

Orlanda Cornélio

Depressão nos idosos que frequentam

o Centro de Dia de Cedofeita

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade Ciências da Saúde

Porto, 2009

Orlanda Cornélio

Depressão nos idosos que frequentam

o Centro de Dia de Cedofeita

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade Ciências da Saúde

Porto, 2009

Orlanda Cornélio

Depressão nos idosos que frequentam

o Centro de Dia de Cedofeita

Monografia apresentada à Universidade Fernando Pessoa

como parte dos requisitos para obtenção

do grau de Licenciatura de Enfermagem

Sumário

A depressão é um dos distúrbios psiquiátricos mais frequentes nos idosos, muitas vezes não diagnosticado, que causa uma significativa morbilidade e mortalidade e cuja prevalência aumenta quando se trata de população idosa. Por ser um tema pertinente e cada vez mais comum nos nossos dias, é que esta temática foi escolhida.

Com o presente estudo, pretendeu-se conhecer a população de idosos que frequentam o Centro de Dia de Cedofeita, identificar a incidência de Depressão nos idosos que frequentam Centro de Dia de Cedofeita e identificar os factores que favorecem o aparecimento de Depressão nos idosos que frequentam o Centro de Dia de Cedofeita.

A fim de dar resposta aos objectivos enunciados, colocaram-se os seguintes problemas de investigação, “Quais as características dos idosos do Centro de Dia de Cedofeita? Qual a incidência de Depressão nos idosos que frequentam o Centro de Dia de Cedofeita? Quais os factores que favorecem o aparecimento de Depressão nos idosos que frequentam o Centro de Dia de Cedofeita?”

O método de estudo utilizado foi o descritivo, de natureza quantitativa. O tratamento de dados foi realizado com recurso ao SPSS (Statistic Package for Social Sciences), versão 17,0. Para uma melhor compreensão desta temática foi feita uma abordagem teórica ao processo de envelhecimento, idoso, depressão e tipos de depressão, tal como a sua prevenção.

A amostra estudada considerou 32 idosos que frequentam o Centro de Dia de Cedofeita, com uma média de idade 71 anos e uma percentagem de 78,1% de mulheres e 21,9% de homens. Para a identificação da incidência de depressão, recorreu-se a um inquérito de perguntas de caracterização e pela Escala Geriátrica de Depressão (Geriatric Depression Scale) traduzida, aferida e adapta à população portuguesa por Veríssimo (1998).

Os resultados indicam uma prevalência de 56,3% depressão de gravidade moderada, 3,1% de casos com depressão grave e 40,6% de idosos com depressão leve, no que diz respeito à avaliação de depressão.

Agradecimentos

Agradeço aos meus pais a quem dedico o meu diploma.

Agradeço a todos os meus amigos, colegas, namorado, irmã, avos, tios e primos que sempre me apoiaram e deram força nos momentos mais difíceis.

Agradeço a todos os professores, inclusive à orientadora Enfermeira Delmina Afonso, pela dedicação e disponibilidade

Índice

INTRODUÇÃO	16
I- FASE CONCEPTUAL	18
CAPITULO 1	19
O IDOSO E O ENVELHECIMENTO	19
1.1. DEFINIÇÃO DE IDOSO.....	19
1.2. ENVELHECER.....	20
1.3 ENVELHECIMENTO EM PORTUGAL.....	21
1.4 ENVELHECIMENTO NORMAL.....	22
1.4.1 <i>Envelhecimento fisiológico</i>	23
1.4.2 <i>Envelhecimento psicológico</i>	23
1.5 TEORIAS DO ENVELHECIMENTO.....	28
1.5.1 <i>Teoria do envelhecimento biológico</i>	28
1.5.2 <i>Teoria do envelhecimento psicossocial</i>	29
CAPITULO 2	30
DEPRESSÃO	30
2.1. HISTORIADORES	30
2.2 DEPRESSÃO NOS IDOSOS PORTUGUESES	31
2.2.1 <i>Factores que favorecem a Depressão</i>	32
2.2.1.1 Factores pessoais	33
2.2.1.2 Factores situacionais.....	35
2.3 TIPOS DE DEPRESSÃO	38
2.3.1 <i>Depressão Major</i>	39
2.3.2 <i>Depressão Distímica</i>	39
2.3.3 <i>Depressão Minor</i>	40
2.3.4 <i>Depressão Mascarada</i>	40
2.4 PREVENÇÃO EM SAÚDE MENTAL	41
2.4.1 <i>Enfermagem em Saúde Mental</i>	43
2.4.2 <i>Envelhecimentos Activo</i>	44
II- FASE METODOLÓGICA:	46
2.1- PRINCÍPIOS ÉTICOS EM QUESTÃO.....	46
2.2- VARIÁVEIS DO ESTUDO	47
2.2.1: <i>Variáveis independentes</i>	47
2.2.1.1 Variáveis atributo:	47
2.2.1.2: Variável estranha:.....	47
2.2.2: <i>Variável dependente</i> :.....	48
2.3- TIPO DE ESTUDO	48
2.4- POPULAÇÃO E AMOSTRA	48
2.5- INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS	49
2.6- PRÉ-TESTE	50
2.7- COLHEITA DE DADOS	51
2.8- PREVISÃO DO TRATAMENTO ESTATÍSTICO.....	51
III- TRATAMENTO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DE DADOS	53
3.1 CARACTERIZAÇÃO DOS IDOSOS.....	54
3.2 DISTRIBUIÇÃO DOS IDOSOS SEGUNDO A ESCALA GERIÁTRICA DE DEPRESSÃO	60
3.3 RELAÇÃO ENTRE VARIÁVEIS:	62

3.4 DISCUSSÃO DE DADOS	71
IV- CONCLUSÃO	75
V- BIBLIOGRAFIA	77
VI- ANEXOS	

Anexo I- Cronograma

Anexo II- Requerimento de autorização para colheita de dados

Anexo III- Instrumento de colheita de dados

Anexo V- Tabelas

Anexo VI- Quadros

Índice de Tabelas

Tabela I: Critérios de diagnóstico de Episódio Major Anexo V

Tabela II- Critérios de diagnóstico para Perturbação Distímica Anexo V

Índice de quadros

Quadro 1: Caracterização demográfica dos Idosos segundo o Género; Idade e Estado Civil	pág. 54
Quadro 2: Caracterização da população segundo a média, moda e desvio padrão da idade	pág. 54
Quadro 3: Caracterização da população segundo o tempo de estado civil	Anexo VI
Quadro 4: Caracterização dos idosos segundo a sua Escolaridade, Actividade Laboral, Estado de residência, Apoio institucional e Rendimento mensal	pág. 55
Quadro 5: Caracterização da população segundo a sua vida activa	pág. 56
Quadro 6: Distribuição dos Idosos segundo a sua actividade física, intelectual e/ou social	pág. 58
Quadro 7: Distribuição dos Idosos a nível das Patologias existentes	pág. 58
Quadro 8: Distribuição dos Idosos segundo a sua frequência de idas ao Centro de Dia, Actividade de lazer e importância do Centro de Dia.....	pág. 59
Quadro 9: Importância do centro de dia - Frequência das idas ao centro de dia	Anexo VI
Quadro 10: Distribuição dos Idosos segundo os Níveis de Depressão	pág. 60
Quadro 11: Relação estado civil, idade e género	pág. 62
Quadro 12: Habilitações literárias/Género/Idade por intervalos	pág. 63
Quadro 13: Situação de residência/Género	pág. 63
Quadro 14: Apoio institucional/Idade por intervalos/Género	pág. 64

Quadro 15: Actividade laboral actual/Rendimento mensal	pág. 64
Quadro 16: Actividade física/Actividade intelectual/Actividade social	pág. 65
Quadro 17: Que patologia/Género/Idade	pág. 65
Quadro 18: Actividade de lazer/Género	pág. 66
Quadro 19: Género - Tipo de depressão	pág. 66
Quadro 20: Tipo de depressão - Idade por intervalos	pág. 67
Quadro 21: Tipo de depressão - Estado civil	pág. 67
Quadro 22: Tipo de depressão - Habilitações literárias	pág. 68
Quadro 23: Tipo de depressão - Actividade laboral actual	pág. 68
Quadro 24: Situação de residência/Género/Tipo de depressão	pág. 69
Quadro 25: Tipo de depressão - Que patologia	pág. 69
Quadro 26: Relação entre o tipo de depressão e actividade de lazer	pág. 70
Quadro 27: Relação entre o tipo de depressão e a importância do Centro de Dia	pág. 70

Índice de gráficos

Gráfico 1: Evolução da proporção da população jovem e idosa, Portugal 1960- 200	pág. 22
Gráfico 2: Caracterização da população segundo o estado civil	pág. 55
Gráfico 3: Caracterização da população segundo as suas habilitações literárias	pág. 56
Gráfico 4: Caracterização da população segundo a sua situação laboral	pág. 56
Gráfico 5: Caracterização da população segundo a sua situação de residência	pág. 57
Gráfico 6: Caracterização da população segundo o seu rendimento mensal	pág. 57
Gráfico 7: Caracterização da população segundo as patologias	pág. 59
Gráfico 8: Caracterização da população segundo a actividade de lazer	pág. 60

Índice de siglas e sinais

OMS- Organização Mundial da Saúde

DMS IV TR – Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais

DGS – Direcção Geral da Saúde

Quanto mais envelhecemos, mais precisamos de ter que fazer.

Mais vale morrer do que arrastarmos na preguiça uma velhice desconsolada:

Trabalhar é viver (Voltaire)

Introdução

Para iniciar uma investigação, segundo Fortin (1999, pág. 49) qualquer pessoa “(...) começa por encontrar ou delimitar um campo de interesse preciso”. Dai ter sido escolhido o tema da depressão no idoso, uma vez que a população do País está cada vez mais envelhecida e problemas de ordem emocional, psicológica, social, física e humor podem ocorrer. O interesse por este tema, surge por sentir e perceber ao longo do meu percurso como “pessoa” e aluna que existe um o aumento de idosos na População e que a área Geriátrica, necessita precisa de ser mais trabalhada, pois é a que tem mais gastos em saúde, sendo fundamental criar estratégias, para que possa haver uma intervenção maior nesta população e conseguir assim ganhos em saúde.

A Depressão, é a patologia psiquiátrica considerada, doença do século, mais falada em adultos, adolescentes e crianças. Contudo a maioria da população ocidental e mundial tem uma percentagem grande de idosos, sendo que a necessidade de também ter em conta esta população é cada vez mais importante e determinante.

Segundo o Despacho Ministerial de 8/06/2004:

” (...) determinantes individuais, biológicos, genéticos e psicológicos, contribuem para a forma como envelhecemos e para a ocorrência de doenças ao longo da vida, não podemos esquecer que, em muitas situações, o declínio das funções que se associa ao envelhecimento está intimamente relacionado com factores externos, comportamentais, ambientais e sociais. São importantes exemplos dessas situações, pela prevalência, entidades clínicas como a depressão bem como fenómenos de solidão e de isolamento de muitas pessoas idosas.”

É com este intuito que realizamos este trabalho, na tentativa de contribuir para a evolução dos saberes em enfermagem, assim como, atender a uma necessidade dos utilizadores dos cuidados.

O presente trabalho intitulado “ A Depressão nos idosos que frequentam o centro de dia de Cedofeita”foi elaborado no âmbito da disciplina de projecto de Estagio e Projecto de Graduação, inserida no 4º ano da Licenciatura em Enfermagem, da Faculdade de Ciências da

Depressão nos idosos que frequentam o Centro de Dia de Cedofeita

Saúde da Universidade Fernando Pessoa do Porto, fazendo parte integrante do instrumento de avaliação.

Na elaboração desta investigação propus-me atingir alguns objectivos tais como:

- Conhecer a população de idosos que frequentam o Centro de Dia de Cedofeita.
- Identificar a incidência de Depressão nos idosos que frequentam Centro de Dia de Cedofeita.
- Identificar os factores que favorecem o aparecimento de Depressão nos idosos que frequentam o Centro de Dia de Cedofeita.

Para conseguir responder a estes objectivos, foi feito um levantamento de dados bibliográficos e um levantamento de dados numa população de idosos do Centro de Dia de Cedofeita, através da escala padronizada e devidamente autorizada: "Escala de Depressão Geriátrica", tal como a aplicação de um breve questionário para caracterização da população.

Este trabalho encontra-se organizado em quatro partes: a fundamentação teórica, a fase metodológica, a análise de resultados e a sua discussão e pela conclusão.

I- FASE CONCEPTUAL

A fase conceptual segundo Fortin (1999 pág. 39):“Refere-se a um processo, a uma forma ordenada de formular ideias, de as documentar em torno de um assunto preciso, com vista a chegar a uma concepção clara e organizada do objectivo de estudo.” A fase Conceptual serve para organizar e orientar as ideias acerca da investigação.

- **Objectivo do estudo**

Segundo Fortin (1999, pág.100), “O objectivo de um estudo é um enunciado declarativo que precisa as variáveis-chave, a população alvo e a orientação da investigação.”

São assim objectivos deste estudo:

- Conhecer a população de idosos que frequentam o Centro de Dia de Cedofeita.
- Identificar a incidência de Depressão nos idosos que frequentam Centro de Dia de Cedofeita.
- Identificar os factores que favorecem o aparecimento de Depressão nos idosos que frequentam o Centro de Dia de Cedofeita.

- **Questão de investigação**

Segundo Fortin (1999, pág.101), “ uma questão de investigação é um enunciado interrogativo, escrito no presente que inclui habitualmente uma ou duas variáveis e a população a estudar.”

- Quais as características dos idosos do Centro de Dia de Cedofeita?
- Qual a incidência de Depressão nos idosos que frequentam o Centro de Dia de Cedofeita?
- Quais os factores que favorecem o aparecimento de Depressão nos idosos que frequentam o Centro de Dia de Cedofeita?

MATRIZ TEÓRICA

CAPITULO 1

O IDOSO E O ENVELHECIMENTO

Envelhecer é um processo comum a todos os seres vivos, que evoca um desenvolvimento contínuo embora mais marcado na última fase da vida e que culmina com a morte. Para além de doenças crónicas que ao longo deste processo podem ocorrer também alterações a nível psicológico, físico e social, levando a doenças específicas da idade.

Para Collière (1989 *cit. in* Silva, A. e Lima, J. 2002):

” os cuidados aos idosos não se improvisam, apoiam-se em noções teóricas e práticas específicas e administram-se num contexto de colaboração e de amor. O objectivo em cuidados de saúde já não é o prolongamento da esperança de vida mas o prolongamento da vida sem incapacidades.”

1.1. Definição de idoso

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2002), “o idoso é todo o indivíduo com idade superior a 65 anos independente do estado de saúde e sexo.”.

Os critérios actualmente referidos pela OMS para definir idoso são a idade cronológica. Uma vez que a população actualmente se reforma cada vez mais cedo independentemente da idade, seja por dor doença ou incapacidade, é difícil definir idoso, para além de que mesmo os que estão reformados podem contribuir de alguma forma para o desenvolvimento da sociedade.

Segundo a Circular normativa nº 13/DGCG da Direcção Geral da Saúde (02/07/04):

“Numa população idosa residente estimada em 1.709.099 pessoas, que representa 16,5% da população, com uma distribuição geográfica caracterizada por um maior envelhecimento do interior face ao litoral, a esperança de vida à nascença, em Portugal, é de 80, 3 anos para as mulheres e de 73, 5 anos para os homens.”

1.2. Envelhecer

Nos idosos, os problemas psicológicos ligados ao envelhecimento raramente são causados pela diminuição das funções cognitivas. São sobretudo as perdas de papel, as crises, as múltiplas situações de stress, a doença, a fadiga, o desenraizamento e outros traumatismos que diminuem a capacidade de concentração e de reflexão das pessoas idosas.

