



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR
Ciências Sociais e Humanas

Depressão em Pessoas com mais de 65 anos e a sua Relação com a Solidão e o Risco de Maus-tratos

Mariana da Cruz Amaral

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em
Psicologia Clínica e da Saúde
(2º ciclo de estudos)

Orientador: Prof. Doutor Manuel Loureiro

Covilhã, Outubro de 2016

Agradecimentos

Primeiramente agradeço aos meus pais e irmã todo o apoio, encorajamento e força que me deram sempre, nunca permitindo que eu desistisse. Obrigado por terem acreditado, sobretudo quando era eu que não acreditava em mim, sem vocês nunca teria sido possível.

Agradeço ao Professor Doutor Manuel Loureiro pelo apoio e incentivo, partilha de conhecimento, bem como pela disponibilidade que sempre demonstrou.

Agradeço também à minha restante família, principalmente aos meus avós, que sempre estiveram presentes ao longo deste percurso e demonstraram um apoio constante e incondicional.

Aos meus amigos. Aos da infância, que apesar da distância sempre me apoiaram e aos da faculdade que me acompanharam ao longo destes últimos cinco anos e que me permitiram aproveitar em pleno a vida universitária.

Por fim e, não menos importante, agradeço às instituições que tão bem me acolheram e aceitaram participar neste meu trabalho. Mas sobretudo agradeço aos idosos, que sempre se demonstraram interessados, empenhados e sem os quais não teria sido possível a concretização deste trabalho.

Resumo

O envelhecimento implica a ocorrência de várias alterações em todas as áreas do funcionamento humano. Devido ao aumento da população idosa a nível mundial é pertinente o estudo desta população.

O objetivo primordial desta investigação centra-se na análise, compreensão e caracterização da depressão, solidão e risco de maus-tratos nos idosos, bem como na relação existente entre estes. De modo a responder aos objetivos propostos nesta investigação recorreremos à utilização de um questionário sociodemográfico, da escala UCLA, H-S “EAST”, CES-D e MMSE.

A amostra é composta por 65 indivíduos institucionalizados e frequentadores de Centros de Dia. Os participantes têm idades compreendidas entre os 66 e 97 anos, com uma média de idades de 85,2 anos. Dos inquiridos 17 indivíduos são do sexo masculino e 48 do sexo feminino.

Os dados do presente estudo revelam que 15,4% destes participantes apresenta sintomatologia depressiva significativa, 20% apresenta sentimentos de solidão e 33,8 apresenta vulnerabilidade aos maus tratos. O género feminino apresenta mais sintomatologia depressiva e a quantidade de atividades diárias realizadas, o nível de alfabetização e o desempenho cognitivo influenciam a ocorrência de sintomatologia depressiva. Verificou-se que os indivíduos com idades compreendidas entre os 65 e 85 anos apresentam mais sentimentos de solidão, bem como este sentimento se encontra relacionado com a quantidade de atividades diárias que os idosos realizam e a frequência com que estes veem a sua família. Verificou-se ainda que a depressão, solidão e risco de maus-tratos se encontra relacionados.

Palavras-chave

Envelhecimento; Depressão; Solidão; Risco de maus-tratos

Abstract

Aging implies the occurrence of multiple changes in all areas of the human functioning. Due to the increase of the world elderly population, it is pertinent the study of this population.

The primordial goal of this investigation was the analysis, understanding and description of depression, loneliness and risk of abuse on the elderly as well as the relation between them. In order to answer to the proposed goals in this investigation, it was resorted to a sociodemographic questionnaire, the UCLA scale, H-S "EAST", CES-D and MMSE.

The sample is made of 65 institutionalized individuals and day centres goes. Participants' ages varies from 66 to 97 years old with an average of 86,2 years old. Of the surveyed, 17 are male and 48 are female.

Data from this study reveal that 15,4% of the participants presents significant depressive symptomology, 20% presents feelings of loneliness and 33,8% presents abuse vulnerability. Females present more depressive symptomology and the amount of daily activities, the level of literacy and cognitive performance, influences the presence of depressive symptomology. It was found that individuals aged between 65 and 85 years old present more feelings of loneliness, and it is related to the amount of daily activities that the elderly perform and how often they see their family. It was also found that depression, loneliness and risk of abuse are related between them.

Keywords

Aging; Depression; Loneliness; Risk of abuse

Índice

Introdução	1
Capítulo 1- Enquadramento Teórico	3
1.1 Envelhecimento	3
1.1.1 Conceito de envelhecimento	3
1.1.2 Envelhecimento em Portugal	4
1.1.3 Consequências do processo de envelhecimento	5
1.1.3 Institucionalização do idoso	6
1.2 Depressão	8
1.2.1 Conceito de Depressão	8
1.2.2 Prevalência da depressão na população idosa	11
1.2.3 Fatores de risco da depressão	11
1.2.4 Consequências da depressão	12
1.2.5 Intervenção	13
1.3 Solidão	15
1.3.1 Conceito de solidão	16
1.3.2 Prevalência da solidão na população idosa	18
1.3.3 Fatores de risco de maus tratos da solidão	18
1.3.4 Consequências da solidão	22
1.4 Risco de maus-tratos	22
1.4.1 Conceito de maus-tratos	23
1.4.2 Prevalência de maus-tratos na população idosa	25
1.4.3 Fatores de risco de maus-tratos	25
1.4.4 Consequências dos maus-tratos	26
1.4.5 Intervenção	26
Capítulo 2- Material e método	29
2.1 Objetivos e hipóteses	29
2.1.1 Hipóteses de investigação	30
2.2 Participantes	31
2.3 Instrumentos	33
2.4 Procedimento	36
2.5 Análise estatística	37
Capítulo 3- Apresentação de resultados	39
3.1 Análise descritiva	39
3.2 Sintomatologia depressiva na amostra	40
3.3 Solidão na amostra	43
3.4 Risco de maus-tratos na amostra	46

3.5 Relação entre depressão, solidão e risco de maus tratos	48
Capítulo 4- Discussão	51
4.1 Sintomatologia depressiva nos idosos	51
4.2 Solidão nos idosos	53
4.3 Risco de maus tratos nos idosos	55
4.4 Depressão, solidão e risco de maus tratos nos idosos	56
4.5 Limitações	57
Referências Bibliográficas	59
Anexos	71

Lista de Tabelas

Tabela 1- Características Sociodemográficas da amostra (N=65)	32
Tabela 2- Estatística descritiva referente à sintomatologia depressiva na amostra (N=65) ...	39
Tabela 3- Estatística descritiva referente à presença de solidão na amostra (N=65)	39
Tabela 4- Estatística descritiva referente à presença de risco de maus tratos na amostra (N=65).....	40
Tabela 5- Estatística descrita referente ao MMSE (N=65)	40
Tabela 6- Resultados obtidos para a comparação de sintomatologia depressiva entre os diferentes géneros (N=65).....	41
Tabela 7- Resultados obtidos para a comparação da sintomatologia depressiva entre grupos etários (N=65).	41
Tabela 8- Resultados obtidos, através da aplicação do teste de Mann-Whitney, para a comparação da sintomatologia depressiva entre o estado civil de casado e viúvo (N=59).	41
Tabela 9- Resultados obtidos para a comparação da sintomatologia depressiva consoante o número de atividades diárias que os indivíduos realizam ao longo do dia (N=65).	42
Tabela 10- Resultados obtidos para a comparação da sintomatologia depressiva consoante a frequência com que os indivíduos veem os seus familiares (N=65)	42
Tabela 11- Resultados obtidos para a comparação de sintomatologia depressiva nos diferentes níveis de alfabetização (N=65)	43
Tabela 12- Coeficiente de correlação de Pearson para a associação entre sintomatologia depressiva e desempenho cognitivo (N=65)	43
Tabela 13- Resultados obtidos para a comparação da solidão nos diferentes géneros (N=65)	44
Tabela 14- Resultados obtidos para a comparação da solidão nas diferentes faixas etárias (N=65).....	44
Tabela 15- Resultados obtidos na comparação da solidão entre os estados civis de casado e viúvo (N=59)	44
Tabela 16- Resultados obtidos na comparação da solidão em relação ao número de atividades diárias que os indivíduos realizam ao longo do dia (N=65)	45
Tabela 17- Resultados obtidos na comparação da solidão em relação ao número de vezes que os sujeitos veem os seus familiares (N=65)	45
Tabela 18- Resultados obtidos através do teste de Mann-Whitney, na comparação da solidão nos diferentes níveis de escolaridade (N=65).....	46
Tabela 19- Resultados obtidos na aplicação do teste de Mann-Whitney, para a comparação da existência de risco de maus-tratos nos diferentes géneros (N=65)	46
Tabela 20- Resultados obtidos na comparação do risco de maus-tratos nas diferentes faixas etárias (N=65)	47
Tabela 21- Resultados obtidos na comparação do risco de maus-tratos entre o estado civil de casado e viúvo (N=59).....	47

Tabela 22- Resultado obtidos na aplicação do teste de Mann-Whitney, para a comparação da existência de risco de maus-tratos nos diferentes níveis de escolaridade (N=65)	47
Tabela 23- Coeficiente de correlação de Pearson, para a associação entre a CES-D e a UCLA (N=65).....	48
Tabela 24- Coeficiente de correlação de Pearson, para a associação entre a CES-D e a H-S "EAST" (N=65)	48
Tabela 25- Coeficiente de correlação de Pearson, para a associação entre a UCLA e a H-S "EAST" (N=65).....	49

Lista de Acrónimos

APAV	Associação Portuguesa de Apoio à Vítima
AVD'S	Atividades de vida diárias
CES-D	Center for Epidemiologic Studies Depression Scale
H-S/ EAST	Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test
MMS	Mini-Mental State
OMS	Organização Mundial de Saúde
SPSS	Statistical Package for Social Sciences
UBI	Universidade da Beira Interior
UCLA	Escala da Solidão UCLA

Introdução

Com o aumento da esperança de vida da população mundial, muitos países lidam com idosos de diversas gerações, os quais possuem necessidades variadas, exigindo políticas assistenciais distintas (Souza, Freitas & Queiroz, 2007). As sociedades europeias estão a enfrentar uma mudança demográfica sem precedentes devido ao aumento da longevidade e redução das taxas de natalidade. Estima-se que o número de indivíduos com 65 anos ou mais na União Europeia aumentará para cerca de 30% da população total em 2060 e a proporção de pessoas com mais de 80 anos irá ser duas vezes superior, atingindo os 12% da população (Davies referido por Niedzwiedz et al., 2016).

O envelhecimento trata-se de uma problemática de saúde pública, com influência no indivíduo e também na sociedade (Drago & Martins, 2012). Este é hoje considerado um fenómeno mundial e tem sido nas últimas décadas alvo de atenção por parte das sociedades, sendo a sua atenção centrada nas questões políticas, económicas, culturais, sociais e de saúde que surgem com o envelhecimento (Gailoi & Rodrigues, 2008).

Foi no início da década de 1920 que passou a haver um maior interesse sobre o estudo do envelhecimento humano, através de investigações que se centravam nas alterações fisiológicas e nas suas perdas para o organismo. Stanley foi um dos autores que realizou um estudo pioneiro sobre esta fase do desenvolvimento humano com a publicação de *Senescence: the hall of life*, em 1922 (Araújo & Carvalho, 2005; Paiva, 1986). Foi na década de 1950 que a Psicologia passou a ter um maior interesse sobre a velhice, devido à expansão sistemática da Gerontologia, sobretudo devido ao aumento da população idosa (Araújo & Carvalho, 2005).

Esta dissertação tem como objetivo contribuir para o estudo do envelhecimento, nomeadamente no que concerne à depressão, solidão e risco de maus tratos desta população, proporcionando deste modo uma melhor compreensão dos fatores de risco a estas associados. Esta pretende ainda desmistificar ideias preconcebidas relativamente ao envelhecimento.

O presente trabalho divide-se em quatro capítulos. O primeiro capítulo é referente à revisão bibliográfica sobre as temáticas em estudo, e encontra-se dividido de forma a dar resposta às mesmas. Inicialmente é abordado o conceito de envelhecimento, bem como os conceitos de depressão, solidão e risco de maus-tratos.

