na velhice ...	18
Quadro 5	Tipologia do envelhecimento segundo Reichard, Levinson e Peterson.	20
Quadro 6	Tipologia do envelhecimento segundo Neugarten, Havighurst e Tobe	21
Quadro 7	Categorias de teorias do envelhecimento biológico	33
Quadro 8	Características Sócio-Demográficas da amostra em estudo	92
Quadro 9	Dados estatísticos relativos à Idade e Antiguidade na Instituição	93
Quadro 10	Ocupação anterior dos utentes constituintes da amostra	94
Quadro 11	Participação em Actividades	94
Quadro 12	Nível de Isolamento	96
Quadro 13	Estatística descritiva da variável Depressão	98
Quadro 14	Teste de correlação ρ de <i>Spearman</i> – Actividades vs. Depressão	102
Quadro 15	Teste de correlação ρ de <i>Spearman</i> – Isolamento vs. Depressão	103
Quadro 16	Prova U de <i>Mann-Whitney</i> – Género vs. Depressão	104
Quadro 17	Teste de correlação ρ de <i>Spearman</i> – Idade vs. Depressão	105
Quadro 18	Teste de <i>Kruskall-Wallis</i> – Valência vs. Depressão	106
Quadro 19	Variante ao teste de <i>Kruskall-Wallis</i> –Valência vs. Depressão	107

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1	Estimativa da evolução da proporção da população com 60 ou mais anos	9
Figura 2	Estimativa da evolução da pirâmide etária entre 2006 e 2050	10
Figura 3	Estimativa/projecção da esperança de vida à nascença 1980/2060, homens ...	11
Figura 4	Estimativa/projecção da esperança de vida à nascença 1980/2060, mulheres.	11
Figura 5	Emblema da Santa Casa da Misericórdia da Póvoa de Varzim	76
Figura 6	Número de filhos nascidos em risco entre 1980 e 2009	79
Figura 7	Pirâmide Etária e de Género	93
Figura 8	Gráfico de frequências de participação em Actividades Ocupacionais	95
Figura 9	Gráfico de frequências do Nível de Isolamento	96
Figura 10	Frequência de utentes por pontuação da GDS	97
Figura 11	Distribuição percentual dos Níveis de Depressão	98
Figura 12	Pontuação da GDS por Género	99
Figura 13	Pontuação da GDS por Valência	100

ANEXOS

Anexo I	Ficha para recolha de dados relativos à variável Actividades
Anexo II	Ficha para recolha de dados relativos à variável Isolamento
Anexo III	<i>Geriatric Depression Scale</i> (GDS) – versão original
Anexo IV	Escala de Depressão Geriátrica – versão brasileira
Anexo V	Lista de traduções da GDS reconhecidas pelos seus autores
Anexo VI	Adaptação da GDS para Portugal por Pocinho <i>et. al.</i> (2009)
Anexo VII	Versão da GDS utilizada na SCMPV e no estudo empírico
Anexo VIII	Chave de pontuação da GDS
Anexo IX	Questionário Sócio-Demográfico
Anexo X	Ficha de Apresentação, Instruções e Consentimento Informado
Anexo XI	Pedido de autorização ao Exmo. Sr. Provedor da SCMPV para aplicação de instrumentos na Instituição
Anexo XII	Ofício de resposta da SCMPV ao pedido de autorização
Anexo XIII	Chave de identificação dos Participantes
Anexo XIV	Base de dados codificada

INTRODUÇÃO GERAL

O efeito conjugado do aumento da longevidade humana e da quebra dos valores da natalidade tem vindo a alterar o perfil demográfico da população portuguesa, cuja consequência mais marcante é o seu progressivo envelhecimento.

Assim, e face às projecções populacionais que mais adiante se evidenciarão, conjugadas, por sua vez, com as significativas alterações na estrutura e nas condições de vida das famílias, é de esperar uma tendência crescente, nos próximos anos, no sentido da procura de cuidados para os idosos, inclusive fora do ambiente familiar.

Esta alteração profunda no modo de vida dos indivíduos na última fase das suas vidas acrescenta às fragilidades de ordem física próprias destas idades um impacto psicológico mais ou menos visível, mais ou menos incapacitante, conforme as condições de acolhimento, os níveis de serviço prestado nas instituições, o suporte social e familiar que for dispensado e as características individuais dos idosos.

O relevo que é dado nesta dissertação à questão demográfica mais não pretende ser do que uma chamada de atenção para a gravidade que os problemas levantados podem vir a assumir, se não forem tomadas as medidas adequadas a uma melhoria das condições físicas e psicológicas, tanto curativas, quanto preventivas, como até promocionais de saúde e qualidade de vida, que os idosos devem sentir, designadamente em ambientes institucionais.

O contacto com instituições que prestam apoio aos idosos permite, de imediato, a percepção destes problemas a partir da parte mais fraca: os próprios idosos. Mas, um olhar

mais atento permitirá, também, reconhecer a tarefa exigente que é cuidar de idosos. O desafio que é colocado a todos estes profissionais, designadamente aos que lidam directamente com a saúde mental, centra-se na escolha entre o empenhamento em contrariar círculos viciosos de desânimo e descompensação, fruto de hábitos de solidão e descrédito na reversibilidade, e o deixar-se levar por uma perspectiva organicista, institucional e patológica da velhice, onde se afunilam as margens de intervenção.

É possível, é desejável e é até uma obrigação por todos partilhada, criar as condições para que qualquer ser humano possa viver uma velhice saudável, mesmo quando os condicionalismos da vida os levam a passar os seus últimos anos num ambiente institucional.

Com a elaboração desta dissertação, focada essencialmente em dois aspectos da vida de um idoso institucionalizado – as actividades ocupacionais e o isolamento – e as suas relações com a depressão, pretende-se contribuir para o reforço deste espírito de inconformismo resistente, anti-fatalista e motivador.

Após a Introdução Geral, esta dissertação encontra-se dividida em duas partes distintas: a Fundamentação Teórica e o Estudo Empírico. Precedendo a Introdução Geral foram incluídas, para além do índice, três tabelas: uma primeira que contém a lista das figuras que ilustram o texto, uma segunda que contém a lista dos quadros que facilitam a interpretação dos dados apresentados e uma terceira com a lista dos Anexos apensos ao trabalho.

Na primeira parte, a Fundamentação Teórica, que tem como objectivo genérico fazer o enquadramento teórico do tema proposto e que o título da dissertação sugere, apresenta-se a conceptualização teórica da problemática abordada, com recurso a diversa bibliografia especializada.

Esta primeira parte teórica divide-se, por sua vez, em dois capítulos. No primeiro, abordam-se os problemas levantados pelo progressivo envelhecimento populacional, as questões relacionadas com a institucionalização dos idosos e com o envelhecimento humano na sua perspectiva física, social e psicológica, seja ele normal ou patológico. No segundo capítulo, são abordadas as três variáveis a trabalhar no estudo empírico: a Participação dos idosos em Actividades Ocupacionais, o Isolamento Social e/ou Familiar, e uma perturbação do humor, a Depressão – a doença do organismo como um todo – tão comum nos idosos, principalmente quando em ambientes institucionais.

A segunda parte desta dissertação refere-se ao estudo empírico propriamente dito, que se desenvolve nos seguintes capítulos: Metodologia, Resultados e Discussão.

Na Metodologia apresentam-se os problemas levantados ao investigador, os objectivos que se pretendem alcançar com o estudo, as questões metodológicas suscitadas e o modo como foram tratadas. A Metodologia inclui ainda as hipóteses formuladas e a testar empiricamente, a caracterização da amostra utilizada no estudo, bem como os instrumentos usados e os procedimentos adoptados durante a recolha dos dados. No capítulo Resultados apresentam-se os dados obtidos na recolha efectuada bem como o seu tratamento estatístico tecnicamente mais adequado às hipóteses formuladas e à natureza dos dados recolhidos. No capítulo Discussão faz-se a análise e a discussão dos resultados obtidos face às hipóteses testadas. A concluir a Discussão e, simultaneamente, esta segunda parte, apresentam-se as limitações sentidas na execução do estudo empírico, bem como algumas sugestões para futuras investigações.

De seguida, apresenta-se uma Conclusão geral de todo o trabalho, que inclui algumas reflexões do autor sobre os temas tratados e sobre os resultados obtidos.

Finalmente, esta dissertação conclui-se com a lista das referências bibliográficas utilizadas. Estas referências resultaram da investigação efectuada e da recolha de literatura especializada de autores reconhecidos como autoridade nos temas abordados nesta dissertação.

PARTE I

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

CAPÍTULO I – O ENVELHECIMENTO HUMANO

Neste capítulo, dedicado ao fenómeno natural que é o envelhecimento humano, ir-se-á, em primeiro lugar, dar conta do que já se considera ser uma verdadeira revolução, a revolução demográfica da terceira idade, tornada evidente em estudos efectuados tanto a nível europeu, como a nível mundial, como também em Portugal. Este facto, visível principalmente nos países mais desenvolvidos, é o resultado da conjugação de diversos factores que mais adiante serão explicados e tem como consequência um aumento da idade média da população, isto é, e por outras palavras, o seu envelhecimento. Neste contexto, as faixas etárias mais elevadas, economicamente menos produtivas e com maiores necessidades de apoio social e de saúde, seja física ou psicológica, são cada vez mais significativas.

Como lidar com uma terceira idade que, em breve, será a maioritária? Como lidar com uma população que vive, cada vez mais, para além dos oitenta anos? Estas são apenas algumas das questões que se levantam às sociedades actuais, e que serão abordadas, pelo menos em alguns dos seus aspectos, no segundo ponto deste capítulo. Assim, tratar-se-ão neste capítulo alguns dilemas que se levantam aos indivíduos na fase final da sua vida e aos seus familiares e uma das alternativas disponíveis para os enfrentar: a institucionalização.

1.1 – A revolução demográfica da terceira idade

A União Europeia prevê que, até 2050 e no seu espaço geográfico, o número de pessoas com mais de 65 anos cresça 70% e o número de pessoas com mais de 80 anos aumente 170% (UE - Portal de Saúde, 2010). No mesmo texto, considera a União Europeia que o esforço

principal a desenvolver nesta área consistirá em promover o envelhecimento saudável dos cidadãos europeus. Viver mais anos com boa saúde significa melhor qualidade de vida, mais autonomia e a possibilidade de se manter activo. Quando a população envelhece saudavelmente, os sistemas de saúde são menos solicitados e há menos casos de reforma por invalidez, o que tem reflexos muito positivos no crescimento económico.

A esperança de vida pode ser calculada a partir de diferentes idades. Apresenta-se, no Quadro 1 para a população masculina e no Quadro 2 para a população feminina, a esperança de vida aos 65 anos, isto é, o número de anos que, em média, ainda podem ser vividos por um homem ou por uma mulher que tenha atingido a idade de 65 anos em diferentes anos:

Para a população masculina:

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
UE (27 países)						15,87	15,88	16,38	16,45	16,84	16,99	
UE (25 países)						16,09	16,09	16,60	16,68	17,07	17,21	
Bélgica	15,21	15,28	15,46	15,58	15,91	15,84	15,95	16,40	16,56	16,98	17,32	
Repub. Checa	13,24	13,47	13,69	13,77	13,96	13,92	13,82	14,22	14,42	14,84	15,11	15,29
...												
Portugal	14,93	14,95	15,04	15,40	15,66	15,68	15,68	16,27	16,08	16,56	16,76	16,87
Roménia	12,68	12,96	13,02	13,41	13,30	12,93	13,05	13,32	13,36	13,62	13,94	14,01

Data are provided by Eurostat.

Quadro 1 – Esperança de vida aos 65 anos na população masculina

Adaptado de <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/tgm/table.do?tab=table&language=en&pcode=tsdde210&plugin=0&tableSelection=1&footnotes=yes&labeling=labels>

Para a população feminina:

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
UE (27 países)						19,48	19,37	19,94	19,95	20,40	20,54	
UE (25 países)						19,75	19,62	20,20	20,21	20,66	20,81	
Bélgica	19,54	19,57	19,65	19,75	19,88	19,73	19,56	20,16	20,22	20,85	20,99	
Repub. Checa	16,73	17,05	17,05	17,27	17,31	17,30	17,22	17,62	17,72	18,30	18,52	18,82
...												
Portugal	18,41	18,50	18,50	18,90	19,11	19,19	18,96	19,74	19,44	20,22	20,17	20,30
Roménia	15,27	15,52	15,51	15,90	15,98	15,73	15,83	16,18	16,15	16,47	16,86	17,16

Data are provided by Eurostat

Quadro 2 – Esperança de vida aos 65 anos na população feminina

Adaptado de <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/tgm/table.do?tab=table&language=en&pcode=tsdde210&plugin=0&tableSelection=1&footnotes=yes&labeling=labels>

Como pode verificar-se da análise dos Quadros 1 e 2, e apenas como exemplo, um cidadão português que tivesse feito 65 anos em 1997, poderia viver, em média, mais 14,93 anos. No entanto, um outro cidadão português que tivesse a mesma idade, mas em 2008, teria uma esperança de vida de mais 16,87 anos. Um aumento de quase 2 anos na esperança de vida nos últimos 10 anos. Para a população portuguesa feminina, o aumento seria sensivelmente igual, mas para uma esperança de vida superior em 3,5 anos.

O envelhecimento das sociedades resulta essencialmente da queda das taxas de fecundidade e do aumento da esperança de vida. Um impacto adicional derivou do fenómeno *baby-boom* de décadas anteriores, que teve como resultado grandes diferenças na dimensão dos grupos etários. Movimentos migratórios podem também afectar o processo de envelhecimento da população. Ao mesmo tempo que o envelhecimento vai consolidar-se como uma tendência universal nas próximas décadas, verificar-se-á também uma grande diversidade em termos de *timing* e de velocidade nas mudanças demográficas nos diferentes contextos sociais e económicos, bem como na percepção dos desafios colocados (UE - Portal de Saúde, 2010).

Conclui a União Europeia que as doenças mentais – como a ansiedade e a depressão que são as mais frequentes – para além dos problemas que causam na vida das pessoas, acarretam custos sociais e económicos consideráveis, especialmente a nível do sistema educativo, de saúde e judicial. Estas doenças constituem, com efeito, uma das principais causas do absentismo, da reforma antecipada ou da reforma por invalidez.

O enfrentar destas questões constitui um dos objectivos do Pacto Europeu para a Saúde e o Bem-Estar Mental, cujas cinco prioridades são as seguintes:

- prevenir a depressão e o suicídio
- saúde mental dos jovens e educação

- saúde mental no trabalho
- saúde mental das pessoas idosas, e, por último,
- lutar contra a estigmatização e a exclusão social

Como pode verificar-se, três destas prioridades, a primeira e as duas últimas, têm a ver directamente com os idosos.

A nível global, a Organização Mundial de Saúde (WHO) partilha das mesmas opiniões e preocupações. Em quase todos os Países, a proporção de pessoas com mais de 60 anos está a crescer mais rapidamente do que em qualquer outro grupo etário, como resultado da conjugação de uma maior esperança de vida e um declínio nas taxas de fertilidade. Se, por um lado, este aumento na idade das populações traduz uma história de sucesso nas políticas de saúde e de desenvolvimento socioeconómico, é também verdade que constitui um desafio para a capacidade de adaptação das sociedades a este fenómeno do envelhecimento populacional, no sentido de conseguir resguardar a saúde e aumentar a capacidade funcional dos idosos bem como a sua participação social e a sua segurança (WHO – Portal institucional, 2010).

Na Figura 1 mostra-se a estimativa das Nações Unidas (UN) para a evolução do rácio de pessoas com mais de 60 anos no total da população mundial (UN - Portal Institucional, 2010).

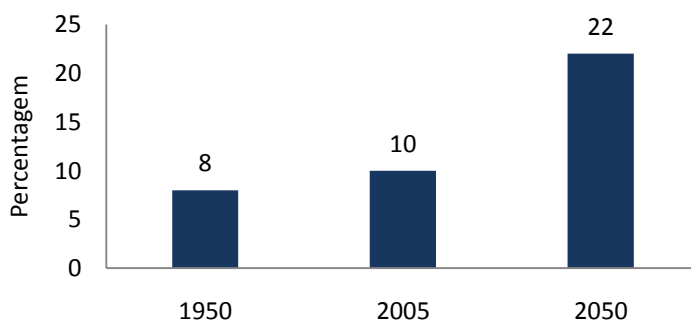


Figura 1 – Estimativa da evolução da proporção da população com 60 ou mais anos
Adaptado de http://www.un.org/esa/population/publications/pop_challenges/Population_Challenges.pdf

De notar que nos 55 anos que decorreram entre 1950 e 2005 verificou-se um aumento de 25% no rácio de pessoas com mais de 60 anos (de 8 para 10). Nos 45 anos que decorrerão entre 2005 e 2050 prevê-se que esse aumento seja de 120% (de 10 para 22). Trata-se, portanto, de um aumento em aceleração.

Na Figura 2, mostra-se a estimativa das Nações Unidas para a evolução da pirâmide etária entre 2006 e 2050 (UN- Portal Institucional, 2010).

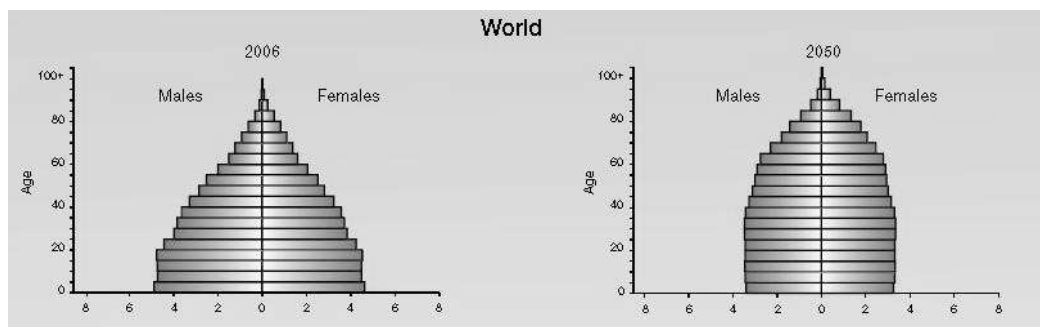


Figura 2 – Estimativa da evolução da pirâmide etária entre 2006 e 2050
Adaptado de <http://www.un.org/esa/population/publications/ageing/ageing2006chart.pdf>

Nesta Figura 2 fica evidente a transformação de uma pirâmide num cilindro isto é, a passagem de um número significativo de indivíduos das faixas etárias mais baixas para as mais elevadas. Mantém-se, no entanto, um maior número de mulheres nas faixas de idade mais elevadas.

Em Portugal a questão do envelhecimento populacional coloca-se às autoridades nos mesmos termos:

“O progressivo envelhecimento demográfico, decorrente do desenvolvimento socioeconómico, da ciência e da tecnologia, é um fenómeno marcadamente da sociedade moderna. Sendo um fenómeno biológico, nem sempre corresponde a um nível de bem-estar ou um grau de autonomia que possibilite aos mais velhos uma vida de acordo com as suas necessidades e expectativas.” (ISS-IP, 2010).

Coelho *et al.* (2008), em brochura editada pelo Instituto Nacional de Estatística – Departamento de Estatísticas Demográficas e Sociais (INE-DEDS), publicou recentemente um estudo que calculou, para a população portuguesa, a estimativa e projecção dos anos de esperança de vida à nascença, entre 1980 e 2060. A Figura 3 e a Figura 4 apresentam os resultados deste estudo.

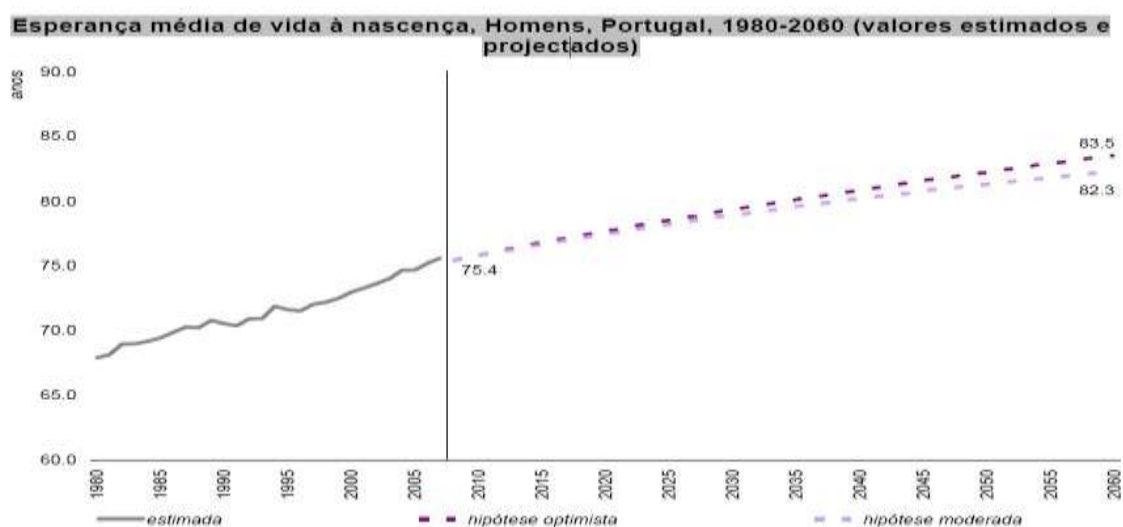


Figura 3 – Estimativa/projecção da esperança de vida à nascença entre 1980 e 2060, homens
Adaptado de Coelho, E. *et al.* (2008), p.22

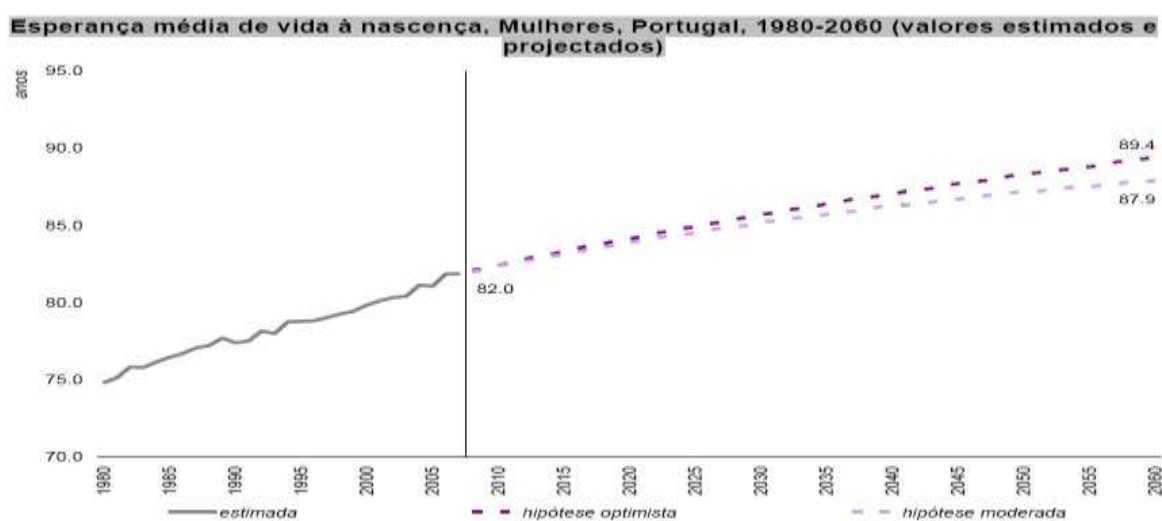


Figura 4 – Estimativa/projecção da esperança de vida à nascença entre 1980 e 2060, mulheres
Adaptado de Coelho, E. *et al.* (2008), p.22

Na perspectiva mais optimista, a esperança de vida à nascença aumenta, entre 1980 e 2060, de 68 anos para 83,5 (mais 15 anos) para os homens, e de 75 anos para 89,4 (mais 14 anos) para as mulheres. A perspectiva mais moderada mostra uma tendência semelhante.

Uma vez mais confirma-se nestas estimativas uma maior longevidade das mulheres em relação aos homens, mas regista-se que esta diferença está a diminuir.

Um outro estudo, de autoria de Carrilho e Patrício (2008), também publicado pelo Instituto Nacional de Estatística, através do seu Gabinete de Estudos (INE-GE), indica o índice de envelhecimento¹ da população portuguesa entre 2001 e 2007 (Quadro 3).

Estrutura por idades da população residente (%) e índices resumo, Portugal, 2001-2007							
Indicadores	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
...							
Índice de envelhecimento	104,2	105,5	106,8	108,7	110,1	111,7	113,6
Homens	85,1	86,1	87,2	88,7	89,7	90,9	92,4
Mulheres	124,2	125,8	127,5	129,8	131,5	133,5	135,8
...							

Quadro 3 – Índice de envelhecimento da população entre 2001 e 2007
Adaptado de Carrilho, M.J. e Patrício, L (2008), p.67

Numa outra perspectiva, este Quadro 3 mostra bem o evoluir da relação entre a população idosa, com mais de 65 anos, e a população jovem, com menos de 14 anos. No total da população, em 2001, existiam 104,2 idosos para 100 jovens. Em 2007 a relação já era de 113,6 para os mesmos 100.

Em todos os quadros e figuras apresentados (Quadros 1, 2 e 3, e Figuras 2, 3 e 4), sobressaem diferenças de género. Sem aprofundar esta questão, que claramente excede os limites desta dissertação, apenas se assinala estas diferenças justificando deste modo a sua importância, recorrendo às explicações de Papalia *et al.* (2006): a maior tendência das

¹ Índice de envelhecimento é a relação entre a população idosa e a população jovem, definida habitualmente como o quociente entre o número de pessoas com 65 ou mais anos e o número de pessoas com idades compreendidas entre os 0 e os 14 anos (expressa habitualmente por 100 pessoas dos 0 aos 14 anos).

mulheres para se cuidarem e buscar assistência médica; o nível mais qualificado de apoio social que as mulheres, particularmente as mais velhas, desfrutam; a maior vulnerabilidade biológica dos homens durante toda a vida. Por outro lado, os indivíduos do sexo masculino são mais propensos que os do sexo feminino a morrer no primeiro ano de vida; os jovens adolescentes masculinos apresentam maior probabilidade de morrer de SIDA ou de acidentes, por uma maior propensão natural para exposição aos riscos; os homens de meia-idade e mais velhos tendem mais do que as mulheres a morrer de doença cardíaca ou de outras enfermidades.

Os problemas de saúde das mulheres mais velhas tendem a constituir-se em condições de longa duração, crónicas e incapacitantes, enquanto que os homens tendem a desenvolver doenças fatais, de curta duração.

Na sua edição de 11 de Julho de 2010, o jornal Público citava dados da Pordata - Base de Dados de Portugal Contemporâneo da Fundação Francisco Manuel dos Santos, segundo os quais Portugal apresenta-se actualmente como um país envelhecido. Assim, entre 1960 e 2006 o saldo populacional era positivo (mais nascimentos que óbitos). Em 2007 morreram mais mil pessoas do que o número de nascimentos e, em 2009, esse número foi de cinco mil (“Óbitos superiores”, 2010).

Em síntese, o progressivo envelhecimento da população é, com os dados disponíveis, um facto assente para as instituições com responsabilidade nas áreas sociais e da saúde, tanto a nível nacional como internacional.

Deste modo, todas as questões que se relacionem com o bem-estar e a saúde dos idosos, sejam este bem-estar ou saúde entendidos como físicos ou psicológicos, vão ganhar uma crescente importância e atenção dos responsáveis políticos e decisores para o futuro, e não deixarão de ter implicações sociais, económicas e políticas.

Qualquer estudo nesta área será, por isso, um importante contributo para vencer este desafio de adaptação com que a humanidade se depara.

1.2 – O idoso e a institucionalização

1.2.1 – O envelhecimento normativo

A morte sempre foi, e será, tema de profundas reflexões tanto na perspectiva filosófica e religiosa como numa perspectiva mais actual, a científica. Contudo, todo este exercício de análise não tem obstado a que, nas sociedades mais modernas, se tenha tornado cada vez mais difícil conviver com a simples ideia de morrer ou aceitar a realidade da morte. “Vivemos numa sociedade tanatofóbica” (Leon *et al.*, 2002, p. 40). Com esta atitude aversiva, apenas se tem obtido “uma fraca fantasia de negação, como a daquele miúdo que, tapando a cara com as mãos para não ver os outros, pensa, num processo de pensamento mágico-animista, que os outros não o vêem a ele. É que, quer se goste ou não, a morte é, de todas as certezas, a mais absoluta” (p. 40), e o envelhecimento é o aproximar desse momento sem retorno.

Para Coderch (1987), em cada etapa da vida o ser humano tem de enfrentar determinadas tarefas para resolver, como, por exemplo, a construção do objecto permanente e o ultrapassar do complexo de Édipo nas primeiras idades, o compasso de espera da moratória psicossocial na adolescência ou, mais tarde, o estabelecimento de um estilo de vida, a escolha de uma profissão ou de um cônjuge. Sem uma adequada superação destas tarefas, não é possível enfrentar as tarefas da fase que se segue. Isto é-nos mostrado por Freud, Piaget, Melanie Klein, Erikson, etc., cada autor focando esta questão de diferentes ângulos e perspectivas. Assim, também no processo de envelhecimento, o ser humano depara-se com tarefas para resolver. Ainda segundo Coderch (1987), o envelhecimento começa na segunda metade da vida, no momento em que se dá início à contagem decrescente, quando se instala o

sentimento de que a morte espera dali a algum tempo, mesmo que seja ainda bastante. É essa a altura de o indivíduo se comprometer com a resolução das tarefas características dessa fase como, por exemplo:

- 1) a valorização progressiva da experiência e da capacidade de discernimento;
- 2) a flexibilidade emocional e adaptabilidade das metas e objectivos a conseguir;
- 3) a auto-avaliação, independente do estatuto profissional e dos rendimentos económicos;
- 4) o aumento das relações humanas e criatividade versus declínio físico;
- 5) a integração das expectativas com a realidade;
e, finalmente,
- 6) o enfrentar a morte.

Segundo Buhler (1962), na idade avançada observa-se, muitas vezes, a tendência para suavizar um pouco as sombras da vida. Fala-se de clarificação e da bênção e da sabedoria da idade, o que, em parte, corresponde a ver as coisas a uma maior distância e com menos entusiasmo. “Uma pessoa idosa necessita fazer as pazes consigo própria e com o seu Deus. A esta necessidade de uma paz final acode especialmente a Igreja Católica, com os Últimos Sacramentos concedidos no fim da vida” (p. 287).