Segundo Carvalho (1989 *cit. in* Fernandes, P. 2002, pág. 25) “ a velhice não é uma desarmonia do organismo humano que começa no momento em que a homeostasia, e o equilíbrio metabólico deixam de ser perfeitos.”

Associada à fase da velhice parece estar a inversão de papéis, tal como para o idoso a perda de objectos ou pessoas que foram motivo de grande bem-estar, pode ser factor gerador de conflitos. (Fernandes, P. 2002, pág. 26)

Segundo Serrazida (1999 *cit. in* Fernandes, P. 2002, pág. 24),

“João Paulo II designa a velhice como um dom e um privilégio, não apenas porque nem todos tem a sorte de a atingir, mas sobretudo porque a experiencia e a sabedoria que a mesma proporciona permite um melhor conhecimento do passado, uma vivência mais real do presente e uma melhor programação do futuro.”

Fortuoso (1990 *cit. in* Fernandes, P. 2002 pág. 25) afirma que a

“Velhice situa-se predominantemente no campo psicológico e manifesta-se na prática, através da viragem para o passado, que se recorda com nostalgia, sem que o idoso consiga encara o seu futuro e o futuro do mundo em que esta inserido com esperança, confiança e algum optimismo.”

A velhice é um processo fisiológico, psicológico e social que aumenta a instabilidade, a sensibilidade a processos patológicos, o que não significa que seja uma doença mas sim uma alteração biológica e psicológica que leva à quebra do poder de sobrevivência e adaptação.

1.3 Envelhecimento em Portugal

A tendência para o crescimento da população idosa é um dos traços mais salientes da sociedade portuguesa actual. Isto deve-se ao facto da taxa de natalidade estar a diminuir e também por a esperança média de vida estar a aumentar.

Citado por Figueiredo, D. (2007, pág. 29):

“O aumento da proporção de idosos na sociedade é um fenómeno relativamente recente ao qual se estão a tentar adaptar os países mais desenvolvidos. Esta alteração na estrutura da população não se deve unicamente ao aumento da esperança de vida, mas ao declínio da mortalidade entre os jovens e os adultos de meia-idade. A melhoria da saúde pública, incluindo a educação para a saúde e a promoção da saúde, a melhoria das condições sociais, da nutrição e, mais recentemente, os avanços da medicina preventiva e curativa tem contribuído para a redução da taxa de mortalidade. Paralelamente ao declínio da mortalidade, verifica-se também o declínio da fecundidade. Esgotado o período do baby boom, uma forte regressão da fecundidade fez acentuar o processo de envelhecimento demográfico, no mundo desenvolvido em geral, e na Europa em particular.”

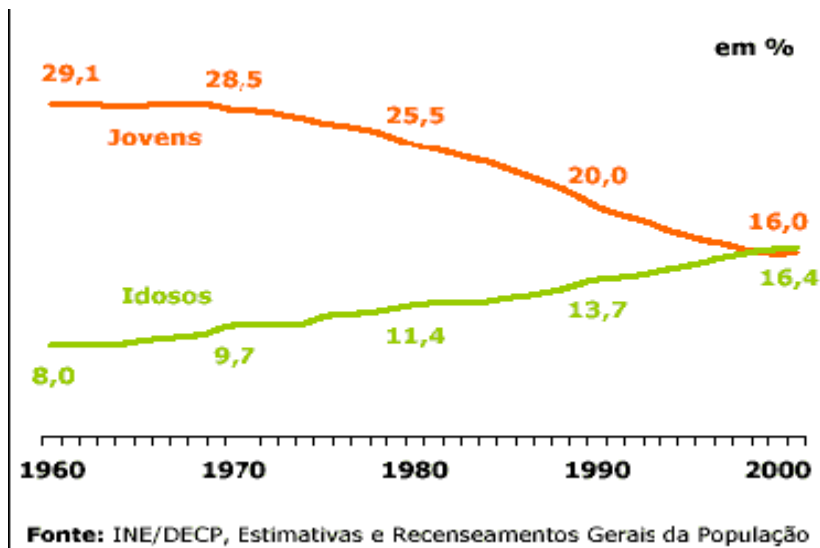
Actualmente os idosos representam uma grande importância na sociedade pois é a classe mais representativa nos países ocidentais. Devido aos problemas económicos manifestados em todo o mundo, são cada vez mais os idosos reformados que retornam ou iniciam alguma actividade laboral, contribuindo assim para o sustento do lar e para o ciclo da economia.

Esta redefinição da estrutura etária tem diferentes implicações: exige políticas sociais que permitam fazer face à nova realidade e onde a saúde e o apoio social terão de ser redimensionados; em termos económicos leva a um esforço acrescido da segurança social, com o pagamento de reformas e também com os serviços especializados destinados a este grupo populacional. (Instituto Nacional de Estatística, 2000)

Depressão nos idosos que frequentam o Centro de Dia de Cedofeita

Entre 1960 e 2001 o fenómeno do envelhecimento demográfico traduziu-se por um decréscimo de cerca de 36% na população jovem e um incremento de 14% da população idosa. Em valores absolutos, a população idosa aumentou quase um milhão de indivíduos, passando de 708 570, em 1960, para 1 702 1120, em 2001, dos quais 715 073 homens e 987 047 mulheres. (Instituto Nacional de Estatística, 2000).

Gráfico I: Evolução da proporção da população jovem e idosa, Portugal 1960- 2001



1.4 Envelhecimento normal

Segundo Schroots e Birren (1980 *cit. in* Figueiredo, D. 2007, pág. 31):

“Sendo o envelhecimento um processo extremamente complexo, resultante da interação entre factores biológicos, psicológicos e sociais, distinguem-se três principais categorias de envelhecimento: o biológico, que resulta da vulnerabilidade crescente e de uma maior probabilidade de morrer, a que se denomina senescência; o psicológico, definido pela auto-regulação do indivíduo no campo de forças, pelo tomar decisões e opções, adaptando-se ao processo de senescência; e o social, relativo aos papéis sociais apropriados às expectativas da sociedade para os idosos.”

No processo de envelhecimento são atingidos todos os sistemas importantes do organismo, e o efeito destas mudanças nos contextos ambientais específicos modificam os comportamentos individuais. Trata-se no entanto de processos normais, e não de sinais de doença

Para além das alterações fisiológicas referidas podem estar implícitos factores extrínsecos a eles ou intrínsecos, para um envelhecimento saudável ou não.

1.4.1 Envelhecimento fisiológico

Como envelhecimento fisiológico compreende-se uma série de alterações nas funções orgânicas e mentais devido exclusivamente aos efeitos da idade avançada sobre o organismo, fazendo com que o mesmo perca a capacidade de manter o equilíbrio homeostático e que todas as funções fisiológicas gradualmente comecem a declinar. Tais alterações têm por característica principal a diminuição progressiva da reserva funcional. (Berger, L., 1995)

Gonçalves (1990, *cit. in* Fernandes P. 2002, pág. 21)

“ refere que o envelhecimento diz respeito a todas as modificações morfológicas, fisiológicas, bioquímicas e psicológicas que aparecem como consequência da acção do tempo sobre os seres vivos.”

O envelhecimento do ponto de vista fisiológico depende significativamente do estilo de vida que a pessoa assume desde a infância ou adolescência. Com o envelhecimento, ocorrem alterações de vários aspectos perceptíveis do organismo subdividindo-se em envelhecimento primário referente ao processo de senescência normal e secundário referente ao aparecimento com a idade, de lesões patológicas muitas vezes múltiplas, mas que se mantém potencialmente reversíveis.

1.4.2 Envelhecimento psicológico

Segundo Robert (1994 *cit. in* Fernandes, P. pág. 21), “ define envelhecimento como a perda progressiva e irreversível da capacidade de adaptação do organismo às condições mutáveis do meio ambiente.”

Ao envelhecer o ser humano torna-se mais atento ao que se passa em si, e passa do mundo exterior para um universo mais interior. Jung chama a este processo “ introversão” e Neugartern chama-lhe “ interiorização”. (Berger, L., 1995). Todas as teorias sobre o

Depressão nos idosos que frequentam o Centro de Dia de Cedofeita

envelhecimento psicológico relacionam-se com a introversão do idoso das quais serão abordadas três dessas teorias:

- Para Erikson a velhice corresponde à teoria da integridade pessoal ou desespero:

Segundo a oitava etapa de desenvolvimento de Erikson, o indivíduo atinge a integridade do eu, onde finaliza todos os outros períodos, aceitando a sua passagem da vida passada, defendendo as suas escolhas e estilo de vida, aprovando e amando os que o rodeiam e lhe são importantes, vendo a morte como um facto inevitável. É a fase em que o indivíduo faz uma análise da sua vida, tomando consciência do seu papel e da sua importância na sociedade, revela um medo da morte, da solidão e da sua incapacidade e perda de autonomia. (Berger, L. 1995, pág. 162-164)

- Peck: Segundo este autor, ele refer que ao longo das novas vidas, o indivíduo, tem de conseguir ultrapassar crises na sua vida, das quais vão ser referidas três crises para atingir a integridade do ego

Aborda três estádios:

- Diferenciação do eu/ (ego): Esta tarefa de desenvolvimento faz parte da adaptação á reforma e para ser bem sucedida é necessário que o indivíduo tenha consciência do seu próprio valor e se sinta apto a desempenhar outros papéis para além do de trabalhador. Os homens vivem habitualmente esta crise no início da reforma, enquanto que as mulheres a vivem sobretudo quando são desapaoadas do seu papel de mãe ou de esposa.

- Desligamento: Para atravessar esta crise, o ser humano deve fixar a si próprio objectivos de vida para além dos que se ligam à força física. Estes novos objectivos vão ajudá-lo a aceitar as alterações físicas, a nova imagem corporal e o declínio das forças físicas.

- Transcendência do eu: Esta fase permite ao indivíduo aceitar a inevitabilidade da morte e constitui certamente a mais importante realização da terceira idade. Para adquirir uma atitude positiva face à morte, o idoso deve começar por reconhecer todas as realizações e contribuições passadas, e em seguida contribuir para a felicidade e bem-estar dos outros.

- Bulher: teoria da intencionalidade ou redefinição dos objectivos de vida:

- Para Buhler a velhice representa a quinta fase da vida e começa entre os 65 anos e os 70 anos. As pessoas deixam de querer atingir os objectivos da vida anteriormente fixados, e consagram-se a outros objectivos, mais adaptados à sua situação.

A estabilidade básica nos traços de personalidade parecer ser sensível a acontecimentos e situações da vida.

Segundo Figueiredo, D.(2007, pág. 53):

” a par com o facto de que alguns acontecimentos que as pessoas idosas experienciam são menos susceptíveis de mudança, na velhice tende a empregar-se estratégias de coping mais centradas nas emoções, por oposição a estratégias de acção instrumental directa.”

1.4.3 Envelhecimento social e familiar

Ao mesmo tempo que ocorrem alterações biológicas ou fisiológicas e psicológicas, também em termos de envelhecimento, associam-se as transformações a nível dos papéis sociais, exigindo capacidade de ajustamento ou adaptação às novas condições de vida.

Segundo Figueiredo, D.(2007 pág. 54):

“à semelhança de outras fases do transcurso humano, a velhice é um período onde ocorrem algumas modificações, habitualmente representadas pela literatura gerontológica como perdas”.

Segundo Fisseni, (1976) *cit. in* Figueiredo, D. 2007):” as perdas são frequentemente representadas como estreitamentos dos espaços de vida e como sinais premonitórios de novas perdas. “

A velhice caracteriza-se então pela mudança de papéis e, frequentemente, pela perda de alguns deles, sendo a mais evidente a perda do papel profissional que ocorre no momento da reforma, como também nas esferas familiar e comunitária se dão algumas transformações. (Figueiredo, D. 2007)

Depressão nos idosos que frequentam o Centro de Dia de Cedofeita

A reforma marca então a perda de determinados papéis sociais activos principalmente, o profissional, e apresenta-se como um marco de entrada na velhice.

Segundo Sousa, Figueiredo e Cerqueira (2006 *cit. in* Figueiredo, D. 2007, pág. 55):

” O grande desafio consiste em reorganizar o quotidiano, descentrar a profissão e encontrar um papel que garanta a manutenção do sentido de utilidade.”

Segundo os mesmos autores acima citados:

” (...) algumas mudanças sociais e demográficas estão a alterar o contexto da reforma, mais concretamente, a idade da reforma tem vindo a diminuir (embora politicamente a tendência seja para se assistir a um novo aumento), o que associado ao aumento de tempo de vida autonomia e independente, implica que as pessoas vivam mais anos após a reforma, activas e capazes. Deste modo, é cada vez maior o número de reformados que voltam ao mercado de trabalho remunerado ou arranjam outra ocupação a tempo parcial (produtividade aging).”

Na velhice vão-se verificando mudanças na estrutura familiar, uma vez que os filhos já adultos abandonam o lar paterno, existindo um outro tipo de atenção e apoio, como o cuidar dos netos, a ajuda económica e /ou doméstica.

Segundo Sousa, Figueiredo e Cerqueira (2006 *cit. in* Figueiredo, D.2007, pág. 57):

“no fim da vida, os filhos adultos constituem pilares de apoio para a maioria dos idosos, talvez por isso a aproximação se sinta mais do lado dos progenitores, que sentem necessidade de apoio e tem mais tempo disponível, enquanto os filhos vivem os constrangimentos profissionais e assumem as responsabilidades de criar e educar os seus filhos.”

Os filhos assumem assim um papel importante de apoio emocional e instrumental e os idosos manifestam o sentimento de cuidar das gerações mais novas, assumindo o papel de avô. Esta relação e apoio emocional ajuda o idoso a criar de novo objectivos e a adoptar de novo um papel no seio familiar, dando de novo sentido á sua vida.

Depressão nos idosos que frequentam o Centro de Dia de Cedofeita

Para Walker (1995 *cit. in* Figueiredo, D. 2007, pág. 24): “ a família tem sido considerada como o principal pilar de apoio ao idoso em vários países da Europa e EUA.”

Para muitos idosos, a rede social é sinónimo de família, sendo os seus vínculos constituídos essencialmente por familiares multigeracionais. Este tipo de rede social dá resposta às necessidades do idoso.

Litwin (2003 *cit. in* Figueiredo, D.2007, pág. 59):

“ Por norma, os membros da família são quem providencia os tipos de apoio para os quais são considerados como os únicos capazes, enquanto os outros elementos da rede ampliam a provisão de suporte na forma que unicamente se ajusta às suas capacidades.”

As relações de confiança e de intimidade podem ter a maior importância para o bem-estar da pessoa e para a sua saúde mental. A importância de ter e estar com o conjugue em família e com os amigos é essencial para que este bem-estar seja cultivado, uma vez que estando em interacção com estas ligações promove toda uma melhor auto-estima, sentimento de responsabilidade e de ser útil, assumindo essas pessoas um papel importante na interacção e acompanhamento do idoso.

Segundo Paúl, C. (2005 pág. 148):

“Se é no contexto de relações afectivas que existimos, nos tornamos humanos e nos desenvolvemos, ganhando a necessária auto-estima para nos cuidarmos e desejarmos sobreviver. A total ausência de relacionamentos satisfatórios poderá conduzir a níveis muito baixos de auto-estima gerando um desleixo acentuado na higiene, na alimentação, na toma dos medicamentos, conduzindo até a comportamentos para-suicidários”.

Estes comportamentos muitas vezes passam despercebidos, pois só numa presença activa com o indivíduo e que nos apercebemo-nos destas mudanças.

