

INTRODUÇÃO

A problemática do envelhecimento tem, actualmente, despertado o interesse de numerosos investigadores na procura da sua caracterização que está a assumir proporções cada vez mais elevadas, na determinação das causas e consequências (e.g. económicas, sociais, culturais, médicas, biológicas, psicológicas (Fontaine, 2000)). Assim, o fenómeno do envelhecimento é retratado como um processo que traduz a diminuição relativa do peso dos jovens e o aumento da importância relativa dos idosos (Araoz & Llera, 2003; Branco & Gonçalves, 2000; Fernandes, 1997; Morley, 2004; Nazareth, 1994; Palarea, Pascual & Francés, 2002; Zimmerman, 2000).

Nas últimas décadas a população portuguesa conheceu uma modificação profunda do seu perfil etário, tendo aumentado fortemente o número de idosos (Almeida, 2008), estima-se que esta população represente cerca de 16,4% da população total (Instituto Nacional de Estatística (INE), 2002; INE, 2005).

A velhice caracteriza-se por um conjunto complexo de alterações fisiológicas (Chavarino, 2002; Garcia et al., 2006; Lezaun, Castiello & Arrazola, 1998; Martins, 2003; Montorio & Izal, 1999; Palarea et al., 2002; Pereira et al., 2004;), psicológicas (Chavarino, 2002; Garcia et al., 2006; Martins, 2003; Zimmerman, 2000) e sociais (Martins, 2002; Montorio & Izal, 1999; Palarea et al., 2002). Cada alteração ocorre de acordo com a idiosincrasia de cada indivíduo, numa perspectiva desenvolvimental e determinam a progressiva perda da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, tornando-o mais vulnerável e expondo-o a um maior número de doenças que normalmente o conduzem à morte (Fernandes, 2002; Filho, 1998; Lapuente & Navarro, 1998; Mayoral, 1996; Pimentel, 2000; Pinto, 2001; Robert, 1995; Timiras, 1997; Yanguas, 1998; Zimmerman, 2000).

Para Yanguas (1998), o envelhecimento é um processo multifactorial, que leva às seguintes idades: a idade cronológica, a idade humana ou biológica, a idade psicológica e a social. Ainda, Fernández-Ballesteros (2000) e Almeida (2008) referem o conceito de idade funcional, em que algumas funções diminuem de eficácia (aspectos físicos, percepção, memória), outras estabilizam (variáveis de personalidade) e outras que na ausência de doença evidenciam um crescimento ao longo da vida (experiência e conhecimentos adquiridos), ou seja, um conjunto de indicadores que permitem criar condições para um envelhecimento satisfatório.

Neste sentido, Baltes e Baltes (1990) desenvolveram a perspectiva *life-span*, que analisa a relação ganho/perda do processo de desenvolvimento/envelhecimento. Para estes autores, o processo de envelhecimento concretiza-se mediante três formas: o normal, o patológico e o envelhecimento óptimo/bem-sucedido, retirando o processo de envelhecimento da esfera exclusivamente individual (mental e/ou biológica) (Baltes, 1987; Baltes & Baltes, 1990).

Assim, à medida que envelhece e vê as suas capacidades a sofrerem um declínio, o idoso selecciona objectivos pessoais nos quais deseja continuar a envolver-se. Nestes otimizar as suas capacidades, colocando em acção aquelas que se revelam mais interessantes sob o ponto de vista adaptativo e que lhe permitam manter a congruência entre os seus objectivos, interesses, desejos e as acções concretas que realiza, ou seja, procura contextos facilitadores do desenvolvimento. Finalmente, sempre que se revele necessário, a pessoa procede a compensações de perdas desenvolvimentais pela aquisição de novos meios e recursos, de natureza externa (e.g. cultural) ou de natureza interna (e.g. comportamental ou psicológica) dirigidos à prossecução de objectivos, compensando a perda de meios e recursos disponíveis, mudanças nos contextos e reajustamento de objectivos (Baltes & Baltes, 1990). Ou seja, os idosos utilizam de forma intencional estratégias de “selecção-otimização-compensação”. Consequentemente, existe uma maximização de ganhos e minimização de perdas, um desenvolvimento e envelhecimento bem sucedido (Baltes, 1997; Baltes & Baltes, 1990).

Assim sendo, a maioria dos gerontologistas definem o envelhecimento como a redução da capacidade de sobreviver, como um processo dinâmico e progressivo, onde surgem modificações, específicas em cada indivíduo, podendo ser considerada o “coroamento” das etapas da vida (Filho, 1998; Lapuente & Navarro, 1998; Pinto, 2001; Zimmerman, 2000).

Por outro lado, actualmente, cerca de 450 milhões de pessoas sofrem de perturbações mentais ou do comportamento, as quais correspondem a 12% da carga mundial de doenças (Organização Mundial de Saúde (OMS), 2002). Sendo, actualmente, a depressão grave a principal causa de incapacidade em todo o mundo, ocupando o quarto lugar a nível mundial entre as dez principais causas de patologia (OMS, 2002). E, de acordo com alguns autores (e.g. Branco, 1999; Carrasco, Ortiz & Ballesteros, 2002; Martins, 2003; Martín, Porto & Mellado, 2002), a depressão é comum na velhice, contrariamente à opinião popular, não faz parte do processo natural do envelhecimento (Kurlowicz, 1999) e não é frequentemente detectada por ser, muitas vezes, erroneamente considerada como parte integrante do processo de envelhecimento (Vaz, 2009).

A prevalência de depressão na velhice tem sido amplamente investigada. Os estudos epidemiológicos encontram consistentemente grandes variações nas taxas de prevalência da depressão nos idosos, entre os 1% e 49% na comunidade e entre 11% e 48% na população idosa institucionalizada (Brown, Lapane & Luisi, 2002).

A depressão nos idosos deve ser contextualizada pelo meio social em que estes se encontram, uma vez que não só as pessoas com sintomatologia depressiva afectam as pessoas com quem interagem, como também são influenciadas pelas mesmas, quer sejam familiares ou amigos. Aliás, a depressão encontra-se muitas vezes relacionada com a ameaça ou mesmo rotura dos laços afectivos e de suporte, nomeadamente, com familiares

(Fernandes, 2002), surgindo, muitas vezes, o suporte social como um factor protector à saúde (House & Umberson, 1988, Cockerham, 1991, citados por Ramos, 2002).

Todavia, assistimos, concomitantemente, a modificações nas estruturas económicas, sociais e familiares que limitam a capacidade de acompanhar e cuidar das gerações mais velhas, o que implica a reestruturação de toda a organização social e das relações entre as gerações. Não deixando de admitir que a família em Portugal, ainda, é o grande suporte dos idosos, importa reconhecer que muitas das responsabilidades que outrora se situavam no domínio familiar, passam a pertencer ao Estado, exigindo-se que este crie medidas e equipamentos que respondam às várias necessidades dos idosos (Guedes, 2007).

Assim, verifica-se na sociedade actual que o número de lares continua a aumentar regularmente e continua a reconhecer-se a sua importância sempre que não é possível manter o idoso no seu domicílio (Instituto de Solidariedade e Segurança Social (ISSS), 2003). Da mesma forma, os efeitos das deslocalizações dos idosos têm sido extensivamente estudados nas últimas décadas, não sendo certo que a institucionalização está associada ao surgimento ou agravamento da depressão (Calenti, 2002; Oldman & Quilgars, 1999; Townsend, 1962).

Pretende-se, assim, neste estudo retratar a população idosa institucionalizada em Lares de Idosos do Concelho de Sátão, determinar a prevalência da depressão, verificar a existência de suporte social e analisar a relação de alguns factores de risco para o aparecimento/manutenção de sintomatologia depressiva em contexto institucional. Assim sendo, este estudo está dividido em duas partes.

A primeira parte é dedicada a apresentar a revisão teórica para a contextualização do problema de investigação, englobando quatro capítulos. O Capítulo I refere-se à Depressão na velhice, onde irão ser abordados temas como a caracterização da depressão na velhice, os sinais e sintomas, as consequências, a epidemiologia, prevalência e etiologia, os factores relacionados com a incidência da depressão nos idosos, as teorias e modelos psicológicos e a avaliação da depressão. O Capítulo II é dedicado ao Suporte social na velhice, onde são apresentados a definição e conceito de suporte social, as abordagens ao estudo do suporte social, os efeitos do mesmo sobre a saúde, o idoso e rede social, os modelos psicológicos do suporte social e a avaliação do suporte social. O Capítulo III reporta-se à Institucionalização na velhice, em que se define o conceito, aborda-se o conceito Lares de Idosos, o ambiente institucional e os factores de risco para a institucionalização. Por último, o Capítulo IV refere-se à reflexão entre depressão e suporte social em idosos institucionalizados.

Na segunda parte do presente trabalho, é descrito o estudo empírico, nomeadamente os objectivos e as hipóteses postuladas, os procedimentos adoptados, desde a selecção da amostra até à apresentação e discussão dos resultados, passando pela caracterização dos sujeitos, pela descrição dos instrumentos e métodos utilizados na recolha dos dados e ainda pela análise estatística aplicada aos referidos dados.

PARTE I - PARTE TEÓRICA

I- Depressão na velhice

1. Caracterização da depressão na velhice

De acordo com vários autores (e.g. Batistoni, 2007; Blazer, 2003; Blazer, Hughes & George, 1987, Lyness, 2004, citados por Furner, Wallace, Arguelles, Miles & Goldberg, 2006; Carrasco et al., 2002; Carson & Margolin, 2005, citados por Irigaray & Schneider, 2007; Maia, 2001; Norton et al., 2008; Oliveira, Santos, Cruvinel & Néri, 2006; Paradela, Lourenço & Veras, 2005; Scazufca, Menezes & Almeida, 2002; Shmuely et al., 2001, citados por Porcu et al., 2002; Stella, Gobbi, Corazza & Costa, 2002), a depressão assume-se como a patologia de frequência mais elevada a seguir às síndromes demenciais na Psiquiatria Geriátrica, sendo as que apresentam uma maior repercussão em termos sociosanitários e de qualidade de vida dos idosos (Palarea et al., 2002).

Ao contrário do que por vezes se pensa, a depressão não é um processo normal do envelhecimento, assumindo uma maior importância nos idosos, uma vez que para além de apresentar uma alta prevalência nesta faixa etária, surge, muitas vezes, como comorbidade com doenças características desta população (Ballesteros, 2002; Ceinos, 2001; Oliveira, 2005; Veríssimo, 2006), como as demências, a somatização, a pouca resposta à medicação antidepressiva ou a exacerbação das queixas associadas ao alto índice de ansiedade (Trentini et al., 2005, Samuels et al., 2004, citados por Garcia et al., 2006; Oliveira et al., 2006). A depressão na velhice é, muitas vezes, mascarada e negligenciada, o que consequentemente irá afectar em grande medida a qualidade de vida do idoso e dos seus familiares e conduzindo à incapacidade, pelo que o diagnóstico e tratamento da depressão são de vital importância (Batistoni, 2007; Kendall & Warman, 1996; Veríssimo, 2006).

A depressão no idoso apresenta algumas características diferentes da depressão nos adultos, devido às alterações que a idade acarreta. Todavia, conhece-se mal a depressão no idoso, uma vez que a maioria dos estudos das perturbações afectivas realizam-se com população jovem. Assim, pode-se dizer que a atipicidade e a heterogeneidade são a norma nas perturbações afectivas na velhice, sendo difícil a detecção e diagnóstico das perturbações mentais nos idosos (Rivera, 1995, citado por Palarea et al., 2002).

Para Mann (2001, citado por Gazalle, Lima, Tavares & Hallal, 2004), nesta faixa etária há uma diminuição da resposta emocional, acarretando um predomínio de sintomas como diminuição do sono, perda de prazer nas actividades habituais, ruminações sobre o passado e perda de energia.

No idoso, a depressão tem sido caracterizada como uma síndrome que envolve inúmeros aspectos clínicos, etiopatogénicos e de tratamento. Quando de início tardio, frequentemente associa-se a doenças clínicas gerais e a anormalidades estruturais e funcionais do cérebro. Se não for tratada, a depressão aumenta o risco de morbilidade clínica e de mortalidade (Abas, Hotopf & Prince, 2002; Scazufca & Matsuda, 2002; Stella et al., 2002). Nos idosos seriam mais comuns os sintomas somáticos ou hipocondríacos, a

baixa frequência de antecedentes familiares de depressão e a pior resposta ao tratamento (Newmann, Engel & Jensen, 1991, Gatz, Kasl-Godley & Karel, 1996, citados por Batistoni, 2007; Garcia et al., 2006). Segundo Reifler (1994) os idosos queixam-se mais de perda de interesse pelas actividades, fadiga, acordar muito cedo pela manhã e não voltar a dormir, queixas de memória, pensamentos sobre morte e desesperança, queixando-se menos de humor deprimido e de outros sintomas disfóricos.

Aguiar e Dunningham (1993, citados por Baptista, Morais, Rodrigues & Silva, 2006) defendem que a depressão em idosos tem início insidioso, com alterações comportamentais frequentemente associadas a acontecimentos desencadeantes orgânicos ou ambientais. Para Bromley (1990, citado por Baptista, Morais, Rodrigues & Silva, 2006), a depressão nos idosos parece ser uma resposta natural às múltiplas perdas e outros factores stressantes associados ao envelhecimento.

No diagnóstico da depressão, é importante que se observem alguns sintomas, tais como humor deprimido (sensação de tristeza, auto-desvalorização e sentimentos de culpa), perda de interesse e prazer em actividades previamente agradáveis, fadiga ou sensação de perda de energia, problemas cognitivos, como a dificuldade de se concentrar, queixas de falta de memória, raciocínio lentificado, indecisão e percepção da falta de competência e controlo e os sintomas somáticos que incluem alterações do sono, do apetite e da função psicomotora (Del Porto, 1999, Williams, 2002, citados por Santana & Filho, 2007). Alguns sintomas da depressão podem ser erroneamente interpretados como sintomas de demência. Esta, por sua vez, refere-se a uma alteração cognitiva global, com ou sem prejuízo do estado de consciência, o qual pode ser estável ou progressivo. Este erro é bastante comum e recebe o nome de pseudodemência ou síndrome de depressão da demência (Williams, 2002, Guertzenstein, 1993, citados por Santana & Filho, 2007).

Kraepelin (1896, citado por Afonso, 2007) propôs algumas características típicas da depressão na velhice, tais como, início tardio, elevada frequência de medo e de delírio hipocondríaco, curso prolongado e mau prognóstico, frequentemente com deterioração cognitiva. Por sua vez, para Fogel e Fretwell (1985, citados por Afonso, 2007) sugerem como sintomas: os sentimentos de inutilidade, falta de interesses pelas coisas, perda de apetite, desesperança, pensamentos de morte e suicídio. Assim sendo, estes autores não incluem sintomas clássicos da depressão, tais como humor disfórico e sentimentos de culpa.

Todavia, de acordo com o DSM-IV, o diagnóstico de depressão em idosos implica os mesmos critérios diagnósticos que para os restantes grupos etários: humor depressivo, insónia, anorexia e perda de peso, diminuição do interesse, cansaço, culpa e preocupações somáticas. No entanto, todos estes sintomas podem variar e ser difíceis de identificar devido ao processo de envelhecimento ou a mudanças ambientais (Afonso, 2007).

De seguida são apresentados os subtipos de depressão de acordo com o DSM-IV (cf. Tabela 1).

Tabela 1- Subtipos de depressão de acordo com o DSM-IV (Adap. de Afonso, 2007)

Depressão Menor	Depressão Major	Distímia
O sujeito apresenta um dos sintomas nucleares (humor depressivo e falta de interesse) e 1, 2 ou 3 dos sintomas a seguir, durante pelo menos duas semanas: -Sentimentos de desvalorização ou culpa inapropriados; -Diminuição da capacidade de concentração e tomada de decisão; -Fadiga; -Agitação ou lentificação motora; -Insónia ou hipersónia; -Diminuição ou aumento significativo do peso ou apetite; -Pensamentos recorrentes de morte ou ideação suicida.	O sujeito apresenta um dos sintomas nucleares (humor depressivo e falta de interesse) e 4 ou mais dos sintomas a seguir, durante pelo menos duas semanas: -Sentimentos de desvalorização ou culpa inapropriados; -Diminuição da capacidade de concentração e tomada de decisão; -Fadiga; -Agitação ou lentificação motora; -Insónia ou hipersónia; -Diminuição ou aumento significativo do peso ou apetite; -Pensamentos recorrentes de morte ou ideação suicida.	É uma perturbação crónica do humor, não tão grave como a depressão major e de longa duração, pelo menos 2 anos ou mais. Raramente ocorre na velhice, no entanto pode persistir a partir da meia-idade até ao final da vida (Blazer, 1994; Devenand, Noble & Singer, 1994).

Assim sendo, à semelhança da sintomatologia depressiva apresentada pelos jovens e adultos, também nos idosos se verifica a baixa auto-estima e sentimentos de culpa, no entanto com menor frequência, evidenciando maiores queixas somáticas, anorexia, perda de peso (Forman-Hoffman, Yankey, Hillis, Wallace & Wolinsky, 2007), alterações psicomotoras, comportamento suicida e doenças de foro médico, limitando a capacidade de levar a cabo tarefas da vida quotidiana (Pedro, 2003; Spar & Rue, 1998).

Porém, é pouco frequente que os idosos recorram à ajuda médica aquando um estado de humor deprimido, o mais comum é referirem outros sintomas que também constam dos critérios de diagnóstico da depressão, tais como a irritabilidade, alterações do sono ou fadiga (Cheloni, Pinheiro, Filho & Medeiros, 2003; Peláez & Brito, 2001; Sousa, Medeiros, Moura, Souza & Moreira, 2007). Deste modo, para além destas características se verificarem em todas as faixas etárias, nos idosos existe menos apoio e motivação para ultrapassar esta sintomatologia. Têm maior tendência para alexitimia (a incapacidade dos doentes verbalizarem ou fantasiarem as experiências afectivas) e somatização, o que pode mascarar a doença (Tannock & Katona, 1995; Watts et al., 2002, citados por Licht-Strunk et al., 2005) ou a problemas de saúde física coexistentes (MacDonald, 1986, Turrina et al., 1994, citados por Mann, Crawford, Prince & Menezes, 1998). Pelo que se verifica um maior risco de suicídio, sendo cerca de quatro vezes superior às outras faixas etárias (Gutiérrez, 2002).

Deste modo, a depressão é comum nos idosos mas muitas vezes subdiagnosticada ou inadequadamente tratada (Barg, Huss-Ashmore, Wittink, Murray, Bogner & Gallo, 2006; Birrer & Vemuri, 2004; Fleck e cols, 2003, citados por Garcia et al., 2006; Sousa et al., 2007; Unutzer et al., 2002, citados por Licht-Strunk et al., 2005), normalmente são tratados nas instituições de cuidados de saúde primários, onde a correcta identificação e gestão desta patologia é cada vez mais reconhecida, apesar de persistirem ainda os problemas de diagnóstico e tratamento deficientes (Barg et al., 2006; Birrer & Vemuri, 2004; Katona et al., 1995, citados por Mann et al., 1998).

Em suma, a principal diferença entre a sintomatologia depressiva dos idosos e pessoas de outras idades prende-se com a somatização, para além de manifestarem mais sintomas hipocondríacos, maior letargia, maior satisfação com as realizações pessoais, maior número de suicídios, maior persistência, estabilidade e uniformidade dos sintomas depressivos, maior cronificação dos sintomas depressivos, maior importância/impacto da perda de auto-estima e maior importância da independência funcional (Afonso, 2007; Goldberg, Breckenridge & Sheikh, 2003).

1.1. Sinais e sintomas da depressão na velhice

Alguns autores defendem que o padrão de depressão é idêntico ao observado em amostras mais jovens. Por outro lado, outros autores sugerem uma diferenciação fenomenológica da depressão em idosos (Afonso, 2007).

De acordo com Vaz (2009), os sinais e sintomas primordiais da depressão referidos pela grande maioria dos autores incluem: tristeza, diminuição do humor, pessimismo sobre o futuro, sentimentos de culpa e crítica em relação a si mesmo, agitação, lentidão de raciocínio, dificuldade de concentração e alterações do sono e apetite.

Faremos de seguida uma exposição dos sinais e sintomas das perturbações depressivas que ocorrem velhice (cf. Tabela 2).

Tabela 2- Sinais e sintomas da depressão (Adap. de Afonso, 2007; Maia, 1999; Oliveira, 2005; Pedro, 2003; Qualls, 1999; Stella et al., 2002; Vaz, 2009; Zimerman, 2000)

Sinais Emocionais/Disfóricos	Sintomas Aparência
Desalento ou tristeza	Tristeza
Insatisfação com a vida	Posição encurvada
Anedonia/Apatia	Rosto triste
Vontade de chorar	Falta de cooperação
Irritabilidade	Afastamento social
Sentimento de vazio	Hostilidade
Tremores	Suspeitas
Preocupação	Confusão mental e falta de clareza
Solidão e isolamento/ Afastamento da sociedade	Variação diurna de humor
Inutilidade	Aparência descuidada
Desesperança	Úlceras ocasionais na pele por se arranhar
Sentimento de abandono	Choro ou lamento
Sentimento de inutilidade	Úlceras ocasionais na córnea por não pestanejar
Ideias autodepreciativas	Perda de peso
Voz baixa	Enfartamento
Cognitivos	Lentificação psicomotora
Dificuldade de concentração e memória	Fala lentificada
Lentificação do raciocínio	Movimentos lentificados
Baixa estima	Diminuição dos gestos
Pessimismo	Andar lento e vacilante
Sentimento de culpa	Mutismo (casos severos)
Ruminação de problemas	Cessar da mastigação e de engolir (casos severos)
Pensamentos suicidas	Diminuição ou cessação do piscar (casos severos)
Delírios (e.g. por sentir-se inútil, somáticos)	Falta de energia
Alucinações (auditiva, visuais ou cinestésicas)	
Capacidade de resolução de problemas diminuída	
Dúvida de valores e crenças	Agitação psicomotora
Dificuldade de concentração	Actividade motora contínua/ Medir os passos
Memória fraca	Torcer as mãos
	Sono agitado

Físicos	Comportamento bizarro ou inadequado
Perda de apetite	Gestos suicidas
Distúrbios metabólicos	Negativismo, tal como negar-se a comer ou beber e rigidez no corpo
Dores de cabeça	Ímpetos de agressividade
Insegurança nas relações	Cair para trás
Fadiga	
Alterações do sono (insónia inicial/ Insónia terminal, acordar com frequência)	
Obstipação	
Diminuição da libido	
Problemas/doenças físicas	

2. Consequências da depressão na velhice

Pedro (2003) refere que 75% dos casos diagnosticados com depressão apresentam melhorias, porém o prognóstico de recuperação de depressão nos idosos é geralmente pobre. A não recuperação dos indivíduos deprimidos é alta e varia entre 27% e 35% (Cole et al., 1999, Denihan et al., 2000, Pulska et al., 1999, Sharma et al., 1998, Fröjdh, Håkansson, Karlsson & Molarius, 2003, citados por Vaz, 2009). Dados de investigações revelam que num período de dois a seis anos, entre dois terços e três quartos dos indivíduos deprimidos falecem ou permanecem deprimidos (Cole et al., 1999, Copeland et al., 1992, Denihan et al., 2000, Sharma et al., 1998, Fröjdh, Håkansson, Karlsson & Molarius, 2003, citados por Vaz, 2009). A mortalidade nesse mesmo período varia entre 21% e 48% (Cole et al., 1999, Denihan et al., 2000, Murphy et al., 1988, Pulska et al., 1999, Sharma et al., 1998, Shoevers et al., 2000, Fröjdh, Håkansson, Karlsson & Molarius, 2003, citados por Vaz, 2009). Estima-se que a mortalidade é duas a três vezes maior que em pessoas não deprimidas (Murphy et al., 1988, Pulska et al., 1999, Sharma et al., 1998, Fröjdh, Håkansson, Karlsson & Molarius, 2003, citados por Vaz, 2009), enquanto que a mortalidade na depressão menor não é relatada como aumentada (Callahan et al., 1998, Penninx et al., 1999, Shoevers et al., 2000, Thomas et al., 1992, Fröjdh, Håkansson, Karlsson & Molarius, 2003, citados por Vaz, 2009).

Deste modo, a consequência mais séria de depressão tardia, especialmente se não for tratada ou inadequadamente tratada, é o aumento da mortalidade por suicídio. As pessoas com mais de 65 anos apresentam uma alta percentagem de suicídio, cerca de 15%, em comparação com outros grupos etários (Centers for Disease Control and Prevention, 2007, citado por Vaz, 2009; Roth, 2000). Estima-se que 63% das pessoas que cometem suicídio são homens idosos e 85% têm associada uma doença física ou psiquiátrica. Dos idosos que cometem suicídio, cerca de 75%, vão a uma consulta médica no mês anterior, mas os seus sintomas não são reconhecidos ou tratados (Birrner & Vemuri, 2004).

Para além destas consequências negativas da depressão, diferentes autores têm referido outras consequências apresentadas seguidamente (cf. Tabela 3).

Tabela 3 - Consequências da depressão na velhice

Consequências	Autores
-Aumento da procura e dos custos dos cuidados de saúde	-Beekman, Penninx, Deeg, De Beurs, Geerlings & Van Tilburg (2002), Beurs, Beekman, Van Balkom, Deeg, Dyck & Tilburg (1999), Strain, Philip & Blandford (2006), Unutzer, Patrick, Simon, Grembowski, Walker & Rutter (1997), citados por Vaz (2009); -Costa (2005).
-Prolongamento do período de internamento hospitalar	-Shah, Phongsathorn, George, Bielawska & Katona (1994, citados por Vaz, 2009).
-Menor recuperação de estados de doença aguda ou crónica	-Papadopoulos et al. (2005);
-Enfarte agudo do miocárdio	- Penninx et al. (2001);
-Acidente vascular cerebral	-Pohjasvaara et al. (2001);
-Fractura da bacia	-Mossey et al. (1990);
-Diabetes mellitus	-Blazer et al. (2002);
-Perturbações digestivas	-Brown et al. (2004);
-Cancro	-Levenstein et al. (1997); Chochinov (2001), Spiegel (1996), citados por Vaz (2009).
-Diminuição da capacidade física	-Abas et al. (2002); -Cronin-Stubbs et al. (2000), Jonge et al. (2004), Shah, Phongsathorn, George, Bielawska & Katona (1994), Lenze et al. (2001), Wells et al. (1989), citados por Vaz (2009); - Katona et al. (1997, citados por Irigaray & Schneider, 2007).
-Aumento do risco de deficiência física, doença física, morte por doença física e de risco de doença psíquica	-Harvard Medical School Health (2003), Evans (1994), citados por Vaz (2009).
-Aumento da mortalidade	- Bruce (2001), Evans (1994), Franch (2002), Penninx, Geerlings, Deeg, Van Eijkt, Van Tilburg & Beekman (1999), Rovner (1993), Shah, Phongsathorn, George, Bielawska & Katona (1994), Sherina, Zulkefli & Mustaqim (2003), citados por Vaz (2009); -Monforte, Fernández, Díez, Toranzo, Alonso & Franco (1998), Pulska, Pahkala, Laippala & Kivelä (1998), citados por Palarea et al. (2002).
-Perda de qualidade de vida	-Beekman et al. (1995), Evans (1994), Goldney et al. (2000), Mendlowicz & Stein (2000), Sherina, Zulkefli & Mustaqim (2003), citados por Vaz (2009); -Monforte, Fernández, Díez, Toranzo, Alonso & Franco (1998), Pulska, Pahkala, Laippala & Kivelä (1998), citados por Palarea et al. (2002).
-Alteração das relações familiares interpessoais e maior necessidade de cuidados institucionais	-Costa (2005); -Fröjdh, Håkansson, Karlsson & Molarius (2003, citados por Vaz, 2009).
-Declínio cognitivo ou demência	- Franch (2002), Strain, Philip & Blandford (2006), citados por Vaz (2009).
-Recorrência, cronicidade, perda de peso, aumento da carga familiar	- Franch (2002, citado por Vaz, 2009).
-Maior risco de suicídio	- Costa (2005); - Monforte, Fernández, Díez, Toranzo, Alonso & Franco (1998), Pulska, Pahkala, Laippala & Kivelä (1998), citados por Palarea et al. (2002).
-Diminuição da esperança de vida	- Monforte, Fernández, Díez, Toranzo, Alonso & Franco (1998), Pulska, Pahkala, Laippala & Kivelä (1998), citados por Palarea et al. (2002).

3. Epidemiologia e prevalência da depressão na velhice

3.1. Epidemiologia da depressão na velhice

A prevalência de depressão na velhice tem sido amplamente investigada. Ballesteros (2002) considera que os estudos epidemiológicos têm obtido resultados bastante desiguais e grandes variações nas taxas de prevalência da depressão, o que dificulta retirar conclusões, sendo uma realidade que apresenta prevalência diferente de país para país. As explicações sugeridas para essa variabilidade incluem: ii) diferenças culturais (Black, White & Hannum, 2007; Papadopoulos et al., 2005) e étnicas (Weissman et al., 1996, citados por Simon,

Goldberg, Korf & Ustun, 2002); ii) variações no acesso e na qualidade dos serviços médicos disponíveis para idosos (Horowitz, Brennan, Reinhardt & MacMillan, 2006; Papadopoulos et al., 2005); iii) variações metodológicas (Batistoni, 2007; Licht-Strunk et al., 2005); iv) problemas com a definição do termo da depressão (Batistoni, 2007; Little, 1990, Mezzich et al., 1999, citados por Simon et al., 2002); e, v) problemas com a medição (Batistoni, 2007; Simon et al., 2002).

A OMS estima que aproximadamente 1 em cada 10 idosos sofre de depressão. Para Fraiman (1991), a prevalência de depressão na pessoa idosa seria quatro vezes maior do que na população geral. Um estudo levado a cabo por Stek, Vinkers, Gussekloo, Van Der Mast, Beekman e Westendorp (2006) durante um seguimento médio de 3,9 anos de uma amostra de idosos, concluiu que o risco anual para o surgimento de depressão foi de 6,8%.

Um estudo levado a cabo nos Estados Unidos da América com uma amostra de 1300 idosos apurou que 27% apresentavam sintomatologia depressiva e destes 19% era de intensidade “leve”. Os sintomas depressivos severos foram identificados em 4% da amostra e 2% apresentavam perturbação distímica (Fernandes, 2002). Ainda, numa revisão de 34 estudos acerca da prevalência da depressão realizada por Beekman et al. (1999, citados por Blazer, 2003), no âmbito do projecto EURODEP, concluíram que a depressão severa é relativamente rara, com cerca de 1,8% e a depressão ligeira, a mais comum, com uma percentagem de prevalência de cerca de 9,8%.

Alguns autores (e.g. Gazalle et al., 2004; Palarea et al., 2002; Reynolds & Kupfer, 1999; Thompson, 1996; Silberman et al., 1995) apontam que a prevalência da depressão nos idosos seja, aproximadamente, de 15% a 25%. No que diz respeito à prevalência de depressão grave no idoso, Spar e Rue (1998) apontam para cerca de 2%, enquanto que Fontaine (2000) aponta para 1% e Sanz (2003) para 2,5%.

Por sua vez, Papadopoulos et al. (2005) numa revisão bibliográfica de nível internacional, verificaram que os valores variam entre 3 a 57% para a prevalência de depressão nos idosos.

No que diz respeito à população portuguesa, em 1984, Barreto realizou uma investigação numa comunidade do Norte em que detectou 25% de prevalência de depressão. Posteriormente, em 1991, Seabra numa investigação com reformados no Algarve identificou 72,2% de idosos deprimidos, enquanto que em 1977, Vaz Serra e Gouveia, também numa amostra de reformados de Unhais da Serra obtiveram como resultados 40% de perturbações de humor no sexo masculino e uma percentagem ligeiramente inferior no sexo feminino (Fernandes, 2002).

De seguida são apresentados mais estudos sobre a prevalência de depressão na população idosa (cf. Tabela 4).

Tabela 4- Prevalência de sintomatologia depressiva na população idosa (Adap. Vaz, 2009)

Autor	País: População	Idade	N	Método de Diagnóstico	Prevalência (%)
Lobo, Saz, Marcos, Día & De-la-Cámara (1995)	Espanha: U	≥ 65	1080	DSM-III-R	2,5%
Gallo, Rabins, Lyketsos, Tien & Anthony (1997)	E.U.A.: U	≥ 50	1612	DSM-III	16%
Newman, Sheldon & Bland (1998)	Canadá: U	≥ 65	1119	GMS: DSM-IV	11%
Battaglia, Dubini, Mannheimer & Pancheri (2004)	Itália: U/R	≥ 60	5566	MINI: DSM-IV	30%
Saunders et al. (1993)	Reino Unido: U	≥ 65	5222	GMS-A	10%
Van Ojen, Hooijer, Jonker, Lindeboom & Van Tilburg (1995)	The Netherlands: U	65-84	4051	GMS-A	12%
Kirby, Bruce, Radic, Coakley & Lawlor (1997)	Irlanda: U	≥ 65	1232	GMS-A	10%
Prince, Harwood, Blizard, Thomas & Mann (1997)	Reino Unido: U	≥ 65	654	Short -CARE	17%
Blazer, Landerman, Hays, Simonsick & Saunders (1998)	E.U.A.: U/R	≥ 65	1564	CES-D	8,8%
Rokke & Klenow (1998)	E.U.A.: R	≥ 60	1724	GDS-30	5%
Bassuk, Berkman & Wypij (1998)	E.U.A.: U	≥ 65	2812	CES-D	15%
Zunzunegui, Béland, Llácer & León (1998)	Espanha: U	≥ 65	1116	CES-D	46%
West, Reed & Gildengorin (1998)	E.U.A.: U/R	≥ 55	1948	CES-D	7,2%
Fuhrer, Dufouil, Antonucci, Shipley, Helmer & Dartigues (1999)	França: U/R	≥ 65	3777	CES-D	14%
Barusch, Rogers & Abu-Bader (1999)	E.U.A.: U/R	MI 78	100	CES-D	36%
Swenson, Baxter, Shetterly, Scarbro & Hamman (2000)	E.U.A.: R	≥ 60	1151	CES-D	11%
Schoevers, Beekman, Deeg, Geerlings, Jonker & Van Tilburg (2000)	Holanda: U	≥ 65	1940	GMS-A	16%
Hybels, Blazer & Pieper (2001)	E.U.A.: U/R	≥ 65	3996	CES-D	9,1%
Minicuci, Maggi, Pavan Enzi & Crepaldi (2002)	Itália: U/R	≥ 65	2398	CES-D	49%
Schoevers, Beekman, Deeg, Jonker & van Tilburg (2003)	Holanda: U	≥ 65	4051	GMS-A	12%

Legenda: DSM-III (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition); DSM-III-R (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition, Revised); GMS-A (Geriatric Mental State-Automated Geriatric Examination for Computer Assisted Taxonomy Package); DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition); MINI (Mini-International Neuropsychiatric Interview); Short-CARE (Abbreviated Comprehensive Assessment and Referral Evaluation); CES-D (cut-off score ≥ 16) (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale); GDS-30 (Geriatric Depression scale-30 items); U: Urbano; R: Rural; MI: Média de Idade.

3.2. Epidemiologia da depressão em idosos institucionalizados

De acordo com Monforte, Fernández, Díez, Toranzo, Alonso e Franco (1998), as perturbações depressivas afectam cerca de 10% dos idosos que vivem em comunidade, 15 a 35% dos institucionalizados, 10 a 20% dos hospitalizados e 40% de todos os sujeitos que apresentam doença física com consequente tratamento. Para Burrows, Morris, Simon, Hirdes e Philips (2000) e Ambo et al. (2001) (citados por Palarea et al., 2002) a prevalência da depressão na população idosa que vive em comunidade oscila entre os 5% e os 20%, podendo duplicar na população idosa institucionalizada.

Estudos epidemiológicos realizados em instituições dos Estados Unidos da América indicam que 80% dos idosos institucionalizados manifestam perturbações psiquiátricas, sendo um quinto sintomatologia depressiva (Jones & Beck-Little, 2002). Shirley, Leung e Mak

(2000) referem que a percentagem de idosos com sintomatologia depressiva é maior nos idosos recentemente institucionalizados.

Hier e Blazer (Blazer, 2003) revelam uma prevalência de 20-27%, para idosos que vivem em comunidade e de 25-80% para idosos institucionalizados. Todavia, se tivermos em conta os níveis leves de depressão os valores aumentam para 25% em idosos que vivem na comunidade e cerca de 30 a 35% em idosos institucionalizados (Ruipérez & Llorente, 1998). Poderá existir um acréscimo destes valores se se contemplarem quadros mistos com a ansiedade e com as depressões mascaradas por sintomatologia somática, de acordo com Sanz (2003).

Da mesma forma, para Blazer (2003) os dados sobre a depressão major variam entre 1 a 3% entre idosos residentes na comunidade e podem alcançar 35% entre idosos hospitalizados e institucionalizados. De acordo com outros autores, em idosos que vivem em comunidade a prevalência situa-se entre 2 e 14% (Edwards, 2003) e em idosos que residem em instituições, a prevalência da depressão chega a 30% (Pamerlee et al., 1989) (citados por Stella et al., 2002). Para Frank e Rodrigues (2006), as perturbações depressivas nos idosos que vivem na comunidade variam de 4,8 a 14,6% e a prevalência em idosos hospitalizados ou institucionalizados é maior, atingindo 22%.