Nos itens seguintes, analisar-se-ão os conceitos de envelhecimento psicológico e de envelhecimento físico e social, as três componentes deste processo de envelhecimento segundo Schroots e Birren (1980, citados por Paúl, 1997). Mais adiante abordar-se-á a questão do envelhecimento saudável.

No entanto, não se conclua desta divisão conceptual que possa prescindir-se de uma perspectiva integrada do envelhecimento. A interdisciplinaridade na análise, na investigação e, se for o caso, na intervenção, exigem a utilização de processos integrados, uma vez que a

natureza do processo do envelhecimento permeia todos os aspectos da vida de uma pessoa (Martins e Sá, 1999, citado por Netto, 2006).

1.2.1.1 – O envelhecimento psicológico

Só muito recentemente a Psicologia se dedicou ao estudo do envelhecimento. Este interesse tardio, se comparado com o estudo da infância e da adolescência, fica a dever-se ao facto de, durante mais de sessenta anos, a mesma Psicologia ter entendido “a velhice apenas como anos de declínio, sendo o desenvolvimento uma característica da infância e adolescência e, portanto, um crescimento orientado para a vida adulta, de produtividade e autonomia física e cognitiva” (Neri, 2006, p.75).

O reconhecimento de que o desenvolvimento ocorre durante toda a vida, concretizado no conceito e teoria do *life-span* de Paul Baltes, só se torna efectivo na década de setenta do século XX, em parte devido à constatação de um fenómeno novo, o envelhecimento populacional e aos estudos que esta evidência despoletou (Neri, 2006).

Dos estudos de Carp e Carp (1984, citados por Paúl, 1997) é possível considerar-se que, numa perspectiva desenvolvimentista, existe uma construção de adaptação que varia ao longo do tempo, quer com mudanças ao nível pessoal, quer do ambiente, num balanço constantemente redefinido.

De acordo com Schroots e Birren (1980, citados por Paúl, 1997), o envelhecimento psicológico é definido pela auto-regulação do indivíduo no campo de forças, pelo tomar de decisões e opções, adaptando-se ao processo de senescência e envelhecimento. Esta adaptação é, com efeito, desenvolvimento.

Cabe aqui uma referência à teoria dos oito estádios (idades) de desenvolvimento propostos por Erikson (1985, citado por Papalia *et al.*, 2006). Enfatizando uma perspectiva psicossocial do desenvolvimento que engloba os aspectos biológicos, sociais e individuais, este autor considera um oitavo estádio, uma última crise de ciclo de vida, a que chamou a crise de **Integridade versus Desespero**. Assim, quando se considera positiva a experiência de vida e se entende a integridade da sua existência ao longo das fases anteriores, faz-se a integração cumulativa do *Ego*. Pelo contrário, o desespero é a vertente negativa que acontece quando se renega a existência passada e se tem consciência de que já não é possível voltar atrás. Durante este estádio “desenvolve-se a virtude da sabedoria, uma preocupação informada e imparcial com a própria vida diante da própria morte” (p. 707).

Ainda nesta linha de raciocínio, a das tarefas de desenvolvimento psicológico nas diversas etapas da vida, diversos outros autores as relacionam com a velhice. No Quadro 4 faz-se uma resumida descrição comparativa entre três destas teorias: a de Erikson, já referida; a de Robert C. Peck, que alarga a teoria de Erikson dividindo o atingir da integridade em três crises específicas de adaptação ou de desenvolvimento psicológico; e a de Robert N. Butler, que considera que, a partir dos 65/70 anos, as pessoas deixam de querer atingir os objectivos de vida anteriormente fixados, e consagram-se a outros objectivos mais adaptados à sua situação (Berger e Mailloux-Poirier, 1995).

Autores	Etapas ou Estádios	Tarefas de desenvolvimento	
		Bem sucedidas	Mal sucedidas
Erikson	Oitava etapa do desenvolvimento humano	Integridade pessoal ou integridade do <i>Ego</i>	Desespero ou despeito face à vida
Peck	Três estádios psicológicos no envelhecimento feliz	a. Diferenciação do eu b. Desprendimento c. Transcendência do eu	a. Preocupação com o papel profissional b. Preocupação de ordem corporal c. Preocupação com o eu
Butler	Quinta etapa da vida	Teoria da intencionalidade ou redefinição dos objectivos de vida	Desespero ou depressão

Quadro 4 – Teorias sobre as tarefas de desenvolvimento psicológico na velhice
Adaptado de Berger e Mailloux-Poirier (1995, p. 163)

Por outro lado, o modelo psicanalítico relaciona a saúde mental – muitas vezes considerada como sinónimo de adaptação bem sucedida e, para os idosos, como de envelhecimento feliz – com o bom desenvolvimento dos estádios psicosssexuais (Freud) ou psicossociais (Erikson). Nestas concepções, o *Ego* funciona de maneira adequada e o indivíduo é capaz de se adaptar ao ambiente, às situações, de desempenhar papéis sociais e de conservar o equilíbrio entre a maturação física e psicológica (Berger e Mailloux-Poirier, 1995).

Mais recentemente, a Psicologia tem vindo a enfatizar o papel das capacidades positivas do homem, das suas forças, da sua saúde e do seu bem-estar em oposição ao enfoque nas suas fraquezas, nas doenças e nas perturbações psicológicas e seus tratamentos. É a psicologia positiva que se impõe (Seligman e Csikszentmihalyi, 2000, citados por Paúl, 2006).

Para Diener (1999, citado por Cassinello, 2006), uma pessoa tem um elevado bem-estar subjectivo quando avalia globalmente a sua vida de forma positiva, está quase sempre

contente e raramente está triste. Não andamos muito longe das concepções de Erikson sobre os estádios de desenvolvimento atrás referidos.

Nos *itens* seguintes, ir-se-á analisar o envelhecimento e as alterações que este provoca nos indivíduos em duas grandes áreas estudadas pela ciência psicológica: a Personalidade e o estado cognitivo.

1.2.1.1.1 – As tipologias e as alterações da Personalidade

As tipologias da Personalidade

Berger e Mailloux-Poirier (1995), consideram existir duas tipologias “sérias e coerentes” (p. 187) sobre a personalidade e do modo como esta afecta a velhice, a sugerida por Reichard, Levinson e Peterson e a sugerida por Neugarten, Havighurst e Tobe, as quais, resumidamente, se apresentam no Quadro 5 e no Quadro 6 seguintes:

A. Personalidades Adaptadas

1. Os maduros (*matured groups*): Pessoas amáveis, que aproveitam a vida, aceitam-se de forma realista, mantêm actividades e não se arrependem do passado.
2. Os pantufinhas (*rocking-chairman*): Pessoas passivas, dependentes e felizes com a reforma, vivem poucos conflitos, exteriorizam pouco, bem adaptadas à reforma e não têm remorso quanto ao passado.
3. Os durões (*armored*): Pessoas que recorrem a mecanismos de defesa, muitas vezes estritas, centradas mais no dever do que no prazer, são pouco introspectivas e tornam-se vulneráveis quando são obrigadas a deixar a sua actividade.

B. Personalidades mal Adaptadas

1. Os zangados (*angry*): Pessoas coléricas, hostis, negativas, azedas e desconfiadas, que não aceitam a velhice, desprezam os jovens e têm medo da morte.
 2. Os auto-depreciadores (*self-hater*): Pessoas depressivas, com fraca auto-estima, balanço de vida negativa e com muitos remorsos. Para eles, a velhice representa a decadência, e a morte, a libertação.
-

Quadro 5 – Tipologia do envelhecimento segundo Reichard, Levinson e Peterson
Adaptado de Berger e Mailloux-Poirier (1995, p. 188)

Obs) Entre parêntesis indica-se o original, em inglês, das designações dos tipos de personalidade, conforme foram apresentadas pelos autores do estudo.

Esta primeira tipologia, apresentada em resumo no Quadro 5, teve origem num estudo de Reichard, Levinson e Peterson, os quais definem cinco tipos de personalidade. Três deles foram considerados adaptados, visto que as pessoas que descrevem são capazes de ultrapassar as frustrações e resolver os principais conflitos ligados à velhice. Os outros dois tipos foram considerados como personalidades mal adaptadas (Berger e Mailloux-Poirier, 1995).

A segunda tipologia corresponde ao estudo realizado por Neugarten, Havighurst e Tobe, na década de 60, e que está representada esquematicamente no Quadro 6, desenvolve-se por quatro categorias, as quais, por sua vez, se subdividem em oito subcategorias.

-
- **Personalidades bem integradas** (muito satisfeitas com a vida)
 - 1) Os reorganizadores
 - 2) Os reflectidos
 - 3) Os descomprometidos
 - **Personalidades de carapaça blindada** (muito ou medianamente satisfeitas com a vida)
 - 4) Os conservadores
 - 5) Os reservados (ou inquietos)
 - **Personalidades dependentes e passivas** (fraca, medianamente ou mesmo muito insatisfeitas com a vida)
 - 6) As pessoas à procura de protecção
 - 7) Os apáticos
 - **Personalidades não integradas** (pouco ou nada satisfeitas com a vida)
 - 8) Os desorganizados
-

Quadro 6 – Tipologia do envelhecimento segundo Neugarten, Havighurst e Tobe
Adaptado de Berger e Mailloux-Poirier (1995, p. 189)

Nesta tipologia, à primeira categoria pertencem as pessoas que funcionam bem, têm um *Ego* forte, cujas capacidades cognitivas estão intactas e têm uma vida satisfatória. Fazem parte da segunda categoria os que orientam os seus esforços para o sucesso a qualquer preço, mesmo com custos pessoais elevados. As pessoas menos autónomas e pouco satisfeitas com a vida, pertencem à terceira categoria. Finalmente, e na quarta categoria, os autores incluem as pessoas que não estão nada satisfeitas com a vida (Berger e Mailloux-Poirier, 1995).

Para os autores desta segunda tipologia, as pessoas diferem muito na forma como vivem os últimos anos das suas vidas, acabando frequentemente a sua personalidade por ser

influenciada e modelada por factores (um pouco ou mesmo bastante) em linha com aquilo que sempre foram as reacções e os comportamentos individuais ao longo da vida (Fonseca, 2004).

As duas pesquisas, que estiveram na origem das classificações referidas nos Quadros 5 e 6, demonstram a existência de uma certa continuidade entre as estruturas da personalidade e os aspectos sociais e pessoais da adaptação (Berger e Mailloux-Poirier, 1995).

Rossell *et al.* (2004) considera ainda duas outras tipologias: a de Martin (1999, citado por Rossell *et al.*, 2004) – padrões de vida e envelhecimento, interacção entre os estilos de personalidade, grau de inteligência e sucessos, e a de Sultz e Weise (1986, citado por Rossell *et al.*, 2004) baseadas nos modos de adaptação ao ambiente ou da sua alteração.

As alterações da Personalidade

A Personalidade, assim como as emoções e as suas características específicas na terceira-idade, não tem merecido por parte da comunidade científica, em geral, e da Psicologia, em particular, a mesma atenção e estudo que as alterações cognitivas na mesma faixa etária o tem. No entanto, os estudos efectuados sugerem que existe uma coexistência de estabilidade, inerente à própria definição de personalidade, e de mudança, que decorre da perspectiva desenvolvimental da terceira-idade atrás referida. Esta aparente incongruência é aquilo o que alguns autores consideram ser o subjectivo desenvolvimento da personalidade, que se concretiza na percepção de que existe uma sobreposição dos traços mais desejáveis nos menos desejáveis (Spar e La Rue, 1998).

No mesmo sentido Allport (1961, citado por Hansenne, 2004), com as suas fases de desenvolvimento da personalidade, corrobora esta perspectiva desenvolvimental para além da

adolescência, fase a partir da qual a generalidade dos autores de formação analítica deixa de considerar alterações significativas na personalidade.

Uma das definições mais correntes de personalidade é a de Allport (Berger e Mailloux-Poirier, 1995), segundo a qual ela é “a organização dinâmica interna dos sistemas psicológicos do indivíduo, que determina o seu ajustamento próprio ao meio” (p. 186). O desenvolvimento da personalidade é um processo diferenciador contínuo que se explica pela acumulação de experiências e por um melhor domínio das pulsões. Segundo os mesmos autores, após a maturidade, a personalidade mantém-se relativamente estável, a menos que haja problemas de saúde muito graves.

O estudo dos processos utilizados pelos idosos para enfrentarem e se adaptarem às situações de vida, novas e difíceis, com que se deparam, revelam que existem diferenças associadas à idade, designadamente nas formas de enfrentar o *stress*, e na utilização de estratégias de *coping*². Nesta idade avançada, verifica-se a passagem do enfoque nas acções instrumentais directas para o enfoque nas emoções (Figueiredo, 2007). A constatação desta variação com a idade reforça a convicção de que a personalidade, numa perspectiva contextualista, também pode variar se, como Cattell, entendermos a personalidade como “o que permite uma predição do que uma pessoa vai fazer, numa determinada situação” (Hansenne, 2004, p. 197).

Spar e La Rue (1998) consideram mesmo que “o *coping* centrado na emoção pode ser um sinal de desenvolvimento da personalidade mais do que uma regressão, em especial quando o problema que se enfrenta (por exemplo, luto ou doença grave) é difícil de resolver através da acção” (p. 25).

² Mecanismo que os indivíduos utilizam habitualmente para lidar com problemas indutores de *stress*.

Esta ideia é também reforçada pelo estereótipo social associado à velhice de que os idosos são pessoas rígidas, introvertidas e conservadoras (Papalia *et al.*, 2006), o que pressupõe uma possível alteração de traços de personalidade existentes em idades mais novas.

Em sentido contrário o trabalho de Costa e McCrae (1994, citado por Papalia *et al.*, 2006) “demonstrou claramente a estabilidade essencial dos traços de personalidade” (p. 705).

Também no sentido da estabilidade, a ênfase na noção de traços faz com que Costa, Yang & McCrae (1998, citados por Fonseca, 2004), defendam que os traços de personalidade sejam vistos como disposições endógenas e estáveis - "*personality traits are endogenous and enduring dispositions*, substancialmente herdadas, sofrendo uma pequena influência da exposição a práticas educativas, da aculturação numa determinada época histórica ou da experiência de vida, mas estando sujeitas a alterações dramáticas resultantes de problemas de saúde, nomeadamente, em termos de doenças cerebrais e da deterioração mental em geral” (p. 43).

Rossell *et al.* (2004) considera, em conclusão, que existem duas posições que dominam a relação entre a personalidade e a velhice: o modelo de estados, firmemente sucessivos, ordenados e previsíveis (defendido por Freud, Ana Freud e Erikson), e o modelo de traços, segundo o qual a idade só tem uma débil relação com a personalidade, pelo que não é razoável esperar alterações significativas no envelhecimento (defendido por Stokes).

Numa obra dedicada exclusivamente aos anciãos romanos, *A Senilidade*, Cícero refutava a concepção de Aristóteles, assinalando que as qualidades censuráveis da velhice não eram causadas por esta, mas sim pelo carácter da pessoa (Lorda e Sanchez, 1996).

Resumindo, após a leitura das diversas tipologias e teorias de alteração da personalidade durante o envelhecimento e a alteração do processo de envelhecimento pelas características da

personalidade, o autor deste estudo subscreve a conclusão, algo salomónica, sugerida por Papalia *et al.* (2006) segundo a qual “embora os modelos de traço enfatizem a estabilidade fundamental da estrutura da personalidade, outros como a abordagem de desenvolvimento de ciclo de vida de Baltes, consideram existir factores que podem contribuir para o crescimento dentro dessa estrutura básica” (p. 707).

1.2.1.1.2 – O declínio cognitivo

A manutenção da cognição é um determinante crítico da qualidade de vida na velhice e da longevidade, e o seu declínio é associado a desconforto pessoal, a perda de autonomia e a aumento de custos sociais. Existe consenso entre os pesquisadores da cognição de que o envelhecimento acarreta um declínio normal que pode apresentar-se desde os anos da meia-idade, mas que é mais comum depois dos 70 anos (Neri, 2006a).

No século XVIII a demência era considerada um estado terminal e irreversível. Actualmente, demência é um termo genérico para uma situação com diversas etiologias, e que se manifesta pela “deterioração das habilidades intelectuais e alterações do comportamento, de evolução crescente, levando a um comprometimento significativo da capacidade funcional do paciente, com perda progressiva da auto-suficiência, associada à negação ou subavaliação das próprias deficiências” (Grandi, 2004, p. 271).

O DSM IV (APA, 2002) considera cinco categorias de demência:

- 1) tipo Alzheimer;
- 2) vascular;
- 3) devido a outras causas médicas (HIV, Traumatismo Craniano, Doença de Huntington, de Parkinson, etc.);
- 4) induzida por substâncias; e,
- 5) devido a múltiplas etiologias.

As demências tipo Alzheimer são as mais frequentes e, aliás como todos os tipos de demência, caracterizam-se por uma deterioração cognitiva e funcional, um progressivo declínio das funções cognitivas, prejuízos nas capacidades sociais e ocupacionais, e na realização das actividades da vida diária, isto é, na autonomia individual (APA, 2002).

No seu estágio mais grave, a doença de Alzheimer assim como as demências do seu tipo são marcadas pelo comprometimento de todas as funções cognitivas, tornando o indivíduo dependente de um cuidador (Spar e La Rue, 1998).

A demência, no seu conjunto, afecta cerca de 5% das pessoas de 65 anos, incrementando-se com o avançar da idade, até alcançar valores próximos de 30% aos 85 anos. A síndrome demencial pode ter diversas etiologias mas, para ser classificado como tal, a situação clínica tem de se revestir, segundo Aguera (1998), das seguintes características:

- nível de consciência normal;
- ser adquirido;
- ser persistente no tempo;
- afectar diversas funções cognitivas; e,
- ter repercussões significativas.

Assim, e segundo o mesmo autor, a sintomatologia da demência implica sintomas cognitivos (memória, afasia, apraxia, agnosia, etc.), sintomas comportamentais e psíquicos (depressão, delírios, etc.) os quais, em interacção, produzem como resultado “uma alteração funcional que é, no seu conjunto e independentemente da etiologia, o produto e a verdadeira essência da enfermidade” (Aguera, 1998, p. 21).

A tendência geral no processo de envelhecimento é a do declínio cognitivo. Diversos modelos neuropsicológicos, que vão desde os que comparam a lentificação das funções cerebrais com o decorrer dos anos e a lentificação verificada em indivíduos com lesões cerebrais frontais e subcorticais, até às que defendem ligeiras modificações cerebrais difusas

com um papel importante para o hipocampo. No entanto, estes modelos necessitam de ampliação, para terem em conta as diferenças individuais, o impacto do estilo de vida, a actividade mental e os factores de ordem social. De facto, e para entender as causas deste declínio cognitivo, é necessário considerar variáveis moderadoras como os factores genéticos, a saúde, a instrução, o sexo, o meio social e cultural, etc., e os seus efeitos cumulativos (Spar e La Rue, 1998).

De seguida, apresenta-se um resumo do sentido da mudança operada pelo envelhecimento em algumas funções cognitivas (adaptado de Spar e La Rue, 1998):

- “a **atenção** mantém-se de estável a um ligeiro declínio, podem surgir problemas em dividir a atenção, filtrar ruído ou deslocar a atenção;
- a **linguagem** mantém-se estável na comunicação, na ausência de *deficit* sensorial; a sintaxe e o conhecimento de palavras mantêm-se também estáveis e variam conforme o grau de instrução; a fluência e nomeação têm um ligeiro declínio, com lapsos ocasionais e dificuldade em encontrar palavras; a compreensão permanece estável ou tem um ligeiro declínio, embora com alguma erosão no processamento de mensagens complexas; o discurso é variável e pode ser mais impreciso e repetitivo;
- a **memória** de curto prazo permanece estável ou com um ligeiro declínio; a memória de trabalho tem um leve declínio; a memória recente sofre um declínio moderado e a memória remota fica intacta para aspectos pessoais importantes. A codificação e recuperação activas podem requerer um dispêndio maior de esforço do que o disponível para o idoso, *deficit* este que pode estar relacionado com funções alteradas dos neurotransmissores. Ainda relacionado

com a memória, os idosos apresentam dificuldades com a aprendizagem, que podem estar relacionadas com as estratégias usadas no processamento de nova informação;

– a **capacidade visual-espacial** entra em declínio na sua componente de orientação topográfica, especialmente em terrenos pouco familiares. A cópia de desenho declina em desenhos mais complexos;

– as **funções executivas** declinam ligeiramente, com falhas no planeamento e monitorização;

– o **raciocínio lógico** entra em declínio, apresentando redundância e desorganização: o raciocínio prático permanece inalterado para situações familiares; e,

– verifica-se uma **lentificação** generalizada no pensamento e na acção, sendo esta a característica mais constante no envelhecimento” (p. 15).

No que diz respeito à **inteligência**, Hebb (1941,1942, citado por Neri, 2006a) e, posteriormente, Horn e Cattell (1966, citados por Neri, 2006a) distinguem entre inteligência fluída, assente em bases fisiológicas e que representa o que é natural, e inteligência cristalizada, de base educacional e experimental, e que reflecte a experiência adquirida. Segundo estes autores, a primeira alcançaria o seu apogeu no início da vida adulta e declinaria com a idade. A segunda permaneceria preservada durante a maior parte da vida adulta. Mais recentemente, Baltes (1993,1997, citado por Neri, 2006a) designou a inteligência fluída como mecânica cognitiva, que reflecte as propriedades organizadoras do sistema nervoso central e é ancorada pela velocidade, pela precisão e pela coordenação das operações, e a inteligência

cristalizada como pragmática cognitiva, que revela o poder da agência humana e da cultura. Confirma, no entanto, os *timings* dos seus declínios.

Segundo Woodruff-Pak (1988, citado por Rodrigues, 2006), do ponto de vista histórico é possível identificar, no século passado, quatro fases de avanço nas concepções sobre o declínio cognitivo, que correspondem a outras tantas perspectivas de abordar e analisar as alterações cognitivas nos adultos:

Fase I - Entre os anos 20 e 50 as alterações cognitivas no adulto eram encaradas pela negativa, e a tónica era colocada no declínio intelectual associado;

Fase II - A partir dos anos 60, verificou-se uma alteração na atitude em relação aos efeitos do envelhecimento no ser humano. Resultados de estudos longitudinais colocam em questão o inevitável declínio intelectual com a idade, defendendo-se que a inteligência permanece relativamente estável durante toda a vida;

Fase III - A partir dos anos 70 começa a surgir estudos que analisam os efeitos de intervenções de estimulação cognitiva nos sujeitos idosos, sugerindo que a prática e o treino têm consequências positivas no desempenho dos idosos;

Fase IV - A partir dos anos 80 questiona-se a avaliação psicométrica no estudo da inteligência e buscam-se outras metodologias para essa avaliação. Propõe-se uma abordagem desenvolvimentalista da cognição durante todo o ciclo de vida que, como atrás já foi referido, considera os aspectos positivos do envelhecimento e a existência de desenvolvimento ao longo da vida adulta. Reconhece-se um balanço entre ganhos e perdas cognitivas, e entre estes

ganhos e as perdas físicas. Coloca-se o enfoque na plasticidade neuronal, não se negando, no entanto, a realidade de um envelhecimento cognitivo. Valoriza-se o treino cognitivo que permite um aumento de determinadas capacidades cognitivas e/ou um atraso no seu declínio. Como diz Schaie (1994, citado por Papalia *et al.*, 2006) “a deterioração cognitiva pode, com frequência, estar relacionada com a falta de uso” (p. 693).

Desta linha de pensamento decorre outro conceito básico, a psicoestimulação, isto é, o conjunto de práticas utilizadas nas intervenções neuropsicológicas e que têm a manutenção e reabilitação como objectivo (Uzzell, 1986, citado por Tarraga, 1998). O objectivo básico dos tratamentos com psico-estimulação é o de favorecer a neuroplasticidade mediante a apresentação de estímulos devidamente estudados, que promovam as capacidades intelectuais, emocionais, relacionais e físicas de forma integral (Tarraga, 1994, citado por Tarraga, 1998).

Assim, e na perspectiva mais recente, os idosos podem ser capazes de manter ou de expandir capacidades de reserva, e de evitar o declínio cognitivo adoptando um programa vitalício de exercício mental (Dixon e Baltes, 1986, citados por Papalia *et al.*, 2006).

Finalmente, e como afirma Ribeiro (2008), “Perspectivar a dinâmica psíquica do idoso não se prende apenas com a interpretação dos mecanismos inerentes a um ajuste de perdas; pressupõe, ao invés, contemplar processos de desenvolvimento conducentes ao crescimento pessoal e considerar, em simultâneo, a importância de aspectos como o optimismo disposicional (visão favorável da vida), a confiança e a segurança enquanto expressão de um sentimento de integração, de aperfeiçoamento de competências e de participação activa e diferenciada na sociedade.” (p. 55)

1.2.1.2 – O envelhecimento físico e social

O envelhecimento físico

Não é tarefa simples definir o envelhecimento nem quando classificar um indivíduo como idoso. Segundo Netto (2001) pode considerar-se o envelhecimento como a fase final de todo um *continuum* que é a vida, que começa com a concepção e termina com a morte. Ao longo deste processo é possível identificar marcadores biofisiológicos que assinalam os pontos de transição entre uma fase e outra. No entanto, e na transição para o envelhecimento, não é possível evidenciar um ponto de transição com a fase anterior, uma vez que não se encontra “um marcador biofisiológico eficaz e confiável do fenómeno” (p. 1) como, por exemplo, a menarca como marcador biofisiológico do início da puberdade na mulher (Netto, 2006, p. 9). Ainda para Netto (2001), o envelhecimento é o período da vida que sucede à maturidade, que se caracteriza pelo declínio das funções orgânicas e que, em consequência disto, origina uma maior susceptibilidade ao aparecimento de doenças que terminam por levar o idoso à morte. Estes distúrbios funcionais são comuns a todas as pessoas, não são induzidos por doenças e ocorrem simplesmente com o correr dos anos. Este é, portanto, o processo do envelhecimento natural ou senescência.

O envelhecimento natural, ou primário, como o designa Papalia *et al.* (2006), é definido em oposição ao envelhecimento secundário, ou patológico. Para este autor, o processo de envelhecimento primário é gradual e inevitável. Já o secundário distingue-se do primeiro por resultar de doenças ou do abuso, ou da falta de uso, quer do corpo quer das funções cognitivas. Será, assim, muitas vezes evitável.

No mesmo sentido, Jeckel-Neto & Cunha (2006) consideram que a velhice é a consequência natural do processo de envelhecimento. Apesar de o termo envelhecimento não estar estabelecido oficialmente, consideram estes autores que o mesmo é frequentemente

utilizado para descrever as alterações tanto morfológicas como funcionas ao longo da vida e que, progressivamente, vão provocando a diminuição da capacidade de resposta dos indivíduos ao *stress* ambiental e à manutenção da homeostasia. Concluem que alguns autores consideram o envelhecimento como o que acontece com um organismo com o passar do tempo. Esta definição levaria a considerar, no limite, que se envelhece desde a concepção até à morte. O que, ao autor deste estudo, parece claramente desajustado, por exagero.

No entanto, Netto (2001) admite que, embora seja motivo de controvérsias, a maioria dos autores considera que o processo de envelhecimento tem um início relativamente precoce, aproximadamente no final da segunda década da vida, quando surgem as primeiras alterações, funcionais e/ou estruturais, próprias do envelhecimento. De início pouco visíveis, vão aumentando progressivamente sem, no entanto, se evidenciar uma incapacidade funcional total da maioria dos sistemas orgânicos, mas sim uma gradual diminuição da capacidade de manter o equilíbrio homeostático. Apenas os ovários e o timo, conclui Netto (2001), vêm diminuídas as suas funções endócrinas com relativa precocidade.

Para Papalia *et al.* (2006), a maioria das teorias sobre o envelhecimento biológico, enquadram-se em duas categorias teóricas: *teorias de programação genética* e *teorias de taxas variáveis*. O Quadro 7 apresenta e dá uma breve explicação das principais teorias de cada categoria.

Teorias de Programação Genética	Teorias de Taxas Variáveis
<p><u>Teoria da senescência programada:</u> O envelhecimento é o resultado da activação e da desactivação sequencial de certos genes, com a senescência sendo definida como o momento quando <i>deficits</i> associados à idade se manifestam.</p>	<p><u>Teoria do desgaste:</u> As células e os tecidos têm partes especiais que se desgastam.</p>
<p><u>Teoria endocrinológica:</u> Relógios biológicos actuam através de hormonas para controlar a taxa de envelhecimento.</p>	<p><u>Teoria dos radicais livres:</u> Os danos acumulados dos radicais de oxigénio fazem com que células e, eventualmente, órgãos parem de funcionar.</p>
<p><u>Teoria imunológica:</u> Um declínio programado nas funções do sistema imunológico leva à maior vulnerabilidade, a doenças infecciosas e, assim, ao envelhecimento e à morte.</p>	<p><u>Teoria da taxa de metabolismo:</u> Quanto maior a taxa de metabolismo de um organismo, mais curto é o seu ciclo de vida.</p> <p><u>Teoria auto-imune:</u> O sistema imunológico confunde-se e ataca as próprias células do organismo.</p>

Quadro 7 – Categorias de Teorias do envelhecimento biológico
Adaptado de Papalia *et al.* (2006), p. 671

Arking (1998, citado por Jeckel-Neto & Cunha, 2006), sugeriu a utilização de uma classificação dual segundo a qual para se classificar uma teoria se deve considerar, numa primeira análise, se os efeitos por ela descritos são exercidos em todas as células ou na maioria delas, as *teorias intracelulares*, ou se são exercidos sobre componentes estruturais ou mecanismos reguladores e as *teorias intercelulares*. Numa segunda análise dever-se-ia, também, ter em conta se os efeitos produzidos acontecem acidentalmente, como propõem as *teorias estocásticas*³, ou, pelo contrário, através de cascatas de retroalimentação hierárquicas características das espécies, como propõem as *teorias sistémicas*. Deste modo, uma teoria poderia ser simultaneamente intracelular e estocástica, ou intercelular e sistémica, e *vice-versa*. A vantagem desta classificação é, por um lado, fornecer um painel analítico e, por outro, envolver o “conceito de que o organismo vivo é normalmente mantido por uma rede de

³ Padrões estocásticos são aqueles que surgem por meio de eventos aleatórios

processos que operam, quer paralelamente quer uns com os outros, constituindo-se num sistema homeostático” (Jeckel-Neto & Cunha, 2006, p.15). Ainda do mesmo autor, e apenas como exemplo, cita-se a classificação de algumas teorias de envelhecimento biológico:

- teorias estocásticas: as Teorias de Uso e Desgaste, a Teoria das Proteínas Alteradas, a Teoria do Erro Catastrófico (processos incorrectos de transcrição dos ácidos nucleicos), Teoria da desdiferenciação de células, etc.;
- teorias sistémicas: a Teoria Metabólica (segundo a qual as células animais teriam uma quantidade fixa de calorias disponíveis para gastar ao longo da vida); as Teorias Genéticas (mudanças na expressão genética causariam modificações senescentes nas células); Apoptose (suicídio programado de algumas células); Fagocitose (destruição de células); as Teorias Imunológicas, etc..