Por sua vez o segundo capítulo apresenta uma exposição detalhada do estudo empírico, onde se salientam os objetivos, as hipóteses, a tipologia do estudo, bem como a caracterização da amostra, os instrumentos aos quais recorreremos para esta investigação, o procedimento sendo também destacada a análise estatística.

Quanto ao terceiro capítulo, este apresenta uma breve descrição dos resultados obtidos, com esta investigação.

Por fim, o último capítulo apresenta uma discussão dos resultados obtidos, sendo estes corroborados ou refutados pela literatura. Estão ainda salientes explicações ou

conclusões, bem como possíveis contribuições da presente investigação. Consta ainda neste capítulo as limitações que surgiram ao longo da realização deste trabalho.

Capítulo 1- Enquadramento Teórico

*“Há uma idade na vida em que os anos passam demasiado depressa
e os dias são uma eternidade”*

Virginia Wolf

1.1. Envelhecimento

Ao longo dos últimos anos tem-se verificado uma alteração na estrutura social e no contexto familiar, originando uma modificação do estatuto social do idoso. Até há pouco tempo o idoso era conhecido como o “sábio”, alguém com uma grande experiência e conhecimento, contudo este passou a ser encarado como um “fardo” de quem é necessário cuidar (Costa, Pimenta, Brigas, Santos & Almeida, 2009).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) (2002) considera idosos todos os indivíduos com idade superior a 65 anos nos países desenvolvidos e com idade superior a 60 anos nos países em desenvolvimento. Espera-se que em 2025, 1,2 mil milhões de indivíduos tenham idades superiores a 60 anos e que em 2050 haja 2 biliões de pessoas idosas.

1.1.1 Conceito de envelhecimento

O envelhecimento é considerado um processo que se desenvolve ao longo do tempo e exerce influência em todas as áreas do funcionamento humano (Giro & Paúl, 2013). De acordo com Aranha, envelhecer com sucesso depende da história de vida de cada um, assim como também da forma como o envelhecimento é percebido por cada indivíduo. É ainda de salientar que o contexto cultural de cada um exerce também influência na forma como se olha para o envelhecimento e posteriormente no modo como a pessoa idosa se vai adaptando a este processo (referido por Guerra & Caldas, 2010).

De acordo com Neri & Freire existe alguma controvérsia entre os termos que podem ser utilizados para se referir às pessoas mais velhas, sendo alguns dos termos mais comuns: terceira idade, adulto maduro, idoso velho, meia-idade, maturidade (referido por Schneider & Irigaray, 2008). Muitas vezes o termo “velho” apresenta uma conotação depreciativa, sendo por isso substituído pelo termo idoso, contudo para alguns filósofos do passado é um termo carinhoso, uma vez que é sinal de sabedoria, experiência, reconhecimento (Zimmerman referido por Carvalho & Dias, 2011). Segundo Schneider & Irigaray (2008) a existência de tantos termos utilizados para definir a velhice revela o quanto esta temática é complexa, negada, evitada ou até mesmo temida. Sendo ainda possível verificar a existência de preconceitos não só pela sociedade, mas também pelo idoso.

Determinados conceitos sobre o envelhecimento necessitam ser reavaliados, principalmente aqueles que consideram o idoso um obstáculo para a sociedade, pois só a partir desse momento e também a partir do momento em que a sociedade começar a aceitar

o idoso como ele é, esta passará a ter uma visão diferente sobre a terceira idade e passará a perceber que o idoso possui determinadas capacidades de enfrentamento, pois ao longo da sua vida acumulou sabedoria e experiência (Conte & Souza, 2009).

A noção de velhice surgiu como uma das etapas de vida dos indivíduos no período de transição entre os séculos XIX e XX, como consequência de diversas mudanças e junção de vários discursos que impulsionaram o surgimento deste termo, destacando-se a evolução da medicina que investiu no corpo envelhecido e a institucionalização das aposentadorias (Silva, 2008). De acordo com Neri & Freire, o termo terceira idade surgiu na década de 1960 na França, e era utilizado para descrever a idade em que os indivíduos se aposentavam. Note-se que a primeira idade correspondia à infância, caracterizada por improdutividade, mas com possibilidades de crescimento e a segunda à vida adulta, sendo esta uma etapa de produtividade. É de salientar que quando o termo terceira idade foi criado os indivíduos na França reformavam-se com 45 anos e pretendia-se assegurar que estes desempenhassem determinadas atividades, contudo com o aumento da esperança média de vida esta expressão ficou desatualizada e passou a designar a faixa etária que se encontra entre a vida adulta e a velhice (referidos por Schneider & Irigaray, 2008).

O aumento da esperança média de vida demonstrou a necessidade de criar novos estilos de vida, relacionados com a idade, sobretudo no período pós-trabalho, uma vez que os sujeitos deixam de ter preocupações relacionadas com o contexto laboral e como deixam de ter responsabilidades relacionadas diretamente com a reprodução familiar podem pensar viver a sua vida de um modo diferente. Esta nova fase da vida dos indivíduos acarreta novas exigências e desafios que devem ser superados pelas sociedades (Ferreira, 2015).

Ao longo do ciclo vital os indivíduos passam por vários estágios, contudo um dos principais aspetos que distingue a velhice da infância, da adolescência e idade adulta é o facto dos indivíduos não apresentarem conflitos para eliminar estes estágios ao contrário do que sucede com o envelhecimento, em que apesar das pessoas quererem viver mais, não querem ficar velhas nem parecerem mais velhas (Andrews referido por Schneider & Irigaray, 2008; Schneider & Irigaray, 2008).

1.1.2 Envelhecimento em Portugal

Prevê-se que em Portugal nos próximos anos, devido ao decréscimo da população jovem haja um aumento da população idosa, com o agravamento do envelhecimento da população. Verificou-se através dos censos de 2011, que em comparação aos efetuados em 2001 ocorreu um aumento de 15% da população idosa e uma diminuição da população jovem (com menos de 15 anos), verificando-se deste modo uma diminuição na base da pirâmide, sendo esta referente à população jovem e um alargamento do topo, devido ao crescimento da população idosa. É de salientar que em 2011 o índice de envelhecimento da população era de 128, ou seja por cada 100 jovens existiam 128 idosos, mais 26 idosos por cada 100 jovens comparativamente a 2001. Verificou-se ainda um aumento em 2013, pois havia 136 idosos por cada 100 jovens (INE, 2014).

Segundo os dados obtidos pelo Instituto Nacional de Estatística (INE) (2011) é na região Centro que se encontra a segunda maior proporção de residentes com idade de 65 ou mais anos (22,4%). Note-se que cerca de 15% dos alojamentos familiares são ocupados apenas por pessoas idosas e 49% por idosos a viverem sozinhos. É na Beira Interior Sul que se encontram os três municípios que apresentam maiores proporções de população com 65 ou mais anos.

O artigo 72º da Constituição da República Portuguesa alega que: 1) As pessoas idosas têm direito à segurança económica e a condições de habitação e convívio familiar e comunitário que respeitem a sua autonomia pessoal e evitem e superem o isolamento ou a marginalização social; 2) A política de terceira idade engloba medidas de carácter económico, social e cultural, tendentes a proporcionar às pessoas idosas oportunidades de realização pessoal, através de uma participação ativa na vida da comunidade.

1.1.3 Consequências do processo de envelhecimento

Ao longo do envelhecimento ocorrem mudanças no organismo, sendo estas morfológicas, fisiológicas, psicológicas e sociais. A nível morfológico destacam-se como mudanças o aparecimento das rugas, dos cabelos brancos. Sobre as mudanças a nível fisiológico surgem alterações nas funções orgânicas. Também a nível psicológico ocorrem modificações sendo possível salientar que ao longo do processo de envelhecimento os indivíduos necessitam adaptar-se aos novos acontecimentos que surgem no seu dia-a-dia. Por fim verificam-se também mudanças a nível social, pois há uma diminuição da produtividade e sobretudo do poder físico e económico (Santos, 2010).

O processo normal de envelhecimento engloba um declínio normal das funções cognitivas que dependem de processos neurológicos que se vão modificando com a idade. É de salientar que as perdas de memória, sobretudo as referentes à dificuldade em recordar nomes, números de telefone e objetos guardados são as mais comuns. Note-se que a decadência que acompanha o idoso inicia-se e progride de formas variadas, sendo influenciada por fatores relacionados com a educação, saúde, personalidade, assim como pelo nível intelectual global e capacidades mentais concretas de cada sujeito (Pereira, Goretti & Oliveira referidos por Reis, Torres, Araújo, Reis & Novaes, 2009).

Viver mais é sinónimo de estar mais exposto a doenças crónicas não transmissíveis, criando também um declínio das redes pessoais e sociais. O mesmo autor afirma que as condições sociais afetam sem sobra de dúvida o estado de saúde individual em qualquer momento da vida dos sujeitos, contudo há uma maior probabilidade do desenvolvimento de doenças à medida que a idade avança. Este afirma que há medida que a idade aumenta um elevado número de idosos se confronta com problemas de autonomia, dependendo cada vez mais dos outros, assim como dos apoios sociais e familiares (Ferreira, 2015). Ainda nesta linha de pensamento Ferreira (2010) alega que:

o envelhecimento acentua riscos, correlativos da idade, da vulnerabilidade do estado de saúde; do isolamento social e da solidão propriamente dita; da

dependência não só física e mental, como em muitos casos económica também; e finalmente, da estigmatização, seja a discriminação excludente ou o preconceito paternalista, condescendente e minorizante, em relação aos chamados “velhos” (Ferreira, 2010, p.185).

Através da revisão literária é possível referir que os indivíduos que desde a juventude têm uma vida saudável, em que se preocupam com ter uma alimentação adequada, praticam desporto, não são dependentes de químicos ou fatores debilitantes como o stress físico e mental podem vir a envelhecer de forma saudável, ou seja uma boa qualidade de vida é crucial para um bom envelhecimento (Santos, Andrade & Bueno, 2009).

O envelhecimento não se trata apenas de um problema demográfico, pois este exerce também influência em aspetos sociais, políticos e económicos, que interagem com a dimensão biológica e subjetiva dos idosos. Deste modo a necessidade de reestruturar os sistemas de reforma, o aumento das instituições de apoio à velhice como forma de prestar um melhor apoio à população idosa, sendo também extremamente importante a promoção de diversas atividades de tempos livres, contactos afetivos e sociais, a estimulação das relações familiares, formas de apoio e assistência na doença, na alimentação e também na higiene do idoso (Carvalho & Dias, 2011).

1.1.4 Institucionalização do idoso

No decorrer da última década o número de pessoas idosas que vivem sozinhas (400 964) ou que vivem só com outros idosos (804 577) aumentou aproximadamente 28%, tendo passado de 942 594 em 2001 para 1 205 541 em 2011 (INE, 2012). Apesar da família ser fundamental na decisão de qual a melhor alternativa para o idoso é a decisão deste a mais importante, caso ainda tenha capacidades para decidir o que é melhor para si. O idoso pode permanecer na sua própria casa, contando com o auxílio de um cuidador, ir viver para casa de um filho ou qualquer outro familiar próximo, onde será cuidado pela sua família e sempre que possível por um cuidador profissional, ou então ser institucionalizado (Matos, 2011).

À medida que os anos vão passando os indivíduos vão ficando cada vez mais vulneráveis à aquisição de patologias crónico-degenerativas, aumentando a probabilidade de dependência funcional e conseqüentemente familiar, emocional e económica (Nunes, Menezes & Alchieri, 2010). Ao longo do processo de envelhecimento a família é fulcral na vida do idoso, exercendo um papel de extrema importância no seu equilíbrio emocional e afetivo, podendo ser a assistência predominante que os indivíduos necessitam. É dos filhos que se espera mais apoio nos momentos de maior necessidade (Tier, Fontana & Soares, 2004). De acordo com Lemos, devido à nova estrutura familiar e também devido às novas exigências sociais, assim como o facto dos familiares não poderem disponibilizar o apoio financeiro e psicológico que o idoso necessita, na maior parte das vezes o idoso é institucionalizado (referido por Carvalho & Dias, 2011). Quanto mais dependente, física ou financeiramente o idoso estiver maior a probabilidade de ser institucionalizado (Nunes et al., 2010). Almeida & Quintão (2012) revelam que os idosos tendem a atrasar o mais possível a sua

institucionalização, sendo desse modo frequente que quando estes o façam se encontrem dependentes e a precisar de mais cuidados.