Por outro lado, alguns estudos descobriram que a depressão major é um factor de risco independente na institucionalização (e.g. Dorenlot, Harboun, Bige, Henrard & Ankri, 2005; Woo, Ho, Yu & Lau, 2000), noutros estudos encontraram indícios de que pode haver um percurso inverso, isto é, a própria admissão pode facilitar o desenvolvimento de sintomas depressivos (Pot, Deeg, Twisk, Beekman & Zarit, 2005). Estudos recentes referem que ainda não se sabe se os lares de idosos propiciam o aparecimento de depressão, se a mudança para um novo lar está associada ao agravamento ou surgimento de um humor depressivo (Sheehan, D'Souza, Thein & O'Malley, 2007).

Relativamente a Portugal, Costa (2005) realizou um estudo epidemiológico sobre a incidência de depressão na população idosa em comunidade e institucionalizada. Os resultados sugerem que a prevalência do diagnóstico de episódio depressivo era de cerca de 55% e 68%, respectivamente. Estas percentagens correspondiam a um total de 129 pessoas idosas em 211 avaliadas, ainda que a incidência de depressão menor é significativamente superior na comunidade e que a depressão major tem uma tendência semelhante nos dois contextos (cerca de 23,6%). Também, Paúl (1993, citado por Afonso, 2007) estudou a incidência de depressão em idosos institucionalizados e em comunidade. Os resultados permitiram criar três grupos: “não deprimidos”, “suspeitos deprimidos” (50%) e “depressão provável” (20%), todavia, não se verificaram diferenças significativas entre idosos institucionalizados ou em comunidade. Vieira (2003) num grupo de 223 idosos, institucionalizados em Lares e Centros de Dia, avaliou a qualidade de vida, a satisfação com o suporte social e sintomatologia depressiva. Os resultados indicaram que os idosos

institucionalizados apresentam baixos níveis de qualidade de vida. Em relação à satisfação com o suporte social não encontraram diferenças estatisticamente significativas quando comparavam o tipo de institucionalização. A percentagem de manifestações de sintomatologia depressiva tende a ser elevada, evidenciando-se uma associação negativa entre esta e o suporte social percebido.

Um estudo realizado por Silva, a idosos institucionalizados ou em regime de Centro de Dia, obteve uma prevalência de 25,47% para os primeiros e uma percentagem de 14,29%, para os segundos (Fernandes, 2002). Santos, Ribeiro e Lopes (2003) publicaram um estudo, realizado no Lar de Monte Burgos, no Porto, a 157 idosos institucionalizados, onde chegaram à conclusão que 20% destes apresentavam um quadro de Depressão Major e 29,5% de Depressão Menor, perfazendo um total de 49,5% no total de idosos com síndrome depressivo.

Analisando estes dados, chegamos à conclusão que a percentagem de idosos com perturbações depressivas é elevada, agravando-se estes valores nos idosos institucionalizados. Podemos, ainda, acrescentar que os dados nacionais estão próximos dos internacionais, de acordo com Fernandes (2002) e Blazer (2003), a nível nacional, se atendermos a idosos na comunidade, é apontada uma percentagem de 14%, internacionalmente, essa percentagem é de 10% a 27%. Em idosos institucionalizados, a prevalência é mais elevada, 25% a 80% a nível internacional, em Portugal vai dos 25% a 73%.

De seguida são apresentados mais estudos encontrados na literatura sobre a prevalência de sintomatologia em idosos institucionalizados (cf. Tabela 5).

Tabela 5- Prevalência de sintomatologia depressiva na população idosa institucionalizada

Autor	País: População	Idade	N	Método de Diagnóstico	Prevalência (%)
Vaz (2009)	Portugal	≥65	186	GDS-30	46,7%
Plati, Covre, Lukasova & Macedo (2006)	Brasil: U/R Idosos institucionalizados com actividade (a) e sem actividade (b)	MI 71	120	GDS-15	4,16% (a) 5,46% (b)
Póvoa, Amaral, Cárdenas, Viana, Tavares & Machado (2009)	Brasil: U	≥60	35	GDS-15	11,1%
Santana & Filho (2007)	Brasil: U	≥60	151	GDS-15	21,1%
Porcu et al. (2002)	Brasil: U/R Idosos institucionalizados (a) e no domicílio (b)	≥60	90	HAM-D	60% (a) 23,34% (b)
Oliveira et al. (2006, citados por Batistoni, 2007)	Brasil: R	≥60	118	GDS-15	31%
Oliveira, Santos, Cruvinel & Néri (2006)	Brasil: U/R	≥60	79	Escalas de Beck (ansiedade (a), depressão (b), desesperança(c))	30,2% (a) 13% (b) 9,2% (c)
Cheloni, Pinheiro, Filho & Medeiros (2003)	Brasil: R	≥60	45	GDS-30	51%
Parmalee, Katz & Lawton (1989, citados por Gonçalves, 2006)	E.U.A	≥65		GDS-30	40%
Teresi, Abrams, Holmes, Ramirez & Eimicke (2001)	E.U.A.: U/R	MI 84	319	DSM-III-R	13%
Weyerer, Hafner, Mann, Ames & Graham	Alemanha (a) e Reino	≥65	120	BAS	35% (a)

(1995)	Unido (b): U				48% (b)
Rozzini, Boffelli, Franzoni, Frisoni & Trarucchi (1996)	Itália: U	MI 81	56	GDS-30	48%
Mozley, Challis, Bagley, Burns & Huxley (2000)	Reino Unido: U/R	≥65	308	GDS-15	45%
Mann et al. (2000)	Reino Unido: U/R	MI 85	309	Short-CARE	40%
Brodaty et al. (2001)	Austrália: U	MI 82	647	BEHAVE-AD	42%
Snowdon, Burgess, Vaughan & Miller (1996)	Austrália: U	MI 80	874	GDS-30 DSM-III-R	30%
Payne et al. (2002)	E.U.A.: U/R	MI 80	201	CSDD	20%
Brown, Lapane & Luisi (2002)	E.U.A.: U/R	≥65	428	MDS	11%
Bartels et al. (2003)	E.U.A.: U/R	MI 80	1836	MDS	32%
Watson, Garrett, Sloane, Gruber-Baldini & Zimmerman (2003)	E.U.A.: U/R	≥65	2078	CSDD	13%
Jones, Marcantonio & Rabinowitz (2003)	E.U.A.: U/R	≥65	3710	MDS	20%

Legenda: HAM-D (Escala de Hamilton para Avaliação de Depressão); DSM-III-R (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition, Revised); GDS-30 (Geriatric Depression Scale-30 items); BAS (Brief Assessment Schedule); GDS-15 (Geriatric Depression Scale-15 items); Short-CARE (Abbreviated Comprehensive Assessment and Referral Evaluation); BEHAVE-AD (Behavioral symptoms in Alzheimer's Disease); CSDD (Cornell Scale for Depression in Dementia) (30); MDS (Minimum Data Set); U: Urbano; R: Rural; MI: Média de Idade.

4. Etiologia da depressão na velhice

De acordo com Marques e Firmino (2003), do ponto de vista etiológico, a relação conceptual entre a depressão e o envelhecimento pode ser objecto de duas abordagens complementares. A primeira entende a depressão como resultado de alterações biológicas, psicológicas, cognitivas, comportamentais ou sociais determinadas pelo envelhecimento, sendo neste caso uma variável dependente do envelhecimento. A segunda abordagem entende a depressão como factor desencadeante de alterações nestas áreas modificando a qualidade de vida do idoso, determinando a morbilidade e afectando o seu prognóstico vital devendo assim ser entendida como variável independente.

Blazer (1985, citado por Afonso, 2007) propôs um modelo complexo sobre a etiologia da depressão na velhice, que sugere interacção e influência de diferentes factores: i) factores de intervenção e evolutivos (interacções prévias entre a pessoa e o ambiente e predisposições genéticas); ii) factores ambientais (aumento do *stress* social e diminuição dos apoios sociais); iii) factores relacionados com a saúde física, degradação ou diminuição; iv) factores psíquicos inconscientes (estagnação dos impulsos agressivos, diminuição da consciência perceptiva do ambiente e perturbações da memória); v) factores psíquicos conscientes (estilos de personalidade narcisistas, dependentes e ambivalentes, sentimentos de tristeza ou culpa); vi) factores relacionados com o *self* (baixa auto-estima e estagnação dos contactos sociais); e, vii) factores comportamentais (relacionados com o comportamento depressivo).

Cassel e Leighton (1969, citados por Gonçalves, 2006), num trabalho sobre os factores que podem estar origem das perturbações mentais, indicam-nos seis condições que podem explicar a etiologia da depressão geriátrica: i) factores genéticos e biológicos; ii) acontecimentos do ciclo de vida; iii) factores de personalidade e de satisfação percebida; iv) dinâmicas sociais e culturais; v) mudanças recentes reais ou percebidas; vi) e, combinação de diferentes factores.

Todavia, Spar e Rue (1998) defendem que na velhice não se reconhece a maioria das etiologias das depressões, no entanto em termos bioquímicos associa-se uma maior predisposição para o surgimento a diminuição da neurotransmissão serotoninérgica cortical (Chavarino, 2002; Qualls, 1999). Também, as alterações a nível cognitivo poderão estar relacionadas com o surgimento de quadros depressivos o que remete para a possibilidade da existência de factores neurodegenerativos associados à depressão (Ballesteros, 2002). A sintomatologia depressiva poderá também surgir aquando do início de quadro de demência (Sanz, 2003). A nível genético não se tem conhecimento de um gene responsável, contudo, estudos com gémeos monozigóticos apresentam uma concordância de 40% no aparecimento desta perturbação de humor (Ballesteros, 2002; Qualls, 1999). Segundo alguns estudos, há, também, uma grande variedade de doenças que têm relação etiológica directa com a depressão na velhice. As principais morbididades são o enfarte do miocárdio, acidente vascular cerebral e doença de Parkinson (Eastwoo, Rifat, Nobbs & Ruderman, 1989, Cummings, 1992, citados por Irigaray & Schneider, 2007).

Deste modo, as causas poderão ser de carácter endógeno ou exógeno e ambiental. Não há assim, de acordo com Oliveira (2005) “nenhum modelo que explique cabalmente o complexo fenómeno patológico que é a depressão, nem obtém resultados terapêuticos seguros, sendo necessário, em cada caso, tentar modelos de interpretação e de terapia holísticos e sistémicos” (p. 94).

5. Factores relacionados com a incidência da depressão nos idosos

Alguns investigadores têm sugerido que, em comparação com outros grupos etários, os idosos são mais vulneráveis à depressão por estarem mais propensos à exposição dos factores de risco que a desencadeiam. No entanto, outros sugerem que eles podem ter uma capacidade de resiliência, isto é, estratégias de *coping* mais eficazes devido à experiência de vida que possuem, a qual podem contrariar situações adversas que possam conduzir à depressão. Nos idosos, a depressão pode mesmo diminuir como uma consequência da sobrevivência selectiva (Martin et al., 1992, Mirowsky & Ross, 1992, Blazer & Koenig, 1996, Haynie et al., 2001, citados por Chou & Chi, 2005).

George (1996) propôs um modelo explicativo sobre as condições que geram vulnerabilidade para a depressão e para outras síndromes psiquiátricas na velhice, para tal reuniu e classificou variáveis psicossociais num modelo conceitual multifásico. A autora defende um processo evolutivo em que a actuação de cinco conjuntos de variáveis pode criar condições de vulnerabilidade ao longo do curso da vida. Nesse modelo, variáveis classificadas como demográficas exercem influência no estágio inicial do processo, seguidas por variáveis de realização na vida (e.g. educação). Estas podem aumentar a vulnerabilidade a acontecimentos geradores de stress crónicos, tais como incapacidade funcional e condições crónicas de saúde ou podem proteger o indivíduo contra o desenvolvimento de sintomas psiquiátricos, entre os quais, a depressão. O suporte social é tipicamente uma

variável protectora e tem grande importância na velhice. A quinta classe de variáveis é considerada como sendo agentes provocadores (e.g. a ocorrência de acontecimentos de vida negativos, perdas, conflitos familiares).

A contribuição mais substantiva deste modelo reside em organizar temporalmente os factores de risco que emergem ao longo da trajectória de vida, dando origem, mantendo e fortalecendo a vulnerabilidade. É relevante salientar que variáveis, tais como as condições de saúde, a ocorrência de acontecimentos *stressantes* de vida e os recursos advindos do suporte social mudam ao longo do envelhecimento, exigindo uma visão mais dinâmica desse processo, quando se trata de analisar a velhice. Acrescenta-se ainda que a autora situa o suporte social de forma a destacar apenas o seu papel protector antecedente contra a depressão, mas o suporte social pode ser accionado posteriormente à ocorrência de acontecimentos de vida stressantes, agindo como um recurso de confronto do stress, amortecendo o seu impacto. Pode ainda ser fonte de stress, quando as relações são predominantemente negativas e exigem investimento superior ao que o idoso pode tolerar (Batistoni, 2007; George, 1996).

De seguida são apresentados os principais factores predisponentes relacionados com a incidência da depressão na velhice encontrados na literatura (cf. Tabela 6).

Tabela 6 - Principais factores predisponentes relacionados com a incidência da depressão na velhice

Factores predisponentes	Autores
-Estrutura da personalidade (dependentes, passivos-agressivos ou obsessivos, neuróticos)	-Barg et al. (2006); -Bizzini (1998); -Martin, Long & Poon (2002); -Oldehinkel, Bouhuys, Brilman & Ormel (2001), Ormel, Oldehinkel & Brilman (2001), citados por Palarea et al. (2002); -Seidlitz (2001); -Small, Herzog, Hultsch & Dixon (2003); -Steunenber, Beekman, Deeg & Kerkhof (2006); -Vaz (2009); - Watson & Walker (1996).
-Predisposições/alterações biológicas (genéticas, neurofisiológicas e neurobioquímicas)	-Bromley (1990, citado por Baptista et al., 2006); -Alexopoulos (2003), Hannestad, Taylor, McQuoid, Payne, Krishnan, Steffens & Macfall (2006), Kalayam & Alexopoulos (2002), Steffens, Pieper, Bosworth, MacFall, Provenzale, Payne, Carroll, George & Krishnan (2005), citados por Gonçalves (2006); -Vaz (2009).
-Associação entre depressão e demência, doenças cardiovasculares, fracturas da bacia e doentes de doença de Parkinson	-Starkstein, Preziosi, Bolduck & Robinson (1990, citados por Afonso, 2007).
-Idosos com incontinência urinária	-Endberg, Sereika, Weber, Engberg, McDowell & Reynolds (2001, citados por Afonso, 2007).
-Homens que participaram na segunda guerra mundial que sofreram lesões cerebrais	-Holsinger, Steffens, Philips et. al. (2002, citados por Afonso, 2007).
-Idosos com irmãos gémeos	-Gatz, Pedersen, Plomin, Nesselroade & McClearn (1992, citados por Afonso, 2007).
-Lesões vasculares em regiões específicas do cérebro	-George, Ketter & Post (1994, citados por Afonso, 2007).
-Menor tamanho do córtex orbital frontal	-Lai, Payne, Byrum, Steffens & Krishnan (2000, citados por Afonso, 2007).
-Diminuição com a idade de receptores de serotonina	-Sheline, Mintun, Moerlein & Snyder (2002, citados por Afonso, 2007).
-Hipersecreção de corticotropinreleasing factor (CRF)	-Arborelius, Owens, Plotsky & Nemeroff (1999, citados por Afonso, 2007).
-Aumento da resposta da hormona	-Luisi, Tonetti, Bernardi et al. (1998, citados por Afonso, 2007).

adrenocorticotropic (ACTH), cortisol e dehydroepiandrosterone sulfate (DHEA-S) e corticotropinreleasing factor (CRF)

-Menores níveis de testosterona em homens idosos -Seidman, Araújo, Roose et al. (2002, citados por Afonso, 2007).

Seguidamente apresentam-se alguns factores que, de acordo com a literatura, contribuem para o aparecimento de sintomatologia depressiva na velhice (cf. Tabela 7).

Tabela 7- Factores relacionados com a depressão na velhice

Factores contribuintes	Autores
	-Bazargan & Hamm-Baugh (1995), Murrell et al. (1983), Wallace & O'Hara (1992), Zunzunegui, Béland, Llácer & León (1998), Blazer et al. (1991), Kennedy et al. (1989), Osborn et al. (2003), citados por Vaz (2009); -Beer & Langué (1993), Katona (1993), O'Hara, Kohout & Wallace (1985), citados por Afonso (2007); -Bisschop, Kriegsman, Deeg, Beekman & van Tilburg (2004), Chi et al. (2005), citados por Alvarado, Zunzunegui, Béland, Sicotte & Tellechea (2007); -Bromley (1990, citado por Baptista et al., 2006); -Cheloni et al. (2003); -Chou & Chi (2005); -INE (2002, citado por Gonçalves, 2006); -Lima (1999); -Papadopoulos et al. (2005); -Prince, Harwood, Blizard, Thomas & Mann (1997, citados por Palarea et al., 2002); -Gazalle et al. (2004); -Sanz (2003); -Stek et al. (2006).
-Baixo estatuto socioeconómico	
	-Osborn et al. (2003), Zunzunegui, Béland, Llácer & León (1998), citados por Vaz (2009); -Lima (1999); -Sanz (2003); -Sequeira & Silva (2002); -Tuesca-Molina et al. (2003).
-Fracá dinâmica familiar/contacto familiar	
	-Batistoni (2007); -Djernes (2006); -Ganguli et al. (1999), Bergdahl et al. (2007), Kim et al. (2002), Skoog et al. (1993), Beekman et al. (1995), Palsson & Skoog (1997), citados por Chou & Chi (2005); -Gazalle et al. (2004); -Gordilho (2002); -INE (2002, citado por Gonçalves, 2006); -Minicuci et al. (2002), Romero et al. (2005), Zunzunegui et al. (1998), citados por Alvarado et al. (2007); -Papadopoulos et al. (2005); -Papalia, Olds & Feldman (2006); -Stek et al. (2006).
-Baixa escolaridade	
	-Vaz (2009).
-Presença de violência	
	-De Leo & Ormskerk (1991, citados por Baptista et al., 2006); -Vaz (2009).
-Estar reformado	

De acordo com alguns autores existem factores precipitantes para o aparecimento de sintomatologia depressiva que podem ser observados seguidamente (cf. Tabela 8).

Tabela 8- Factores precipitantes para o aparecimento de depressão na velhice

Factores precipitantes	Autores
-Idade avançada	-Bergdahl et al. (2005), Kim, Shin, Yoon, & Stewart (2002), Murrell et al. (1983), Palinkas et al. (1990), Zarit, Femia, Gatz & Johansson (1999), citados por Vaz (2009); -Burmedi, Becker, Heyl, Wahl & Himmelsbach (2002), Horowitz (2004), Horowitz & Reinhardt (2000), citados por Horowitz et al. (2006); -Carrasco et al. (2002); -Cheloni et al. (2003); -Gazalle et al. (2004);

	<ul style="list-style-type: none"> -Goldberg et al. (2003); -Hervás (2003); -Lima (1999); -López (2001, citado por Palarea et al., 2002); -Oliveira (2005); -Papadopoulos et al. (2005); - Ramos et al. (1998), Cacciatore (1998), citados por Leite, Carvalho, Barreto & Falcão (2006); -Sanz (2003).
-Abandono/isolamento	<ul style="list-style-type: none"> -Barefoot et al. (2001), Chi Chou (2003), Bergdahl, Allard, Alex, Lundman & Gustafson (2007), Beekman et al. (1995), Dean et al. (1990), Harlow et al. (1991), Kaplan et al. (1987), Kennedy et al. (1989), Oxman et al. (1992), Revicki & Mitchell (1990), Zunzunegui, Béland, Llácer & León (1998), Prince, Harwood, Blizard, Thomas & Mann (1997), Blazer (2005), citados por Vaz (2009); -Batistoni (2007); -Djernes (2006); -Gordilho (2002); -Irigaray & Schneider (2007); -Lima (1999); -McInnis & White (2001, citados por Palarea et al., 2002); -Papalia et al. (2006); -Porcu et al. (2002); -Sanz (2003); -Silva (2005, citado por Gonçalves, 2006).
-Sentimentos de Desesperança	<ul style="list-style-type: none"> -De Leo & Ormskerk (1991, citado por Baptista et al., 2006); -Vaz (2009).
-Perdas de familiares/conhecidos	<ul style="list-style-type: none"> -Al-Shammari & Al-Subaie (2004), Paúl et al. (2006), Shah & Hoxey (2001), citados por Gonçalves (2006); -Batistoni (2007); -Beekman et al. (1995), Blazer (2003), Blazer et al. (1991), Kennedy et al. (1989), Livingston et al. (1990), Osborn et al. (2003), Bruce (2002), citados por Vaz (2009); -Bromley (1990, citado por Baptista et al., 2006); -Fernandes (2002); -Gazalle et al. (2004); -Kraaij & Garnefski (2002), Lynch, Compton, Mendelson, Robins & Krishnan (2000), citados por Afonso (2007); -Spar & Rue (1998); -Zimmerman (2000).
-Incapacidades nas actividades de vida diárias	<ul style="list-style-type: none"> -Batistoni (2007); -Bromley (1990, citado por Baptista et al., 2006); -Harlow et al. (1991), Kennedy et al. (1990), Phifer & Murrel (1986), citados por Forsell & Winblad (1999); -Jones & Beck-Little (2002), Katona & Shankar (1999, 2004), Rabins (1998), Ranga et al. (2002), Whibourne (1996), INE (2002), citados por Gonçalves (2006); -Penninx, Deeg, Eijk & Beekman, Guralnik (2000, citados por Leite et al., 2006); -Stek et al. (2006).
-Dependência ou Deficiência	<ul style="list-style-type: none"> -Beer & Langué (1993), Katona (1993), Beekman, Deeg, van Tilburg, Smit, Hooijer & van Tilburg (1995), citados por Afonso (2007); -Corrêa (1997, citado por Porcu et al., 2002); -Katona & Shankar (2004); -Lindsay et al. (1989, citados por Scazufca et al., 2002); -Tafaro, Cicconetti, Zannino, Tedeschi, Tombolilla, Ettore & Marigliano (2002, citados por Gonçalves, 2006).
-Estar institucionalizado	<ul style="list-style-type: none"> -Ames (1991), Phifer & Murrel (1986), Kennedy et al. (1990), Harlow et al. (1991), Forsell & Winbland (1999), Zarit, Femia, Gatz & Johansson (1999), citados por Vaz (2009); -Bergdahl et al. (2005); -Boswell & Stoudemire (1996, citados por Birrer & Vemuri, 2004); -Burrows, Morris, Simon, Hirdes & Philips (2000), Ambo, Meguro, Ishizaki et al. (2001), Llewellyn-Jones, Baikie, Smithers, Cohen, Snowdon & Tennant (1999), citados por Palarea et al. (2002); -Corrêa (1997, citado por Porcu et al., 2002); -Djernes (2006); -Gordilho (2002); -Irigaray & Schneider (2007); -Papalia et al. (2006); -Stek et al. (2006).
-História de depressão anterior	<ul style="list-style-type: none"> -Batistoni (2007); -Beer & Langué (1993), Beekman, Deeg, van Tilburg, Smit, Hooijer & van Tilburg (1995), citados por Afonso (2007); -Boswell & Stoudemire (1996, citados por Birrer & Vemuri, 2004);

- Djernes (2006);
- De Leo & Ormskerk (1991, citados por Baptista et al., 2006);
- Gordilho (2002);
- Harlow et al. (1991), Kennedy et al. (1990), Phifer & Murrell (1986), citados por Forsell & Winbland (1999);
- Irigaray & Schneider (2007);
- Jones & Beck-Little (2002), Katona & Shankar (1999, 2004), Rabins (1998), Ranga et al. (2002), Whibourne (1996), citados por Gonçalves (2006);
- Lima (1999);
- Palsson et al. (2001, citados por Norton et al., 2008);
- Papalia et al. (2006);
- Sanz (2003).

Para além de todos os factores enunciados anteriormente, de acordo com alguns autores parecem existir outros factores relacionados com o aparecimento de sintomatologia depressiva na velhice, sendo apresentados de seguida (cf. Tabela 9).

Tabela 9- Outros factores relacionados com a incidência da depressão

Outros factores	Autores
-Sexo feminino	<ul style="list-style-type: none"> -Alvarado et al. (2007); -Ambo, Meguro, Ishizaki, et al. (2001), De Beurs, Beekman, Deeg, Van Dyck, VanTilburg (2000), Stordal, Bjartveit, Dahl, Kruger, Mykletun (2001), citados por Palarea et al. (2002); -Batistoni (2007); -Beer & Lange (1993), Green, Copeland, Dewey, Sharma, Saunders, Davidson, Sullivan & McWilliam (1992), Katona (1993), citados por Afonso (2007); -Blazer et al. (1991), Chen, Eaton, Gallo, Nestadt & Crum (2000), Dorfman et al. (1995), Ried & Planas (2002), citados por Furner et al. (2006); -Boswell & Stoudemire (1996, citados por Birrer & Vemuri, 2004); -Cheloni et al. (2003); -Chen et al. (2005); -Gazalle et al. (2004); -Lima (1999); -Papadopoulos et al. (2005); -Ramos et al. (1998), Cacciatore (1998), citados por Leite et al. (2006); -Salokangasa, Vaahterab, Pacrievc, Sohlmand & Lehtinen (2002), Del Porto, 2004, Zunzunegui, Béland, Llácer & León (1998), Justo & Calil (2006), Angst, Gamma, Gastpar, Lépine, Mendlewicz & Tylee (2002), Takkinen, Gold, Pedersen, Malmberg, Nilsson & Rovine (2004), citados por Vaz (2009); -Santana & Filho (2007); -Sanz (2003); -Sousa et al. (2007); -Sonnenberg, Beekman, Deeg, & van Tilburg (2000, citados por Norton et al., 2008); -Stek et al. (2006); -Wilhelm, Roy, Mitchell, Brownhill & Parker (2002); -Zunzunegui, Béland, Llácer & León (1998).
-Viver no meio urbano	<ul style="list-style-type: none"> -Carpiniello, Carta & Rudas (1989); -Fernades (2002); -Gonzalez, Haan & Hinton (2001, citados por Palarea et al., 2002); -Lima (1999); -Walters, Breeze, Wilkinson, Price, Bulpitt & Fletcher (2004).
-Dificuldades cognitivas	<ul style="list-style-type: none"> -Beer & Langue (1993), Katona (1993), Beekman, Deeg, van Tilburg, Smit, Hooijer & van Tilburg (1995), Cervilla, López-Ibor, Martínez-Raga & Prince (1997), citados por Afonso (2007); -Bergdahl et al. (2005); -Boswell & Stoudemire (1996, citados por Birrer & Vemuri, 2004); -Djernes (2006); -Haynie et al. (2001), Stek et al. (2004), citados por Chou & Chi (2005); -Papadopoulos et al. (2005); -Penninx, Deeg, Eijk & Beekman, Guralnik (2000, citados por Leite et al., 2006).
-Perturbações do sono	<ul style="list-style-type: none"> -Vaz (2009).
-Hábitos alcoólicos	<ul style="list-style-type: none"> -Boswell & Stoudemire (1996, citados por Birrer & Vemuri, 2004); -De Leo & Ormskerk (1991, citados por Baptista et al., 2006); -Gilman & Abraham (2001, citados por Afonso, 2007); -Vaz (2009).
-Hábitos tabágicos	<ul style="list-style-type: none"> -Gazalle et al. (2004).

-Viuvez	<ul style="list-style-type: none"> -Batistoni (2007); -Corrêa (1997, citado por Porcu et al., 2002); -De Leo & Ormskerk (1991, citados por Baptista et al., 2006); -Djernes (2006); -Gordilho (2002); -Irigaray & Schneider (2007); -Lima (1999); -López (2001, citado por Palarea et al., 2002); -Montorio & Isal (1999); -Osborn et al. (2003, citados por Vaz, 2009); -Papalia et al. (2006); -Santana & Filho (2007).
-Viver só/falta de confidante ou relação íntima	<ul style="list-style-type: none"> -Beekman, Deeg, van Tilburg, Smit, Hooijer & van Tilburg (1995), Beer & Langue (1993), Katona (1993), O'Hara, Kohout & Wallace (1985), citados por Afonso (2007); -Boswell & Stoudemire (1996, citados por Birrer & Vemuri, 2004); -Cheloni et al. (2003); -Chou & Chi (2005); -Evans & Katona (1993), Zunzunegui, Béland, Llácer & León (1998), Osborn et al. (2003), citados por Vaz (2009); -Koropecjy-Cox (1998), Aguiar & Dunningham (1993), citados por Baptista et al. (2006); -Lima (1999); -Papadopoulos et al. (2005); -Sanz (2003); -Sequeira & Silva (2002); -Stek et al. (2006).
-Acontecimentos de vida negativos/ stressantes	<ul style="list-style-type: none"> -Batistoni (2007); -Boswell & Stoudemire (1996, citados por Birrer & Vemuri, 2004); -Cheloni et al. (2003); -Djernes (2006); -Gordilho (2002); -Irigaray & Schneider (2007); -Orrel & Davies (1994), Beekman, Deeg, van Tilburg, Smit, Hooijer & van Tilburg (1995), Kraaij, Kremers & Arensman (1997), Kraaij, Arensman & Spinhoven (2001), citados por Afonso (2007); -Papalia et al. (2006); -Schaie & Willis (2002), Osvath, Voros & Fekete (2004), Katona & Shankar (1999, 2004), Vondras, Powless, Olson, Wheeler & Snudden (2005), citados por Gonçalves (2006); -Shear et al. (2005, citados por Norton et al., 2008).
-Baixo suporte social	<ul style="list-style-type: none"> -Barg et al. (2006); -Batistoni (2007); -Beer & Langue (1993), Katona (1993), Green, Copeland, Dewey, Sharma, Saunders, Davidson, Sullivan & McWilliam (1992), citados por Afonso (2007); -Bothell, Fischer & Hayashida (1999); -Carrasco et al. (2002); -Cheloni et al. (2003); -Chen et al. (2005); -Djernes (2006); -De Leo & Ormskerk (1991), Dhar (2001), Warner (1998), citados por Baptista et al. (2006); -Fernandes (2002); -Gordilho (2002); -Han, Kim, Lee, Pistulka & Kim (2007); -Irigaray & Schneider (2007); -Koizumi et al. (2005); -Lima (1999); -Papalia et al. (2006); -Prince, Harwood, Blizard, Thomas & Mann (1997, citados por Palarea et al., 2002); -Rodriguez et al. (2002); -Tuesca-Molina et al. (2003).
-Presença de doenças físicas ou crónicas (e.g. cancro, artrite reumatóide, anorexia, diabetes, doença renal, epilepsia do lobo temporal, doença de Parkinson, demência senil, AVCs, dificuldades de mobilidade)	<ul style="list-style-type: none"> -Alexopoulos et al. (1996), Bruce (2001), Kennedy, Kelman & Thomas (1990), Ormel, Rijdsdijk, Sullivan, van Sonderen & Kempen (2002), Penninx & Leveille (1999), Zeiss, Lewinsohn, Rohde & Seeley (1996), citados por Furner et al. (2006); -Alvarado et al. (2007); -Batistoni (2007); -Birrer (2004); -Boswell & Stoudemire (1996, citados por Birrer & Vemuri, 2004); -Bromley (1990, citado por Baptista et al., 2006); -Chen et al. (2005); -Cheloni et al. (2003); -Corrêa (1997, citado por Porcu et al., 2002); -Fernandes (2002);

	-Fernandez-Ballasteros, Izal, Montorio, González & Diaz (1992, citados por Gonçalves, 2006); -Iezzoni, McCarthy, Davis & Siebens (2001); -INE (2002, citado por Gonçalves, 2006); -Kennedy et al. (1989), Osborn et al. (2003), Katona & Livingston (1997), Moldin et al. (1993), Murphy (1982), citados por Vaz (2009); -Penninx, Deeg, Eijk & Beekman, Guralnik (2000, citados por Leite et al., 2006); -Stek et al. (2006); -Stella et al. (2002).
-Uso de determinada medicação (e.g. anti-hipertensores, anti-arrítmicos, psicofármacos, sedativos, anti-convulsivantes, anti-depressivos)	-Batistoni (2007); -Birrer (2004); -Boswell & Stoudemire (1996, citados por Birrer & Vemuri, 2004); -Djernes (2006); -Gordilho (2002); -Irigaray & Schneider (2007); -Papalia et al. (2006); -Norton et al. (2008); -Sanz (2003); -Stek et al. (2006).
-Presença de ansiedade	-Beekman, De Beurs, Van Balkom, Deeg, Van Dyck & Van Tilburg (2000), Lenze, Rogers, Martire, et al. (2001), citados por Palarea et al. (2002); -Djernes (2006); -Gordilho (2002); -Jones & Beck-Little (2002), Katona & Shankar (1999, 2004), Rabins (1998), Ranga et al. (2002), Whibourne (1996), citados por Gonçalves (2006); -Irigaray & Schneider (2007); -Papalia et al. (2006).
-Fracos contactos sociais	-Djernes (2006); -Gordilho (2002); -Irigaray & Schneider (2007); -Katona & Shankar (1999, 2004), Tafaro, Cicconetti, Zannino, Tedeschi, Tombolilla, Ettore & Marigliano (2002), citados por Gonçalves (2006); -Norton et al. (2008); -Papalia et al. (2005); -Penninx, Deeg, Eijk & Beekman, Guralnik (2000, citados por Leite et al., 2006).
-Hospitalização	-Huang et al. (2000, citados por Furner et al., 2006).
-Baixa actividade física/participação em actividades comunitárias	-Gazalle et al. (2004); -INE (2002, citado por Gonçalves, 2006); -Santana & Filho (2007).
-Trabalho remunerado	-Gazalle et al. (2004).
-Obesidade	-INE (2002, citado por Gonçalves, 2006).
-Actividades de lazer passivas	-INE (2002, citado por Gonçalves, 2006).

6. Modelos Psicológicos da depressão

6.1. Modelos Comportamentais

Os modelos comportamentais da depressão têm origem na teoria da aprendizagem, segundo o modelo do condicionamento operante de Skinner. Esta teoria defende que um comportamento é adquirido, mantido ou eliminado, em função das consequências que se lhe seguem, isto é, reforços ou punições. Este autor considerou que a depressão representava um subproduto emocional da interrupção do reforço ou um fenómeno de extinção (Quartilho, 2003).

6.1.1. Modelo de Ferster

O modelo de Ferster (1973) defende que as características marcantes das pessoas deprimidas seriam as perdas de certos tipos de actividade associadas ao aumento de comportamentos, como queixas, choro excessivo, irritabilidade e autocrítica. As variáveis que

influenciam o repertório comportamental seriam a baixa frequência de reforço positivo associada ao aumento da frequência do reforço negativo.

O autor foca os comportamentos de fuga causados por condições aversivas que impedem a emissão dos comportamentos controlados por reforço positivo, como em situações onde o indivíduo evita o contacto com acontecimentos relacionados com a resolução dos problemas, os pensamentos ou os assuntos aversivos (Jacobson, Martell & Addis, 2001). Para além das hipóteses levantadas para os determinantes da baixa frequência do reforço positivo, surgem a mudança repentina de ambiente (e.g. mudar de cidade ou de residência) e o custo de resposta exigido em contingências sob esquema de reforço (e.g. indivíduo precisa de trabalhar para atingir o seu objectivo), o que caracterizaria as pausas no responder entre a apresentação do reforço e o recomeço das respostas (Ferster, 1973).

As lacunas empíricas deste modelo (Kanter, Callaghan, Landes, Bush & Brown, 2004) foram, posteriormente, preenchidas pelas pesquisas conduzidas por Lewinsohn (Blaney, 1981; Lewinsohn, Biglan & Zeiss, 1976).

6.1.2. Modelo de Lewinsohn

Numa primeira formulação do modelo (1974) este autor postulava que a depressão era o resultado de uma redução na taxa de reforços. Posteriormente, em 1985, Lewinsohn e os seus colaboradores (Lewinsohn & Gotlib, 1995) tentaram propor um modelo integrador onde os factores cognitivos e situacionais interagem de forma complexa. Ao modelo clássico acrescentaram os dados provenientes dos estudos epidemiológicos e outros da psicologia social relativos ao fenómeno da autoconsciência, ou seja, os factores de imunidade (recursos aprendidos elevados, competência social alta, frequência elevada de acontecimentos agradáveis, disponibilidade de um confidente próximo) e os factores de vulnerabilidade (ser mulher, ter entre 20 a 40 anos de idade, história prévia de depressão, aptidões de lidar pobres, sensibilidade aumentada a acontecimentos aversivos, ser pobre, ter autoconsciência alta, baixa auto-estima, dependência interpessoal elevada, filhos com menos de 7 anos e limiar baixo para a activação de esquemas depressivogénicos), consideravam assim a etiologia da depressão como multifactorial.