Mesmo considerando que envelhecer e adoecer não são sinónimos, não é possível ignorar que existem doenças que são mais frequentes nos idosos. Assim, e segundo Gatto (2002) três factores são de considerar no envelhecimento físico, com claras repercussões no estado psicológico:

- as condições de saúde;
- a percepção do idoso sobre estas condições; e,
- as modificações orgânicas que não são doenças tais como, rugas, cabelos brancos, diminuição da actividade sexual, postura encurvada, etc..

Existe, portanto, um momento em que se perde o contacto com o nosso corpo. Existe aqui, também, uma situação de perda e o luto correspondente e, eventualmente uma situação de crise (Gatto, 2002).

O envelhecimento social

Encontra-se algum consenso quanto à idade a partir da qual um adulto passa a ser considerado como idoso. Jeckel-Neto & Cunha (2006), consideram que essa idade é de 65 anos para os países desenvolvidos e de 60 anos para os países em desenvolvimento, sendo este critério, em sua opinião, utilizado na generalidade das instituições e países. Spar e La Rue (1998) atribuem a prática de considerar a idade de 65 anos para o início da velhice ao facto de, nos anos 80 do século XIX, Bismarck ter escolhido essa idade para a atribuição de certos benefícios sociais. No entanto, estes mesmos autores consideram que os limites cronológicos das fases da vida, tais como a juventude, a meia-idade e a terceira-idade têm sido continuamente revistos em sentido ascendente.

Para Paul (1997) o envelhecimento social “relaciona-se com os papéis sociais apropriados às expectativas da sociedade para um determinado nível etário” (p. 11), neste caso a velhice. Assim, é possível “atribuir a um indivíduo uma idade social, que pode ser diferente da sua idade psicológica, biológica ou cronológica, e que tem a ver com os papeis e hábitos que esse indivíduo assume na sociedade e na medida em que demonstra comportamentos esperados pela sua cultura e num dado momento histórico dessa sociedade” (p. 12).

É assim que, desta forma, as experiências do envelhecimento e velhice podem variar no tempo histórico de uma sociedade, dependendo de muitas circunstâncias como, por exemplo, as económicas. As sociedades industrializadas actuais investem prioritariamente nos mais jovens, que lhes podem dar um retorno potencial de anos de vida produtiva. Por outro lado, sociedades em que gerações nasceram, cresceram ou conviveram com os mais velhos, estão mais dispostas a compreender, conviver e promover a velhice. E esta convivência é o

que cada vez acontece menos nas sociedades industriais e urbanas da actualidade (Baldessin, 1996, citado por Netto, 2006).

Como principais teorias sociais do envelhecimento Berger e Mailloux-Poirier (1995) consideram ser, como mais importantes, a teoria do descomprometimento (ou desengajamento, ou desvinculação) e a teoria da actividade. As duas teorias são consideradas como sendo do espectro psicossocial e das duas trataremos no *item* seguinte 1.2.2 – O Envelhecimento Saudável. Estes autores referem ainda como teorias de segundo plano:

- a teoria do meio-social, que defende que o comportamento no decorrer da velhice depende do estado de saúde, dos recursos financeiros e da existência de apoios sociais; e,
- a teoria da continuidade, que defende que a adaptação à velhice, à reforma e aos acontecimentos é determinada principalmente pelo passado.

Concluindo este *item*, e independentemente das teorias explicativas e do reconhecimento da existência de marcadores temporais ou biológicos, o autor deste estudo subscreve a ideia de que o envelhecimento físico, não patológico, faz parte de um *continuum* que é o desenvolvimento humano. Do mesmo modo, reconhece-se que os papéis sociais desempenhados ao longo da vida se vão alterando, sendo estes que definem uma idade social do indivíduo, independentemente da idade cronológica, biológica ou psicológica que possa ter.

1.2.2 – O envelhecimento saudável

Para Geis e Rubi (2003) o envelhecimento saudável é aquele em que “cada sujeito se adapta fácil e comodamente a todas as mudanças que vão ocorrendo, tanto as mudanças intrínsecas (físicas e psíquicas) quanto as extrínsecas (sociais)” (p. 11).

Numa perspectiva psíquica, Madox (1995, citado por Rossell *et al.*, 2004) considera o envelhecimento saudável, “con éxito” (p. 236), aquele que combina três elementos básicos: a supervivência (longevidade), a saúde (índices de dependência) e a satisfação com a vida (felicidade).

O que determina, então, que este processo interno, o envelhecimento, decorra de uma forma saudável?

De uma forma sintética Conde (1997) afirma que a forma mais ou menos saudável de o processo de envelhecimento decorrer depende:

1. do maior ou menor exercício das faculdades mentais e do nível de instrução;
2. da capacidade do *Ego* para simbolizar, aguentar e elaborar sobre os lutos inerentes ao próprio envelhecimento (subjectivação); e,
3. da capacidade de continuar vinculado a objectos externos (vinculação).

É esta terceira variável, a maior ou menor manutenção do nível de vinculação que se coloca durante o processo de envelhecimento, que será abordada, de seguida, de forma mais pormenorizada.

Para Conde (1997) passou-se da apologia das teorias da desvinculação, defendidas por Cumming e Henry (1961, citado por Conde, 1997) segundo as quais se deveria acompanhar e promover um processo natural de desvinculação dos idosos no que diz respeito às suas actividades sociais, para as teorias que sustentam exactamente o contrário. Segundo estas, e em oposição às primeiras, os idosos deveriam manter-se activos pelo maior período possível, já que isto favoreceria a conservação das suas capacidades tanto físicas como mentais (Havighurst, 1968, citado por Conde, 1997).

Para os primeiros, os defensores da teoria da actividade, a actividade continuada, considerada como um valor da meia-idade, é questionada como sendo um valor necessário para os idosos uma vez que isso leva, em algum momento do processo do envelhecimento, a um conflito entre a continuidade da actividade, de um lado, e do outro, ao enfrentamento subliminar com o final da vida. Neste mesmo sentido Cumming e Henry (1961) põem em dúvida “o contributo dado à satisfação das pessoas idosas pelo facto de possuírem uma função e serem úteis” (Dool *et al.*, 2007, p.14).

Pelo contrário, e para os defensores da teoria da vinculação, à medida que as pessoas vão saindo do mercado de trabalho ou, numa perspectiva mais geral, vão deixando de ocupar papéis sociais, buscariam actividades que compensassem as que foram abandonadas. Tais actividades têm como finalidade trazer maior satisfação à vida das pessoas adultas maduras e idosas tornando-as mais activas e, simultaneamente, retardando os problemas inerentes ao envelhecimento (Dool *et al.*, 2007).

Estas duas teorias movimentam-se no que poderia chamar-se o ambiente social (teorias sociológicas), não incorporando e, por isso, não tendo em conta, o que sucede no interior do indivíduo no que diz respeito ao seu processo de envelhecimento e, enfim, à sua própria velhice. Esta variável interna em falta, a dimensão psíquica do indivíduo, está relacionada com a maneira como o indivíduo encara o seu próprio processo de envelhecimento.

Do mesmo modo, mas, agora sim, numa perspectiva mais psicológica, Papalia *et al.* (2006) abordam estas duas perspectivas de encarar um envelhecimento saudável, com as designações de *teoria do desengajamento* (desvinculação) e *teoria da actividade*. Citando igualmente Cumming e Henry (1961), o autor explica que a teoria do desengajamento sustenta que o envelhecimento bem-sucedido caracteriza-se pelo mútuo afastamento entre o idoso e a sociedade. Defendia-se, assim, que a consciência da proximidade da morte e o

declínio do funcionamento físico resultariam numa retirada gradual e inevitável dos papéis sociais (trabalhador, cônjuge, progenitor, etc.). Uma vez que a sociedade deixa de oferecer papéis úteis para o adulto mais idoso, o *desengajamento* é mútuo. Ainda segundo Papalia *et al.* (2006), o eminente analista suíço Carl Gustav Jung teria sugerido que o desengajamento é acompanhado pela introspecção e pelo apaziguamento das emoções. Nesta perspectiva, o desengajamento pode mesmo ser visto como um comportamento adaptativo (Siqueira, 2002, citado por Doll, 2007).

Em oposição à *teoria do desengajamento* que, também segundo Papalia *et al.* (2006), recebeu pouco apoio da pesquisa independente logo após algumas décadas do seu surgimento, aparece a *teoria da actividade*, segundo a qual os papéis do adulto são fontes importantes de satisfação. Assim, quanto maior é a perda dos papéis devido à reforma, à viuvez, ao afastamento da família ou à doença, menos satisfeita será uma pessoa. Duncan, Travis e McAuley (1995, citados por Papalia *et al.*, 2006), sugerem que tanto o envolvimento em actividades como os papéis sociais promovem a manutenção das competências cognitivas e podem ter efeitos positivos sobre a adaptação social do idoso.

No entanto, e embora a teoria da actividade não tivesse sido ainda abandonada, é acusada de ser demasiado simplista. Carstensen, 1995, 1996; Lemon, Bengston e Peterson, 1972, citados por Papalia *et al.*, 2006, constataram que muitos idosos saudáveis tendem, na realidade, a reduzir naturalmente os contactos sociais e que as actividades, por si mesmas, pouca relação têm com o bem-estar psicológico e com a satisfação com a vida.

Estas duas teorias, tão opostas no conteúdo, têm todavia em comum o serem de carácter normativo e extremista. “Ambas concebem a adaptação ao envelhecimento como um processo linear, com sentido único e obrigatório para todos os indivíduos. Lowental mostrou que paralelamente ao desinvestimento na orla periférica do mundo pessoal pode haver um

reinvestimento mais aprofundado na sua zona central, o núcleo das actividades mais queridas, e dos confidentes.” (Barreto, 2006, p. 151).

Numa nova perspectiva da Teoria da Actividade, defende-se actualmente que as actividades afectam, de facto, o bem-estar, mas não tanto pela via dos papéis sociais, mas sim pelo impacto sobre a percepção de auto-eficácia, de domínio e de auto-controlo por parte dos idosos (Herzog, Franks, Markus e Holmberg, 1998, citados por Papalia *et al.*, 2006). Dá-se aqui, decididamente, o passo da perspectiva psicossociológica para a psicológica – a dimensão psíquica atrás referida como em falta – e reforçando assim esta Teoria da Actividade.

Buhler (1962) considera que um dos principais problemas psicológicos da pessoa que envelhece e que já não tem tarefas determinadas a realizar, é a distribuição satisfatória do seu tempo. O dia de trabalho tem um ritmo próprio, o dia dos idosos geralmente não o tem. Entretenimento e *hobbies* não conseguem substituir esse ritmo uma vez que “representam um passatempo, mas raramente uma utilização do tempo capaz de satisfazer a consciência de tarefa” (Buhler, 1962, p. 338). Até porque, segundo Vischer (1961, citado por Buhler, 1962) “não se podem criar *hobbies*, só se podem aperfeiçoar aqueles que já existem” (p. 338).

É ainda neste sentido de pensamento que surge, na década de 70 do século passado, o conceito de envelhecimento produtivo, e que pode considerar-se como uma tentativa para combater a imagem então corrente dos idosos e que os apresenta como pessoas frágeis, dependentes e não produtivas, constituindo um encargo para a sociedade e para as gerações mais novas. Este conceito considera que a existência de uma actividade significativa e satisfatória em que o idoso está envolvido de forma estruturada e continuada, tem um impacto positivo na sua vida. A produção de bens ou serviços, voluntária, como por exemplo cuidar dos netos, ou remunerada, como o trabalho sénior, são duas actividades produtivas possíveis (Caro, Bass, & Chen, 1993, citado por Gonçalves *et al.*, 2006).

Neste tipo de actividade é possível detectar duas dimensões para possível análise: a primeira, objectiva, que foca os contributos do idoso para com os seus significativos ou o seu grupo social; uma segunda, subjectiva e essencialmente afectiva, que se consubstancia nas consequências positivas em termos de bem-estar e qualidade de vida do idoso (Kaye, Butter, e Webster, 2003, citado por Gonçalves *et al.*, 2006).

De realçar, por fim, que o reconhecimento de que o paralelismo entre desenvolvimento e envelhecimento (*life-span*), e a consequente negação de uma sucessão destes processos, permitiu não só uma nova perspectiva das etapas tardias de vida, mas também o enfrentá-las com mais optimismo e ainda o reconhecimento de que a deterioração já não era uma condição obrigatória mas sim um processo evitável ou, pelo menos, retardável.

A terminar este *item*, faz sentido uma referência ao conceito de funcionamento psicológico positivo – *Positive Psychological Functioning*, o qual, na velhice, surge frequentemente encarado apenas como a ausência de doença ou de depressão, e para o qual Ryf (1989, citado por Fonseca, 2004) procedeu à elaboração de uma escala de avaliação. Esta medida de bem-estar psicológico organiza-se em torno de seis factores, que correspondem às seis dimensões referenciadas pelo autor da escala como estruturantes para a compreensão deste conceito - autonomia, domínio sobre o meio, relações positivas com outros, objectivos na vida, crescimento pessoal, aceitação de si próprio.

1.2.3 – O recurso à institucionalização

A institucionalização de um idoso acontece, na maior parte dos casos, na sequência de uma progressiva incapacidade funcional, combinada com a inexistência de apoios sociais. Contudo, independentemente das razões que levam o idoso à institucionalização, analisar o

seu ingresso é rapidamente perceber que no mínimo lhe é exigido o abandono do seu espaço, obrigando-o a integrar-se num meio que lhe é limitativo e que, em muitos casos, assume o controle de muitos aspectos da sua vida (Paúl, 1997).

De facto, um estudo feito em várias instituições utilizadas como residências de idosos mostra “que a maior parte das instituições para idosos retira toda a privacidade aos seus utentes, com sujeição a controlo e dependência face à regulamentação interna” (Borges, 2000, citado por Martins, 2006, p. 138).

Ficam, assim, criadas as condições para que esta população de idosos institucionalizados fique em risco de dependência, perda de controlo e o consequente desânimo (Kahana *et al.*, 1989, citado por Paúl, 1997).

Para prevenir este risco, os mesmos autores sugerem ser a congruência entre as necessidades destes idosos e o comportamento de quem cuida, a determinante essencial do bem-estar e competência dos idosos após a institucionalização. Este modelo de congruência adopta uma abordagem interactiva entre idosos e cuidadores. Assim, uma boa adequação entre a pessoa e o ambiente institucional conduz a resultados positivos enquanto, se esta não se verificar, é provável que se desenvolva a depressão, o desânimo aprendido⁴ e a incapacidade excessiva.

Além disso, “a institucionalização e respectivo desenraizamento leva mais rapidamente à deterioração, e a uma maior incapacidade física e mental, verificando-se que as perturbações psiquiátricas são mais frequentes em idosos institucionalizados” (Borges, 2000, citado por Martins, 2006, p. 138).

⁴ O conceito de desânimo aprendido tem a ver com o declínio do bem-estar psicológico dos idosos institucionalizados, e está associado com imagens de enfraquecimento, apatia, e ausência de poder. Este conceito tenta explicar o facto de os indivíduos sujeitos a séries de acontecimentos aversivos, desenvolverem uma deficiência comportamental generalizada, mesmo em tarefas diferentes daquelas em que fracassaram (Paúl, 1997).

A institucionalização é sempre um momento difícil e é sentida de forma diferente por cada idoso, uma vez que o sentimento de perda varia em função do próprio idoso, da sua história de vida e da sua capacidade de fazer face ao luto. Mas, deixar a sua casa, é sempre um momento de crise (Cardão, 2009).

Martins (2006) considera ainda existirem duas dificuldades adicionais a impedirem uma boa adaptação dos idosos aos novos locais de residência e à sua nova situação: por um lado, o facto de as instituições não assegurarem direcções técnicas habilitadas nos seus estabelecimentos e serviços e, por outro, o facto de um internamento definitivo assumir-se como uma ruptura com o quadro de vida quotidiano, impondo-se como uma situação sem retorno.

Em ambientes institucionais, os idosos desenvolvem fracas expectativas de auto-eficácia, quer devido às suas condições reais de saúde, quer devido ao estereótipo do idoso como um indivíduo de baixas capacidades, num ambiente pouco receptivo à mudança e à sua actividade e, por isso, indutor de comportamentos caracterizados pela passividade (Paúl, 1997).

Este comportamento passivo dos idosos institucionalizados é explicado pelo que Reid e Stirling (1989, citados por Paúl, 1997) consideram ser o controle participativo. Este conceito refere-se ao processo de adquirir o controlo da sua própria vida, pela via da interacção com os outros, isto é, o idoso chega à conclusão de que há outros mais capazes do que ele próprio, seja pela sua energia, seja pelos recursos de que dispõem, de responder às situações do dia-a-dia. Ao dar o poder necessário ao cuidador e, ao mesmo tempo, não perder o controlo sobre a sua situação, o idoso está a estabelecer um controlo participativo com o seu cuidador. Em suma, neste processo dinâmico, o idoso ganha controlo através dos outros. No entanto, e

segundo White e Jansom (1986, citados por Paúl, 1997), o fazer, em vez de ser o idoso a fazer, mais do que ajudar, é reforçar a sua passividade comportamental.

Em complemento a este conceito, Rothbaum *et al.* (1982, citados por Paúl, 1997) consideram como primário o controle participativo obtido pela manipulação do meio ambiente, como atrás foi explicado. Com uma outra forma de controlo, secundário, o idoso não tenta alterar o meio mas aceita-o e, de seguida, controla e minimiza o impacto do mesmo em si próprio. Quando tal não acontece, a ausência deste controle por parte dos idosos é considerada a responsável, pelo menos em parte, pelos sentimentos de depressão e desânimo, assim como do declínio físico acelerado (Shultz, 1976, citado por Paúl, 1997).

O apoio aos idosos fora do seu ambiente familiar pode assumir diferentes modalidades, com ou sem institucionalização, em também diferentes modelos de instituições. Martins (2006) refere e descreve as seguintes:

***“Lares de Idosos** – equipamentos colectivos de alojamento permanente ou temporário, destinados a fornecer respostas a idosos que se encontrem em risco, com perda de independência e/ou autonomia. A insuficiência de lares de idosos estatais tem dado origem a uma verdadeira proliferação de lares privados (que visam essencialmente fins lucrativos), que muitas vezes funcionam clandestinamente e sem as condições que confirmam aos idosos o mínimo de dignidade.*

***Lares para Cidadãos Dependentes** – constituem respostas residenciais a idosos que apresentam um maior grau de dependência (acamados).*

***Centros de Dia** – constituem um tipo de apoio dado através da prestação de um conjunto de serviços diurnos dirigidos a idosos da comunidade, cujo objectivo fundamental é desenvolver actividades que proporcionem a manutenção dos idosos no seu meio sócio-familiar.*

Centros de Convívio – são centros a nível local, que pretendem apoiar o desenvolvimento de um conjunto de actividades sócio-recreativas e culturais destinadas aos idosos de uma determinada comunidade.

E ainda, mais recentemente e sem recurso a uma institucionalização propriamente dita, destacam-se como formas mais inovadoras:

O Apoio Domiciliário – consiste na prestação de serviços, por ajudantes e/ou familiares no domicílio dos utentes, quando estes, por motivo de doença ou outro tipo de dependência, sejam incapazes de assegurar temporária ou permanentemente a satisfação das suas necessidades básicas e/ou realizar as suas actividades diárias. É um tipo de apoio que conquistou muitos adeptos, na medida em que se caracteriza pela prestação de um serviço de proximidade com cuidados individualizados e personalizados. Além disso, é preservada a família e a casa que constituem para o idoso um quadro referencial muito importante para a sua identidade social.

Acolhimento Familiar – consiste em apoios dados por famílias consideradas idóneas que acolhem temporariamente idosos, quando estes não têm família natural, ou tendo-a, esta não reúne as condições que proporcionem um bom desempenho das suas funções.

As Colónias de Férias e o Turismo Sénior – são prestações sociais em equipamentos ou não, que comportam um conjunto de actividades que pretendem satisfazer as necessidades de lazer e quebrar a rotina, proporcionando ao idoso um equilíbrio físico, psíquico, emocional e social.

O Termalismo – é uma medida que visa permitir aos idosos em férias tratamentos naturais, reduzindo assim o consumo de medicamentos. Proporciona também a deslocação temporária da sua residência habitual, permitindo deste modo o contacto com um meio social diferente, promovendo a troca de experiências, que quebram ou reduzem o frequente isolamento social.” (p. 129).

Segundo Quaresma (1998, citado por Martins, 2006), o Apoio Domiciliário e os Centros de Dia com orientação terapêutica são os recursos externos mais aconselháveis: “Apoio Domiciliário é uma forma de intervenção social que urge ser mais conhecida, de modo a torná-la um instrumento privilegiado de resposta a muitas situações e problemas pessoais e familiares, sobretudo face aos desafios do envelhecimento. O exercício do apoio domiciliário deve promover a participação responsável das pessoas e grupos apoiados, das suas famílias, vizinhos e amigos, bem como de grupos, associações, comunidades e organizações que possam dar contributos neste processo de apoio” (p. 139). Por outro lado, com a utilização do segundo modelo, os Centros de Dia, não apenas a família pode partilhar com a instituição a responsabilidade dos cuidados com o idoso e, portanto aliviar por umas horas o trabalho de apoio, mas também porque se torna possível um trabalho terapêutico com o mesmo ou, pelo menos, o seu acompanhamento.

Mas qualquer um destes dois tipos de apoio tem, também, as suas limitações. Quando a deterioração do idoso progride e, nas últimas fases, os cuidados assistenciais são prioritários, torna-se necessário um apoio mais profissional e a tempo inteiro. É, assim, quase sempre necessário o internamento num Lar de Idosos (Sala, 2002).

Esta mesma ideia é corroborada por Fernandes (2002) quando afirma que na medida em que as debilidades físicas e psicológicas da pessoa idosa aumentam e as capacidades do meio ambiente diminuem, torna-se necessário encarar a hipótese de internamento numa instituição.

Nestes casos, há que assinalar que as últimas fases da enfermidade, apesar da sua gravidade, são mais suportáveis para as famílias. Não só porque estas já assimilaram o problema e que, por isso, já não é gerador de tanta tensão, mas também porque a atenção e o cuidado que o enfermo requer são relativamente menores em comparação com as primeiras fases da enfermidade, em que o idoso estava mais activo. Zarit, Orr e Zarit (1986, citados por

Sala, 2002) põem este facto em relevo num estudo sobre cuidadores familiares concluindo que a maioria destes afirmava que era mais fácil enfrentar a situação quando a deterioração tinha progredido, uma vez que lhes era mais fácil controlar o doente.

No entanto, se por um lado a entrada num lar pode acarretar uma ruptura, mesmo que não total, nas relações sociais dos idosos pode também, em contrapartida, facilitar o acesso a novas amizades, nomeadamente para os idosos mais incapacitados que tinham já muita dificuldade em ter acesso aos seus amigos (Paúl, 1997).

Também Pimentel (2005) considera que, para alguns idosos a institucionalização “representou uma significativa melhoria das condições de vida e da sua estabilidade emocional” (p. 177).

O estudo da oportunidade e das condições de institucionalização dos idosos, bem como os reflexos que esta opção pode vir a ter na sua qualidade de vida, no mais amplo sentido do conceito, ganha cada dia mais importância uma vez que também aumenta o número de famílias que recorre a este meio para cuidar dos seus idosos. Spar e La Rue (1998) previam que, no final dos anos 90 do século XX, mais de metade das mulheres e um terço dos homens viriam alguma vez a ser admitidos em lares.

Segundo Jacob (2008), citando a Carta Social de 2004, em Portugal seriam mais 188.000 os idosos entregues a uma instituição que não a sua família, dos quais 60.000 lá permanecem 24 horas por dia.

Há algumas décadas atrás, a inexistência de sistemas públicos de protecção social fazia com que fosse a família a única entidade a assegurar a prestação de cuidados aos seus elementos mais idosos. As transformações sociais e a pressão demográfica resultante do aumento da população idosa, foram determinantes para que, socialmente, a velhice passasse a

ser considerada um problema social e a merecer atenção por parte dos órgãos decisores. Desta constatação resultou a proliferação de estruturas de apoio, públicas e privadas.

No entanto, uma vida com mais anos significa também uma vida com mais riscos de isolamento, de inactividade, de redução e/ou de perda de autonomia. Assim, e paulatinamente, da prioridade concedida aos serviços e equipamentos colectivos e a grandes investimentos na institucionalização, passou a conferir-se uma crescente relevância à manutenção das pessoas idosas no seu quadro de vida, assistindo-se a uma crescente utilização dos serviços de proximidade já atrás referidos: o Apoio Domiciliário e os Centros de Dia.

CAPÍTULO II – AS ACTIVIDADES OCUPACIONAIS, O ISOLAMENTO E A DEPRESSÃO

Neste capítulo, ir-se-á definir e analisar três variáveis que acompanham e interferem no processo do envelhecimento humano, com maior acuidade e relevância no idoso institucionalizado. Estas três variáveis e as suas possíveis relações são o objecto do estudo empírico que constitui a Parte II desta dissertação.

2.1 – As actividades ocupacionais

Muitos estudos levados a cabo nos últimos anos têm tentado estabelecer uma relação entre os níveis de actividade geral e a saúde mental, principalmente tendo em vista a prevenção ou tratamento das perturbações depressivas que tanto afligem a pessoa idosa. De uma forma geral, a “conclusão tem sido favorável à função protectora da ocupação na manutenção de uma vida com qualidade e optimismo” (Barreto, 2006, p. 151) e, portanto, sem depressão.

A funcionalidade, que se prende com a capacidade de uma pessoa realizar actividades de forma independente, é o indicador apontado pela OMS que, com mais objectivismo, melhor avalia a saúde do idoso. Assim, “o conceito de envelhecimento saudável assenta em critérios que representam a manutenção da actividade” (Hernandez e Gimenez, 2000, citado por Imaginário, 2004, p. 48).

Zimerman (2000), Lima (2004) e Warr, Butcher e Robertson (2004), citados por Oliveira (2008), propõem exercícios e actividades físicas, psíquicas e sociais para a promoção do bem-estar do idoso.

Segundo Jacob (2008) a animação está no centro das prioridades de todas as estruturas de acolhimento de pessoas idosas, “que tomaram consciência da sua importância enquanto elemento determinante da qualidade de vida em estabelecimentos e que se integra no projecto de vida de uma instituição, preservando a autonomia dos residentes” (p. 22). Segundo este autor as actividades que cabem dentro do conceito de animação podem organizar-se em quatro categorias:

1. Difusão Cultural (incentivar o gosto pelas formas culturais, científicas e do conhecimento);
2. Actividades Artísticas não profissionais (desenvolver os talentos e as capacidades artísticas das pessoas, através da sua prática);
3. Actividades Lúdicas (a animação por divertimento, lazer, desporto ou convívio);
e,
4. Actividades Sociais (promover a participação das pessoas nos movimentos cívicos, sociais, políticos ou económicos).

Para Hervy (2001, citado por Jacob, 2008) “A importância da animação social das pessoas mais velhas é facilitar a sua inserção na sociedade, a sua participação na vida social e, sobretudo, permitir-lhes desempenhar um papel, inclusive, reactivar papéis sociais” (p. 31).

Para Ferrari (2002), o lazer, outra das categorias apresentadas, é a forma mais primitiva do “fazer humano” do ponto de vista evolutivo e ocorre durante toda a vida. No entanto, este autor reconhece existirem algumas barreiras para a sua prática como as limitações materiais para além das de saúde – falta de locomoção, de espaços e de equipamentos, de programas adequados, etc.

As características particulares que se verificam nas instituições para idosos, como a existência de uma ruptura com o exterior e o facto de todos os aspectos da vida destes serem regulados por uma única entidade, propicia que estes mesmos idosos levem uma vida fechada e formalmente administrada por terceiros. Estas características podem ser a explicação para o número inferior de actividades que os idosos executam, em comparação com os não institucionalizados (Bromley, 1966 citado por Jacob, 2008).

Segundo Brody (1977, citado por Jacob, 2008) os lares e residências para idosos “são, maioritariamente, locais depressivos, com uma vida rotineira, e uma estruturação que se opõe às necessidades humanas de identidade, relação e afecto” (p. 35). Assim, a instituição deve responder às necessidades dos idosos, que não se reduzem apenas à sua alimentação, higiene e saúde física. Deve também providenciar ocupação, participação e vida social.

Mas a animação e a realização de actividades com os idosos são sempre os “parentes pobres” das prioridades das instituições, sejam públicas ou privadas, com ou sem fins lucrativos. Estas dirigem os seus recursos (humanos, materiais e financeiros), principalmente para a higiene, saúde e alimentação dos idosos. “A maioria das instituições limita-se a organizar alguns passeios, duas ou três festas anuais e a comemorar o aniversário do idoso” (Jacob, 2008, p. 37). No entanto, se a animação for encarada ao nível dos outros serviços pode contribuir, e muito, para o cuidado do idoso e para a melhoria da sua qualidade de vida. Por exemplo, refere o mesmo autor:

1. “Reduz a conflituosidade entre os idosos e entre estes e o pessoal ao serviço da instituição;
2. Aumenta a sua mobilidade e motricidade e, assim, a sua autonomia;
3. Reduz a indiferença evidenciada pelos, que resulta da não participação na organização da sua vida.