Após a institucionalização os idosos estão perante um grande desafio, em que ocorre uma grande transformação dos seus hábitos de vida (Júnior & Tavares, 2005). De acordo com Born, são muitos aqueles que pensam que a institucionalização leva à perda da liberdade, ao abandono dos seus filhos, permite que a morte esteja mais próxima, para além da ansiedade relativamente à forma como os funcionários desempenham o seu trabalho (referido por Júnior & Tavares, 2005). É de salientar que muitas das vezes a instituição é o porto de abrigo para os idosos excluídos da sociedade e da família, que são abandonados e não têm um local fixo para residir, sendo muito provavelmente o único local onde o idoso pode ter uma vida e envelhecimento digno (Júnior & Tavares, 2005).

De acordo com Lemos, com a institucionalização surge a necessidade de adaptação para que os idosos beneficiem de uma velhice bem sucedida, sendo muito importante não só o acolhimento na instituição, como também o convívio, através de amigos ou familiares, como forma de precaver um possível estado de solidão ou isolamento que muitas das vezes surge (Lemos referido por Carvalho & Dias, 2011). Note-se que muitos dos idosos institucionalizados ainda esperam que um dia os seus familiares regressem para os buscar e levar para viver com eles (Tier, Fontana & Soares, 2004).

Apesar das instalações e cuidados institucionais prestados estarem de acordo com aquilo que o idoso deseja e sendo desse modo satisfatórios, este pode apresentar insatisfação e tristeza, devido à falta de autonomia, que surge pela presença de doenças e outras limitações físicas (Carvalho & Dias, 2011).

De acordo com o estudo realizado por Bruno, Marques & Silva (2006) os idosos institucionalizados, quando comparados com idosos que frequentam grupos de convívio apresentam uma menor preocupação com o futuro. Os mesmos autores mencionam também que os idosos institucionalizados interpretam a institucionalização como a reta final das suas vidas, em que o futuro é a morte, não sairão da instituição com vida, todos os dias serão sempre iguais, não tendo com que se preocupar, estão conformados e aceitam o amanhã como for, sendo esta ideia reforçada pelo facto de estarem isolados da sociedade, conviver só com outros idosos, numa rotina de adoecer e morrer.

A institucionalização apresenta como consequências o isolamento, a inatividade física e mental, bem como uma redução na qualidade de vida dos sujeitos (Ribeiro & Shutz, 2007). De acordo como Tomasini & Alves o tratamento igualitário e simultâneo para todos os indivíduos institucionalizados, assim como também o elevado controlo exercido sobre estes é motivo de preocupação (referidos por Bentes, Pedroso & Maciel, 2012). Contudo a realidade nos lares de idosos parece estar a mudar e neste momento são já numerosos os lares que levam a cabo atividades de lazer com frequência e é também promovido o contacto social (Almeida & Quintão, 2012).

É importante realçar que as instituições constituem um desafio no que concerne à promoção da saúde, *empowerment* e individualidade que é muitas vezes posta de parte (Freire Júnior & Tavares, 2005).

1.2. Depressão no idoso

A depressão é considerada um importante problema de saúde, que afeta indivíduos de diferentes faixas etárias e origina sentimentos de tristeza, isolamento social e muitas das vezes pode levar ao suicídio (Drago & Martin, 2012).

Contrariamente ao que muitos pensam a depressão na terceira idade não faz parte do natural processo de envelhecimento. Por essa razão muitas das vezes esta perturbação não é detetada (Vaz & Gaspar, 2011).

Segundo a literatura a depressão no idoso é uma questão de saúde pública que deve fazer parte das preocupações governamentais e também dos profissionais de saúde, pois tendo em consideração o aumento do envelhecimento da população o número de pessoas com esta patologia tende a aumentar (Mello e Teixeira, 2011).

1.2.1 Conceito de depressão

A depressão é uma das principais causas de patologia em todo o mundo assim como também é uma das principais causas de incapacitação. Prevê-se que até 2020 seja a segunda principal causa de doenças no mundo (OMS, 2002).

Com o avanço da idade há uma maior probabilidade para o desenvolvimento de determinadas perturbações, destacando-se a depressão como uma das três doenças que mais se manifesta nesta faixa etária (Bruno et al., 2006; Oliveira et al. 2006; Fernández-Santos, 2002). Das perturbações afetivas a depressão é a mais comum nos idosos, sendo mais frequente o seu aparecimento em indivíduos que residam em instituições (Vaz & Gaspar, 2011).

A depressão é algo muito mais grave que a tristeza que surge como resposta a determinados acontecimentos de vida negativos causadores de sofrimento e caracteriza-se pela ausência de controlo do estado emocional de quem padece desta perturbação (Garcia et al., 2006). Note-se que a depressão atinge os índices mais elevados de morbilidade e mortalidade em idades mais avançadas (Drago & Martins, 2012).

Drago & Martins (2012), revelam que do milhão e meio de pessoas residentes em Portugal com mais de 65 anos, mais de 60 mil pessoas padecem de demências e 100 mil padecem de depressão, sendo parte destes casos mal diagnosticados e tratados. Os mesmos autores revelam ainda que após um diagnóstico correto e uma terapêutica adequada o idoso pode recuperar a alegria de viver, assim como ganhar autonomia nas atividades do quotidiano, exercendo também influência no seio familiar onde os familiares redescobrem um novo indivíduo.

Esta consiste numa perturbação de humor que engloba sintomas psicológicos, comportamentais e físicos e que se caracteriza pela existência de humor deprimido, perda de prazer ou interesse mais um total de pelo menos cinco sintomas persistentes ao longo de duas semanas (APA, 2014). De acordo com Fernandes, Nascimento & Costa, a sintomatologia depressiva pode apresentar algumas diferenças consoante a faixa etária do indivíduo que padece desta perturbação (referidos por Silva, Albuquerque, Souza, Monteiro & Esteves, 2015).

São diversos os fatores que não facilitam a identificação e posterior diagnóstico de depressão nos idosos, destacando-se a dificuldade que estes sujeitos têm em reconhecer que estão deprimidos e em queixar-se, o facto de determinados sintomas depressivos serem erroneamente interpretados como consequências do processo de envelhecimento, como por exemplo a perda de interesse, diminuição de apetite, alterações no sono, o facto de por vezes o humor deprimido ser interpretado como serenidade. A ansiedade pode esconder sintomas depressivos e levar à prescrição de ansiolíticos aumentando deste modo o risco de desenvolver depressão e dependência, os sintomas depressivos estão ainda muitas vezes disfarçados por queixas somáticas ou sintomas físicos. Devido à ausência de tratamento os sintomas indicadores de depressão podem ser confundidos com alguma demência (Vaz & Gaspar, 2011; Fernández-Santos, 2002).

De acordo com Murray & Lopes para além da depressão ter um forte impacto em quem padece desta perturbação esta exerce também influência sobre a família, comprometendo aspetos sociais, ocupacionais e outras áreas do funcionamento (referidos por Powell, Abreu, Oliveira & Sudak, 2008).

Para além dos sintomas comuns que surgem com a depressão, nos pacientes idosos estes costumam ser acompanhados por queixas somáticas, hipocondria, baixa auto-estima, sentimentos de inutilidade, humor disfórico, tendências autodepreciativas, alterações nos padrões de sono e apetite, ideação paranoide e pensamentos recorrentes de suicídio (Stella, Gobbi, Corazza & Costa, 2002).

Podem destacar-se como sintomas do estado de humor em idosos: o humor deprimido/ disfórico, irritabilidade, tristeza, desanimo, sentimento de abandono e inutilidade, diminuição da auto-estima, isolamento social/ solidão, anedonia e desinteresse, ideias autodepreciativas, ideias de morte e tentativas de suicídio. Destacam-se como sintomas neurovegetativos a inapetência, emagrecimento, distúrbios do sono, perda de energia, lentidão psicomotora, inquietação psicomotora, hipocondria e dores não específicas. Relativamente aos sintomas cognitivos podem estar presentes dificuldades de concentração e memória, assim como uma diminuição na rapidez do raciocínio. Por fim e relativamente aos sintomas psicóticos destacam-se as ideias paranoides, delírios de ruína, de morte e alucinações relacionadas com o suicídio (Stella et al., 2002).

São de seguida referidos os subtipos de depressão mais prevalentes na população idosa.

Depressão Major

Um idoso padece de Depressão *Major* quando exibe ao longo de duas semanas consecutivas, cinco ou mais dos seguintes sintomas: humor deprimido ao longo da maior parte do dia, quase todos os dias; diminuição do interesse ou prazer em todas ou quase todas as atividades, ao longo da maior parte do dia, quase todos os dias; perda ou aumento de peso, ou diminuição ou aumento de apetite; insónia ou hipersónia: agitação ou lentificação psicomotora; fadiga ou perda de energia; sentimentos de desvalorização ou excessiva culpa ou inapropriada; diminuição da capacidade de atenção, pensar, ou indecisão. Note-se que tem de estar presente pelo menos humor deprimido e/ou perda de prazer ou interesse. Esta causa mal-estar ou défice social e não é atribuída ao consumo de substâncias ou condição médica (APA, 2014; Alexopoulos, 2005).

Embora não faça parte dos critérios de diagnóstico a depressão major na idade tardia é frequentemente associada a alterações corporais e comprometimento cognitivo (Alexopoulos, 2005).

Depressão minor

A depressão *minor* apresenta pelo menos dois, mas menos de cinco sintomas característicos de perturbação depressiva *major*. Esta deve ocorrer ao longo de duas semanas e causar sofrimento ou prejuízo funcional e não deve surgir devido ao consumo de substâncias, uma condição médica ou luto.

Este tipo de depressão nos indivíduos idosos está associado à incapacidade física e não deve ser feito o diagnóstico desta perturbação a indivíduos que apresentem história de depressão major, distímia, perturbação bipolar ou distúrbios psicóticos (Alexopoulos, 2005).

Distímia

Um indivíduo padece desta perturbação quando apresenta humor deprimido durante a maior parte do dia, mais de metade dos dias, ao longo de pelo menos dois anos. Devem ainda estar presentes pelo menos 2 dos seguintes sintomas: Diminuição ou aumento do apetite; insónia ou hipersónia; baixa energia ou fadiga; baixa auto-estima; falta de concentração ou dificuldade em tomar decisões; sentimentos de desespero (APA, 2014). Este tipo de perturbação raramente tem início no fim de vida, contudo pode ter início na meia-idade e prolongar-se (Blazer, 2003; Alexopoulos, 2005).

Depressão psicótica

A depressão psicótica, quando comparada com a depressão não psicótica ocorre em 20-45% dos pacientes hospitalizados, idosos deprimidos e 3,6% das pessoas na comunidade com depressão (Blazer, 2003). Esta é diagnosticada nos idosos quando estes padecem de depressão major e apresentam delírios ou alucinações. Os delírios podem ser de culpa, hipocondria, niilismo, perseguição e por vezes ciúmes (Alexopoulos, 2005).

1.2.2 Prevalência da depressão na população idosa

Há uma grande variedade na prevalência da depressão relatada em vários estudos de todo o mundo (Castro-Costa et al., 2007; Djukanović, Sorjonen & Peterson, 2015).