Deste modo, não há nenhuma causa essencial para o desencadear da depressão, sendo um conjunto de factores os que podem explicar o seu aparecimento. No entanto, a disforia possui um papel central e considera-se necessária para provocar mudanças no processamento da informação, na auto-consciência e no comportamento social do sujeito, seria resultado da redução na taxa de respostas contingentes ao reforço positivo. Segundo o autor, existiriam três maneiras pelas quais as baixas taxas de respostas contingentes ao reforço positivo poderiam ocorrer: i) perda na efectividade reforçadora dos acontecimentos que outrora serviam como reforços positivos; ii) mudança no ambiente do indivíduo, de modo

que os antigos reforços estariam ausentes; iii) os reforços continuariam disponíveis no ambiente, porém o indivíduo não teria no seu repertório habilidades suficientes para conseguir aceder aos reforços (Lewinsohn et al., 1976; Lewinsohn, Weinstein & Alper, 1970; Lubin, 1965, citado por MacPhillamy & Lewinsohn, 1982).

6.2. Modelos Cognitivos

6.2.1. Modelo de Beck

O modelo cognitivo da depressão ressalta as mudanças que ocorrem no pensamento do sujeito deprimido, ou seja, entende os sintomas depressivos como resultado da forma como aqueles percebem e interpretam os significados dos acontecimentos. Por vezes, as respostas a esses acontecimentos são mal interpretadas ou disfuncionais, isto é, as distorções cognitivas de conteúdo negativo. Este modelo propõe que os sintomas cognitivos, comportamentais, emocionais, somáticos, motivacionais e vegetativos da depressão podem ser causados e mantidos por distorções nos três níveis de cognição: pensamentos automáticos, crenças e esquemas (Beck, 1967, citado por Knapp, 2007; Beck, Rush, Shaw & Emory, 1979; Corsini & Weeding, 2000).

Assim, os sujeitos deprimidos expressariam cognições negativas sobre si mesmo, o seu mundo e o seu futuro, reflectindo a “tríade cognitiva”, em que os sujeitos deprimidos percebem-se como inferiores, inadequados, indesejados e incapazes, percebem o ambiente em que estão inseridos como hostil e com obstáculos intransponíveis, a visão do futuro passa a ser influenciada pelas cognições negativas, pois o sujeito considera ter recursos insuficientes para modificar o futuro, com o conseqüente desenvolvimento da desesperança (Barlow, 1999; Knapp, 2007; Maia, 1999). Beck notou que essas cognições negativas se mantinham através de um modelo distorcido de processamento de informações, criando um círculo vicioso, em que o afecto deprimido aumentava a intensidade dos pensamentos negativos que, por seu turno, aumentavam os distúrbios afectivos, cognitivos e comportamentais (Barlow, 1999; Knapp, 2007; Schestatsky & Fleck, 1999).

Os pensamentos automáticos negativos são as cognições no nível mais superficial da consciência e reflectem a temática cognitiva específica da depressão. O conteúdo do pensamento do sujeito é distorcido pela perpetuação de diversas distorções cognitivas ou erros de processamento de informação (Beck et al., 1979; Knapp, 2007).

Num nível intermédio encontramos as crenças subjacentes, que são construídas de pressupostos e regras que governam a relação do sujeito com o mundo, resultado de um processo contínuo de aprendizagem, moldado pelas experiências existenciais do sujeito e desenvolvido pela identificação com outras pessoas importantes na sua vida, bem como pela percepção das atitudes dessas pessoas em relação a si e implicados na formação de crenças, valores e atitudes (Barlow, 1999; Corsini & Weeding, 2000; Knapp, 2007). Uma vez que uma crença nuclear específica é formada, pode influenciar a formação de conceitos

subsequentes e se persistir é incorporada numa estrutura cognitiva duradoura, denominada esquema (Rush & Beck, 2000, citados por Knapp, 2007). Este, é definido como uma estrutura cognitiva usada para filtrar, codificar e avaliar os estímulos que interagem com o sujeito (Knapp, 2007; Maia, 1999), são resistentes à mudança, disfuncionais, frequentemente desencadeados por alguma mudança ambiental ou ligados a activação emocional e resultam de uma interacção do temperamento inato da criança com experiências de desenvolvimento disfuncionais com pessoas significativas (Young, 1990, citado por Barlow, 1999; Beck et al., 1979).

Assim sendo, os esquemas, as crenças subjacentes e os pensamentos automáticos do sujeito moldam de forma constante e automática as percepções e interpretações dos acontecimentos, bem como a forma de lidar com as suas experiências de vida (Almeida & Neto, 2003; Barlow, 1999; Corsini & Weeding, 2000; Knapp, 2007).

6.2.2. Modelo de Seligman

Um outro modelo surgiu das experiências laboratoriais realizadas por Seligman, Overmier e Maier, em 1967, com cães expostos a choques eléctricos, sobre os quais não podiam ter qualquer controlo. Os animais mostravam-se incapazes de estabelecer qualquer associação entre os seus comportamentos e um reforço, ou seja, aprendiam que o reforço e a sua resposta eram independentes, deixando de produzir, por isso, respostas de fuga ou evitamento. A diminuição do desempenho dos cães era devida à redução do incentivo para a resposta instrumental, a este processo denominaram por desespero aprendido. Seligman extrapolou este modelo para o ser humano, considerando-o um paradigma explicativo da depressão, devido à semelhança entre as manifestações de ambos. Quando um indivíduo se encontra numa situação em que ocorrem condições repetidas de incontabilidade sobre os resultados, aprende que as respostas que produzem, não têm qualquer relação com o reforço obtido ou com a falta deste (Vaz-Serra, 1989).

A representação cognitiva criada em torno deste facto origina uma expectativa de que o comportamento e o reforço são autónomos. As consequências deste processo são de natureza motivacional, cognitiva e emocional: o indivíduo diminui o número de respostas, vê prejudicada a aprendizagem instrumental posterior e sente medo na produção de comportamentos. Estes resultados traduzem-se numa passividade, inibição da aprendizagem, falta de espírito de competição e perda de apetite, o que encontra uma analogia com o comportamento dos deprimidos. O modelo em análise mostrou-se limitado, nomeadamente na explicação de certos fenómenos da depressão (e.g. a baixa auto-estima), pelo que foi reformulado posteriormente (Vaz-Serra, 1989).

Assim, preconiza que a atribuição do resultado de um determinado acontecimento possa ser interna ou externa, estável ou instável e global ou específica. A atribuição será interna se o indivíduo atribuir o resultado de um acontecimento a si próprio e externa se o

imputar a outra pessoa ou circunstância, por sua vez, a atribuição é estável se o sujeito considerar que se repetirá, futuramente, nas mesmas condições e instável se presumir o contrário, por último, pensa-se que o resultado do acontecimento se generalizará a outras circunstâncias, estará a efectuar uma atribuição global, caso contrário, a atribuição será específica. O modelo reformulado do desespero aprendido sugere que, para além de perceberem que a consequência do seu comportamento, ou seja, a ocorrência ou ausência de reforço, não é contingente ao referido comportamento, as pessoas atribuem explicações ao resultado das suas respostas (Abramson, Seligman & Teasdale, 1978).

Em suma, segundo este modelo, os doentes deprimidos tendem a explicar os acontecimentos, utilizando preferencialmente atribuições internas, estáveis e globais para o fracasso e externas, instáveis e específicas para o êxito (Gouveia, 1990, citados por Godinho, 2007).

6.2.3. Modelo de Ellis

A formulação básica de Ellis consiste em afirmar que “sentimos de acordo com o que pensamos”, assim as nossas perturbações emocionais têm como causa principal o modo irracional e absolutista de pensar (Ellis, 2004).

A principal premissa da Terapia Racional Emotiva (TRE) relaciona-se com a ideia de que a maioria dos problemas emocionais e comportamentais do ser humano devem-se às suas cognições, mais propriamente, ao modo de pensar errado e irracional (Burks & Steffre, 1979; Gonçalves, 2000). A TRE tem como constructo central a racionalidade dado que sustenta que não são os acontecimentos que condicionam as reacções dos sujeitos, mas sim as crenças que este tem face às mesmas. Estas cognições podem ser irracionais (cognições, ideias e filosofias que carecem de suporte lógico, mas que impedem a satisfação das necessidades e objectivos básicos do sujeito) ou racionais (crenças com lógica, suportadas empiricamente e que permitem satisfazer as necessidades e objectivos mais básicos do indivíduo) (Gonçalves, 2000). Assim, esta terapia pretende que o sujeito se torne consciente e seja capaz de identificar os seus pensamentos, bem como que aprenda a redigir através de debate os seus pensamentos irracionais (fonte dos problemas emocionais e comportamentais) e os pensamentos mais racionais (Ellis, 1997, 2004; Maia, 1999; Valerio, 2004).

De acordo com Ellis, as emoções inadequadas eram a ansiedade, depressão, culpa, vergonha e ira. O que se propõe com esta terapia é disputar as crenças do sujeito e substituir as emoções referidas anteriormente por outras formas de pensamento mais absolutistas, tais como, a preocupação, tristeza, pena, desapontamento e aborrecimento, respectivamente (Gonçalves, 2000). Assim, os pensamentos e emoções humanos estão relacionados, são vivenciados conjuntamente e nunca isoladamente (Downing, 1975). Esta terapia permitirá assim diminuir os sintomas de ansiedade, depressão, irritabilidade ou outros

sentimentos inapropriados que possam surgir face às dificuldades do futuro, a rejeições, perdas e as outras adversidades da vida (Ellis, 1997).

6.2.4. Modelo de Rehm

Rehm (1977, citado por Rehm, 1999) propôs a teoria de auto-controlo da depressão que tenta integrar aspectos comportamentais e cognitivos. De acordo com este modelo, défices específicos na auto-monitorização, auto-avaliação e auto-reforço podem explicar os vários sintomas da depressão. Na fase de observação, o sujeito depressivo atende de forma selectiva aos acontecimentos negativos, fracassos e às consequências imediatas em lugar das demoradas. Na fase de auto-avaliação, o sujeito apresenta critérios muito rigorosos para definir o sucesso e realiza atribuições inexactas de responsabilidade. Na fase de auto-reforço, apresenta um défice de auto-reforço e um excesso de auto-punição.

Deste modo, o autor defendeu que os doentes deprimidos podem distorcer as suas percepções de causalidade de forma a manterem a visão negativa deles próprios. Assim, os deprimidos tendem a atribuir os seus sucessos a factores externos (e.g. sorte, simplicidade da tarefa, simpatia do avaliador) e os fracassos a factores internos, são demasiado exigentes consigo próprios e estabelecem objectivos irrealisticamente elevados, atribuem-se demasiada punição e fazem auto-afirmações negativas acerca do seu comportamento; a ideia de que o humor deprimido pode mudar se mudarem as actividades e as auto-afirmações, é, assim, realçada a relação entre humor e comportamento (Maia, 1999; Rehm, 1999).

6.3. Modelos Construtivistas

6.3.1. Teoria de Constructos Pessoais

Os modelos construtivistas conceptualizam o ser humano enquanto agente activo na construção de si e do seu mundo, tal como dá conta o postulado fundamental da Teoria de Constructos Pessoais, ao afirmar que "os processos da pessoa são canalizados psicologicamente pelo modo como ela antecipa os acontecimentos" (Kelly, 1955, p. 46). Esta teoria defende que o desenvolvimento humano se processa pela acomodação contínua dos sistemas de construção aos acontecimentos "novos". Estes acontecimentos são construídos à luz do sistema existente, mas sendo este sistema continuamente renovado, a construção é uma forma necessariamente transitória, não definitiva. Uma perturbação psicológica é identificada como a incapacidade de o sistema de constructos se acomodar ao fluir contínuo de acontecimentos, que ocorre quando uma construção particular "é usada repetidamente apesar da invalidação constante" (Kelly, 1955, p. 831).

Quando a pessoa se fecha ou recua está a usar "constricção", uma estratégia que impede a revisão de constructos, com vista à redução da ansiedade provocada pela percepção de incongruência entre a antecipação e a experiência. De facto, quando a pessoa

se vê confrontada com acontecimentos incompatíveis com os seus constructos pode recorrer momentaneamente à constrição, procedendo depois à alteração das suas teorias. Mas as pessoas tornam-se deprimidas quando interrompem de uma forma sistemática a elaboração dos acontecimentos e a revisão dos seus constructos, reduzindo assim o âmbito do seu campo vivencial. Neste processo restritivo o deprimido exclui os acontecimentos novos, minimizando a possibilidade de invalidação do sistema de constructos existente, e, portanto, também a sua reformulação. Assim podemos concluir que segundo a teoria dos constructos pessoais, o deprimido ao recusar-se a experimentar novas experiências e autoconstruções, fica preso a uma antecipação que inviabiliza o desenvolvimento (Kelly, 1955; Neimeyer, 1985).

Em suma, a depressão decorre da incapacidade do sistema utilizar a dilatação do campo perceptual e, portanto, consiste na sua constrição, que impede o sujeito de utilizar os acontecimentos para construir teorias alternativas (Neimeyer, 1983).

6.3.2. Terapia Cognitiva Narrativa

Mais recentemente, Gonçalves (1994), defende um lugar fundamental à narrativa na organização cognitiva do indivíduo. Partindo da convicção de que os indivíduos representam a mais básica e tácita informação sobre si e sobre a realidade, através de narrativas (Gonçalves, 1994). O objectivo deste modelo consiste em mudar a estrutura narrativa do doente, começando por fazê-lo adquirir uma atitude narrativa, identificando a sua forma habitual de funcionamento (narrativas protótipo) culminando na construção e projecção de metáforas alternativas (Crites, 1986, Gonçalves & Craine, 1990, Wurf & Markus, 1991, citados por Gonçalves, 1994; Gonçalves, 1995).

Este modelo fundamentou-se em três premissas centrais: o conhecimento e a existência são inseparáveis e estão organizados em termos de narrativas; a compreensão psicológica do doente implica a identificação e a análise das suas narrativas protótipo e a psicoterapia pode ser vista como um cenário para a identificação, construção e desconstrução de narrativas (Gonçalves, 1994). Todo o ser humano é um ser narrativo, por isso, a psicopatologia seria caracterizada por um embotamento narrativo, isto é, o mau funcionamento do doente traduz-se numa inflexibilidade do seu discurso narrativo. A terapia visa promover a capacidade do doente de produzir múltiplos significados para a sua experiência, explorá-los de múltiplas formas, desenvolvendo o sentido de autoria, ou seja, desenvolvendo-se, a si próprio, em movimento.

Assim, este processo desenvolve-se sequencialmente em cinco passos através da recordação, objectivação, subjectivação, metaforização e projecção de narrativas. No caso de um deprimido, este apresenta, sobretudo, dificuldades nos planos da recordação, da objectivação e da subjectivação. Habitualmente, as suas recordações vão quase sempre no sentido do seu próprio humor depressivo. A objectivação, como ponto de partida para a

construção de uma realidade múltipla do conhecimento, através da construção múltipla da realidade sensorial, também levanta obstáculos, pela ausência dessa sua capacidade construtiva que lhe é característica. O deprimido tem dificuldade em objectivar fontes de prazer, pelo que esta fase é importante na medida em que promove a busca de novas fontes de satisfação, levando o indivíduo a tirar partido das “pequenas coisas da vida”. Na fase de subjectivação, este tipo de doentes volta a resistir à diferenciação emocional, pois está muito centrado em emoções como a tristeza, a culpa e a raiva. Ultrapassadas estas etapas do processo terapêutico, as restantes surgem como o desenrolar natural da multiplicidade criada anteriormente (Gonçalves, 1994).

7. Avaliação da depressão

Beckman e Leber (1995, citados por Costa, 2005) recomendam um procedimento em três estádios para avaliar a depressão geriátrica: i) o *screening* da depressão deve ser feito a todos os adultos idosos que apresentem *distress* físico ou emocional; ii) um *screening* positivo deve ser seguido de uma avaliação baseada numa entrevista, que ofereça evidência convergente de que é de facto a depressão e não uma outra forma de *distress* que está presente; iii) orientado para o estabelecimento de metas de tratamento específicas, este estádio envolve uma avaliação sistemática de problemas sociais, médicos e psicológicos particulares.

Todavia, para a avaliação da depressão no idoso pode recorrer-se a uma panóplia de instrumentos que foram classificados de acordo com o objectivo que pretendem atingir. De seguida resumem-se alguns dos principais instrumentos de avaliação da depressão (cf. Tabela 10).

Tabela 10- Instrumentos usados na avaliação da depressão (Adap. de Afonso, 2007; Batistoni, 2007; Maia, 2001; Martín, Porto & Mellado, 2002)

Instrumentos de diagnóstico
Escala para a Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos (CES-D) Escala Geriátrica de Depressão (GDS) Inventário de Avaliação Clínica da Depressão (IACLIDE) Protocolo de Avaliação de Depressão da Organização Mundial de Saúde (WHO/SADD) Escala de Hamilton para a Depressão (EHD) Concise Assessment for Depression (CAD) Cambridge Examination for Mental Disorders of the Elderly (CAMDEX) Programa para la Evaluación en Neuropsiquiatria (SCAN) Psychogeriatric Assessment Scales (PAS) Entrevista Clínica de Diagnóstico da Depressão no Idoso (ECDDI) Escala para a Depressão de Montgomery-Asberg (EDMA)
Protocolos de registos psicopatológicos
Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia (SADS) Entrevista Clínica para a Depressão (ECD) Comprehensive Psychopathological Rating Scale (CPRS) Structured Clinical Interview Disorder (SCID)
Escalas sensíveis à mudança de auto-relato
Escala de Zung para a Depressão (EZD) Inventário de Depressão de Beck (IDB) Escala Visual Relacionada com o Ânimo (EVRA) Depression Adjective Check List (DAACL) Multiple Affect Adjective Check List (MAACL)

Symptoms Check List (SCL-90)
Brief Symptoms Inventory (BSI)

Escalas sensíveis à mudança de hetero-relato

Escala de Hamilton para a Depressão (EHD)
Índice de Classificação da Resposta Terapêutica aos Antidepressivos (ICRTA)
Escala de Melancolia de Bech-Rafaelsen (EMBR)
Escala para a Depressão de Montgomery-Asberg (EDMA)
Escala para a Depressão de Umea

Instrumentos especiais

Índice de Diagnóstico de Endogeneidade de Newcastle I (IDEN)
Escala Diagnóstica de Melancolia Danesa (EDMD)
Índice de Tristeza Patológica ou Anelasticoendostenia (IA)

Um dos instrumentos privilegiado é a Entrevista Clínica Semi-Estruturada para o Diagnóstico da Depressão no Idoso (ECDDI), uma vez que é o único instrumento para o diagnóstico de depressão geriátrica aferido e validado para a população portuguesa, que foi aplicado pela primeira vez junto de uma população institucionalizada (n= 105) num estudo exploratório intitulado “Estudo da Prevalência da Depressão numa População Idosa Institucionalizada” (Santos, Sobral, Costa & Ribeiro, 2001, citados por Costa, 2005). A ECDDI contempla informação sociodemográfica; uma avaliação breve da orientação auto e alopsíquica, da rede de apoio sociofamiliar e do nível de capacidade funcional/ocupacional; informação médica/psiquiátrica; uma Escala de Sintomas Depressivos de 37 itens (33 de resposta fechada e 4 de resposta aberta), baseados nos critérios do DSM-IV para os Episódios Depressivos Major e Menor, na análise aprofundada dos principais instrumentos de avaliação utilizados e que se têm revelado mais eficazes com esta população, na revisão da literatura sobre a fenomenologia da depressão no idoso e em informação obtida através da discussão com práticos clínicos e especializados na área da geriatria. A aplicação dura cerca de 45 minutos, em que o idoso é instruído a basear o seu relato tomando em consideração o seu comportamento nas últimas duas semanas que precedem a avaliação. A consistência interna desta escala é de 0,8954 e a validade interobservadores é de 0,96 (Costa, 2005).

No entanto, não se pode deixar de referir que a aplicação de escalas de avaliação de sintomas não é suficiente para a determinação do diagnóstico de depressão, mas ajudam a verificar quais os indivíduos com sintomas depressivos acima da média (Spar & Rue, 1998). Todavia, alguns autores consideram vantajoso a utilização de escalas e questionários na medida em que permitem uma maior objectividade e quantificação da sintomatologia na elaboração de diagnóstico. Porém, com população idosa colocam-se algumas dificuldades como, a ambiguidade do termo depressão para o idoso, dificuldades inerentes à validade do instrumento, dificuldades na aplicação do instrumento e o surgimento de falsos positivos devido à ênfase em aspectos somáticos que são comuns nos idosos (Martín et al., 2002).

Neste sentido, a APA (1998) aponta alguns aspectos a ter em consideração no processo de avaliação de idosos, tais como a familiarização com o propósito e procedimento, utilização de testes adaptados aos idosos, certificar se compreendem as instruções, utilizar

linguagem simples, repetir a informação sempre que não seja compreendida, adaptar o tempo do teste e recorrer ao uso do reforço verbal. Uma vez que, nem só o uso de diferentes abordagens e instrumentos de recolha de dados geram diferentes conclusões como, também, diferentes estratégias metodológicas podem gerar resultados enviesados pelo chamado efeito de selecção, isto é, os resultados inválidos podem ser gerados pela comparação dos resultados de depressão dos idosos com a população geral, pois os idosos podem exibir diferentes perfis em sintomatologia depressiva e não serem directamente comparáveis com indivíduos mais jovens (Batistoni, 2007).

II- Suporte social na velhice

1. Definição e conceito do suporte social

Sarason, Levine, Basham e Sarason (1983) definem suporte social como “a existência ou disponibilidade de pessoas em que se pode confiar, pessoas que nos mostram que se preocupam connosco, nos valorizam e gostam de nós”(p.127). Por seu lado, Vaz-Serra (1999, citado por Martins, 2005) definem-no como “a quantidade e coesão das relações sociais que rodeiam de modo dinâmico um indivíduo”(p.129). Isto é, implica transacções e contribui para o bem-estar físico e psicológico, o que implica que quanto menor for o apoio social mais elevada será a incidência de perturbações.

De acordo com Cobb (1976), o suporte social consiste na informação que conduz o sujeito a acreditar que é amado e que as pessoas se preocupam com ele, que é apreciado e que tem valor, que pertence a uma rede de comunicação e de obrigações mútuas. Por sua vez, Dunst e Trivette (1990) defendem que o suporte social refere-se aos recursos ao dispor dos indivíduos e unidades sociais em resposta aos pedidos de ajuda e assistência. Para Loreto (2000, citado por Martins, 2005) o suporte social é como um “vínculo da pessoa ao meio social que pode ser considerado em três vertentes: comunitária, de rede social e do relacionamento íntimo” (p. 129). Heller e Swindle (1983, citado por Sarason, 1999) referem que “o suporte social deve ser visto como um processo complexo que implica uma interacção entre estruturas sociais, relações sociais e atributos pessoais” (p. 20).

Neri (2004) define redes de suporte social como conjuntos hierarquizados de pessoas que mantêm entre si laços típicos das relações de dar e receber que existem ao longo de toda a vida, porém com estrutura e funções diferentes consoante as idades. Conforme Carstensen (1995), perante a mudança na perspectiva de tempo futuro típico da velhice, os idosos realizam uma selecção dos parceiros em que vale a pena investir e excluem os que são afectivamente menos significativos da lista dos indivíduos que privilegiam nos seus contactos sociais. Ou seja, na velhice, a estrutura da rede de suporte social muda qualitativamente, passando a privilegiar o conforto e a confirmação emocional. Assim, os contactos sociais passam a ser mais relevantes para assegurar o bem-estar subjectivo do a

troca de informações ou a afirmação do estatuto ou da identidade (Carstensen, 1995; Lang & Carstensen, 1994).

Contudo, não se pode deixar de referir a subjectividade e individualidade do apoio social, que se encontram dependentes da percepção individual (Martins, 2005). Ou seja, a investigação menciona não só aspectos objectivos do social, como sejam, a quantidade de amigos, a frequência e intensidade de contactos, a existência ou não de amizades de carácter íntimo, as redes sociais, como, também, aspectos subjectivos, tais como, a percepção que o indivíduo tem relativa à adequação e satisfação com a dimensão social da sua vida (Ribeiro, 1999b).

No que respeita às funções do suporte social, Barrón (1996, citado por Martins, 2005) apresenta um modelo simples e integrador que passa pelo apoio emocional, ou seja, a disponibilidade de alguém com quem falar, o que faz com que a pessoa se sinta amada; o apoio material e instrumental, ou seja, acções de outras pessoas que ajudam na resolução de tarefas práticas de modo a minimizar a sobrecarga e apoio de informação, isto é, informações que auxiliam a compreensão do seu mundo e o seu próprio ajuste.

Todavia, Krause (1995, citado por Ramos, 2002) chama a atenção para os resultados negativos do suporte social, os quais podem existir “em função da excessiva assistência ou dependência em relação a poucas pessoas que possam ajudar” (p. 156). Deste modo, um dos efeitos negativos poderá ser a falta de auto-estima, como consequência do reconhecimento por parte dos idosos da sua dependência e da sua incapacidade em retribuir. Tal facto, pode acarretar *stress* ou mesmo depressão no idoso, associada a sentimento de carga para as pessoas que ama (Ramos, 2002).

Não obstante, serem conhecidos os efeitos do suporte social, na velhice verifica-se uma diminuição do mesmo, numa fase em que é crucial devido às alterações que se vão manifestando (Martins, 2002). Embora a velhice não seja homogénea, há motivos que nos levam a acreditar que esta categoria social está associada a alguns factores de vulnerabilidade. Nesta sequência, as redes de apoio social vêm contribuir, do ponto de vista afectivo ou instrumental, para o bem-estar dos idosos (Salovey, Detweiler, Steward & Rothman, 2000). Como refere Paúl (1997), “o apoio psicológico está ligado à satisfação de vida e ao bem-estar psicológico e o apoio instrumental pressupõe a ajuda física em situações de diminuição das capacidades funcionais dos idosos e perda de autonomia física, temporária ou permanente” (p. 41).

Para Li, Seltzer e Greenberg (1997) o suporte social é considerado um recurso que compreende formas tangíveis e não tangíveis de assistência e a sua eficácia pode ser influenciada pelo tipo de suporte propriamente dito, pelo agente de *stress* e pela especificidade do contexto individual.

2. Abordagens de estudo do suporte social

De acordo com alguns autores (e.g. Almeida, 2000, citado por Nunes, 2004; Aneshensel, Pearlin, Mulan, Zarit & Whittlatch, 1995; Cramer, Henderson & Scott, 1997; Dunst & Trivette, 1990; Ribeiro, 1999b), o conceito de apoio social tem sido abordado segundo três vertentes: o nível de análise, as dimensões e as perspectivas. Relativamente aos níveis de análise, o nível comunitário refere-se ao suporte social examinado com base no papel e contexto social, enquanto processo de integração; o nível das redes sociais, remetendo-se ao seu tamanho, densidade e homogeneidade; e, por último, o nível das relações íntimas, que se refere às transacções nas relações mais estreitas, as quais se encontram mais directamente relacionadas com o bem-estar e a saúde.

No que diz respeito às dimensões do suporte social, de acordo com Cramer et al. (1997) destacam-se duas: o suporte social percebido e o suporte social recebido ou real. O primeiro para se referir ao suporte social que o indivíduo percebe como disponível se precisar dele, e o segundo descreve o suporte social que foi recebido por alguém. Outra distinção feita é entre suporte social descrito *versus* avaliado, referindo-se à presença de um tipo particular de comportamento de suporte e referindo-se a uma avaliação de que esse comportamento de suporte é percebido como sendo satisfatório ou que serviu de ajuda, respectivamente. Por sua vez, Aneshensel et al. (1995) identificam três dimensões distintas de suporte social: i) integração, a existência de relações sociais; ii) redes sociais, a estrutura de relações sociais; e, iii) suporte, o conteúdo funcional das relações sociais, incluindo socioemocional, instrumental e informacional.

Dunst e Trivette (1990) apresentam as seguintes dimensões de suporte social que consideram que se têm mostrado importantes para o bem-estar: i) tamanho da rede social, abrangendo o número de pessoas da rede de suporte social; ii) existência de relações sociais, abrangendo as relações particulares (e.g. o casamento) e gerais, que decorrem da pertença a grupos sociais (e.g. clubes); iii) frequência de contactos, para designar quantas vezes o indivíduo contacta com os membros da rede social tanto em grupo como face a face; iv) necessidade de suporte, para designar a necessidade de suporte expressa pelo indivíduo; v) tipo e quantidade de suporte, para designar o tipo e quantidade de suporte disponibilizado pelas pessoas que compõem as redes sociais existentes; vi) congruência, para referir a extensão em que o suporte social disponível emparelha com a que o indivíduo necessita; vii) utilização, para referir a extensão em que o indivíduo recorre às redes sociais quando necessita; viii) dependência, para exprimir a extensão em que o indivíduo pode confiar nas redes de suporte social quando necessita; ix) reciprocidade, para exprimir o equilíbrio entre o suporte social recebido e fornecido; x) proximidade, que exprime a extensão da proximidade sentida para com os membros que disponibilizam suporte social; e, xi) satisfação, que exprime a utilidade e nível de ajuda sentidos pelo indivíduo perante o suporte social.

No que concerne às perspectivas de estudo do suporte social, existem três: a perspectiva estrutural, a perspectiva funcional e a perspectiva contextual. A primeira conceptualiza o suporte social com base na existência, quantidade e propriedade das relações sociais, estudando-se o seu tamanho, densidade, reciprocidade e homogeneidade. A segunda perspectiva estuda os contextos ambientais e sociais, focalizando as características dos indivíduos, o momento, a duração e a finalidade do suporte. A terceira perspectiva refere-se ao estudo das funções das relações sociais incidindo nos aspectos qualitativos do suporte, isto é, no apoio emocional, instrumental e informacional (Ribeiro, 1999b).

O suporte social, também, poderá ser pessoal ou interpessoal, atendendo a quem o fornece, de carácter informal fornecido por amigos, familiares, vizinhos, conhecidos e os grupos sociais, que são passíveis de fornecer apoio nas actividades do dia-a-dia. Ou pode ser mais de carácter formal, que auxiliam/substituem a família na sua função de protecção da velhice. Onde se incluem as organizações sociais formais (hospitais, programas governamentais, serviços de saúde, os serviços estatais de segurança social e os organizados pelo poder local, tais como os lares, serviços de apoio domiciliário) como os profissionais (médicos, assistentes sociais, psicólogos) que estão organizadas para o fornecimento de assistência ou ajuda às pessoas necessitadas, centros de dia e centros de convívio ou grupos religiosos (Dunst & Trivette, 1990; Guedes, 2007; Oliveira, 2005; Simões, 2002).

3. Suporte social e saúde

Para Fernandes (2002), especificamente em relação aos idosos, constata-se realmente que “suportam melhor as duras condições da vida, quando têm junto de si pessoas que amem e que também os amam” (p. 26). Do mesmo modo, para Lima (1999), o apoio social funciona como factor protector à saúde, reduz o *stress*, podendo inibir o desenvolvimento de doenças ou ajudar na recuperação das mesmas. Aliás, diversos estudos epidemiológicos demonstram a relação suporte social-saúde, em que o aumento do primeiro conduz a uma melhoria do segundo, seja fisicamente ou psicologicamente (Roure, Reig & Vida, 2002). Assim, a ausência de suporte social constitui um factor para a etiologia da depressão no idoso, nomeadamente de início mais tardio (Carrasco et al., 2002).

A crença que o suporte social tem efeitos mediadores na protecção da saúde está bem apoiada, parecendo existir uma relação entre a experiência de bem-estar e a manutenção de sistemas de apoio ao longo da vida, sendo visto, também, como um mediador do efeito do *stress* na saúde (Ward-Griffin, Schofield, Vos & Coatsworth-Puspoky, 2005, Schulz, Williamson, Morycz & Biegel, 1993, Pearlin, Mullan, Semple & Skaff, 1990, citados por Lage, 2007; Rutter & Quine, 1996). Numa revisão de investigação acerca de evidências epidemiológicas da relação entre suporte social e saúde, realizada por Broadhead

et al. (1983), concluiu-se pela existência de forte correlação entre as duas variáveis. Schwarzer e Leppin (1989, 1991), em revisão de investigações mostram, numa meta-análise sobre 55 estudos (publicados entre 1976 e 1987) que incluíam uma amostra total de 32739 indivíduos e 83 correlações baseadas em amostras independentes, acerca da relação entre suporte social e saúde, valores das correlações entre suporte social e má saúde (mortalidade incluída) entre $r = -0,60$ e $r = +0,23$. A meta-análise confirmou que a má saúde era mais pronunciada entre os que tinham falta de suporte social e que este estava mais associado à saúde nas mulheres do que nos homens. Verificaram que o grau de associação entre as variáveis dependia das circunstâncias, da população, dos conceitos e das medidas utilizadas para avaliar o suporte social e a saúde. Kessler et al. (1985) numa revisão de investigação concluem que os resultados sugerem que o suporte social pode proteger os indivíduos em risco de subseqüentes perturbações mentais (citados por Ribeiro, 1999b).

Assim, as redes de suporte social aparecem como elementos associados ao bem-estar subjectivo, à resiliência do *self* e à diminuição da vulnerabilidade à depressão (Neri, 2001, Von Faber et al., 2001, citados por Batistoni, 2007). Ao contrário, o comprometimento do suporte social relaciona-se à presença e severidade de sintomas depressivos, assim como ao aumento da frequência de respostas mal adaptativas ao longo do tempo (Cupertino et al., 2006; Morris, Robinson, Raphael & Bishop, 1991).

Tuesca-Molina et al. (2003) com o objectivo de avaliar numa amostra da Colômbia o papel dos grupos de socialização, como factor protector para a depressão, verificou que a participação nestes grupos é um factor protector do desenvolvimento da depressão, do mesmo modo que é o suporte social recebido no meio onde vivem os idosos. Neste sentido, também, um estudo levado a cabo por Rodriguez et al. (2002) revelou que o nível de suporte social poderá contribuir para a depressão. Um estudo realizado por Bothell et al. (1999) refere que mais do que o suporte social recebido, é a percepção de suporte social que se traduz num forte preditor de depressão.

Em vários estudos foi observada uma relação directa entre relacionamentos sociais, qualidade de vida e capacidade funcional e uma relação inversa desses factores com a depressão têm sido apontadas por diversos autores (e.g. Albuquerque, 2003, Fleck et al., 2002, Xavier, Ferraz, Bertollucci, Poyares & Moriguchi, 2001, citados por Baptista, Neves & Baptista, 2008). Estes dados sustentam a importância dos relacionamentos sociais para o bem-estar físico e mental na velhice e, conseqüentemente, para uma vida com qualidade (Carneiro, Falcone, Clark, Prette & Prette, 2007; Uchino, 2006; White, Philogene, Fine & Sinha, 2009).

4. Idoso e suporte social na velhice

As redes de suporte social são um recurso com que, na generalidade, se pode contar, mas mesmo as relações que globalmente são de apoio podem proporcionar, ou não, o suporte adequado numa situação específica. O processo de suporte, muitas vezes, requer a procura de ajuda por parte indivíduo e essa actividade pode ser levada a efeito com vários graus de intensidade e competência (Ornelas, 2008).

Na velhice ocorrem inúmeras alterações na dimensão social do idoso, pois a reforma acarreta a perda do papel profissional, do ordenado, dos contactos sociais derivados do trabalho e maior quantidade de tempo livre (Figueiredo, 2007; Montorio & Izal, 1999; Palarea et al., 2002; Sousa, Figueiredo & Cerqueira, 2004). Ao nível das relações familiares, os filhos são considerados fonte de apoio emocional, o contacto entre irmãos torna-se mais estreito, no entanto a família do idoso, por vezes, possui pouco tempo para estar com ele (Martins, 2002). Também, ao nível das redes sociais verifica-se uma diminuição destas, tanto no tamanho como na frequência das interações sociais, todavia parece haver uma maior importância das relações íntimas e de confidencialidade (Montorio & Izal, 1999; Palarea et al., 2002). Para Fernandes (2002), a solidão é um dos aspectos capazes de interferir de forma significativa com a saúde e a segurança das pessoas de idade avançada. Sendo o sentimento de solidão determinado pelas expectativas individuais em relação aos contactos sociais e, também, pela falta de planos para as actividades diárias.

Para além de todas estas alterações sociais que a velhice acarreta, também, se verificam alterações que ocorreram ao longo do tempo. Pois, a interrelação idoso-família e os respectivos papéis na sociedade têm vindo a ser alvo de fortes alterações nos últimos anos, nomeadamente, devido aos seguintes factores (Buil & Espino, 1999):

La mayor esperanza de vida y de años de vida en buenas condiciones (aunque también en malas), el acceso casi generalizado a pensiones y asistencia sanitaria, el alargamiento de las etapas formativas en la juventud con el consiguiente retraso en la entrada al mundo laboral de los jóvenes, la incorporación al mismo de forma masiva de la mujer, la reducción del tamaño familiar, las mejoras en las comunicaciones y el desplazamiento del centro de gravedad demográfico hacia las zonas urbanas en detrimento de las zonas rurales, las sucesivas crisis económicas, etc., han sido algunos de los responsables de este fenómeno. (p. 19)

A investigação tem indicado que os aspectos, componentes ou dimensões do suporte social têm impacto diferente consoante o grupo etário. Olsen, Iversen e Sabroe (1991) verificaram que os elementos mais importantes no fornecimento de suporte social dependiam do grupo etário, com o cônjuge a exercer maior influência no grupo 30-49 anos e a família a exercer maior influência no caso de jovens e idosos.