Algumas dificuldades relacionadas com os idosos são, no entanto, de esperar:

1. A população das instituições está cada vez mais envelhecida, incapacitada e, por isso, mais cansada;
2. São renitentes à mudança, por razões culturais de comodismo;
3. São renitentes à entrada em grupos de maior dimensão, e demonstram falta de confiança na sua pessoa e nas suas capacidades;
4. São isolados e introspectivos, mantendo uma atitude negativa, auto-excluindo-se do grupo activo, fechados nos seus pensamentos e na perda progressiva da vontade de viver;
5. Apresentam tipos de comportamento agressivos, introvertidos, e “casmurros”, geralmente gerados pela solidão, inacção e monotonia que experimentam.
6. Não se sentem à vontade dentro de grupos, geralmente por não existir uma homogeneidade das idades, nos interesses e percursos de vida.” (p. 37)

Parece pacífica a conclusão de que os níveis de actividade evidenciada pelos idosos são um bom facilitador da sua qualidade de vida, isto apesar de algumas resistências na adesão dos idosos a estas actividades. Assim, é também da responsabilidade das instituições não só a promoção destas actividades entre os seus residentes mas também a motivação para a sua prática. Destas acções, correctamente orientadas, poderão resultar benefícios, tanto sociais como para a saúde dos idosos e, como consequência destes benefícios, uma melhoria no seu bem-estar psicológico.

2.2 – O isolamento social e/ou familiar

Para Carpenito (1987, citado por Berger e Mailloux-Poirier, 1995) o isolamento social descreve uma situação em que um indivíduo revela a necessidade ou o desejo de entrar em contacto com outras pessoas, sem no entanto ser capaz de o fazer. Paúl (1997) considera que este isolamento, gerador de sentimentos de insegurança e *stress*, pode resultar da ausência de redes sociais de apoio, formais ou informais, sendo a existência destas um factor crucial na vida dos idosos e decisivas no seu sentimento de bem-estar físico e psicológico.

Seligman (1975, citado por Rossell *et al.*, 2004) classifica o isolamento como a solidão objectiva, e estudou as suas consequências psíquicas. Rossell *et al.* (2004) distingue estes dois conceitos de uma forma simples: isolamento – o estar só; solidão – o sentir-se só.

Para Egea *et al.* (2004), o isolamento é “*un sentiment qui naît de la privation de compagnie des autres et/ou de la perde et da la séparation de quelqu’un ou de quelque chose qui fait que l’on a eu à renoncer à une parte de nous-mêmes*” (p. 110). Também para os mesmos autores “*Oeuvrer contre l’isolement et la solitude, c’est oeuvrer pour une meilleur qualité de vie pour la dernière étape de la vie.*” (p. 119).

O isolamento, a marginalização, assim como as limitações de saúde e/ou de mobilidade, levam os idosos a uma vida monótona, propícia não só a sentimentos de menos valia e de depressão, como a perdas de capacidade mental e ao afundamento psíquico (Barreto, 2006).

Numa perspectiva mais extremista “o isolamento leva, muitas vezes, à exclusão e é sabido que todos os processos de exclusão atingem sempre, em primeiro lugar, os socialmente mais frágeis” (Calado, 2004, p. 60).

Yeh e Lo (2004, citados por Oliveira, 2008) consideram que o isolamento pode ser mais ou menos social (falta de integração e participação social) ou emocional (ausência de apoio percebido). Este isolamento depende em grande parte da relação que os idosos têm com os filhos e com os netos, a chamada solidariedade intergeracional ou responsabilidade filial. Ainda segundo estes autores, os filhos têm o dever de cuidar dos pais idosos fornecendo-lhes ajuda material e sócio-afectiva, havendo normalmente um cuidador familiar principal, apoiado por outros.

Neste mesmo sentido, Roach (2003) considera que o apoio ao idoso vem da família, amigos, igrejas, clubes, etc., sendo que a família e os amigos são os mais frequentes e importantes apoios.

Contudo, as visitas e o interesse por informações sobre o idoso vão rareando com o tempo, o que é sentido de forma dolorosa pelos próprios idosos. Os contactos frequentes são, assim, um incentivo muito positivo para que os idosos mantenham uma vida social, interna e externa, mais activa, e maior autonomia (Pimentel, 2005).

A acumulação de perdas e lutos, as próprias e as das pessoas mais próximas, podem afectar negativamente um idoso. A perda do outro, vive-se como a própria, e este processo pode precipitar uma pessoa para a depressão, para a auto-reclusão ou para o isolamento. Perde-se a capacidade para o encantamento com a vida, deixa-se de ter interesse pelas coisas e, finalmente, evita-se, inclusive, o contacto com os demais (Kalish, 1983; Zinberg e Kaufman, 1972, citados por Conde, 1997). Kalish (1983, citado por Conde, 1997) considera a auto-reclusão como uma forma de auto-protecção, para não expressar as necessidades de dependência. Zinberg e Kaufman (1972, citados por Conde, 1997) falam do isolamento como um mecanismo de defesa.

Desde as investigações de Durkheim (1897, citado por Fontaine, 2000) que se sabe que o isolamento e a ausência de relações com os outros são factores de predisposição para comportamentos suicidas. No que diz respeito aos idosos, investigações mais recentes (Antonucci *et al.*, 1989; Avorn *et al.*, 1982, citados por Fontaine, 2000), chegaram a conclusões semelhantes, designadamente que o isolamento é um factor de risco para a saúde.

No mesmo sentido, mas agora referindo-se a idosos residentes em lares, Paúl (1997) considera que estes idosos tendem a sentir-se sós e insatisfeitos, afastados das suas redes sociais num dia-a-dia monótono.

Como afirma Pereira (2004) quem vive isolado, “arrisca-se a perder não só a percepção mais exacta do tempo, seja ele cíclico ou linear, como a perder igualmente a sincronização dos processos próprios e dos que se relacionam com os outros. ... Tudo se torna monótono, ou surpreendentemente vago e irregular, descontrolado.” (p. 73). E esta percepção dos factos da vida não pode deixar de ter implicações psicológicas.

Em idosos institucionalizados, o desejo de se socializar (o interagir com os outros) e a motivação para tal (o impulso que os leva a actuar) são geralmente pequenos. Assim, devem ser remotivados a viver as suas vidas no potencial máximo das suas capacidades (Lorda e Sanches, 1996). Até porque, e segundo os mesmos autores, “o aumento da interacção social que possibilita a recreação ou a participação em programas de exercícios, pode ajudar a aliviar sentimentos de solidão e ansiedade, produzidos pelas perdas e mudanças sociais da velhice” (p. 50).

Ainda no que diz respeito ao isolamento sentido pelos idosos institucionalizados, Ferrey *et al.* (1994) consideram que é importante compreender que o fundamento do bem-estar está nas relações humanas que a instituição pode fomentar entre os utentes, com os cuidadores e com os visitantes. A qualidade destas relações é um dos elementos mais importantes que uma instituição pode oferecer. Mais do que as saídas ou festas que possam ser organizadas, é “este tecido relacional da vida quotidiana que a instituição foi capaz de gerar que é a verdadeira terapia psicossocial contra o isolamento e a decrepitude da idade” (p. 161). Este mesmo autor considera ainda que uma boa parte das dificuldades relacionais que se observam em instituições para idosos são provenientes do ambiente familiar. Neste aspecto, o mais importante é compreender que a entrada de um idoso numa instituição pode causar conflitos efectivos intensos entre o idoso, os seus novos cuidadores e a sua família. Neste caso, é necessário promover reuniões “para que cada um possa explicar as suas angústias, a sua

culpabilidade, a sua agressividade e o seu desejo de actuar correctamente” (Ferrey *et al.*, 1994, p. 165).

Garcia (2005) considera que existem manifestações que funcionam como sinais de isolamento nos idosos, das quais se salientam:

1. aparência deprimida, ansiosa ou desinteressada;
2. hipoactividade;
3. incapacidade para concentrar-se e tomar decisões;
4. aumento dos sinais e sintomas de doença;
5. perturbações do sono;
6. sentimentos de inutilidade;
7. dúvidas sobre a capacidade para sobreviver;
8. sentimentos de rejeição; e,
9. alterações nos hábitos alimentares.

Na presença destes sinais, e segundo o mesmo autor, deve actuar-se da seguinte maneira:

a) Identificar os factores causais e concorrentes, avaliando:

- Os recursos sociais de apoio;
- Os sentimentos de solidão;
- O desejo de contacto humano;
- Barreiras para os contactos sociais; e,
- Alterações do modo de vida.

b) Reduzir ou eliminar os factores causais:

- Fomentar a interacção social;
- Diminuir as barreiras para o contacto social;

- Identificar estratégias que ampliem o mundo do idoso isolado.

c) Fomentar a reabilitação física e psicológica.

Deste modo, podemos concluir que o isolamento de que sofrem os idosos institucionalizados tem, frequentemente, uma causa ou origem familiar, e que e o mesmo pode ser atenuado por políticas de fomento do relacionamento e comunicação entre os idosos, entre estes e o pessoal da instituição e o meio exterior. Até porque, como afirma Rainier Zoll (s/data, citado por Quaresma, 2004, p. 47) “... a comunicação decorre da confiança e assenta na familiaridade com um contexto que não cessa de se afinar...”.

2.3 – A Depressão

O Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais – DSM-IV-TR da APA – American Psychiatry Association, que, de uma forma sistemática e multi-axial, pretende uniformizar o diagnóstico deste tipo de perturbações, conceder-lhe rigor e validade e torná-lo público e repetível, classifica a Depressão como pertencendo ao seu Eixo I - Perturbações Clínicas e, dentro deste, ao grupo das Perturbações do Humor (APA, 2002).

Em primeiro lugar, convém realçar que a depressão é um estado e não uma organização psíquica, como o são a neurose ou a psicose. Esta distinção resulta também clara da classificação multi-axial atrás referida. Assume muitas vezes uma forma transitória, tem uma prevalência elevada, calculada entre 5% a 15% consoante o tipo de cálculo proposto (prevalência pontual, em seis meses, um ano ou a vida inteira) e é susceptível de se combinar com outras patologias. Conhecidos desde a Antiguidade, os fenómenos depressivos só recentemente foram conceptualizados (Pedinelli e Bernoussi, 2006).

A Organização Mundial de Saúde, OMS (1979, citada por Carvalho e Fernandez, 2002) estimava que um em cada dez idosos sofria de depressão. Estes autores citam estudos segundo os quais estes valores variam entre 7 e 50 %, no caso de os idosos estarem institucionalizados.

Para outros autores, a taxa de prevalência da depressão ou sintomatologia depressiva entre os idosos institucionalizados é significativamente maior, estimando-se que 80 em cada 100 dos idosos, que vivem em instituições, manifestam sintomas depressivos (Hyer e Blazer, 1982, citado por IMERSO, 2000).

Um outro estudo, efectuado por Parmelee, Kay e Poweil-Lewton (1989, citados por Rossel *et al.*, 2004), apresentam percentagens menos extremas: 12,4% dos idosos institucionalizados cumpre os critérios de *depressão major* estabelecidos pelo DSM III, enquanto que 30,5% do total dos residentes em instituições geriátricas manifestava sintomatologia depressiva.

Segundo Stuart-Hamilton (2002), a depressão é uma condição que quase todos os indivíduos experimentam, de diversas formas, em determinados momentos da vida. Na velhice, as causas de depressão são frequentemente atribuídas apenas a acontecimentos traumáticos, como por exemplo a morte de um ente querido. Esta limitação nem sempre corresponde à verdade. No entanto, e de uma forma geral, a depressão é subestimada, quer pelo indivíduo que a vivencia, quer pela família, quer mesmo pelos profissionais, justificando a existência desta como fazendo parte do processo de envelhecimento. Ora, tal concepção está errada, uma vez que a depressão deve ser considerada doença em qualquer fase da vida. Se assim não fosse não estariam justificadas medidas existentes a nível terapêutico, visando o seu desaparecimento. A importância deste reconhecimento é que “ao se estabelecer a terapia indicada, devolvemos ao indivíduo a capacidade de amar, pensar, interagir e cuidar de

peçoas, trabalhar e sentir-se gratificado e assumir responsabilidades.” (Carvalho e Fernandez, 2002, p. 160).

Assim, só reconhecendo a independência entre envelhecimento e depressão, é possível afirmar que “entre os distúrbios psíquicos encontrados no idoso, a depressão é, sem dúvida, a mais frequente” (Netto, 2001, p. 65). E não esta como uma característica inerente à idade avançada.

Também Ramos (2004) confirma a gravidade desta perturbação nos idosos extraíndo as seguintes conclusões: “A depressão nas pessoas com mais de 65 anos é um problema de saúde pública. Tem consequências graves, incluindo sofrimento dos pacientes e cuidadores, piora a incapacidade associada à doença física e aos transtornos cognitivos, aumentos dos custos dos cuidados de saúde...” (p. 147).

2.3.1 - Etiologia

Cassel e Leighon (1969, citados por Blazer, 2003) apontam que os factores causadores da depressão nas idades mais avançadas incluem o seguinte:

1. factores genéticos e biológicos que proporcionam um substracto para a instauração de sintomas depressivos, não sendo, no entanto necessário ou suficientes para essa instauração;
2. eventos ocorridos na vida do indivíduo podem precipitar a instauração e o curso da depressão na idade avançada;
3. a conjugação da emergência da depressão com a personalidade do idoso, o que pode fazer prolongar sintomas residuais após a remissão dos sintomas depressivos;

4. processos sócio-culturais podem constituir-se como factores, quer de ampliação, quer de redução da incapacitação decorrentes da depressão;
5. os sintomas depressivos podem assumir formas complexas de combinação de factores inatos e sócio-culturais, que moldam os primeiros;
6. o grau de incapacitação da depressão não é só influenciado pelos factores responsáveis pela sua origem, mas também pelo stress psicológico resultante de processos sociais.

Verifica-se, deste modo, a elevada complexidade da rede etiológica das causas da depressão no idoso.

Para Sala (2000), grande parte dos autores costuma estabelecer uma relação, na velhice, entre o início da depressão e perdas. Estas perdas, que já se iniciaram da idade madura associadas à melancolia involutiva⁵, acentuam-se à medida que a idade avança e referem-se às perdas no próprio corpo, às dos papéis sociais e familiares, à do status sócio-económico e, em última instância, à antecipação da própria morte. No entanto, prossegue Sala, “os mesmos autores estão também de acordo que estas perdas não são suficientes para explicar os transtornos depressivos na velhice, considerando que existem outros elementos que têm um papel importante:

- 1) O antecedente de uma perda significativa na infância, por exemplo, um dos pais;
- 2) Uma incapacidade prévia para suportar situações semelhantes em outras épocas da vida: e,
- 3) A sua personalidade. As pessoas mais vulneráveis à depressão são aquelas com fortes traços de carácter narcisista e do tipo obsessivo pelo outro” (p. 653).

⁵ Esta perturbação ocorre logo após a idade madura e é mais comum entre as mulheres do que entre os homens. O quadro é caracterizado por uma depressão ansiosa, duradoura, e que se desenvolve lentamente. O paciente torna-se ansioso, preocupado e triste. Os pacientes queixam-se muitas vezes de doenças físicas imaginárias (hipocondria) e, constantemente, solicitam tratamento aos médicos e auxiliares. Têm, por vezes, ideias de perseguição.

Os indivíduos narcisistas são muito dependentes dos outros, em quem depositam as suas necessidades de gratificação. Quando se produz uma perda de objecto, o indivíduo vive-a como uma autêntica mutilação e uma ameaça à sua integridade psicológica. Por outro lado, a velhice faz estremecer aqueles elementos sobre os quais repousava a sua auto-estima: corpo, dinheiro, *status*, etc.. Por seu lado, na estrutura de tipo obsessivo, o que se manifesta é uma reactivação de sentimentos da própria maldade destruidora contra os objectos e que retornaria na forma de auto-desprezo e sentimentos de culpa, já que, na velhice, os mecanismos de defesa não teriam suficiente capacidade para neutralizar esta agressividade (Krassoievitch, 1993, citado por Sala, 2000).

Roach (2003) considera igualmente que certos tipos de personalidade são mais propensos à depressão sem, no entanto, deixar de considerar que esta pode ter outras origens, como certas doenças (derrame cerebral, diabetes ou mal de Parkinson) ou ainda como efeito colateral de alguns medicamentos. Também uma “perda”, seja do companheiro, de amigos, de capacidades funcionais, seja ainda de qualquer outra vivência sentida pelos idosos, pode ser um factor que desencadeie uma crise depressiva. Finalmente considera ainda que, por esse motivo, os residentes de lares correm um grande risco de ter depressão nos primeiros meses após o internamento.

Até porque “as perdas, quaisquer que elas sejam, são sempre destruições de si mesmo, e quando constituem ausências do Outro, é a própria identidade que fica em causa, que sofre uma ruptura mais ou menos difícil de reparar...” (Calado, 2004, p. 58).

Rossell *et al.* (2004) considera que os factores de correlação mais comuns com a depressão nos idosos são: o estado físico, a deterioração cognitiva, as relações interpessoais, os acontecimentos *stressantes* e os factores genéticos.

2.3.2 - Sintomas e sinais

Beck (1967, citado por Blazer, 2003), classifica os sintomas depressivos como emocionais, cognitivos, físicos e de vontade. Aos sintomas, por vezes difusos e difíceis de detectar, estão associados sinais observáveis, objectivos, estes sim, mais fáceis de reconhecer embora não sejam típicos dos estados depressivos.

No grupo dos sintomas emocionais, o mesmo autor considera, entre outros, o desalento ou tristeza, a insatisfação com a vida, a vontade de chorar, a perda de interesses, a irritabilidade, o vazio interior, a solidão e a inutilidade.

Como sintomas cognitivos, dá como exemplo a baixa estima, o pessimismo, o sentimento de culpa, os pensamentos suicidas, delírios, alucinações, dúvidas de valores e de crenças e dificuldade de concentração e memória.

Os sintomas físicos podem ser a perda de apetite, a fadiga, as perturbações do sono, perda de libido e inquietação.

Finalmente, como sintomas volitivos, Beck (1967, citado por Blazer, 2003) indica a perda de motivação, impulsos suicidas desejo de se afastar da sociedade.

Para Cordeiro (2002), a psicopatologia recomenda como válida a existência de três sintomas depressivos básicos, os quais darão origem a variadíssimas manifestações desta alteração afectiva. Essa tríade sintomática da Depressão seria:

- 1 - Sofrimento Moral;
- 2 - Inibição Global; e,
- 3 - Estreitamento Vivencial.

Compete, conclui o mesmo autor, à sensibilidade do observador, relacionar um sentimento, um comportamento, um pensamento ou um sentimento, como a expressão individual de um desses três sintomas básicos, como sendo a expressão pessoal e adequada da personalidade de cada um diante da Depressão.

Numa perspectiva psicodinâmica, a depressão é a ausência de prazer, o desinteresse do outro (movimento egocêntrico), a falência do Eros (instinto de vida) que se manifesta por atitudes programadas e automáticas. “Com o envelhecimento as programações desaparecem, ficando as automações” (Carvalho e Fernandez, 2002, p.165).

Para o modelo cognitivo da depressão, os pacientes deprimidos têm tipicamente uma visão negativa de si próprios, do seu ambiente e do futuro. Esta é a tríade cognitiva da depressão, que reflecte a ênfase que a pesquisa da ciência cognitiva dá ao processamento de informação na sintomatologia depressiva (Young, Beck e Winberg, 1999).

Numa outra perspectiva, a Depressão pode fazer parte do quadro inicial da doença de Alzheimer podendo, assim, ser também um sintoma (Saldanha, 2004).

2.3.3 - Formas que pode assumir

A depressão nos idosos pode apresentar-se sob muitas formas. Segundo Blazer (1998), são três as mais comuns: a Depressão Severa, a Depressão Distímica ou Crónica e o Humor Depressivo ou Distúrbio de Adaptação.

A depressão severa é uma condição séria e necessita de atenção de um especialista. Pode assumir a forma de uma depressão melancólica, ou de uma depressão psicótica, intermeada, muitas vezes, com episódios maníacos. A perturbação bipolar é um tanto incomum na terceira idade (Blazer, 1998).

A perturbação distímica do humor (depressão crónica ou neurose depressiva), é mais comum entre os idosos do que a descrita anteriormente, embora possam coexistir.

O mesmo autor considera ainda o distúrbio de adaptação com humor depressivo, mais ligado a um factor stressante, físico ou ambiental, e que pode persistir alguns meses após o desaparecimento do factor desencadeante e, finalmente, a angústia ou privação, que não pode ser considerada propriamente uma perturbação, uma vez que os sentimentos de tristeza que se seguem a uma privação são parte da experiência humana universal.

Blazer (2003) considera ser difícil distinguir entre depressão da idade avançada e distúrbios neurológicos. “Frequentemente, este problema vê-se subordinado ao construto pseudodemência” (p. 347). A depressão co-mórbida e a demência são, de longe, os problemas clínicos mais comumente encontrados na prática (idem).

Pedinielli e Bernoussi (2006) introduzem ainda o conceito de depressão mascarada que se caracteriza pelo facto de os sinais depressivos se encontrarem em segundo plano, mascarados por outra sintomatologia, na maioria das vezes somática: dores atípicas, cefaleias, lombalgia sem fundamento orgânico, etc., apesar da eventual presença de perturbações do sono e de alguma ansiedade, faltam elementos para diagnosticar depressão.

Curiosamente, estes mesmos autores consideram errada a designação de pseudodemência. Nos casos em que o quadro semiológico (os sinais) entre a demência e a depressão é semelhante, a distinção é feita ao nível da etiologia (a origem), que é distinta. No entanto, reconhecem a dificuldade do diagnóstico (Pedinielli e Bernoussi, 2006).

Segundo Grandi (2004), as características mais importantes que fazem diferir a pseudodemência da demência são: na demência, o humor tende a flutuar, enquanto que na

depressão é persistentemente baixo; o deficit cognitivo tende a ser mais acentuado que na depressão.

Ainda quanto à relação depressão/demência, quando uma pessoa, com mais de 60 anos, que nunca teve quadro de depressão, tem um surto depressivo, há uma possibilidade quatro vezes maior de evolução para um quadro demencial do que nos idosos em geral (Saldanha, 2004).

2.3.4 – O suicídio de idosos

Uma breve referência ao suicídio entre idosos. As intenções ou razões para que o suicida atente contra a própria vida podem ser variadas, mais ou menos conscientes ou inconscientes, directas ou indirectas, não podendo afirmar-se “que se trate sempre de uma atitude patológica, de uma psicose mais ou menos grave” (Oliveira, 2008, p. 123).

O mesmo autor considera vários tipos de suicídios entre idosos: maníaco (uma alucinação ou delírio pode levar à morte); melancólico (ligado a um estado extremo de depressão); obsessivo (ideia fixa que torna o indivíduo obcecado pelo desejo de se matar); impulsivo ou automático (quando surge brusca e repentinamente a vontade de pôr termo à vida). A intenção suicida pode também ser motivada pelo desejo de chamar a atenção (cry for help).

Rossell *et al.* (2004) consideram que “ainda que nem todos os idosos deprimidos se suicidem, a maioria dos que se suicidaram estavam deprimidos” (p. 203). Para estes autores, a avaliação de risco nos idosos é mais complicada do que em adultos e jovens, uma vez que é menos provável que os idosos expressem as ideias suicidas.

2.3.5 – Abordagem terapêutica para a depressão no idoso

Considerado o meio mais difundido para o tratamento da depressão, a terapia comportamental consubstancia, na prática, a perspectiva cognitivo-comportamental desta perturbação. Para esta teoria, a causa principal dos sintomas do paciente são os pensamentos negativos, pouco realistas e irracionais. Estas cognições incorrectas produzem os restantes sinais desta perturbação: humor sombrio, incapacidade para actuar, lentificação do pensamento e, inclusive, as características físicas da depressão. Por conseguinte, a terapêutica tem por objectivo conseguir que o paciente deprimido identifique e modifique os referidos pensamentos negativos que geram depressão (Beck, 1973; Rush, Khatamie e Beck, 1975, citados por Belsky, 1996).

Contudo, há autores que consideram que as psicoterapias de orientação psicoanalítica constituem um instrumento terapêutico valioso na velhice, designadamente no tratamento da depressão. Do mesmo modo que em outros tratamentos existia a ideia generalizada de que as terapias psicoanalíticas são instrumentos válidos para jovens e adultos e pouco aplicáveis em doentes idosos. No entanto, o desenvolvimento da psicanálise trouxe consigo a ampliação de técnicas e a aplicação de diferentes fórmulas terapêuticas válidas para um espectro muito mais amplo de transtornos e, sobretudo, de pacientes (Ortiz *et al.*, 1996).

Quando se utiliza o tempo suficiente para escutar e se trabalha para tentar compreender um indivíduo idoso com dificuldades, percebe-se imediatamente uma evidência: “o sofrimento psíquico não tem idade nem, tampouco, a tem o inconsciente” (King, 1980, citado por Ortiz *et al.*, 1996, p. 234).

No mesmo sentido, Rossell *et al.* (2004) considera que os tratamentos psicológicos dispensados aos idosos não diferem dos usados em adultos, uma vez que várias provas empíricas sugerem que a eficácia dos tratamentos é similar em uns e outros.

Os fármacos antidepressivos são mais eficazes nos casos de *depressão major*. Nas depressões mais ligeiras não produzem melhorias tão evidentes, sendo necessárias de uma a três semanas de tratamento para os primeiros resultados. Este facto faz com que exista um grande número de pacientes com abandono da medicação.

Como conclusão deste *ítem*, reteve-se que a depressão é comum entre os idosos e, dentro destes, apresenta uma maior prevalência nos idosos institucionalizados. Não é fácil diagnosticar uma depressão nos idosos uma vez que os sintomas são semelhantes aos apresentados por idosos com demência. Só uma análise da sua etiologia, pode ajudar a concluir de que perturbação se trata.

PARTE II

ESTUDO EMPÍRICO

CAPÍTULO III – METODOLOGIA

Introdução

O envelhecimento populacional é uma realidade incontornável e fica a dever-se, no essencial, às mudanças relacionadas com a longevidade e a taxa de fecundidade da população, de acordo com o referido no *item* 1.1 – A Revolução Demográfica da Terceira Idade do Capítulo I - O ENVELHECIMENTO HUMANO. Esta tendência de envelhecimento populacional conduz a modificações nas realidades demográficas e epidemiológicas, as quais, por sua vez, têm impacto no perfil de saúde pública, designadamente nas faixas etárias mais elevadas e, dentro destas, nos indivíduos institucionalizados.

A Institucionalização de um idoso ocorre, geralmente, e como referido no *item* 1.2.3 – O Idoso e a Institucionalização do Capítulo I, com o aparecimento de *deficits* neuro-psicológicos e com o enfraquecimento dos apoios sociais disponíveis. Nestes ambientes institucionais, os idosos desenvolvem fracas expectativas de auto-eficácia e é provável que se desenvolva o desânimo aprendido, a depressão e incapacidades excessivas.

O aparecimento de doenças crónico-degenerativas – mais características nessas faixas etárias elevadas – provoca alterações no perfil de morbilidade nas mesmas. Como referido no *item* 2.3 – A Depressão do Capítulo II – AS ACTIVIDADES OCUPACIONAIS, O ISOLAMENTO E A DEPRESSÃO, a Depressão é uma destas patologias com perfil crónico e recorrente que, nestas idades, está associada a limitações funcionais e compromete tanto o bem-estar físico como o bem-estar psicológico do idoso.

Como se teve ocasião de verificar no *item 2.1 – As Actividades Ocupacionais* e no *item 2.2 – O Isolamento* do Capítulo II, a participação dos idosos em Actividades dos mais diversos tipos tem uma função protectora na manutenção de uma vida com qualidade. Por outro lado o Isolamento pode levar os idosos a uma vida monótona, geradora de sentimentos de menos valia e depressão.

O Capítulo III inicia-se com a justificação do tema escolhido para o estudo empírico e o que motivou a sua preferência. Segue-se a descrição dos objectivos que se pretendem alcançar, os problemas levantados ao investigador, a descrição das variáveis e, finalmente, a descrição do método de investigação utilizado.

3.1 – Justificação do tema

A Terceira Idade, mais concretamente o grupo dos idosos institucionalizados, e dois dos problemas que normalmente a sua institucionalização lhes acarreta – o isolamento social e/ou familiar e a inactividade resultante da não participação em actividades ocupacionais facultadas pela instituição de acolhimento, e o relacionamento destes com a depressão – foram os temas escolhidos para esta dissertação que se seguiu ao Estágio Curricular efectuado nas valências para idosos da SCMPV.

Durante a permanência na instituição para a realização do estágio referido, ficou evidente o esforço efectuado pela SCMPV para manter os idosos ocupados, contrariando a tendência para o imobilismo que acarreta uma mais rápida deterioração das capacidades neuro-cognitivas, motoras e de mobilidade, e, como consequência destas incapacidades, uma menor autonomia individual. Esta maior dependência dos idosos implica, para além do consumo de uma maior quantidade de material de uso corrente, uma maior disponibilidade do

peçoal de apoio. Desta constatação resulta que a diminuição da qualidade de vida dos idosos tem um impacto significativo nos custos de funcionamento das instituições.

Por outro lado, a institucionalização dos idosos implica, na maior parte dos casos, uma separação física do idoso dos seus familiares e de outros significativos. Esta separação, que se considerou neste estudo como a variável Isolamento, é muitas vezes referida em tom de lamento pelos mesmos idosos.

Nas diversas avaliações psicológicas efectuadas durante o estágio curricular, e alinhada com a literatura existente sobre o assunto, verificou-se igualmente uma elevada prevalência de Depressão entre os idosos institucionalizados na SCMPV.

Assim, justificou-se, no entender do autor desta dissertação, estudar a relação entre estes dois factos directamente observados, o nível de participação dos idosos em actividades ocupacionais organizadas pela SCMPV, o seu isolamento e a Depressão por eles evidenciada.

Isto é, se por avaliação e consulta psicológica se pode aquilatar a prevalência⁶ da depressão, conhecendo-se assim quantos utentes estão deprimidos, através deste estudo, e caso este se mostre conclusivo, poderia estimar-se a relação entre a participação em actividades e o isolamento com a depressão entre os idosos e, deste modo, contribuir para a clarificação da necessidade da implementação de programas que favorecessem uma menor incidência desta perturbação.