De acordo com Copeland et al., através de dados recolhidos em nove centros europeus, verificou-se que a prevalência de sintomas depressivos na população com idade de 65 anos ou superior, variou de 8.8% na Islândia para 23,6% em Munique (referido por Djukanović et al., 2015). Num estudo realizado com sujeitos com idades superiores a 50 anos, em dez países europeus, constatou-se que a prevalência variou de 18% na Dinamarca para 37% na Espanha (Castro-Costa et al., 2007). Por sua vez Djukanović et al. (2015) numa investigação centrada em indivíduos de nacionalidade sueca, com idades compreendidas entre os 65 e 80 anos, verificaram que cerca de 10% da população apresentava sintomas depressivos e não se verificou nenhuma prevalência em qualquer sexo.

Drago & Martins (2012), num estudo realizado com 119 indivíduos, residentes nos concelhos de Tavira, Olhão e Faro verificaram que 28,6% não apresentavam qualquer tipo de depressão, 70,6% dos idosos apresentavam depressão ligeira e 0,8% apresentavam depressão de tipo grave. Os mesmos autores referem ter verificado que quanto mais velhos os inquiridos mais depressivos se apresentam.

Num estudo longitudinal realizado por Heikkinen & Kauppinen (2004) ao longo de 10 anos, na Finlândia observaram que os problemas de humor tendem a aumentar no fim da vida, sobretudo nos indivíduos do sexo feminino, tendo-se verificado em mais de um terço das mulheres com 85 anos e em quase um terço dos homens.

1.2.3 Fatores de risco da depressão

Com o aumento da idade surge uma maior vulnerabilidade e fragilidade nos indivíduos, devido a aspetos psicológicos, sociais e culturais e ainda biológicos (Drago & Martins, 2012).

De acordo com D'Andrea o fator que mais influencia o aparecimento da depressão é a perda de algo muito valioso para o indivíduo, sendo deste modo o idoso vulnerável ao desencadear desta perturbação, pois encara frequentemente perdas e alterações na sua vida (referido por Conte & Souza, 2009).

Os fatores económicos são considerados fatores de risco para a depressão (Conte & Souza, 2009). Para Lizárraga, Zamora, Morales & Anda (2006) também a dependência económica está associada ao desenvolvimento de depressão. Segundo Drago & Martins (2012) a reforma, assim como as pensões de reforma insuficientes para as despesas que os idosos têm, as elevadas despesas que ocorrem muitas das vezes em farmácias, podem predispor estados depressivos. Um baixo rendimento para os idosos leva-os a lembrar o seu passado com melhores condições económicas (Conte & Souza, 2009).

O baixo apoio social, assim como o abandono familiar constituem fatores de risco para a depressão. Os idosos institucionalizados revelam ter saudades dos seus familiares e aqueles que ainda vivem na comunidade e até mesmo com os seus familiares acabam por ficar

sozinhos, pois os familiares destes vão trabalhar e estão também ocupados com as suas atividades (Lizárraga et al., 2006; Conte & Souza, 2009).

É de salientar ainda que o sedentarismo constitui um fator importante para a depressão na população idosa, pois uma grande parte dos idosos não tem qualquer atividade, contribuindo também para o surgir da depressão a inatividade física (Conte & Souza, 2009; Lizárraga et al., 2006).

Mudanças radicais de estilos de vida, eventos stressantes e acidentes traumáticos podem predispor estados depressivos (Drago & Martins).

A literatura revela que Almeida & Quintão (2012) no seu estudo realizado a 155 idosos institucionalizados e não institucionalizados, residentes no Algarve, Alentejo e Grande Lisboa, verificaram a existência de diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis de estado civil e a variável depressão e constataram que os participantes viúvos apresentam mais depressão que aqueles que são casados ou vivem em união de facto. Verificaram também que as perdas de familiares e amigos podem influenciar o aparecimento de depressão nos idosos (Drago & Martins, 2012; Conte & Souza, 2009).

O declínio funcional e doenças físicas são considerados também um fator de risco para a depressão (Heikkinen & Kauppinen, 2004; Conte & Souza, 2009).

De acordo com Salgueiro, a institucionalização do idoso pode desencadear estados depressivos. Note-se que muitas das vezes os sujeitos são institucionalizados após ficarem viúvos, contudo para além da perda, estes saem das suas próprias casas, passam a ter novos horários e deixam de ser os responsáveis por si próprios, até porque muitas das vezes quando ocorre a institucionalização os idosos já estão dependentes de terceiros (referido por Drago & Martins, 2012).

1.2.4 Consequências da depressão

O surgimento de perturbações depressivas nos idosos tem sido encarado como um fator de risco para o posterior desenvolvimento de um processo demencial. Esta perturbação pode originar alterações nas funções cognitivas temporariamente o que por vezes pode dificultar o processo de diagnóstico diferencial entre a depressão e a demência (Stella et al., 2002).

A depressão permite que surja uma diminuição na qualidade de vida do idoso, favorece o isolamento da sociedade assim como também o comodismo, pois são muitos aqueles que devido à idade avançada pensam que o seu contributo para o meio em que vivem não é necessário (Conte & Souza, 2009).

São vários os autores que mencionam que para além da depressão afetar a qualidade de vida, está também fortemente associada a tendências suicidas nos idosos (Oliveira, Gomes & Oliveira, 2006; Minayo & Cavalcante, 2015). Quando não é tratada pode aumentar o risco de morbilidade clínica e mortalidade (Stella et al. 2002).

A depressão leva a um aumento da carga económica devido aos seus custos que podem estar associados a esta direta ou indiretamente, uma vez que os idosos que padecem

de depressão procuram muito mais vezes os serviços médicos, o que aumenta significativamente os custos dos cuidados de saúde (Feio referido por Maurício, 2010; Oliveira et al., 2006).

Com a depressão pode surgir também a privação interpessoal, sobretudo dos indivíduos que se isolam e daqueles que também têm expectativas de vida reduzidas, quer por ideação suicida ou por doenças somáticas relacionadas com a depressão (Oliveira et al., 2006).

É comum que os indivíduos que padeçam de depressão apresentem queixas de memória, bem como dificuldades de concentração e na velocidade do pensamento (Stella et al., 2002; Alexopoulos, 2005).

O facto de um idoso padecer de depressão faz com que este permaneça mais tempo no leito, sem praticar atividade física, surgindo deste modo determinadas consequências deste comportamento relacionadas com a sua saúde geral. É de salientar que de um ponto de vista biológico a ausência de mobilidade física exerce influência na atividade pulmonar o que origina um acumular de secreções nas vias respiratórias e predispõem o idoso ao desenvolvimento de pneumonias. Note-se que ficar muito tempo na cama leva ao aumento da lentidão psicomotora, causada pela depressão, provocando desmotivação por parte do idoso em caminhar ou praticar exercício físico, o que provoca um agravamento do quadro hipertensivo, comprometimento de circulação periférica, perfusão cerebral, artrose, entre outras consequências (Stella et al., 2002).

1.2.5 Intervenção

De acordo com Alexopoulos, a depressão no idoso é tratada em 65 a 75% dos indivíduos (referido por Birrer & Vemuri, 2004). Note-se que o tratamento desta pretende reduzir o sofrimento psíquico, o risco de suicídio, assim como melhorar o estado geral do paciente e garantir que este tenha uma melhor qualidade de vida. Contudo consiste num desafio onde é fundamental uma intervenção especializada (Stella et al., 2002).

É de salientar a importância de um acompanhamento adequado, tratamento especializado e ajuda em determinada fase depressiva, assim como contacto físico, momentos de atenção e saber ouvir são muito importantes para que o idoso compreenda a depressão. É também relevante conhecer e corrigir os pensamentos negativos, pois são muitos os idosos que não admitem padecer de depressão e muitas vezes não aceitam que os outros reconheçam a sua doença e que precisam de ajuda (Conte & Souza, 2009).

É importante que antes de mais sejam identificados os fatores que originaram e desencadeiam ou permitem que ocorra um agravamento do processo depressivo. É deste modo relevante verificar se o indivíduo padece de alguma doença clínica que esteja relacionada com a depressão, assim como é também importante verificar se o idoso toma alguma medicação que origine sintomas depressivos. De seguida devem ser investigados os aspetos de natureza psicológica e psicossocial, como por exemplo os lutos, o isolamento social, abandono entre outros fatores que podem desencadear sintomatologia depressiva. É

de salientar que a intervenção psicoterapêutica, sobretudo quando realizada por profissionais em que a sua especialização são os idosos, ajuda na identificação dos fatores que desencadeiam o processo depressivo e contribui para a orientação não só do paciente, mas também dos familiares e cuidadores (Stella et al. 2002).

Pode por vezes ser necessário recorrer a intervenção psicofarmacológica, quando os sintomas depressivos colocam em risco a condição clínica do paciente, assim como também quando o sofrimento é significativo. Neste caso são recomendados antidepressivos de segunda geração, uma vez que são mais seguros para os idosos (Stela et al., 2002). Note-se que de acordo como Forlenza, neste tipo de tratamento há uma influência do perfil de tolerabilidade do paciente relativamente aos antidepressivos (referido por Stela et al., 2002). Dos inibidores seletivos da recaptção de serotonina (ISRS) o citalopram e a sertalina são os mais estudados na população idosa, contudo têm sido também prescritos a paroxetina e fluoxetina (Stela et al., 2002).

Os idosos muitas das vezes padecem de várias doenças, o que faz com que estes tenham de tomar vários medicamentos, aumentando o risco de interação entre estes e a potencialização de efeitos secundários. É deste modo importante ter em atenção os efeitos adversos dos medicamentos prescritos assim como o risco de interação entre estes (Stela et al., 2002). O mau uso de antidepressivos, assim como a prescrição de dosagens inadequadas são os erros mais comuns e apenas cerca de 10 a 40% dos pacientes idosos que padecem de depressão lhes são prescritos medicamentos (Birrer & Vemuri, 2004).

As terapias psicológicas são recomendadas aos pacientes idosos com depressão, pois estes apresentam vulnerabilidade aos efeitos adversos e altas taxas de problemas médicos e uso de medicamentos (Birrer & Vemuri, 2004).

A psicoterapia cognitivo-comportamental, psicoterapia comportamental, psicoterapia interpessoal e psicoterapia de resolução de problemas apresentam eficácia no tratamento agudo da depressão (Fleck et al., 2009; Birrer & Vemuri, 2004).

Por sua vez Stela et al. (2002) referem que a psicoterapia breve é a mais indicada para o tratamento dos idosos. Esta minimiza o sofrimento psíquico do paciente, ajuda o indivíduo a reorganizar o seu projeto de vida. Tem uma duração de cerca de seis meses e centra-se no presente e no futuro. Contudo a terapia cognitivo-comportamental (TCC) trata-se de uma das abordagens que apresentam melhores resultados no tratamento da depressão, não só realizada de forma isolada, como também combinada com a farmacoterapia (Powel et al., 2008).

A TCC tem como objetivo que o idoso relate os acontecimentos que levaram ao humor deprimido, verificar o modo como o sujeito vivenciou esses acontecimento e que significado estes tiveram na sua vida, verificando-se assim uma associação entre os diversos momentos negativos ou de tristeza. O terapeuta pretende deste modo que o indivíduo reconheça e modifique os pensamentos e comportamentos a fim de reduzir os sintomas depressivos. Neste tipo de terapia as sessões são geralmente semanais e os exercícios diários para ajudar o idoso

a aplicar as habilidades cognitivo-comportamentais todos os dias (Mello & Teixeira, 2011; Snowden, Steinman & Frederick, 2008).

Os adultos mais velhos costumam apresentar uma melhor taxa de adesão ao tratamento, menor taxa de evasão e respostas mais positivas para a psicoterapia, que os pacientes mais novos (Birrer & Vemuri, 2004).

A presença e grau de comorbilidades médicas, assim como o comprometimento cognitivo tratam-se dos principais fatores que afetam a eficácia e o sucesso da psicoterapia. Por sua vez os padrões de comportamento, os traços de personalidade, as expectativas e preferências do paciente sobre o tratamento consistem em preditores de uma psicoterapia bem sucedida (Birrer & Vemuri, 2004).