No entanto, especificamente no caso da família, actualmente, ocorreram alterações a nível da estrutura dinâmica familiar que alteraram a situação dos idosos (Martins, 2002). Enquanto que antigamente a família tinha papéis mais rígidos e estáveis, agora verifica-se uma maior dinâmica e flexibilidade em que os papéis sofrem modificações facilmente (Dornelles & Costa, 2003; Loureiro, 1999).

Para além disso, com o envelhecimento da população transitou-se de uma família horizontal, onde as gerações se sucedem, para uma família vertical, onde as gerações coexistem. Junte-se, também, o facto de que enquanto que antigamente as famílias não afastavam os idosos do trabalho e apenas se procedia a algumas adaptações de modo a mantê-los activos, nos nossos dias tal verifica-se em maior medida nos meios rurais. Assim sendo, todos estes aspectos podem acarretar consequências para os idosos, todavia se se mantiverem os laços familiares, as relações interpessoais e se iniciar algum tipo de envolvimento noutras tarefas, poderá contribuir para uma maior tolerância a qualquer tipo de défice que surja (Martins, 2002).

No entanto, de acordo com Fernandes (2002) torna-se necessário colocar novamente os idosos na cúpula da família permitindo a transmissão intergeracional de saberes. Actualmente, na nossa sociedade, os idosos são discriminados e excluídos por se considerar que já não têm mais nenhum valor produtivo e atractivo para a sociedade (Pereira et al., 2004; Ramos, 1999). Deste modo, torna-se crucial mudar para uma postura em que se reconheça que o idoso, também, já produziu muito ao longo da vida e, por isso, deverá ser agora nesta fase da sua vida respeitado, no sentido de contribuir para uma melhor qualidade de vida (Dornelles & Costa, 2003; Uchino, 2006; Zimerman, 2000).

Ainda assim, a família surge como a primeira fonte de suporte em termos emocionais, sendo um dos principais factores de equilíbrio e bem-estar dos idosos (Paúl, 1994). A família cumpre, assim, as funções de socialização, cuidado dos seus membros e satisfação de necessidades básicas, pelo que a ajuda ao idoso ultrapassa o que qualquer instituição formal pode dar (Buil & Espino, 1999; Dornelles & Costa, 2003; Guedes, 2007).

Contudo, devido às transformações ocorridas na sociedade, a disponibilidade para cuidar dos idosos é cada vez mais reduzida, estando a qualidade e quantidade de apoio disponibilizado dependente de recursos económicos, estrutura familiar e colaboração de todos os membros da família (Peláez & Brito, 2001). Deste modo, o que se tem verificado é que as famílias em que os membros trabalham e as que se inserem na classe média, estão a começar de delegar essa função, através da institucionalização. Ao passo que as famílias com menos recursos e com menor espaço físico continuam a cuidar dos seus idosos, sendo a mulher que habitualmente possui essa responsabilidade (Guedes, 2007; Porcu et al., 2002; Ruipérez & Llorente, 1998).

Contudo, as redes sociais formadas pelo cônjuge, familiares e amigos reduzem os efeitos *stressores* nos idosos, sendo que no caso dos que não possuem familiares próximos, como o cônjuge ou filhos, existe uma maior relação com o aparecimento de doenças e maiores índices de mortalidade (Martín, 2002; Paúl & Fonseca, 2001; Ramos, 2002; Rasulo, Christensen & Tomasini, 2005). O apoio de amigos e vizinhos é igualmente importante, não obstante e com o avançar da idade estas relações se irem perdendo (Juanola et al., 2005). Como refere Wenger (s.d., citado por Paúl, 1997) “as escolhas de amigos são mais fluídas e

livres do que as dos vizinhos que, apesar de tudo, se baseiam mais na relação de proximidade e instrumental” (p. 42). Portanto, há que considerar que ambos, amigos e vizinhos, contribuem para o alargamento da rede relacional dos idosos, e assim para a sua independência, bem-estar psicológico, satisfação com a vida e para um envelhecimento bem sucedido com maior qualidade de vida para os idosos (Paúl & Fonseca, 2001; Salovey et al., 2000).

Num estudo levado a cabo por McKeivitt, Baldock, Hadlow, Moriarty e Butt (2005), o suporte social provinha em primeiro lugar da família e, em menor extensão, dos amigos. Os autores concluíram que receber e prestar suporte social pode reforçar a identidade através da possibilidade que oferece de trocas materiais e simbólicas. Assim como, os resultados do estudo de Dorfman, Holmes e Berlin (1996) apontam o suporte prestado pelas esposas como maior preditor da satisfação com o cuidado e o preditor negativo mais forte da sobrecarga do cuidador. Outro estudo realizado por Gurung, Taylor e Seeman (2003) sobre os determinantes da mudança de suporte social, concluiu-se que, em termos gerais, o suporte social aumentava com o tempo, especialmente para aqueles que tinham redes sociais anteriores. Para além disso, os resultados do estudo mostraram, também, que o suporte social era influenciado pelo género. Os homens recebiam suporte emocional em primeiro lugar das esposas, enquanto as mulheres encontravam maior suporte emocional por parte dos amigos, de outros significativos e dos filhos, do que dos maridos. Segundo estes autores, o género é, frequentemente, referido como um dos maiores preditores do suporte social, sendo que, as mulheres recebem e dão mais suporte ao longo da vida e experimentam mais benefícios do suporte das suas interações sociais. As actividades e interações dos homens, seja com as redes sociais, seja com amigos, tendem a declinar com o tempo, enquanto as relações sociais das mulheres fora de casa se mantêm estáveis.

Assim sendo, torna-se pois conveniente proporcionar relações afectivas e harmoniosas, que contribuam para o conforto emocional dos idosos. Pois, a família e os amigos assumem uma importância preponderante para os idosos, uma vez que outros contextos sociais deixam de ser tão relevantes (Juanola et al., 2005). Como refere Caldas (2003, citado por Araújo, Freire, Padilha & Baldisserotto, 2006) “a família e os amigos são a primeira fonte de cuidados, o maior indicador para a institucionalização de longa duração nos idosos é a falta de suporte familiar” (p. 210). Também, podemos verificar que à semelhança do que se passa com indivíduos de outras faixas etárias, a existência de redes de suporte social são um importante elemento de bem-estar e saúde física e mental dos idosos. Assim, a rede de suporte social de cada um e principalmente a existência de relações significativas (confidentes), deve corresponder a um investimento afectivo e solidário e constitui seguramente um capital decisivo ao longo da vida e também durante o envelhecimento (Paúl, 1997).

5. Modelos psicológicos do suporte social

De acordo com alguns autores (e.g. Kaplan, Patterson & Sellis, 1993; Ross, Mary & Rebecca, 2006; Sarason, Sarason & Pierce, 1990; Wills & Fegan, 2001) existem dois modelos explicativos para as relações entre suporte social, acontecimentos de vida *stressantes* e depressão, que nos possibilitam verificar se o suporte fornecido é útil, independentemente dos níveis de *stress* do indivíduo ou se é apenas relevante para indivíduos que relatam elevados níveis de *stress*.

O primeiro modelo, o Modelo dos Efeitos Principais, postula que o suporte social pode prevenir o *stress*. O suporte social tem efeitos positivos sobre a saúde e o bem-estar, tanto na ausência quanto na presença de acontecimentos *stressantes*. Este modelo prediz que há uma relação positiva entre suporte social e saúde física e mental, e que esta é independente dos efeitos do *stress*. Justificam-se as implicações directas pelos componentes emocionais do suporte social, tais como a comunicação do valor pessoal e a ajuda no alcance de metas tangíveis apontadas como mais importantes pelos idosos do que pelo os não-idosos (Cohen & Willis, 1985; House, 1981, Cockerham, 1991, citados por Ramos, 2002).

Nessa linha, inserem-se as pesquisas de Carstensen e cols. (Carstensen, 1995; Lang & Carstensen, 1994) que concluíram que a importância do suporte social na velhice repousa sobre o facto de ser fonte de regulação emocional. A esse respeito, Ross, Mary e Rebecca (2006) destacam que os recursos materiais e psicológicos provenientes do suporte social podem estimular o desenvolvimento positivo e prevenir a ocorrência de acontecimentos *stressantes*. Esses recursos incluem a influência de comportamentos saudáveis em saúde (e.g. actividades físicas e socialização), auto-estima e sentimento de pertença, competências sociais e estratégias de confronto, auxílios em emergência, encorajamento, ajudas materiais, parceiros sociais e outros benefícios. Ter estes recursos reduz a probabilidades dos indivíduos vivenciarem dificuldades físicas ou psicológicas (e.g. problemas de saúde, isolamento social, rejeição, desesperança) (Kaplan et al., 1993; Sarason et al., 1990; Wills & Fegan, 2001).

Para o segundo modelo, o Modelo dos Efeitos Indirectos, o suporte social tem as funções de amortecer o impacto do *stress*, de estimular comportamentos adaptativos de confronto, de fornecer informações úteis ou ajuda instrumental e sustentar a auto-estima e o senso de auto-eficácia (Cobb, 1976). Segundo esta teoria, o suporte social protege o indivíduo, actuando como apaziguador do *stress*, estando relacionado com medidas funcionais (Cohen & Willis, 1985; House, 1981, Cockerham, 1991, citados por Ramos, 2002). Assim, o impacto do *stress* sobre a saúde física e mental depende do nível de suporte social (House, 1981, Cockerham, 1991, citados por Ramos, 2002). Indivíduos com forte suporte social seriam mais capazes de lidar com acontecimentos de vida mais *stressantes* do que aqueles que têm menor ou nenhum suporte. Estes últimos seriam mais vulneráveis aos desafios das mudanças na vida (Troits, 1986). Aqueles que experimentam acontecimentos

de vida *stressantes*, mas que possuem forte suporte social, tendem a experimentar reduzidos efeitos negativos, em comparação com aqueles com nível baixo ou nulo de suporte (Lin & Dean, 1984).

Em suma, o primeiro modelo afirma que o suporte social actua sobre o indivíduo mesmo quando este não se encontra sob *stress*, permitindo, deste modo, uma redução do mal-estar psicológico. Por sua vez, o segundo modelo corresponde a um efeito de interação ou efeito amortecedor, no qual o suporte social é entendido como protector dos indivíduos contra os efeitos negativos causados pelos acontecimentos de vida que induzem *stress*. Este modelo pressupõe que o efeito do suporte social é superior nas pessoas com níveis de *stress* mais elevados, proporcionando o bem-estar dos indivíduos que se encontram nestas condições (Kaplan et al., 1993; Sarason et al., 1990; Wills & Fegan, 2001).

6. Avaliação do suporte social

Relativamente ao modo de avaliar o suporte social, não se verifica a existência de consenso. O que se verifica é a existência de várias técnicas que individualmente abarcam algumas componentes e dimensões, sem o contemplar na sua globalidade (Batistoni, 2007). Heitzmann e Kaplan (1988, citados por Ribeiro, 1999b), numa revisão relativa às técnicas de avaliação do suporte social, apuraram que as propriedades psicométricas das mesmas eram pouco consistentes. De uma forma global, o que se verifica é que “as medidas de apoio social são elaboradas com base em determinadas perspectivas e teorias subjacentes, podendo incidir sobre uma única vertente, a estrutural ou a funcional ou então revestir uma forma mista” (Nunes, 2004, p. 130). A perspectiva estrutural abarca instrumentos centrados nos aspectos quantitativos do apoio, a perspectiva funcional, incide em aspectos qualitativos do suporte social, em que visa a avaliação da satisfação com o apoio recebido, tendo um carácter de maior subjectividade (Nunes, 2004) (cf. Tabela 11).

Tabela 11- Instrumentos usados na avaliação do suporte social (Adap. de Nunes, 2004; Peláez & Brito, 2001)

Perspectiva estrutural
- Social Network Index (SNI, Berkman & Syme, 1979)
- Loneliness Scale (UCLA, Schill e cols., 1981)
- Social Network Questionnaire (SNQ, Hirsch, 1979)
Perspectiva funcional
- Arizona Social Support Interview (Bárron, 1981)
- Instrumental-Expressive Support Scale (Lin et al., 1986)
- Interpersonal Support Evaluation List (Cohen & Hoberman, 1983)
- Social Support Questionnaire (Sarason et al., 1983)
- Multidimensional Scale of Perceived Social Support (Zimet et al., 1988)
- Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS, Ribeiro, 1999)
Medidas mistas
- Interview Schedule for Social Interaction (Henderson et al., 1980)
- Social Relationship Scale (McFarlane et al., 1981)
- Inventário de Recursos Sociais (Veiga, 1987)

III- Institucionalização na velhice

1. Definição e conceito

Na língua portuguesa, institucionalização é o acto ou efeito de institucionalizar. Por sua vez, institucionalizar significa dar ou adquirir o carácter de instituição (Dicionário da Língua Portuguesa). Na língua inglesa, *institutionalize* significa tornar institucional ou converter em instituição. *Institutionalizing* significa a condição, estado de estar ou tornar-se institucionalizado, a acção de institucionalização. O verbo correspondente a institucionalizar, *to institutionalize*, segue outro sentido: o de colocar ou confiar alguém aos cuidados de uma instituição especializada (Oxford Dictionary, 2002).

Nos países de língua oficial portuguesa, as instituições que amparavam os sujeitos mais necessitados, sem familiares que os assistissem, eram tradicionalmente chamadas de asilos ou albergues. Pela sua conotação depreciativa de abandono, pobreza ou rejeição familiar, foram substituídas por nomes como: Lar de Idosos, Lar de Terceira Idade, Residência de Idosos ou Casa de Repouso (Vaz, 2009).

Até ao final do século XV, a assistência prestada às necessidades da população portuguesa era concedida pela família, pelas ordens militares e religiosas, pelos municípios, confrarias de mestres ou simples particulares e, também, pela devoção de vários reis, rainhas, gente da nobreza e do alto clero. Quatro tipos de estabelecimentos assistenciais existiam até então: Albergarias, Hospitais, Leprosarias e Mercearias. Destes, apenas os Hospitais, agora com uma função declaradamente de prestação de cuidado de saúde, subsistem actualmente (Guedes, 2007).

Foi a partir do século XVII que a assistência à população se demarcou da caridade religiosa para ser encarada como um dever e assumida pelo Estado e sociedade civil. No entanto, só após a II Guerra Mundial se constata a generalização dos seguros obrigatórios e dos sistemas de segurança social, como forma de minimizar os problemas de equilíbrio e de coesão social que afectavam os operários, incapazes de produzir e garantir a sua subsistência. O Estado foi assumindo, assim, um papel cada vez mais activo e interventor, através da criação e apoio a todo o tipo de serviços e equipamentos, de modo particular para os idosos. Nomeadamente por via de respostas institucionais, com a criação da Casa Pia e a Lei 2120 de 19 de Julho de 1963 instituiu as Instituições Particulares de Assistência, mas foi com a Constituição de 1976 (artigo 63) que surgiu pela primeira vez o termo IPSS (Instituição Particular de Solidariedade Social, que inclui as Santas Casas da Misericórdia, os Centros Sociais Paroquiais, as Associações de Socorros Mútuos ou Mutualidades, as Associações de Solidariedade Social) (Almeida, 2008; Guedes, 2007; Jacinto, 2003).

Como tal, o Ministério do Trabalho e Segurança Social dispõe de diferentes serviços de apoio ao idoso, entre os quais o acolhimento familiar, o centro de acolhimento temporário para idosos, o serviço de apoio domiciliário, os centros de convívio, o centro de dia ou de noite, as residências ou os lares de idosos (Vaz, 2009). Contudo devido às transformações

verificadas na sociedade portuguesa, quer a nível demográfico quer a nível familiar e na sequência do reconhecimento da necessidade de intervir face ao problema social da velhice, actualmente o Estado assumiu-se como o grande promotor de bem-estar social. Com o objectivo de proporcionar melhores condições de vida às pessoas idosas, tem desenvolvido uma maior dinamização no apoio social no domicílio, assim como em estruturas de convívio, com vista ao combate do isolamento e da exclusão social, prevenindo ou retardando a institucionalização do idoso (Almeida, 2008; Guedes, 2007).

Considerando a dimensão socioespacial das instituições, podem ser consideradas como instituições parciais e instituições totais. As primeiras só acolhem uma parte das actividades quotidianas dos indivíduos de acordo com as suas necessidades. As instituições totais são um local de residência e trabalho onde um grande número de indivíduos em situação semelhante por considerável período de tempo, levam uma vida fechada e formalmente administrada. Neste contexto, o indivíduo encontra-se imerso num universo onde é tratado de maneira igual à de todos quanto com ele partilham esse espaço (Almeida, 2008; Fisher, 1994; Goffman, 1996).

Ao longo do período de 1998 a 2006, as respostas sociais com maior ritmo de crescimento foram as destinadas às áreas da População Idosa (46,4%), o que demonstra, por um lado a preocupação com estas áreas em termos de política social e por outro reflecte o peso na despesa com o investimento e o funcionamento destas áreas de intervenção. O Serviço de Apoio Domiciliário apresentou a maior taxa de crescimento (75,5%), seguido pelo Centro de Dia (40,6%) e o Lar e Residência para Idosos (28,4%). A taxa média de utilização (1998-2006) foi de 88,2%, tendo a percentagem mais elevada de ocupação incidido sempre no Lar e Residência para Idosos, apresentando valores superiores a 95% (Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social, 2006, citado por Almeida, 2008). Segundo o INE (2002), o número de idosos institucionalizados tem vindo a aumentar, cerca de 33% dos utentes ligados à Segurança Social são idosos e 12% encontram-se em lares.

2. Lares de idosos

Os Lares de Idosos constituem um dos equipamentos mais antigos, sendo que o internamento definitivo do idoso foi durante muito tempo a única hipótese de apoio formal (Vaz, 2009). O Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social (2001), define Lar de Idosos como uma resposta social, desenvolvida em equipamento, destinada a alojamento colectivo, de utilização temporária ou permanente, fornecimento de alimentação, cuidados de saúde, higiene e conforto, fomentando o convívio, a animação social e a ocupação do tempo livre dos utentes, para pessoas idosas ou outras em situação de maior risco de perda de independência e/ou de autonomia. Com o objectivo de acolher pessoas, cuja situação social, familiar, económica ou de saúde, não lhes permite permanecer no seu meio habitual de vida, assegurar a prestação de cuidados adequados à satisfação das necessidades, tendo em

vista a manutenção da autonomia e independência, proporcionar alojamento temporário, como forma de apoio à família, criar condições que permitam preservar e incentivar a relação inter-familiar e encaminhar e apoiar pessoas idosas para soluções adequadas à sua situação.

Estas actividades de apoio social a pessoas idosas podem ser desenvolvidas nos seguintes tipos de Lares de Idosos: i) Estabelecimentos oficiais geridos por organismos da Administração Pública, central, regional e local: Centros Regionais de Segurança Social (CRSS), onde a gestão pode ser exercida directamente pelo próprio Centro ou mediante Acordo de Gestão, por instituições particulares de solidariedade social; ii) Estabelecimentos de Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS), são constituídas, sem finalidade lucrativa, por iniciativa de particulares, com o propósito de dar expressão organizada ao dever moral de solidariedade e de justiça entre os indivíduos e para prosseguir, entre outros, o objectivo de protecção dos cidadãos na velhice, mediante a concessão de bens e a prestação de serviços; iii) Estabelecimentos pertencentes a pessoas singulares ou colectivas que não se enquadrem nos dois tipos mencionados, isto é, os restantes estabelecimentos, em que sejam exercidas actividades de apoio no âmbito da segurança social, estão sujeitos a um regime de licenciamento e de fiscalização da prestação de serviços e dos estabelecimentos (Almeida, 2008).

Face à heterogeneidade que constitui o grupo etário das pessoas idosas colocam-se, sobretudo, três grandes desafios aos Lares de Idosos, de acordo com Quintela (2001): i) conciliar a colectivização com a individualidade; ii) satisfazer a população, apesar de, em princípio, a sua permanência neste local ser imposta; e, iii) satisfazer, tanto quanto possível, a insuficiência de recursos.

Devido às suas rotinas e relacionamentos serem muito centrados na inactividade, enclausuramento, monotonia, passividade, escassas trocas verbais, visitas pouco frequentes, a institucionalização surge, normalmente, para a família ou para o idoso, como a última alternativa. Pois, de acordo com Pimentel (2001), a consciência de que este internamento implicava para muitos um corte radical e penoso com o seu meio, tendo como consequência situações de desespero e, ainda, a incapacidade das grandes estruturas de apoio, desumanizantes e comportando custos elevados, originou a criação de um conjunto de serviços de proximidade. Neste sentido, importa salientar a crescente diversidade de medidas e de respostas concretas, de maior proximidade, que têm sido criadas no sentido de facilitar o quotidiano dos idosos e dos seus familiares e de proporcionar um conjunto de serviços de âmbito comunitário e domiciliário que retardem ou evitem o recurso à institucionalização (Guedes).

Avorn e Langer (1982) alertam para o facto das funções físicas e mentais com a institucionalização poderem sofrer deterioração, aumentando, conseqüentemente, a dependência. Os compromissos a nível da linguagem, as perturbações circulatórias e os

níveis de adaptação funcionais, sofrem, também, um aumento (Heller, Factor & Hahn, 1995), podendo comprometer o grau de satisfação com a vida (Vallerand, O'Conner & Blais, 1989) (citados por Almeida, 2008).

Todavia, para algumas pessoas idosas, que optam pela institucionalização, pretendem usufruir o mais possível dos seus últimos anos de vida, anseiam viver num ambiente seguro onde possam exercer algum tipo de controlo, com alguma autonomia, sabendo que, se necessário, poderão ter resposta a certas limitações que possuam, implicando uma adaptação dos espaços às capacidades físicas e sensoriais diminuídas (Perracini, 2006). Para Vendevre (1999, citado por Bernardino, 2005) muitas vezes os laços familiares fortalecem-se e a qualidade relacional melhora com a institucionalização do idoso, talvez porque a carga, por vezes excessiva de olhar por um idoso dependente, que a família sentia, ficou resolvida, deixando lugar à expressão do afecto.

Para Paúl, Fonseca, Martín e Amado (2005), os resultados da mudança para um lar têm a ver, por um lado, com as características sociodemográficas dos idosos, a congruência entre a personalidade, o ambiente e os padrões comportamentais, bem como a avaliação que fazem do meio, os recursos pessoais, a avaliação dos processos de mudança e os respectivos recursos para lidar com a situação. Se esta interacção de factores não tiver sucesso, o processo de institucionalização exercerá uma influência negativa no seu bem-estar.

Deste modo, são vários os factores que determinam a opção pelo internamento, nomeadamente, os problemas de saúde e a consequente perda de autonomia, o isolamento, a inexistência de uma rede de interacções que facilite a integração social e familiar do idoso, a falta de recursos económicos bem como habitacionais (Barros, 2006). É um facto que o internamento definitivo das pessoas idosas implica uma ruptura com o quadro de vida do quotidiano, sendo uma situação inevitável. Torna-se então necessário perceber quais os factores que estão na base da recusa ou relutância em aceitar a “ajuda” dos vários tipos de serviços da comunidade, muito particularmente dos lares de idosos (Pimentel, 2001). O sucesso da institucionalização do idoso dependerá, assim, de múltiplos factores que passam, sobretudo, pela capacidade dos idosos se tornarem cada vez mais actores principais de todo este processo e pela mudança de mentalidades dos responsáveis pelas instituições, reconhecendo os idosos como seus parceiros e, em suma, encará-los como clientes que possuem os seus desejos e as suas ambições (Almeida, 2008).

3. O ambiente institucional

Os efeitos das deslocalizações e institucionalização dos idosos têm sido estudados nas últimas décadas e tema de alguma controvérsia. Uma vez que, a maioria dos investigadores apresenta geralmente críticas negativas sobre os cuidados institucionais,

focando a deterioração física, psicológica e social que deles resulta, retratando a vida em comunidade como preferível à vida institucional (Oldman & Quilgars, 1999).

Contudo, muitas vezes, a institucionalização cumpre papel de abrigo para o idoso sem rede de suporte, podendo se tornar na única solução até ao final da sua vida. Neste sentido a institucionalização do idoso pode, também, ser compreendida como uma escolha dentro de um contexto de vida de cada indivíduo (Freire & Tavares, 2005).

Oldman e Quilgars (1999) referem ainda que alguns estudos, concluem que embora a maioria dos idosos encarem a mudança para uma instituição como inevitável, são condescendentes e encaram de forma positiva a nova condição de vida, não têm outra alternativa senão agradecer o suporte e cuidados recebidos. Muitos idosos referem as dificuldades por que passaram na vida antes da mudança, relatam momentos de solidão, de depressão e de trabalho árduo. Alguns referem que uma vez que deixaram de ser um fardo para os seus familiares, poderão agora ter com eles um melhor relacionamento (Vaz, 2009). Deste modo, como refere Pimentel (2001) a maior ou menor facilidade de integração e aceitação da realidade institucional depende, em grande medida, do tipo de normas que regulam o funcionamento da instituição e do grau de abertura que esta tem em relação ao espaço exterior.

No entanto, as instituições são habitualmente retratadas como espaços impessoais e “frios”, monótonos, pouco estimulantes, não favorecendo a qualidade de vida dos idosos (Mazza & Lefèvre, 2004). Também, para Calenti (2002) e Santana e Filho (2007) as instituições dificilmente podem chegar a criar ambientes tão ricos e estimulantes, como são os ambientes próprios da comunidade, tendo o efeito de privar as pessoas de experiências comuns à maioria dos idosos, desprovida de relações pessoais produtivas, desprovida de emoção que é dada pelo contacto quotidiano com a comunidade. A vida numa instituição não é propícia para o desenvolvimento de habilidades sociais necessárias para interagir com o resto da sociedade.

Apesar da sua capacidade em fornecer serviços globais, o ambiente dos Lares de Idosos propicia aos residentes inúmeros desafios que podem contribuir para o desenvolvimento de depressão. Os idosos que ingressam em Lares de Idosos experienciam muitas perdas, como a perda da casa, dos pertences, perdas financeiras, perda de uma rotina familiar e de vizinhança (Achterberg, Pot, Kerkstra & Ribbe, 2006; Vaz, 2009). Estas perdas representam grandes mudanças de vida que podem ser desmoralizantes para alguns moradores. Os residentes, também, podem sofrer perdas psicológicas profundas relacionadas com a independência, a liberdade, autonomia e privacidade, como compartilhar um quarto, embora esta partilha possa minimizar a depressão em alguns moradores, para outros pode contribuir para o desenvolvimento de depressão (Lawton, 2001; Porcu et al., 2002).

A obrigatoriedade de viver numa “institucionalização total” (Hyer, Larpenner, Bishmann & Wu, 2005), à mercê da equipa de cuidadores, de horários estabelecidos para as refeições, acordar, deitar, banho e actividades de lazer, podem reforçar o sentimento de dependência e desesperança. Assim, nas primeiras semanas após a admissão no lar, os residentes sentem-se muitas vezes deslocados, vulneráveis e abandonados (Patterson, 1995), o risco de desenvolvimento de depressão passa, efectivamente, a ser considerável. A institucionalização pode, portanto, ser um evento desencadeante de sintomas depressivos para alguns autores (e.g. Forsell & Winblad, 1999, Forsell, 2000, citados por Bergdahl et al., 2007; Lee et al., 2002, citados por Achterberg et al., 2006).

Esta opinião é partilhada por Uhlenberg (1997) ao referir que ninguém que viva numa instituição, a poderá eventualmente confundir com um Lar familiar. Partilhar um quarto com um estranho, ter refeições sobre um horário fixo ou ser cuidado por diferentes pessoas, contradiz a ideia de um Lar. Para Oldman e Quilgars (1999), Lar é familiar e confere uma fonte de identidade, expressa individualidade e um conjunto de memórias. Em ambiente familiar, os indivíduos que recebem cuidados ou os seus familiares, têm maior controlo sobre quem os presta e quão bem são prestados. Deste modo, Twigg (1997) defende que os prestadores de cuidados se comportam de forma bastante diferente dependendo do ambiente em que estes são prestados. No domicílio, o idoso não está sob o controlo exclusivo dos prestadores de cuidados e as normas de privacidade, autonomia e identidade são respeitadas. Por sua vez, os cuidados institucionais são mais propensos a ser mais intrusivos, controlados e condicionados pelos próprios valores do cuidador.

Uhlenberg (1997) salienta ainda que existem três problemas nos lares de idosos. O primeiro relaciona-se com o custo excessivo dos serviços prestados, com o facto de constituírem uma solução dispendiosa para cuidar de pessoas idosas frágeis. O segundo, com a má qualidade do atendimento e dos cuidados prestados e ainda de forma mais grave, com os casos de abuso físico e roubo de propriedade. Refere que os moradores dos lares tendem a ser altamente dependentes dos cuidados de outras pessoas, responsabilidade que recai sobre auxiliares que normalmente têm pouca formação e pouca motivação para o difícil trabalho que lhes é atribuído. Estudos sobre actividades de vida diárias em lares descobriram que, ao se prestar os cuidados de higiene, transferência e alimentação dos pacientes, os auxiliares muitas vezes tratam-nos como objectos de trabalho. Ou seja, o trabalho é feito sem significado da interacção social e sem respeito pelos pacientes. O terceiro problema, é a desumanização que eles causam, aqueles que são obrigados a residir em lares experienciam inevitavelmente uma erosão da autonomia e uma perda de privacidade. As decisões da vida diária (e.g. organizar o quarto, quando comer e tomar banho, onde ir, com quem socializar) são todas tomadas pelos responsáveis da instituição.

Peace, Kellaher e Willcocks (1997) referem que esta visão da vida institucional, também, é partilhada pelos próprios idosos, sendo comum entre os idosos o medo e a

aversão aos cuidados institucionais, a perda de individualidade, o passar os dias sentados sem nada fazer, receber ordens de outras pessoas e a solidão, são sentimento que os assolam. Ainda, Baldwin, Harris e Kelly (1993), numa revisão de estudos de cuidados institucionais, argumentam que grande parte dos investigadores ignora a vida das pessoas idosas antes da sua admissão. Pelo contrário, centram-se na dinâmica dos cuidados institucionais para demonstrar o processo de desumanização pós-admissão. Os Lares de Idosos foram rotulados como sistemas fechados, onde aos residentes é destituído o passado e negado o futuro. Juntamente com outros autores (e.g. Santana & Filho, 2007), argumentam que as instituições não podem ser culpadas pela dependência do idoso, provocada por desigualdades estruturais na economia em geral durante o seu ciclo de vida.

Segundo Vieira (1996) a institucionalização é uma situação *stressante* e potenciadora de depressão. Nesse ambiente, o idoso vê-se isolado do seu convívio social e adopta um estilo de vida diferente do seu, tendo que adaptar-se a uma rotina de horários, dividir o seu ambiente com desconhecidos e à distância da família. Esse isolamento social leva-o à perda de identidade, de liberdade, de auto-estima, solidão e, muitas vezes, à recusa da própria vida, o que pode justificar a alta prevalência de depressão em lares (Barros, 2006; Carvalho & Fernandes, 1999).

Unânime é a opinião de que o desenvolvimento de passatempos e actividades de lazer, promovidas pelas instituições e ligadas à actividade física ou mental, é um factor que melhora significativamente a qualidade de vida dos idosos institucionalizados. A prática de um estilo de vida activo previne doenças (e.g. hipertensão, diabetes, doença cardíaca, obesidade) ligadas à vida sedentária em que estas pessoas muitas vezes se encontram por falta de iniciativas ou de oportunidades de lazer, criando um ambiente que proporcione estímulos e actividade para ajudar a impedir ou atrasar o desenvolvimento de apatia e de imobilidade (Lobo & Pereira, 2007).

Ainda, a situação de partilha num grupo poderá ser sinónimo de uma oportunidade de evolução pessoal, porquanto nos permite adquirir uma consciência mais precisa da dependência do olhar dos outros na imagem que temos de nós próprios. Assim, o reconhecimento de si passa pelo reconhecimento dos outros, o que poderá numa perspectiva optimista, contribuir para que os indivíduos se aceitem melhor a si próprios, se valorizarem e sintam reconhecidos (Mazza & Lefèvre, 2004).

De referir que os serviços institucionais representam para Fernandes (2002) um recurso importante para os idosos mas é necessário evitar que uma vez o idoso institucionalizado todos os seus factores negativos, como a despersonalização (pouca privacidade), a desinserção familiar e comunitária, o tratamento massificado e a vida monótona e rotineira que trata todos os idosos de igual forma. Considera-se portanto que a institucionalização tem riscos e perigos que podem causar danos graves à auto-estima e integração do idoso na sociedade.

Na opinião de alguns autores (e.g. Brito & Ramos, 1996, citados por Lobo & Pereira, 2007; Suzuki, Demartini & Soares, 2009), a institucionalização deveria ser a última alternativa a ser considerada para o idoso, porque normalmente ocorre um aumento do isolamento, inactividade física e julgamentos sociais destrutivos, principalmente relacionados com a família. As instituições habitualmente são espaços impessoais, “frios”, escuros, monótonos, com poucos estímulos, não favorecendo a qualidade de vida dos idosos, encarado como perda de liberdade, abandono pelos filhos, aproximação da morte, além da ansiedade quanto à condução do tratamento pelos funcionários (Barros, 2006).

4. Factores de risco para a institucionalização na velhice

À medida que a procura de cuidados de longa duração aumenta com o envelhecimento da população, é de particular interesse uma melhor compreensão dos factores relacionados com os cuidados institucionais de longo prazo. Vários investigadores têm tentado definir as características das pessoas que ingressam em Lares de Idosos bem como as medidas relacionadas com a admissão das mesmas (Vaz, 2009).

Em 2001, o Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge publicou os resultados de um projecto que, entre outros indicadores, permitiu obter informação sobre as capacidades funcionais de indivíduos idosos. Os resultados indicam que 8,3% dos indivíduos declaram apresentar grandes incapacidades, estimando-se em 12% a percentagem de indivíduos que declara precisar de ajuda para actividades da vida diária. Estes resultados são importantes, num contexto de um grande desconhecimento sobre as capacidades funcionais nos diferentes grupos etários em Portugal (Branco, Nogueira & Dias, 2001).

As causas apontadas pelas diferentes investigações são variadas para a institucionalização, havendo um risco significativo quando co-existem diferentes factores de risco. Assim, foram agrupados em três diferentes grupos: a incapacidade cognitiva, a incapacidade física e condições socioeconómicas e afectivas (cf. Tabela 12).