1.5 Teorias do envelhecimento

1.5.1 Teoria do envelhecimento biológico

Embora o envelhecimento seja um fenómeno universalmente conhecido pelos biólogos, mas nenhuma das definições actuais está cientificamente comprovada e aceite. Os biólogos definem o envelhecimento como uma série de mudanças letais que diminuem as probabilidades de sobrevivência do indivíduo. Numa tentativa de explicar essas mudanças, foram elaboradas várias teorias que tiveram em conta mecanismos identificados anteriormente. Seguem-se seis dessas teorias, (Berger, L., 1995, pág. 99):

- Teoria imunitária: Segundo esta teoria o envelhecimento resulta da formação de anticorpos que atacam as células sãs do organismo. Esta ideia vai ao encontro da teoria da ideia do “ relógio interno” responsáveis pelo envelhecimento, sendo que devido a transformações do sistema imunitário puderam depender das causas genéticas.

-Teoria genética: Segundo esta teoria o envelhecimento é a última etapa do processo genético definido e orientado. Para vários investigadores o envelhecimento é portanto, uma consequência da deterioração da informação genética necessária à formação das proteínas celulares. Esta instabilidade originaria modificações da molécula do ADN, advindo daí erro na síntese das proteínas.

- Teoria do erro na síntese proteica: Segundo esta teoria o envelhecimento resulta da morte celular.

-Teoria do desgaste: Segundo esta teoria o organismo humano comporta-se como uma máquina cujas partes deterioram-se com o uso. Este desgaste provocaria anomalias, daí sucede uma paragem desse mecanismo, apesar de que as células e órgão do ser humano adapta outra formas ou funções para se auto repararem, diminuindo assim os efeitos do envelhecimento por desgaste

- Teoria dos radicais livres: Os fenómenos surgem ao acaso e têm um impacto nefasto sobre o organismo, de forma imprevisível. O efeito cumulativo deste fenómeno acaba

por diminuir a vitalidade das células e dos tecidos, provocando assim a sua decadência.

- Teoria neuro - endócrina: para vários autores o envelhecimento é causado pelo fracasso ou insuficiência do sistema endócrino no que se refere à coordenação das diferentes funções do corpo. O sistema endócrino funciona em constante harmonia com o sistema nervoso com o objectivo de manter a homeostase. Estes relógios hipofisários ou celulares desencadeiam grandes processos humanos como crescimento, puberdade, menopausa e envelhecimento.

1.5.2 Teoria do envelhecimento psicossocial

Os inúmeros estudos em gerontologia social, elaborados com o objectivo de explicar a influência dos factores culturais e sociais sobre o envelhecimento, derivam em várias teorias, (Berger, L., 1995, pág. 104):

- Teoria da actividade: O idoso deve manter-se activo a fim de obter na vida a maior satisfação possível, manter a sua auto - estima e conservar a sua saúde. A velhice bem sucedida implica a descoberta de novos papéis na vida.

- Teoria da desinserção: o envelhecimento acompanha-se de uma desinserção recíproca da sociedade e do indivíduo.

- Teoria da continuidade: O idoso mantém a continuidade nos seus hábitos de vida, nas suas preferências, experiências e compromissos, fazendo parte da sua personalidade.

CAPITULO 2

DEPRESSÃO

2.1. Historiadores

Segundo Ford (1976) *cit.in* Lafer Beny et al, 2000, pág. 47), entendia que o escurecimento da bile, a bile negra, era responsável pelos estados emocionais da melancolia e sua associação com a idade.

O estudo da Depressão está relacionado com a história da mania, tendo observado-se alternadamente estado depressivo com estado maníaco.

Foi Kraepelin que englobou esses estados alternados, numa entidade única de loucura maníaco - depressiva. Nela também incluiu os quadros isolados de mania, depressão e também a depressão involutiva característica da depressão nos idosos.

A concepção de que a melancolia involutiva podia ser devido à origem das perdas ou dos prejuízos decorrentes da idade, levantou para Kraepelin a ideia de que esse quadro seria mais frequente com a idade e com complicações como a fraqueza mental.

Segundo Post (1965 *cit. in* Lafer Beny 2000 pág. 48):

“Melancolia involutiva caracteriza-se por uma depressão que habitualmente se manifesta de maneira agitada, ocorrendo pela primeira vez na vida após os 45-50 anos de idade, em contraste com a doença maníaco - depressiva que geralmente manifesta-se mais precocemente”.

Para Kraepelin (1921 *cit. in* Lafer Beny 2000 pág. 48): justifica o abandono do conceito de melancolia e todas as psicoses no seu livro dizendo:

” the frequency of depressive attacks in advance age that have come to recognize as an expression of a general law wich governs the change of colourin of the attack in a course of life...”.

Ao longo dos estudos realizados foram levantadas as questões sobre mais que um tipo de depressão que segundo Lewin (1971 *cit. in* Lafer, B.2000, pág. 48) diz que:

“ a hipótese de que a depressão é uma condição única podendo se manifestar de varias maneiras dentro de um continuum. Num pólo estariam os quadros dependestes, quase que inteiramente, de condições externas e no outro de condições constitucionais do individuo.”

2.2 Depressão nos idosos portugueses

O processo de envelhecimento implica normalmente uma adaptação a alterações na vida quotidiana. Estas mudanças podem traduzir-se pela perda de velhas rotinas ou pela perda de um familiar. Perante essas alterações no dia-a-dia do idoso podem conduzir ao isolamento físico e psicológico e consecutivamente na perda de relações sociais. Em Portugal, a velhice sem independência e autonomia ainda faz parte de uma face oculta da opinião pública, pois sendo mantida no âmbito familiar dos domicílios ou nas instituições/ lares, impede a sua visibilidade e dificulta uma maior preocupação política em termos protecção social. (Paúl, C. 2005, pág. 157).

Como é referido em Paúl, C. (2005, pág. 157):

“Embora não existam dados que permitam uma completa caracterização dos pais, estima-se que a prevalência de perturbações mentais na população geral ronde os 30% sendo aproximadamente de 12% a incidência de perturbações psiquiátricas graves. A depressão pode atingir cerca de 20% da população representando a primeira causa de incapacidade nos países desenvolvidos no âmbito global das doenças psiquiátricas em conjunto com a esquizofrenia a depressão e responsável por 60% dos suicídios em Portugal (Ministério da Saúde, 2004) e os resultados do terceiro senso psiquiátrica realizado em 2001, nos idosos, uma predominância de casos de depressão na consulta externa e na urgência, sobrecarregando a depressão as famílias e instituições que providenciam cuidados aos idosos, sendo altamente destruidora a qualidade de vida, sendo uma grande carga social e económica para a sociedade.”

Referido por Reynolds e Kupfer, (1999 *cit. in* Spar, J. 2005, pág. 71)

“A depressão na terceira idade tem graves consequências, incluindo o sofrimento dos doentes e dos prestadores de cuidados, a amplificação da incapacidade associada com perturbações do

Depressão nos idosos que frequentam o Centro de Dia de Cedofeita

foro médico e cognitivas da terceira idade, o aumento dos custos com os cuidados de saúde e o aumento da taxa de mortalidade relacionada com suicídio e doenças do foro médico.”

As consequências e implicações da depressão no idoso podem ocorrer sob os pontos de vista: Económico levando a um aumento da população dependente, aumento das despesas com a saúde e a segurança social; Social, ocorrendo alterações das relações familiares e interpessoais, maior necessidade de instituições que prestem cuidado e assistência ao idoso; Sanitário, uma vez que o aumento do consumo de cuidados primários e diferenciados leva ao aumento da necessidade de pessoal e de instituições especializada e Ética, pois a problemática do suicídio no idoso levanta muitas questões. (Paúl, C. 2005, pág. 158)

2.2.1 Factores que favorecem a Depressão

Barreto (1984 *cit. in* Fernandes, P. 2002 pág. 34)

“ no que concerne ao envelhecimento, menciona determinados factores e condicionalismos como sendo responsáveis pelas perturbações mentais da população idosa. (...) a reforma, isolamento, perdas, falta de recursos económicos, á adaptação, ao reajustamento, condições ambientais, como causas que não apenas comprometem o bem estar da pessoa idosa, como lhe podem provocar doença psíquica.”

Roach (2001,pág.15), no que diz respeito aos factores que estão na origem da Depressão no idoso refer que:

“a Depressão ocorre por uma combinação de razões, como o resultado de doença ou como efeito colateral de certo medicamento. Certas doenças comuns nos idosos, como derrame cerebral, diabetes ou mal de Parkinson, podem agravar ou provocar uma crise depressiva. As pessoas com baixa auto-estima, os idosos frágeis ou aqueles com grandes necessidades de dependência correm um maior risco de ter Depressão. A perda é um dos principais factores de risco que ocasionam Depressão nos idosos. A perda de um companheiro, de amigos ou das capacidades funcionais; ou qualquer outra perda de vivencia pelos idosos pode resultar numa crise de Depressão”.

Estes factores passam por ser:

2.2.1.1 Factores pessoais

Os factores pessoais como a idade, perdas e adaptação são características que afectam essencialmente em termos psicológicos o idoso e conseqüentemente o seu equilíbrio emocional.

Ao referir-se à idade não implica que seja a idade um factor que condicione a ter ou não alterações mentais, mas segundo refere Simões (1983 *cit. in* Fernandes, P. 2002 pág. 35)

“existem influências normativas associadas á idade ou ontogénicas- determinantes de natureza biológica (maturação biológica) e ambiental (fenómenos de socialização), que tendem a afectar os indivíduos de uma dada cultura ou sub- cultura de maneira parecida.”

A perda é uma experiência universal que afecta todo o ser humano ao longo do seu ciclo da vida e de maturação. Há uma perda cada vez que uma situação é vivenciada com insucesso, uma separação, uma privação ou o seu estatuto, os papéis sociais objectivos de vida ou sonhos e ilusões. Muitas vezes essas perdas podem ser de tal forma palpáveis quanto à morte de um familiar ou amigo, ou até mesmo a perda de um objecto que era muito importante. A esta perda palpável está sempre ligada uma perda simbólica de natureza abstracta como a auto-estima de cada um. (Fernandes, P. 2002)

“as perdas podem ser graduais como uma doença degenerativa, ou súbitas, havendo que ter em conta que as perdas simbólicas podem afectar o sentimento de segurança e os valores da pessoa, como o mesmo ou maior peso que as perdas objectivas”, como refer Foucault (1995 *cit. in* Fernandes, p. 2002, pág. 37)

Segundo Carroll 1991 *cit. in* Fernandes, P. 2002, pág. 37):

“para além das alterações cognitivas e físicas com as quais muitos idosos tem que se confrontar, principalmente aquando de alterações físicas que os limita e torna dependentes dos outros, as perdas económicas e sociais, podem também influenciar um tremor emotivo, mágoa, depressão, dependência, abandono, sensação de fracasso, humilhação etc .“

As perdas previstas ou imprevistas são geralmente múltiplas, estando ligadas ao lado afectivo (da esposa ou marido, filhos e amigos), financeiro, independência física, funcional e o lidar com uma doença, tal como também ligada muitas vezes ao próprio ambiente social, casa ou laboral, onde muito tempo foi um local um espaço onde a sua interacção e actuação foi essencial.

Segundo Salomon e Davis (1995 *cit. in* Fernandes, P. 2002, pág. 37) “ as perdas suscitam nas pessoas idosos, depressão, ansiedade, reacções psicossomáticas, afastamento e descompromisso.”

Por seu lado Barreto (1984 *cit. in* Fernandes, P. 2002, pág. 38) “ as perdas são representadas cognitivamente como estreitamentos do espaço da vida e como sinais premonitórios das perdas que estão par acontecer”.

Consequentemente a adaptação a estas alterações do envelhecimento e a estas perdas é fundamental para o idoso, contudo pode ser um processo doloroso, uma vez que a sua auto-estima pode ficar afectada, pois não é uma adaptação à qual podem recorrer a refúgios habituais, pois a adaptação a uma vida dependente, ou até mesmo alterada em termos emocionais pode implicar crises emocionais e psicológicas graves.

“ Esta adaptação pode ser entendida como a maneira de responder a exigências do mundo exterior ou interior. Neste sentido todo o individuo se adapta. Porém, nem todo o individuo se adapta bem e com facilidade “, referido por Simões (1982 *cit. in* Fernandes, P. 2002 pág. 40)

A opinião de Berger (1995 *cit. in* Fernandes, P. 2002 pág. 42)

“ o modo como os idosos se comportam indica-nos a medida do seu desejo de se adaptar e mudar. Se o seu entendimento a velhice for positiva e realista, ele revê os seus objectivos, na sua escala de valores e encara o fim que se aproxima. A noção de felicidade e bem-estar. Deixa de ser sinónimo de sucesso e passa a tónica à serenidade, à satisfação e á associação em grupos. A velhice não se mede em termos de idade cronológica mas pelos comportamentos e possibilidades biopsíquicas. Um idoso saudável evita perder-se em recordações ou quimeras, continuando a extasiar-se e a maravilhar-se”

Depressão nos idosos que frequentam o Centro de Dia de Cedofeita

A participação e capacidade de resistir ao stress do dia-a-dia com a família, cônjuge e amigos vai diminuindo, levando a um afastamento. O luto produz frequentemente a diminuição de auto-estima consequentemente leva ao isolamento do idoso e ao declínio dos afectos positivos. Estes problemas remetem no espaço de um ou dois anos após a morte do cônjuge. É também normal que o luto provoque a perda da auto-estima, ou seja causa de culpabilização inapropriada.

O luto “ é a emoção ou sentimento intenso apresentado em consequência de uma perda. Os idosos enfrentam perdas múltiplas. Quantos mais anos vivem, mais perdas têm que enfrentar”
(Roach, 2001, p.156)

O luto é muito individualizado e as pessoas passam por ele ao seu próprio ritmo. Às vezes o luto pode ser intenso mas de curta duração, enquanto outras vezes, o luto é intenso e extremamente doloroso. O luto é caracterizado por intensa dor emocional, tristeza e desespero. Embora o luto seja, com mais frequência associado à morte de um ente querido, o luto intenso pode ocorrer depois da reforma, a mudança de casa, uma doença crónica ou qualquer outra mudança na situação de vida. A perda de um cônjuge tem o mais profundo efeito sobre a vida dos idosos. Um idoso também tem que encontrar sentido na vida e aceitar a validade da sua própria morte.

Roach (2001, p.72) diz que:

“ a solidão pode surgir quando o idoso perde a família e os amigos devido a morte ou mudança do local de moradia. Os filhos podem não ser capazes de dar apoio necessário porque estão envolvidos em sustentar a própria família. As relações familiares podem estar desgastadas (...) Os sentimentos de insegurança, solidão e isolamento tornam-se problemas psicológicos. “

2.2.1.2 Factores situacionais

Dentro dos factores situacionais estão implícitos os factores sociodemográficos, socioeconómicos, o ambiente e a institucionalização.

Em termos sociodemográficos já foi anteriormente referido que a população idosa está aumentada nos países ocidentais, nos quais inclui também o nosso país.

Depressão nos idosos que frequentam o Centro de Dia de Cedofeita

Em termos socioeconómicos o baixo estatuto social, os indivíduos com recursos socioeconómicos deficitários, não desfrutam de disponibilidade, quer afectiva quer emocionalmente, que lhes possibilite participar na resolução das suas necessidades vitais.

Segundo Barreto (1984 *cit. in* Ferreira, P. 2002, pág. 45)

“ o status social influencia os problemas da terceira idade e a maioria das perturbações nesta fase da vida são devidas à pobreza e às privações económico - sociais.”

Contrariamente a Barreto, Murphy (1982 *cit. in* Ferreira, P. 2002 pág. 45) refere que:

“o status social, leva a uma personalidade vulnerável, que se caracteriza por uma dificuldade em entrar em relação íntima com outrem. As pessoas que mantêm essa intimidade com um confidente serão, em regra, capazes de suportar melhor as privações a que estão sujeitas. “

Sendo ambas as perspectivas diferentes e controversas, no fundo também se complementam.