⁶ *Prevalência* e *Incidência* são medidas de frequência da ocorrência de uma doença. Prevalência mede quantas pessoas **estão** doentes, incidência mede quantas pessoas **se tornaram** doentes. Ambos os conceitos envolvem espaço e tempo – quem **está** ou **ficou** doente num determinado lugar e numa dada época.

3.2 – Objectivos

Como objectivo primário do estudo empírico que integra a presente dissertação – estudo este de base quantitativa, com características tanto descritivas como inferenciais e com teste de hipóteses – definiu-se a identificação e compreensão da relação entre cada um dos seguintes aspectos da vida quotidiana dos idosos institucionalizados:

- 1) a Participação em Actividades Ocupacionais, e
- 2) o Isolamento Social e/ou Familiar

com a Depressão evidenciada pelos mesmos idosos.

Os dois aspectos atrás referidos que, por si, constituem os objectivos específicos deste estudo ao relacionarem-se, por sua vez, com a Depressão, melhor podem ser definidos como:

- 1) a participação dos idosos nas Actividades Ocupacionais promovidas e incentivadas pela SCMPV, desenvolvidas em grupo ou individualmente;
- 2) e o Isolamento, Social e/ou Familiar, a que os idosos estão sujeitos em maior ou menor medida, e que decorre, em grande parte, da sua institucionalização.

Como objectivo secundário, residual, de carácter exploratório e que, por isso, mais não pretende ser que uma mera ventilação de dados, conjugam-se as variáveis Sócio-Demográficas Género, Idade e a Valência da Instituição que os idosos frequentam com a variável Depressão.

3.3 – Problemas levantados

O presente estudo centrou-se em duas questões principais de investigação, designadamente:

1. Existe uma associação entre a participação dos idosos em Actividades Ocupacionais promovidas pela SCMPV e a Depressão ?
2. Existe uma associação entre o Isolamento Social e/ou Familiar dos idosos institucionalizados na SCMPV e a Depressão ?

E ainda, como questão secundária:

3. Existe associação entre as variáveis sócio-demográficas Género, Idade e Valência da instituição que os idosos frequentam e a Depressão?

3.4 – Formulação de Hipóteses

Como respostas provisórias, a nível conjectural, aos problemas anteriormente levantados e suscitados pelos objectivos atrás definidos, formularam-se, de forma essencialmente indutiva, as seguintes hipóteses:

Hipótese 1 – A participação dos idosos institucionalizados em Actividades Ocupacionais promovidas pela SCMPV, desenvolvidas em grupo ou individualmente, está associada à Depressão destes idosos.

Hipótese 2 – O nível de Isolamento Social e/ou Familiar a que estão sujeitos os idosos institucionalizados na SCMPV, está associado à Depressão destes idosos.

Observação: Note-se que, para o objectivo secundário, não se formula, nesta dissertação, qualquer hipótese quanto às variáveis Sócio-Demográficas Género, Idade e Valência. Isto fica a dever-se ao facto de, para este objectivo, o estudo se revestir de um carácter exploratório e descritivo, como indicado no *item* 3.2 deste capítulo. Assim, para este objectivo secundário, “pretende-se apenas apresentar o encontrado” (Aday, 1989, citado por Ribeiro, 1999, p. 25).

3.5 – Variáveis

De seguida, descrevem-se as variáveis utilizadas no estudo empírico:

1 – A variável participação em Actividades Ocupacionais, definida no *item 2.1 – Actividades Ocupacionais*, designada como Actividades, corresponde à codificação da informação obtida do Serviço de Terapia Ocupacional e Animação da SCMPV, preenchida pelas profissionais desse serviço em ficha própria, identificada como Ficha de Participação em Actividades (cf. Anexo I) e descrita no *item 3.6.2.2 – Participação em Actividades*, deste capítulo.

A cotação da variável Actividades, pode assumir os valores de 1 a 5, sendo que:

- o valor 1 corresponde a nunca participar
- o valor 2 corresponde a participar raramente
- o valor 3 corresponde a participar de vez em quando
- o valor 4 corresponde a participar quase sempre
- o valor 5 corresponde a participar sempre.

O registo escrito da participação dos idosos nas Actividades Ocupacionais, assim como o conhecimento directo dos técnicos da SCMPV que acompanham estas mesmas actividades, serviram de elementos base para esta classificação.

2 – A variável Isolamento Social e/ou Familiar, definida no *item 2.2 – O Isolamento*, que passa a designar-se como Isolamento teve, como a variável Actividade, uma dupla fonte: os dados objectivos do registo de visitas, sempre que estes existissem, e os dados resultantes da observação directa dos profissionais da área de serviço social da SCMPV.

A cotação da variável Isolamento foi efectuada pelas técnicas de Serviço Social ao serviço da SCMPV, através do preenchimento de uma ficha própria, identificada como Ficha de Isolamento (cf. Anexo II) e descrita no *item* 3.6.2.3 deste capítulo. Esta ficha foi desenhada pelo autor da presente dissertação em colaboração com as referidas profissionais, de modo a que a cotação utilizada tivesse o poder discriminativo desejado entre as diversas situações reais.

A cotação da variável Isolamento, pode assumir os valores de 1 a 5, sendo que:

- o valor 1 corresponde a nunca ter qualquer contacto
- o valor 2 corresponde a ter pelo menos um contacto anual
- o valor 3 corresponde a ter pelo menos um contacto mensal
- o valor 4 corresponde a ter pelo menos um contacto semanal
- o valor 5 corresponde a ter contactos diários

3 – A variável Depressão, definida no *item* 2.3 - Depressão, e que corresponde à pontuação individual obtida da aplicação da Escala de Depressão Geriátrica (cf. Anexo VII), descrita no *item* 3.6.2 – Instrumentos deste capítulo, pode variar entre 0 e 30 pontos assim escalonados:

- de 0 a 9 pontos indica ausência de depressão (*normal*)
- de 10 e 19 pontos indica uma depressão ligeira (*mild depressives*)
- de 20 e 30 pontos indica uma depressão grave (*severe depressives*)

Observações:

1. Entre parênteses a designação original utilizada pelo autor da escala;

4 – Variáveis Sócio-Demográficas: Género, Idade, Valência, Estado Civil e Escolaridade, Antiguidade na Instituição, obtidas do Questionário Sócio-Demográfico (cf.

Anexo IX) e da lista de utentes fornecida pelos serviços da SCMPV. Observe-se que nem todas as variáveis recolhidas no Questionário Sócio-Demográfico foram tratadas estatisticamente para efeito de análise de resultados.

3.6 – Método

3.6.1 – Participantes

As Santas Casas da Misericórdia foram fundadas pela rainha D. Leonor e “inseriram-se no movimento de reorganização da assistência, efectuada no reinado de D. João II, integrando-se no movimento de centralização do poder régio e de estatização da assistência e caridade” (Dionísio, 2005, p. 227).



Figura 5 – Emblema da Santa Casa da Misericórdia da Póvoa de Varzim

A edificação da Misericórdia da Póvoa “ fez-se no dia 23 de Maio de 1756, por acórdão da câmara, nobreza e povo da vila” (Dionísio, 2005, p.72). Segundo a mesma autora, a Póvoa de Varzim era uma póvoa marítima, em que a maioria da população se dedicava ao sector primário, estando, por isso, muito dependente das condições climáticas. As consequências

directas desta dependência eram a fome, as doenças e outras dificuldades com impacto na vida quotidiana das populações. A Misericórdia apareceu para socorrer os indigentes, tornando-se na principal instituição assistencial e de caridade da vila.

No ano de 1826, iniciaram-se as obras para a construção do Hospital, cuja administração ficou a cargo da Mesa da Misericórdia, juntamente com os dois vereadores mais antigos da câmara (idem). Após 1974, a gestão do Hospital passou para o Estado falando-se, agora, na sua devolução aos legítimos proprietários.

A SCMPV dispõe, actualmente, das seguintes valências, que constituem as suas respostas sociais a outros tantos tipos de necessidades da comunidade (memória descritiva, sem data, elaborada pelos serviços da SCMPV):

- **Lar de Idosos** – equipamento social colectivo destinado a satisfazer as necessidades dos idosos no que se refere à habitação e seu acompanhamento global, na inexistência ou debilidade de retaguarda familiar e caso não seja possível a permanência no seu meio familiar ou social. Tem actualmente 80 utentes;
- **Lar de Grandes Dependentes** – encontra-se em funcionamento desde 1994 e tem actualmente 50 utentes. Este serviço dá resposta aos indivíduos que não podem praticar, de forma autónoma, os actos indispensáveis à satisfação das suas necessidades básicas, encontrando-se em situação de dependência e que não é possível a permanência no seu meio familiar ou social;
- **Centro de Dia** – com capacidade para 50 utentes, tem por objectivo prestar um conjunto de serviços aos idosos, mantendo-os no seu meio familiar e social;
- **Pensionato** - é uma valência de regime particular, composta por 21 quartos individuais ou para casais, equipados com casa de banho completa. Os residentes desta valência usufruem dos espaços e serviços comuns da Instituição;
- **Centro de Medicina Física e Reabilitação** – em funcionamento desde 2004, destina-se a complementar os tratamentos dos doentes paramiloidóticos, bem como a

generalidade dos utentes da SCMPV. Presta também serviços para o exterior, constituindo estes uma forma de receita. Tem actualmente acordos com o Serviço Nacional de Saúde e com diversos outros subsistemas de saúde, particulares e do sector público, bem como com Companhias de Seguros;

– **Apoio Domiciliário** – é um apoio global prestado em casa dos utentes, destinado a pessoas que se encontram em situação de dependência, não os privando, deste modo, do seu *habitat* natural. Os serviços são diversificados e respondem a todas as necessidades diárias dos utentes: higiene e conforto, alimentação, limpeza e arrumação do quarto e tratamento de roupas. 85 utentes utilizam este serviço;

– **Unidade de Cuidados Continuados e de Longa Duração e Manutenção** – Integrado na Rede Nacional de Cuidados Continuados do Ministério da Saúde, esta unidade funciona desde Outubro de 2008 e tem por missão prestar cuidados de saúde, apoio social e psicológico, com vista à recuperação e/ou manutenção da funcionalidade e da autonomia da pessoa. São também autorizados internamentos temporários para descanso de cuidadores. Esta unidade presta serviços médicos e de enfermagem permanentes, de alta qualidade, sem perda do envolvimento, da dedicação e da humanização nos cuidados prestados. Tem actualmente 27 camas;

– **Centro de Estudos e Apoio à Paramiloidose** - este serviço funciona 24 horas por dia, em regime de internamento (28 camas), apoio domiciliário (50 doentes) e consultas externas (2341 consultas em 2009). No total, estão inscritos 457 indivíduos (Farinho *et al.*, 2010). Este Centro dispõe de apoio médico, de enfermagem, psicologia, serviço social e terapia ocupacional. Trata-se de um serviço único no país porque esta doença tem uma maior incidência no concelho da Póvoa de Varzim e concelhos vizinhos. A Paramiloidose é uma doença com carácter hereditário, autossómica dominante, pelo que quando num casal um dos progenitores é afectado, há 50% de possibilidades de transmitir a doença aos seus descendentes. Por outro lado, os descendentes que nascem sem a doença, jamais poderão transmiti-la. Esta característica genética faz com que a prevenção seja a única forma de erradicar a doença. Um sinal animador é o decrescer sustentado do número de nascimento de crianças em risco. Os números apresentados na brochura *Elementos Estatísticos do*

CEAP – Abril de 2010, reproduzidos na Figura 6, são um sinal de que a batalha está, finalmente, a ser ganha.

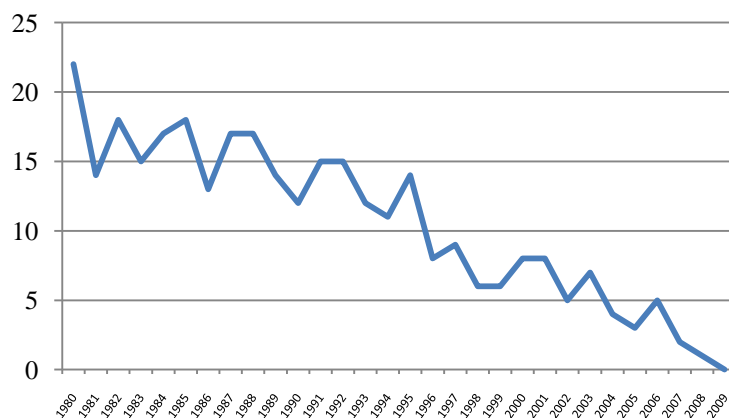


Figura 6 – Número de filhos nascidos em risco entre 1980 e 2009
Adaptado de Farinho (2010), pp. 9-10

Ainda segundo a memória descritiva atrás referida, a SCMPV fornece ainda ajudas técnicas a diversas entidades do Concelho, tanto públicas como particulares.

Numa breve caracterização do perfil do utente da SCMPV, e não considerando os utentes do Pensionato que adquiriram particularmente as suas instalações e os utentes da Unidade de Cuidados Continuados cujos perfis sociais não foi possível obter, a generalidade dos utentes da SCMPV tem origem numa classe social de baixos recursos, tanto urbana como rural.

A amostra foi constituída por 31 idosos institucionalizados nas diversas valências da SCMPV, no ano de 2010. As características específicas da amostra, quanto às variáveis sócio-demográficas, estão descritos no *item* 4.1.1 - Variáveis Sócio-Demográficas do Capítulo IV - Resultados.

3.6.2 - Instrumentos

Para a avaliação das variáveis a estudar e para efectuar posteriormente o tratamento estatístico dos dados recolhidos, utilizaram-se os seguintes instrumentos:

3.6.2.1 – *Geriatric Depression Scale (GDS)* – (Yesavage, Brink, Rose, Lum, Huang, Adey & Leirer, 1983)

Esta escala foi traduzida para Português do Brasil por Zilenovski (1991) da Universidade de São Paulo, Brasil, com a designação de Escala de Depressão Geriátrica.

A Escala de Depressão Geriátrica é um instrumento para avaliação da Depressão em idosos que, segundo Brink, Yesavage, Lum, Heersema, Adey & Rose (1982) contém as principais características de uma escala ideal para idosos:

- a) desenhada para auto-avaliação, o que lhe confere a adequação necessária a uma fácil aplicação;
- b) de resposta fácil, uma vez que é composta por um pequeno número de *itens* de resposta sim ou não; e,
- c) orientada para idosos, com perguntas formuladas por clínicos com experiência na área da depressão geriátrica e posteriormente estandardizada empiricamente com sujeitos idosos.

Segundo os mesmos autores, outras escalas utilizadas para a avaliação da Depressão, como a sub-escala de depressão da MMPI - *Minnesota Multiphasic Personality Inventory*, perdem o seu poder discriminativo quando aplicada a idosos.

A importância da utilização da GDS como instrumento de avaliação da depressão no idoso é igualmente confirmada por diversos autores. Apenas como exemplo cita-se Montorio e Izal (1996) que reafirmam a importância da GDS tanto na prática clínica como na

investigação da depressão em idosos. Contudo, assinalam, a GDS não mantém a sua validade em populações com demência.

A versão original da GDS foi testada nas suas qualidades psicométricas, por comparação com a *Hamilton Rating Scale for Depression* (HRS-D) e a *Zung Self-Rating Depression Scale* (SDS). Neste estudo, efectuado por Yesavage *et al.* (1983), os autores concluíram que, com os resultados obtidos, ficou evidente que a GDS é um instrumento adequado à avaliação da depressão nos idosos. Inicialmente constituída por 100 *itens* na sua versão original em Inglês, apenas 30 foram seleccionadas por apresentarem correlação significativa com o *score* total. Dos 30 *itens* seleccionados, 20 indicavam a presença de Depressão enquanto que os restantes (com os números 1, 5, 7, 9, 15, 19, 21, 27, 29 e 30), indicavam Depressão quando respondidos de forma negativa.

A versão final da escala, segundo Yesavage *et al.* (1983), encontra-se no Anexo III desta dissertação e foi obtida em 20/4/2010 do *site* de um dos co-autores (<http://www.stanford.edu/~yesavage/GDS.english.long.html>).

A *Geriatric Depression Scale* (GDS) foi traduzida para Português do Brasil por Zilenovski (1991), com a designação de Escala de Depressão Geriátrica (cf. Anexo VI). Esta tradução está reconhecida pelos autores da escala original, como se pode verificar pela sua inscrição na lista de traduções, publicada no *site* pessoal do seu co-autor Jerome Yesavage, M.D., da Universidade de Stanford (<http://www.stanford.edu/~yesavage/>) (cf. Anexo V).

Mais recentemente Pocinho, Farate, Dias, Lee & Yesavage (2009) efectuaram a adaptação e validação psicométrica da escala original para a população portuguesa. Deste trabalho resultou uma escala com 27 *itens* (cf. Anexo VI). Nesta adaptação foram excluídos os *itens* 27, 29 e 30 da escala original por não evidenciarem consistência interna significativa.

A versão utilizada na SCMPV foi, desde sempre, a versão de 30 *itens* cuja adaptação o autor desta dissertação desconhece, mas que se distingue da versão brasileira apenas por pequenas alterações na sintaxe das frases, sem alteração do seu sentido. Nesta versão, o texto é mais ajustado ao português falado em Portugal e mais facilmente entendido pelos idosos (cf. Anexo VII). Apenas como exemplo, não existem no texto utilizado vocábulos como “você” no início de todas as perguntas como na versão brasileira, suprimiu-se a palavra “basicamente” na primeira pergunta e, na pergunta 25, substituiu-se o texto “Você tem frequentemente vontade de chorar?” por “Dá-lhe muitas vezes vontade de chorar?”, claramente mais adequada a idosos portugueses, com níveis de instrução muito baixos na sua maioria.

Assim, e por acordo com o serviço de Psicologia da SCMPV, optou-se pela utilização da versão em vigor na instituição, garantindo-se a coerência entre dados existentes nos arquivos dos utentes com os dados agora recolhidos, dos quais uma cópia foi também arquivada nos processos individuais. Apenas se refrescou a sua imagem gráfica.

É importante ressaltar que a aplicação da GDS não é, por si só, o suficiente para diagnosticar a existência de depressão no idoso. Deste modo, “o resultado da aplicação deste instrumento é um indicador possível de que o idoso se encontra deprimido mas, por si só, não permite fazer um diagnóstico de depressão” (Ermida, 1996, p.9). No entanto, as considerações atrás formuladas, quer quanto à validação deste instrumento quer quanto à sua aplicação em tão larga escala, autorizam a sua utilização neste estudo.

Foi igualmente elaborada uma ficha Chave de Pontuação da GDS em tudo semelhante à Escala de Depressão Geriátrica mas que, dobrada na vertical, permitia uma rápida cotação da Escala (cf. Anexo VIII).

No Anexo III encontra-se, para além da escala, a cotação e os pontos de corte - *Original scoring and cutoff points* - da versão original, e que foram usados no estudo empírico.

3.6.2.2 - Ficha de Participação em Actividades

Esta ficha tem por objectivo a recolha de informações do Serviço de Terapia Ocupacional e Animação relativas à participação dos idosos que constituem a amostra nesse tipo de actividades promovidas pela instituição (cf. Anexo I) e, assim, ser possível cotar a variável Actividades. Esta ficha de recolha de dados foi desenhada pelo autor da presente dissertação em colaboração com as técnicas do referido serviço, de modo a que a cotação utilizada tivesse o poder discriminativo desejado tendo em conta as diversas situações reais.

Após a selecção da amostra, foi efectuada uma reunião com a Terapeuta Ocupacional e a Psicóloga da SCMPV, para esclarecimento dos objectivos do estudo empírico e entrega do instrumento de recolha de dados, já previamente preenchido com os nomes dos participantes. Na oportunidade, foi solicitada a confidencialidade do documento entregue e foram prestados os esclarecimentos necessários quanto aos objectivos do estudo e ao preenchimento da ficha de recolha de dados. Por prévio consenso entre os participantes nesta reunião passou a considerar-se, para efeitos deste estudo, as actividades a que alguns dos utentes se dedicam por moto próprio e com regularidade, como por exemplo, o croché, o jogo de cartas, o de dominó, etc..

De facto, actividades como estas, mas apenas em casos bem definidos, têm uma componente vincadamente ocupacional e que, embora não promovidas pela Instituição, não deixam de ser práticas regulares de alguns utentes. Em certa medida, e segundo o que foi consensualmente reconhecido, acabam por produzir efeitos semelhantes aos originados pelas actividades promovidas ou organizadas pela Instituição.

3.6.2.3 - Ficha de Isolamento

Esta ficha tem por objectivo a recolha de informações do Serviço Social da SCMPV relativas ao nível de Isolamento Familiar e/ou Social do Idoso (cf. Anexo II). A referida ficha foi desenhada pelo autor da presente dissertação, em colaboração com as técnicas do referido sector, de modo a que a cotação utilizada tivesse o poder discriminativo desejado tendo em conta as diversas situações reais.

A variável Isolamento foi a variável mais difícil de definir dada a complexidade de fixar critérios de notação, tão objectivos quanto possível, mas que tivessem em consideração um conjunto de condicionalismos susceptíveis de influenciar a sua avaliação. São exemplo desses condicionalismos a distância da residência do idoso, a quantidade de elementos constituintes desse agregado, o seu grau de parentesco, a qualidade dos laços afectivos ou ainda o nível de integração social desse idoso no seu meio de origem.

Se estes condicionalismos são importantes na construção da expectativa do idoso quanto à existência de possíveis contactos e, por essa via, interferir na percepção do seu próprio isolamento, também não deixam de o ser na percepção dos técnicos e auxiliares sobre o isolamento destes mesmos idosos.

No entanto, tendo também por base os registos escritos nos Serviços Sociais da SCMPV e o conhecimento directo de cada caso, foi possível chegar a um consenso com os técnicos da área social da SCMPV quanto ao modo de superar esta dificuldade. Garantiu-se, assim, a objectividade e a igualdade de critério nas informações recolhidas consideradas suficientes para a validade das mesmas.

Foram também considerados apenas os contactos directos e pessoais. O contacto dos idosos com os seus familiares ou amigos via telemóvel, p.e., não foram, por isso, tidos em

conta. No entanto, no questionário Sócio-Demográfico foi incluída uma pergunta que se refere à frequência de contactos com pessoas significativas, e o modo como esse contacto é concretizado, para um eventual tratamento estatístico a efectuar posteriormente.

Assim, e por opção do autor deste estudo, a cotação da variável Isolamento tem como fonte a percepção dos técnicos que acompanham os idosos e não a destes, o que, apesar das limitações apresentadas e tendo em vista o objectivo definido, foi considerado objectivamente mais correcto.

Esta ficha de recolha de dados foi entregue em reunião efectuada com a Técnica de Serviço Social da SCMPV e com a Psicóloga da Instituição, já com os nomes dos participantes na amostra. Na oportunidade, foi solicitada a confidencialidade do documento entregue e foram prestados os esclarecimentos necessários quanto aos objectivos do estudo e ao preenchimento da ficha de recolha de dados.

3.6.2.4 - Questionário Sócio-Demográfico

Esta ficha tem como objectivo a recolha de informações necessárias à caracterização dos participantes neste estudo (cf. Anexo IX).

Foi elaborada pelo autor da presente dissertação tendo em vista os objectivos e a revisão bibliográfica, e através da qual apenas foram solicitadas as informações consideradas estritamente necessárias ao presente estudo, a saber:

Nome

Número de ordem

Idade

Género

Nível de Escolaridade

Profissão e situação de reforma
Estado Civil
Local de residência
Valência que frequenta
Agregado familiar e parentesco
Frequência e meio de contactos

Assim, esta lista apresenta 11 *itens*, sendo que nem todos foram utilizados nas análises efectuadas.

3.6.2.5 – Ficha de Apresentação, Instruções e Consentimento Informado

Embora não seja clara e expressa, quer na lei portuguesa quer nos códigos de ética aplicáveis, a obrigatoriedade da obtenção do Consentimento Informado, por escrito, na recolha de dados para investigação, “é recomendado que o psicólogo, enquanto investigador, tome como referência em primeiro lugar o código de Nuremberg e a *Declaração dos Direitos dos Doentes* na Europa, dado serem estes documentos que garantem os direitos do doente, e só depois os códigos de ética dos profissionais (que focam as obrigações dos investigadores). De facto “são os primeiros que dão sentido aos segundos” (Ribeiro, 2002, p. 21). Explica este autor que tanto o Código de Nuremberg, como a *Declaração da Promoção dos Direitos dos Doentes* na Europa, têm por objectivo salvaguardar os direitos dos participantes nas investigações no âmbito europeu, enquanto os códigos de ética visam orientar os procedimentos dos profissionais para salvaguarda dos mesmos direitos.

Tendo em vista as considerações atrás referidas, foi desenhada uma ficha que, na sua parte superior, continha a apresentação do autor do estudo, os objectivos do mesmo e uma descrição do que iria ser solicitado aos participantes. Na parte inferior da ficha consta o texto

do consentimento informado, a data e o local para a aposição de uma cruz que indica o consentimento (cf. Anexo X).

3.6.2.6 – *Kit* de aplicação

O Kit de aplicação, isto é, o conjunto de instrumentos de que o autor do estudo se munia para as entrevistas, era composto por:

- Ficha de Apresentação, Instruções e Consentimento Informado (cf. Anexo X);
- Questionário Sócio-Demográfico (cf. Anexo IX);
- Escala de Depressão Geriátrica – GDS (cf. Anexo VII); e,
- Esferográfica

3.6.3 - Procedimento experimental de recolha de dados

Para a selecção da amostra deste estudo empírico foram estipulados três tipos de critérios:

A) Critérios de exclusão

Foram excluídos do estudo os utentes que não respeitavam as seguintes condições:

- 1) Não apresentação de défices cognitivos acentuados – considerando-se, para efeito, o ponto de corte do teste *Mini Mental State - MMS* ou avaliação equivalente.
- 2) Não apresentação de perturbação mental diagnosticada e registada nos ficheiros de Serviço de Psicologia da SCMPV.
- 3) Não ter uma idade inferior a 60 anos. Apenas dois participantes tinham menos de 65 anos.

- 4) Não apresentar sintomatologia depressiva cuja causa fosse passível de explicação por motivos conhecidos como, por exemplo, um luto recente ou estar ainda na fase de adaptação à Instituição.

B) Critérios de Garantia de Proporcionalidade

Com estes critérios pretendeu-se obter, tanto quanto possível, uma aproximação à realidade da SCMPV, no que se refere às variáveis Idade, Género e Valência que os idosos utilizam.

C) Finalmente utilizou-se o Critério de Conveniência.

Assim, e operacionalizando, da lista actualizada de utentes da SCMPV foram excluídos os utentes não elegíveis pela aplicação dos critérios de exclusão. De seguida, os não excluídos foram agrupados por Valência e Género e, ordenados por Idade. Finalmente, seleccionaram-se, convenientemente e de entre estes, os utentes a entrevistar por maior facilidade no contacto e comunicação, e que ficaram a constituir a amostra definitiva do presente estudo.

Os instrumentos só foram aplicados após ter sido recebida autorização do Exm^o. Sr. Provedor da SCMPV, que tinha sido previamente solicitada (cf. Anexos XI e XII).

A administração dos instrumentos foi individual, de carácter voluntário, de heteropreenchimento e somente na presença do autor desta dissertação.

Para garantir o anonimato dos participantes, as fichas foram sequencialmente numeradas, por participante, ficando na posse do autor desta dissertação a chave de identificação dos elementos constituintes da amostra (cf. Anexo XIII).

Cabe aqui uma explicação quanto à contradição entre a definição do autor da Escala de Depressão Geriátrica, cf. 3.6.2.1 – *Geriatric Depression Scale (GDS)*, como sendo uma escala de auto-preenchimento e o facto de, na metodologia, ser indicado como sendo de hetero-preenchimento. De facto, quer a idade da maior parte dos participantes, com os compreensíveis reflexos na visão ou motricidade, quer o seu grau de instrução não permitiu, na maior parte dos casos, o auto-preenchimento. Assim, optou-se por proceder à leitura das questões, após a indicação de que se pretendia uma resposta “sim ou não”. Observe-se que apenas com dois utentes foi necessário ir além da leitura da pergunta, fazendo-se uma curta explicação do que se pretendia com algumas das perguntas. No entanto, a leitura das questões nunca assumiu a forma de uma entrevista estruturada. Por fim, ressalta-se o facto de os utentes seleccionados não apresentarem prejuízo cognitivo.

A administração decorreu nas instalações da SCMPV entre 31/3/2010 e 15/7/2010 e foi obrigatoriamente precedida de uma explicação dos objectivos do estudo e da obtenção, por escrito, do Consentimento Informado de cada participante. As respostas dos inquiridos foram quase sempre precedidas de algumas reflexões em voz alta, sobre a resposta a dar, e de uma justificação sobre a mesma. No final da aplicação dos questionários seguiu-se sempre uns minutos de conversa com os participantes, com a finalidade de lhes devolver a serenidade que algumas das perguntas formuladas podiam ter abalado.

CAPÍTULO IV – RESULTADOS

Neste capítulo efectuar-se-á a apresentação do estudo estatístico – descritivo e inferencial – dos dados recolhidos. Se, pela estatística descritiva se apresenta, analisa e interpreta os dados numéricos através de instrumentos adequados como quadros, gráficos e indicadores numéricos, são os métodos de inferência estatística que permitem retirar conclusões sobre um determinado grupo – população ou universo – a partir da informação recolhida para uma amostra (Reis, 2000).

O tratamento dos dados baseia-se numa metodologia quantitativa. Como afirma Gunther (2006) a questão desta escolha metodológica não é a colocação da pesquisa qualitativa vs a pesquisa quantitativa, não é decidir por uma ou por outra. A questão tem implicações de natureza prática, empírica e técnica. “Considerando os recursos materiais, temporais e pessoais disponíveis para lidar com uma determinada pergunta científica, coloca-se para o pesquisador e para a sua equipe a tarefa de encontrar e usar a abordagem teórico-metodológica que permita, num mínimo de tempo, chegar a um resultado que melhor contribua para a compreensão do fenómeno e para o avanço do bem-estar social” (p. 207).