Tabela 12- Factores de risco para a institucionalização na velhice

Défi ce cognitivo		Autores
-Desordens/menor função cognitiva		-Bharucha, Pandav, Shen, Dodge & Ganguli (2004), Tomiak, Berthelot, Guimond & Mustard (2000), Agüero-Torres, Von Strauss, Viitanen, Winblad & Fratiglioni (2001), Angel, Angel, Aranda & Miles (2004), citados por Vaz (2009); -Born & Boechat (2006), Wilmoth (2002), Levenson (2001), Paúl (2005), citados por Almeida (2008); -Roose & Buzeki (1999, citados por Mazza & Lefèvre, 2004).
-Demência		-Bharucha, Pandav, Shen, Dodge & Ganguli (2004), Tomiak, Berthelot, Guimond & Mustard (2000), Agüero-Torres, Von Strauss, Viitanen, Winblad & Fratiglioni (2001), Angel, Angel, Aranda & Miles (2004), Jagger, Spiers & Clarke (1993), Nihtilä, Martikainen, Koskinen, Reunanen, Noro & Häkkinen (2008), citados por Vaz (2009); -Roose & Buzeki (1999, citados por Mazza & Lefèvre, 2004).
-Sintomas depressivos		-Nihtilä, Martikainen, Koskinen, Reunanen, Noro & Häkkinen (2008, citados por Vaz, 2009).
-Problemas psiquiátricos		-Morris, Sherwoods & Gutkin (1988, citados por Vaz, 2009).
-Incapacidade para tomar medicação		-Branch & Jette (1982).
-Menor capacidade para		-Branch & Jette (1982).

tomar decisões	
-Doença de Parkinson	-Fransen, Woodward, Norton, Robison, Butler & Campbell (2002), Nihtilä, Martikainen, Koskinen, Reunanen, Noro & Häkkinen (2008), citados por Vaz (2009).
Défice físico	Autores
-Limitações de mobilidade	-Guedes, 2007; -Guralnik et al. (1994, 2000), Morris, Sherwoods & Gutkin (1988), citados por Vaz (2009).
-Menor participação/limitação nas actividades de vida diária (AVDs)/Dependência	-Angel, Angel, Aranda & Miles (2004), Bharucha, Pandav, Shen, Dodge & Ganguli (2004), citados por Vaz (2009); -Levenson (2001), Born & Boechat (2006), citados por Almeida (2008); -Chaimowicz & Greco (1999, citados por Araújo et al., 2006).
-Menor capacidade funcional física	-Angel, Angel, Aranda & Miles (2004), Bharucha, Pandav, Shen, Dodge & Ganguli (2004), Greenberg & Ginn (1979), citados por Vaz (2009); -Branch & Jette (1982); -Guedes (2007); -Levenson (2001), Wilmoth (2002), Paúl (2005), citados por Almeida (2008).
-Maior número de doenças e lesões	-Davim, Torres, Dantas & Lima (2004, citados por Oliveira et al., 2006); -Fransen, Woodward, Norton, Robison, Butler & Campbell (2002), Tomiak, Berthelot, Guimond & Mustard (2000), Verbrugge & Jette (1994), Valiyeva, Russell, Miller & Safford (2006), Stuck, Walthert, Nikolaus, Büla, Hohmann & Beck (1999), citados por Vaz (2009); -Guedes (2007).
-Incontinência	-Morris, Sherwoods & Gutkin (1988, citados por Vaz, 2009).
-Presença de doenças crónico-degenerativas	-Chaimowicz & Greco (1999, citados por Araújo et al., 2006); -Vaz (2009).
Condições socioeconómicas e afectivas	Autores
-Maior idade	-Born & Boechat (2006, citados por Almeida, 2008); -Branch & Jette (1982); -Roose & Buzeki (1999, citados por Mazza & Lefèvre, 2004); -Tomiak, Berthelot, Guimond & Mustard (2000, citados por Vaz, 2009).
-Sexo feminino	-Branch & Jette (1982); -Davim, Torres, Dantas & Lima (2004, citados por Oliveira et al., 2006); -Jagger, Spiers & Clarke (1993), Greenberg & Ginn (1979), citados por Vaz (2009); -Levenson (2001, citado por Almeida, 2008).
-Ser solteiro/Viuvez	-Branch & Jette, 1982; -Hays, Pieper & Purser (2003), Greenberg & Ginn (1979), citados por Vaz (2009); -Sousa, Figueiredo & Cerqueira (2004, citados por Guedes, 2007); -Wilmoth (2002), Paúl (2005), citados por Almeida (2008).
-Morar sozinho/solidão	-Branch & Jette (1982); -Chaimowicz & Greco (1999, citados por Araújo et al., 2006); -Hays, Pieper & Purser (2003, citados por Vaz, 2009); -Guedes (2007); -Levenson (2001), Born & Boechat (2006), citados por Almeida (2008); -Roose & Buzeki (1999, citados por Mazza & Lefèvre, 2004).
-Ausência de laços familiares/ cuidador formal ou informal	-Boaz & Muller (1994); -Tsuji, Whalen & Finucane (1995, citados por Vaz, 2009); -Davim, Torres, Dantas & Lima (2004, citados por Oliveira et al., 2006); -Ferrari (2001).
-Ausência de suporte social	-Brock & O'Sullivan (1985, citados por Vaz, 2009); -Chaimowicz & Greco (1999, citados por Araújo et al., 2006); -Guedes (2007); -Levenson (2001), Born & Boechat (2006), citados por Almeida (2008).
-Socialmente menos envolvidos no ano anterior à institucionalização	-Branch & Jette (1982); -Ferrari (2001).
-Baixos rendimentos/dificuldades financeiras	-Branch & Jette (1982); -Davim, Torres, Dantas & Lima (2004, citados por Oliveira et al., 2006); -Ferrari (2001); -Guedes (2007); -Roose & Buzeki (1999, citados por Mazza & Lefèvre, 2004); -Levenson (2001), Paúl (2005), Born & Boechat (2006, citados por Almeida, 2008).
-Preferência para viver em instituição	Vaz (2009).
-Indiferença dos filhos/Sentimento de sobrecarga para a família	-Guedes (2007); -Roose & Buzeki (1999, citados por Mazza & Lefèvre, 2004).

-Diminuição do número de cuidadores familiares	-Chaimowicz & Greco (1999, citados por Araújo et al., 2006).
-Hospitalização recente	-Chaimowicz & Greco (1999, citados por Araújo et al., 2006).

IV- Depressão e suporte social em idosos institucionalizados

1. Relação entre depressão e suporte social em idosos institucionalizados

A depressão nos idosos deve ser contextualizada pelo meio social em que estes se encontram, uma vez que não só as pessoas com sintomatologia depressiva afectam as pessoas com quem interagem, como também são influenciadas pelas mesmas. Assim, a depressão encontra-se muitas vezes relacionada com a ameaça ou mesmo rotura dos laços afectivos e de suporte, nomeadamente familiares, amigos ou outros significativos (Fernandes, 2002), como se referiu no Capítulo II.

De acordo com Jefferson & Greist (1999), embora os sintomas depressivos sejam frequentes em pessoas de qualquer idade, podem ser evitados ou mesmo minimizados, pelo apoio que o indivíduo recebe através das relações interpessoais. Outros autores, defendem a hipótese de que uma forte rede de amigos e de familiares pode ajudar os idosos a evitar ou enfrentar a depressão (Papalia et al., 2006). Determinados contextos afectivos podem tanto desencadear quanto proteger os indivíduos contra o aparecimento de sintomatologia depressiva (Antonucci, Lansford & Akiyama, 2002; Papalia et al., 2006).

Existem vários estudos que defendem que a falta de suporte social é um factor de risco para o aparecimento da depressão, surgindo, assim, o suporte social como um factor protector para a saúde (Glass, Leon, Bassuk & Berkman, 2006; House & Umberson, 1988, Cockerham, 1991, citados por Ramos, 2002; Murphy, 1982). Alguns estudos sugerem, também, a influência da integração social (redes sociais, suporte e participação) no bem-estar psicológico e físico nas pessoas idosas e determinantes de um envelhecimento bem-sucedido (Batistoni, 2007; Berkman & Glass, 2000, citados por Diwan, 2008).

Assim, pode considerar-se que, na presença de suportes sociais, é esperado que as pessoas idosas sintam-se amadas, sintam-se seguras para lidar com problemas de saúde, tenham elevada auto-estima (Cicirelli, 1990, citado por Ramos, 2002), ajudando a integrar o idoso na sociedade, minimizando os riscos de exclusão social, seja por meio das redes de apoio social ou mediante a construção e viabilização de políticas públicas (Araújo et al., 2006).

Os primeiros estudos sobre a relação entre suporte social, depressão e envelhecimento limitavam-se a investigar o suporte social por meio de informações sobre a composição da rede familiar. Estes estudos revelam que, nos idosos, o insuficiente envolvimento com a rede de suporte social, avaliada em termos do seu tamanho, da sua composição e da frequência de interações que proporciona, é preditivo de depressão (Kaplan, Roberts, Camacho & Coyne, 1987) e de mortalidade (Berkman & Syme, 1979; House, Umberson & Landis, 1982). Porém, outros estudos indicam que a quantidade de

membros da rede e a frequência de contactos são menos preditivas do estado de saúde mental do que a avaliação subjectiva da qualidade do suporte social (Lazarus & Folkman, 1984, Blazer, 1982, Kessler & McLeod, 1985, Wethington & Kessler, 1986, Antonucci & Jackson, 1987, citados por Batistoni, 2007).

No que se refere à avaliação subjectiva do suporte social, os dados de Krause (2001) identificaram que quando os idosos avaliam o seu suporte social como satisfatório, independentemente do suporte recebido, tal facto, leva-os a sentirem-se eficazes para activar o seu suporte social quanto necessário e, também, os liberou para tentarem lidar ou resolver os problemas por si próprios, reflectindo menos sintomas depressivos.

Um estudo realizado por Bozo, Toksabay e Kürüm (2009), na Turquia com 102 idosos, analisou os efeitos das actividades de vida diárias e o suporte social percebido na depressão no idoso. Os resultados indicaram que um comprometimento das actividades de vida diárias predizia maiores níveis de depressão nos idosos, da mesma forma que um nível baixo de suporte social percebido predizia maiores níveis de depressão.

Evidências empíricas apontam para a importância da percepção de disponibilidade e de satisfação com o suporte social. Holohan e cols. (1987, 1997, citados por Batistoni, 2007) demonstraram que, tanto nos idosos residentes na comunidade como nos idosos institucionalizados, as percepções mais positivas sobre o suporte social disponível predisseram menos sintomas de depressão.

Assim, o idoso que vive numa instituição vive separado do ambiente familiar, rodeado de pessoas estranhas e muitas vezes isolado, sentindo-se abandonado, dependente e inútil. Em relação a algumas instituições onde existe uma baixa qualidade de vida oferecida ao idoso, este acaba por apresentar um quadro insegurança, descontentamento e, também, uma falta de intimidade. Todo este processo pode levar a um quadro de depressão mesmo que o paciente não tenha histórico da doença ou o histórico familiar do transtorno de ansiedade e depressão (Born & Boechat, 2002).

Como referem Freire e Tavares (2005) *“não devemos esquecer que, muitas vezes, o lar de idosos cumpre o papel de abrigo para o idoso excluído da sociedade e da família, abandonado e sem um lar fixo, podendo tornar-se o único ponto de referência para uma vida e um envelhecimento dignos”* (p. 152).

Em suma, quando a institucionalização é inevitável ou corresponde à solução escolhida pelo idoso, é função da instituição proporcionar alojamento, assegurar a prestação dos cuidados adequados à satisfação das necessidades, tendo em vista a manutenção da autonomia, independência, sanidade mental, melhorar a qualidade de vida e bem-estar dos idosos.

PARTE II - PARTE EMPÍRICA

I- Apresentação do estudo

O envelhecimento traduz-se por um decréscimo continuado da população jovem, em resultado da diminuição da natalidade e do aumento significativo da população mais idosa, dado o aumento da esperança de vida (Ramos, 2002). Actualmente, verifica-se que o envelhecimento da população está a aumentar (INE, 2007) e com ele o número de patologias, dentre elas a depressão, sendo esta a doença psiquiátrica mais comum em idosos, e não raras vezes surge em comorbilidade com outras perturbações psiquiátricas ou condições físicas (Blazer, 2000).

Desde há muito tempo que a depressão vem sendo relatada como uma doença comum em idosos institucionalizados e com percentagens de prevalência superiores à verificada em idosos a residir na comunidade. Apesar de uma maior sensibilização e da disponibilidade de tratamento eficaz, a grande maioria dos casos de depressão passam despercebidos, subdiagnosticados e subtratados, quer devido a sintomas físicos, somáticos, maior tendência para alexitimia ou por serem confundidos com algum tipo de demência. O que acarreta graves complicações que se irão repercutir no seu tratamento, prognóstico, aumentam o risco de mortalidade e constituem uma ameaça para a integridade e bem-estar dos idosos (Blazer, 2003; OMS, 2002; Vaz, 2009). Assim, melhorias no reconhecimento da depressão em idosos deverão ser uma importante prioridade, já que estratégias para melhorar o tratamento só podem ser aplicadas depois do reconhecimento da mesma (Vaz, 2009).

Deste modo, o impacto do aumento do fenómeno de envelhecimento e das patologias traduzem-se no plano económico, social e familiar, que limitam a capacidade de acompanhar e cuidar das gerações mais velhas, o que implica a reestruturação de toda a organização social e das relações entre as gerações, obrigando à adaptação dos sistemas de protecção social e criação de infra-estruturas de apoio aos idosos (Almeida, 2008). Todavia, verifica-se, frequentemente, que a depressão possa estar relacionada com a ameaça ou mesmo rotura dos laços afectivos e de suporte, nomeadamente quando ocorre institucionalização (Fernandes, 2002; Ramos, 2002).

Contudo, o apoio aos idosos tem evoluído de forma significativa nos últimos anos, com a criação de estruturas de convívio, de combate ao isolamento e à exclusão social (Almeida, 2008). Assim, o número de Lares de Idosos continua a aumentar regularmente e continua a reconhecer-se a sua importância sempre que não é possível manter o idoso no seu domicílio. Deste modo, pensando na qualidade de vida destes idosos, importa analisar e conhecer melhor a realidade das condições dos Lares de Idosos, acredita-se que as condições destas instituições favorecem, indubitavelmente, a manutenção, por mais tempo, das condições de saúde física e mental dos idosos, assim como o seu desejo de viver e formular projectos. Ainda, a percepção de suporte social nos idosos institucionalizados,

depende em grande parte da forma como as instituições da velhice promovem a interacção entre os outros idosos institucionalizados e a família (Almeida, 2008).

Assim sendo, verifica-se a necessidade de aprofundar os estudos neste âmbito, pelo que se propõe a presente investigação estudar a relação entre os níveis de sintomatologia depressiva e o suporte social em idosos institucionalizados, assim como analisar as variáveis sociodemográficas nos níveis de sintomatologia depressiva e na satisfação com o suporte social em idosos institucionalizados.

O problema de investigação sobre o qual este estudo se debruça é o de analisar a sintomatologia depressiva e a satisfação com o suporte social em idosos institucionalizados, bem como analisar a relação entre a sintomatologia depressiva e a satisfação com o suporte social em idosos institucionalizados; averiguar se existem diferenças em relação à satisfação com o suporte social e à sintomatologia depressiva relativamente entre género, idade, estado civil, escolaridade, motivo do internamento, iniciativa própria no internamento e tempo de internamento; e, ainda, analisar se existem diferenças na satisfação com o suporte social de idosos com diferentes níveis de sintomatologia depressiva.

A investigação efectuada reveste-se de um carácter descritivo, na medida em que se pretendeu recolher e tratar os dados de modo sistemático e estatístico (Coutinho & Chaves, 2002; Ribeiro, 1999b). Relativamente ao tipo de *design* de investigação, quanto ao quadro temporal, trata-se de um estudo transversal com relação entre variáveis, isto porque o processo de amostragem é realizado num único momento, não tendo ocorrido qualquer intervenção.

II- Objectivos e Hipóteses

O objectivo geral desta investigação é avaliar a sintomatologia depressiva e a satisfação com o suporte social e analisar a relação entre as mesmas em idosos institucionalizados.

Os objectivos específicos desta investigação são:

- avaliar a sintomatologia depressiva em idosos institucionalizados;
- avaliar a satisfação com o suporte social em idosos institucionalizados;
- averiguar se existem diferenças em relação à sintomatologia depressiva comparativamente entre género, idade, estado civil, escolaridade, motivo do internamento, iniciativa própria no internamento e tempo de internamento;
- averiguar se existem diferenças em relação à satisfação com o suporte social comparativamente entre género, idade, estado civil, escolaridade, motivo do internamento, iniciativa própria no internamento e tempo de internamento; e,
- analisar a relação entre a sintomatologia depressiva e a satisfação com o suporte social em idosos institucionalizados do Concelho de Sátão.

As hipóteses que este estudo se propõe analisar são:

H1: “Idosos do sexo feminino apresentam maiores níveis de sintomatologia depressiva do que idosos do sexo masculino”.

H2: “Idosos com mais idade apresentam maiores níveis de sintomatologia depressiva do que idosos mais novos”.

H3: “Idosos casados apresentam menores níveis de sintomatologia depressiva do que idosos viúvos”.

H4: “Idosos que não sabem ler nem escrever apresentam maiores níveis de sintomatologia depressiva do que os que possuem maior índice de escolaridade”.

H5: “Idosos institucionalizados sem iniciativa própria apresentam maior índice de sintomatologia depressiva do que idosos institucionalizados por iniciativa própria”.

H6: “Idosos do sexo feminino apresentam maiores níveis de satisfação com o suporte social do que idosos do sexo masculino”.

H7: “Idosos com mais idade apresentam maiores níveis de satisfação com o suporte social do que idosos mais novos”.

H8: “Idosos casados apresentam maiores níveis de satisfação com o suporte social do que idosos viúvos”.

H9: “Idosos que foram institucionalizados por iniciativa própria apresentam maior nível de satisfação com o suporte social do que idosos que não foram institucionalizados por iniciativa própria”.

H10: “Os idosos institucionalizados que apresentam maior sintomatologia depressiva apresentam menor satisfação com o suporte social”.

III- Método

1. Participantes

Da presente amostra fazem parte idosos institucionalizados na mesma região geográfica, concelho de Sátão, que não tenham qualquer tipo de patologia demencial diagnosticada, uma vez que neste caso tratar-se-ia de envelhecimento patológico e não normativo. Ainda, como critérios de inclusão surgem o facto de viverem num Lar de Idosos, idade superior a 65 anos e serem capazes de acompanhar toda a entrevista de aplicação dos questionários.

Participaram neste estudo 117 sujeitos, sendo 87 idosos do sexo feminino (74,4%) e 30 do sexo masculino (25,6%). A média de idade é de 82,23 (DP= 7,85), sendo a idade máxima registada de 101 anos, a mediana é 83 anos e a moda é 88 anos. Do total de idosos inquiridos, 20 idosos (17,1%) encontram-se na faixa etária dos 65 até aos 74 anos e 97 idosos (82,9%) possuem mais de 75 anos. Quanto ao estado civil, 23 idosos são solteiros (19,7%), 6 são divorciados (5,1%), 17 são casados (14,5%) e 71 são viúvos (60,7%). Relativamente à escolaridade dos idosos, 57 (48,7%) não sabem ler/escrever, 51 (43,6%) possui o 1º ano até ao 4º ano de escolaridade, 5 (4,3%) possuem o 2º ciclo, 2 (1,7%)

possuem o 3º ciclo, 1 (0,9%) possui o ensino secundário e 1 (0,9%) possui um curso de ensino superior (cf. Tabela 13).

Tabela 13- Características sociodemográficas da amostra (n=117)

		Frequência	Porcentagem
Género	Masculino	30	25,6
	Feminino	87	74,4
Idade	65-74 Anos	20	17,1
	75- 101 Anos	97	82,9
Estado Civil	Solteiro/a	23	19,7
	Divorciado/a	6	5,1
	Casado/a	17	14,5
	Viúvo/a	71	60,7
Escolaridade	Não sabe ler/escrever	57	48,7
	1.º - 4.º Ano	51	43,6
	5.º-6.º Ano	5	4,3
	7.º - 9.º Ano	2	1,7
	10.º - 12.º Ano	1	0,9
	Ensino superior	1	0,9
Motivo do internamento	Morava sozinho	36	30,8
	Dificuldade em auto-cuidar-se	39	33,3
	Indisponibilidade dos filhos para prestarem cuidados	15	12,8
	O cônjuge necessita de cuidados	14	12,0
	Sem família/Sem filhos	10	8,5
	Preferência em morar num Lar de Idosos	3	2,6
Iniciativa própria no internamento	Sim	58	49,6
	Não	59	50,4
Tempo de internamento	1Mês - 6 Meses	16	13,7
	7 Meses - 1 Ano	24	20,5
	2 Anos - 10 Anos	60	51,3
	11 Anos - 20 Anos	17	14,5

Quanto ao motivo do internamento no Lar de Idosos, 36 sujeitos (30,8%) responderam que a sua institucionalização se deveu ao facto de morarem sozinhos, 39 (33,3%) referiram que tinham dificuldades em auto-cuidar-se, 15 (12,8%) por indisponibilidade dos filhos para prestarem cuidados, 14 (12,0%) devido ao facto de um dos conjugues necessitar de cuidados, 10 (8,5%) não possuíam família ou filhos, e por último, 3 (2,6%) revelaram ter preferência em morar num Lar de Idosos (cf. Figura 1 e Tabela 13).

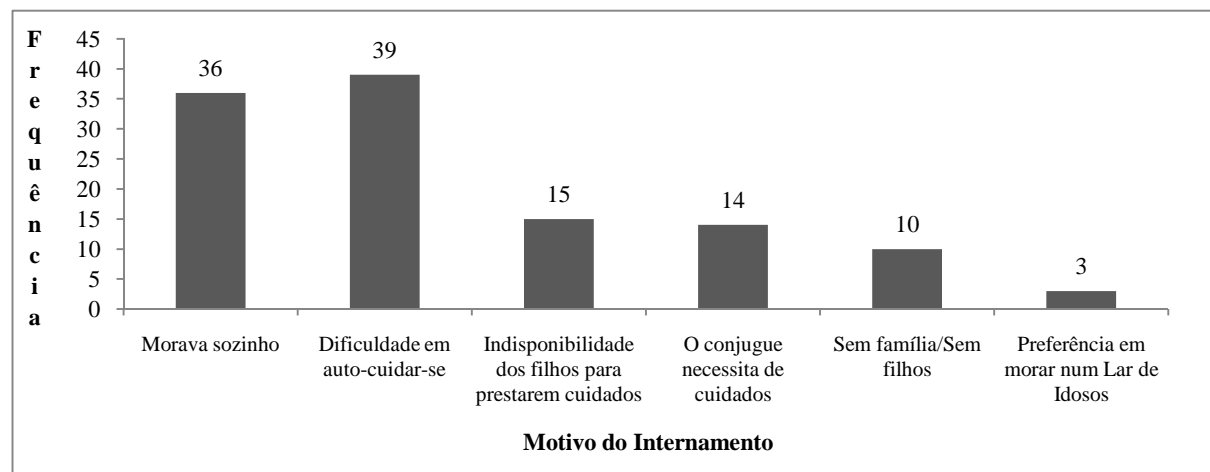


Figura 1 - Motivo de internamento da amostra (n=117)

No que concerne à iniciativa no internamento no Lar de Idosos, 58 idosos (49,6%) referem que foram institucionalizados por iniciativa própria, sendo que 59 (50,4%) não foram institucionalizados por sua própria iniciativa (cf. Tabela 13).

Relativamente ao tempo de internamento, constatou-se que 16 idosos (13,7%) se encontravam no Lar de 1 a 6 meses, 24 (20,5%) no intervalo de 7 meses a 1 ano, 60 (51,3%) no intervalo de 2 anos a 10 anos e 17 (14,5%) no intervalo de 11 anos a 20 anos (cf. Tabela 13).

2. Instrumentos

No âmbito deste estudo foram utilizados três instrumentos: i) o Questionário sociodemográfico (cf. Anexo I); ii) a Escala de Depressão em Geriatria (GDS; Yesavage, Brink, Rose, Lum, Huang, Adey & Leirer, 1983; Barreto, 2003) (cf. Anexo II); e, iii) a Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS; Ribeiro, 1999a) (cf. Anexo III).

2.1. Questionário de recolha de dados sociodemográficos

Nesta investigação procedeu-se à construção de um questionário para a avaliação das variáveis sociodemográficas (cf. Anexo I). Este questionário avalia variáveis que surgem na literatura como relacionadas com a sintomatologia depressiva e o suporte social no idoso: idade, sexo, escolaridade, estado civil, motivo do internamento, iniciativa própria no internamento e tempo do internamento.

2.2. Escala de Depressão em Geriatria (GDS) (Yesavage, Brink, Rose, Lum, Huang, Adey & Leirer, 1983; Adaptação portuguesa por Barreto, 2003)

A Escala de Depressão em Geriatria (GDS) é uma medida válida e fiável para a avaliação de perturbações depressivas, sendo traduzida para a língua portuguesa por Barreto (2003, citado por Vaz, 2009), que faz parte do Grupo de Estudos do Envelhecimento Cerebral e Demências do Hospital Magalhães de Lemos, dirigido pela Professora Doutora Manuela Guerreiro, sendo publicada em 2003, todavia não se encontra adaptada nem aferida para a população portuguesa (Afonso, 2007).

A GDS pode ser utilizada com idosos saudáveis, doentes e portadores de debilidade cognitiva ligeira a moderada. Tem sido amplamente utilizado na comunidade e em instituições de idosos (Hyer et al., 2005), é uma escala de auto-relato destinada ao *screening* da depressão, de rápida aplicação e com um estilo de resposta dicotómica, de modo a facilitar o processo de auto-avaliação nesta população, em que o idoso responde de acordo com o modo como se tem sentido nas últimas duas semanas (Kurlowicz, 1999; Martín et al., 2002).

Esta escala foi construída com base em 100 afirmações subdivididas em sete categorias: preocupação somática, diminuição do afecto/emoção, défice cognitivo,

sentimentos de discriminação, diminuição da motivação, perda da esperança no futuro e falta de auto-estima, os quais se demonstraram discriminativos entre idosos deprimidos e não deprimidos. A partir destas afirmações procedeu-se à selecção de trinta itens com maior índice de correlação com a pontuação total da escala inicial ao administrar-se numa amostra de idosos para rastreios de perturbações de humor (Martín et al., 2002; Paradela et al., 2005). Todavia também existe uma versão reduzida de 15 itens (Alvarado et al., 2007; Ferrari & Dalacorte, 2007). No entanto, a versão de 30 itens é mais sensível e fidedigna que a versão reduzida (Sousa et al., 2007; Paradela et al., 2005).

De acordo com Martín (2002), a GDS-30 apresenta medidas adequadas de consistência interna no valor de 0,94 e teste-reteste de 0,85 (Martín et al., 2002). Quanto à sua sensibilidade e especificidade são assinalados valores, relativamente, altos na identificação de idosos com diagnóstico clínico de depressão. Na globalidade, os dados oscilam entre 84% e 95% (Kurlowicz, 1999; Sherina, Zulkefli, & Mustaqim, 2003, citados por Vaz, 2009).

Os itens da GDS não contemplam a presença de itens somáticos, como forma de ultrapassar uma das limitações na avaliação da depressão em idosos. Deste modo, avalia-se extensivamente o humor, as queixas cognitivas e o comportamento social (Spar & Rue, 1998).

No que concerne à cotação, cota-se um ponto por cada resposta positiva nos seguintes itens: 2-4,6,8,10-14,16-18,20,22-26,28, contando-se zero por cada resposta negativa. Por sua vez, nos itens: 1,5,7,9,15,19,21,27,29,30, cota-se com um ponto para as respostas “Não” e zero pontos para as respostas “Sim” (Fernandes, 2002). Quanto aos intervalos de cotação dos resultados obtidos, de acordo com Martín et al. (2002) e com o Grupo de Estudos de Envelhecimento Cerebral e Demência consideram-se resultados entre 0 a 10 pontos como normal, ou seja ausência de depressão, de 11 a 20 pontos depressão leve ou ligeira e de 21 a 30 pontos depressão moderada a grave.

No presente estudo, o *Alpha de Cronbach* da GDS foi de 0,93, o que pode ser considerado excelente, segundo de DeVellis (1991), indicando, assim, uma elevada consistência interna e boa fiabilidade do questionário.

2.3. Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) (Ribeiro, 1999a)

A Escala de Satisfação com o Suporte Social foi desenvolvida por Pais Ribeiro em 1999, tratando-se de uma medida de percepção de suporte social, uma variável de todo relevante nos processos cognitivos e emocionais relacionados com o bem-estar e qualidade de vida dos indivíduos (Ribeiro, 1999a).

Esta escala tem como objectivo principal avaliar a satisfação com o suporte social percebido (Ribeiro, 1999a), ou seja, focaliza o grau de satisfação com que o indivíduo

percebe o tipo de suporte oferecido ou o grau de satisfação com alguns elementos que integram as suas redes ao lhe oferecerem suporte Siqueira (2008).

A ESSS é uma escala de auto-preenchimento, construída por quinze frases, em que é pedido ao sujeito que assinale o seu grau de concordância com a afirmação, numa escala ordinal de cinco posições, que variam entre “Concordo totalmente” a “Discordo totalmente”. Sendo que à primeira opção de resposta corresponde a pontuação de 1 valor e à quinta opção é atribuída o valor de 5, à excepção dos itens invertidos, que são os seguintes: 4,5,9,10,11,12,13,14 e 15. A pontuação total da escala poderá variar entre 15 e 75, correspondendo, assim, as notas mais altas a uma percepção de maior satisfação com o suporte social (Ribeiro, 1999a). De acordo com Baptista, Baptista e Torres (2006), uma pontuação total da escala com valores compreendidos entre 51 e 75 corresponde a um elevado suporte social, entre 26 e 50 a um médio suporte social e até 25 a um baixo suporte social.

Os itens da ESSS estão subdivididos em quatro factores. O primeiro factor denomina-se “Satisfação com os amigos”, mede a satisfação com os amigos (itens 3,12,13,14,15) e apresenta uma consistência interna de 0,83. O segundo item, a “intimidade”, avalia a percepção da existência de suporte social íntimo (itens 1,4,5,6) e revela uma consistência interna de 0,74. O terceiro factor, apelida-se “satisfação com a família”, avalia a satisfação com o suporte social familiar (itens 9,10,11) e apresenta uma consistência interna de 0,74. O último factor, as “actividades sociais”, mede a satisfação com as actividades sociais (itens 2,7,8) e possui uma consistência de 0,64 (Ribeiro, 2007; Santos et al., 2003). Relativamente, à consistência interna da escala na sua globalidade, esta apresenta um valor de 0,85, a nota total da escala resulta da soma da totalidade dos itens e a nota de cada dimensão resulta da soma dos itens de cada dimensão ou sub-escala (Ribeiro, 1999a).

As medidas utilizadas para validação da ESSS foram as seguintes: auto-conceito geral avaliado com a adaptação portuguesa da *Self Perception Profile for College Students*; a gravidade que concedem aos acontecimentos de vida, avaliando a intensidade do acontecimento de vida que mais os afectou. Para além destes, acrescenta-se, também, a avaliação da auto-eficácia geral, da saúde geral, dos sintomas físicos de mal-estar, a saúde mental e a percepção geral de saúde avaliada com recurso a uma adaptação da *General Health Perception Battery* (Ribeiro, 1999a). No que diz respeito à validade discriminante, o índice de discriminação dos itens é superior a 20 pontos entre a magnitude da correlação com a escala a que pertence e a magnitude do segundo valor de correlação com outra escala (Ribeiro, 1999a). Relativamente à correlação entre as subescalas e a escala total, verifica-se que as subescalas que melhor explicam a satisfação com o suporte social são as referentes a amigos, em que cada uma explica mais de dois terços de variância da escala total. Esta escala encontra-se, ainda, ligada a medidas de saúde na direcção esperada, isto

é, deve predizer resultados positivos (correlação positiva estatisticamente significativa) das medidas indicadoras de saúde e vice-versa (Ribeiro, 1999a).

Relativamente à consistência interna da ESSS-Total demonstrada neste estudo, o valor do *Alpha de Cronbach* foi de 0,73, o que pode considerar-se como bom, segundo os critérios de DeVellis (1991); para o primeiro factor intitulado Satisfação com os amigos o *Alpha* foi de 0,72 o que pode-se considerar bom; para o segundo factor, Intimidade, o *Alpha* foi de 0,43, o que é considerado inaceitável; para o terceiro factor, Satisfação com a família, o *Alpha* foi de 0,87, o que é considerado muito bom; para o quarto factor, Actividades sociais, o *Alpha* foi de 0,37, o que é considerado inaceitável (cf. Tabela 14). Devido ao facto do segundo e quarto factores da ESSS serem inaceitáveis, de acordo com este autor, optou-se por não se analisarem estes factores no tratamento estatístico.

Tabela 14 - Consistência interna da escala e factores da ESSS (n=117)

	Alpha de Cronbach	N Itens
ESSS- Total	0,73	15
Satisfação com os amigos	0,72	5
Intimidade	0,43	4
Satisfação com a família	0,87	3
Actividades sociais	0,37	3

3. Procedimento

Num momento inicial, foi solicitada e obtida autorização do Professor Doutor Pais Ribeiro para a utilização da ESSS, através de uma mensagem de correio electrónico. Para a utilização da GDS, não foi necessário entrar em contacto com o Professor Doutor João Barreto, uma vez que a escala se encontra publicada.

Num primeiro momento foram contactados os Lares de Idosos, aos quais se apresentou em termos gerais o estudo que se pretendia desenvolver de modo a aferir do seu interesse e disponibilidade para acolher a realização do mesmo. Foram contactados cinco Lares de Idosos, ou seja todos os Lares do Concelho de Sátão. Todos concordaram em participar na investigação, não sendo necessário nenhuma autorização por escrito. Trata-se de uma amostra por conveniência, seleccionada por recurso a um método não probabilístico de amostragem. Este tipo de amostra é usado por ser de mais fácil selecção, no entanto estas amostras não são representativas da população em geral e como tal as generalizações dos resultados têm de ser feitas de forma muito controlada (Mattar, 1994).

Os dados foram recolhidos através de administração directa com recurso a questionários. Estes foram aplicados sob a forma de entrevista, dadas as características da população em estudo, nomeadamente o facto de muitos idosos não saberem ler, dificuldades de visão e dificuldades na compreensão dos questionários. Sendo assim, as perguntas dos questionários foram colocadas sob a forma de entrevista individual pelo investigador. A recolha de dados efectuou-se do final do mês de Janeiro até início do mês de Março de

2010. No que diz respeito aos aspectos éticos, obteve-se previamente o consentimento informado de cada idoso, explicando o estudo, garantindo a confidencialidade e anonimato dos dados pessoais, assim como explicando a importância de responder com sinceridade. A duração da aplicação dos instrumentos foi variável de acordo com as capacidades e necessidades de cada idoso. Os questionários foram aplicados nos diversos locais onde os idosos se encontravam, tais como na sala de convívio, no quarto ou no jardim do Lar de Idosos.

Assim, após o preenchimento dos questionários procedeu-se à sua introdução dos dados numa base de dados e ao tratamento estatístico.

IV- Análise dos dados

Todo o procedimento de tratamento e análise estatística de dados foi executado usando a versão 17.0 do *software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*.

Em primeiro lugar foram feitas as estatísticas descritivas para se caracterizar a amostra, tendo-se, para o efeito, calculado a média, desvio padrão, mediana, moda, pontuação mínima e pontuação máxima.

A consistência interna dos instrumentos usados neste estudo foi calculada através do coeficiente *Alpha de Cronbach* que é uma medida de fiabilidade interna. O valor do *Alpha* aumenta com um número de itens mais elevado e com correlações entre itens mais fortes. Com este procedimento podemos verificar o grau de confiança ou de exactidão da informação obtida, através da verificação do grau de uniformidade e de coerência existentes entre as respostas dos sujeitos a cada um dos itens que compõem os instrumentos. O estudo da consistência interna permite estimar a fiabilidade das escalas quando se utiliza um conjunto de itens que se espera que calculem o mesmo atributo (Ledesma, Ibáñez & Mora, 2002). O *Alpha* pode variar entre 0 e 1, considerando-se um bom indicador de boa consistência interna quanto mais o valor se situar perto de 1. Considera-se que um *Alpha* inferior a 0,50 é inaceitável, de 0,60 é mau, entre 0,60 e 0,70 é aceitável, entre 0,70 e 0,80 é bom, entre 0,80 e 0,90 é muito bom e um valor igual ou superior a 0,90 é excelente (DeVellis, 1991).

Seguidamente, estudou-se a normalidade e homogeneidade para averiguar quais seriam as provas mais adequadas: paramétricas ou não-paramétricas. Estas duas metodologias permitem decidir sobre a eleição das provas estatísticas mais indicadas para analisar os dados deste estudo. As provas paramétricas exigem que a distribuição das pontuações obtidas seja normal. As provas não-paramétricas apresentam uma potência estatística inferior às paramétricas, sendo uma alternativa quando não se tem uma distribuição normal. Deste modo, para testar o ajustamento à normalidade de distribuição das variáveis utilizou-se o teste Kolmogorov-Smirnov, em que foi possível constatar que as

variáveis em estudo se distribuíam segundo um padrão de normalidade, foram, assim, utilizados testes paramétricos para análise dos dados.

Para analisar a existência de diferenças estatisticamente significativas entre grupos utilizou-se o teste *T-Student*. Trata-se de um teste paramétrico que permite comparar médias de uma variável para dois grupos independentes, ou seja, é uma prova que permite testar se as médias de duas populações são ou não significativamente diferentes. Por sua vez, a Análise de Variância (ANOVA) consiste, também, num teste paramétrico que pode ser usado para testar diferenças entre diversas situações e para duas ou mais variáveis (Maroco, 2003; Quivy & Campenhoudt, 2003). No que se refere aos níveis de significância utilizados, consideram-se os resultados como: significativos sempre que a probabilidade de erro for inferior a 0,05; muito significativos quando a probabilidade de erro for inferior a 0,01; altamente significativos se a probabilidade de erro for inferior a 0,001 (Cowles & Davis, 2004).

Foram, ainda, feitas análises de correlação para avaliar a relação entre a pontuação total de sintomatologia depressiva e a pontuação total de percepção de satisfação com o suporte social. Para tal, foi calculado o coeficiente de correlação de *Pearson*. Este coeficiente permite analisar o grau e direcção de uma correlação entre duas variáveis, este coeficiente é designado por *r* e assume valores entre -1 e 1. Considera-se que uma correlação é forte se a medida de associação é superior a 0,8; entre 0,4 e 0,8 a relação é moderada; e, inferior a 0,4 tende a ser vista como fraca (Diamantopoulos & Schlegelmilch, 1997, citados por Poeschl, 2008). Os critérios de Cohen e Holliday (citados por Poeschl, 2008) referem que uma correlação é muito baixa quando o valor é inferior a 0,19; de 0,20 a 0,39 é baixa; entre 0,40 e 0,69 é moderada; de 0,70 a 0,89 é elevada; e, superior a 0,89 é muito elevada.

V- Resultados

Seguidamente apresentam-se os resultados obtidos, na comunicação dos mesmos optou-se pela sua sistematização de acordo com a avaliação da sintomatologia depressiva, avaliação do suporte social e, por último, o estudo da correlação entre sintomatologia depressiva e suporte social.