A idade estabelecida pelo governo Português para uma pessoa se poder reformar é de 65 anos, podendo aumentar em 2030 para 68 anos. O que se conclui que os idosos, ainda considerados segundo a idade pela OMS como idosos, ainda prestarão uma contribuição activa para o estado e seu desenvolvimento. (Decreto de Lei n.º 60/2005, de 29 de Dezembro, artigo 3º)

A actividade laboral, assume na definição e no desenvolvimento da identidade da pessoa cada vez mais importância. Tal como a passagem à reforma muitas vezes ligada ao início de envelhecimento. É perante esta mudança na vida do idoso que há mais alterações que ocorrem não só a nível profissional, mas também pessoal e social.

Citado por Paúl. C, (2005, pág. 45).

“para se perceber, 21,8% da população portuguesa foi recenseada em 2001 como tendo 60 ou mais anos de idade, e o facto de 81% da população com idade igual ou superior a 65 anos se encontrarem reformados (dos quais 74% são homens e 86% mulheres) ou seja, deixaram de exercer uma actividade remunerada e recebem agora uma pensão de reforma paga pelo Estado e/ou outras identidades.”

Depressão nos idosos que frequentam o Centro de Dia de Cedofeita

De facto o trabalho assume um papel central e vital na vida humana. Para muitas pessoas, é mesmo a actividade mais significativa das suas vidas durante a idade adulta, seja pela principal fonte de convivência social seja por uma mistura de todas essas razões. A vida profissional de cada pessoa assume uma condição de exigência social e de estatuto pessoal, ou seja assume um importante papel na definição e no desenvolvimento da identidade. É por isso que a ocorrência da reforma e a vivência da condição de reformado são realidades susceptíveis de gerar um conjunto de percepções, expectativas e sentimentos característicos de um processo de transição e adaptação, com eventuais consequências a nível da satisfação de vida e do bem-estar psicológico, da saúde, do relacionamento com os outros, dos hábitos de vida e até mesmo da personalidade.

Segundo Paúl. C, (2005 pág. 46)

“A passagem a reforma é então um processo de transição-adaptação, no qual estão implícitas mudanças em vários aspectos das suas vidas cujo sucesso adaptativo se consegue a partir de varias reorganizações do estilo de vida, com o objectivo de manter o bem-estar psicológico, físico e social.”

Segundo o mesmo autor acima citado

“O lado problemático da reforma é o momento da passagem à reforma, sendo um processo de transição-adaptação que lhe está inerente podendo constituir situações particularmente sensíveis ao aparecimento de alterações no funcionamento dos indivíduos, com inevitáveis consequências ao nível do respectivo bem-estar psicológico e social. Pois a passagem à reforma não é só o fim da vida profissional, como também o fim de um período longo que marcou a vida, moldou os hábitos, definiu prioridades e condicionou desejos, podendo ser ao mesmo tempo um momento de libertação e renovação, um momento de sofrimento e perda (de objectos, de prestígio, de amigos, de capacidade financeira, entre outros).”

Neste âmbito à passagem a reforma surge como um acontecimento de vida de cariz predominantemente normativo, exigindo o desempenho de novos papéis e a respectiva integração numa dada estrutura de personalidade, cuja ocorrência coincide no tempo com outros acontecimentos de vida característicos do envelhecimento. Não só, é um processo de mudança e adaptação para o idoso mas também uma fase em que toda a sua vida activa termina, passando a estar mais desocupado, levando assim a problemas fisiológicos e um bem-estar diminuído.

O ambiente não representa apenas o espaço em que a pessoa vive (a sua casa ou instituição ou lar) mas também o meio em que evolui.

“nem sempre é possível modificar os factores ambientais, mas há intervenções concretas que podem ajudar os idosos a conservar a energia, preservar o seu espaço pessoal e integrar-se no meio. A escolha dos amigos, a integração numa rede de apoio, a socialização, a tomada de decisões quanto aos défices sensoriais é uma medida válida para controlar o ambiente e manter um óptimo estado de saúde.” Berger (1995 *cit. in* Fernandes, P. 2002, pág. 46)

O ambiente é um factor importante a ter em conta na problemática das pessoas idosas, uma vez que elas ao sentirem perigo, refugiam-se na segurança de um mundo interior, entram em regressão e a sua saúde pode ser por tal facto afectada.

Na medida que as incapacidades físicas e psicológicas do idoso aumentam a necessidade de um ambiente adequado a esta incapacidade, é fundamental para que a qualidade de vida e a integridade física seja mantida. Quando ocorre esta necessidade pode haver também a necessidade do idoso ser institucionalizado ou lhe seja proporcionado algum apoio social para que cuidados e actividades lhe sejam prestados.

A institucionalização é um factor determinante para um bem-estar melhor para o idoso, porém também traz consigo alguns aspectos negativos, dos quais a despersonalização (pela falta de privacidade), a desinserção familiar e comunitária, o tratamento massificado, a vida monótona e rotineira que trata todos os idosos de igual forma, sem ter em conta as diferenças de cada idoso. (Fernandes, P. 2002)

Neste estudo os idosos não estão completamente institucionalizados, tendo oportunidade para ter a sua privacidade em suas casas, mantendo alguma actividade e segurança.

2.3 Tipos de Depressão

Segundo Barreto (1973 *cit. in* Fernandes, P. 2002 pág. 57):” o termo depressão pode designar uma doença, síndrome, um sintoma ou, inclusivamente, um simples estado afectivo - a tristeza.”

Já segundo Gouveia (1990 *cit. in* Fernandes, P. 2002 pág. 59):

” a depressão é muitas vezes designada como a “constipação da psicopatologia”, não pelos reduzidos custos sociais, familiares e pessoais mas, essencialmente, pela frequência com que a mesma surge nos diversos acontecimentos de vida do ser humano.”

As depressões mais frequentes diagnosticadas nos idosos são a Depressão Major, Depressão Dismítica, Depressão Minor, Depressão induzida por substâncias, a Depressão devido a um estado patológico e a Depressão Mascarada. Irá ser abordado assim principalmente as Depressões Major, Distímica, Minor e a Depressão Mascarada, uma vez que são os tipos de Depressão que ocorrem por alteração do Humor, sem haver alteração física associada.

2.3.1 Depressão Major

A Depressão major no idoso inicia por uma história particularizada da doença actual, centrando a atenção em mudanças bruscas de uma ou mais funções neurovegetativas. O doente refer que o seu padrão habitual de sono se tornou pior mais ou menos na altura em que sentiu pela primeira vez sentimentos de desesperança e apatia. Do mesmo modo, a diminuição gradual de actividade e do apetite, também poderá ter-se acelerado subitamente nessa ocasião. Informadores, tais como o cônjuge ou um filho, um assistente domiciliário ou o médico de família, podem ser decisivos para se determinar o momento destas mudanças. (DMS IV TR, 2000)

Na Tabela I (Anexo V) estão os sintomas e critérios para considerar um episódio de Depressão Major definidos pelo DMS- IV- TR. (DMS-IV-TR, 2000 pág. 356)

2.3.2 Depressão Distímica

A Distimia define-se como uma depressão aguda que se prolonga por um período de dois anos nos adultos.

As características associadas à Perturbação Dismítica são semelhantes às do Episódio Depressivo Major. Vários estudos sugerem que os sintomas mais frequentes encontrados na

Perturbação Dismitica podem ser sentimentos de inadequação, perda generalizada do interesse e do prazer, isolamento social, ruminações ou sentimentos de culpa acerca do passado, irritação ou cólera excessiva, diminuição na actividade, eficiência ou produtividades. As alterações vegetativas, são mais comuns no Episódio Depressivo Major. A Perturbação Dismitica pode estar associada a Perturbações da Personalidade. (DMS IV TR, 2000). (Tabela II, Anexo V)

2.3.3 Depressão Minor

A importância da Depressão Minor ou Sublimar provoca mal-estar clinicamente significativo ou défice social, ocupacional ou noutras áreas do funcionamento, mas que não preenche os critérios para Depressão Major ou Distimica.

Beckman e colaboradores (1997 *cit. in* Spar, J. 2005, pág. 97):

“ A Depressão Minor, ao contrário da Depressão Major, estava (...) inteiramente associada com a doença física em sujeitos idosos”, principalmente a alterações das actividades de vida diárias.

2.3.4 Depressão Mascarada

“A forma (a máscara) é orgânica, mas o conteúdo (a causa) é a Depressão.”

A Depressão no idoso é difícil de diagnosticar pois como o nome indica pode estar mascarada por sintomas físicos que nos indicam para um estado patológico, ou o próprio estado depressivo mascarar algum desequilíbrio orgânico. É uma forma de Somatização Depressiva onde, apesar de se tratar de uma Depressão, os sintomas vêm mascarados sobre a forma de queixas orgânicas.

Um estudo realizado por Posse Hallstrom(1998 *cit. in* Spar, J. 2005, pág. 76) refer que:

“ no decurso do diagnostico e tratamento médicos verifica-se que estas queixas ou não são acompanhadas por anomalias anatómicas ou fisiológicas, ou são desproporcionadas em relação á gravidade de tais anomalias.(...) Uma modalidade talvez mais comum desta síndrome apresenta uma

Depressão nos idosos que frequentam o Centro de Dia de Cedofeita

exacerbação aguda semelhante de queixas físicas, acompanhada por significativo sofrimento psíquico (por exemplo queixas de depressão e ansiedade).”

As formas orgânicas que mais frequentemente mascaram uma Depressão são as seguintes:

Cefaleias difusas, acompanhadas de um mal-estar geral que normalmente se manifesta por um estado ansioso, como medo de uma doença grave, medo da morte, etc. Dores difusas, parestesias nocturnas, nevralgias faciais, lombalgias e braquialgias. Estes sintomas apresentam-se associados à ansiedade, à fadiga, hipersensibilidade aos estímulos ambientais alterando ao longo do dia a sua frequência. Tal como algumas formas de anorexia temporária. (DSM IV TR)

De facto alguns síndromes psicossomáticos mascaram episódios depressivos, actuando os antidepressivos muito bem nestas situações, continuando a mascarar um mal-estar físico do doente. Muitas vezes estes doentes são então, internados na Psiquiatria, sendo a sua causa porém orgânica necessitando de um tratamento médico, em vez de psíquico. O mesmo pode acontecer quando a forma mascarada é um estado depressivo, sob o qual o doente realiza vários exames físicos, submetendo-se as intervenções de diagnóstico, estando na sua origem perturbações do humor, não diagnosticadas pelos profissionais de saúde.

2.4 Prevenção em saúde mental

Desde logo entende-se a prevenção em saúde mental como o conjunto de medidas que visam o apoiar o individuo a realizar o mais plenamente possível seu potencial e a evitar e/ou a reduzir a incidência de problemas futuros de ordem emocional, sócio-afectiva e cognitiva.

Segundo Grams e Albee (1995 *cit. in* Paúl, C. 2005 pág. 151) propõem um esquema de prevenção aplicável à velhice.

Condições de debilidade orgânica, stress e exploração

Prevenção em saúde mental = -----

Perícias sociais e competências, auto-estima e sistema de apoio

Grams e Albee (1995, *cit. in* Paúl, C. 2005 pág. 151):

“a prevenção primária é exercida através de uma inter-relação dos vários elementos considerados, diminuindo a incidência das variáveis do numerador e aumentando a do denominador. Ou seja, dependendo da idade ou vivência do doente, as variáveis para prevenir ou para melhor o estado físico e psíquico do doente diminuirá a probabilidade de um transtorno psíquico. “

Todas as variáveis serão discriminadas de acordo com o autor citado anteriormente.

Condições de debilidade: está relacionada com o estado físico do doente, com a sua doença, implementando hábitos de vida de saúde, dieta, exercício físico, condições de habitação livre de acidentes e ambiente seguro.

Stress: está frequentemente relacionado com a solidão e o isolamento. Evitar condições que conduzam ao isolamento social e a experiência de solidão contribui para minorar a experiência de stress que elas acarretam. Também os recursos económicos podem estar relacionados levando muitas vezes a fracas condições de saúde.

Exploração: muitos idosos são alvo de abusos por parte de familiares que deles abusam do ponto de vista económico, ou que os violentam, ignorando-os, negando cuidados ou negligenciando a assistência de que eles necessitam. Minorar estes vários tipos de exploração poderá constituir como um elemento de prevenção de saúde mental.

A aprendizagem é uma experiência de toda a vida, muito embora requeiram diferente exercício e treino de competências, de acordo com o desenvolvimento e capacidades de cada um. Ter acesso a informação sobre o processo de envelhecimento, reconhecendo que nem tudo são perdas e que há capacidades que poderão manter ou melhorar o seu desempenho, torna-se relevante para que o indivíduo se sinta útil ao grupo em que está inserido, tenha prazer no exercício competente de actividades e procure situações em que possa ser estimulado. Por exemplo as universidades da terceira idade.

A auto-estima poderá ser o aspecto mais importante na saúde mental. Ter um papel a desempenhar e uma função a cumprir no grupo em que se está inserido, promove a

responsabilidade, o sentimento de que se é necessário ao mundo e no sentido de ter algum controlo sobre esse mundo, contribuindo para o bem-estar e para o aumento da auto-estima.

O apoio social é um dos outros elementos que constam no denominador. Muito embora se postule a relevância do aumento do apoio social como estratégia preventiva de saúde mental, este terá que ser entendido tão só na medida do que cada um dele necessita e/ ou solicita, vigiando para que nos surja uma imposição de cuidados ou haja uma sobreposição de poderes, perturbadora do controlo individual sobre a vida. (Paúl, C, 2005)

2.4.1 Enfermagem em Saúde Mental

A enfermagem a nível de Saúde Mental e Psiquiatria tem um papel fundamental principalmente na comunicação e relação empática com o doente. È através desta relação, criada com base de uma confiança, disponibilidade, da presença, da escuta activa e do ouvir o doente, que problemas e alterações psíquicas são detectadas, por vezes precocemente. È com base nessas observações e contactos directos ou indirectos com os doentes que o enfermeiro de Saúde Mental e Psiquiatria, tem um papel activo e fundamental de criar um ambiente adequado para a situação do doente, desenvolvendo com ele estratégias que possam servir de refugio e por sua vez como forma de ultrapassar determinados problemas ou situações problemáticas. Através de dinâmicas de grupo ou uma relação de ajuda, o doente poderá com mais facilidade expor os seus sentimentos e problemas sendo assim o papel do enfermeiro fundamental, na criação de um ambiente de confiança, promovendo por isso a saúde mental.

Segundo o Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016, referido no Portal do Governo, consiste no instrumento para a concretização de uma estratégia nacional a ser implementada de forma multisectorial por parte de várias entidades ministeriais, tendo como principais objectivos:

- a) Assegurar o acesso equitativo a cuidados de saúde mental de qualidade a todas as pessoas com problemas de saúde mental do País, incluindo as que pertencem a grupos especialmente vulneráveis;
- b) Promover e proteger os direitos humanos das pessoas com problemas de saúde mental;

Depressão nos idosos que frequentam o Centro de Dia de Cedofeita

c) Reduzir o impacto das perturbações mentais e contribuir para a promoção da saúde mental das populações;

d) Promover a descentralização dos serviços de saúde mental, de modo a permitir a prestação de cuidados mais próximos das pessoas e a facilitar uma maior participação das comunidades, dos utentes e das suas famílias;

e) Promover a integração dos cuidados de saúde mental no sistema geral de saúde, tanto a nível dos cuidados primários, como dos hospitais gerais e dos cuidados continuados, de modo a facilitar o acesso e a diminuir a institucionalização.