Os dados foram tratados pelo *software SPSS – Statistical Package for the Social Sciences* (versão 17.0). A base de dados, na sua versão codificada, fica a constituir o Anexo XIV desta dissertação.

4.1 – Apresentação e tratamento estatístico descritivo dos dados

Neste *item* far-se-á a apresentação, essencialmente descritiva, dos dados recolhidos. Os dados foram devidamente codificados, introduzidos no *SPSS* e, numa fase inicial, estatisticamente tratados no âmbito da estatística descritiva.

No tratamento descritivos dos dados utilizam-se métodos estandardizados de apresentação e descrição de dados, de modo a permitir uma rápida leitura da informação que se pretende transmitir. Assim, são utilizados quadros e gráficos – de colunas, em círculo ou de extremos e quartis (*box-plot*) – que apresentam medidas estatísticas como os valores médios, máximos, mínimos, desvios padrão, percentis, frequências e as respectivas percentagens.

4.1.1 – Variáveis Sócio-Demográficas

O Quadro 8 mostra as características Sócio-Demográficas da amostra em estudo ($n=31$) e, nas variáveis onde isso foi possível, a comparação com a população dos utentes da SCMPV das mesmas valências onde a amostra foi obtida ($n_1=220$). Foram excluídos, quer da amostra, quer dos valores apresentados para a SCMPV, os utentes do Apoio Domiciliário. Desta comparação resulta que a amostra seleccionada oferece, na generalidade, a garantia de proporcionalidade prevista nos critérios de selecção.

<i>Amostra</i> (n = 31)		<i>SCMPV</i> (n ₁ = 220)	
Variáveis	%	n ₁	%
Género			
Feminino	20 64,5	151	68,6
Masculino	11 35,5	69	31,4
Idade, média (d.p.)	78,7 (7,7)	80,0 (10,7)	
Anos de institucionalização, média (d.p.)	6,0 (4,3)	5,6 (4,5)	
Estado Civil			
Solteiro	5 16,1		
Casado	8 25,8		
Divorciado/Separado	2 6,5		
Viúvo	16 51,6		
Escolaridade			
Analfabeto	6 19,4		
Equiv. à 4 ^a . Classe	18 58,1		
Equiv. ao 9 ^o ano	4 12,9		
Equiv. ao 12. Ano	0 0,0		
Curso superior	3 9,7		
Valência			
Centro de Dia	9 29,0	57	25,9
Lar de Idosos (+ G.D.)	15 48,4	97	44,1
Pensionato	6 19,4	39	17,7
Unid. Cuidados Continuados	1 3,2	27	12,3

Quadro 8. Características Sócio-Demográficas da amostra em estudo (n=31)

Conforme pode ser observado, a amostra é de 20 mulheres e 11 homens. O estado civil mais frequente entre os idosos foi o de **Viúvo** (51,6 %); a escolaridade mais prevalente foi **Equivalente à 4^a classe** (58,1 %).

Com a apresentação do Quadro 9 acrescentam-se dados estatísticos descritivos relacionados com a Idade, Anos de Institucionalização (Antiguidade), que melhor ajudam a compreender a situação destes idosos.

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Idade	31	61	93	78,65	7,727
Antiguidade	31	1	17	6,03	4,262
N	31				

Quadro 9 – Dados estatísticos relativos à Idade e Antiguidade na Instituição

De notar que existe uma utente que frequentava a SCMPV (Centro de Dia) há já 17 anos. Os participantes tinham idades entre 61 e 96 anos (média de idade = 78,6 anos; dp = 7,7).

A Figura 7 apresenta a frequência de utentes participantes na amostra por Género e Idade.

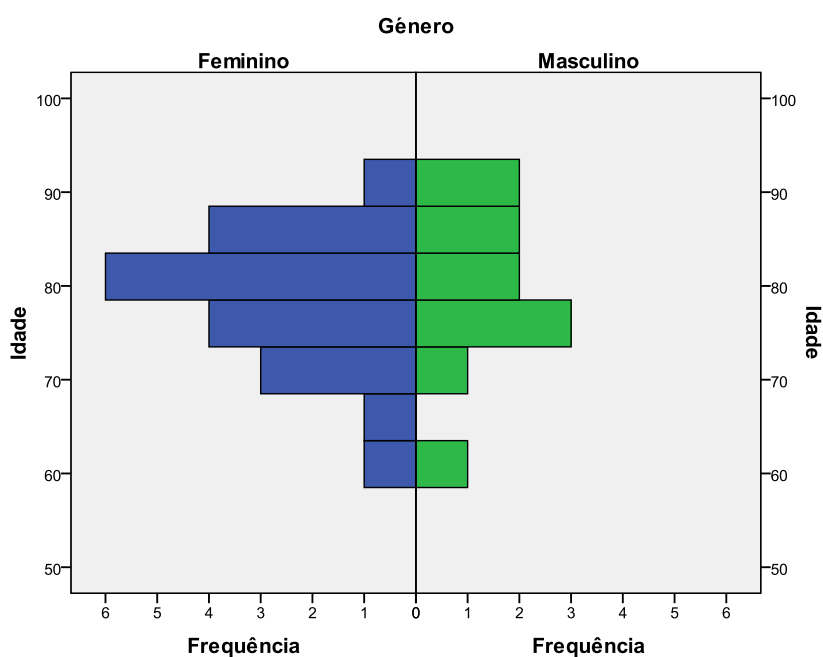


Figura 7 – Pirâmide Etária e de Género

A profissão de **Agricultor** é a ocupação anterior mais frequente (25,8%), seguida de **Doméstica** (12,9%), conforme se pode verificar no Quadro 10.

Profissão	Frequência	Percentagem
Não tem	4	12,9
Doméstica	4	12,9
Costureira	3	9,7
Soldado da GNR	1	3,2
Professor	2	6,5
Engenheiro	1	3,2
Agricultor	8	25,8
Serralheiro	1	3,2
Empregado de escritório	2	6,5
Viajante	1	3,2
Empregada de limpeza	1	3,2
Pedreiro	1	3,2
Gaspeadeira	1	3,2
Trolha	1	3,2
Total	31	100,0

Quadro 10 – Ocupação anterior dos utentes constituintes da amostra

4.1.2 – Variável Actividades

Os dados recolhidos através da Ficha de Participação em Actividades, descrita no *item*

3.6.2 – Instrumentos, estão resumidos no Quadro 11

Actividades	Frequência	Percentagem
Nunca participa	5	16,1
Participa raramente	12	38,7
Participa de vez em quando	4	12,9
Participa quase sempre	3	9,7
Participa sempre	7	22,6
Total	31	100,0

Quadro 11 – Participação em Actividades

Na Figura 8, os mesmos dados são apresentados de forma mais sugestiva, com um gráfico de frequências.

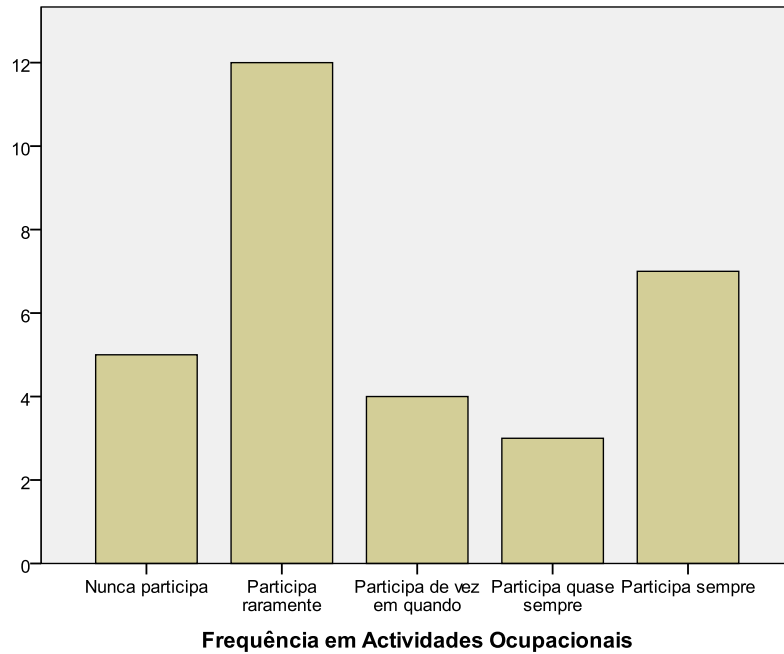


Figura 8 – Gráfico de frequências de participação em Actividades Ocupacionais

Pela análise dos números apresentados na Figura 8, verifica-se ser globalmente baixo o nível de participação dos utentes em actividades patrocinadas pela SCMPV ou de iniciativa dos próprios.

4.1.3 – Variável Isolamento

Os dados recolhidos através da Ficha Isolamento, descrita no *item* 3.6.2 – Instrumentos, estão resumidos no Quadro 12:

Isolamento	Frequência	Percentagem
Nunca tem qualquer contacto	2	6,5
Pelo menos um contacto anual	2	6,5
Pelo menos um contacto mensal	5	16,1
Pelo menos um contacto semanal	10	32,3
Contacto diário	12	38,7
Total	31	100,0

Quadro 12 – Nível de Isolamento

Na Figura 9, os mesmos dados são apresentados de forma mais sugestiva, com um gráfico de frequências.

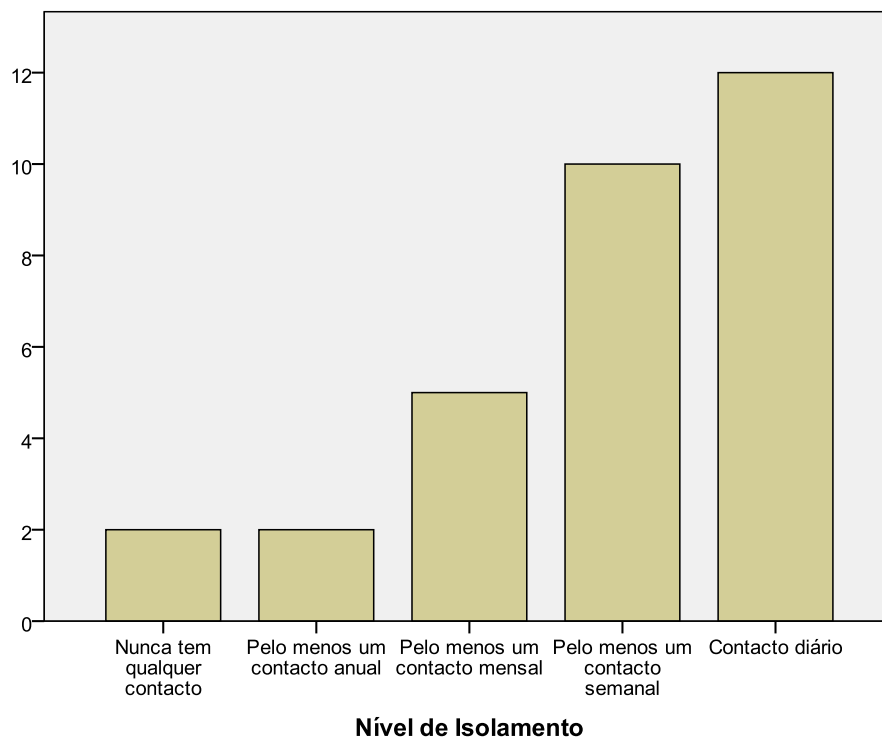


Figura 9 – Gráfico de frequências do Nível de Isolamento

Como se pode verificar, o número de utentes de cada nível aumenta com a frequência de contactos. Este facto pode indiciar que, neste aspecto, a situação não é tão grave quanto seria de esperar, sendo relativamente poucos os utentes integrantes da amostra que se encontram

completamente isolados. Bem pelo contrário, 70 % dos utentes participantes na amostra têm, pelo menos, contactos semanais.

4.1.4 – Variável Depressão

De seguida apresentam-se as Figuras 10 e 11 e o Quadro 13 que permitem três perspectivas da prevalência e gravidade da Depressão nos utentes que constituíram a amostra.

Na Figura 10, apresenta-se um gráfico de frequência (Histograma) de utentes pela pontuação da Escala de Depressão Geriátrica - *GDS* (0 a 30).

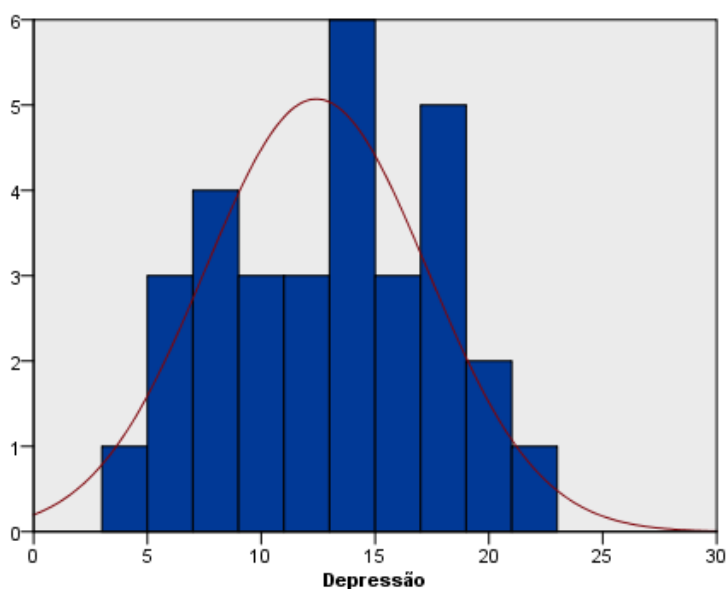


Figura 10 – Frequência de utentes por pontuação da *GDS*

Curiosamente, a curva que acompanha o gráfico de frequência de utentes por pontuação da *GDS* apresentado na Figura 10, sugere uma distribuição próxima da normal, concentrando as frequências mais elevadas nos valores próximos da média, com progressivo abaixamento dessa frequência para os dois extremos.

No Quadro 13, apresentam-se as estatísticas descritivas da variável Depressão. Pela sua análise pode verificar-se que não existem casos extremos de depressão. O valor mais elevado encontrado foi 22, bem mais próximo do limite mínimo da depressão grave (20) do que do seu valor máximo (30).

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Depressão	31	4	22	12,42	4,794
N	31				

Quadro 13 – Estatística descritiva da variável Depressão

A Figura 11 apresenta um gráfico com a distribuição percentual dos três níveis de Depressão definidos pelo autor da escala: Ausência de Depressão (pontuação de 0 a 9), Depressão Ligeira (de 10 a 19) e Depressão Grave (de 20 a 30).

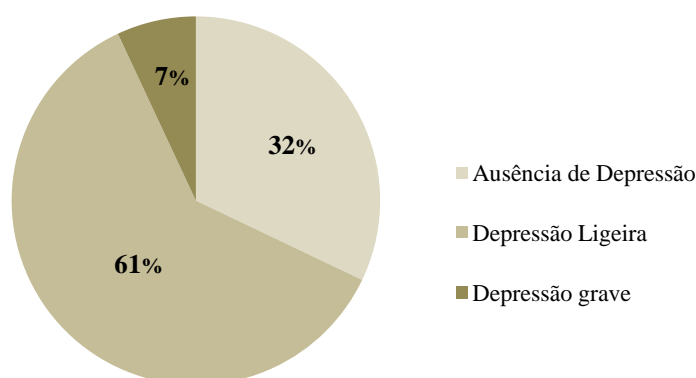


Figura 11 – Distribuição percentual dos Níveis de Depressão

Da análise do gráfico da Figura 11 verifica-se que mais de 2/3 (68%) dos utentes que constituem a amostra estão deprimidos, embora em diversos graus. Santos *et al.* (2003, citado por Cardão, 2009) refere a prevalência de 25 a 75% para idosos integrados em comunidades gerontológicas. Por outro lado, e voltando a este estudo, apenas 7% dos utentes estão muito deprimidos embora, como já foi referido, junto do limiar mais baixo da depressão grave. Um

estudo efectuado por Robins *et al.* (1981, citado por Blazer, 2003) situa a prevalência da depressão profunda entre 5 a 10 % e um outro estudo efectuado por Santos *et al.* (2003, citado por Cardão, 2009), situa esta prevalência entre 15 e 35% .

Na Figura 12, apresenta-se um gráfico da pontuação da *GDS* por Género. Os valores apresentados vão igualmente de encontro à literatura existente sobre o assunto, que aponta para uma maior prevalência da depressão no sexo feminino (Blazer, 2003, pp. 27-28)

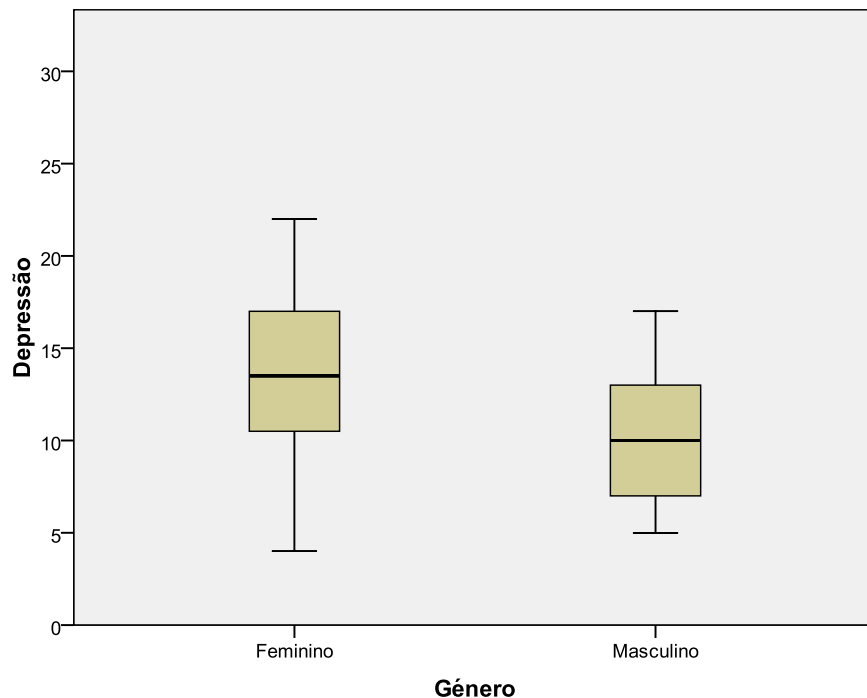


Figura 12 – Pontuação da *GDS* por género

Finalmente, na Figura 13 apresenta-se um gráfico da pontuação da *GDS* por Valência, isto é, por serviço que os idosos utilizam dentro da instituição.

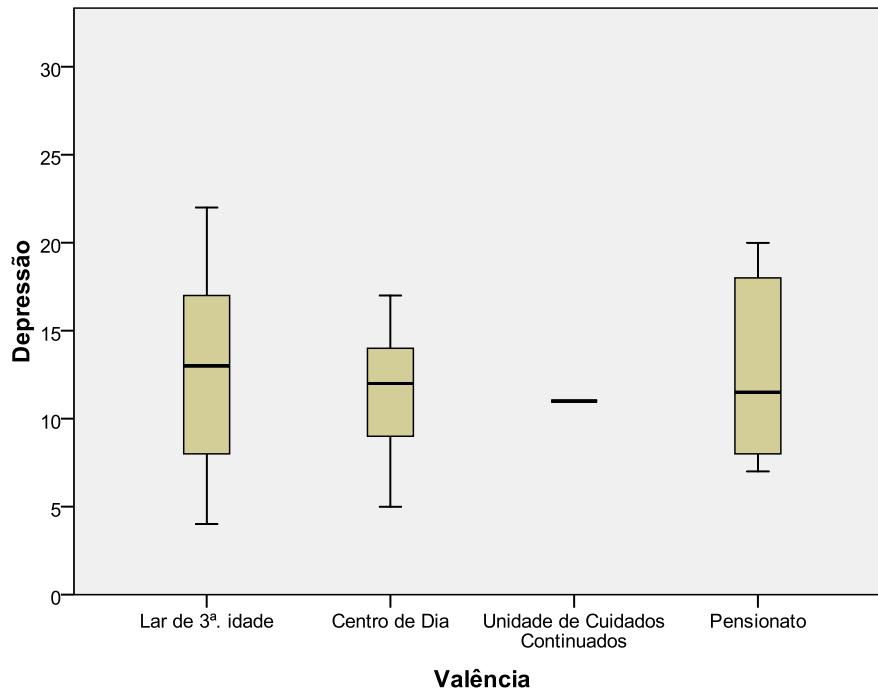


Figura 13 – Pontuação da *GDS* por Valência

Os valores apresentados sugerem alguma uniformidade na gravidade da Depressão apresentada pelos utentes nas diversas valências da SCMPV. Esta uniformidade pode indiciar uma independência entre a forma ou modelo de institucionalização e a depressão evidenciada pelos idosos, remetendo uma eventual relação para a existência ou não de institucionalização. Só a realização de novos estudos poderá confirmar estas observações.

De seguida, tratar-se-ão os dados apresentados a nível inferencial.

4.2 – Tratamento estatístico inferencial dos dados

Este tratamento inferencial de dados, que assume uma **forma essencialmente indutiva** enquanto se pretende a generalização dos resultados obtidos numa amostra, apoia-se numa metodologia quantitativa, com características correlacionais, observacionais e transversais, próprias das estatísticas inferenciais:

- a) correlacionais, na medida em que se pretende verificar a existência de relações entre variáveis, sem estabelecer entre elas qualquer relação de causa-efeito;
- b) observacionais, dada a inexistência de manipulação de variáveis independentes; e,
- c) transversais, uma vez que o estudo se refere a um corte transversal no tempo, o qual se situa na altura em que os instrumentos foram aplicados.

A amostra assume uma característica **não probabilística**, uma vez que:

- a) cada elemento da população não teve a mesma probabilidade de ser escolhido para fazer parte da amostra;
- b) tratou-se de uma amostra parcialmente de conveniência, uma vez que os sujeitos foram seleccionados em função de um conjunto de características específicas, ver *item 3.6.3 – Procedimento experimental de recolha de dados*, e foram escolhidos para a compreensão dos objectivos definidos, ver *item 3.2 - Objectivos*; e,
- c) a dimensão da amostra ($n=31$) não respeita a “regra do polegar”, indicada por Hill e Hill (2002), que aponta para a necessidade de ter pelo menos 30 observações para cada amostra independente.

As análises estatísticas inferenciais foram baseadas em **testes não-paramétricos**, uma vez que não estavam reunidas as condições necessárias para a utilização dos testes paramétricos equivalentes, quer pela impossibilidade de garantir o pressuposto da normalidade, chave de toda a estatística paramétrica, quer pela reduzida dimensão da amostra e quer ainda pela natureza apenas de nível ordinal das escalas de alguns instrumentos utilizados.

4.2.1 – Objectivo primário

Como objectivo primário deste estudo foram formuladas, para teste, duas hipóteses, apresentadas no *item* 3.4 – Formulação de Hipóteses do Capítulo III – Metodologia.

Segundo Silva (1994) os testes de hipóteses não-paramétricos baseiam-se em propriedades simples dos dados, pelo que o fraco conjunto de condições teóricas requeridas para a validade de aplicação destes testes, está na origem do seu grande desenvolvimento, nomadamente no âmbito das ciências sociais e humanas.

4.2.1.1 – Hipótese 1 - Actividades vs. Depressão

Hipótese 1 - A participação dos idosos em Actividades Ocupacionais promovidas pela SCMPV, desenvolvidas em grupo ou individualmente, está associada à Depressão destes idosos.

Para teste da Hipótese 1, e tendo em consideração os condicionalismos referidos no *item* 4.2 – Tratamento estatístico dos dados, utilizou-se o teste de correlação ordinal ρ de *Spearman*, para obter o coeficiente de correlação ordinal entre as duas variáveis: Actividades vs. Depressão. O resultado é apresentado no Quadro 14:

			Actividades	Depressão
ρ de <i>Spearman</i>	Actividades	Coeficiente de Correlação	1,000	-,254
		Sig. (bi caudal)	.	,167
		N	31	31
	Depressão	Coeficiente de Correlação	-,254	1,000
		Sig. (bi caudal)	,167	.
		N	31	31

Quadro 14 – Teste de correlação ρ de *Spearman* – Actividades vs. Depressão

Tendo em conta o valor de p (significância) obtido ($p = 0,167 > 0,05$), o resultado é estatisticamente não significativo, não sendo possível confirmar a Hipótese 1 formulada. Assim, não pode afirmar-se que, nesta amostra, exista correlação entre as variáveis Atividades vs. Depressão nestes idosos.

4.2.1.2 – Hipótese 2 - Isolamento vs. Depressão

Hipótese 2 - O nível de Isolamento, Social e/ou Familiar, a que estão sujeitos os idosos institucionalizados na SCMPV, está associado à Depressão destes idosos.

Para teste desta Hipótese 2, e tendo em consideração os condicionalismos referidos no item 4.2 – Tratamento estatístico dos dados, utilizou-se o teste de correlação ordinal ρ de Spearman, para obter o coeficiente de correlação ordinal entre as duas variáveis: Isolamento vs. Depressão. O resultado é apresentado no Quadro 15:

			Isolamento	Depressão
ρ de Spearman	Isolamento	Coeficiente de Correlação	1,000	,053
		Sig. (bi caudal)		,776
		N	31	31
	Depressão	Coeficiente de Correlação	,053	1,000
		Sig. (bi caudal)	,776	
		N	31	31

Quadro 15 – Teste de correlação ρ de Spearman – Isolamento vs. Depressão

Tendo em conta o valor de p (significância) obtido ($p = 0,776 > 0,05$), o resultado é estatisticamente não significativo, não sendo possível confirmar a Hipótese 2 formulada. Assim, não pode afirmar-se que, nesta amostra, exista correlação entre as variáveis Isolamento vs. Depressão nestes idosos.

4.2.2 – Objectivo secundário

O objectivo secundário, para o qual não se formularam hipóteses assumindo, assim, este estudo, um carácter exploratório, visa estabelecer eventuais correlações entre as variáveis Sócio-Demográficas Género, Idade e Valência que os utentes utilizam na instituição e a variável Depressão. Apresentam-se, de seguida, os resultados obtidos para cada uma destas três variáveis Sócio-Demográficas.

4.2.2.1 – Género vs. Depressão

Face à utilização de duas amostras independentes (feminina e masculina) utilizou-se a prova não-paramétrica *U* de *Mann-Whitney* para verificar a eventual existência de uma associação entre as duas variáveis Género e Depressão, comparando, assim, dois grupos independentes. O resultado é aprestado no Quadro 16:

Estatísticas Descritivas					
	N	Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo
Depressão (2 grupos)	31	12,42	4,794	4	22

Posições				
Género (2 grupos)		N	Média das Posições	Soma das Posições
Depressão	Feminino	20	18,28	365,50
	Masculino	11	11,86	130,50
Total		31		

Teste ^a	
	Depressão
<i>Mann-Whitney U</i>	64,500
<i>Wilcoxon W</i>	130,500
<i>Z</i>	-1,885
Sig. Assimp. (bi caudal)	,059

a. Variável agrupativa: Género

Quadro 16 – Prova *U* de *Mann-Whitney* – Género vs. Depressão

Deste modo, e tendo em conta que o valor de p (*significância assintótica*) obtido ($p\text{-value} = 0,059 > 0,05$), o resultado é estatisticamente não significativo, embora muito próximo de ser significativo, verificando-se uma insuficiente evidência para estabelecer uma comparação entre os níveis de depressão dos dois grupos de utentes, feminino e masculino, estabelecendo-se, mesmo assim, uma razoável associação entre as duas variáveis. Como pode verificar-se, os sujeitos do género feminino apresentam uma média das posições do teste U de *Mann-Whitney* (18,28) superior à média das posições dos sujeitos do género masculino (11,86).

Apesar de a amostra ser proporcional à população da SCMPV no que se refere à distribuição por género e assim ser, neste aspecto, representativa, verifica-se que o número de sujeitos do género feminino é quase o dobro do número de sujeitos do género masculino. Se a dimensão da amostra fosse superior para ambos os géneros, os resultados, provavelmente, seriam estatisticamente significativos.

4.2.2.2 – Idade vs. Depressão

Utilizou-se o teste de correlação ordinal ρ de *Spearman*, para obter o coeficiente de correlação ordinal entre as duas variáveis: Idade vs. Depressão. O resultado é apresentado no Quadro 17:

			Idade	Depressão
ρ de <i>Spearman</i>	Idade	Coefficiente de Correlação	1,000	-,193
		Sig. (bi caudal)	.	,299
		N	31	31
	Depressão	Coefficiente de Correlação	-,193	1,000
		Sig. (bi caudal)	,299	.
		N	31	31

Quadro 17 – Teste de correlação ρ de *Spearman* – Idade vs. Depressão

Tendo em conta o valor de p (significância) obtido ($p = 0,299 > 0,05$), o resultado é estatisticamente não significativo não se podendo afirmar que, nesta amostra, exista correlação entre as variáveis Idade vs. Depressão nestes idosos.

4.2.2.3 – Valência vs. Depressão

Face à utilização de n amostras independentes (quatro das valências da SCMPV) utilizou-se o teste não-paramétrico de *Kruskall-Wallis* para verificar a eventual existência de uma associação entre as duas variáveis Valência vs Depressão, comparando, assim, quatro grupos independentes. O resultado é apresentado no Quadro 18

Estatísticas Descritivas					
	N	Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo
Depressão (4 grupos)	31	12,42	4,794	4	22

Posições			
	Valência (4 grupos)	N	Média das Posições
Depressão	Lar de 3ª. idade	15	16,97
	Centro de Dia	9	14,50
	Pensionato	6	16,50
	Unidade de Cuidados Continuados	1	12,00
	Total	31	

Teste ^a	
	Depressão
Qui-Quadrado	,631
<i>df</i>	3
Sig. Assimp.	,889

a. Variável agrupativa: Valência

Quadro 18 – Teste de *Kruskall-Wallis* – Valência vs. Depressão

Tendo em conta que o valor de p (*sig. assintótica*) obtido ($p\text{-value} = 0,889 > 0,05$), o resultado é estatisticamente não significativo, verificando-se uma insuficiente evidência para concluir que existe uma associação entre as variáveis Valências da instituição e Depressão, pois não há diferenças entre grupos.