1. Avaliação da sintomatologia depressiva

Os resultados da GDS indicaram que a média da escala total na amostra foi de 17,16 (DP=8,16), a mediana de 18 e a moda de 28, o valor mínimo registado foi de 0 e o valor máximo registado foi de 30, sendo que a amplitude de resposta nesta escala varia entre 0 a 30.

Observou-se que 73,5% dos sujeitos apresentam sintomatologia depressiva, dos quais 38,5% apresentam sintomatologia depressiva ligeira e 35% apresentam sintomatologia depressiva grave. Por sua vez, 26,5% da amostra não apresenta sintomatologia depressiva.

Relativamente à comparação das médias de sintomatologia depressiva entre géneros, os resultados não indicaram diferenças estatisticamente significativas ($t(115) = -0,255$; $p = 0,799$). No entanto, os idosos do sexo feminino apresentam um nível médio de sintomatologia depressiva de 17,28 (DP=7,77), que é superior ao que apresentam os idosos do sexo masculino de 16,83 (DP=9,34) (cf. Tabela 15).

Tabela 15 - Resultados para a comparação de médias dos níveis de sintomatologia depressiva entre géneros e intervalos de idade (n=117)

		N	Média	Desvio Padrão	Df	t
Género	Masculino	30	16,83	9,34	115	-,255
	Feminino	87	17,28	7,77		
Intervalos de idade	65-74 Anos	20	13,70	7,34	115	-2,115*
	75-101 Ano	97	17,88	8,17		

Nota: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas ($t(115) = -2,115$; $p = 0,037$) quanto à idade e níveis de sintomatologia depressiva. Os resultados indicam que os idosos com idades compreendidas entre os 65 e 74 anos apresentam um índice médio de sintomatologia depressiva de 13,70 (DP=7,34), menor que os idosos com mais de 75 anos com um índice médio de 17,88 (DP=8,17) (cf. Tabela 15 e Figura 2).

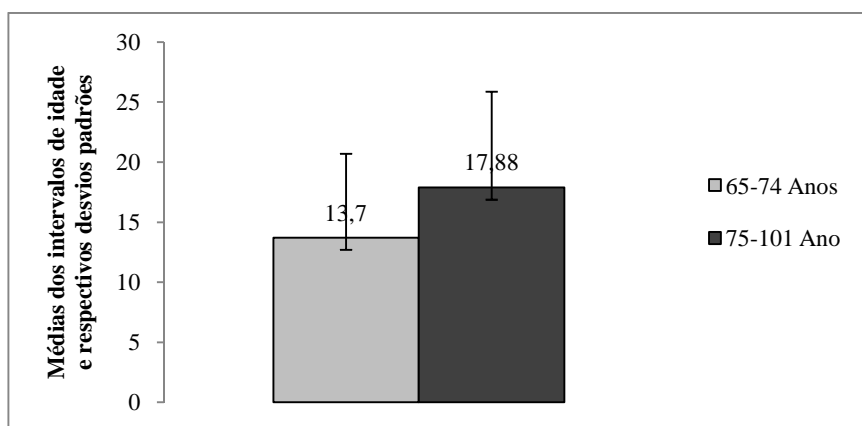


Figura 2 – Comparação de médias dos níveis de sintomatologia depressiva por intervalos de idade (n=117)

Relativamente à comparação das médias de sintomatologia depressiva entre o estado civil dos idosos não se verificaram diferenças estatisticamente significativas ($F(3;113) = 0,437$; $p = 0,727$). No entanto, são os idosos viúvos que apresentam um índice médio de sintomatologia depressiva mais elevado (M=17,82; DP=7,46), seguido dos idosos solteiros (M=16,52; DP=8,86), seguido dos casados (M=16,06; DP=10,33) e dos divorciados (M=15,00; DP=7,85) (cf. Tabela 16).

Tabela 16 - Resultados para a comparação de médias dos níveis de sintomatologia depressiva e estado civil (n=117)

		N	Média	Desvio Padrão	Df (B;W)	F
Estado civil	Solteiro/a	23	16,52	8,86	3;113	0,437
	Divorciado/a	6	15,00	7,85		
	Casado/a	17	16,06	10,33		
	Viúvo/a	71	17,82	7,46		

Nota: * p<0,05; ** p<0,01; *** p<0,001.

Quanto à escolaridade e nível de sintomatologia depressiva, os resultados indicaram que não existem diferenças estatisticamente significativas ($F(5;111) = 1,362$; $p = 0,244$). Todavia, são os idosos que não sabem ler/escrever que apresentam um índice médio de sintomatologia depressiva mais elevado ($M=18,46$; $DP=7,84$), seguido dos idosos que possuem a escolaridade primária ($M=16,63$; $DP=8,41$) (cf. Tabela 17).

Tabela 17 - Resultados para a comparação de médias dos níveis de sintomatologia depressiva e escolaridade (n=117)

		N	Média	Desvio Padrão	Df (B;W)	F
Escolaridade	Não sabe ler/escrever	57	18,46	7,84	5;111	1,362
	1.º - 4.º Ano	51	16,63	8,41		
	5.º-6.º Ano	5	13,60	8,76		
	7.º - 9.º Ano	2	7,00	0,00		
	10.º - 12.º Ano	1	9,00			
	Ensino superior	1	17,00			

Nota: * p<0,05; ** p<0,01; *** p<0,001.

No que diz respeito à comparação de médias dos níveis de sintomatologia depressiva e motivo de internamento, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas ($F(5;111) = 1,017$; $p = 0,411$). Porém, são os idosos que manifestavam preferência em morar num Lar de Idosos ($M=25,00$; $DP=5,20$) e os idosos que moravam sozinhos que apresentam um índice médio de sintomatologia depressiva mais elevado ($M=18,50$; $DP=7,41$), seguido dos idosos que apresentavam dificuldades em auto-cuidar-se ($M=15,92$; $DP=7,49$) (cf. Tabela 18).

Tabela 18 - Resultados para a comparação de médias dos níveis de sintomatologia depressiva e motivo de internamento (n=117)

		N	Média	Desvio Padrão	Df (B;W)	F
Motivo de internamento	Morava sozinho	36	18,50	7,41	5;111	1,017
	Dificuldade em auto-cuidar-se	39	15,92	7,49		
	Indisponibilidade dos filhos para prestarem cuidados	15	16,80	9,43		
	O cônjuge necessita de cuidados	14	17,07	9,21		
	Sem família/Sem filhos	10	15,50	10,18		
	Preferência em morar num Lar de Idosos	3	25,00	5,20		

Nota: * p<0,05; ** p<0,01; *** p<0,001.

Relativamente à comparação de médias da sintomatologia depressiva e iniciativa própria no internamento, os resultados obtidos indicam diferenças estatisticamente

significativas ($t(115) = -2,586$; $p = 0,011$). Ou seja, são os idosos que não tiveram iniciativa própria no internamento que apresentam um nível médio de sintomatologia depressiva de 19,05 (DP=7,64), maior do que os idosos internados por iniciativa própria, 15,24 (DP=8,29) (cf. Tabela 19 e Figura 3).

Tabela 19 - Resultados para a comparação de médias dos níveis de sintomatologia depressiva e a iniciativa própria no internamento (n=117)

		N	Média	Desvio Padrão	Df	t
Iniciativa própria no internamento	Sim	58	15,24	8,29	115	-2,586*
	Não	59	19,05	7,64		

Nota: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

A Figura 3 ilustra os resultados para a comparação de médias de sintomatologia depressiva e iniciativa própria no internamento.

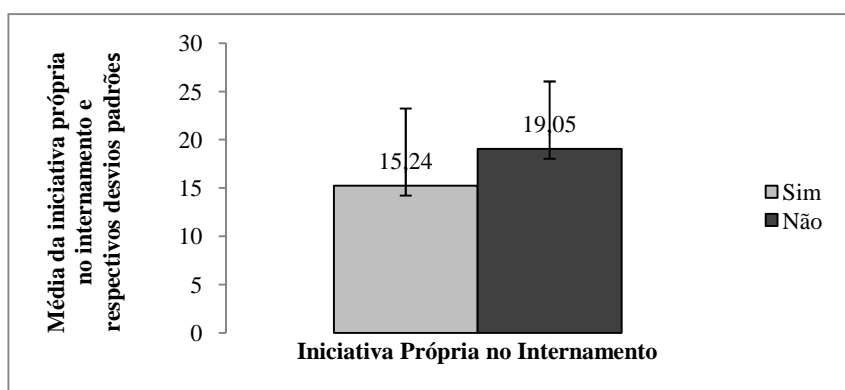


Figura 3 - Comparação de médias dos níveis de sintomatologia depressiva e a iniciativa própria no internamento (n=117)

De acordo com os resultados obtidos, não existem diferenças estatisticamente significativas entre o tempo de internamento e os níveis de sintomatologia depressiva ($F(3;113) = 2,647$; $p = 0,052$). No entanto, verifica-se que são os idosos institucionalizados no intervalo de 2 anos a 10 anos que apresentam o índice de sintomatologia depressiva mais elevado ($M=18,70$; $DP=7,44$), seguido dos idosos internados no intervalo de 1 mês a 6 meses ($M=17,88$; $DP=9,95$) (cf. Tabela 20).

Tabela 20 - Resultados para a comparação de médias entre os níveis de sintomatologia depressiva e tempo de internamento (n=117)

		N	Média	Desvio Padrão	Df (B;W)	F
Tempo de internamento	1Mês - 6 Meses	16	17,88	9,95	3;113	2,647
	7 Meses - 1 Ano	24	15,92	7,67		
	2 Anos - 10 Anos	60	18,70	7,44		
	11 Anos - 20 Anos	17	12,82	8,35		

Nota: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

2. Avaliação do suporte social

Os resultados ao nível de satisfação com o suporte social em geral (ESSS-Total) situaram-se entre 44 e 75, sendo a média de 58,59 (DP=6,93), mediana de 59 e moda de valor 54. Assim, uma vez que este instrumento não dispõe de normas para a população portuguesa, foi calculada a mediana teórica, que tem o valor 30 e a mediana observada na amostra é 59, o que indica que a amostra apresenta níveis elevados de satisfação com o suporte social no geral.

Relativamente ao factor Satisfação com os amigos a mediana teórica é 10 e a mediana observada é 21, o que indica que a totalidade dos idosos apresenta elevados níveis de satisfação com o mesmo. Uma vez que, o valor mínimo é 13, o valor máximo é 25, a média é 20,63 (DP=2,98) e a moda é 19. Relativamente à Intimidade, a mediana teórica é 7,5 e a mediana observada é 15, sendo a média 14,95 (DP=2,73), a moda 15, o valor mínimo 10 e o valor máximo 20, o que indica que todos os idosos apresentam elevados níveis de intimidade. No que diz respeito, à Satisfação com a família, a mediana teórica é 6 e a mediana observada é 15, a média é 13,78 (DP=1,52), a moda 15, o valor mínimo de 9 e máximo de 15, o que indica que a totalidade dos idosos apresenta níveis elevados de satisfação com a família. Por último, as Actividades Sociais, a mediana teórica é 6 e a mediana observada é de 9, a média de 9,23 (DP=2,75), a moda de 7, o valor mínimo de 3 e o valor máximo de 15, o que indica que a maioria dos idosos apresenta níveis elevados de satisfação com as Actividades sociais.

Deste modo, de uma forma geral, a análise dos resultados permite verificar que os idosos inquiridos se encontram, na generalidade, satisfeitos com o suporte social que estão a usufruir, sendo o suporte familiar o que lhes dá maior satisfação. Os idosos sentem-se razoavelmente satisfeitos com o apoio recebido pelos amigos e com a intimidade, e menos satisfeitos com as actividades sociais. Estes resultados podem ser observados na Tabela 21.

Tabela 21 - Distribuição da amplitude, média e desvio padrão dos diferentes factores da ESSS e escala total (n=117)

	N Itens	Amplitude	Média	Desvio Padrão
Satisfação com os amigos	5	5-25	20,63	2,98
Intimidade	4	4-20	14,95	2,73
Satisfação com a família	3	3-15	13,78	1,52
Actividades sociais	3	3-15	9,23	2,75
ESSS-Total	15	20-75	58,59	6,93

A comparação das médias da ESSS entre géneros, indica que os idosos do sexo feminino da amostra deste estudo apresentam um nível médio de suporte social de 59,49 (DP=6,01), superior ao que apresentam os idosos do sexo masculino, 55,97 (DP=8,68), sendo esta diferença estatisticamente significativa ($t(115) = -2,456$; $p = 0,016$). O mesmo se verificou relativamente à Satisfação com os amigos ($t(115) = -2,848$; $p = 0,005$), ou seja, os idosos do sexo feminino apresentam maior satisfação com os amigos ($M=21,08$; $DP=2,66$), do que idosos do sexo masculino ($M=19,33$; $DP=3,52$). Não se verificaram diferenças

estatisticamente significativas entre a Satisfação com a família e o género ($t(115) = -1,451$; $p = 0,149$) (cf. Tabela 22).

Tabela 22 - Resultados para a comparação de médias de satisfação com o suporte social e o género (n=117)

		N	Média	Desvio Padrão	Df	t
ESSS-Total						
Género	Masculino	30	55,97	8,68	115	-2,456*
	Feminino	87	59,49	6,01		
Satisfação com os amigos						
Género	Masculino	30	19,33	3,52	115	-2,848**
	Feminino	87	21,08	2,66		
Satisfação com a família						
Género	Masculino	30	13,43	1,72	115	-1,451
	Feminino	87	13,90	1,43		

Nota: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

Os resultados obtidos da comparação de médias dos níveis de satisfação com o suporte social entre géneros podem ser observados na Figura 4.

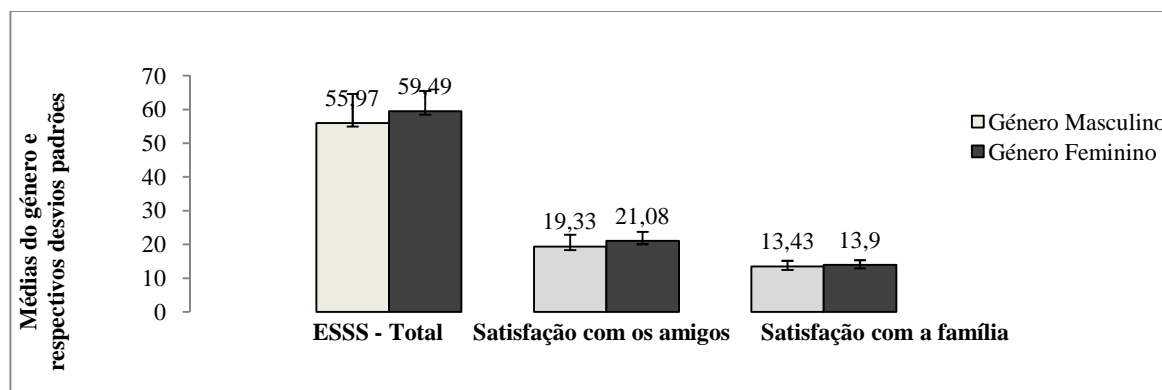


Figura 4 - Comparação de médias dos níveis de satisfação com o suporte social e género (n=117)

A comparação de médias da satisfação com o suporte social e idade, não indicou diferenças estatisticamente significativas entre a idade e a escala total ($t(115) = 0,964$; $p = 0,337$), nem com a Satisfação com os amigos ($t(115) = 0,933$; $p = 0,353$), nem com a Satisfação com a família ($t(115) = 0,233$; $p = 0,816$) (cf. Tabela 23).

Tabela 23 - Resultados para a comparação de médias de satisfação com o suporte social por intervalos de idade (n=117)

		N	Média	Desvio Padrão	Df	t
ESSS-Total						
Intervalos de idade	65-74 Anos	20	59,95	7,33	115	0,964
	75-101 Ano	97	58,31	6,85		
Satisfação com os amigos						
Intervalos de idade	65-74 Anos	20	21,20	2,88	115	0,933
	75-101 Ano	97	20,52	3,01		
Satisfação com a família						
Intervalos de idade	65-74 Anos	20	13,85	1,63	115	0,233
	75-101 Ano	97	13,76	1,50		

Nota: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

Em relação à comparação de médias de satisfação com o suporte social e estado civil, não se encontraram diferenças estatisticamente significativas, nem quanto à escala total ($F(3;113) = 0,052$; $p = 0,984$), nem quanto à Satisfação com os amigos ($F(3;113) = 0,074$; $p =$

0,974) e nem quanto à Satisfação com a família ($F(3;113) = 1,452$; $p = 0,232$). No entanto, são os idosos casados que apresentam maior índice de satisfação com o seu suporte social em geral ($M=59,18$; $DP=9,68$). E são os idosos viúvos ($M=13,94$; $DP=1,37$) e os idosos solteiros ($M=13,83$; $DP=1,59$) que apresentam maior índice de satisfação com a família (cf. Tabela 24).

Tabela 24 - Resultados para a comparação de médias de satisfação com o suporte social e estado civil (n=117)

		N	Média	Desvio Padrão	Df (B;W)	F
ESSS-Total						
Estado civil	Solteiro/a	23	58,35	5,50	3;113	0,052
	Divorciado/a	6	58,33	6,77		
	Casado/a	17	59,18	9,68		
	Viúvo/a	71	58,55	6,75		
Satisfação com os amigos						
Estado civil	Solteiro/a	23	20,48	2,33	3;113	0,074
	Divorciado/a	6	21,00	2,53		
	Casado/a	17	20,82	3,47		
	Viúvo/a	71	20,61	3,13		
Satisfação com a família						
Estado civil	Solteiro/a	23	13,83	1,59	3;113	1,452
	Divorciado/a	6	13,50	2,51		
	Casado/a	17	13,12	1,54		
	Viúvo/a	71	13,94	1,37		

Nota: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

Quanto às comparações de médias de satisfação com o suporte social e escolaridade, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas, nem quanto à escala total ($F(5;111) = 0,909$; $p = 0,478$), nem quanto ao factor Satisfação com os amigos ($F(5;111) = 1,292$; $p = 0,273$) e nem quanto ao factor Satisfação com a família ($F(5;111) = 1,785$; $p = 0,122$) (cf. Tabela 25).

Tabela 25 - Resultados para a comparação de médias de satisfação com o suporte social e escolaridade (n=117)

		N	Média	Desvio Padrão	Df (B;W)	F
ESSS-Total						
Escolaridade	Não sabe ler/escrever	57	58,91	7,94	5;111	0,909
	1.º - 4.º Ano	51	58,55	5,38		
	5.º-6.º Ano	5	54,00	9,67		
	7.º - 9.º Ano	2	62,00	0,00		
	10.º - 12.º Ano	1	65,00			
	Ensino superior	1	52,00			
Satisfação com os amigos						
Escolaridade	Não sabe ler/escrever	57	20,81	3,09	5;111	1,292
	1.º - 4.º Ano	51	20,53	2,75		
	5.º-6.º Ano	5	18,20	4,09		
	7.º - 9.º Ano	2	24,00	0,00		
	10.º - 12.º Ano	1	22,00			
	Ensino superior	1	20,00			
Satisfação com a família						
Escolaridade	Não sabe ler/escrever	57	13,68	1,45	5;111	1,785
	1.º - 4.º Ano	51	13,88	1,57		
	5.º-6.º Ano	5	14,20	1,10		

7.º - 9.º Ano	2	15,00	0,00
10.º - 12.º Ano	1	13,00	
Ensino superior	1	10,00	

Nota: * p<0,05; ** p<0,01; *** p<0,001.

Em relação à comparação de médias de satisfação com o suporte social e motivo de internamento, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas, nem quanto à escala total ($F(5;111) = 1,591$; $p = 0,168$), nem quanto à Satisfação com os amigos ($F(5;111) = 0,484$; $p = 0,788$) e nem quanto à Satisfação com a família ($F(5;111) = 1,625$; $p = 0,159$). Todavia, são os idosos institucionalizados por indisponibilidade dos filhos para prestarem cuidados ($M=61,87$; $DP=6,98$) que apresentam maiores índices de satisfação com o seu suporte social em geral (cf. Tabela 26).

Tabela 26 - Resultados para a comparação de médias de satisfação com o suporte social e motivo de internamento (n=117)

		N	Média	Desvio Padrão	Df (B;W)	F
ESSS-Total						
Motivo de internamento	Morava sozinho	36	57,72	6,11	5;111	1,591
	Dificuldade em auto-cuidar-se	39	58,80	6,30		
	Indisponibilidade dos filhos para prestarem cuidados	15	61,87	6,98		
	O cônjuge necessita de cuidados	14	57,57	8,20		
	Sem família/Sem filhos	10	59,60	9,52		
	Preferência em morar num Lar de Idosos	3	51,33	2,52		
Satisfação com os amigos						
Motivo de internamento	Morava sozinho	36	20,47	2,99	5;111	0,484
	Dificuldade em auto-cuidar-se	39	20,67	2,85		
	Indisponibilidade dos filhos para prestarem cuidados	15	20,93	2,40		
	O cônjuge necessita de cuidados	14	20,43	3,46		
	Sem família/Sem filhos	10	21,50	2,67		
	Preferência em morar num Lar de Idosos	3	18,67	4,93		
Satisfação com a família						
Motivo de internamento	Morava sozinho	36	13,64	1,52	5;111	1,625
	Dificuldade em auto-cuidar-se	39	13,70	1,48		
	Indisponibilidade dos filhos para prestarem cuidados	15	14,53	1,06		
	O cônjuge necessita de cuidados	14	13,50	1,51		
	Sem família/Sem filhos	10	13,20	2,10		
	Preferência em morar num Lar de Idosos	3	15,00	0,00		

Nota: * p<0,05; ** p<0,01; *** p<0,001.

Quanto à comparação de médias de satisfação com o suporte social e a iniciativa no internamento, através dos resultados obtidos, podemos verificar que não existem diferenças estatisticamente significativas quanto à escala total ($t(115) = 1,634$; $p = 0,105$), nem quanto à Satisfação com os amigos ($t(115) = 1,199$; $p = 0,233$), nem quanto à Satisfação com a família ($t(115) = 1,836$; $p = 0,069$). No entanto, os idosos que tiveram iniciativa própria no internamento apresentam um índice médio superior de satisfação com o seu suporte social

(M=59,64; DP=7,39), comparativamente aos idosos que foram internados sem iniciativa própria (M=57,56; DP=6,34) (cf. Tabela 27).

Tabela 27 - Resultados para a comparação de médias de satisfação com o suporte social e a iniciativa própria no internamento (n=117)

		N	Média	Desvio Padrão	Df	t
ESSS-Total						
Iniciativa própria no internamento	Sim	58	59,64	7,39	115	1,634
	Não	59	57,56	6,34		
Satisfação com os amigos						
Iniciativa própria no internamento	Sim	58	20,97	3,12	115	1,199
	Não	59	20,31	2,83		
Satisfação com a família						
Iniciativa própria no internamento	Sim	58	14,04	1,57	115	1,836
	Não	59	13,53	1,43		

Nota: * p<0,05; ** p<0,01; *** p<0,001.

No que concerne à comparação de médias de satisfação com o suporte social e tempo de internamento, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas, nem quanto à escala total ($F(3;113) = 1,817$; $p = 0,148$), nem quanto à Satisfação com os amigos ($F(3;113) = 1,159$; $p = 0,329$), nem quanto à Satisfação com a família ($F(3;113) = 0,978$; $p = 0,406$). No entanto, são os idosos institucionalizados no intervalo de 11 anos a 20 anos que apresentam maior índice de satisfação com o suporte social em geral e maior índice de Satisfação com os amigos (M=21,82; DP=2,07). Relativamente à Satisfação com a família, também, são os idosos institucionalizados neste período (M=14,00; DP=1,27) que apresentam maior índice de satisfação com a família. Todavia, são os idosos institucionalizados há 1 mês a 6 meses que apresentam níveis mais baixos de satisfação com o suporte social em geral (M= 57,31; DP= 6,39), com os amigos (M= 20,06; DP= 2,93) e com a família (M= 13,38; DP= 1,50) (cf. Tabela 28).

Tabela 28 - Resultados para a comparação de médias de satisfação com o suporte social e tempo de internamento (n=117)

		N	Média	Desvio Padrão	Df (B;W)	F
ESSS-Total						
Tempo de Internamento	1Mês - 6 Meses	16	57,31	6,39	3;113	1,817
	7 Meses - 1 Ano	24	58,17	7,57		
	2 Anos - 10 Anos	60	58,10	7,04		
	11 Anos - 20 Anos	17	62,12	5,35		
Satisfação com os amigos						
Tempo de Internamento	1Mês - 6 Meses	16	20,06	2,93	3;113	1,159
	7 Meses - 1 Ano	24	20,54	2,72		
	2 Anos - 10 Anos	60	20,48	3,28		
	11 Anos - 20 Anos	17	21,82	2,07		
Satisfação com a família						
Tempo de Internamento	1Mês - 6 Meses	16	13,38	1,50	3;113	0,978
	7 Meses - 1 Ano	24	13,50	1,62		
	2 Anos - 10 Anos	60	13,93	1,54		
	11 Anos - 20 Anos	17	14,00	1,27		

Nota: * p<0,05; ** p<0,01; *** p<0,001.

3. Estudo da correlação entre a sintomatologia depressiva e o suporte social

A análise efectuada entre a sintomatologia depressiva e o suporte social através do coeficiente de correlação de *Pearson* indica uma correlação negativa e estatisticamente significativa, considerada baixa ($r = -0,36$; $p < 0,01$) (cf. Tabela 29), de acordo com os critérios de Cohen e Holliday (citados por Poeschl, 2008). Ou seja, à medida que os níveis de sintomatologia depressiva sobem a satisfação com o suporte social tende a diminuir (cf. Figura 5).

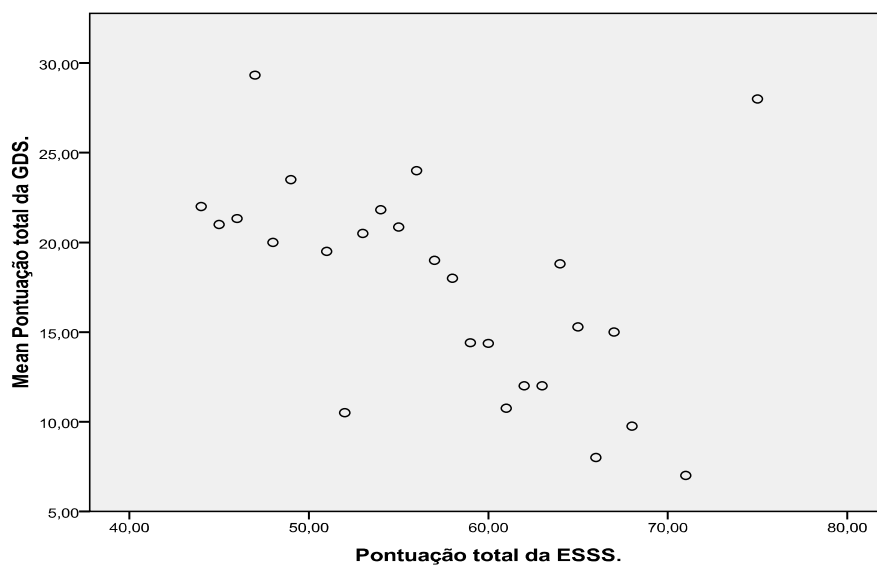


Figura 5 - Coeficiente de Pearson entre a GDS-Total e a ESSS-Total

Relativamente ao coeficiente de correlação entre o primeiro factor da ESSS, Satisfação com os amigos, e a pontuação total da GDS, verifica-se uma correlação negativa e estatisticamente significativa, considerada baixa ($r = -0,31$; $p = 0,001$). Tal parece indicar que os idosos com sintomatologia depressiva tendem a demonstrar uma menor satisfação com os seus amigos. O estudo da relação entre o terceiro factor da ESSS, Satisfação com a família, e a pontuação total da GDS indica a existência de uma correlação que não é estatisticamente significativa ($r = -0,13$; $p = 0,171$). Estes dados são apresentados na Tabela 29.

Tabela 29 - Coeficiente de Pearson entre a GDS-Total e a ESSS-Total e respectivos factores (n=117)

		GDS-Total
ESSS-Total	Correlação de <i>Pearson</i>	-0,36*
Satisfação com os amigos	Correlação de <i>Pearson</i>	-0,31**
Satisfação com a família	Correlação de <i>Pearson</i>	-0,13

Nota: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

VI- Discussão dos resultados

Os resultados deste estudo apontam que, de um modo geral, os idosos institucionalizados apresentam um elevado índice de sintomatologia depressiva (73,5%), corroborando, assim, os resultados, já obtidos por outros autores (e.g. Bergdahl et al., 2005; Djernes, 2006; Gordilho, 2002; Irigaray & Schneider, 2007; Papalia et al., 2006; Stek et al., 2006).

Relativamente à sintomatologia depressiva e género, os resultados obtidos não apontam para a existência de diferenças estatisticamente significativas, não apoiando a Hipótese 1: “Idosos do sexo feminino apresentam maiores níveis de sintomatologia depressiva do que idosos do sexo masculino”. Deste modo, os dados não corroboram os resultados obtidos por outros autores (e.g. Alvarado et al., 2007; Batistoni, 2007; Cheloni et al., 2003; Chen et al., 2005; Gazalle et al., 2004; Lima, 1999; Papadopoulos et al., 2005; Santana & Filho, 2007; Sanz, 2003; Sousa et al., 2007; Stek et al., 2006). No entanto os resultados indicam que são os idosos do sexo feminino que tendem a apresentar maior índice de sintomatologia depressiva comparativamente com idosos do sexo masculino. Tais resultados obtidos podem estar associados ao facto de serem os idosos do sexo feminino que apresentam idades mais elevadas, que registam mais situações de viuvez e que apresentam maior nível de iliteracia.

No entanto, num estudo realizado por Vaz Serra e Gouveia (1977, citados por Fernandes, 2002) concluíram que 40% dos idosos do sexo masculino apresentavam perturbações de humor em relação a uma pequena percentagem de idosos do sexo feminino. No mesmo sentido, Spar e Rue (1998) relatam que não se coloca essa distinção na faixa etária dos idosos.

No que diz respeito à idade, os idosos participantes neste estudo com mais de 75 anos apresentam um índice de sintomatologia depressiva mais elevado do que os idosos com menos de 74 anos, sendo que tal diferença mostrou-se estatisticamente significativa. Pelo que a Hipótese 2 é apoiada pelos resultados. Tal corrobora, também, os resultados obtidos por outros autores que investigaram este aspecto, isto é, quanto mais avançada a idade, maior será o índice de sintomatologia depressiva (e.g. Carrasco et al., 2002; Cheloni et al., 2003; Gazalle et al., 2004; Hervás, 2003; Oliveira, 2005; Papadopoulos et al., 2005; Sanz, 2003). Estes resultados poderão estar relacionados com o facto de que com o avançar da idade, os idosos manifestam maiores dificuldades em participar em actividades e experiências de vida agradáveis, maiores dificuldades físicas e devido à sua história de vida que pode ter implicações no desenvolvimento de sintomatologia depressiva à *posteriori*.

Relativamente ao estado civil e sintomatologia depressiva, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas, pelo que os dados não apoiam a Hipótese 3: “Idosos casados apresentam menores níveis de sintomatologia depressiva do que idosos viúvos”. Deste modo, os dados não corroboram os resultados obtidos por outros autores (e.g.

Batistoni, 2007; Djernes, 2006; Gordilho, 2002; Irigaray & Schneider, 2007; Lima, 1999; Montorio & Isal, 1999; Santana & Filho, 2007), em que possuir esposo(a) ou uma pessoa confiante associa-se a menor ocorrência de sintomatologia depressiva. Todavia, na presente amostra, são os idosos casados e divorciados que apresentam menor índice de sintomatologia depressiva e são os indivíduos viúvos que apresentam maior índice de sintomatologia depressiva.

Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas, quanto à escolaridade e sintomatologia depressiva. Pelo que os dados não apoiam a Hipótese 4 e, da mesma forma, os resultados obtidos não corroboram os estudos que referem que a baixa escolaridade é um factor de risco para o desenvolvimento de sintomatologia depressiva (e.g. Batistoni, 2007; Djernes, 2006; Gazalle et al., 2004; Gordilho, 2002; Papadopoulos et al., 2005; Stek et al., 2006). No entanto, na amostra são os idosos que não sabem ler nem escrever que apresentam maior índice de depressão do que os idosos que frequentaram a escola.

Os resultados deste estudo sugerem que são os idosos institucionalizados por preferirem morar num Lar de Idosos e os idosos que moravam sozinhos que apresentam maior índice de sintomatologia depressiva, embora tal diferença não seja estatisticamente significativa. Todavia, o primeiro resultado poderá ser devido ao facto de estes idosos já apresentarem sintomatologia depressiva anterior à institucionalização, as suas expectativas iniciais sobre a institucionalização não se verificarem, por talvez serem demasiado elevadas, não se encontrarem satisfeitos com o ambiente em que estão inseridos ou a uma má adaptação ao Lar. Por sua vez, o segundo resultado não vai ao encontro dos estudos que defendem que idosos que vivem sozinhos, que não têm um confiante ou relação íntima apresentam maior susceptibilidade em apresentar índices de sintomatologia depressiva mais elevados (e.g. Cheloni et al., 2003; Chou & Chi, 2005; Lima, 1999; Papadopoulos et al., 2005; Sanz, 2003; Sequeira & Silva, 2002; Stek et al., 2006).

Os idosos que não tiveram iniciativa própria no internamento apresentam índices de sintomatologia depressiva mais elevados do que os idosos institucionalizados por iniciativa própria. Pelo que a Hipótese 5 é apoiada pelos resultados devido à existência de diferenças estatisticamente significativas. Deste modo, os dados obtidos corroboram os resultados de Barenys (1990), em que a entrada num Lar de Idosos é, para a maior parte dos idosos, fortemente condicionada por factores alheios à sua vontade e à falta de alternativas, o internamento num Lar impôs-se como um mal necessário, e conseqüentemente terá implicações ao nível do desenvolvimento de sintomatologia depressiva. Estes resultados poderão estar relacionados com o facto de estes idosos por serem institucionalizados, de alguma forma, contrariados, não estarem tão disponíveis e interessados na sua adaptação e integração ao Lar de Idosos.

Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas, no que concerne ao tempo de internamento e sintomatologia depressiva. No entanto, verifica-se que são os

idosos que se encontram institucionalizados entre 2 a 10 anos e 1 mês a 6 meses que apresentam maior índice de sintomatologia depressiva. Todavia, na grande parte da literatura não aparece especificado qual o período de internamento mais propício ao desenvolvimento de sintomatologia depressiva, apenas o facto de o idoso estar institucionalizado poderá ser um factor de risco para o desenvolvimento de sintomatologia depressiva (e.g. Bergdahl et al., 2005; Djernes, 2006; Gordilho, 2002; Irigaray & Schneider, 2007; Stek et al., 2006). Apenas Shirley et al. (2000) referem que a percentagem de idosos com sintomatologia depressiva é maior nos idosos recentemente institucionalizados.

Em relação à variável satisfação com o suporte social, os resultados do estudo indicam níveis elevados na amostra, assim como níveis elevados de Satisfação com os amigos e com a família. Resultados estes que parecem estar relacionados com o ambiente que rodeia estes idosos, ou seja, o facto de viverem num Lar de Idosos, pois após a institucionalização os amigos dos idosos passam a ser os idosos que, também, se encontram institucionalizados. Quanto à Satisfação com a família, os resultados obtidos vão no mesmo sentido do defendido por alguns autores (e.g. Buil, Espino, 1999; Juanola et al., 2005), em que nesta faixa etária a família assume uma importância preponderante, sendo uma das primeiras fontes de suporte em termos emocionais.

Os resultados do presente estudo indicam que os idosos do sexo feminino apresentam maior índice de satisfação com o suporte social do que os idosos do sexo masculino. Pelo que os dados apoiam a Hipótese 6, uma vez que se encontraram diferenças estatisticamente significativas. Estes resultados são suportados pela literatura, por exemplo, Gurung et al. (2003) que refere que o género é, frequentemente, um dos maiores preditores do suporte social, sendo que, as mulheres recebem e dão mais suporte ao longo da vida e experimentam mais benefícios do suporte das suas interações sociais. Da mesma forma, também, se verificaram diferenças estatisticamente significativas relativamente ao factor Satisfação com os Amigos. Ou seja, também, são os idosos do sexo feminino que apresentam maior índice de satisfação com os seus amigos. Estes resultados corroboram os resultados obtidos por Bell (1981, citado por Ornelas, 2008), que refere que as mulheres idosas têm amigos mais próximos e que dão maior importância às suas amizades, do que os homens. Relativamente ao factor Satisfação com a Família e género, não se encontraram diferenças estatisticamente significativas.

No que concerne à idade, são os idosos com 65 a 74 anos que apresentam maior índice de satisfação com o seu suporte social em geral, satisfação com os amigos e com a família do que os idosos com mais de 75 anos, no entanto não se verificaram diferenças estatisticamente significativas. E, como tal, os dados obtidos não apoiam a Hipótese 7: “Idosos com mais idade apresentam maiores níveis de satisfação com o suporte social do que idosos mais novos”. Deste modo, os dados obtidos vão ao encontro dos resultados

demonstrados por Pinto et al. (2006), que nas suas investigações, também, não encontraram diferenças significativas entre o suporte social e a idade dos idosos.

Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas relativamente ao estado civil e suporte social, pelo que os dados não apoiam a Hipótese 8: “Idosos casados apresentam maiores níveis de satisfação de suporte social do que idosos viúvos”. Apesar de na presente amostra, serem os idosos casados que apresentam maior satisfação com o suporte social. Por outro lado, são os idosos divorciados que apresentam maior índice de satisfação com os amigos e são os idosos viúvos e solteiros que apresentam maior índice de satisfação com a família, embora, também, não se tenham verificado diferenças estatisticamente significativas. Deste modo, os resultados obtidos não vão de encontro ao defendido por Loureiro (1999), que refere que uma das relações de maior relevância nos idosos é o casamento, tende a ser motivo de satisfação e contribui como fonte de suporte e apoio despoletando sentimentos de bem-estar. Um outro estudo desenvolvido por Ensel (1986, citado por Ornelas, 2008), comparou os níveis de suporte social em cinco grupos, segundo o seu estado civil (casado, divorciado, separado, viúvo e solteiro). Os indivíduos casados, quer do sexo masculino quer do sexo feminino, relataram níveis mais elevados de suporte social; os divorciados, também de ambos os sexos, foram os que relataram menores índices de suporte; e, os níveis intermédios foram relatados pelos solteiros e pelos separados.

No que diz respeito à escolaridade e suporte social, não se registaram diferenças estatisticamente significativas. Da mesma forma, numa investigação levada a cabo por Pinto et al. (2006), também, não se verificaram diferenças significativas entre o suporte social e a escolaridade dos idosos.

Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas no que concerne ao motivo de internamento e suporte social, embora os resultados indiquem que são os idosos que foram institucionalizados pela indisponibilidade dos filhos para prestarem cuidados e os idosos sem filhos/sem família que evidenciam um maior índice de satisfação com o suporte social no geral. Por sua vez, o maior índice de satisfação com os amigos é registado pelos idosos sem filhos/sem família. E, o maior índice de satisfação com a família é apresentado pelos idosos institucionalizados pela indisponibilidade dos filhos para prestarem cuidados e pelos idosos que manifestavam preferência por viver num Lar de Idosos. De acordo com alguns autores (e.g. Branch & Jette, 1982; Guedes, 2007), o facto de se morar sozinho ou sofrer de solidão, não ter família a quem recorrer são um grande factor de risco para a institucionalização na velhice. Como refere Caldas (2003, citado por Araújo et al., 2006) o maior indicador para a institucionalização de longa duração nos idosos é a falta de suporte familiar, isto é, indisponibilidade familiar. No entanto, contrariamente ao esperado, também são estes idosos institucionalizados que apresentam maior índice de satisfação com o suporte social.

Os resultados não indicaram a presença de diferenças estatisticamente significativas entre a satisfação com o suporte social e a iniciativa própria no internamento. Assim, os resultados obtidos não apoiam a Hipótese 9. No entanto, na presente amostra os idosos institucionalizados por iniciativa própria apresentam maiores índices de satisfação com o suporte social do que os idosos institucionalizados sem iniciativa própria.

No que diz respeito ao suporte social e ao tempo de internamento, também não se verificou qualquer tipo de diferença estatisticamente significativa. Todavia, são os idosos institucionalizados há 1 mês a 6 meses que apresentam menor índice de satisfação com o suporte social, menor índice de satisfação com os amigos e com a família. Estes resultados podem estar relacionados com a recente institucionalização, em que os idosos ainda se encontram em processo de adaptação ao ambiente institucional e pelo facto de muitos dos idosos terem sido institucionalizados contra a sua própria vontade.

A análise da correlação entre os níveis de sintomatologia depressiva e os níveis de satisfação com o suporte social em geral, indica que à medida que os níveis de sintomatologia depressiva aumentam, diminui a satisfação com o suporte social, o que nos permite apoiar a Hipótese 10. Ou seja, são os idosos que possuem menor suporte social que apresentam níveis de sintomatologia depressiva mais elevados. Deste modo, a correlação encontrada vai de encontro ao defendido por Vaz-Serra (1999, citado por Martins, 2005) que refere que quanto menor for o suporte social, mais elevada será a incidência de perturbações ou patologias no idoso.

Em suma, embora os dados sugiram elevados índices de sintomatologia depressiva, de um modo geral a amostra apresenta, também, níveis elevados de satisfação com o suporte social. Deste modo, os resultados obtidos não corroboram os resultados obtidos por diversos autores, os quais revelam que a falta de suporte social estão na base da depressão no idoso, nomeadamente de início mais tardio (e.g. Barg et al., 2006; Carrasco et al., 2002; Cheloni et al., 2003; Chen et al., 2005; Djernes, 2006; Gordilho, 2002; Han, Kim, Lee, Pistulka & Kim, 2007; Irigaray & Schneider, 2007; Koizumi et al., 2005; Rodriguez et al., 2002; Tuesca-Molina et al., 2003). Os dados, também, mostraram um elevado índice de satisfação com a família, seguido de um elevado índice de satisfação com os amigos. O mesmo se verificou num estudo levado a cabo por McKeivitt et al. (2005), em que o suporte social provinha em primeiro lugar da família e, em menor extensão, dos amigos. E, como refere Caldas (2003, citado por Araújo et al., 2006), a família e os amigos são a primeira fonte de cuidados e poderá ser o maior indicador para a institucionalização de longa duração nos idosos quando existe falta de suporte familiar. Ainda, de acordo com Ornelas (2008), o grupo de amigos funciona como uma fonte principal de companhia e uma fonte importante de ajuda emocional e material.

Segundo alguns autores (e.g. Martín, 2002; Paúl & Fonseca, 2001; Ramos, 2002; Rasulo, Christensen & Tomasini, 2005), as redes sociais formadas pelo cônjuge, familiares e

amigos reduzem os efeitos do *stress* nos idosos, sendo que no caso dos que não possuem familiares próximos, como o cônjuge ou filhos, existe uma maior relação com o aparecimento de doenças e maiores índices de mortalidade.

Assim sendo, tais resultados podem levar a considerar que menores níveis de satisfação com o suporte social possam estar associados ao agravamento dos níveis de sintomatologia depressiva e que níveis elevados de satisfação com o suporte social poderão, de alguma forma, ter um efeito “amortecedor” no desenvolvimento de sintomatologia depressiva.

VII- Conclusões

O presente estudo analisou algumas das variáveis que mais se encontram relacionadas com a sintomatologia depressiva e o suporte social em idosos institucionalizados no Concelho de Sátão.

Os resultados deste estudo indicaram que a taxa de prevalência de depressão nos idosos institucionalizados é elevada (73,5%), bem como os níveis de satisfação com o suporte social, que também são elevados (M=58,59). Para além disso, os resultados, também, permitiram concluir que os idosos com mais de 75 anos apresentam maiores níveis de sintomatologia depressiva do que idosos mais novos, os idosos institucionalizados sem iniciativa própria apresentam maior índice de sintomatologia depressiva do que os idosos institucionalizados por iniciativa própria, os idosos do sexo feminino apresentam maiores níveis de satisfação com o suporte social do que idosos do sexo masculino e os idosos institucionalizados que apresentam maior sintomatologia depressiva apresentam menor satisfação com o suporte social.

Os resultados obtidos permitiram, ainda, verificar uma correlação negativa significativa entre os níveis de sintomatologia depressiva e os níveis de satisfação com o suporte social em geral, o que sugere que à medida que os níveis de sintomatologia depressiva aumentam, diminui a satisfação com o suporte social. Assim, o suporte social parece ter um efeito “amortecedor” no desenvolvimento e agravamento de sintomatologia depressiva, ou seja, quando se verifica a presença de suporte social o impacto do *stress* é atenuado, há a estimulação de comportamentos adaptativos de confronto, da auto-estima e da auto-eficácia, promovendo deste modo o bem-estar do idoso.

Todavia, os níveis consideráveis de sintomatologia depressiva na população estudada, remetem para a importância de se planearem acções preventivas e remediativas relativamente a esta patologia. Pelo que se sugerem algumas medidas, que se revelam benéficas para a diminuição da sintomatologia depressiva e promoção de suporte social, que poderão ser postas em prática pelos Lares de Idosos com vista a melhorar a qualidade de vida dos idosos institucionalizados: i) promover a integração do idoso nas primeiras semanas após a admissão no lar; ii) garantir a autonomia de actividades e decisões da vida diária (e.g.

ter controlo sobre a organização e decoração do quarto, quando comer e tomar banho, onde ir, com quem se socializar); iii) desenvolvimento de passatempos e actividades de lazer ligadas à actividade física e mental, promovendo um estilo de vida activo; iv) promover uma adequada rede social: a promoção de visitas de familiares e visitas a outras pessoas; v) proporcionar actividades intergeracionais que possibilitem a partilha de vivências, conhecimentos e experiências entre elementos de diferentes faixas etárias; vi) formação adequada à equipa técnica e prestadora de cuidados para uma correcta identificação de sinais e sintomas da depressão, factores de risco da depressão, bem como o baixo apoio/suporte emocional por parte dos filhos e familiares, experiências de solidão, dificuldade em satisfazer as actividades de vida diárias, dificuldades cognitivas, história prévia de depressão, presença de doença física ou crónica, incapacidades e deficiências; e, vii) um tratamento adequado da sintomatologia depressiva com técnicos de saúde especializados.

Ainda neste sentido, é de todo relevante a manutenção de amizades anteriores à institucionalização e laços afectivos com os familiares, assim como a criação de laços de amizade com os outros idosos que se encontram institucionalizados com vista ao seu bem-estar emocional. Deste modo, torna-se crucial a instituição em conjunto com a família planearem a presença de familiares e amigos, de maneira a que o idoso institucionalizado não se sinta abandonado, o que faz com que se sinta membro da sociedade, amparado e apoiado. Iniciativas como ir buscá-lo ao fim de semana, nas férias e fazer actividades que fazia anteriormente à institucionalização, telefonar regularmente e demonstrar afecto e carinho pelo idoso, torna-se deveras relevantes para a satisfação com o suporte social por parte do idoso institucionalizado.

Deste modo, os resultados obtidos podem ser encarados como uma contribuição para melhor conhecer a sintomatologia depressiva e a satisfação com o suporte social, enquanto um problema epidemiológico relevante, entre os idosos residentes nesta zona geográfica. Para além disso, a depressão e o suporte social verificou-se que é um tema pouco estudado em Portugal, principalmente com idosos institucionalizados. Ainda, como refere Pedro (2003) o elevado suporte social, a ausência de défice cognitivo e manter níveis de autonomia funcional são alguns factores de bom prognóstico da sintomatologia depressiva. Estes factores parecem estar presentes na amostra recolhida, sendo dados promissores. Todavia, em situações em que a sintomatologia se revele de maior gravidade, há que recorrer a intervenção em conformidade, seja mediante o recurso a farmacoterapia ou a psicoterapia individual ou de grupo.

No entanto, não poderão deixar de ser referidas algumas limitações encontradas ao longo desta investigação, decorrentes das opções metodológicas do estudo, nomeadamente no que diz respeito às técnicas e procedimentos utilizados com base em questionários, torna-se inevitável a ocorrência de eventuais erros de medida, próprios dos instrumentos em si. Assim, relativamente à ESSS ainda que aferida para a população portuguesa, a sua

aferição foi levada a cabo com população jovem entre os 15 e 30 anos. Ainda assim, mesmo sendo o suporte social avaliado através de itens específicos, por um lado nenhum deles aborda a percepção global dos indivíduos e por outro, poderão existir outros factores (e.g. grupos religiosos, grupos de amigos) que não estão a ser contemplados nesta escala e parecem ser importantes fontes de suporte social nesta faixa etária.

Quanto à utilização da GDS, esta não se encontra aferida para a população portuguesa. Ainda, referir que o índice de depressão obtido pela GDS não pode referir-se de modo determinista à presença deste diagnóstico, uma vez que para tal é necessária uma avaliação mais aprofundada. Pelo que se deverá apenas falar na presença ou ausência de sintomatologia depressiva.

Para além disso, os estudos psicométricos acarretam, também, algumas limitações uma vez que a identificação de sintomatologia depressiva e níveis de suporte social é, apenas, realizada de acordo com o que o instrumento permite avaliar. Avalia-se mais em termos de aspectos quantitativos que qualitativos.

Outro aspecto a referir, reporta-se à técnica de amostragem que, por ser uma amostra por conveniência, não é representativa, o que dificulta a generalização dos resultados obtidos a uma população mais alargada. Da mesma forma, a amostra não é heterogénea relativamente a algumas variáveis, tais como, género, escolaridade, estado civil e tempo de internamento, pelo que os resultados obtidos nessas situações correm o risco de se encontrarem um pouco enviesados.

Outra das limitações do estudo é o da desejabilidade social, ou seja a tendência para se responder de acordo com o que se associa a uma maior aprovação social.

Assim, no futuro, será pertinente desenvolver mais pesquisa que contorne as limitações apontadas, nomeadamente no aumento do número de idosos e a possibilidade de desenvolver metodologias qualitativas, nomeadamente a entrevista, para obtenção de mais informação, visando atingir uma melhor compreensão do fenómeno neste tipo de população. Sugere-se, também, que novos estudos sejam realizados de forma a comprovar e compreender a relação entre depressão e solidão, condição física, presença de tipos de doenças físicas, medicação utilizada, actividades de lazer, bem como a elevada taxa de prevalência de depressão entre os idosos institucionalizados e a história anterior de depressão antes da institucionalização, a profissão desempenhada ao longo da vida, assim como a ausência ou presença de défice cognitivo. Também, seria de todo pertinente a criação de uma escala para a avaliação do suporte social nesta faixa etária.

Em jeito de conclusão, ainda que não se possa evitar o envelhecimento, cada um de nós pode contribuir em alguma medida para uma maior qualidade de vida investindo num estilo de vida saudável de modo a manter o equilíbrio entre o factor fisiológico, psicológico e social. Deste modo, pensando na qualidade de vida dos idosos institucionalizados, importa ter em consideração, entre outros aspectos, se e em que medida, o funcionamento dos lares

favorece a inserção na instituição; o contacto e a criação de laços afectivos com vários grupos e gerações, incluindo o grupo familiar e de amigos anteriores dos idosos; a “conservação” de um sentimento de utilidade social e valor, enquanto pessoa com experiências de vida e saberes próprios. Acredita-se que tais condições associadas a uma rede de suporte social favorecem, indubitavelmente, a manutenção, por mais tempo, das condições de saúde física e mental dos idosos, assim como o seu desejo de viver.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abas, M., Hotopf, M., & Prince, M. (2002). Depression and mortality in a high-risk population 11-Year follow-up of the Medical Research Council Elderly Hypertension Trial. *British Journal of Psychiatry*, 181, 123-128.
- Abramson, L. Y., Seligman, M. E. P., & Teasdale, J. D. (1978). Learned Helplessness in Humans: Critique and Reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*, 87, 49-74.
- Achterberg, W., Pot, A., Kerkstra, A., & Ribbe, M. (2006). Depressive symptoms in newly admitted nursing home residents. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 21(12), 1156-1162.
- Afonso, R. M. L. B. M. (2007). *Efectos de la terapia de reminiscencia sobre la sintomatología depresiva, la integridad del yo y el bienestar psicológico en población mayor portuguesa*. Dissertação de doutoramento não publicada, Universidade da Beira Interior, Covilhã, Portugal.
- Almeida, A. J. P. S. (2008). *A Pessoa Idosa institucionalizada em Lares: Aspectos e contextos da Qualidade de Vida*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Porto, Portugal.
- Almeida, A. M., & Neto, F. L. (2003). Revisão sobre o uso da terapia cognitiva-comportamental na prevenção de recaídas e recorrências depressivas. *Revista Brasileira Psiquiatria*, 25(4), 239-244.
- Almeida, O. P., & Almeida, S. A. (1999). Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão em Geriatria (GDS) versão reduzida. *Arquivo de Neuropsiquiatria*, 57(2B), 421-426.
- Alvarado, B. E., Zunzunegui, M. V., Béland, F., Sicotte, M., & Tellechea, L. (2007). Social and Gender Inequalities in Depressive Symptoms Among Urban Older Adults of Latin America and the Caribbean. *Journal of Gerontology*, 62B(4), 226-237.
- American Psychiatric Association (1998). What practitioners should know about working with older adults. *Professional Psychology: Research and Practice*, 29(5), 413-427.
- American Psychiatric Association (2000). *DSM IV-TR- Manual de estatística e diagnóstico das perturbações mentais*. Lisboa: Climepsi.
- Aneshensel, C. S., Pearlin, L. I., Mulan, J.T., Zarit, S. H., & Whittlatch, C. J. (1995). *Profiles in caregiving: The unexpected career*. San Diego: Academic Press.
- Antonucci, T. C., Lansford, J. E., & Akiyama, H. (2002). Differences between men and women in social relations, resource deficits, and depressive symptomatology during later life in four nations. *Journal of Social Issues*, 58, 767-83.
- Araoz, F., & Llera, F. (2003). Demografia del envejecimiento. In F. Llera, & Cantera (Eds.), *Manual de Geriatria* (pp. 3-13). Barcelona: Masson.

- Araújo, S. S. C., Freire, D. B. L., Padilha, D. M. P., & Baldisserotto, J. (2006). Social support, health and oral health promotion among the elderly population of Brazil. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 10(19), 203-216.
- Baldwin, N., Harris, J., & Kelly, D. (1993). Institutionalisation: why blame the institution? *Ageing and Society*, 69-81.
- Baltes, P. (1987). Theoretical Propositions of Life-Span Developmental Psychology: On the Dynamics Between Growth and Decline. *Development Psychology*, 23(5), 611-626.
- Baltes, P. (1997). On the Incomplete Architecture of Human Ontogeny. Selection, Optimization and Compensation as Foundation of Developmental Theory. *American Psychologist*, 52(4), 366-380.
- Baltes, P., & Baltes, M. (1990). Psychological Perspective on Successful Aging: The Model of Selective Optimization with Compensation. In P. Baltes, & M. Baltes. *Successful Aging: Perspectives from the behavioral Sciences* (pp. 1-34). New York: Cambridge University Press.
- Baptista, A. S. D., Neves, S. T. V., & Baptista, M. N. (2008). Correlação entre suporte familiar, saúde mental e crenças irracionais em idosos religiosos. *Revista de Psicologia da Vetor Editora*, 9(2), 155-164.
- Baptista, M. N., Baptista, A. S. D., & Dias, R. R. (2001). Estrutura e suporte familiar como fatores de risco na depressão de adolescentes. *Psicologia Ciência e Profissão*, 21(2), 52-61.
- Baptista, M. N., Baptista, A. S. D., & Torres, E. C. R. (2006). Associação entre suporte social, depressão e ansiedade em gestantes. *PSIC – Revista de Psicologia da Vetor Editora*, 7(1), 39-48.
- Baptista, M. N., Morais, P. R., Rodrigues, T., & Silva, J. A. C. (2006). Correlação entre sintomatologia depressiva e prática de actividades sociais em idosos. *Avaliação Psicológica*, 5(1), 77-85.
- Barenys, M. P. (1990). *Residencias de Ancianos – análisis sociológico*. Barcelona: Fundació Caixa de Pensions.
- Barg, F. K., Huss-Ashmore, R., Wittink, M. N., Murray, G. F., Bogner, H. R., & Gallo, J. J. (2006). A Mixed-Methods Approach to Understanding Loneliness and Depression in Older Adults. *Journal of Gerontology*, 61B(6), 329-339.
- Barlow, D. H. (Org.). (1999). *Manual clínico dos transtornos psicológicos* (2ª Ed). Porto Alegre: Artmed.
- Barros, C. L. (2006). *Bem-estar subjectivo, actividade física e institucionalização em idosos*. Dissertação de Mestrado não publicada, Universidade do Porto, Porto, Portugal.
- Bartels, S., Horn, S., Smout, R., Dums, A., Flaherty, E., Jones, J., et al. (2003). Agitation and depression in frail nursing home elderly patients with dementia: treatment

- characteristics and service use. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 11(2), 231-238.
- Batistoni, S. S. T. (2007). *Sintomas depressivos entre idosos: estudo prospectivo de suas relações com variáveis sócio-demográficas e psicossociais*. Tese de Doutorado não-publicada, Universidade Estadual de Campinas, Brasil.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. New York: Guilford Press.
- Benazzi, F. (1998). Late-life depression in private practice depressed outpatients: a 203-case study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 13(3), 145-148.
- Bergdahl, E., Allard, P., Alex, L., Lundman, B., & Gustafson, Y. (2007). Gender differences in depression among the very old. *International Psychogeriatrics*, 19, 1125-1140.
- Berkman, I. F., & Syme, S. L. (1979). Social Networks, host resistance and mortality: a nine-year follow-up study of Alameda County residents. *American Journal of Epidemiology*, 109, 186-204.
- Bernardino, M. P. A. (2005). *As respostas sociais de apoio na satisfação das necessidades humanas básicas da pessoa idosa: uma perspectiva de educação e promoção da saúde*. Dissertação de Mestrado não-publicada, Instituto de Educação e Psicologia da Universidade do Minho, Braga, Portugal.
- Birrer, R. B., & Vemuri, S. P. (2004). Depression in Later Life: A Diagnostic and Therapeutic Challenge. *American Family Physician*, 69(10), 2375-82.
- Bizzini, L. (1998). Cognitive psychotherapy in the treatment of personality disorders in the elderly. In C. Perris, & P. D. McGorry (Eds.), *Cognitive psychotherapy of psychotic and personality disorders: Handbook of theory and practice* (pp. 397-419). New York: Wiley.
- Black, H. K., White, T., & Hannum, S. M. (2007). The Lived Experience of Depression in Elderly African American Women. *Journal of Gerontology*, 62B(6), 392-398.
- Blaney, P. H. (1981). The effectiveness of cognitive and behavioral therapies. In L. P. Rehm (Ed.), *Behavior therapy for depression: present status and future directions* (pp. 1-32). New York: Academic Press.
- Blazer, D. (2000). Psychiatry and the oldest old. *The American Journal of Psychiatry*, 157, 1915-1924.
- Blazer, D. (2003). *Depressão em idosos* (3ª Ed.). São Paulo: Editora Andrei.
- Born, T., & Boechat, N. S. (2002). A qualidade dos cuidados ao idoso institucionalizado. In E. V. Freitas, A. L. Neri, F. A. Cançado, M. Gorzoni, & S. M. Rocha. *Tratado de Geriatria e Gerontologia* (pp. 122-145). Rio de Janeiro: Koogan.
- Bothell, W., Fischer, J., & Hayashida, C. (1999). Social Support and Depression Among Low Income Elderly. *Journal of Housing for the elderly*, 13(12), 51-63.

- Bowling, A. (1994). Social networks and social support among older people and implications for emotional well-being and psychiatric morbidity. *International Review of Psychiatry*, 6(1), 3-13.
- Bozo, O., Toksabay, N. E., & Kürüm, O. (2009). Activities of Daily Living, Depression, and Social Support Among Elderly Turkish People. *The Journal of Psychology*, 143(2), 193-205.
- Branch, L., & Jette, A. (1982). A Prospective study of long-term care institutionalization among the aged. *American Journal of public Health*, 1373-1374.
- Branco, C. (1999). Doenças mais frequentes no Idoso: podemos preveni-las?. In M. Loureiro (Org.), *Envelhecer na comunidade* (pp. 42-45). Covilhã: n.d.
- Branco, M., Nogueira, P., & Dias, C. (2001). *Mocecos: uma observação dos cidadãos idosos no princípio do século XXI*. Lisboa: Observatório Nacional de Saúde.
- Branco, R., & Gonçalves, C. (2000). Envelhecimento demográfico: Aspectos demográficos, económicos e sociais da população idosa em Portugal. In INE. *O envelhecimento em Portugal. Situação demográfica e socioeconómica recente das pessoas idosas*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.
- Brodaty, H., Draper, B., Saab, D., Low, L., Richards, V., Paton, H., et al. (2001). Psychosis, depression and behavioural disturbances in Sydney nursing home residents: prevalence and predictors. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 16(5), 504-512.
- Brown, M., Lapane, K., & Luisi, A. (2002). The management of depression in older nursing home residents. *Journal of the American Geriatrics Society*, 50(1), 69-76.
- Buil, P., & Espino, J. (1999). Anciano y familia. Una relación en evolución. *Anales Sis San Navarra*, 22(1), 19-25.
- Burks, H. M., & Steffre, B. (1979). *Theories of counseling*. United States of America: McGraw-Hill Book Company.
- Calenti, J. (2002). *Inclusión Socio-Laboral y Envejecimiento en las personas con Discapacidad Intelectual*. Coruña: Instituto Gallego de Iniciativas Sociales y Sanitarias.
- Carneiro, R. S., Falcone, E., Clark, C., Prette, Z. D., & Prette, A. D. (2007). Qualidade de Vida, Apoio Social e Depressão em Idosos: Relação com Habilidades Sociais. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 20(2), 229-237.
- Carpiniello, B., Carta, M., & Rudas, N. (1989). Depression among elderly people. A psychosocial study of urban and rural populations. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 80(5), 445-450.
- Carrasco, M., Ortiz, L., & Ballesteros, J. (2002). Envejecimiento y Psiquiatria Geriátrica en el siglo XXI. In L. Ortiz, M. Carrasco, & J. Ballesteros (Eds.), *Psiquiatria Geriátrica* (pp. 3-14). Barcelona: Masson.

- Carstensen, L. L. (1995). Motivação para o contato social ao longo do curso da vida: uma teoria de seletividade socioemocional. In A. L. Neri (Ed.), *Psicologia do envelhecimento*. Campinas: Papirus.
- Carvalho, V., & Fernandez, M. (1999). Depressão no idoso. In M. Netto (Ed.), *Gerontologia: A velhice e o envelhecimento em visão globalizada*. São Paulo: Editora Atheneu.
- Ceinos, M. (2001). Depressión en ancianos: un problema de todos. *Rev Cub Med Gen Integr*, 17(4), 316-320.
- Chavarino, A. (2002). Envejecimiento cerebral. In L. Ortiz, M. Carrasco, & J. Ballesteros (Eds.), *Psiquiatria Geriátrica* (pp. 15-20). Barcelona: Masson.
- Cheloni, C. F., Pinheiro, F., Filho, M., & Medeiros, A. (2003). Prevalência de depressão em idosos institucionalizados no município de Mossoró segundo Escala de Depressão Geriátrica (Yesavage). *Expressão*, 34(1-2), 61-73.
- Chen, R., Wei, L., Hu, Z., Qin, X., Copeland, J., & Hemingway, H. (2005). Depression in Older People in Rural China. *Archives of Internal Medicine*, 165, 2019-2025.
- Chou, K., & Chi, I. (2005). Prevalence and correlates of depression in Chinese oldest-old. *Internacional Journal of Geriatric Psychiatry*, 20(1), 41-50.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38, 300-314.
- Corsini, R. J. & Weeding, D. (2000). *Current Psychoterapies* (6st Ed.). Washington: F.E. Peacock Publishres, Itasca Illinois.
- Costa, A. (2005). A depressão nos idosos portugueses. In C. Paúl, & A. M. Fonseca. *Envelhecer em Portugal* (pp.157-176). Lisboa: Climepsi.
- Coutinho, C. P., & Chaves, J. H. (2002). O estudo de caso na investigação em Tecnologia Educativa em Portugal. *Revista Portuguesa de Educação*, 15(1), 221-243.
- Cowles, M., & Davis, C. (2004). On the origins of the level of the .05 level of statistical significance. In A. E. Kadzin (Ed.), *Methodological issues and strategies in clinical research* (3rd Ed) (pp. 505-546). Washington: American Psychological Association.
- Cramer, D., Henderson, S., & Scott, R. (1997). Mental health and desired social support: a four-wave panel study. *Journal of Social and Personal Relationships*, 14(6), 761-775.
- Cupertino, A. P. F. B., Oliveira, B. H. D., Guedes, D. V., Coelho, E. R., Milano, R. S., Rubac, J. S., & Sarkis, S. H. (2006). Estresse e Suporte Social na Infância e Adolescência relacionados com Sintomas Depressivos em Idosos. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 19(3), 371-378.
- Del Porto, J. (2004). Bipolar disorder: evolution of the concept and current controversies. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26(3), 3-6.
- DeVellis, R. F. (1991). *Scale development: Theory and applications*. Newbury Prak: Sage Publications.

- Dicionário da Língua Portuguesa. (s/d). *Infopédia: Enciclopédia e Dicionários Porto Editora*. Acesso em 20 de Dezembro de 2009, disponível em Infopédia: <http://www.infopedia.pt/>.
- Diwan, S. (2008). Limited English Proficiency, Social Network. Characteristics, and Depressive Symptoms Among Older Immigrants. *Journal of Gerontology*, 63B(3), 184-191.
- Djernes, J. K. (2006). Prevalence and predictors of depression in populations of elderly: a review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113, 372-87.
- Dorenlot, P., Harboun, M., Bige, V., Henrard, J., & Ankri, J. (2005). Major depression as a risk factor for early institutionalization of dementia patients living in the community. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 20(5), 471-478.
- Dorfman, L. T., Holmes, C. A., & Berlin, K. L. (1996). Wife Caregivers of Frail Elderly Veterans. Correlates of caregiver satisfaction and caregiver strain. *Family Relations*, 45, 46-55.
- Dornelles, B., & Costa, G. J. (2003). *Investindo no envelhecimento saudável*. Porto Alegre: Edipucrs.
- Downing, L. N. (1975). *Counseling theories and techniques – summarized and critiqued*. Chicago: Nelson Hall.
- Dunst, C., & Trivette, C. (1990). Assessment of social support in early intervention programs. In S. Meisels, & J. Shonkoff (Eds.), *Handbook of early childhood intervention* (pp. 326-349). New York: Cambridge University Press.
- Ellis, A. (1997). Extending the goals of Behavior Therapy and of Cognitive Behavior Therapy. *Behavior therapy*, 28, 333-339.
- Ellis, A. (2004). Why Rational Behavior Therapy is the most comprehensive and effective from of behavior therapy. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 22(2), 85-92.
- Fernandes, A. (1997). *Velhice e Sociedade: Demografia, Família e Políticas Sociais em Portugal*. Oeiras: Celta Editora.
- Fernandes, P. (2002). *A depressão no idoso*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Fernández-Ballesteros, R. (2000). *Gerontología Social*. Madrid: Pirámide.
- Ferrari, J. F., & Dalacorte, R. R. (2007). Use of Yesavage's Geriatric Depression Scale to evaluate the prevalence of depression in inpatient elderly subjects. *Scientia Medica*, 17(1), 3-8.
- Ferrari, M. A. C. (1991). Instituições que abrigam idosos: propostas de padrões mínimos para seu funcionamento. *Revista Terapia Ocupacional*, 2(2/3), 86-99.
- Ferster, C. B. (1973). A functional analysis of depression. *American Psychologist*, 28, 857-870.
- Figueiredo, D. (2007). *Cuidados familiares ao idoso dependente*. Lisboa: Climepsi Editores.

- Filho, C. (1998). Teorias do Envelhecimento. In C. Filho, E. Thomaz, & P. Matheus. *Geriatrics: Fundamentos, Clínica*. São Paulo: Atheneu.
- Fischer, G. N. (1994). *Psicologia Social do Ambiente*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Fontaine, R. (2000). *Psicologia do envelhecimento*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Forman-Hoffman, V. L., Yankey, J. W., Hillis, S. L., Wallace, R. B., & Wolinsky, F. D. (2007). Weight and Depressive Symptoms in Older Adults: Direction of Influence? *Journal of Gerontology*, 62B(1), 43-51.
- Forsell, Y., & Winbland, B. (1999). Incidence of Major depression in a very elderly population. *Internacional Journal of Geriatric Psychiatry*, 14(5), 368-372.
- Fraiman, A. P. (1991). *Coisas da Idade* (2ª Ed.). São Paulo: Hermes.
- Franch, V. (2002). Epidemiología de la depresión en el anciano. *Informaciones psiquiátricas. Jornadas de actualización en Psicogeriatrics*, 167(1), 19-40.
- Frank, M. H., & Rodrigues, N. L. (2006). Depressão, ansiedade, outros distúrbios afetivos e suicídio. In E. V. Freitas, P. L. Cançado, & J. Gorzoni. (Orgs.), *Tratado de geriatrics e gerontologia* (pp. 376-86). Rio de Janeiro: Koogan.
- Freire, R. C., & Tavares, M. F. L. (2005). A saúde sob o olhar do idoso institucionalizado: conhecendo e valorizando sua opinião. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 9(16), 147-58.
- Furner, S. E., Wallace, K., Arguelles, L., Miles, T., & Goldberg, J. (2006). Twin Study of Depressive Symptoms Among Older African-American Women. *Journal of Gerontology*, 61B(6), 355-361.
- Garcia, A., Passos, A., Campo, A., Pinheiro, E., Barroso, F., Coutinho, G., Mesquita, L., Alves, M., & Sholl-Franco, A. (2006). A depressão e o processo de envelhecimento. *Ciências & Cognição*, 7, 111-121.
- Gazalle, F., Lima, M. S., Tavares, B. F., & Hallal, P. C. (2004). Sintomas depressivos e fatores associados em população idosa no Sul do Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 38(3), 365-371.
- George, L. K. (1996). Social Factors and Illness. In R. H. Binstock, & L. K. George (Eds.), *Handbook of Aging and the Social Sciences* (pp. 229-252). San Diego: Academic Press.
- Glass, T. A., Leon C. F. M., Bassuk, S. S., & Berkman, L. F. (2006). Social engagement and depressive symptoms en late life longitudinal findings. *Journal of Aging and Health*, 18, 604-28.
- Godinho, A. L. C. A. (2007). *Depressão e Factores Cronobiológicos*. Tese de Doutoramento não-publicada, Universidade do Minho, Braga, Portugal.
- Goffman, E. (1996). *Manocómios, Prisões e Conventos*. São Paulo: Editora Perspectiva.

- Goldberg, J. H., Breckenridge J. N., & Sheikh, J. I. (2003). Age Differences in Symptoms of Depression and Anxiety: Examining Behavioral Medicine Outpatients. *Journal of Behavioral Medicine, 26*(2), 119-132.
- Gonçalves, D. A. C. S. (2006). *Estimulação e promoção de memórias autobiográficas específicas como metodologia de diminuição de sintomatologia depressiva em pessoas idosas*. Dissertação de Mestrado não-publicada, Universidade do Minho, Braga, Portugal.
- Gonçalves, O. (1994). Cognitive Narrative Psychotherapy: The Hermeneutic Construction of Alternative Meanings. *Journal of Psychotherapy: An International Quarterly, 8*(2), 105-125.
- Gonçalves, O. (1995). Hermeneutics, Constructivism and Cognitive-behavioral Therapies: From the Object to the Project. In R. A. Neimeyer, & M. J. Mahoney (Eds.), *Constructivism in Psychotherapy*. Washington: American Psychological Association.
- Gonçalves, O. (2000). *Terapias Cognitivas—Teorias e Práticas* (3ª Ed.). Porto: Edições Afrontamento.
- Gordilho, A. (2002). Depressão, Ansiedade outros distúrbios afetivos e suicídio. In E. V. Freitas, L. Neri, A. L. Cançado, M. L. Gorzoni, & S. M. Rocha (Orgs). *Tratado de Geriatria e Gerontologia* (pp. 204-15). Rio de Janeiro: Koogan.
- Guedes, J. M. (2007). *O internamento em lar e a identidade dos idosos*. Dissertação de mestrado, Universidade do Porto, Porto, Portugal.
- Gurung, R. A. R., Taylor, S. E., & Seeman, T. E. (2003). Accounting for changes in social support among married older adults: insights from the Mac Arthur studies of successful aging. *Psychology and Aging, 18*(3), 487-496.
- Gutiérrez, J. (2002). La depresión senil: aspectos clínicos y terapéuticos. *Salud Global, 2*(2), 1-8.
- Hammen, C. L., & Glass, D. R. (1975). Depression, activity, and evaluation of reinforcement. *Journal of Abnormal Psychology, 54*(6), 718-721.
- Han, H., Kim, M., Lee, H. B., Pistulka, G., & Kim, K. B. (2007). Correlates of Depression in the Korean American Elderly: Focusing on Personal Resources of Social Support. *Journal of Cross-Cultural Gerontology, 22*, 115-127.
- Hervás, A., Arizcuren, M., Jalón, E., Tiberio, G., & Forcén, T. (2003). Influencia de variables socio-sanitarias en la situación del estado cognitivo y de ánimo en los pacientes geriátricos de un centro de salud. *Anales de Sistema Sanitario de Navarra, 26*(2), 211-223.
- Horowitz, A., Brennan, M., Reinhardt, J. P., & MacMillan, T. (2006). The Impact of Assistive Device Use on Disability and Depression Among Older Adults With Age-Related Vision Impairments. *Journal of Gerontology, 61B*(5), 274-280.