Com este plano de intervenção e como base para uma promoção da Saúde, a família é cada vez mais valorizada, para que esta possa juntamente com o idoso ultrapassar de forma equilibrada e recíproca todas as fases e problemáticas da vida. È por isso fundamental a interligação dos profissionais de Saúde com o utente e o prestador de cuidados e/ou família, reforçando ensinamentos no âmbito de promover hábitos de vida saudáveis, sendo o objectivo fundamental um envelhecimento equilibrado, activo e saudável, junto do utente como pessoa isolada e junto da família e utente, como seres sociais e de ligações interpessoais.

2.4.2 Envelhecimentos Activo

A promoção do envelhecimento activo é um dos princípios estratégicos promovidos pela OMS para uma nova perspectiva de desenvolvimento social. Prevenir e minimizar o impacto das causas das principais doenças relacionadas com os estilos de vida é a grande prioridade para esta intervenção de promoção da saúde. Tal exige que se consagre uma tenção particular a factores como o consumo de álcool e de tabaco, a dieta e a obesidade, a actividade física, o stress bem como factores de natureza socioeconómica como a violência nas suas múltiplas dimensões e tipologias, incluindo a violência doméstica.

Segundo é referido na Circular Normativa nº 13/DGCG de 02/07/04 acerca do envelhecimento:

“ O processo de envelhecimento demográfico que estamos a viver, associado às mudanças verificadas na estrutura e comportamentos sociais e familiares, determinará, nos próximos anos,

Depressão nos idosos que frequentam o Centro de Dia de Cedofeita

novas necessidades em saúde, lançando enormes desafios aos sistemas de saúde no que se refere não apenas à garantia de acessibilidade e qualidade dos cuidados, como à sustentabilidade dos próprios sistemas e exigindo que, ao aumento da esperança de vida à nascença, corresponda um aumento da esperança de vida “com saúde” e sem deficiência.”

A OMS define o envelhecimento activo como o processo de optimização de oportunidades para lutar pela saúde, pela participação activa na vida e pela segurança de que terá uma boa qualidade de vida, quando o ser humano envelhece. (Silva, 2005)

Citado por Pinto, C.:

“O Plano Nacional de Saúde 2004-2010 realça a importância do grupo etário com mais de 65 anos, que está a crescer nos países mais desenvolvidos devido, essencialmente, à melhoria das condições de vida e é o maior utilizador de recursos na saúde. Estima, também, que, nas próximas décadas, as necessidades de saúde desta população aumentem substancialmente em Portugal, paralelamente a um aumento acentuado do número de pessoas em situação de fragilidade e risco de perda de funcionalidade, com doenças de evolução prolongada e de elevado potencial incapacitante”

A rede de universidade da terceira idade, vem assim promover um envelhecimento activo tanto a nível intelectual como físico e social, permitindo aos idosos uma interacção e actualização na sociedade, mantendo-os dispostos e motivando-os para uma aprendizagem.

II- FASE METODOLÓGICA:

Nesta fase, o investigador estabelece os métodos a utilizar para obter as respostas às questões de investigação colocadas, tal como determina o desenho apropriado para explorar os fenómenos a verificar. É a fase em que o investigador define a população e escolhe os instrumentos mais apropriados para efectuar a colheita dos dados. (Fortin, 1999)

“Estas diversas decisões metodológicas são importantes para assegurar a fiabilidade e a qualidade dos resultados de investigação” como é referido por Fortin (1999, pág. 40)

2.1- Princípios éticos em questão

Segundo Fortin (1999, pág.116), “o investigador tem também obrigações e responsabilidades morais para com a sociedade, a comunidade científica e os participantes nos projectos de investigação.”

- Direito à autodeterminação: Baseia-se no respeito pelas pessoas. Num estudo as pessoas têm o direito de decidir sobre a participação ou não nele e de se retirar deste sempre que não quiserem prestar mais colaboração.

- Direito à Intimidade: O investigador deve ter em conta as fragilidades e intimidade do participante e protege-lo assegurando que o anonimato e a confidencialidade dos dados sejam mantidos.

- Direito ao Anonimato e à Confidencialidade: Os resultados devem ser tratados de modo a possibilitar que não haja reconhecimento das informações individuais nem pelo investigador, nem pelo leitor; implica que os dados individuais sejam protegidos por codificação não podendo ser divulgados sem autorização expressa pelos participantes.

- Direito à Protecção contra o desconforto e o prejuízo: Implica que a investigação tenha como pressuposto a promoção de benefícios no plano social.

- Direito a um tratamento justo e leal: Implica que a escolha dos participantes seja ligada directamente com o problema em estudo e não por conveniência ou disponibilidade.

- Direito ao consentimento livre e esclarecido: Implica que o participante seja esclarecido do tipo de estudo e objectivo do mesmo.

2.2- Variáveis do estudo

Segundo Fortin (1999,pág. 36), “ (...) as variáveis são qualidades, propriedades ou características de objectos, de pessoas ou situações que são estudadas numa investigação. Uma variável pode tomar diferentes valores para exprimir graus, quantidades, diferenças.”

2.2.1: Variáveis independentes

Para Fortin (1999, pág. 37) “ a variável independente ou explicativa é muitas vezes é muitas vezes o tratamento ou a intervenção, ou simplesmente a variável experimental.”

2.2.1.1 Variáveis atributo:

Organísmica para Fortin (1999, pág. 36) são “ (...) as características dos sujeitos num estudo (...) que serve para descrever a amostra”.

Neste estudo as variáveis de atributo são o sexo, idade, actividade de lazer, estado civil, habilitações literárias, actividade profissional, agregado familiar, apoio institucional, doença diagnosticada, rendimentos e importância do centro de dia para o idoso.

2.2.1.2: Variável estranha:

Para Fortin (1999, pág. 37) “são variáveis que podem ter efeitos inesperados e modificar os resultados de uma investigação.”

Neste caso será o ambiente em que o inquérito vai ser aplicado.

2.2.2: Variável dependente:

“ A variável dependente é a que sofre o efeito esperado da variável independente.” (Fortin (1999) pág. 37)

A Depressão segundo a escala que será aplicada.

2.3- Tipo de estudo

Este estudo é descritivo, que para Fortin (1999 pág. 135) um estudo descritivo, consiste em “fornece uma descrição dos dados, quer seja sob a forma de palavras, de números ou de enunciados descritivos de relações entre variáveis.”

A investigação realizada recorreu a uma metodologia quantitativa que, na perspectiva de Fortin (1999, pág. 22)

“ (...) é um processo sistemático de colheita de dados observáveis e quantificáveis. É baseado na observação de factos objectivos, de acontecimentos e de fenómenos que existem independentemente do investigador (...) O investigador adopta um processo ordenado, que o leva a percorrer uma série de etapas, indo da definição do problema à obtenção de resultados.”

Segundo Fortin (1999, pág. 170):”É um estudo transversal consiste em examinar um ou vários cohortes em relação com fenómenos presentes num dado momento do inquérito.”

2.4- População e amostra

Fortin (1999, p.41) define população como sendo um “ (...) conjunto de todos os sujeitos ou outros elementos de um grupo bem definido tendo em comum uma ou várias características semelhantes e sobre o qual assenta a investigação.”

Neste estudo a população será constituído por 40 utentes que frequentam o Centro de Dia de Cedofeita.

Uma vez que a população corresponde ao mesmo número da amostra, não existe processo de amostragem. Para Fortin (1999, p.202):

“ (...) a amostra, é um subconjunto de uma população ou de um grupo de sujeitos que fazem parte de uma mesma amostra (...) as características da população devem estar presentes na amostra seleccionada.”

Neste estudo foram os indivíduos devidamente seleccionados. Os critérios de inclusão foram: ter 65 anos de idade ou mais, concordar em participar no inquérito, apresentar um discurso coerente e perceptível, tal como apresentando-se o idoso consciente e orientado, auto e alopsiquicamente. Os critérios de exclusão foram: declarar pessoalmente ou por meio de informante ter distúrbios cognitivos e/ou doenças mentais já previamente diagnosticadas.

Neste estudo foram excluídos 8 utentes, pois não se apresentavam orientados.

2.5- Instrumento de colheita de dados

Segundo Fortin (1999, p.239), “A natureza do problema de investigação determina o tipo de método a utilizar.”

Sendo assim, de acordo com os objectivos e características dos utentes deste estudo o método de colheita de dados, será um inquérito, (consultar Anexo III) que segundo Fortin (1999, p.370),

“ (...) é um do método de investigação segundo o qual os dados são obtidos junto de uma amostra representativa, a partir de questionários estruturados preenchidos no momento de uma entrevista, pela própria pessoa, pelo telefone ou enviados ao participante, preenchidos por este e reenviados pelo correio.”

Para responder às questões de investigação, foi aplicada uma escala de Depressão Geriátrica, devidamente autorizada. É uma escala traduzida, aferida e adaptada à população Portuguesa por Veríssimo (1988), na “Avaliação Diagnóstica dos Sintomas Demenciais” e proposta no Serviço de Neurologia e Neurocirurgia do Hospital S. João, Porto.

A escala construída por Brink, Jesavage, Lum, Heersema, Adey e Rose, é segundo os mesmos, o único instrumento que se conhece que terá sido elaborado com o objectivo de ser utilizado, especificamente, para pessoas idosos. (Fernandes, D. 2007, pág. 82)

Trata-se de uma escala de hetero-avaliação constituída por 30 items, com duas alternativas de resposta (sim ou não), consoante o modo “ como o idoso se tem sentido ultimamente, em especial de há uma semana para cá.” Como procedimento para preenchimento da GDS, deve atender-se que os items 1, 2, 7, 9, 15, 19, 21, 29, 30, devem ser pontuados negativamente, isto é, a uma resposta “Não”, corresponde um ponto. Aos items 2, 3, 4, 6, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 20, 22, 23, 24, 25, 26, 28, será atribuído um ponto à resposta positiva “Sim”.

Veríssimo (1988) sugere que, para a quantificação dos resultados, se proceda à seguinte classificação: valores de 0-11 pontos: idosos normais ou depressão leve; para pontuações iguais ou superiores a 11, são indicativos de depressão severidade crescente ou moderada; uma pontuação média de 23 é indicadora de idosos gravemente deprimidos.

2.6- Pré-teste

Para Fortin (2003, p.253), “o pré-teste consiste no preenchimento do inquérito por uma pequena amostra que reflecta a diversidade da população visada, a fim de verificar se as questões podem ser bem compreendidas”.

O pré-teste tem como objectivo testar a qualidade do questionário, ou seja, verificar se as questões são pertinentes, se a linguagem é adequada e se realmente dá resposta às questões a que me propus responder inicialmente.

O pré-teste deve ser aplicado a 10% da população, mas que não faça parte da amostra escolhida para a investigação, neste caso foi realizado a 10 utentes do Lar de Cedofeita, com características semelhantes á da população alvo.

2.7- Colheita de dados

A colheita de dados segundo Fortin (2003, p.365), “ um processo de observação, de medida, e de consignação de dados, visando recolher informação sobre certas variáveis junto dos sujeitos que participam numa investigação.”

No mês de Fevereiro dia 9 de 2009, foi feito pedido de autorização ao Director do Centro de Dia de Cedofeita, para que fosse dado o seu consentimento na aplicação do instrumento aos idosos daquela instituição, tendo seguidamente dado conhecimento á faculdade sobre a autorização. (Anexo II)

Após a autorização do Director do Centro de Dia e a favorável resposta da Universidade iniciou-se a colheita de dados. A recolha de dados, ocorreu durante o mês de Fevereiro e Março de 2009. Na instituição, explicou-se aos idosos os objectivos da investigação, assim como o instrumento de recolha de dados, esclarecendo atempadamente que seriam garantidos os direitos à confidencialidade e ao anonimato. Posteriormente foram realizados os inquéritos aos idosos que se encontravam presentes no Centro de Dia.

Uma vez que nem todos os idosos inscritos no Centro de Dia estavam todos os dias presentes, teve de ser feita uma visita durante alguns dias.

2.8- Previsão do tratamento estatístico

Para proceder à execução do tratamento e análise de dados, utilizou-se o software de estatística S.P.S.S (Statistical Package for the Social Sciences), versão 17, para ambiente Windows. Foram dois os tipos de análise estatística utilizada no processamento de dados efectuado: estatística descritiva.

Na primeira fase, procedeu-se a uma análise descritiva das variáveis, utilizando a distribuição de frequência relativas e absolutas, medidas de tendência central (média) e medidas de dispersão (desvio padrão).

Depressão nos idosos que frequentam o Centro de Dia de Cedofeita

Os dados obtidos em cada pergunta do inquérito, tratados estatisticamente, são apresentados em quadros para facilitar a leitura e permitir uma rápida comparação dos resultados obtidos.

III- TRATAMENTO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DE DADOS

O tratamento de dados para Fortin (2003, p.277), é definida como:

“ Qualquer estudo que comporte valores numéricos começa pela utilização de estatísticas descritivas que permitem descrever as características da amostra no qual os dados foram colhidos e descrever os valores obtidos pela medida da variável “.

Após a recolha de dados obtidos a partir da aplicação dos inquéritos, torna-se fundamental organizar a informação de forma a torná-la interpretável e útil. Neste capítulo pretende-se, portanto, proceder à apresentação e análise dos dados recolhidos.

A apresentação dos dados será efectuada de forma sistemática. Inicialmente, apresenta-se a informação que permite caracterizar a população, através da análise descritiva. Nesta fase, optou-se por apresentar os dados seguindo a ordem pela qual as questões surgem no inquérito. Posteriormente, surge a informação relativa à análise inferencial, de cruzamento entre variáveis.

Segundo Fortin (1999, pág. 330):” (...) apresentar os resultados consiste em fornecer todos os resultados pertinentes relativamente às questões de investigação ou às hipóteses formuladas.”

No tocante à análise, descrição e interpretação dos resultados, procurou-se salientar os considerados como mais relevantes. As referências à fonte, local e data são omitidas, uma vez que os dados se referem todos à mesma realidade em estudo.

3.1 Caracterização dos Idosos

Quadro 1: Caracterização demográfica dos Idosos segundo o Género; Idade e Estado Civil

N=32		Frequência	Percentagem
Género	Feminino	7	21,9%
	Masculino	25	78,1%
Idade	65- 70 anos	14	43,8%
	71- 75 anos	12	37,5%
	76- 80 anos	4	12,5%
	81- 85 anos	2	6,3%
Estado Civil	Casado	10	31,3%
	Solteiro	3	9,4%
	Divorciado	2	6,3%
	Viúvo	14	43,8%
	Outro	3	9,4%

Na amostra estudada que corresponde a 32 utentes do Centro de Dia de Cedofeita, foram inquiridos 7 homens correspondendo a 21,9% da população e 25 mulheres correspondente a 78,1% da população.