É importante orientar o idoso na procura de laços afetivos e de socialização. Este deve por exemplo frequentar com maior regularidade a sua igreja, frequentar grupos de terceira idade, ou centros para idosos, realizar trabalhos de voluntariado. Pretende-se então que o idoso tenha consciência de que a vida pode ser melhor quando vivida com outras pessoas, mesmo que essas situações só ocorram em alguns momentos do dia ou até mesmo da semana (Mello & Teixeira, 2011).

Atividades de terapia ocupacional, participação em atividades artísticas e de lazer são também bastante importantes no tratamento do idoso deprimido. O exercício físico, sobretudo o denominado aeróbio, realizado em intensidade moderada permite o alívio do stresse ou tensão, pois surge um aumento da taxa de endorfinas que exercem influencia no sistema nervoso, reduzindo o impacto do stresse do ambiente e pode prevenir ou reduzir as perturbações depressivas. É de salientar que ao comparar o exercício físico e o tratamento através de medicamentos, o primeiro não apresenta efeitos colaterais indesejáveis e a sua prática leva a um maior comprometimento ativo por parte do idoso, o que pode resultar no aumento da auto-estima e auto-confiança (Stela et al., 2002) É deste modo importante que o idoso pratique atividade física, sobretudo em grupo (Mello & Teixeira, 2011).

1.3 Solidão

O ser humano está geneticamente programado para estabelecer relações sociais assim como também para lutar pela manutenção das mesmas. Quando há uma quebra nessas relações sociais este reage de forma patológica. Os indivíduos solitários apresentam maior probabilidade de avaliar acontecimentos stressantes como ameaças em vez de desafios (Cacioppo, Hawkley, Rickett & Masi, 2005).

A solidão é um sério e dominante problema de saúde pública, contudo e apesar desta desencadear consequências para a saúde com tanta ou mais frequência que muitas das perturbações psiquiátricas tem-lhe sido dada pouca importância, sendo as publicações centradas sobretudo na psicologia social e em revistas de gerontologia social (Cacioppo & Patrick referidos por Hawkley, Thisted, Masi & Cacioppo, 2010; Luanaigh & Lawlor, 2008).

É importante investigar a temática da solidão na velhice, pois se este sentimento for trabalhado pode evitar o desenvolvimento de um quadro agravado como a depressão ou em determinados casos o suicídio (Carmona, Couto & Scorsolini-Comin, 2014).

1.3.1 Conceito de Solidão

Acredita-se que a solidão é universal e inevitável nos idosos, devido à significativa relação com a depressão e constitui um grande problema de saúde mental (de Jong Gierveld & Havens referido por Steed, Grenade & Iredell 2007; Steed et al., 2007; Adams, Sanders & Auth, 2004). As suas implicações são sentidas independentemente da cultura em que os indivíduos estão inseridos, trata-se de um fenómeno dinâmico, que varia em termos de causas e contextos (Rokach, Orzeck & Neto, 2004; Peerenboom, Collard, Naarding & Comijs, 2015).

Os idosos apresentam muitas das vezes risco de solidão, devido à interrupção nas suas redes sociais ao longo do tempo, pois os filhos já não estão tão próximos como os idosos desejam, a reforma reduz as suas relações sociais relacionadas com o trabalho, as doenças ou incapacidades podem impedi-los de participar nas atividades habituais com os outros indivíduos, podendo também significar a perda da independência. Pode ainda salientar-se o facto de o conjugue ou os amigos poderem adoecer ou morrer (Alpass & Neville, 2003; Pedroso & Portella, 2003; Pinquart & Sörensen, 2001).

A literatura revela ser impossível encontrar uma definição universal para o conceito de solidão e varia consoante a cultura de cada indivíduo e apesar de estar ligado ao conceito de isolamento social são distintos (Perlman, 2004; Grenade & Boldy, 2008; Savikko, Routasalo, Tilvis, Strandberg & Pitkälä, 2005; Paul, Ayis & Ebrahim, 2006). De acordo com Cattán & White, o isolamento social refere-se à serie de contactos e integração de um indivíduo no ambiente social envolvente (referido por Savikko et al. 2005). Por outro a solidão segundo Neto (2000, p.322) trata-se de “uma experiência comum e é um sentimento penoso que se tem quando há discrepância entre o tipo de relações sociais que desejamos e o tipo de relações sociais que temos”. Pedroso & Portela (2003) revelam que para que a se possa afirmar que uma pessoa sofre de solidão não é suficiente que esta tenha consciência da disparidade entre as relações que tem e aquelas que gostaria de ter. Ainda nesta linha de pensamento é possível salientar que a solidão é encarada como um sentimento negativo causador de sofrimento, contudo por vezes estar sozinho pode ser experienciado como um estado de solidão positiva e criativa (Savikko et. al, 2005; Anderson). A solidão pode ocorrer independentemente da existência ou ausência de contacto social e o facto de um indivíduo ser socialmente ativo não implica que este não se sinta solitário (McWhirter, referido por Alpass & Neville, 2003; Luanaigh & Lawlor, 2008; Taube, Jakobsson & Kristensson, 2015; Niedzwiedz et al., 2016).

A teoria evolucionista proposta por Caciopo, Hughes, Waite, Hawkley & Thisted (2006), sobre a solidão revela que a solidão se trata de uma característica humana que evolui e é hereditária, sugerindo deste modo que alguns indivíduos apresentam uma maior vulnerabilidade a desenvolver sentimentos de solidão, que outros sujeitos, como resposta a

acontecimentos ambientais. Os mesmos autores postulam que os nossos primeiros antepassados que tinham tendência a formar conexões sociais, comunicar, trabalhar em conjunto e compartilhar comida possuíam uma vantagem seletiva para sobreviver.

Segundo Luanaigh & Lawlor (2008), referem que talvez a forma mais abrangente para ver a solidão seria como uma construção heterogênea que pode ser definida em termos do modelo “bio-psico-social”, em que um indivíduo pode ter uma predisposição biológica para experienciar a solidão relacionando-a possivelmente com traços de personalidade herdados, enquanto que outros podem experienciar a solidão e relaciona-la com precipitantes psicológicos, como a tristeza ou a depressão. Por outro lado, e consoante a perspectiva social pode-se experimentar a solidão devido ao isolamento social. Estes revelam ainda que explicar a solidão de tal modo pode ser vantajoso na medida que são destacados os fatores subjacentes causadores de solidão no indivíduo e assim há uma ajuda na identificação da terapêutica mais adequada.

Weiss (1973), defendeu uma separação entre as dimensões mais sociais e pessoais da solidão, distinguindo os conceitos de solidão emocional e a solidão social. O mesmo revela que a solidão emocional está relacionada com a inexistência de uma figura íntima ou de um vínculo emocional próximo do indivíduo, podendo este ser um companheiro, melhor amigo ou confidente. Por outro lado a solidão social vai de encontro à ausência de um grupo mais amplo de contactos sociais, assim como também falta de participação numa rede social de amigos, colegas ou vizinhos (referido por Dykstra & Fokkema, 2007). A distinção entre solidão emocional e social é particularmente importante em estudos com idosos porque, devido à morte de familiares e amigos que vão envelhecendo, vai sendo difícil encontrar ou ter figuras de relacionamento íntimo e, por isso, a incidência e prevalência da solidão emocional em particular por ser (Luanaigh & Lawlor, 2008).

Através de um estudo realizado por Portela e Pedroso (2003) com o intuito de conhecer o significado da solidão para os idosos, estes autores reterão cinco categorias como significado de solidão, sendo estas: aflição emocional, momentos de solidão são momentos de revisão de vida, solidão é um vazio deixado pelas perdas, é esquecer de viver, sentir-se só mesmo acompanhado, é não ter sonhos e por fim não ter propósitos. Estes constataram ainda que para alguns idosos a solidão é necessária e não é encarada como algo negativo, permitindo reformular pensamentos e ideias.

Verifica-se através da literatura que as estimativas da prevalência da solidão em pessoas idosas na comunidade é variável. Num estudo realizado por Savikko et al. (2005), na população Finlandesa, em 2002, constatou-se que 5% dos inquiridos sentiam frequentemente ou sempre solidão e 39% sofriam de solidão pelo menos às vezes. Por outro lado Forbes (1996), revela que a prevalência de solidão em pessoas idosas pode atingir os 50% (referido por Tiikkainen & Heikkien, 2005). É de salientar ainda que são diversos os estudos baseados na comunidade que revelam que uma minoria das pessoas idosas apresenta solidão “grave”, ou seja indicam que se sentem sozinhos “sempre” ou “numa grande parte do tempo” ou a

partir da avaliação através de sistemas específicos de classificação em escalas de solidão (Grenade & Duncan, 2008).

1.3.2 Prevalência da solidão na população idosa

Com o envelhecimento da população é provável que surja um maior número de idosos, sobretudo mulheres, a viverem sozinhas. Este facto pode levar a um aumento do número de pessoas que apresentam sentimentos de solidão e isolamento social (Niedzwiedz et al., 2016).

São muitos os estudos que indicam que a maior parte das pessoas idosas, ou seja com idade superiores a 65 anos, não são solitárias nem socialmente isoladas (Victor et al., 2000). Por outro lado são vários os estudos que revelam uma taxa de prevalência de solidão entre os 39% e 72% (Peerenboom et al., 2015).

Os países do Sul da Europa, incluindo Portugal têm a maior prevalência de autorrelato de solidão, em comparação com os países do norte e mais de 19% dos portugueses revelaram que se sentiam sozinhos muitas vezes (Dystra, 2009). De acordo com Knipscheer, Dykstra, Van Tilburg & de Jong Gierveld, na população holandesa, um terço das pessoas mais velhas experimentam algum tipo de solidão e 1-3% apresentam fortes sentimentos de solidão (referidos por Peerenboom et al., 2015)

Os dados obtidos no estudo realizado por Ferreira-Alves, Magalhães, Viola & Simões (2014) à população portuguesa revelam que 12% dos inquiridos escolheram as categorias de frequentemente e sempre tinham sentimentos de solidão.

Djukanović et al. (2015) num estudo na população sueca, com idades compreendidas entre os 65 e 80 anos, verificaram que as mulheres relataram mais sentimentos de solidão e cerca de um quarto da amostra revelaram que muitas vezes ou às vezes se sentiam solitários.

1.3.3 Fatores de risco da solidão

Tendo como base uma perspetiva de intervenção é importante identificar os fatores que podem aumentar ou diminuir a probabilidade de uma pessoa se tornar isolada e/ou solitária. Tendo em conta a linha ténue que separa o conceito de solidão e isolamento será difícil distinguir os fatores que contribuem para o aumento ou diminuição do surgimento da solidão (Grenade & Duncan, 2008). A diferença entre as culturas e a forma como as relações sociais dos indivíduos são organizadas permitem que haja uma variação no modo como os indivíduos percebem, experimentam e lidam com a solidão (Rokach, Orzeck & Neto, 2004).

Um estudo realizado por Rokach et al. (2004), em que o objetivo era avaliar as técnicas que os idosos usam para lidar com a solidão, tanto na América do Norte como em Portugal, constataram que a cultura afeta a forma como os idosos lidam com a solidão. Estes verificaram também que o uso da reflexão e aceitação, o distanciamento e a negação, assim como a religião e a fé exercem influência no modo como a solidão é experienciada.

Fatores que aumentam o risco de solidão

A grande maioria das investigações são direcionadas para a comunidade, sendo por essa razão que os fatores de risco identificados estão sobretudo relacionados com os idosos que vivem em comunidade (Grenade & Duncan, 2008). A solidão tem sido identificada como um risco para a vida independente dos idosos residentes na comunidade (Eloranta, Arve, Isoaho, Lehtonen & Viitanen, 2015).

Alguns dos fatores identificados são sociodemográficos e incidem sobre as redes sociais dos indivíduos, por exemplo o facto de nunca ter sido casado, ou ser viúvo, assim como não ter tido filhos (Victor, Scambler, Bond & Bowling, 2000). O facto de um indivíduo viver sozinho tem sido apontado como um fator de risco para a solidão, assim como para o isolamento, contudo a sua relação com a solidão ainda não é clara, e a visão de que as pessoas que vivem sozinhas apresentam maiores probabilidades de experienciarem solidão, que aquelas que vivem com os outros tem sido desafiada por estudos que incidem sobre os aspetos de viverem sozinhos ou que não encontram evidências para apoiar a ideia de que as pessoas que vivem sozinhas são mais propensas à solidão (Grenade & Duncan, 2008; Victor et al. 2000; Steed et al. 2007). Eloranta et al. (2015) revelaram no seu estudo que os idosos que vivem sozinhos sofriam mais de solidão que aqueles que vivem com alguém.