- House, J. H., Umberson, D., & Landis, K. R. (1988). Structures and processes of social support. In W. R. Scott & J. Blake (Eds.), *Annual review of sociology* (Vol. 14, pp. 293-318). Palo Alto: Annual Reviews.
- Hyer, L., Carpenter, B., Bishmann, D., & Wu, W. (2005). Depression in Long-Term Care. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 12(3), 280-299.
- Iezzoni, L. I., McCarthy, E. P., Davis, R. B., & Siebens, H. (2001). Mobility Difficulties Are Not Only a Problem of Old Age. *J Gen Intern Med*, 16, 235-243.
- INE. (2002). *O envelhecimento em Portugal. Situação demográfica e socio-económica recente das pessoas idosas*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.
- INE. (2005). *Destaque Informação à comunicação social: Dia internacional do idoso*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.
- INE. (2007). *Informação à comunicação social: Dia Mundial da População*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.
- Instituto de Solidariedade e Segurança Social. (2003). *Equipamentos de Alojamento Permanente para Idosos em Portugal: Avaliação Qualitativa das Condições de Instalação e das Dinâmicas de Funcionamento*. Lisboa: Departamento de Investigação e Conhecimento.
- Irigaray, T. Q., & Schneider, R. H. (2007). Prevalência de depressão em idosas participantes da Universidade para a Terceira Idade. *Rev Psiquiatr*, 29(1), 19-27.
- Jacinto, L. (2003). *Uma proposta de perfil profissional para as IPSS*. Dissertação de mestrado em Políticas de Desenvolvimento de Recursos Humanos, Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa, Lisboa, Portugal.
- Jacobson, N. S., Martell, C. R., & Addis, M. E. (2001). *Depression in context: strategies for guided action*. New York: W. Norton.
- Jefferson, J. W., & Greist, J. H. (1999). *Depression and antidepressants: a guide*. Middleton, WI: Dean Foundation for Health.
- Jones, R., Marcantonio, E., & Rabinowitz, T. (2003). Prevalence and correlates of recognized depression in U.S. nursing homes. *Journal of the American Geriatrics Society*, 51(10), 1404-1409.
- Juanola, M., Zamora, A., Rodríguez, M., & Hernández, O. (2005). Influencia de algunas variables en las relaciones familiares del adulto mayor. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 21, 1-12.
- Justo, L., & Calil, H. (2006). Depressão o mesmo acometimento para homens e mulheres? *Revista Psiquiatria Clínica*, 33(2), 74-79.
- Kanter, J. W., Callaghan, G. M., Landes, S. J., Bush, A. M., & Brown, K. R. (2004). Behavior analytic conceptualization and the treatment of depression: traditional models and recent advances. *The Behavior Analyst Today*, 5(3), 255-274.

- Kaplan, G. A., Roberts, R. E., Camacho, T. C., & Coyne, J. C. (1987). Psychosocial predictors of depression: Prospective evidence from the human population laboratory studies. *American Journal of Epidemiology*, *125*(2), 206-220.
- Kaplan, R. M., Patterson, T. L., & Sellis, J. F. (1993). *Health and human behavior*. New York: McGraw-Hill.
- Katsumata, Y., Arai, A., Ishida, K., Tomimori, M., Denda, K., & Tamashiro, H. (2005). Gender differences in the contributions of risk factors to depressive symptoms among the elderly persons dwelling in a community, Japan. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, *20*(11), 1084-1089.
- Kelly, G. (1955). *A theory of personality: The psychology of personal constructs*. New York: Norton.
- Kendall, P. C., & Warman, M. J. (1996). Emotional disorders in youth. In P. M. Salkovskis (Ed.), *Frontiers of cognitive therapy* (pp. 509-530). New York: The Guilford Press.
- Knapp, P. (2007). *Terapia cognitivo-comportamental na prática psiquiátrica*. Porto Alegre: Artmed.
- Koizumi, Y., Awata, S., Kuriyama, S., Ohmori, K., Hozawa, A., Seki, T., Matsuoka, H., & Tsuji, I. (2005). Association between social support and depression status in the elderly: Results of a 1 year community-based prospective cohort study in Japan. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, *59*(5).
- Krause, N. (2001). Social support. In R. H. Binstock, & L. K. George (Eds.), *Handbook of Aging and the Social Sciences* (5st Ed.) (pp. 272-294). San Diego: Academic Press.
- Kurlowicz, L. (1999). The Geriatric Depression Scale (GDS). *The Hartford Institute for Geriatric Nursing, Division of Nursing*, *9*(4).
- Lage, M. I. G. S. (2007). *Avaliação dos cuidados informais aos idosos: Estudo do impacto do cuidado no cuidador informal*. Dissertação de doutoramento, Universidade do Porto, Porto, Portugal.
- Lang, F. R., & Carstensen, L. L. (1994). Close emotional relationships in late life: Further support for proactive aging in the social domain. *Psychology and Aging*, *9*, 315-324.
- Lapiente, F., & Navarro, J. (1998). Câmbios neuropsicológicos associados al envejecimiento normal. *Anales de psicología*, *14*(1), 27-43.
- Lawton, M. (2001). The physical environment of the person with Alzheimer's disease. *Aging & Mental Health*, *5*(1), 56-64.
- Ledesma, R., Ibáñez, G. M., & Mora, P. V. (2002). Análisis de la consistência interna mediante el Alpha de Cronbach: Un programa baseado en gráficos dinâmicos. *Psico-USF*, *2*, 143-152.
- Leite, V. M. M., Carvalho, E. M. F., Barreto, K. M. L., & Falcão, I. V. (2006). Depressão e envelhecimento: estudo nos participantes do Programa Universidade Aberta à Terceira Idade. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, *6*(1), 31-38.

- Lewinsohn, P. M., Biglan, A., & Zeiss, A. S. (1976). Behavioral treatment of depression. In P. O. Davidson (Eds.), *The behavioral management of anxiety, depression and pain* (pp. 91-146). New York: Brunner/Mazel.
- Lewinsohn, P. M., Weinstein, M. S., & Alper, T. (1970). A behavioral approach to the group treatment of depressed persons: a methodological contribution. *Journal of Clinical Psychology, 26*(4), 525-532.
- Lewinsohn, P., & Gotlib, I. (1995). Behavioral Theory and Treatment of Depression. In E. E. Beckam, & W. R. Leber. *Handbook of Depression* (2nd Ed.) (pp. 352-375). London: Guilford Press.
- Lezaun, J., Castiello, M. & Arrasola, F. (1998). Aspectos psicológicos del envejecimiento. In P. Molina, & P. Tarrés (Eds.), *Terapia ocupacional en geriatría: principios e prácticas* (pp. 59-66). Barcelona: Masson.
- Li, L. W., Seltezer, M. M., & Greenberg, J. S. (1997). Social support and depressive symptoms: Differential patterns in wife and daughters caregivers. *Journal of Gerontology: Social Sciences, 52B*(4), 200-211.
- Licht-Strunk, E., Kooij, K., Schaik, D., Marwijk, H., Hout, H., Haan, M., et al. (2005). Prevalence of depression in older patients consulting their general practitioner in The Netherlands. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 20*(11), 1013-1019.
- Lima, M. (1999). Epidemiologia e impacto social. *Revista Brasileira de Psiquiatria, 21*(1), 1-5.
- Lin, N., & Dean, A. (1984). Social Support and depression. *Social Psychiatry, 19*, 83-91.
- Lobo, A., & Pereira, A. (2007). Idoso Institucionalizado: Funcionalidade e Aptidão Física. *Revista Referência, 2*(4), 61-68.
- Loureiro, M. (1999). Aspectos Psicológicos do Envelhecimento. In M. Loureiro (Org.), *Envelhecer na Comunidade* (pp. 7-17). Covilhã: Kreamus.
- Macphillamy, D. J., & Lewinsohn, P. M. (1982). The pleasant events schedules: studies in reliability, validity, and scale intercorrelation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 50*, 363-380.
- Maia, A. C. (1999). Terapias cognitivo-comportamentais da depressão. *Psiquiatria e Praxis Psiquiatrica, 2*(6), 19-28.
- Maia, A. C. (2001). Modelos de avaliação da experiência depressiva. *Psiquiatria Clínica, 22*(2), 197-204.
- Mann, A., Crawford, M., Prince, M., & Menezes, P. (1998). The Recognition and Treatment of Depression in Older People in Primary care. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 13*(3), 172-176.
- Mann, A., Schneider, J., Mozley, C., Levin, E., Blizard, R., Netten, A., et al. (2000). Depression and the response of residential homes to physical health needs. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 15*(12), 1105-1112.

- Maroco, J. (2003). *Análise estatística com utilização do SPSS* (2ª Ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Marques, L., & Firmino, H. (2003). *Depressão e comportamentos suicidários no Idoso*. Lisboa: Atral Cipan.
- Martín, F., Porto, M., & Mellado, G. (2002). Instrumentos de evaluación y exploración complementaria. In L. A. Ortiz, M. M. Carrasco, & J. C. Ballesteros (Eds.), *Psiquiatria Geriátrica* (pp. 123-169). Barcelona: Masson.
- Martín, M. (2002). Beneficios del apoyo social durante el envejecimiento: efectos protectores de la actividad y el deporte. *Revista Digital*, 8(51), 1-4.
- Martin, P., Long, M., & Poon, L. W. (2002). Age change and differences in personality traits and states of the old and very old. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 57, 144-52.
- Martins, R. (2002). Envelhecimento demográfico. *Millenium*, 7(26), 121-126.
- Martins, R. (2003). Envelhecimento e saúde: um problema social emergente. *Millenium*, 8(30), 211-219.
- Martins, R. (2005). A relevância do apoio social na velhice. *Millenium*, 9(31), 128-134.
- Masó, I., & Hernández, L. (1999). Propuesta de intervención para ancianos deprimidos. *Revista Cubana Med Gen Integr*, 15(1), 19-23.
- Mattar, F. N. (1994). *Pesquisa de marketing: metodologia, planeamento, execução e análise* (2ª Ed.). São Paulo: Atlas.
- Mayoral, M. (1996). El Recto del Futuro: el Envejecimiento y la Jubilacion. In J. Vega, & M. Bueno. *Pensando en el Futuro, Curso de Preparación para la Jubilación*. Madrid: Editorial Síntesis.
- Mazza, M. M. P. R., & Lefèvre, F. (2004). A instituição asilar segundo o cuidador familiar do idoso. *Saúde e Sociedade*, 13(3), 68-77.
- McKevitt, C., Baldock, J., Hadlow, J., Moriarty, J., & Butt, J. (2005). Identity, meaning and social support. In A. Walker (Ed.), *Understanding Quality of Life in Old Age* (pp.131-145). Maidenhead: Open University Press.
- Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social. (2001). *Plano Avô*. Lisboa: Ministério da Economia Instituto Português da Qualidade.
- Monforte, J. A., Fernández, C., Díez, J., Toranzo, I., Alonso, M. M., & Franco, M. (1998). Prevalencia de la Depresión en el Anciano que Vive en Residencias. *Rev Esp Geriatr y Gerontol*, 33, 13-20.
- Montorio, I., & Izal, M. (1999). Câmbios asociados al processo de envejecimiento. In M. Izal, & I. Montorio (Eds.), *Gerontología Conductal: Bases para la intervención y âmbitos de aplicación* (pp. 33-66). Madrid: Editorial Síntesis.
- Morley, J. (2004). A Brief History of Geriatrics. *Journal of Gerontology*, 59A, 1132-1152.

- Morris, P. L. P., Robinson, R. G., Raphael, B., & Bishop, D. (1991). The relationship between the perception of social support and post-stroke depression in hospitalized patients. *Psychiatry, 54*, 306-315.
- Mozley, C., Challis, D., Bagley, H., Burns, A., & Huxley, P. (2000). Psychiatric symptomatology in elderly people admitted to nursing and residential homes. *Aging Mental Health, 4*(2), 136-141.
- Murphy, E. (1982). Social origins of depression in old age. *British Journal of Psychiatry, 141*, 135-142.
- Nazareth, J. (1994). O envelhecimento demográfico da população portuguesa no início dos anos noventa. *Geriatría Revista Portuguesa de Medicina Geriátrica*.
- Neimeyer, R. A. (1985). *The development of personal construct psychology*. Lincoln, NE: University of Nebraska Press.
- Neri, A. L. (2004). *Velhice bem-sucedida*. Campinas: Papirus.
- Neri, A. L. (2005). *Palavras-chave em Gerontologia*. São Paulo: Alínea.
- Norton, M. C., Singh, A., Skoog, I., Corcoran, C., Tschanz, J. T., Zandi, P. P., Breitner, J. C. S., K. A. Welsh-Bohmer, & Steffens, D. C. (2008). Church Attendance and New Episodes of Major Depression in a Community Study of Older Adults: The Cache County Study. *Journal of Gerontology, 63B*(3), 129-137.
- Nunes, M. (2004). Apoio social na Diabetes. *Millenium, 2*, 128-134.
- Oldman, C., & Quilgars, D. (1999). The last resort? Revisiting ideas about older people's living arrangements. *Ageing and Society, 19*, 363-384.
- Oliveira, J. (2005). *Psicologia do Envelhecimento e do Idoso*. Porto: Legis Editora.
- Oliveira, K. L., Santos, A., Cruvinel, M., & Néri, A. L. (2006). Relação entre ansiedade, depressão e desesperança entre grupos de idosos. *Psicologia em Estudo, 11*(2), 351-359.
- Olsen, O., Iversen, L., & Sabroe, S. (1991). Age and the operationalization of social support. *Social Science and Medicine, 32*(7), 767-771.
- OMS. (2002). *Relatório Mundial de Saúde 2001 - Saúde mental: nova concepção, nova esperança*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
- Ornelas, J. (2008). *Psicologia Comunitária*. Lisboa: Fim de Século.
- Oxford Dictionary. (2002). *Oxford University Press* [CD-ROM versão 3.00].
- Palarea, M. D. D., Pascual, B. M., & Francés, F. C. (2002). Trastornos afectivos en el anciano. *Revista Multidisciplinar de Gerontologia, 12*(1), 19-25.
- Papadopoulos, F., Petridou, S., Argyropoulou, V., Kontaxakis, V., Dessypris, N., & Anastasiou, A. (2005). Prevalence and correlates of depression in late life: a population based study from a rural Greek town. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 20*(4), 350-357.

- Papalia, D. E., Olds, S. W., & Feldman, R. D. (2006). *Desenvolvimento Humano*. Porto Alegre: Artmed.
- Paradela, E. M. P., Lourenço, R., & Veras, R. (2005). Validação da Escala de Depressão Geriátrica num ambulatório geral. *Revista de Saúde Pública*, 39(6), 918-941.
- Patterson, B. (1995). The process of social support: adjusting to life in a nursing home. *Journal of Advanced Nursing*, 21(4), 682-689.
- Paúl, C. (1994). O papel das famílias na prestação de cuidados a crianças e idosos. In L. Almeida, & I. Ribeiro (Orgs.), *Família e Desenvolvimento* (pp. 45-579). Portalegre: APPORT.
- Paúl, C., & Fonseca, A. M. (2001). *Psicossociologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi.
- Paúl, C., Fonseca, A. M., Martín, I., & Amado, J. (2005). Satisfação e qualidade de vida em idosos portugueses. In C. Paúl, & A. Fonseca (Eds), *Envelhecer em Portugal* (pp. 75-95). Lisboa: Climepsi Editores.
- Paúl, M. C. (1997). *Lá Para o Fim da Vida - Idosos, família e meio ambiente*. Coimbra: Almedina.
- Payne, J., Sheppard, J., Steinberg, M., Warren, A., Baker, A., Steele, C., et al. (2002). Incidence, prevalence, and outcomes of depression of a long-term care facility with dementia. *Journal of Geriatric Psychiatry*, 17(3), 247-253.
- Peace, S., Kellaher, L., & Willcocks, D. (1997). *Re-evaluating Residential Care*. Buckingham: Open University Press.
- Pedro, I. (2003). *Salud mental en el anciano: identificación y cuidados de los principales trastornos*. Madrid: Nueva Imprenta.
- Peláez, M., & Brito, P. (2001). *Aspectos clínicos en la atención a los adultos mayores*. Washington, D.C: Organización Panamericana de la salud.
- Pereira, A., Freitas, C., Mendonça, C., Marçal, F., Souza, J., Noronha, J. P., Lessa, L., Melo, L., Gonçalves, R., & Franco, A. (2004). Envelhecimento, stress e sociedade: uma visão psiconeuroendocrinológica. *Ciências e Cognição*, 1, 34-53.
- Perracini, M. R. (2006). Planejamento e adaptação do ambiente para pessoas idosas. In E. V. Freitas, L. Py, F. A. Cançado, J. Doll, & M. L. Gorzoni. *Tratado de geriatria e gerontologia* (pp. 142-1151). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Pimentel, L. (2000). Novas Tendências do apoio social ao cidadão idoso. *Geriatrics Revista Portuguesa de Medicina Geriátrica*, 10, 6-16.
- Pimentel, L. (2001). *O Lugar do Idoso na Família-Contextos e trajectórias*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Pinto, A. (2001). Envelhecimento das teorias à fisiopatologia. In A. Pinto (Ed.), *Envelhecer Vivendo* (pp. 11-29). Coimbra: Quarteto Editores.

- Pinto, J. L. G., Garcia, A. C. O., Bocchi, S. C. M., & Carvalhaes, M. A. B. L. (2006). Características do apoio social oferecido a idosos de área rural assistida pelo PSF. *Ciência & Saúde Coletiva*, 11(3),753-764.
- Plati, M. C. F., Covre, P., Lukasova, K., & Macedo, E. C. (2006). Depressive symptoms and cognitive performance of the elderly: relationship between institutionalization and activity programs. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 28(2), 118-21.
- Poeschl, G. (2008). *Análise de dados na investigação em Psicologia*. Coimbra: Almedina.
- Porcu, M., Scantamburlo, V. M., Albrecht, N. R., Silva, S. P., Vallim, F. L., Araújo, C. R., Deltreggia, C., & Faiola, R. V. (2002). Estudo comparativo sobre a prevalência de sintomas depressivos em idosos hospitalizados, institucionalizados e residentes na comunidade. *Acta Scientiarum*, 24(3), 713-717.
- Pot, A., Deeg, D., Twisk, J., Beekman, A., & Zarit, S. (2005). The longitudinal relationship between the use of long-term care and depressive symptoms in older adults. *Gerontologist*, 45, 359-369.
- Póvoa, T., Amaral, A., Cárdenas, C., Viana, L., Tavares, A., & Machado, F. (2009). Prevalência de depressão nos idosos institucionalizados na morada do idoso do instituto de gerontologia de Brasília. *Brasília Médica*, 46(3), 241-246.
- Qualls, S. (1999). Mental Health and Mental Disorders in Older Adults. In J. Cavanaugh, & A. Whitbourne (Eds.), *Gerontology: An Interdisciplinary Perspective* (pp. 305-328). New York: Oxford University Press.
- Quartilho, M. J. R. (2003). Terapia Cognitivo-comportamental na Depressão. In A. Vaz-Serra (Coord.), *Medicina – Temas Actuais: Depressão*. Lisboa: Atral-Cipan.
- Quintela, M. J. (2001). O papel dos lares de terceira idade. *Geriatrics*, 14(136), 37-45.
- Quivy, R., & Campenhoudt, L. V. (2003). *Manual de Investigação em Ciências Sociais* (3ª Ed). Lisboa: Gradiva.
- Ramchandani, P. (2004). Treatment of major depressive disorder in children and adolescents. *British Medical Journal*, 328, 3-4.
- Ramos, L. (1999). As mudanças psicossociais do indivíduo na terceira idade sob a influência das relações interpessoais. *Revista de Estudos de Psicologia*, 16(2), 37-44.
- Ramos, M. P. (2002). Apoio social e saúde entre Idosos. *Sociologias*, 4(7), 156-175.
- Rasulo, D., Christensen, K., & Tomasini, C. (2005). The influence of social relations on mortality in later life: a study on elderly Danish twins. *The Gerontologist*, 45(5), 601-608.
- Rehm, L. P. (1999). Métodos de autocontrole. In V. E. Caballo (Org.), *Manual de técnicas de terapia e modificação do comportamento* (pp. 581-605). São Paulo: Santos Livraria Editora.
- Reifler, B. V. (1994). Depression: Diagnosis and comorbidity. In L. S. Schneider, C. F. Reynolds, B. D. Lebowitz, & A. J. Friedhoff (Eds.), *Diagnosis and treatment of*

- depression in late life. Results of the NIH consensus development conference.* Washington (DC): American Psychiatric Press.
- Reynolds, C. F., & Kupfer, D. J. (1999). Depression and aging: A look to the future. *Psychiatric Services, 50*, 1167-1172.
- Ribeiro, J. L. P. (1999a). Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS). *Análise Psicológica, 3*(17), 547-558.
- Ribeiro, J. L. P. (1999b). *Investigação e avaliação em psicologia e saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Ribeiro, J. L. P. (2007). *A Avaliação Psicológica da Saúde. Instrumentos publicados em português*. Coimbra: Quarteto.
- Robert, L. (1995). *O Envelhecimento: Factos e Teorias*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Rodríguez, H., Brathwaite, D., & Dorsey, S. (2002). Depression and social support in the elderly population: a study of rural South African elders. *The ABNF Journal: Official Journal of the Association of Black Nursing Faculty in Higher Education, 13*(2), 45-58.
- Ross, A. T., Mary, F. F., & Rebecca, G. (2006). Social support and developmental psychopathology. In D. Cicchetti, & D. J. Cohen (Eds.), *Developmental Psychopathology* (2th Ed). London: John Wiley & Sons.
- Roth, S. (2000). Aspectos clínicos, biológicos y sociales de las depresiones en la Tercera Edad. *Actas españolas de Psiquiatria, 28*(7), 32-37.
- Roure, R., Reig, A., & Vida, J. (2002). Percepción de apoyo social en pacientes hospitalizados. *Revista Multidisciplinar de Gerontologia, 12*(2), 79-85.
- Rozzini, R., Boffelli, S., Franzoni, S., Frisoni, G., & Trarucchi, M. (1996). Prevalence and predictors of depressive symptoms in a nursing home. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 7*, 629-634.
- Ruipérez, I., & Llorente, P. (1998). *Geriatría*. Rio de Janeiro: McGraw-Hill.
- Salovey, P., Detweiler, J. B., Steward, W. T., & Rothman, A. J. (2000). Emotional states and physical health. *American Psychologist, 55*, 110-121.
- Santana, A. J., & Filho, J. C. B. (2007). Prevalência de sintomas depressivos em idosos institucionalizados na cidade do salvador. *Revista Baiana de Saúde Pública, 31*(1), 134-146.
- Santos, C., Ribeiro, J. L., & Lopes, C. (2003). Estudo de adaptação da escala de satisfação com o suporte social (ESSS) a pessoas com diagnóstico de doença oncológica. *Psicologia, saúde & doenças, 4*(2), 185-204.
- Sanz, M. (2003). Patología mental: delirium. Transtornos afectivos y por ansiedad. In F. Llera, & I. Cantera (Eds.), *Manual de Geriatría* (pp. 565-576). Barcelona: Masson.
- Sarason, B. R. (1999). Familia, apoyo social y salud. In J. Buendia (Ed.), *Familia e psicología de la salud*. Madrid. Pirámide.

- Sarason, I. G., Levine, H. M., Basham, R. B., & Sarason, B. R. (1983). Assessing social support: the social support questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44(1), 127-139.
- Sarason, G. R., Sarason, B. R., & Pierce, G. R. (1990). *Social support: An international view*. New York: John Wiley & Sons.
- Scazufca, M., & Matsuda, C. (2002). Review of the efficacy of psychotherapy vs. pharmacotherapy for depression treatment in old age. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24(2), 64-69.
- Scazufca, M., Menezes, P. R., & Almeida, O. P. (2002). Caregiver burden in an elderly population with depression in São Paulo, Brazil. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 37, 416-422.
- Schestatsky, S. & Fleck, M. (1999). Psicoterapia das depressões. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 21(1), 41-47.
- Seidlitz, L. (2001). Personality factors in mental disorders in later life. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 9, 8-21.
- Sequeira, A., & Silva, M. (2002). O bem-estar da pessoa idosa no meio rural. *Análise Psicológica*, 3(20), 505-516.
- Sheehan, B., D'Souza, G., Thein, N., & O'Malley, R. (2007). Are care homes depressing for people with dementia?. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 22(8), 816-819.
- Sheenan, M. J. (1981). Constructs and "conflict" in depression. *British Journal of Psychology*, 72, 197-209.
- Shirley, P., Leung, Y., & Mak, W. (2000). Depression in Institutionalised older people with impaired vision. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 15, 1120-1124.
- Silberman, C., Souza, C., Wilhems, F., Kipper, L., Wu, V., Diogo, C., Schmitz, M., Stein, A., & Chaves, M. (1995). Cognitive deficit and depressive symptoms in a community group of elderly people: a preliminary study. *Revista de Saúde Pública*, 29(6), 444-450.
- Simões, C. (2002). Da privação sócio-económica à falência dos conceitos de suporte social e desenvolvimento: reflexões para uma praxis interventiva. *Análise Psicológica*, 3(20), 291-295.
- Simon, G., Goldberg, D., Korf, M., & Ustun, T. (2002). Understanding cross-national differences in depression prevalence. *Psychological Medicine*, 32(4), 585-594.
- Siqueira, M. M. (2008). Construção e validação da escala de percepção de suporte social. *Psicologia em Estudo*, 13(2), 381-388.
- Smalbrugge, M., Jongenelis, L., Margriet, A., Beekman, A., & Eefsting, A. (2005). Comorbidity of depression and anxiety in nursing home patients. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 20(3), 218-226.

- Small, B. J., Herzog, C. H., Hulstsch, D. F., & Dixon, R. A. (2003). Stability and change in adult personality over 6 years: findings from the Victoria Longitudinal Study. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 58, 166-76.
- Snowdon, J., Burgess, E., Vaughan, R., & Miller, R. (1996). Use of antidepressants, and the prevalence of depression and cognitive impairment in Sydney nursing homes. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 11(7), 599-606.
- Sousa, L., Figueiredo, D., & Cerqueira, M. (2004). *Envelhecer em Família: os cuidados familiares na velhice*. Porto: Ambar.
- Sousa, R. L., Medeiros, J. G. M., Moura, A. C. L., Souza, C. L. M., & Moreira, I. F. (2007). Validity and reliability of the Geriatric Depression Scale for the identification of depressed patients in a general hospital. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 56(2), 78-82.
- Spar, J., & La Rue, A. (1998). *Guia de psiquiatria geriátrica*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Stek, M. L., Vinkers, D. J., Gussekloo, J., Van Der Mast, R. C., Beekman, A. T. F., & Westendorp, R. G. J. (2006). Natural history of depression in the oldest old population-based prospective study. *British Journal of Psychiatry*, 188, 65-69.
- Stella, F., Gobbi, S., Corazza, D. I., & Costa, J. L. R. (2002). Depressão no Idoso: Diagnóstico, Tratamento e Benefícios da Atividade Física. *Motriz*, 8(3), 91-98.
- Steunenberg, B., Beekman, A. T. F., Deeg, D. H., & Kerkhof, A. M. (2006). Personality and the onset of depression in late life. *Journal of Affective Disorders*, 92, 243-51.
- Stuart, J. R. M. D., Blecke, D. M. D., & Renfrow, M. M. D. (2006). Cognitive Therapy for Depression. *American Family Physician*, 73(1), 83-86.
- Suzuki, M. M., Demartini, S. M., & Soares, E. (2009). Perfil do idoso institucionalizado na cidade de marília: subsídios para elaboração de políticas de atendimento. *Revista de Iniciação Científica*, 9(3), 256-268.
- Teresi, J., Abrams, R., Holmes, D., Ramirez, M., & Eimicke, J. (2001). Prevalence of depression and depression recognition in nursing homes. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 36, 613-620.
- Thompson, L. W. (1996). Cognitive-behavioral therapy and treatment for late-life depression. *Journal of Clinical Psychiatry*, 57(5), 29-37.
- Timiras, P. (1997). *Bases fisiológicas del envejecimiento y geriatría (2ª Ed)*. Barcelona: Masson.
- Townsend, P. (1962). *The Last Refuge*. London: Routledge and Kegan Paul.
- Troits, P. (1986). Social support as coping assistance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54(4), 416-423.
- Tuesca-Molina, R., Herrera, N., Sosa, A., Martínez, F., Arjona, Y., Cueto, J., & Manrique, I. (2003). Los grupos de socialización como factor protector contra la depresión en personas ancianas. *Revista Española de Salud Pública*, 77, 595-604.

- Twigg, J. (1997). Deconstructing the social bath, help with bathing at home for old and disabled people. *Journal of Social Policy*, 211-232.
- Uchino, B. N. (2006). Social Support and Health: A Review of Physiological Processes Potentially Underlying Links to Disease Outcomes. *Journal of Behavioral Medicine*, 29(4), 377-387.
- Uhlenberg, P. (1997). Replacing the nursing home. *The public interest*, 128, 73-84.
- Valerio, N. G. (2004). Terapia racional emotiva aplicada al tratamiento del juego patológico. *Revista de Toxicomanías*, 39, 24-27.
- Vaz, S. F. A. (2009). *A Depressão no Idoso Institucionalizado Estudo em Idosos Residentes nos Lares do Distrito de Bragança*. Dissertação de mestrado não-publicada, Universidade do Porto, Porto, Portugal.
- Vaz-Serra, A. (1989). Abordagem Cognitivo-comportamental da Depressão. *Psiquiatria Clínica*, 10(2), 71-78.
- Veríssimo, M. T. (2006). *Avaliação multidimensional do Idoso*. Lisboa: Editora Psiquiatria Clínica.
- Vieira, A. L. (2003). Qualidade de vida e suporte social em ambiente institucional. Contributos da Bioética. Dissertação de mestrado não-publicada, Universidade do Porto, Porto, Portugal.
- Vieira, E. (1996). *Manual de gerontologia: um guia teórico prático para profissionais, cuidadores e familiares*. Rio de Janeiro: Editora Revinter.
- Walters, K., Breeze, E., Wilkinson, P., Price, G., Bulpitt, C., & Fletcher, A. (2004). Local area deprivation and urban-rural differences in anxiety and depression among people older than 75 years in Britain. *American Journal of Public Health*, 94(10), 1768-1774.
- Watson, D., & Walker, L. M. (1996). The long-term stability and predictive validity of trait measures of affect. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70, 567-77.
- Watson, L., Garrett, J., Sloane, P., Gruber-Baldini, A., & Zimmerman, S. (2003). Depression in assisted living. Results from a four-state study. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 11(5), 534-542.
- Weyerer, S., Hafner, H., Mann, A., Ames, D., & Graham, N. (1995). Prevalence and course of depression among elderly residential home admissions in Mannheim and Camden, London. *International Psychogeriatrics*, 7(4), 479-493.
- White, A. M., Philogene, G. S., Fine, L., & Sinha, S. (2009). Social Support and Self-Reported Health Status of Older Adults in the United States. *American Journal of Public Health*, 99, 1872-1878.
- Wilhelm, K., Roy, K., Mitchell, P., Brownhill, S., & Parker, G. (2002). Gender differences in depression risk and coping factors in a clinical sample. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106(1), 45-53.

- Wills, T. A., & Fegan, M. F. (2001). Social networks and social support. In A. Baum, T. A. Revenson, & J. E. Singer (Eds.), *Handbook of health psychology* (pp. 209-234). New Jersey: LEA.
- Woo, J., Ho, S., Yu, A., & Lau, J. (2000). An estimate of long-term care needs and identification of risk factors for institutionalization among Hong Kong Chinese aged 70 years and over. *Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 55(2), 64-69.
- Yanguas, J. (1998). *Intervención Psicosocial en Gerontología: Manual Práctico*. Madrid: Cáritas Española.
- Yesavage, Y. G., Brink, T. L., Rose, T. L., Lum, O., Huang, V., Adey, M. B., & Leirer, V. O. (1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, 17, 37-49.
- Zimmerman, G. (2000). *Velhice: Aspectos Biopsicossociais*. São Paulo: Artmed.
- Zunzunegui, M., Béland, F., Llácer, A., & León, V. (1998). Gender differences in depressive symptoms among Spanish elderly. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33(5), 195-205.

ANEXOS

ANEXO I

Questionário Sociodemográfico

Este questionário faz parte de uma investigação sobre depressão. Pedimos que responda de forma espontânea a todas as questões. Não há respostas correctas ou erradas, o que nos interessa é a sua opinião. O questionário é anónimo e confidencial, destinando-se apenas à investigação científica.

Obrigado pela sua colaboração!

1. Género:

Masculino ____ Feminino ____

2. Idade:

____ anos

3. Estado civil:

Solteiro(a) ____ Divorciado(a) ____ Casado(a)/União de facto ____
Viúvo(a) ____

4. Escolaridade:

Não Sabe ler e escrever ____ 7-9º ano ____
1-4º ano ____ 10-12º ano ____
5-6º ano ____ Ensino Superior ____

5. Motivo do internamento:

6. Teve iniciativa própria no internamento:

Sim ____ Não ____

7. Tempo de internamento: _____

ANEXO II

Escala de Depressão Geriátrica (GDS)

Escolha a resposta que melhor se adapta à forma como se tem sentido de há uma semana para cá.

1. Está satisfeito com sua vida actual? () Sim () Não
2. Pôs de lado muitas das suas actividades e interesses? () Sim () Não
3. Sente que a sua vida está vazia? () Sim () Não
4. Sente-se muitas vezes aborrecido? () Sim () Não
5. Encara o futuro com esperança? () Sim () Não
6. Tem pensamentos que o incomodam e que não consegue afastar? () Sim () Não
7. Sente-se animado na maior parte do tempo? () Sim () Não
8. Tem medo de que algo de mau lhe vá acontecer? () Sim () Não
9. Sente-se feliz na maior parte do tempo? () Sim () Não
10. Sente-se muitas vezes desamparado? () Sim () Não
11. Sente-se muitas vezes inquieto ou nervoso? () Sim () Não
12. Prefere ficar em casa, em vez de sair e fazer coisas novas? () Sim () Não
13. Sente-se muitas vezes preocupado com o futuro? () Sim () Não
14. Acha que tem mais dificuldades de memória do que as outras pessoas? () Sim () Não
15. Pensa que é muito bom estar vivo? () Sim () Não
16. Sente-se muitas vezes desanimado e abatido? () Sim () Não
17. Sente-se inútil? () Sim () Não
18. Preocupa-se muito com o passado? () Sim () Não
19. Acha a sua vida interessante? () Sim () Não
20. É difícil começar novas actividades? () Sim () Não
21. Sente-se cheio de energia? () Sim () Não
22. Sente que para si não há esperança? () Sim () Não
23. Pensa que a maioria das pessoas passa melhor que o senhor? () Sim () Não
24. Aflige-se muitas vezes com coisas pequenas? () Sim () Não
25. Sente muitas vezes vontade de chorar? () Sim () Não
26. Sente dificuldades em se concentrar? () Sim () Não
27. Gosta de se levantar da cama de manhã? () Sim () Não
28. Prefere evitar encontrar-se com muitas pessoas? () Sim () Não
29. Tem facilidade em decidir as coisas? () Sim () Não
30. O seu pensamento é tão claro como era antes? () Sim () Não

ANEXO III

Escala de Satisfação Social (ESSS)

A seguir vai encontrar várias afirmações, seguidas de cinco letras. Marque um círculo à volta da letra que melhor qualifica a sua forma de pensar. Por exemplo, na primeira afirmação, se você pensa quase sempre que por vezes se sente só no mundo e sem apoio, deverá assinalar a letra **A**, se acha que nunca pensa isso deverá marcar a letra **E**.

	Concordo totalmente	Concordo na maior parte	Não concordo nem discordo	Discordo na maior parte	Discordo totalmente
1-Por vezes sinto-me só no mundo e sem apoio	A	B	C	D	E
2-Não saio com amigos tantas vezes quantas eu gostaria	A	B	C	D	E
3-Os amigos não me procuram tantas vezes quantas eu gostaria	A	B	C	D	E
4-Quando preciso de desabafar com alguém encontro facilmente amigos com quem o fazer	A	B	C	D	E
5-Mesmo nas situações mais embaraçosas, se precisar de apoio de emergência tenho várias pessoas a quem posso recorrer	A	B	C	D	E
6-Às vezes sinto falta de alguém verdadeiramente íntimo que me compreenda e com quem possa desabafar sobre coisas íntimas	A	B	C	D	E
7-Sinto falta de actividades sociais que me satisfaçam	A	B	C	D	E
8-Gostava de participar mais em actividades de organizações (p.ex. clubes desportivos, escuteiros, partidos políticos, etc.)	A	B	C	D	E
9-Estou satisfeito com a forma como me relaciono com a minha família	A	B	C	D	E
10-Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com a minha família	A	B	C	D	E
11-Estou satisfeito com o que faço em conjunto com a minha família	A	B	C	D	E
12-Estou satisfeito com a quantidade de amigos que tenho	A	B	C	D	E
13-Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com os meus amigos	A	B	C	D	E
14-Estou satisfeito com as actividades e coisas que faço com o meu grupo de amigos	A	B	C	D	E
15-Estou satisfeito com o tipo de amigos que tenho	A	B	C	D	E