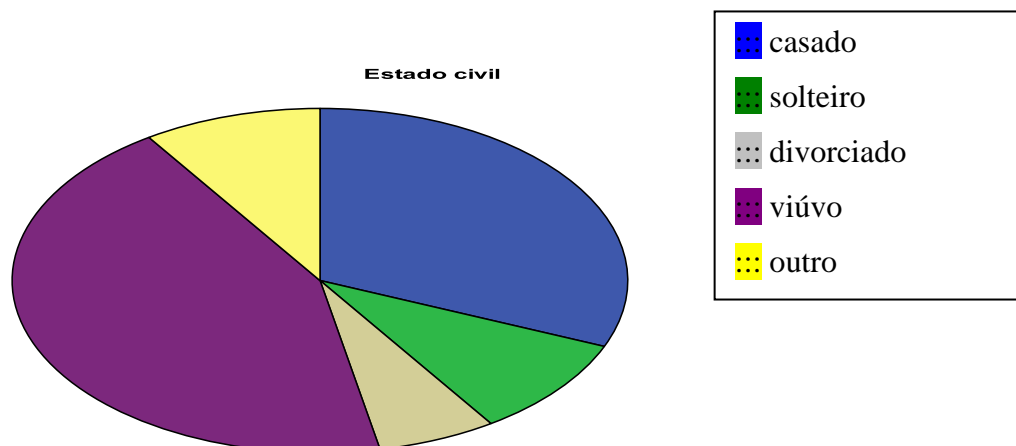
Quadro 2: Caracterização da população segundo a média, moda e desvio padrão da idade

Idade	
Média	71
Moda	65
Desvio Padrão	8,834
Mínimo	65
Maximo	95

Dos utentes inquiridos 43,8% têm idade compreendida entre os 65 e 70 anos, 37,5% tem idade compreendida entre 71 a 75 anos, e uma percentagem menor de 12,5% que corresponde aos 76 a 80 anos, e dos 32 utentes somente 2 ou seja 6,3% da população tem entre 81 anos e 85 anos.

Dos 32 utentes significa então que a média das idades corresponde a 71 anos, sendo a idade mais frequentemente encontrada de 65 anos, variando assim as idades em 8, 8 anos de idade. O utente mais novo tem assim 65 anos e o mais velho 95 anos de idade.

Gráfico 2: Caracterização da população segundo o estado civil

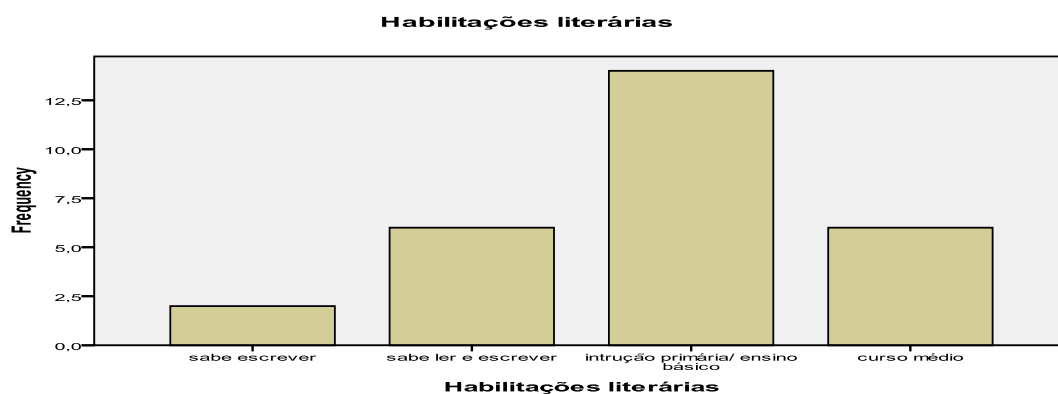


Relativamente ao estado civil, o estado mais encontrado na população foi o estado de viuvez, perfazendo 43,8% da população. O segundo estado civil mais encontrado foi a de casado. Em relação ao tempo de estado civil apresentado pelos utentes, metade da população apresenta-se no estado civil referido ha mais de 40 anos, ao qual se associa o estado civil de casado, seguido de menos de 7 anos de tempo de estado civil, aplicando-se aos utentes que referiram um estado de civil de viúvo. (Quadro 3 Anexo VI)

Quadro 4:Caracterização dos idosos segundo a sua Escolaridade, Actividade Laboral, Estado de residência, Apoio institucional e Rendimento mensal

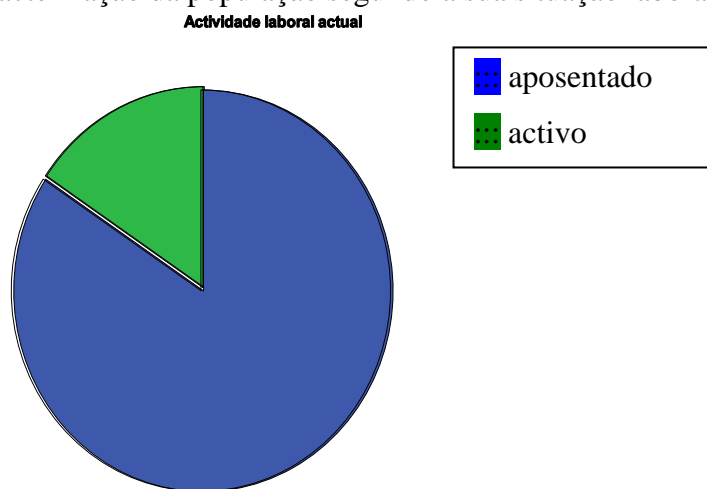
N=32		Frequência	Percentagem
Escolaridade	Sabe escrever	2	6,3
	Sabe ler e escrever	6	18,8
	Intrução primária/ ensino básico	14	43,8
	Curso médio	6	18,8
	Total	28	87,5
	Não responderam	4	12,5
Actividade laboral	Aposentado	27	84,4%
	Activo	5	15,6%
Estado de residência	Vive só	10	31,3%
	Com a família	22	68,8%
Apoio institucional	Centro de dia	30	93,8
	Apoio domiciliário	2	6,3
Rendimento mensal	Menos 100€	1	3,1%
	100-199 €	2	6,3%
	200- 299 €	8	25,0%
	300- 399 €	12	37,5%
	Mais de 400 €	8	25,0%

Gráfico 3: Caracterização da população segundo as suas habilitações literárias



A nível de escolaridade, a população apresenta escolaridade primária ou ensino básico de 43,8%, tendo encontrando-se apenas 4 utentes da população com analfabetismo.

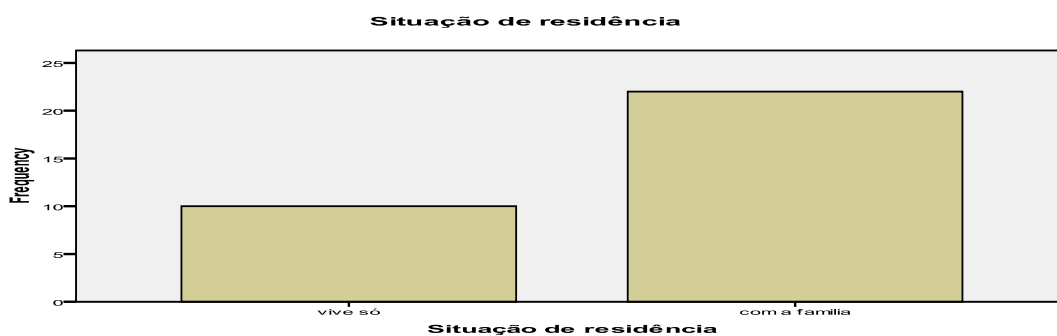
Gráfico 4: Caracterização da população segundo a sua situação laboral



Como podemos verificar, 27 Utentes dos inquiridos apresentam-se já aposentados, e somente 5 em actividade laboral. Dos 32 utentes 8 ainda mantém uma vida activa no que respeita o trabalho, referindo 75% da população que já não tem qualquer actividade laboral. (Quadro 5 Anexo VI.)

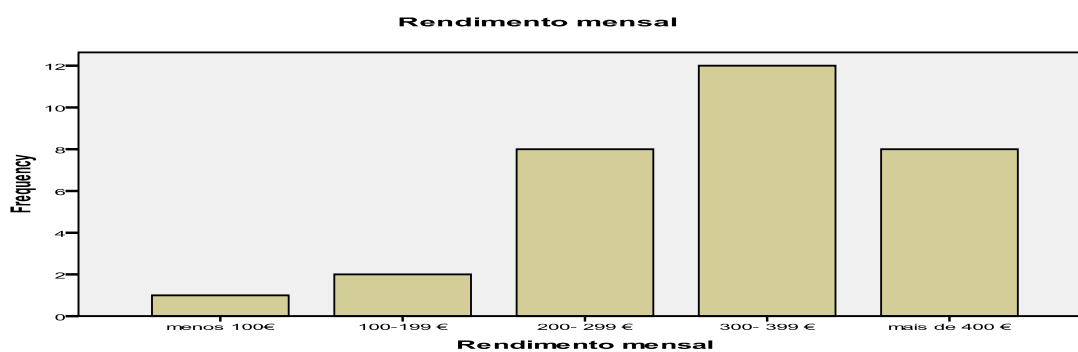
Como esperado seria, uma vez que o utente que frequenta um Centro de Dia ainda tem uma actividade e independência razoável, apenas 2 utentes tem apoio domiciliário para auxílio de eventuais tarefas domésticas. Dos 32 utentes, 30 tem apenas apoio do Centro de Dia.

Gráfico 5: Caracterização da população segundo a sua situação de residência.



Da população total apenas 31,3% vivem sós, e 68,8% vivem ainda com a família.

Gráfico 6: Caracterização da população segundo o seu rendimento mensal



Relativamente ao Rendimento mensal correspondente ao próprio utente inquirido ou do seu parceiro já falecido, 12 utentes tem um rendimento mensal da Reforma entre os 300 e 399 € sendo o rendimento seguindo de 200 a 299 € correspondente a 8 utentes, verificando-se o valor abaixo dos 100 euros apenas a um utente.

Depressão nos idosos que frequentam o Centro de Dia de Cedofeita

Quadro 6: Distribuição dos Idosos segundo a sua actividade física, intelectual e/ou social

Variáveis		Sim	Não	Total
Actividade física	Frequência	17	15	32
	Percentagem	53,1%	46,9%	100,0%
Actividade intelectual	Frequência	15	17	32
	Percentagem	46,9%	53,1%	100,0%
Actividade social	Frequência	26	6	32
	Percentagem	81,3%	18,8%	100,0%

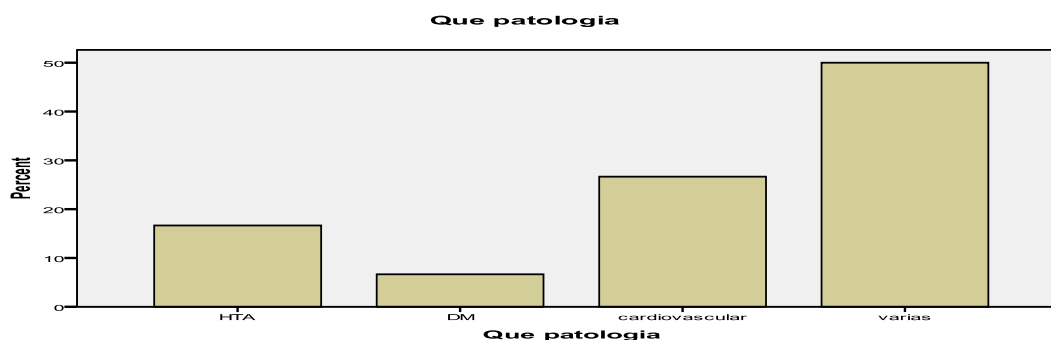
O Centro de Dia oferece aos utentes várias actividades semanais, onde se podem manter uma actividade física, através da dança e ginástica, como intelectual com jogos e tardes de contos e bíblia, tal como a nível social mantém uma grande presença em termos de socialização e integração dos idosos na sociedade, através de convívios festivos nos quais os utentes podem-se manter auto e alopsiquicamente equilibrados.

Dos Utenes inquiridos todos eles mantêm uma actividade física relativamente boa, sendo 53,1% da população. A nível intelectual também neste campo 46,9% dos utentes tem uma participação activa em termos intelectuais. A nível social e aqui denota-se sem dúvida, que 81,3% dos utentes tem uma interacção social muito positiva, no que o Centro de Dia se pode orgulhar.

Quadro 7: Distribuição dos Idosos a nível das Patologias existentes

Patologia		
	Frequência	Percentagem
HTA	5	15,6%
DM	2	6,3%
Cardiovascular (colesterol, HTA; DM)	8	25,0%
Várias (mais que as referidas acima)	15	46,9%
Total	30	93,8%
Não tem	2	6,3%
	32	100,0%

Gráfico 7: Caracterização da população segundo as patologias



Dos utentes inquiridos mais 46,9% tem para além de Hipertensão Arterial, Diabetes e Colesterol, sendo a patologia mais frequente a Diabetes, Hipertensão Arterial e Colesterol, representando 25% da população total, seguido então da Hipertensão Arterial com 15,6%.

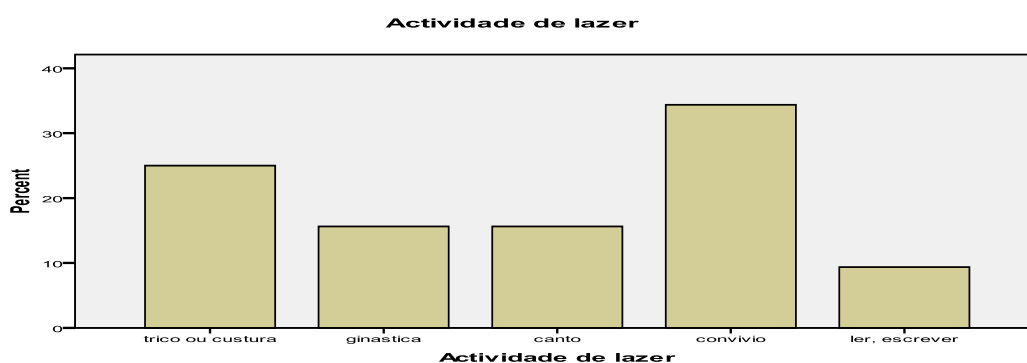
Quadro 8: Distribuição dos Idosos segundo a sua frequência de idas ao Centro de Dia, Actividade de lazer e importância do Centro de Dia

N=32		Frequência	Percentagem
Frequência de Idas ao Centro de Dia	1-2 vezes	2	6,3%
	3-4 vezes	17	53,1%
	mais de 4 vezes	13	40,6%
Actividade de lazer preferida pelos utentes	Trico ou costura	8	25,0%
	Ginastica	5	15,6%
	Canto	5	15,6%
	Convivio	11	34,4%
	Ler, escrever	3	9,4%
Importância do Centro de Dia	muito importante	29	90,6%
	Importante	2	6,3%
	pouco importante	1	3,1%

O Centro de Dia é para os Uteses não só o local onde podem socializar-se com pessoas da mesma idade, mas também onde assumem uma posição mais cómoda para a família, uma vez que não se sentem assim um estorvo na família, tendo sido isso referido pelos utentes.

Como tal é para 17 utentes um local onde se encontram 3 a 4 vezes por semana, e para 13 utentes mais de 4 vezes por semana.

Gráfico 8: Caracterização da população segundo a actividade de lazer



Para a maior parte dos Idosos o Centro de Dia é um local onde podem principalmente estar em convívio, sendo para 34,4% dos utentes da população.

É em dúvida que para os Idosos que frequentam o Centro de Dia, este local assume uma importância de grande peso, sendo em termos de percentagem 90,6%.