Outros fatores de risco estão relacionados com a saúde física, assim como também com a saúde mental, sobretudo a depressão, contudo há alguma controvérsia sobre se é a saúde pobre que leva à solidão e/ou isolamento, ou se é a solidão que provoca problemas de saúde. Ainda nesta linha de pensamento é de salientar que os problemas de saúde podem levar a uma diminuição do contacto social que por sua vez pode aumentar os níveis de solidão e isolamento. É deste modo possível referir que a solidão e o isolamento são assim encarados como um sintoma de problemas de saúde e não como uma causa (Grenade & Duncan, 2008; Victor et al., 2000).

São vários os estudos que revelam que a solidão e o isolamento estão associados a deficiências sensoriais, como por exemplo a perda da audição e a deficiências físicas (Grenade & Duncan, 2008; Savikko et al. 2005). De acordo com Uotila (2011) existe uma relação entre a diminuição da perda de autonomia e os sentimentos de solidão (referida por Eloranta et al., 2015).

Há poucas evidências de que a solidão está associada à classe social, contudo as pessoas mais velhas pertencentes à classe trabalhadora são mais propensas a experimentar o isolamento, em comparação com os indivíduos de outras classes sociais. É de salientar que o tipo de contacto social varia consoante as classes sociais e o tipo de contacto predominante nos grupos de classe socioeconómica baixa é sobretudo baseado na família, ao invés dos grupos socioeconómicos que é baseado na amizade (Victor et al., 2000).

Os idosos com baixa auto-percepção de saúde são mais propensos a experimentar a solidão que os indivíduos com uma boa auto-avaliação da sua saúde. Os mesmos autores explicam que esta constatação se pode dever ao facto de quando uma pessoa apresenta uma baixa auto-percepção de saúde, surge um medo de dependência de outras pessoas, podendo ser ampliado pelo facto de o indivíduo viver sozinho (Elorante et al., 2015).

É de salientar que alguns dos acontecimentos da vida, como por exemplo o luto são também identificados como fatores de risco (Grenade & Duncan, 2008). A viuvez tem sido associada à solidão e ao isolamento social numa variedade de culturas e contextos (Victor et al., 2000).

Surge um aumento da solidão com a idade, e esta é confundida com a viuvez e com os problemas de saúde, surgindo um aumento da solidão à medida que a idade aumenta, não por causa da idade em si, mas devido ao aumento da incapacidade e enfraquecimento da integração social (Jylhä, 2004 referido por Steed, 2007; Ferreira-Alves et al., 2014). Por outro lado Steed et al. (2007), no seu estudo, constataram que não há uma evidência na relação existente entre a solidão e a idade. Estes verificaram ao comparar os níveis de solidão entre o primeiro e o décimo ano que a grande maioria não relatava nenhuma mudança, contudo estes admitem uma falta de confiabilidade.

Num estudo realizado com população portuguesa por Paul, Fonseca & Amado (2003) verificou-se que os idosos que viviam num ambiente rural relataram ter significativamente mais relações sociais que aqueles que viviam num ambiente urbano (referidos por Ferreira-Alves et al., 2014). Esta ideia é reforçada pelo estudo de Ferreira-Alves et al. (2014) onde também foi utilizada uma amostra portuguesa. Estes autores revelam ainda que estes resultados podem significar que a população rural portuguesa tem uma rede social mais densa o que faz com que existam mais contactos sociais significativos, logo menos solidão relatada pelos próprios.

A literatura revela-nos que na Austrália os indivíduos que vivem em residências particulares, relatam que não há um consenso no que concerne às alturas do ano ou do dia em que há um aumento do sentimento de solidão. Metade dos participantes da investigação não relataram qual a altura de maior solidão, mas aqueles que o fizeram citaram sobretudo os períodos de férias. Estes revelam ainda que a noite é a altura do dia mais problemática (Steed et al., 2007).

A literatura revela que os fatores psicológicos ou relacionados com a personalidade, como a auto-eficácia e auto-estima podem também influenciar a solidão, contudo esta relação é menos estudada (Grenade & Duncan, 2008).

É ainda importante salientar que o facto de um sujeito ser do sexo feminino é também um preditor de solidão, sendo vários os estudos que revelam que as mulheres relatam padecer de solidão mais frequentemente que os homens (Savikko et al., 2005; Luanaigh & Lawlor, 2008). Contudo há estudos que não apresentam diferenças de género. Note-se que tem também sido proposto que as mulheres revelam mais facilmente sentimentos de solidão que os homens (Luanaigh & Lawlor, 2008).

Fatores que diminuem o risco de solidão

Prevenir a solidão é uma prioridade da saúde pública em crescimento (Niedzwiedz et al., 2016).

Os métodos que visam aliviar a solidão devem ser individualizados e é importante que estes apoiem as características pessoais de cada indivíduo. Uma boa compreensão sobre a experiência de solidão do idoso e sobre os fatores que a explicam ajuda os profissionais de saúde no seu trabalho e também desempenha um papel fundamental no planeamento das intervenções que têm como objetivo reduzir a solidão (Eloranta et al., 2015).

Quando se consideram as redes sociais os amigos parecem ser quem mais se destaca na proteção contra a solidão, seguindo-se os parentes, os vizinhos e as crianças. Note-se que ter alguém de confiança é também muito importante (Steed et al., 2007; Eloranta et al., 2015). Tiikkainen (2006) referem que novas amizades podem significar uma nova rede de apoio para os idosos, promovendo a sua capacidade de viver em casa (cit in Eloranta et al., 2015). Contudo e apesar das relações sociais serem benéficas na tentativa de acabar com a solidão, Rokach et al. (2004), constataram que a dor, sofrimento, revolta e agonia que os indivíduos experienciam é tão perturbadora e inquietante que estes sentem que não se conseguem relacionar com outros sujeitos. Os indivíduos participantes neste estudo revelam ainda que a dor e vulnerabilidade os leva a manter algum distanciamento das relações sociais, de modo a se protegerem e como tentativa de minimizar a dor que pode ser causada pelo facto de falhar na tentativa de se relacionarem com os outros.

A religião e a fé parecem ser um dos fatores que podem proteger os idosos contra a solidão, uma vez que estes necessitam sentir-se conectados e/ou adorar uma entidade divina, como por exemplo Deus. Devido ao facto de se filiarem a um grupo religioso e praticar a sua fé os indivíduos ganham força, paz interior, um senso de comunidade e de pertença e ainda proteção (Victor et al., 2000; Rokach et al. 2004). Contudo e através do estudo de Rokach et al. (2004), os indivíduos portugueses, que na sua maioria cresceram numa cultura Católica Romana, não consideram o facto de orar regularmente uma estratégia, encarando esta prática simplesmente como uma familiar forma de vida. Ainda neste estudo constatou-se que as mulheres canadenses percebem a religiosidade, orações e participação em atividades religiosas organizadas como ajuda a lidar com o sucesso da solidão, ao contrário das mulheres portuguesas.

É importante desenvolver serviços versáteis concebidos para apoiar as pessoas mais velhas que apresentem uma má auto-avaliação da saúde e que estão a viver sozinhos, com o objetivo de reduzir os sentimentos de solidão. Pode ser realizada uma intervenção em grupo, que inclua atividades sociais e apoio social (Eloranta et al., 2015). Os indivíduos que praticam desporto, estão envolvidos em clubes sociais ou voluntariado/ caridade apresentam uma baixa probabilidade de solidão (Niedzwiedz et al., 2016). Tem-se verificado que as atividades sociais em grupo são eficazes no alívio deste sentimento (Taube et al., 2015).

O facto de ter um animal de estimação tem também sido um dos fatores sugeridos para proteger os indivíduos contra a solidão (Victor et al., 2000).

É importante reconhecer e eliminar as barreiras que as pessoas idosas podem enfrentar e aumentar a sua participação social, sobretudo nos grupos mais desfavorecidos (Niedzwiedz et al., 2016).

1.3.4 Consequências da Solidão

O facto das pesquisas psiquiátricas contemporâneas e a prática clínica incidir sobretudo nas principais perturbações psiquiátricas levou a que não fosse tão bem definido o impacto que a solidão tem na saúde (Luanaigh & Lawlor, 2008).

Segundo a literatura a solidão está intimamente ligada ao avanço da idade e tem sido relacionada com o elevado risco de problemas de saúde, tanto física como psicológica, na generalidade dos sujeitos. Tendo como base os dados obtidos longitudinalmente a solidão parece predizer a morbilidade e a mortalidade e é também associada a diversas condições físicas adversas como por exemplo riscos cardiovasculares, níveis de colesterol mais elevados, pressão arterial entre outros (Hawkley & Cacioppo, 2010; Hawkley, et al., 2010; Grenade & Boldy, 2008). É de salientar que a solidão está também associada a distúrbios do sono, prevalência de sintomas psicossomáticos, assim como também alterações na imunidade dos sujeitos (Ferreira-Alves et al., 2014). Surgem por vezes sentimentos de angústia, exclusão e insatisfação quando um individuo se sente sozinho (Fernandes referido por Carmona et al., 2014). É de salientar que principais consequências da solidão se tratam da diminuição do bem-estar e o surgimento de depressão (Paul et al., 2006).

A solidão e depressão em pessoas mais velhas estão fortemente associadas e ocorrem muitas vezes em simultâneo (Heikkinen & Kauppinen, 2004). Para além deste facto a solidão é um forte fator de risco para a depressão, contudo e apesar de muitas vezes estarem presentes sintomas depressivos em idosos que estão sós, nem sempre os indivíduos deprimidos revelam solidão (Luanaigh & Lawlor, 2008; Cacioppo et al., 2006). Ainda nesta linha de pensamento é possível salientar que a solidão tem também sido associada ao risco de permanecer inativo, fumar e ainda com o envolvimento em diversos comportamentos de risco para a saúde (Shankar et al. 2011).

São diversos os estudos que avaliam se a solidão influencia o declínio cognitivo (Luanaigh & Lawlor, 2008). Tilvis et al. (2004), através de um estudo realizado em Helsinque, na Finlândia, verificaram que a solidão pode influenciar o declínio cognitivo. Mais recentemente Wilson et. al. (2007) analisaram a relação existente entre a solidão e a doença de Alzheimer em 823 indivíduos com idades avançadas, ao longo de 4 anos e verificaram que o risco de desenvolver Alzheimer aumentou substancialmente nos sujeitos solitários em comparação com aqueles que não eram sós.

1.4 Risco de maus tratos

A violência contra os idosos tornou-se um fenómeno mundial, que desencadeou um aumento da atenção e mobilização, tanto nos países desenvolvidos como nos países em desenvolvimento. É de salientar que a preocupação com esta temática aumentou também devido à consciencialização mundial de que nos próximos anos haverá um aumento demográfico nessa população (Souza, Freitas & Queiroz, 2007). Este é um problema social que

não depende só da área da saúde e é bem mais comum do que as sociedades querem admitir (Acuña, 2012; WHO & INPEA, 2002). Celebra-se a 15 de Junho o dia internacional de sensibilização sobre a prevenção da violência contra as pessoas idosas (Souza et al., 2007).

1.4.1 Conceito de maus tratos

Foi no ano de 1975 que foi feita pela primeira vez referência teórica aos maus-tratos sobre os idosos, nos artigos publicados por Backer e Burston. Estes foram o ponto de partida para a realização de variadas investigações por todo o mundo (Vergueiro & Lima 2010). Apesar de serem vastos os estudos sobre o tema dos maus-tratos nos idosos, o estudo da temática dos maus-tratos institucionais é escassa, talvez por ser um assunto sensível e também pelo facto de ao se realizar este tipo de estudo se estar a avaliar a qualidade dos serviços em que supostamente se deve proteger o idoso (Acuña, 2012).