Este resultado sugere, de alguma forma, as observações tecidas acerca da Figura 13 - Pontuação da GDS por Valência, no capítulo 4.1.4 - Variável Depressão, que indicavam uma uniformidade na gravidade dos níveis de Depressão nos idosos nas diversas Valências da SCMPV.

Dada a existência de um grupo, Unidade de Cuidados Continuados - UCC, com um só elemento, efectuou-se um novo teste com a inclusão deste elemento no novo grupo Pensionato/UCC.

Estatísticas Descritivas					
	N	Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo
Depressão (3 grupos)	31	12,42	4,794	4	22

Posições			
	Valência (3 grupos)	N	Média das Posições
Depressão	Lar de 3 ^a . idade	15	16,97
	Centro de Dia	9	14,50
	Pensionato/UCC	7	15,86
	Total	31	

Teste ^a	
	Depressão
Qui-Quadrado	,419
<i>df</i>	2
Sig. Assimp.	,811

b. Variável agrupativa: Valência

Quadro 19 – Variante ao Teste de *Kruskall-Wallis* – Valência vs. Depressão

Esta modificação não produziu alteração significativa nos resultados do teste, conforme pode verificar-se no Quadro 19, se bem que a significância tenha aumentado um pouco. De qualquer modo, o tamanho geral da amostra não permite maiores ilações, até porque tem de ser dividido por três grupos.

CAPÍTULO V – DISCUSSÃO

5.1 – Análise e interpretação dos resultados

A questão central que se colocava ao autor deste estudo empírico era a demonstração da existência de eventuais relações entre a Participação em Actividades Ocupacionais e a Depressão bem como entre o Isolamento Social e/ou Familiar e a Depressão, Depressão esta evidenciada pelos Idosos institucionalizados na SCMPV que constituíram a amostra. As provas estatísticas aplicadas aos dados recolhidos não obtiveram resultados que comprovassem a existência destas relações.

No que concerne aos objectivos secundários, pode considerar-se que não se verificaram diferenças significativas na variável Depressão evidenciada pelos sujeitos participantes quando distribuídos em grupos, Género ou Valência, nem se verificou a existência de uma correlação directa entre a mesma Depressão e a Idade dos participantes na amostra.

Finalmente, este estudo empírico sugere que os idosos participantes apresentam significativa sintomatologia depressiva e que essa prevalência é maior no sexo feminino, conforme o evidenciado nas Figuras 11 e 12 apresentadas no *item* 4.1.4 – Variável Depressão.

5.2 – Limitações do estudo

A principal limitação deste estudo empírico prende-se com a exiguidade da dimensão da amostra que, por sua vez, deriva do facto de não serem elegíveis os idosos com algum *deficit* cognitivo. Este facto, por si só, limitou as possibilidades de encontrar resultados

estatisticamente significativos nas diversas provas produzidas. Do mesmo modo, o método de selecção da amostra, não aleatório, aliado à sua exiguidade já referida, constitui, desde logo, uma limitação inultrapassável para a possibilidade de inferência da generalização dos resultados obtidos.

Por outro lado, os dois instrumentos utilizados (ficha de recolha de dados de Isolamento e Ficha de recolha de dados da Participação em Actividades), que serviram para a recolha de dados das variáveis Isolamento e Actividades, foram desenhados pelo autor deste estudo em parceria com os técnicos da SCMPV das respectivas áreas, não tendo sido avaliadas as respectivas qualidades psicométricas. Não estão, por isso, validados. Este facto constitui uma limitação a eventuais conclusões, que apenas se justifica, *ab initio*, pela natureza indutiva deste estudo.

Como já foi referido no *item 3.6.2.1 – Geriatric Depression Scale (GDS)*, foram encontradas algumas dificuldades na aplicação deste instrumento aos idosos com menor instrução. Para ultrapassar esta situação, optou-se por utilizar a versão com origem na tradução brasileira, de melhor compreensão por parte dos sujeitos que constituíram a amostra. Com a utilização desta versão garantiu-se, também, a coerência dos dados obtidos com os já existentes nos ficheiros individuais dos utentes agora entrevistados. Não podendo ser considerada como uma verdadeira limitação deste estudo empírico, entende-se que esta questão deve ser, pelo menos, motivo de reflexão em próximos estudos.

Finalmente, se, para a depressão, alguma dificuldade se colocou na selecção da bibliografia para referir a mais actualizada, dada a grande quantidade quer de artigos, quer de estudos, quer de outras publicações sobre o assunto, já para as outras duas variáveis, o isolamento e as actividades ocupacionais, foi a quase ausência de referências específicas, no contexto da Psicologia, que dificultou o trabalho.

5.3 – Sugestões

Em primeiro lugar, e porque ressalta como evidente que, com uma amostra com a dimensão da utilizada neste estudo empírico, dificilmente seria possível obter relações significativas entre variáveis, sugere-se que, um eventual estudo futuro seja efectuado em mais do que um local de institucionalização de idosos, para que seja possível uma amostra de maior dimensão e abrangência.

Face às dificuldades na aplicação da *GDS-30* já referidas no *item 3.6.3 – Procedimento experimental de recolha de dados*, sugere-se a replicação deste estudo com a Escala de Depressão Geriátrica Reduzida - *GDS-15*, que apresenta apenas 15 questões a formular aos participantes sendo assim mais simples e de entendimento mais fácil para participantes que têm nível de instrução pouco elevado.

De seguida, sugere-se uma melhor definição do conceito de Isolamento, que claramente o distinga do conceito de Solidão, este sim, bem melhor estudado como fenómeno psicológico. Nesta definição devem ser consideradas as novas formas de comunicação entre os indivíduos, designadamente o telemóvel, e se as mesmas contribuem para neutralizar o isolamento a que os idosos institucionalizados estão naturalmente sujeitos, em maior ou menor medida.

Finalmente, sugere-se também que sejam realizados outros trabalhos com o objectivo de, numa perspectiva preventiva, se avalie melhor a relação entre as variáveis aqui utilizadas, o Isolamento Social e/ou Familiar e a Participação em Actividades Ocupacionais, e eventualmente outras consideradas igualmente importantes. Neste particular, talvez valesse a pena privilegiar o estudo desses factores que, nestes ambientes institucionais, determinam a Depressão, assim como a interacção entre esses mesmos factores e o peso de cada um nessa determinação. Configurar-se-ia, assim, um estudo factorial.

Seria então possível, com razoável suporte empírico, desenvolverem-se programas de prevenção e protecção à saúde mental de idosos institucionalizados e, deste modo, evitar esta elevada prevalência da Depressão.

CONCLUSÃO

O cenário demográfico actual e a sua previsível evolução a curto, médio ou longo prazo, apontam para um progressivo e acelerado envelhecimento populacional. Este envelhecimento traz consigo um incremento da população dependente. Como consequência deste fenómeno, as necessidades deste segmento crescente da população, concretizadas em pedidos de apoio social e de saúde, serão cada vez maiores, pressionando os recursos económicos destinados a este fim, tanto pelo Estado como pelas famílias. Deste modo, os pedidos de alojamento e de serviços especiais destinados a cobrir as necessidades dos idosos, com maior ou menor grau de dependência, irão também aumentar substancialmente.

O recurso à institucionalização dos idosos será, assim, um modo de as famílias enfrentarem esta realidade desfavorável que é agravada, por sua vez, pelas exigências de uma vida moderna, na qual elevados padrões de desempenho, de produtividade e de competitividade se vão sobrepondo à solidariedade inter-geracional e enfraquecendo a coesão familiar. Finalmente, também para este agravamento da situação dos idosos concorre uma crise nos valores tradicionais. Desta crise resulta que uma moral autónoma e o relativismo, tanto como doutrina como simples atitude, vão ganhando terreno a outros valores bem mais compatíveis com uma perspectiva humanista da vida, como a família, a solidariedade e a moral social. Desta convergência perversa resulta que os idosos vão progressivamente perdendo o lugar privilegiado que historicamente detinham nas sociedades humanas. Mas esta é apenas uma perspectiva filosófica ou sociológica da questão.

Para o idoso, e agora já numa perspectiva psicológica, a institucionalização é entendida como uma vivência de perda. Perda do meio ambiente familiar e social, que se operacionalizou neste estudo empírico através da variável Isolamento, e perda das diversas formas de ocuparem o seu tempo de forma activa, para a avaliação da qual, agora na instituição, se utilizou a variável Actividades. A Depressão evidenciada por estes idosos constitui-se como “o representante simbólico desta vivência de perda” (Cardão, 2009, p. 15), e estabeleceu-se como a terceira variável do estudo.

Os resultados obtidos no estudo empírico efectuado na Santa Casa da Misericórdia da Póvoa de Varzim não reflectem, de forma clara, esta representação de perda. No entender do autor desta dissertação, este facto ficou a dever-se, no essencial, às limitações metodológicas descritas no estudo empírico.

No entanto, a Depressão existe entre os idosos institucionalizados e o combate ao seu Isolamento e à sua falta de Actividade têm sido entendidos, como foi referido no *item 2.2 – O Isolamento Social e/ou Familiar* e no *item 3.3 – As actividades Ocupacionais*, como formas de a evitar ou diminuir. Este entendimento foi possível de constatar nos esforços desenvolvidos na SCMPV.

Concluindo, com a realização deste trabalho pretendeu-se confirmar a validade desta opção pelo investimento nos meios de combate ao isolamento e à inactividade dos idosos institucionalizados e, deste modo, proporcionar-lhes um envelhecimento o mais próximo possível daquilo a que se convencionou chamar um “envelhecimento activo e saudável”.

E para que o facto de se viver muitos anos não constitua um problema, mas apenas uma conquista.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguera, L. (1998). *Demencia: Una aproximación práctica*. Barcelona; Masson
- APA, American Psychiatric Association (2002). *DSM-IV-TR Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*. Lisboa: Climepsi.
- Barreto, J. (2006). Envelhecimento e Qualidade de Vida: os desafios do presente. *Intervenção Social – saberes e contextos*. Actas do Encontro de Intervenção Social: saberes e contextos. Porto: Escola Superior de Educação Paula Frassinetti.
- Belsky, J. (1996). *Psicologia del envejecimiento – Teoria, investigaciones e intervenciones*. Barcelona: Masson.
- Berger, L., Mailloux-Poirier, D. (1995). *Pessoas Idosas, uma abordagem global*. Lisboa: Lusodidacta.
- Blazer, D. (1998). *Problemas Emocionais da Terceira Idade: estratégias de intervenção*. São Paulo: Andrei.
- Blazer, D. (2003). *Depressão em Idosos*. São Paulo: Andrei.
- Brink T. L., Yesavage J. A., Lum O., Heersema P., Adey M. B., Rose T. L. (1982). Screening tests for geriatric depression. *Clinical Gerontologist*, 1: 37-44.
- Buhler, C., (1962). *A Psicologia na Vida do Nosso Tempo*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Calado, D. (2004). Velhice - Solidão ou vida com sentido? In Quaresma, M., Fernandes, A., Calado, D., Pereira, M., *O Sentido das Idades e da Vida – Interrogar a solidão e a dependência*. ISSS de Lisboa: CESDET
- Cardão, S. (2009). *O Idoso Institucionalizado*. Lisboa: Coisa de ler.

- Carrilho, M. J., Patrício, L. (2008). A situação demográfica recente em Portugal. *Revista de Estudos Demográficos* N. 44. Instituto Nacional de Estatística – Gabinete de Estudos (INE-GE).
- Carvalho, V., Fernandez, M. (2002). Depressão no Idoso. In Netto, M., *Gerontologia. A Velhice e o Envelhecimento em Visão Globalizada*. São Paulo: Atheneu.
- Cassinello, Z., Dolores, M. (2006). El bienestar subjetivo en la vejez. In *Informes Portal Mayores*, nº 52. Madrid: Lecciones de Gerontología.
- Coderch, J. (1987). *Teoria y técnica de la psicoterapia psicoanalítica*. Barcelona: Herder.
- Coelho, E., Magalhães, M. G., Peixoto, J. (2008). *Projeções de População Residente em Portugal 2008/2060*. Instituto Nacional de Estatística - Departamento de Estatísticas Demográficas e Sociais (INE-DEDS).
- Conde, J. (1997). Subjectivación y vinculación en el processo de envejecimiento. *Anuario de Psicología*. Vol. 2., Universitat de Barcelona.
- Cordeiro, D. (2002). *Manual da psiquiatria clínica*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Dionísio, P. (2005). A Santa Casa da Misericórdia da Póvoa de Varzim – Assistência e Caridade numa Vila Piscatória (1756-1806). Povo de Varzim: Câmara Municipal
- Doll, J., Gomes, A., Hollerweger, L., Pecoits, R., Almeida, S. (2007). Actividade, Desengajamento, Modernização: Teorias Sociológicas Clássicas sobre o Envelhecimento. *Estudos Interdisciplinares do envelhecimento*, UFRGS, Porto Alegre, V.12, 7-33.
- Egea, P., Vasquez, A., Bosch, J., Puerto, A. (2004). Le pois des réseaux sociaux dans la lutte contre l'isolement des personnes âgées. In Quaresma, M., Fernandes, A., Calado, D., Pereira, M., *O Sentido das Idades e da Vida – Interrogar a solidão e a dependência*. ISSS de Lisboa: CESDET
- Ermida, J. (1996). Avaliação Geriátrica compreensiva. *Revista Portuguesa de Medicina Geriátrica – Geriatria*, Ano IX, 84: 5-11.

- Farinho, L. (2010). Elementos Estatísticos do Centro de Estudos e Apoio à Paramiloidose. SCM da Póvoa de Varzim.
- Fernandes, P. (2002). *A Depressão no Idoso – estudo da relação entre factores pessoais e situacionais e manifestações de depressão*. Coimbra: Quarteto.
- Ferrari, M. (2002). Lazer e ocupação do tempo livre na Terceira Idade. In Netto, M., *Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada*. São Paulo: Atheneu.
- Ferrey, G. Goues, G., Bobes, J. (1994). *Psicopatologia del anciano*. Barcelona: Masson
- Figueiredo, D. (2007). *Cuidados familiares do idoso dependente*. Lisboa: Climepsi.
- Fonseca, A. (2004). *Uma Abordagem Psicológica da “Passagem à Reforma” - Desenvolvimento, Envelhecimento, Transição e Adaptação*. Dissertação de Candidatura ao grau de Doutor em Ciências Biomédicas. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar.
- Fontaine, R. (2000). *Psicologia do Envelhecimento*. Lisboa: Climepsi
- Garcia, R. (2005). Manifestaciones del aislamiento social en el anciano. In *Investigación e Educación*, 20, 3, Setembro de 2005. Andalucía: UAA.
- Gatto, I. (2002). Aspectos Psicológicos do envelhecimento. In Netto, M., *Gerontologia. A Velhice e o Envelhecimento em Visão Globalizada*. São Paulo: Atheneu.
- Géis, P., Rubi, M. (2003). *Terceira Idade – Actividades criativas e recursos práticos*. Porto Alegre: Artmed.
- Gonçalves, D., Martins, I., Guedes, J., Pinto, F., Fonseca, A. (2006). Promoção da Qualidade de Vida dos Idosos Portugueses através da continuidade de tarefas produtivas. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 7 (1), pp. 137-143. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde.
- Grandi, I. (2004). Diagnóstico Diferencial: Depressão e Pseudodemência. In Saldanha, A. e Caldas, C. *Saúde do Idoso. A arte de cuidar*. Rio de Janeiro: Interciência.

- Gunther, H. (2006). Pesquisa Qualitativa Versus Pesquisa Quantitativa: Esta É a Questão?. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. Vol. 22, 2, pp. 201-210. Brasília: Instituto de Psicologia da UB.
- Hansenne, M. (2004). *Psicologia da Personalidade*. Lisboa: Climepsi.
- Hill, M., Hill, B. (2002). *Investigação por Questionário*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Imaginário, C. (2004). *O idoso dependente em contexto familiar: uma visão da família e do cuidador principal*. Coimbra: Formasau.
- IMERSO, Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (2000). *Personas Mayores y Residencias*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Gobierno de España.
- ISS-IP, Instituto da Segurança Social – Instituto Público (2010). *Manual de processos-chave: estrutura residencial para idosos*.
- Jacob, L. (2008). *Animação de Idosos – Actividades*. Porto: Ambar.
- Jeckel-Neto, E., Cunha, G. (2006) Teorias Biológicas do Envelhecimento. Em Freitas, E., Py, L., Cançado, F., Doll, J., Gorzoni, M.. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*, 2ª. Ed. Rio de Janeiro: Koogan.
- Leon, F., Jimenez, M., Hernandez, R., Gestoso, C., Infante, J., Villaverde, M., Sanchez, I. (2002). Actitudes psicológicas ante la muerte e el duelo. Una revision conceptual. *Cuadernos de Medicina Forense*, 30. Asociación Andaluza de Médicos Forenses.
- Lorda, C., Sanchez, C. (1996). *Recreação na Terceira Idade*. Rio de Janeiro: Sprint.
- Martins, R. (2006). Envelhecimento e políticas sociais. *Millenium*, 32, 126-140. Instituto Politécnico de Viseu.
- Montorio, I., Izal, M. (1996). The Geriatric Depression Scale: A Review of Its Development and Utility. *International Psychogeriatrics*, 8: 103-112.
- Neri, A. (2006) Teorias Psicológicas do Envelhecimento: Percurso histórico e teorias actuais. Em Freitas, E., Py, L., Cançado, F., Doll, J., Gorzoni, M.. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*, 2ª. Ed.. Rio de Janeiro: Koogan.

- Neri, A. (2006a) Envelhecimento Cognitivo. *In* Freitas, E., Py, L., Cançado, F., Doll, J., Gorzoni, M.. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*, 2ª. Ed.. Rio de Janeiro: Koogan.
- Netto, M., Brito, F. (2001). *Urgências em Geriatria*. São Paulo: Atheneu.
- Netto, M. (2006) O Estudo da Velhice: Histórico, Definição do Campo e Termos Básicos. *In* Freitas, E., Py, L., Cançado, F., Doll, J., Gorzoni, M.. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*, 2ª. Ed.. Rio de Janeiro: Koogan.
- Óbitos superiores aos nascimentos. (2010, Julho 11). *Público*, 8.
- Oliveira. B. (2008). *Psicologia do Idoso - temas complementares*. Porto: Livpsi, Legis Editora.
- Ortiz, L., Prieto, B., Barba, A. (1996). Existen diferencias neurobiológicas entre la depresión en el anciano y la del adulto joven? *in La depresión en el anciano: Doce cuestiones fundamentales*, (pp. 225-251). Madrid, Fundación Archivos de Neurobiología.
- Papalia, D. E., Olds, S. W., & Feldman, R. D. (2006). *Desenvolvimento humano*. Porto Alegre: Artmed.
- Paúl, M. C. (1997). *Lá para o fim da vida – Idosos, família e meio ambiente*. Coimbra: Almedina.
- Paúl, M. C. (2006). Psicologia Positiva, Saúde e Longevidade. *Intervenção Social – saberes e contextos*. Actas do Encontro de Intervenção Social: saberes e contextos. Porto: Escola Superior de Educação Paula Frassinetti.
- Pedinelli, J., Bernoussi, A. (2006). *Os estados depressivos*. Lisboa: Climepsi.
- Pereira, M. (2004). O tempo de vida e a vivência do tempo. *In* Quaresma, M., Fernandes, A., Calado, D., Pereira, M., *O Sentido das Idades e da Vida – Interrogar a solidão e a dependência*. ISSS de Lisboa: CESDET
- Pimentel, L. (2005). *O lugar do idoso na família*. Coimbra: Quarteto

- Pocinho, M. T. S., Farate, C., Dias, C. A. , Lee, T. T., Yesavage, J. A. (2009). Clinical and Psychometric Validation of the Geriatric Depression Scale (GDS) for Portuguese Elders. *Clinical Gerontologist*, 32: 223-236.
- Quaresma, M. (2004). Interrogar a Dependência. In Quaresma, M., Fernandes, A., Calado, D., Pereira, M., *O Sentido das Idades e da Vida – Interrogar a solidão e a dependência*. ISSS de Lisboa: CESDET
- Ramos, L. (2005). *Geriatrics e Gerontologia*. S. Paulo: Manole
- Reis, E. (2000). *Estatística Descritiva*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Ribeiro, J. P. (1999). *Investigação e Avaliação em Psicologia e Saúde*. Lisboa: Climepsi.
- Ribeiro, J. P. (2002). O consentimento informado na investigação psicológica é necessário? *Psicologia, Saúde & Doenças*, 3 (1): 11-22. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade do Porto.
- Ribeiro, O. (2008). O equilíbrio psíquico do idoso e a dinâmica. In Rediteia 41: 54-55. Rede Europeia Anti Pobreza / Portugal.
- Roach, S. (2003). *Introdução à Enfermagem Gerontológica*. Rio de Janeiro: Koogan
- Rodrigues, M. R. (2006). Efeitos de uma intervenção Psico-Educativa nas competências Cognitivas e Satisfação de Vida com Idosos. *Cadernos de Estudo*. Porto: Escola Superior de Educação Paula Frassinetti.
- Rossell, N., Herrera, R., Rico, M. (2004). *Introducción a la Psicogerontologia*. Madrid: Pirámide.
- Saldanha, A. (2004). Incapacidade Cognitiva. In Saldanha, A. e Caldas, C. *Saúde do Idoso. A arte de cuidar*. Rio de Janeiro: Interciência.
- Spar, J., La Rue, A. (1998). *Guia de Psiquiatria Geriátrica*. Lisboa: Climepsi.
- Sala, J. (2000). Psicopatologia asociada a la vejez. In Jarne, A., Talarn, A., *Manual de Psicopatologia Clínica*, 1ª. Edt, Cap. XIX. Barcelona: Paidós.

- Sala, J. (2002). Familia y demencia. Intervenciones de apoyo y regulación., *In Alberca, R., Pousa-Lopes, S. Enfermedad de Alzheimer y otras demências*, 2ª. Edt, Cap. 8. Madrid: Médica Panamericana.
- Silva, M. (1994). Estatística aplicada à Psicologia e Ciências Sociais. Lisboa: McGraw-Hill
- Stuart-Hamilton, I. (2002). *A Psicologia do Envelhecimento: Uma Introdução*. Porto Alegre, Artmed.
- Tarraga, L. (1998). Terapias breves: Programa de Psicoestimulación Integral. Alternativa terapêutica para las personas com enfermedad de Alzheimer. *In La demência hoy por hoy*. Suplementos de Revista de Neurologia, 27, 1, Diciembre de 1998: 51-62. Federación de Revistas Neurológicas em Español.
- UE – União Europeia. Portal de Saúde da União Europeia. Obtido de http://ec.europa.eu/health-eu/my_health/elderly/index_pt.htm em 13/4/2010.
- UN – Nações Unidas. Departamento de Economia e Assuntos Sociais. Obtido de <http://www.un.org/en/development/index.shtml> em 13/4/2010.
- Yesavage J. A., Brink T. L., Rose T. L., Lum O., Huang V., Adey M. B., Leirer V. O., (1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, 17: 37-49.
- Young, J., Beck, A. e Weinberger, A. (1999). Depressão. *In Barlow, D. (org). Manual Clínico dos Transtornos Psicológico*. Porto Alegre: Artmed.
- WHO – World Health Organization, Portal Institucional (2010). Obtido de <http://www.who.int/topics/ageing/en/> em 13/4/2010.
- Zilenovski, A. (1991). Geriatric Depression Scale: A Portuguese translation. *Clinical Gerontologist*, 10: 84-86.

ANEXOS

Anexo I

Ficha para recolha de dados relativos à variável Actividades

Recolha de dados para o Estudo Empírico incluído na Dissertação de Mestrado

Participação em Actividades

Por favor colocar um X na opção que, na sua opinião, melhor traduza a participação dos utentes nas actividades promovidas pela SCMPV, ou a título individual, nos últimos 12 meses.
Obrigado

Assinalar:
1 Nunca participa
2 Participa raramente
3 Participa de vez em quando
4 Participa quase sempre
5 Participa sempre

Cod.	Valência	Nome	1	2	3	4	5
1	Centro de dia	[Redacted]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Lar	[Redacted]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Pensionato	[Redacted]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Centro de dia	[Redacted]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Lar	[Redacted]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Pensionato	[Redacted]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Lar	[Redacted]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Pensionato	[Redacted]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Pensionato	[Redacted]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Continuados	[Redacted]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Lar	[Redacted]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Lar	[Redacted]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Lar	[Redacted]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Lar	[Redacted]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	Lar	[Redacted]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	Lar	[Redacted]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	Centro de dia	[Redacted]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	Centro de dia	[Redacted]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	Centro de dia	[Redacted]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	Centro de dia	[Redacted]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	Centro de dia	[Redacted]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22	Centro de dia	[Redacted]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23	Pensionato	[Redacted]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24	Pensionato	[Redacted]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25	Lar	[Redacted]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26	Centro de dia	[Redacted]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27	Lar	[Redacted]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28	Lar	[Redacted]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29	Lar	[Redacted]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30	Lar	[Redacted]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31	Lar	[Redacted]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anexo II

Ficha para recolha de dados relativos à variável Isolamento

Recolha de dados para o Estudo Empírico incluído na Dissertação de Mestrado

Isolamento

Por favor colocar um X na opção que, na sua opinião, melhor traduza o nível de contactos dos utentes com outras pessoas, seja com familiares ou seja com outros significativos, nos últimos 12 meses.

Obrigado

Assinalar :

- 1 Nunca tem qualquer contacto
- 2 Pelo menos um contacto anual
- 3 Pelo menos um contacto mensal
- 4 Pelo menos um contacto semanal
- 5 Contacto diário

Cod.	Valência	Nome	1	2	3	4	5
1	Centro de dia	[Redacted]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Lar	[Redacted]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Pensionato	[Redacted]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Centro de dia	[Redacted]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Lar	[Redacted]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Pensionato	[Redacted]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Lar	[Redacted]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Pensionato	[Redacted]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Pensionato	[Redacted]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Continuados	[Redacted]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Lar	[Redacted]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Lar	[Redacted]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Lar	[Redacted]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Lar	[Redacted]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	Lar	[Redacted]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	Lar	[Redacted]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	Centro de dia	[Redacted]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	Centro de dia	[Redacted]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	Centro de dia	[Redacted]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	Centro de dia	[Redacted]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	Centro de dia	[Redacted]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22	Centro de dia	[Redacted]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23	Pensionato	[Redacted]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24	Pensionato	[Redacted]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25	Lar	[Redacted]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26	Centro de dia	[Redacted]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27	Lar	[Redacted]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28	Lar	[Redacted]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29	Lar	[Redacted]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30	Lar	[Redacted]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31	Lar	[Redacted]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anexo III

Geriatric Depression Scale (GDS) – Versão original

MOOD ASSESSMENT SCALE

1. Are you basically satisfied with your life ?
2. Have you dropped many of your activities and interests ?
3. Do you feel that your life is empty ?
4. Do you often get bored ?
5. Are you hopeful about the future ?
6. Are you bothered by thoughts you can't get out of your head ?
7. Are you in good spirits most of the time ?
8. Are you afraid that something bad is going to happen to you ?
9. Do you feel happy most of the time ?
10. Do you often feel helpless ?
11. Do you often get restless and fidgety ?
12. Do you prefer to stay at home, rather than going out and doing new things ?
13. Do you frequently worry about the future ?
14. Do you feel you have more problems with memory than most ?
15. Do you think it is wonderful to be alive now ?
16. Do you often feel downhearted and blue ?
17. Do you feel pretty worthless the way you are now ?
18. Do you worry a lot about the past ?
19. Do you find life very exciting ?
20. Is it hard for you to get started on new projects ?
21. Do you feel full of energy ?
22. Do you feel that your situation is hopeless ?
23. Do you think that most people are better off than you are ?
24. Do you frequently get upset over little things ?
25. Do you frequently feel like crying ?

26 Do you have trouble concentrating ?

27 Do you enjoy getting up in the morning ?

28 Do you prefer to avoid social gatherings ?

29 Is it easy for you to make decisions ?

30 Is your mind as clear as it used to be ?

This is the original scoring for the scale: One point for each of these answers.
Cutoff: normal-0-9; mild depressives-10-19; severe depressives-20-30.

1. no 6. yes 11. yes 16. yes 21. no 26. yes

2. yes 7. no 12. yes 17. yes 22. yes 27. no

3. yes 8. yes 13. yes 18. yes 23. yes 28. yes

4. yes 9. no 14. yes 19. no 24. yes 29. no

5. no 10. yes 15. no 20. yes 25. yes 30. no

Anexo IV

Escala de Depressão Geriátrica – versão brasileira

Geriatric Depression Scale: A Portuguese Translation

Assinale A Resposta Mais Apropriada
Ao Seu Estado De Espirito Durante
A Última Semana

- 1- Você Esta Basicamente Satisfeito Com Sua Vida? ..Sim Não
- 2- Você Abandonou Muitas Atividades De Interesse?..Sim Não
- 3- Você Sente Que Sua Vida É Vazia?.....Sim Não
- 4- Você Sente-Se Entediado Com Frequencia?Sim Não
- 5- Você Vê O Futuro Com Otimismo?.....Sim Não
- 6- Você Sente-Se Perturbado Por Pensamentos
Que Não Lhe Saem da Cabeça?Sim Não
- 7- Você Esta Geralmente De Bom Humor?Sim Não
- 8- Você Tem Medo Que Algo Mau Ira Lhe
Acontecer.....Sim Não
- 9- Você Sente-Se Feliz a Maior Parte Do Tempo? ...Sim Não
- 10- Você Sente-Se Indefeso Com Frequencia?.....Sim Não
- 11- Você Sente-Se Irriquieto?.....Sim Não
- 12- Você Prefere Ficar Em Casa a Sair Em Busca
De Novas Experiências?Sim Não
- 13- Você Preocupa-Se Frequentemente Com
o Futuro?Sim Não
- 14- Você Acha Que Tem a Memória Pior Que
a Media?Sim Não
- 15- Você Acha Que É Maravilhoso Estar Vivo Agora?..Sim Não
- 16- Você Sente-Se Desanimado E Deprimido Com
Frequencia?Sim Não
- 17- Você Sente Que Não Tem Valor No Estado Que
Esta Agora?.....Sim Não
- 18- Você Se Preocupa Muito Com O Passado?Sim Não
- 19- Você Acha A Vida Excitante?Sim Não
- 20- É Dificil Para Você Iniciar Novos Projetos?Sim Não
- 21- Você Sente-Se Cheio De Energia?.....Sim Não
- 22- Você Sente Que Não Ha Esperança Para A Sua
Situação?Sim Não
- 23- Você Acha Que a Maioria Das Pessoas Esta
Melhor Que Voce?Sim Não
- 24- Você Se Altera Com Frequência Sobre Pequenas
Coisas?.....Sim Não
- 25- Você Tem Frequentemente Vontade De Chorar? ...Sim Não
- 26- Você Tem Dificuldade De Concentrar-Se?Sim Não
- 27- Você Gosta De Levantar-Se Pela ManhãSim Não
- 28- Você Prefere Evitar Encontros Sociais?.....Sim Não
- 29- Você Toma Decisões Com Facilidade?Sim Não
- 30- A Sua Mente Esta Tão Clara Como Antigamente? ..Sim Não

Geriatric Depression Scale – Escala De Depressão Geriatrica Portu-
guese

*A. Zilenovski, MD
São Paulo, Brazil*

Return to the [ACRC](#) page or the [ACRC Director's](#) home page.