Para a 50% dos Idosos do Centro de Dia, este assume um papel muito importante em termos de convívio, sendo para 40,6% uma forma de ter algum tipo de actividade de lazer, sentindo-se assim ocupados e necessários. (Quadro 9 Anexo VI)

3.2 Distribuição dos Idosos segundo a Escala Geriátrica de Depressão

Quadro 10: Distribuição dos Idosos segundo os Níveis de Depressão

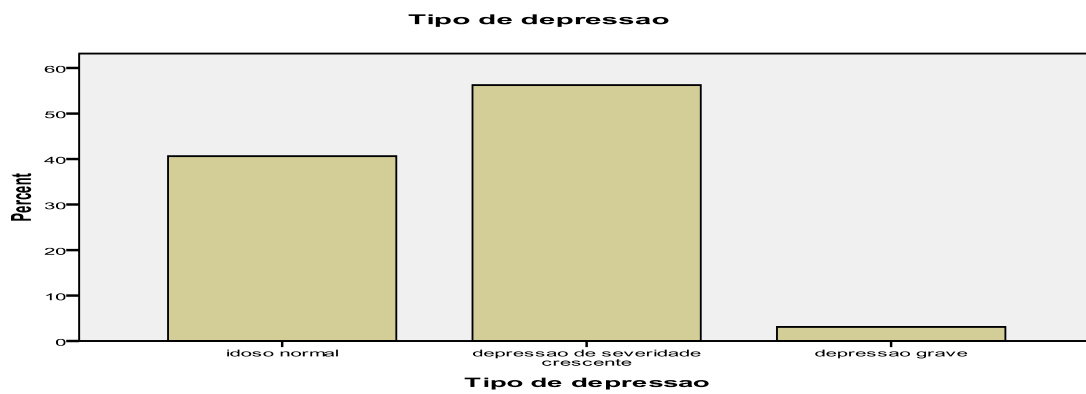
	Tipo de depressão	
	Frequência	Percentagem
Idoso normal	13	40,6
Depressão de severidade crescente	18	56,3
Depressão grave	1	3,1
Total	32	100,0

Da população de idosos estudado, 56,3% apresentam uma depressão com severidade crescente ou depressão moderada, e 40,6% apresentam-se normais ou com uma depressão

Depressão nos idosos que frequentam o Centro de Dia de Cedofeita

leve, sendo que somente 3,1 % da população correspondendo em frequências relativa a um idoso, tem depressão grave.

Gráfico 8: Caracterização da população segundo os níveis de depressão



Na população estudada o tipo de depressão mais comum, é a depressão de severidade crescente com 56,3%, seguidamente de idosos normais, sendo o da depressão severa avaliada apenas em 1 utente da população

3.3 Relação entre variáveis:

Quadro 11: Relação estado civil, idade e género

Estado civil - Idade por intervalos - Género							
Genero			Idade por intervalos				Total
			65- 70 anos	71- 75 anos	76- 80 anos	81- 85 anos	
Masculino	Estado civil	Casado	1	1	0		2
		Solteiro	1	0	0		1
		Viúvo	0	2	1		3
		Outro	1	0	0		1
	Total		3	3	1		7
Feminino	Estado civil	Casado	7	1	0	0	8
		Solteiro	1	1	0	0	2
		Divorciado	1	1	0	0	2
		Viúvo	2	5	2	2	11
		Outro	0	1	1	0	2
	Total		11	9	3	2	25

Da população em estudo, existem 25 mulheres e 7 homens, dos quais 11 tem idades compreendidas entre os 65 e 70 anos e 9 entre os 71 e 75 anos, restando 5 utentes com idades superiores a 76 anos. O género feminino corresponde ao que tem um estado civil de viuvez mais elevado, com 11 senhoras, sendo o estado civil seguinte mais frequente o de casado, correspondente também a 8 mulheres. No género masculino, o estado civil mais comum é a viuvez, com idades compreendidas acima dos 71 anos.

Depressão nos idosos que frequentam o Centro de Dia de Cedofeita

Quadro 12: Habilitações literárias/Género/Idade por intervalos

2Habilitações literárias – Género – Idade por intervalos					
Idade por intervalos			Género		Total
			Masculino	Feminino	
65- 70 anos	Habilitações literárias	sabe escrever	0	1	1
		sabe ler e escrever	0	2	2
		intrução primária/ ensino básico	2	5	7
		curso médio	0	3	3
	Total	2	11	13	
71- 75 anos	Habilitações literárias	sabe escrever	0	1	1
		sabe ler e escrever	0	2	2
		intrução primária/ ensino básico	1	4	5
		curso médio	2	1	3
	Total	3	8	11	
76- 80 anos	Habilitações literárias	sabe ler e escrever	0	1	1
		intrução primária/ ensino básico	1	1	2
	Total	1	2	3	
81- 85 anos	Habilitações literárias	sabe ler e escrever		1	1
	Total		1	1	

A nível de instrução, podemos concluir que na população estudada o maior nível de instrução corresponde a idades compreendidas entre os 65 a 75 anos, sendo o sexo feminino o que apresenta maior nível de instrução (19 mulheres).

Quadro 13: Situação de residência/Género

Situação de residência - Género				
		Género		Total
		Masculino	Feminino	
Situação de Residência	vive só	4	6	10
	com a família	3	19	22
Total		7	25	32

Relativamente à situação de residência, 22 dos idosos inquiridos moram com a família, sendo maioritariamente mulheres, vivendo 10% dos idosos sozinhos, sendo o sexo feminino aqui também significativo.

Quadro 14: Apoio institucional/Idade por intervalos/Género

Apoio institucional - Idade por intervalos – Género							
Genero			Idade por intervalos				Total
			65- 70 anos	71- 75 anos	76- 80 anos	81- 85 anos	
masculino	Apoio institucional	Centro de dia	3	3	1		7
	Total		3	3	1		7
Feminino	Apoio institucional	Centro de dia	10	9	3	1	23
		apoio domiciliário	1	0	0	1	2
	Total		11	9	3	2	25

A nível de Apoio institucional, como domicilio ou apoios Sociais, o sexo feminino é o que predomina em toda a população, sendo o qual recorre em 93,8% ao Centro de Dia, com uma idade entre 65 a 70 anos.

Quadro 15: Actividade laboral actual/Rendimento mensal

Actividade laboral actual – Rendimento mensal							
		Rendimento mensal					Total
		menos 100€	100-199 €	200- 299 €	300- 399 €	mais de 400 €	
Actividade laboral actual	aposentado	1	2	4	11	8	26
	Activo	0	0	4	1	0	5
Total		1	2	8	12	8	31

A nível de rendimentos 11 dos 26 utentes aposentados têm um rendimentos mensal de 300 a 399 euros por mês, sendo que somente 5 utentes apresenta uma actividade laboral activa para além da reforma, uma vez que a sua mensalidade corresponde entre 200 a 399 euros. Dos 32 utentes inquiridos um não respondeu á questão sobre o rendimento mensal.

Quadro 16: Actividade física/Actividade intelectual/Actividade social

Actividade física - Actividade intelectual - Actividade social					
Actividade social			Actividade intelectual		Total
			Sim	Não	
Sim	Actividade física	Sim	8	8	16
		Não	6	4	10
	Total			14	12
Não	Actividade física	Sim	0	1	1
		Não	1	4	5
	Total			1	5

Nos idosos estudados no Centro de Dia, estes têm actividades onde podem exercitar a sua memória, actividade física e interagir a nível social. Assim 26 idosos têm uma vida social activa, tendo ao mesmo tempo também uma actividade física e intelectual activa. Somente 10 idosos não podem por eventuais problemas de saúde ter uma actividade física maior e 14 praticam algum tipo de actividade intelectual, equilibrando-se quase com os 12 idosos que não tem actividade intelectual activa.

Quadro 17: Que patologia/Género/Idade

Que patologia – Género - Idade por intervalos					
Idade por intervalos			Género		Total
			Masculino	feminino	
65- 70 anos	Que patologia	HTA	0	1	1
		DM	0	2	2
		Cardiovascular	1	3	4
		Varias	1	5	6
	Total			2	11
71- 75 anos	Que patologia	HTA	1	1	2
		cardiovascular	0	2	2
		Varias	2	5	7
	Total			3	8
76- 80 anos	Que patologia	HTA	0	1	1
		cardiovascular	0	1	1
		Varias	1	1	2
	Total			1	3
81- 85 anos	Que patologia	HTA		1	1
		cardiovascular		1	1
	Total				2

Em termos de patologias, há varias patologias associadas em 15 idosos da população, sendo que o género masculino tem entre os 71 e 75 anos mais casos de doenças diagnosticadas, e no

Depressão nos idosos que frequentam o Centro de Dia de Cedofeita

género feminino a população mais afectada são as senhoras com idades entre 65 anos aos 70, com varias patologias associadas.

Em relação ao Centro de Dia, para 29 dos utentes é muito importante o Centro de Dia, indo ao encontro das vezes que vão ao Centro de Dia. Variando a frequência de idas ao Centro de Dia entre 53,1% de 3 a 4 vezes por semana ou a 40,6% os que frequentam mais de quatro vezes o Centro de Dia.

Quadro 18: Actividade de lazer/Género

Actividade de lazer – Género				
		Genero		Total
		Masculino	Feminino	
Actividade de lazer	tricotagem ou costura	0	8	8
	Ginastica	1	4	5
	Canto	1	4	5
	Convívio	2	9	11
	ler, escrever	3	0	3
Total		7	25	32

A actividade de lazer que mais é apreciada no Centro de Dia pelos homens é a nível do intelecto, a leitura e a escrita apresentando-se 9,4%. As senhoras por sua vez preferem o convívio em geral em 34,4%, dividindo-se em 15,6% no canto e na ginástica.

Quadro 19: Género - Tipo de depressão

Género - Tipo de depressão					
		Tipo de Depressão			Total
		Depressão leve	Depressão moderada	Depressão severa	
Genero	Masculino	5	2	0	7
	feminino	8	16	1	25
Total		13	18	1	32

Como seria de esperar, predominando o género feminino na população, em termos de tipos de depressão, o sexo feminino é o que apresenta níveis de depressão mais elevados, apresentando-se 16 senhoras com depressão moderada, ou seja com crescente severidade de depressão, e 2 homens no mesmo nível. Sendo que idosos considerados normais ou com

Depressão nos idosos que frequentam o Centro de Dia de Cedofeita

depressão leve, são 8 mulheres e 5 homens, manifestando-se aqui de novo as estatísticas de que o sexo feminino tem mais tendência a desenvolver estados de depressão.

Quadro 20: Tipo de depressão - Idade por intervalos

Tipo de depressão - Idade por intervalos						
		Idade por intervalos				Total
		65- 70 anos	71- 75 anos	76- 80 anos	81- 85 anos	
Tipo de depressao	depressao leve	8	2	2	1	13
	depressao moderada	6	10	2	0	18
	depressao severa	0	0	0	1	1
Total		14	12	4	2	32

Também relativamente à depressão e à idade, é analisado que a depressão moderada é mais observada em idosos entre os 71 e 75 anos de idade com 10 idosos, sendo a depressão leve mais evidente em idosos mais novos, contando-se 6 idosos da população. Relativamente á depressão severa, foi encontrada somente em um idoso, correspondendo a uma idade superior a 81 anos.

Quadro 21: Tipo de depressão - Estado civil

Tipo de depressão - Estado civil							
		Estado civil					Total
		Casado	Solteiro	divorciado	Viúvo	outro	
Tipo de depressao	depressao leve	3	2	1	6	1	13
	depressao moderada	7	1	1	7	2	18
	depressao severa	0	0	0	1	0	1
Total		10	3	2	14	3	32

Ao conhecermos melhor a relação entre a depressão e o estado civil, nesta população vai ao encontro de idosos casados e viúvos, observando-se 7 idosos com depressão moderada e casados, e 7 com depressão moderada e viúvos. Porém a depressão leve manifesta-se em maiores níveis nos idosos viúvos, apresentando-se em 6 dos 14 viúvos da população.

Depressão nos idosos que frequentam o Centro de Dia de Cedofeita

Quadro 22: Tipo de depressão - Habilitações literárias

Tipo de depressão - Habilitações literárias						
		Habilitações literárias				Total
		sabe escrever	sabe ler e escrever	Instrução primária/ ensino básico	curso médio	
Tipo de depressão	depressão leve	0	3	6	3	12
	depressão moderada	2	3	8	3	16
Total		2	6	14	6	28

Ao observarmos a relação entre a depressão e as habilitações literárias, observamos que a depressão moderada apresenta-se em maior peso nos idosos com ensino básico, sendo em termos de números 8 de 14 dos idosos com este nível de escolaridade, 6 dos idosos no mesmo nível de escolaridade apresentam depressão leve.

Quadro 23: Tipo de depressão - Actividade laboral actual

Tipo de depressão - Actividade laboral actual				
		Actividade laboral actual		Total
		Aposentado	activo	
Tipo de depressão	depressão leve	12	1	13
	depressão moderada	14	4	18
	depressão severa	1	0	1
Total		27	5	32

Em termos da Reforma, dos 27 idosos 14 apresentam depressão moderada e 12 depressão leve., apresentando em ambos os níveis de depressão um estado de reforma, sem outra actividade laboral.

Depressão nos idosos que frequentam o Centro de Dia de Cedofeita

Quadro 24: Situação de residência/Género/Tipo de depressão

Situação de residência/Género/Tipo de depressão					
Tipo de depressão			Genero		Total
			masculino	feminino	
depressao leve	Situação de residência	Vive só	3	0	3
		com a familia	2	8	10
	Total		5	8	13
depressao moderada	Situação de residência	Vive só	1	6	7
		com a familia	1	10	11
	Total		2	16	18
depressao severa	Situação de residência	com a familia		1	1
	Total			1	1

Relativamente à situação de residência, o idoso que apresentam depressão moderada, sendo da população 17 idosos à qual corresponde este nível de depressão, 6 moram sozinhos, e 10 com a família, sendo correspondentemente senhoras.

Quadro 25: Tipo de depressão - Que patologia

Tipo de depressão – Que patologia						
		Que patologia				Total
		HTA	DM	Cardiovascular	varias	
Tipo de depressão	depressao leve	2	0	6	4	12
	depressao moderada	2	2	2	11	17
	depressao severa	1	0	0	0	1
Total		5	2	8	15	30

A nível de patologias, da população estudada somente 30 idosos apresentam um conjunto de patologias, para as quais faz medicação, apresentando-se assim 11 idosos com depressão moderada, sendo de seguida as doenças cardiovasculares as que suscitam depressão leve em 6 idosos, não apresentando os dois utentes que não responderam historial patológico.

Depressão nos idosos que frequentam o Centro de Dia de Cedofeita

Quadro 26: Relação entre o tipo de depressão e actividade de lazer

Tipo de depressão - Actividade de lazer							
		Actividade de lazer				Total	
		trico ou costura	ginastica	canto	convivio		ler, escrever
Tipo de depressao	depressao leve	4	3	1	3	2	13
	depressao moderada	4	2	3	8	1	18
	depressao severa	0	0	1	0	0	1
Total		8	5	5	11	3	32

Da população estudada 8 idosos apresentam depressão moderada e têm como actividade de lazer preferida o convívio em geral no Centro de Dia., sendo de seguida em 50% dos utentes que preferem tricô ou costura a depressão leve e moderada manifestando-se em 4 idosos cada nível de depressão.

Quadro 27: Relação entre o tipo de depressão e a importância do Centro de Dia

Tipo de depressão - Importância do centro de dia					
		Importância do centro de dia			Total
		muito importante	Importante	pouco importante	
Tipo de depressao	depressao leve	11	1	1	13
	depressao moderada	17	1	0	18
	depressao severa	1	0	0	1
Total		29	2	1	32

Ao cruzar a importância do Centro de Dia com os níveis de depressão, verificamos que dos 90,6% idosos que lhe atribuem muita importância, 11 tem depressão leve e 17 tem depressão moderada, podendo assim concluir que apesar de contribuir para uma local de convívio e lazer, são factores internos que causam a depressão nos idosos desta população

3.4 Discussão de dados

Após a análise dos dados obtidos surge a necessidade de interpretar toda a informação, pelo que apresentaremos uma discussão de resultados tendo em conta as referências encontradas para a fundamentação teórica do estudo.