Estudos realizados em diferentes culturas, onde é estabelecida uma comparação entre os países têm revelado que os indivíduos de qualquer estrado social, etnia ou religião são vulneráveis aos maus tratos (Machado & Queiroz referidos por Souza et al., 2007).

A OMS (2002) define maus tratos na terceira idade como sendo um ato único ou repetido, ou ainda a ausência de ação apropriada que provoca dano, sofrimento ou angústia e que surge num relacionamento de confiança.

São várias as formas de maus-tratos, sendo as mais frequentes o maltrato físico, psicológico, negligência, maltrato emocional ou abandono, abuso económico e abuso sexual. O maltrato físico caracteriza-se por qualquer forma de agressão física, como por exemplo queimaduras, espancamento, golpes, administração abusiva de fármacos ou tóxicos. Sobre o maltrato psicológico este é identificado quando se verifica a existência de condutas que causam danos psicológicos, como por exemplo a manipulação, intimidação, ameaças, humilhações, desprezo ou privação do poder de decisão. Por sua vez a negligência é identificada quando não são satisfeitas as necessidades básicas dos indivíduos, através da recusa em dar alimentos, cuidados higiénicos, habitação, segurança e tratamentos médicos. O maltrato emocional ou abandono surge quando existe a negação de afeto, isolamento ou ausência de comunicação. Por outro lado quando há privação do uso e controlo do seu próprio dinheiro, assim como exploração financeira e chantagem económica os idosos são vítimas que abuso económico. Por fim o abuso sexual ocorre quando está presente qualquer tipo de atividade sexual não consentida ou quando o indivíduo não é capaz de dar o seu consentimento. Com frequência uma pessoa idosa sofre ao mesmo tempo de vários tipos de maus tratos (Fernández-Alonso & Herrero-Velázquez, 2006; Machado & Queiroz referidos por Souza et al., 2007).

Por vezes nos lares de idosos surge um tipo de maltrato especial caracterizado pela infantilização, despersonalização, desumanização e vitimização. Surge infantilização quando um idoso é tratado como se fosse uma criança, limitando a sua capacidade de autonomia. Por sua vez a despersonalização caracteriza-se por proporcionar serviços de acordo aos critérios gerais que não estão de acordo com as necessidades de cada individuo. A desumanização está

presente quando o idoso é ignorado, não tem direito à sua intimidade e autonomia. Por fim a vitimização surge quando ocorrem ataques à integridade física e moral do idoso, através de ameaças, intimidação e agressões verbais, roubo, chantagem ou até mesmo castigos corporais. Note-se que também nas instituições pode ocorrer situações de negligência (Ministerio de Desarrollo Social, 2012).

Quando se define o conceito de maus-tratos é preciso ter em atenção o contexto cultural em que os indivíduos estão inseridos, pois por exemplo em algumas sociedades tradicionais as idosas viúvas estão sujeitas ao abandono. Alguns rituais de luto de passagem por viúvas, em grande parte da África e também da Ásia do Sul podem implicar práticas cruéis, violência sexual, casamentos forçados ou até mesmo a evacuação das suas próprias casas. Surgem também situações em que as mulheres mais velhas que vivem isoladas, são acusadas de feitiçaria. Estes atos de violência são costumes que estão enraizados na estrutura social e precisam ser considerados num contexto mais amplo de abusos de idosos (WHO & INPEA, 2002).

Os maus tratos são exercidos normalmente sobre o sujeito mais vulnerável do ambiente doméstico. No caso dos idosos, para além do propósito poder ser de domínio e submissão por parte do agressor, acredita-se que na maioria das vezes são a resposta a uma situação de rejeição para os idosos, considerados um “fardo ” para a família (Fernández-Alonso & Herrero-Velázquez, 2006).

Os idosos não querem por vezes admitir que são vítimas de maus-tratos, por terem medo das represálias, por receio de ficarem confinados numa instituição ou até mesmo porque preferem negar uma realidade que lhes é difícil de aceitar (Fernández-Alonso & Herrero-Velázquez, 2006; Souza et al., 2007). São muitos os idosos que referem conhecer os seus direitos, contudo verifica-se que estes não têm de facto consciência da abrangência dos seus direitos (Souza et al., 2007).

Para uma grande parte dos idosos que sofre de maus-tratos, as consultas no médico de família podem ser a única oportunidade para se detetar que são vítimas de maus tratos, uma vez que os médicos de família, devido ao contacto regular que têm com estes e com a sua família, encontram-se numa posição confortável para identificar as situações de maus-tratos, assim como para intervir preventivamente ao reconhecer as situações de risco. Deste modo os médicos de família podem identificar os indivíduos que precisam de proteção e também identificar as famílias que não possuem estrutura adequada para poderem prestar apoio ao cidadão idoso. Contudo e infelizmente são muitos os médicos que atribuem as consequências do abuso, como por exemplo as lesões corporais, depressão, mau controlo de doenças crónicas e incapacidade funcional, ao próprio envelhecimento ou a doenças subjacentes. É importante salientar que em Portugal todos os profissionais têm a obrigação legal de denunciar situações de maus-tratos (Costa, Pimenta, Brigas, Santos & Almeida, 2009).

1.4.2 Prevalência de maus tratos na população idosa

São vários os estudos que revelam que a violência contra os idosos tem aumentado na população portuguesa (Costa et al., 2009).

Entre 2013 e 2014 a APAV (2015) registou um total de 2 009 processos de apoio de pessoas idosas tendo-se verificado que em 1 626 dos casos foram de facto vítimas de violência. Houve um aumento processual de 10,1% de 2013 para 2014. Esta associação verificou ainda que uma média de 80% das vítimas eram do sexo feminino e 26,8% tinham idades compreendidas entre os 65 e os 69 anos. Relativamente ao estado civil das vítimas constatou-se que eram maioritariamente casadas (44,5%) e em 28,5% dos casos eram viúvas. A APAV revela ainda que em 2013 em 36% dos casos a vítima era pai/mãe do agressor e 36,7% em 2014, seguindo a relação de conjugue com uma percentagem de 29% em 2013 e 28,7% em 2014. Contrariamente ao que se verifica com as vítimas, os agressores são sobretudo homens (67,8%) e têm maioritariamente uma idade compreendida ente os 65 e 74 anos (11,75%).

Souza et al. (2007) na sua investigação, desenvolvida numa instituição brasileira, que recebe denúncias de violência contra os idosos, constataram que em 67% dos processos, os indivíduos se queixaram de abandono por parte dos seus familiares. Estes verificaram também que os filhos eram responsáveis por 49% das denúncias, seguindo-se os restantes parentes (21%) e 20% das queixas eram contra órgãos públicos. Em estudos realizados nos Estados Unidos, Canadá e Reino Unido, obtiveram-se resultados de existência de maus tratos em 3-6% dos indivíduo com idades superior a 65 anos (Fernández-Alonso & Herrero-Velázquez, 2006).

Numa pesquisa realizada num lar de idosos nos Estados Unido verificou-se que 36% dos profissionais de enfermagem e equipa auxiliar relataram ter visto pelo menos um incidente de abuso físico no ano anterior realizado por outros membros da equipa. Ainda nesta pesquisa 10% dos inquiridos admitiram ter cometido pelo menos um ato de abuso físico. Pelo menos uma situação de abuso psicológico foi observada em 81% da amostra e 40% dos admitiram ter cometido um ato de abuso psicológico (Pillemer referido por WHO & INPEA, 2002).

1.4.3 Fatores de risco de maus-tratos

O envelhecimento da população tem sido acompanhado de alterações sociais e sobretudo alterações no estatuto do idoso. As famílias são compostas cada vez mais por menos indivíduos, cada vez há mais mulheres inseridas no mercado de trabalho e tradicionalmente eram estas as responsáveis por prestar cuidados aos idosos. Note-se que surgiram também mudanças culturais e passou a haver uma maior tendência de desvinculação, há também uma diminuição da tolerância, assim como um aumento da discriminação e institucionalização dos idosos. Todas estas alterações contribuem para que os maus-tratos aos idosos seja um problema da atualidade (Coma referido por Costa et al., 2009; Fernández-Alonso & Herrero-Velázquez, 2006).

Na origem dos maus-tratos é possível encontrar diversas causas, pois não são só os fatores sociais que estão implicados, estão também presentes fatores culturais, familiares e individuais. Como fatores associados aos maus-tratos nos idosos destacam-se o stresse provocado pela sobrecarga do cuidador, problemas socioeconómicos, antecedentes de

violência familiar e na própria família entre outros. Note-se que estes são considerados fatores de risco pois a sua existência aumenta a probabilidade de que o problema apareça (Fernández-Alonso & Herrero-Velázquez, 2006).

Destacam-se ainda como fatores de risco para o idoso a idade avançada, um estado de saúde deficiente, incontinência, deterioro cognitivo e alterações no comportamento, dependência física e emocional do cuidador e isolamento social. Surgem também fatores de risco para o agressor, onde pode estar presente a sobrecarga física e emocional, a existência de perturbações psicopatológicas, experiência familiar de maus-tratos a idosos ou acontecimentos anteriores de violência familiar, incapacidade do cuidador para suportar emocionalmente os cuidados ou até mesmo o abuso de álcool e toxinas (Fernández-Alonso & Herrero-Velázquez, 2006; Souza et al., 2007). A APAV (2015) revela que entre 2013 e 2014, relativamente a à existência de dependências os autores do crime estes dependiam sobretudo de álcool (16,6% em 2013 e 18,6% em 2014).

Podem ainda ocorrer situações de especial vulnerabilidade, onde surgem como fatores de risco partilha da habitação, a má relação entre a vítima e o agressor, falta de apoio familiar, social e financeiro, assim como a dependência económica (Fernández-Alonso & Herrero-Velázquez, 2006).

A falta de preparação dos familiares ou cuidadores, assim como também das instituições para lidar com as questões sociais e psíquicas, que fazem parte do processo de envelhecimento têm contribuído para o aumento de situações de maus-tratos nos idosos (Costa et al., 2009).

1.4.4 Consequências dos maus tratos

A violência contra os idosos constitui um obstáculo para que estes possam envelhecer condignamente e em segurança (Souza et al., 2007).

Os maus-tratos de que o idoso sofre têm consequências físicas, psicológicas e sociais. Quanto às consequências físicas podem salientar-se as lesões por traumatismos, desnutrição, desidratação, fraturas devido a quedas, úlceras causadas por negligência, abandono ou falta de cuidados, queimaduras, intoxicações, entre outras. Relativamente às consequências a nível psicológico podem destacar-se a tristeza, sofrimento, perturbações emocionais, ansiedade, depressão, ideação suicida, inibição, somatização e pseudodemências. A nível social o idoso pode começar a demonstrar comportamentos de isolamento físico, psicológico e social (Fernández-Alonso & Herrero-Velázquez, 2006).

1.4.5 Intervenção

É importante que os profissionais que lidam diretamente com os idosos sejam qualificados para trabalhar com indivíduos desta faixa etária, para que os cuidados e a proteção que estes necessitam sejam assegurados de forma eficaz. É também relevante referir que uma boa formação dos profissionais de saúde é vantajosa para a identificação de maus-tratos nas instituições de saúde, nos domicílios e nas ruas, por exemplo (Souza et al.,

2007). Ainda nesta linha de pensamento, quanto mais conhecimento, esclarecimento e também discussão sobre esta temática melhor será a identificação, prevenção e intervenção nas suas diversas manifestações (Costa et al, 2009).

Pretende-se com a prevenção primária identificar e modificar os fatores de risco dos maus-tratos nos idosos. Relativamente à prevenção secundária o objetivo desta prende-se com a identificação precoce dos maus-tratos, através do reconhecimento dos sinais de alerta e também implementar medidas para evitar o agravamento desta problemática (Costa et al., 2009).