Anexo V

Lista de traduções da GDS reconhecida pelos seus autores

Geriatric Depression Scale

This scale was developed as a basic screening measure for depression in older adults. We will consider this page to be under continuous development and try to keep translations of the scale available. Anyone with their own translation can submit it to me and we'll post it- when I get the chance given other responsibilities etc., etc.....

Questions cheerfully answered if one makes a donation to my favorite charity (California Trout) by purchasing a special publication: [donation](#)

The original scale is in the **public domain** due to it being partly the result of Federal support. Neither I nor Dr. Brink keep up on every nuance of the scale but we try to answer questions as work permits, and especially if you donate to Dr. Yesavage's favorite charity.

VERY VERY NEW: We now have a **FREE ANDROID APP** that allows you to do the 15-item GDS on your phone and automatically calculate the results. We provide no interpretation of results, but you all know that patients with scores higher than 5 should be interviewed carefully. This service is provided to you by Dr. Yesavage of VA Palo Alto Health Care System: [Android Page](#).

This app is also available through the Android Marketplace on your Android phone.

NEW: We now have a great new page that allows you to do the 15-item GDS on the screen and copy the results down into your records. We provide no interpretation of results, but positive answers are highlighted for clinical follow-up. This service is provided to you by Drs. Wes Ashford and Anil Sharma of VA Palo Alto Health Care System: [Testing Page](#).

The basic references are:

Brink TL, Yesavage JA, Lum O, Heersema P, Adey MB, Rose TL: Screening tests for geriatric depression. *Clinical Gerontologist 1*: 37-44, 1982.

Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey MB, Leirer VO: Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. *Journal of Psychiatric Research 17*: 37-49, 1983.

Sheikh JI, Yesavage JA: Geriatric Depression Scale (GDS): Recent evidence and development of a shorter version. *Clinical Gerontology : A Guide to Assessment and Intervention* 165-173, NY: The

Haworth Press, 1986.

Sheikh JI, Yesavage JA, Brooks JO, III, Friedman LF, Gratzinger P, Hill RD, Zadeik A, Crook T: Proposed factor structure of the Geriatric Depression Scale. *International Psychogeriatrics* 3: 23-28, 1991.

Available Translations (And Disclaimer):

Neither the ACRC or Dr. Yesavage can vouch for the accuracy of any of the following translations. Clearly I do not speak Korean. However, most have come from major institutions and have been used in clinical practice. Where I have kept track of the authors, I provide their location. For those whose name and address I have lost, please mail me and I will update the form- sorry. We have several translations in some languages and when we are able will publish more than one translation so that potential users may select according to their needs- in many cases nuances of dialect may play an important role in assessing depression across cultures.

Note that they come in various formats: text, html or .gif files. Text files can be downloaded and used right in documents. Html is really like text as it can be copied from a browser into a text file and edited. Gif files are image files and are larger than text files. They cannot be edited but preserve the punctuation of the translation not easy to present on a typically endowed server. I note that the latest versions of Word (2000) have facilitated the translation of many fonts into html.

Those submitting forms to post will see that happening most rapidly if a text format is submitted, especially a Word file, and least rapidly if hard paper is submitted.

Prorating Scores (What to do if a patient misses a couple items).

If say 3 of 15 items missed, and total score is 4 on the 12 completed items, add $4/12$ of the 3 missing points or 1 point for a total score of $4+1 = 5$.

If this is unclear, we are solving the equation: $4/12 = X/15$... so $X = 5$.

I have been asked how many missing items would I count as sufficient to invalidate the scale. My guess would be more than 5 missing, but this should be taken on advisement as it appears that probably just a couple of items might do pretty well at identifying depression....

Finally, if this calculation results in a fraction, I would "round up" to a higher depression score. I think this is safest since the GDS is really a screening measure and it is better to score positively and launch an evaluation rather than miss someone who might be depressed (and possibly suicidal). Thus the risk of a false negative is less than a false positive.

Patient is Aphasic?

Suggestion by Dr. Rita Hargrave is to use a point-board, or a board with the scale and yes/no next to the items and have patient point out correct answer.

Original English Forms.

[Short Form English](#)

[Short Form English Scoring](#)

[Long Form English with Scoring](#)

[Informant Version English and Spanish in .htm format](#) from Lisa M. Brown, Ph.D, Department of Aging and Mental Health Louis de la Parte Florida Mental Health Institute University of South Florida ([article](#)).

[Arab Version in .htm format](#) From .Samira Nicolas

[Chinese Version in .gif format](#) from Dr. Hing-chu B. Lee of the Chinese University of Hong Kong in the Clinical Gerontologist.

[Chinese Version in .gif format](#) source unknown.

[Chinese Version in .gif format](#) from Sandy Chen Stokes, John XXIII Multi-Service Center, 195E San Fernando Street, San Jose Ca 95112.

[Creole Version in .htm format](#) From Susan Daugherty, Parkway Regional Medical Center, North Miami Beach

[Danish Version in .gif format](#) from Drs. Black, Auebeck and Mogensen in the Clinical Gerontologist.

[Dutch Version in .gif format](#) source unknown.

[Dutch Version in .htm format](#) From Robert M. Kok: "I have done some research on the Dutch translation on the GDS some years ago, the results were published in the Journal of Affective Disorders 1995, vol 33, 77-82. I used however a different translation than the one published on your webpage. Also HM van Marwijk, cited in your Medline search, used the same translation as I did (we have worked together on his Ph.D.). The translation we both used is the official Dutch translation by Bleeker, Frohn de Winter and Cornellissen (1985). "

[Farsi Versions in .pdf format](#) from Dr. Robab Sahaf, Assistant Professor of the Iranian Resech Centre on Ageing, Rofeideh Rehabilitation Centre, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Koodakyar Ave, Daneshjoo Blvd, Velenjak, Tehran, Iran r.sahaf@uswr.ac.ir .

[French Version in .gif format](#) from Dr. Lilian Israel, Professor of Psychology and Gerontology, Genoble. Circa 1990s.

[French Version in .gif format](#) possibly from Dr. Michel Allard, IPSEN Pharmaceuticals, Paris, France.

[French Canadian Version in .html format](#) From Yves Lacasse MD, MSc Centre de Pneumologie Hopital Laval 2725 Chemin Ste-Foy Ste-Foy, P. Quebec. Not a perfect reproduction of a table, but adequate to get the translation. Help on this page appreciated.

[German Version in .gif format](#) from Dr. Peter Schett, University Clinic Innsbruck, Austria.

[Greek Version in Word format for Mac .hqx](#) from Dr Alexis Benos of Medical Dept, Aristotle University of Thessaloniki P.O.Box 1689 54006 Thessaloniki Greece. Note, I do not have the right font for this and it only seems to work on my Mac. Have had difficulty creating a PC version. Help on this page appreciated.

[Greek Version in .html format](#) from K.N. Fountoulakis, M Tsolaki, A. Iacovides, J. Yesavage, R O'Hara, A Kazis and C Ierodiakonou. Page created by Elias Pavlopoulos Network Administrator of Medecins Sans Frontieres Greece who provides technical information on the use of Greek fonts.

[Hebrew Version in .gif format](#) source unknown.

[Hebrew Version in .gif format](#) From Dr. Gil Zalsman, Geha Psychiatric Hospital, Israel.

[Hindi Version in .jpg format](#) From from Mary Ganguli MD MPH, Professor of Psychiatry and Epidemiology, Division of Geriatrics and Neuropsychiatry, Department of Psychiatry, University of Pittsburgh School of Medicine, Western Psychiatric Institute and Clinic, 3811 O'Hara Street, Pittsburgh, PA 15213-2593.

[Hungarian Version in .gif format](#) From Dr. Janos Balog of Palm Springs California, USA.

[Hungarian Version in .html format with proper characters](#) from Zalaegerszeg, Hungary and Istvan Miklos, Nagy, MD.

[Icelandic Version in .html format with proper characters](#) from Drs. Margret Valdimarsdottir, Jon Eyjolfur Jonsson and Kristinn Tomasson, Landspítalinn, Iceland.

[Italian Version in .gif format](#) from Dr. Fabiano Vavarzeran of FIDIA Pharmaceuticals, Italy and Dr. Thomas Crook of Memory Assessment Clinics, 8311 Wisconsin Avenue #6, Bethesda, Maryland, USA.

[Japanese Version in .gif format](#) from Drs. Niino, Imazumi and Kawakami in the Clinical Gerontologist.

[Japanese Version in .gif format](#) Second version- source unknown.

[Korean Version in .gif format](#) Long Form from Dr. Pang in the Clinical Gerontologist.

[Korean Version in .gif format](#) Short Form from Yuri Jang, Ph.D. Department of Aging and Mental Health University of South Florida 13301 Bruce B. Downs Blvd. Tampa, FL 33612

[Lithuania Version in .html format with proper Lithuanian characters](#) from Dr. Robertas Bunevicius Institute of Endocrinology Eiveniu 2 LT-3007 Kaunas, Lithuania.

[Malay Version in .html format](#) from Dr. Hasanah Che Ismail, Universiti Sains Malaysia, School of Medical Sciences, 16150 Kubang Kerian, Kelantan, Malaysia.

[Malay Version in .html format](#) from Dr. Tengku Aizan Hamid, Universiti Putra Malaysia, 43400 UPM Serdang, Selangor Darul Ehsan, Malaysia (See note about two Malay translations).

[Maltse Version in .html format](#) from Dr Eleanor Gerada; Senior House Officer in General Medicine from St Luke's Hospital Malta with the help of Dr Peter Ferry.

[Norwegian Long Version in .html format](#) from [Norwegian Short Version in .html format](#) from

Håkon Berget of the University of Tromsø, Norway

Portuguese Version in .gif format from Dr. A Zilenovski, Sao Paulo, Brazil.

Portuguese Version in .gif format from Dr. Carla Frommuller, Faculdade de Medicina de Vassouras, Brazil.

Rumanian Version in .gif format source unknown.

Long Rumanian Version in .doc format and Short Rumanian Version in .doc format source Sorina Negrila.

Russian Version in .gif format source unknown.

Russian Ukrainian Version in .html format from Litvinov V.B. Ph.D. Doctor of Medical sciences, Homenko A.A. M.D., Lutchmun N. M.D., Ukrainian Research Institute of Social, Forensic Psychiatry and Substance Abuse, C/o Ukrainian Psychiatric Association, 103A. Frunze street., Kiev 80. Ukraine.

Serbian Versions in .doc format from Emilija Dubljanin Raspopovic, MD, Clinical Center of Serbia, Clinics for Physical Medicine and Rehabilitation, Belgrade, Serbia.

Spanish in text format Original Spanish translation by Terry Brink circa 1985 using Mexican idiom (30-item).

Spanish in text format Spanish translation by Dr. Alberto Sosa Alvarez circa 1996 from Montevideo, Uruguay (30-item) E-mail to Dr. Sosa.

Spanish Version in .gif format from Dr. Marc Cantillion and has been used in Latin American populations primarily based (I believe) from idiom as used in Miami (15-item).

Spanish Version in .gif format from Dr. Felipe Gonzalez of Madrid and has been used in Spain. He has written about its use in *Psychogeriatrics* volume IV (5) 235-240, 1988 (15-item).

Spanish Version in .html format from Alexandra Marie Velasquez from El Salvador with assistance of Rafael Gochez and Sonia Marie Velasquez circa 1998 (15-item and 30-item).

Spanish Version in .html format from Drs. Jorge Martinez de la Iglesia, Carmen Onis Vilches, Carmen Albert Colomer, Rosa Duenas Herrero and Rogelio Luque Luque from Spain following Fillembaum criteria with backtranslations circa 1998 (15-item) E-mail to Dr. Colomer.

Swedish Version in text format GDS-skalan modifierad av CG Gottfries och I Karlsson, Psykiatriska kliniken, Mölndals sjukhus, Göteborgs universitet, 1995.

Thai Version in .gif format from Drs. Nivataphand, Phattharayuttawat and Sangsanguan of the Faculty of Medicine of Chulalongkorn University, Bangkok 10330.

Turkish Version in .gif format or in .html format from Associate Prof. Dr. Turan Ertan of the Istanbul University Cerrahpasa Medical School E-mail to Dr. Ertan.

Vietnamese Version in .gif format from the staff at the San Jose Medical Clinic in San Jose California.

Welsh Version in .pdf format from and Welsh Validation Study in .pdf format from Heledd Owen, Welsh Version in .pdf format and Welsh Validation Study in .pdf format from LLAIS, Language Awareness Infrastructure Support Service, School of Healthcare Sciences, Bangor University, North Wales. www.llais.org.

Vietnamese Version in .html format from Camhong Tran, BSN, RN, PHN, Nurse Practitioner Masters Student, Nursing Department at San Jose State University.

Yiddish Version in .gif format source unknown.

Return to the [ACRC](#) page or the [ACRC Director's](#) home page.

Anexo VI

Adaptação da GDS para Portugal por Pocinho *et al.* (2009)

- Williamson, G.M., Shaffer, D.R., & Parmelee, P.A. (2002). Physical illness and depression in older adults. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Yesavage, J.A., Brink, T.L., Rose, T.L., Lum, O., Huang, V., Adey, M.B., & Leirer V.O. (1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, 17, 37–49.
- Zilenovski, A. (1991) Geriatric Depression Scale: A Portuguese translation. *Clinical Gerontologist*, 10, 84–86.

Appendix: GDS, Portuguese Version

GDS	Sim	Não
1 - Está satisfeito com a sua vida actual	0	1
2 - Abandonou muitas das suas actividades e interesses	1	0
3 - Sente que a sua vida está vazia	1	0
4 - Anda muitas vezes aborrecido	1	0
5 - Encara o futuro com esperança	0	1
6 - Tem pensamentos que o incomodam e não consegue afastar	1	0
7 - Sente-se animado e com boa disposição a maior parte do tempo	0	1
8 - Anda com medo que lhe vá acontecer alguma coisa má	1	0
9 - Sente-se feliz a maior parte do tempo	0	1
10 - Sente-se muitas vezes desamparado ou desprotegido	1	0
11 - Fica muitas vezes inquieto e nervoso	1	0
12 - Prefere ficar em casa, em vez de sair e fazer outras coisas	1	0
13 - Anda muitas vezes preocupado com o futuro	1	0
14 - Acha que tem mais problemas de memória do que as outras pessoas	1	0
15 - Actualmente, sente-se muito contente por estar vivo	0	1
16 - Sente-se muitas vezes desanimado e abatido	1	0
17 - Sente que, nas condições actuais, é um pouco inútil	1	0
18 - Preocupa-se muito com o passado	1	0
19 - Sente-se cheio de interesse pela vida	0	1
20 - Custa-lhe muito meter-se em novas actividades	1	0
21 - Sente-se cheio de energia	0	1
22 - Sente que para a sua situação não há qualquer esperança	1	0
23 - Julga que a maior parte das pessoas passa bem melhor do que o senhor	1	0
24 - Aflige-se muitas vezes por coisas sem grande importância	1	0
25 - Dá-lhe muitas vezes vontade de chorar	1	0
26 - Sente dificuldade em se concentrar	1	0
28 - Evita estar em locais onde estejam muitas pessoas (reuniões sociais)	1	0

Note: Excluded items: 27, 29, 30.

Anexo VII

Versão da GDS utilizada na SCMPV e no estudo empírico



Escala de Depressão Geriátrica - GDS

Adaptado de Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey MB, Leirer VO (1983)
por Zilenovski A.(1991)

Nome _____ Data ____/____/____

Por _____

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

	SIM	NÃO
1 Está satisfeito com a sua vida actual ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Pôs de lado muitas actividades e coisas que lhe interessavam ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Sente que a sua vida está vazia ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Anda muitas vezes aborrecido(a) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Encara o futuro com esperança ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Tem pensamentos que o(a) incomodam e não consegue afastar ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Sente-se animado(a) e com boa disposição a maior parte do tempo ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Anda com medo de que lhe vá acontecer alguma coisa má ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 Sente-se feliz a maior parte do tempo ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 Sente-se muitas vezes desamparado(a) e desprotegido(a) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 Fica muita vezes inquieto(a) e nervoso(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 Prefere ficar em casa, em vez de sair e fazer coisas novas ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 Anda muitas vezes preocupado(a) com o futuro ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 Acha que tem mais dificuldades de memória do que as outras pessoas ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 Sente-se muito contente por estar vivo(a) nesta altura ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16 Sente-se muitas vezes desanimado(a) e abatido(a) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17 Sente que agora está um tanto inútil ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18 Preocupa-se muito com o passado ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19 Sente-se cheio de interesse pela vida ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20 Custa-lhe muito meter-se em novas actividades ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21 Sente-se cheio(a) de energia ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22 Sente que para a sua situação não há qualquer esperança ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23 Julga que a maioria das pessoas está melhor do que o(a) Senhor(a)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24 Aflige-se muitas vezes por coisas sem grande importância ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25 Dá-lhe muitas vezes vontade de chorar ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26 Sente dificuldade em concentrar-se ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27 Gosta de se levantar de manhã ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28 Prefere evitar festas e reuniões de pessoas ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29 Tem facilidade em resolver as coisas ou tomar decisões ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30 Acha que a sua cabeça funciona tão bem como antes ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Verifique, por favor, se todas as respostas estão assinaladas

Anexo VIII

Chave de pontuação da GDS



Escala de Depressão Geriátrica - GDS

Adaptado de Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey MB, Leirer VO (1983)
por Zilenovski A.(1991)

Nome _____ Data ____/____/____

Por _____

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

		SIM	NÃO
1	Está satisfeito com a sua vida actual ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
2	Pôs de lado muitas actividades e coisas que lhe interessavam ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Sente que a sua vida está vazia ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Anda muitas vezes aborrecido(a) ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Encara o futuro com esperança ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
6	Tem pensamentos que o(a) incomodam e não consegue afastar ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Sente-se animado(a) e com boa disposição a maior parte do tempo ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
8	Anda com medo de que lhe vá acontecer alguma coisa má ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Sente-se feliz a maior parte do tempo ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
10	Sente-se muito triste ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Fica muitas vezes sozinho(a) ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Prefere ficar sozinho(a) ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Anda muito triste ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Acha que as coisas são muito difíceis ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	Sente-se muito triste ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
16	Sente-se muito triste ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	Sente que a vida é muito difícil ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	Preocupa-se muito com a saúde ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	Sente-se cheio(a) de energia ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
20	Custa-lhe muito meter-se em novas actividades ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	Sente-se cheio(a) de energia ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
22	Sente que para a sua situação não há qualquer esperança ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23	Julga que a maioria das pessoas está melhor do que o(a) Senhor(a)?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24	Aflige-se muitas vezes por coisas sem grande importância ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25	Dá-lhe muitas vezes vontade de chorar ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26	Sente dificuldade em concentrar-se ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27	Gosta de se levantar de manhã ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
28	Prefere evitar festas e reuniões de pessoas ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29	Tem facilidade em resolver as coisas ou tomar decisões ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
30	Acha que a sua cabeça funciona tão bem como antes ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

■ ⇒ 1 ponto

Score:

0 a 9 pontos ⇒ ausência de depressão

10 a 19 pontos ⇒ depressão ligeira

20 a 30 pontos ⇒ depressão grave

Verifique, por favor, se todas as respostas estão assinaladas

Anexo IX

Questionário Sócio-Demográfico

Questionário Sócio-Demográfico

Nome:

1 - Dados Pessoais

Idade:

Género: Masculino

Feminino

Nível de escolaridade:

Analfabeto

Profissão: _____

Até 4ª Classe

Reformado: Sim

Até 9º ano

Não

Até 12º ano

Curso superior

2 - Estado civil

Solteiro

União de Facto

Viúvo

Casado

Divorciado/Separado

3 - Local de residência/Institucionalização

(Indique apenas a terra/local): _____

Vivo em minha Casa

Vivo num Lar de Terceira Idade

Frequento Centro de Dia

Sou Utente da Unidade de Cuidados Continuados

Vivo num Lar em regime de Pensionato

4 - Agregado Familiar

Por quantos elementos é constituído o seu agregado familiar?

Qual o grau de parentesco:

Cônjuge

Irmãos

Filhos

Outro: _____

5 - Frequência com que contacta as pessoas importantes para si

Diariamente

Mensalmente

Semanalmente

Menos de uma vez por mês

Que ocorrem mais por:

Telefone

Pessoalmente

Anexo X

Ficha de Apresentação, Instruções e Consentimento Informado



Apresentação e Instruções

Sou estagiário de Psicologia, aluno do Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde da Universidade Fernando Pessoa (Porto). Estou a realizar uma dissertação de Mestrado sobre a participação em actividades, o isolamento e a depressão no Idoso. Assim, peço a sua colaboração, no sentido de responder às perguntas que vou fazer.

Inicialmente, deverá responder um Questionário Sócio-Demográfico que permitirá fazer uma caracterização pessoal (idade, sexo, estado civil, etc.) e, seguidamente, preencher uma escala de Depressão, de modo a avaliar o grau de Depressão.

O preenchimento dos dois instrumentos demora em média 10 minutos. Relativamente aos dados extraídos do preenchimento dos dois instrumentos, são confidenciais e estritamente anónimos, tendo como finalidade apenas a minha investigação científica.

Ao decidir colaborar neste estudo, deverá marcar com uma cruz no quadrado abaixo indicado (*Consentimento Informado*), confirmando dessa forma que aceita participar.

Agradeço desde já a sua atenção e colaboração com este estudo.

Fernando Sá Ferreira – Estagiário de Psicologia Clínica e da Saúde

Consentimento Informado

Declaro que, ao colocar uma cruz no quadrado que se encontra no fim do presente consentimento, aceito participar nesta Dissertação no âmbito do curso de Mestrado de Psicologia Clínica e da Saúde da Universidade Fernando Pessoa (Porto).

Declaro que, antes de optar por participar, foram prestados todos os esclarecimentos que considerei importantes para decidir.

Especificamente, fui informado/a do objectivo, da duração esperada e dos procedimentos de estudo, assim como do anonimato e da confidencialidade dos dados, e de que tinha o direito de recusar participar, ou cessar a minha participação, a qualquer momento, sem qualquer consequência para mim.

Sim, aceito participar.

Data __/__/__

Anexo XI

**Pedido de autorização ao Exmo. Sr. Provedor da SCMPV
para aplicação de instrumentos na Instituição**

Exmo. Sr.
Provedor da Santa Casa da Misericórdia da Póvoa de Varzim
Sr. Manuel Carvalho da Silva Pereira
Att/ Dr^a. Vânia Coelho

Assunto: Pedido de autorização

No âmbito da dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, a qual concluirá os meus estudos nessa área, venho solicitar a V. Ex^a. o consentimento para a aplicação a alguns Utentes desta Instituição de um questionário para a avaliação da Depressão dos Idosos, a *GDS – Geriatric Depression Scale, de Yesavage*.

Esta informação será confrontada com a recolhida nos Serviços Sociais e nos Serviços de Terapia Ocupacional, designadamente dados relativos ao isolamento social e familiar e ao nível de participação em actividades ocupacionais, pretendendo-se, assim, compreender a relação de cada um destes aspectos com a depressão no Idoso.

Sublinho que nenhuma informação obtida através destas recolhas será directa ou implicitamente relacionada com os Utentes, mantendo-se, assim, o total anonimato dos participantes que, de própria vontade, venham a auxiliar a execução deste trabalho.

As informações recolhidas são estritamente confidenciais pois os resultados serão codificados e utilizados apenas neste estudo. A participação será voluntária e após consentimento informado, pelo que os Utentes poderão interrompê-la a qualquer momento.

Certo da compreensão de V.Ex^a. para este pedido, o que desde já agradeço, subscrevo-me

Com os melhores cumprimentos

Póvoa de Varzim, 16 de Março de 2010



Fernando António Gomes de Sá Ferreira

Anexo XII

Ofício resposta da SCMPV ao pedido de autorização



SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DA PÓVOA DE VARZIM

Largo da Misericórdia – Apartado 314 – 4494-909 PÓVOA DE VARZIM
Cont. n.º 500 850 208

Exmo. Senhor
FERNANDO ANTÓNIO G. DE SÁ FERREIRA
Praça João XXIII
4490 PÓVOA DE VARZIM

S/ REF.

S/ COMUN.

N/ REF. 245/10

PROC. N.º

DATA 14 04/ 2010

ASSUNTO:

Correspondendo ao solicitado por V. Excia. em carta de 16 de Março findo, informo que em reunião da Mesa Administrativa desta Santa Casa da Misericórdia de 25 do mesmo mês, foi deliberado autorizar o trabalho a que se propõe, nas condições definidas no seu pedido.

Com votos de um trabalho profícuo e os maiores êxitos no Mestrado que pretende, valho-me da oportunidade para apresentar os meus cumprimentos.

O Provedor

Manuel Carvalho da Silva Pereira

MIN. _____

DACT. _____

Instituição de Utilidade Pública

Medalha de Ouro de Reconhecimento Povoiro
11/11/1986

Anexo XIII

Chave de identificação dos participantes

Chave de Identificação de Participantes

Área	Nome	Cod
Centro de dia	[REDACTED]	1
Lar	[REDACTED]	2
Pensionato	[REDACTED]	3
Centro de dia	[REDACTED]	4
Lar	[REDACTED]	5
Pensionato	[REDACTED]	6
Lar	[REDACTED]	7
Pensionato	[REDACTED]	8
Pensionato	[REDACTED]	9
Continuados	[REDACTED]	10
Lar	[REDACTED]	11
Lar	[REDACTED]	12
Lar	[REDACTED]	13
Lar	[REDACTED]	14
Lar	[REDACTED]	15
Lar	[REDACTED]	16
Centro de dia	[REDACTED]	17
Centro de dia	[REDACTED]	18
Centro de dia	[REDACTED]	19
Centro de dia	[REDACTED]	20
Centro de dia	[REDACTED]	21
Centro de dia	[REDACTED]	22
Pensionato	[REDACTED]	23
Pensionato	[REDACTED]	24
Lar	[REDACTED]	25
Centro de dia	[REDACTED]	26
Lar	[REDACTED]	27
Lar	[REDACTED]	28
Lar	[REDACTED]	29
Lar	[REDACTED]	30
Lar	[REDACTED]	31

Anexo XIV

Base de datos codificada

Código	Idade	Gênero	Escolaridade	Profissão	Estado civil	Valência	Residência	Agregado	Grau	Frequência de contacto	Meio de contacto	Depressão	Actividades	Isolamento	Nível depressão	Admissão	Antiguidade
1	74	1	1	1	5	3	1	0	999	4	2	17	2	4	1	2009	2
2	65	1	2	0	4	2	2	1	999	3	2	17	3	1	1	2010	1
3	80	1	2	2	5	5	1	3	999	2	2	20	2	5	2	2009	2
4	79	1	2	0	5	3	1	0	999	1	2	15	1	5	1	2005	6
5	71	1	2	0	5	2	1	0	999	2	2	15	1	5	1	2007	4
6	83	2	2	3	2	5	1	999	999	2	2	10	3	5	1	2009	2
7	83	2	5	4	2	2	1	9	999	1	2	5	5	5	0	2009	2
8	83	1	3	1	2	5	1	999	999	2	2	18	2	4	1	2003	8
9	89	2	5	5	2	5	1	999	999	2	2	7	2	4	0	2003	8
10	76	2	2	6	5	4	3	0	999	2	2	11	3	4	1	2009	2
11	84	1	2	1	2	2	1	9	999	1	2	13	4	5	1	2008	3
12	61	2	2	7	1	2	4	5	999	4	1	13	5	3	1	2006	5
13	84	1	1	6	4	2	5	4	999	2	2	9	4	4	0	2007	4
14	78	2	3	8	1	2	6	0	999	2	2	17	1	4	1	2005	6
15	89	2	3	8	1	2	1	3	999	2	2	13	2	4	1	2001	10
16	78	2	3	9	1	2	1	3	999	4	1	16	2	3	1	2008	3
17	75	1	2	10	5	3	7	0	999	1	2	14	5	5	1	1998	13
18	80	1	1	6	5	3	1	1	999	1	2	8	4	5	0	2005	6
19	81	1	2	6	5	3	1	0	999	4	1	13	2	2	1	2006	5
20	75	1	2	6	5	3	8	0	999	2	2	12	1	4	1	1994	17
21	76	1	2	6	5	3	1	0	999	2	2	9	2	4	0	2004	7
22	62	1	2	6	1	3	1	0	999	1	2	12	5	5	1	2007	4
23	85	2	1	11	2	5	1	0	999	4	1	8	2	3	0	2004	7
24	83	1	2	1	2	5	1	0	999	4	1	13	3	3	1	2004	7
25	84	2	1	6	5	2	3	0	999	4	2	6	1	1	0	1995	16
26	71	1	2	2	2	3	1	4	999	1	2	5	5	5	0	2007	4
27	88	1	1	12	5	2	9	0	999	2	1	22	5	3	2	1998	13
28	93	1	5	4	5	2	10	0	999	4	1	4	5	4	0	2009	2
29	72	2	2	13	5	2	1	0	999	4	2	7	2	2	0	2001	10
30	84	1	2	1	5	2	10	1	999	2	2	17	2	5	1	2004	7
31	72	1	2	2	5	2	10	0	999	2	2	19	2	2	1	2010	1