À medida que a população mundial cresce, o número de pessoas acima dos 60 anos, aumenta a um ritmo mais acelerado. Segundo Silva, A. e Lima José (2002): “ a análise das tendências sociais, revelam que no ano 2020, mais de um quarto da população será representada por pessoas de idade igual ou superior 65 anos. “ Os epidemiologistas prevêem que os países desenvolvidos, em 2030, a população acima de 65 anos representarão 25% da população mundial

Neste estudo a amostra é constituída por 32 idosos, dos quais 78,1% são do sexo feminino e 21,9% do sexo masculino. A idade média dos idosos é de 71 anos, sendo que a idade mais frequente encontrada na população são os 65 anos, correspondendo ao género feminino, o que vai ao encontro dos resultados obtidos no estudo realizado por Fernandes, P (2002, pág. 90) numa população de idosos de um Centro de Dia de Porto.

Segundo Fernandes, P.(2002, pág. 90):”existem mais mulheres do que homens e, e por outro, estes tem tendência a morrer mais cedo do que as mulheres.”

Encontramos 31,3% da população casada ao qual corresponde uma idade média de 65 a 70 anos principalmente no sexo feminino, sendo o estado civil seguinte com 43,8% a viuvez, ao qual se atribui a 11 senhoras das quais a idade varia entre os 71 e os 75 anos. Tal como em Fernandes, P (2002, pág.113) no seu estudo, realizado também a idosos numa população do centro do Porto, confirmando-se “ a longevidade da mulher relativamente ao homem. “

Relativamente à depressão nesta população encontramos em 56, 3% depressão moderada, sendo que 16 mulheres, e a faixa etária correspondente entre os 71 anos a 75 anos. A depressão leve encontra-se numa faixa etária entre os 65 e 70 anos de idade ocorrendo a 8 idoso do género feminino. Como já é conhecido pela DGS, e segundo Myers et al. 1984 e

Depressão nos idosos que frequentam o Centro de Dia de Cedofeita

Weissman & Boyd, 1985 *cit. in* Blazer, D. (2003, pág. 167):” o sexo feminino corre o risco de depressão durante toda a idade adulta (...) muito mais do que os homens.”

Também Neissmann e Klerman (1977 *cit. in* Fernandes, P. 2002, pág. 115) chegaram aos mesmos resultados, revelando o género feminino mais predisponente á depressão.

O que foi curioso de verificar nesta população, é que a presença de depressão moderada ocorre tanto no estado civil de casado como de viuvez, correspondendo em ambos os estados civis a 7 idosos, apresentando-se porém a depressão leve principalmente na viuvez. Isto confirma a teoria de Blazer, D (2002 pág. 167) ao afirmar que:

” os idosos estão menos expostos ou estão protegidos dos factores de risco psicossociais, comparados as pessoas de menos idade. Esta protecção pode ser derivada de um melhor modo em lidar com os mecanismos e da adaptação aos factores de risco psicossociais para a depressão.”

Neugarten (1970 *cit. in* Blazer, D. 2003), observou que:

” idosos que passam por eventos frequentes na vida, tais como morte de um cônjuge ou de um parente, e afirma que eles podem estar melhor preparados e afeitos a esses eventos do que as pessoas em outros estágios da vida.”

Também o facto de os idosos viverem sozinhos ou não pode influenciar o aparecimento de uma depressão, o que nesta população não se evidencia com grande peso, uma vez que a maioria dos idosos mora com a família, sendo que só 10 idosos moram sozinhos, dos quais 7 apresentam uma depressão moderada. Tal como afirma Sousa, Figueiredo e Cerqueira (2006 *cit. in* Figueiredo, D. 2007, pág. 61):

”a presença de uma vasta rede social não significa necessariamente a existência de relações próximas ou a ausência de solidão; viver sozinho não é sinonimo de estar sozinho ou de solidão; nem todos os que vivem sozinhos estão isolados, embora a maioria dos isolados vivam sós.

A reforma dos idosos inquiridos corresponde ao único rendimento mensal para 84,4% da população, sendo o rendimento médio de 300 a 399 euros para 12 idosos (37,5%⁹). Este resultado vai ao encontro do Instituto Nacional de Estatísticas (2000):

Depressão nos idosos que frequentam o Centro de Dia de Cedofeita

“(…)a população idosa aumentou (…) exige políticas sociais que permitam fazer face á nova realidade e onde a saúde e o apoio social terão de ser redimensionados; em termos económicos leva a um esforço acrescido da segurança social, com o pagamento de reformas e também com os serviços especializados destinados a este grupo populacional.”

Uma vez que a reforma traz consigo mudanças muito diferentes na vida do doente, mostra-se aqui também que 14 idosos apresentam uma depressão moderada e 12 idosos uma depressão leve, sendo que corresponde também ao nível de instrução primária dos idosos. Isto reflecte estudos realizados por Leaf e t al. (1986 *cit. in* Blazer, D. 2003, pág. 168):”educação de baixo nível está associada a um risco mais elevado de depressão (...). Tal como afirma também George (1992 *cit. in* Blazer, D. 2003, pág. 168: “ a relação entre educação e depressão pode ser mais ténue entre os idoso do que entre os jovens de meia - idade.” Vai assim contrariar o estudo realizado por Schai e Wills (2002 *cit. in* Figueiredo, D. 2007, pág. 56), que refere que em estudos realizados, não foram encontrados efeitos negativos relativamente à reforma e um efeito sobre a saúde dos indivíduos.

O apoio institucional é o mais óbvio nesta população, pois todos os idosos usufruem do Centro de Dia como apoio, e 6,3% dos idosos tem ainda apoio domiciliário. A maioria dos idosos que usufruem de apoio domiciliário é do sexo feminino, sendo uma de idade entre os 65 e 70 anos e outra senhora com idades entre os 81 e 85 anos de idade. Os idosos inquiridos vivem em 68,8% com a família, o que vai ao encontro do estudo de Silva, A. (2002) contrariando Fernandes, P (2002 pág. 92), dos quais 19 idosos são senhoras e em 31,3% vivem sozinhos correspondendo também a 6 Senhoras. Ao nível da residência vamos ao encontro do estudo realizado por Silva, a et all (2002), no qual a maioria dos idosos também mora em habitação própria ou com a família. Segundo Blazer et. al (1991 *cit. in* Blazer, D. 2002), e indo ao encontro dos nossos resultados, afirma que:” constataram que os sintomas depressivos, embora altamente correlatos com o apoio social percebido, eram situações separadas.”

Relativamente às actividades mais estimuladas no Centro de Dia, a população tem uma actividade social bastante superior onde se evidencia com 81,3% da população, sendo que corresponde directamente às idas ao Centre de Dia, com idas superior a vezes por semana, sendo óbvio que a importância atribuída ao Centro de Dia pelo idoso corresponde em 50%, relevando-se como uma necessidade de convívio e em 40,6% da população com sendo uma forma de actividade de lazer. Tais dados vão ao encontro do que Wells e al. (1989 *cit. in*

Blazer, D. 2003, pág. 80), encontrou no seu estudo, afirmando que:” (...) pacientes com distúrbio depressivo ou sintomas depressivos, em ausência dos mesmos, pioram o desempenho físico, social, mas continuam vivendo, embora piorem o seu actual estado de saúde.”

A Patologia mais frequente é a cardiovascular com 25%, compreendida na população de 65 a 70 anos de idade, sendo que um conjunto de patologias está presente em 93,8% da população correspondendo a uma idade superior a 71 anos. Também um estado de doença crónica ou aguda pode influenciar um estado de depressão, o que se manifestou nesta população que 17 idosos apresentam uma depressão moderada e que em 15 existe a presença de várias patologias associadas, levando por vezes a um estado físico e psicológico vulnerável. Tal como no estudo realizado por Murphy et al. (1987 *cit. in* Blazer, D. 2003 pág. 83) revelou que especialmente os doentes de doenças cardiovasculares tiveram sintomas depressivos. Também Rabins citado no mesmo livro constatou o mesmo facto. Estes dados vão ao encontro dos resultados de Silva, A (2002), onde também doenças Cardiovasculares são as mais frequentes entre os idosos estudados.

IV- Conclusão

Chegado ao fim desta investigação, é essencial reflectir os aspectos mais importantes retidos desta aprendizagem. É fundamental também concluir e responder às perguntas levantadas no pré - planeamento de toda a investigação.

Cada vez mais se considera o envelhecimento um fenómeno multidimensional, constituindo uma preocupação crescente devido ao aumento da população idosos. Os estudos sobre o envelhecimento e problemas de saúde inerentes a este processo são importantes para a prevenção dos mesmos.

A depressão no idoso ocorre sem grande relação com a idade, tendo feito esse levantamento tanto no tratamento de dados como na bibliografia pesquisada. Sem dúvida que existem factores como a entrada na reforma, a perda de um familiar, em especial o cônjuge e também a diminuição da capacidade funcional, entre outros, que influencia muito nos estilos de vida dos idosos. Apesar de estes estarem mais aptos para aceitar alterações na vida, são factores que provocam desequilíbrios emocionais muito fortes.

No estudo pôde-se então concluir que, indo ao encontro do que já era conhecido pela DGS, que o género feminino é sem duvida alguma o mais afectado, sendo que também o estado civil de viuvez e casado provoca uma depressão moderada entre a população idosos.

Tal como é de constatar que os idosos que vivem sozinhos têm maior tendência a ter depressão, o que no estudo realizado não pode ser confirmado, pois a população morava maioritariamente com a família. Porém, também os idosos que partilhavam a casa com a família se mostravam com depressão moderada o que pode levar a concluir, que o idoso poderá sentir-se um peso ou como um incomodo na vida dos familiares.

Por isso os idosos da população foram questionados sobre a importância que atribuíam ao Centro de Dia, o que foi em maioria de "muito importante", porém também aqui a população que afirma que o Centro de Dia é muito importante, apresenta também níveis moderados de depressão.

Depressão nos idosos que frequentam o Centro de Dia de Cedofeita

Relativamente ao rendimento, os idosos apresentam um rendimento satisfatório, porém apresentam algumas dificuldades económico-financeiras. Relativamente à reforma, a maioria dos idosos apresentam-se satisfeitos, pois continuam a ter motivação para frequentar o Centro de Dia e nele praticarem as actividades que mais lhe agradam, sendo para eles um espaço de convívio e amizade.

O mais relevante, e depois de comparados com outros estudos realizados no mesmo âmbito, os idosos possuem doenças crónicas, poderá fragiliza-los e fazer sentir-se mais dependentes da família, de um apoio, fraquejando a sua auto-estima. É por isso neste âmbito, que este estudo se evidencia mais relativamente aos outros factores.

Penso que os objectivos inicialmente propostos foram atingidos, visto que consegui conhecer a população de idosos, identificar a incidência de Depressão nos idosos e identificar os factores que favorecem o aparecimento de Depressão nos idosos que frequentam o Centro de Dia de Cedofeita.

Com a realização deste trabalho, o interesse por esta área temática foi gradualmente crescendo, tal como o aprofundar de temáticas no âmbito da gerontologia, apercebendo-me de que as intervenções junto da população idosa têm grande importância nos futuros anos, para que a promoção de uma boa qualidade de vida e a prevenção de doenças seja conseguida.

É minha intenção dar a conhecer os resultados ao Centro de Dia, incentivando-os a promover cada vez mais práticas que permitam uma melhor qualidade de vida dos utentes, nomeadamente a nível da situação motora e cognitiva. Também pretendo propor um Enfermeiro para fazer o Acompanhamento aos idosos e junto deles desenvolver actividades, dinâmicas e relações de ajuda para a promoção da Saúde Mental, envolvendo cada vez mais a família na promoção da Saúde Mental.

Quando se é velho, é preciso ser mais activo do que quando jovem. (Goethe)

V- Bibliografia

- 1- Almeida, J.N. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Lisboa, Climépsi Editores.
- 2- Berger, L. (1995). *Pessoas, idosos, uma abordagem globalizada*. Lusodidactica, Lisboa.
- 3- Blazer, Dan.(2003). *Depressão em Idosos*. 3ª Edição, São Paulo, Organização Andrei Editora LTDA
- 4- Circular Normativa N° 13/ Direcção Geral da Saúde de 2 de Julho de 2004
- 5- Paúl, Constância (2005). *Envelhecer em Portugal*. 1º Edição. Climpsi Editores, Lisboa.
- 6- Decreto de Lei n.º 60/2005, de 29 de Dezembro artigo 3º: condições de aposentação ordinária [em linha] http://www.cga.pt/Legislacao/Lei_2005122960.pdf , Consultado no dia 23 de Janeiro de 2009 às 10.00h.
- 7- Fernandes, Purificação, (2002). *A depressão no idoso. Estudo da relação entre factores pessoais e situacionais e manifestações da depressão*. Coimbra, Quarteto
- 8- Figueiredo, Daniela (2007). *Cuidados familiares ao idoso independente*. 1ª Edição, Lisboa, Climépsi Editores.
- 9- Fortin, Marie (1999). *O processo de investigação*. Loures, Lusociencia
- 10- Fortin, Marie (2003). *O processo de investigação*. Loures, Lusociencia
- 11- Instituto Nacional de Estatística (1996). *XIII Recenseamento Geral da População 1991 e III Recenseamento Geral da Habitação, resultados definitivos*, Lisboa.
- 12- Instituto Nacional de Estatística (2000). *Programa Global Censos 2001*,Lisboa.

Depressão nos idosos que frequentam o Centro de Dia de Cedofeita

- 13- Instituto Nacional de Estatística (2002). *XIV Recenseamento Geral da População e IV Recenseamento Geral da Habitação, resultados Definitivos*, Lisboa.
- 14- Instituto Nacional de Estatística (2004). *Projeções de População Residente, Portugal e NUTS II, 2000-2050*, Lisboa.
- 15- Júnio, F.R. (2001). *Depressões em medicina Interna e em outras condições médicas. Depressões secundárias*. São Paulo, Editora Atheneu.
- 16- Lafer Beny et al (2000). *Depressão no ciclo da vida*. Porto Alegre, Artmed Editora
- 17- Neeb, K. (2000). *Fundamentos de Enfermagem se saúde mental*. Loures, Lusociência.
- 18- Netto, Matheus Papaleo (2002). *Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada*. Belo Horizonte, Atheneu.
- 19- Oliveira, J.B. de (2005). *Psicologia do envelhecimento e do idoso, Livpsic, 2ª ed.*OMS (2001). *Health and Ageing. A Discussion Paper*. Genebra. Department of Health. Promotion.
- 20- OMS (2002). *Active ageing. A policy framework*. Genebra. OMS
- 21- Pinto, C. (2006). Queremos promover um envelhecimento saudável ao longo da vida. [em linha]. Disponível em <http://www.medicosdeportugal.pt/action/7/cut-id/1257/?menu=2> (consultado em 28 de Maio de 2009)
- 22- Plano Nacional Saúde Mental 2007- 2016.(2008). [em linha]. http://www.adeb.pt/destaque/legislacao/cnsm_planonacionalsaudemental2007-2016__resumoexecutivo.pdf , Consultado no dia 3 de Junho de 2009 às 10.00h
- 23- Polit, D. e Hungler, B. (1995). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem*. 3ª Edição. Porto Alegre, Artes Médicas.

Depressão nos idosos que frequentam o Centro de Dia de Cedofeita

- 24- Roach, S.(2001). *Introdução á enfermagem gerontologia*. Guanabara, Koogan
- 25- Silva, A. e Lima J.(2002). *Ser idoso - estudo de uma População*. Nº 140, Volume XIV, Revista Portuguesa de Medicina Geriátrica
- 26- Spar, James e Rue, Asenath (2005). *Guia prático de psiquiatria geriátrica*. Lisboa, Climépsi.
- 27- Veríssimo, C. (2004). *Idosos dependentes: Importância dos conceitos para a produção multidisciplinar de cuidados*. Nursin, (196/Abril), pp. 20-4.
- 28- WHO (2002). *Active Ageing – A Police Framework. A Contribution of the World Health Organization to the Second United Nations World Assembly*. Madrid, Spain.