Num processo de intervenção é importante o apoio do Serviço Social, podendo aconselhar-se o idoso a frequentar um centro de dia ou recomendar cuidados de apoio domiciliário, como forma de contrariar o isolamento social. É também relevante fazer uma avaliação das condições da habitação e verificar se estas estão de acordo com as necessidades do idoso (Costa et al., 2009).

Pode também ser realizada intervenção junto do cuidador e identificar e atuar preventivamente em situações de sobrecarga física e emocional que podem desencadear situações de violência sobre o idoso. Deste modo podem salientar-se como medidas a partilha dos cuidados ao idoso por outros membros da família, garantir que o cuidador tenha períodos de descanso e ainda estabelecer contacto com redes sociais comunitárias, como por exemplo grupos de apoio, voluntariado entre outros (Costa et al., 2009; Fernández-Alonso & Herrero-Velázquez, 2006). É também importante reforçar de forma positiva o cuidador (Costa et al. 2009).

É fundamental o envolvimento de todos os níveis governamentais na construção de planos e políticas, em que o objetivo é a prevenção da violência (Souza et al., 2007). Devem ser desenvolvidos programas educativos para as crianças e jovens, sobre o respeito e reconhecimento das pessoas idosas e incapacitadas, na família, na escola, nos meios de comunicação e na comunidade. Podem ainda ser desenvolvidos programas de ajuda social aos idosos e às suas famílias por parte das instituições públicas e uma maior dedicação de recursos para os cuidados psicossociais da família. É também relevante mudar os regulamentos de trabalho a fim de facilitar as limitações de tempo nas condições económicas dignas quando se tem a cargo um idoso dependente (Fernández-Alonso & Herrero-Velázquez, 2006).

Na sequência da revisão efetuada e tendo em consideração o previsto aumento da população idosa nos próximos anos, parece bastante pertinente o estudo destas problemáticas, não só a nível individual, como em conjunto.

É também importante esta abordagem, devido aos fatores que mascaram as evidências da prevalência da depressão, solidão e risco de maus-tratos, dificultando o processo de diagnóstico, sendo deste modo fundamental averiguar quais os fatores de risco a

que o idoso é exposto diariamente. Este estudo visa ainda desmistificar determinados juízos no que diz respeito ao idoso.

Capítulo 2- Material e método

“Saber envelhecer é a obra-prima da sabedoria e um dos capítulos mais difíceis na grande arte de viver.”

(Hermann Melville)

Ao longo deste capítulo estão presentes os objetivos deste estudo, bem como o método implementado, onde são apresentadas as características da amostra e os instrumentos utilizados na investigação. Está também presente os procedimentos implementados ao longo de toda a investigação e análise estatística.

2.1 Objetivos e hipóteses

A literatura revela-nos que são frequentes os sinais e sintomas de depressão na população idosa, destacando-se sobretudo os pensamentos negativos do *self*, uma imagem negativa de si mesmos, do mundo que os rodeia assim como do futuro (Gotlib & Joorman, 2010). A depressão é considerada como uma das maiores causas do surgimento de sofrimento emocional, que muitas das vezes está associada a sentimentos de solidão, sobretudo nesta fase da vida dos indivíduos. Esta pode ser uma doença mental grave e incapacitante que exerce influencia em diversos aspetos do dia-a-dia dos sujeitos (Calha, Arriaga & Cordeiro, 2014).

Apesar de causar um sentimento de vazio interior em todas as diferentes fases da vida a solidão tende a ser mais frequente com o envelhecimento. Tendo em conta os diversos fatores psicológicos e sociais que parecem estar relacionados com o seu aparecimento podem destacar-se a depressão e o abandono (Lopes, Lopes & Camara, 2009).

Atualmente existe uma maior consciencialização sobre a problemática dos maus-tratos nos idosos. Independentemente da violência ocorrer num contexto institucional ou familiar as suas consequências são comuns e os indivíduos agredidos entram facilmente em depressão (Dias, 2005).

Tendo em consideração a pertinência do estudo destas temáticas, bem como a importância do estudo da população idosa e tendo em conta o aumento desta população a nível mundial o presente trabalho de investigação tem como finalidade refletir e avaliar a sintomatologia depressiva, o sentimento de solidão e o risco de maus-tratos nesta população, estabelecendo uma comparação entre estas e as variáveis sociodemográficas, como a idade, o género, estado civil, entre outras bastante pertinentes.

Ainda nesta linha de pensamento, podem destacar-se especificamente os seguintes objetivos:

- Analisar a existência de sintomatologia depressiva, solidão e risco de maus tratos em indivíduos com 65 ou mais anos;
- Perceber a relação existente entre as variáveis sociodemográficas e a depressão;
- Perceber a relação existente entre as variáveis sociodemográficas e a solidão;

- Perceber a relação existente entre as variáveis sociodemográficas e o risco de maus tratos;
- Explorar a relação existente entre a depressão, a solidão e o risco de maus tratos.

O presente estudo é de natureza quantitativa, uma vez que permite explicar os fenómenos tendo como base a quantificação e categorização, através do uso de instrumentos. Este apresenta um carácter descritivo, pois pretendeu-se com este recolher e tratar os dados de um modo sistemático e estatístico. Este estudo é ainda de índole transversal, pois o processo de recolha de dados foi realizado num único período de tempo, não tendo ocorrido qualquer intervenção

2.1.1 Hipóteses de investigação

As Hipóteses colocadas, possíveis de serem confirmadas ou rejeitadas são as seguintes:

H1: Os indivíduos do sexo feminino apresentam mais sintomatologia depressiva que os indivíduos do sexo masculino;

H2: Quanto mais velhos os indivíduos maior sintomatologia depressiva apresentam;

H3: Indivíduos casados apresentam menor sintomatologia depressiva que os indivíduos viúvos;

H4: Quanto maior o número de atividades diárias os indivíduos realizam menor a sintomatologia depressiva;

H5: Os indivíduos que veem as suas famílias pelo menos uma vez por semana apresentam menor sintomatologia depressiva;

H6: Quanto menor o nível de escolaridade maior a sintomatologia depressiva;

H7: Maiores níveis de depressão encontram-se relacionados com um menor desempenho cognitivo;

H8: Os indivíduos do sexo feminino apresentam mais solidão que os indivíduos do sexo masculino;

H9: Indivíduos mais novos apresentam mais solidão;

H10: Indivíduos casados apresentam menor solidão que os indivíduos viúvos;

H11: Quanto mais atividades diárias os indivíduos realizam menos sentimentos de solidão apresentam;

H12: Existem diferenças significativas no que concerne à solidão e à frequência com que os idosos veem as suas famílias;

H13: Quanto maior o nível de escolaridade menor os sentimentos de solidão;

H14: Indivíduos do sexo feminino apresentam maior risco de maus tratos que indivíduos do sexo masculino;

H15: Indivíduos mais velhos apresentam maior risco de maus tratos;

H16: Indivíduos casados apresentam maior risco de maus-tratos que os indivíduos viúvos;

H17: Quanto menor o nível de escolaridade maior o risco de maus tratos;

H18: Existe uma relação significativa entre a depressão e a solidão;

H19: Existe uma relação significativa entre a depressão e o risco de maus-tratos;

H20: Existe uma relação significativa entre a solidão e o risco de maus tratos;

2.2 Participantes

Participaram neste estudo 65 idosos residentes em Peraboa, Monsanto, Zebreira, Proença-a-Velha e Oledo. Note-se que a amostra engloba indivíduos institucionalizados e que frequentam Centros de Dia. Como critério de inclusão na amostra definiu-se que só poderiam participar neste estudo indivíduos que tivessem idade igual ou superior a 65 anos. Como critério de exclusão definiu-se que não poderiam participar indivíduos que obtivessem uma pontuação igual ou inferior a 15 no MMSE.

Os participantes neste estudo têm idades compreendidas entre os 66 e 97 anos, sendo a média de idades de 85,2, a mediana de 87 e a moda é de 90 anos de idade. Dos indivíduos inquiridos 73,8% são do sexo feminino (n=48) e 26,2% são do sexo masculino (n=17).

Relativamente ao estado civil verifica-se que a grande maioria dos inquiridos são viúvos (n=46; 70,8%) e 7,7% dos inquiridos são solteiros (n=5), 20% são casados (n=13) e 1,5% são divorciados (n=1).

Quanto às habilitações literárias verifica-se que 49,2% dos indivíduos têm o ensino primário (n=32), 35,4% são analfabetos (n=23), 9,2% sabem ler e escrever (n=6), 4,6% frequentou o ensino superior (n=3) e apenas 1,5% frequentou o ensino básico (n=1), constatando-se deste modo que 44,6% dos inquiridos são analfabetos ou não têm qualquer nível escolar e 55,4% apresentam uma escolaridade igual ou superior ao ensino primário.

É importante salientar que as últimas profissões mais referidas pelos inquiridos foram as de agricultor/ agricultora ou doméstica.

Relativamente à situação económica 12,3% revelam que esta é baixa (n=8), 86,2% relatam que é média (n=56) e apenas 1,5% referem que é alta (n=1). Relativamente a doenças diagnosticadas pelo médico, constatou-se que 47,7% padecem de doenças diagnosticadas pelo médico (n=31) e 52,3% não padecem (n=34).

Dos 65 inquiridos a grande maioria está institucionalizada (n=56; 86,2%) e 13,8% não estão institucionalizados e frequentem centros de dia (n=9).

Relativamente ao tempo de institucionalização 9,2% dos sujeitos estão institucionalizados há menos de um ano (n=6), 61,5% estão institucionalizados entre um a cinco anos (n=40), 12,3% entre 5 e 10 anos (n=8) e por fim 3,1% estão institucionalizados há mais de dez anos (n=2).

Dos indivíduos não institucionalizados 9,2% vivem sozinhos (n=6), 3,1% vivem com os seus conjugues (n=2) e 1,5% vivem com os filhos (n=1).

Verifica-se também que 1,5% dos sujeitos nunca veem os seus familiares (n=1), 21,5% vê os seus familiares uma ou mais vezes por semana (n=14), 33,8% uma vez por mês (n=22), 24,6% mais de uma vez por mês (n=16) e 18,5% pelo menos uma vez por ano (n=12).

Relativamente às atividades diárias 4,6% dos inquiridos consideram que são inativos (n=3), 40% revelam que são pouco ativos (n=26), 29,2% moderadamente ativos (n=19) e 26,2% relatam ser muito ativos (n=17). Note-se que relativamente à quantidade de atividades diárias que realizam ao longo do dia 6,2% revelam que não realizam qualquer atividade (n=4), 27,7% realizam apenas uma atividade (n=18), 21,5% realizam duas atividades diárias (n=14), 24,6% três atividades diárias (n=16) e 20% dos inquiridos realizam mais de 3 atividades diárias (n=13) (conferir tabela 1).

Tabela 1
Características Sociodemográficas da amostra (N=65)

Variável		n	%
Género	Feminino	48	73,8
	Masculino	17	26,2
Estado civil	Solteiro	5	7,7
	Casado	13	20
	Viúvo	46	70,8
	Divorciado	1	1,5
Escolaridade	Analfabeto	23	35,4
	Sabe ler e escrever	6	9,2
	Ensino Primário	32	49,2
	Ensino Básico	1	1,5
	Ensino Superior	3	4,6
Situação económica	Baixa	8	12,3
	Média	56	86,2
	Alta	1	1,5
Doenças Diagnosticadas	Sim	31	47,7
	Não	34	52,3
Institucionalização	Sim	56	86,2
	Não	9	13,8
De quem partiu a ideia da institucionalização	Iniciativa própria	36	55,4
	Trazido(a) por familiares	19	29,2
	Trazido(a) por amigos	1	1,5
Tempo a que está institucionalizado	Menos de um ano	6	9,2
	1 a 5 anos	40	61,5
	5 a 10 anos	8	12,3

	Mais de 10 anos	2	3,1
Com quem vive	Sozinho	6	9,2
	Conjuge	2	3,1
	Filhos	1	1,5
Frequência com que vê a família	Uma ou mais vezes por semana	14	21,5
	Uma vez por mês	22	33,8
	Mais de uma vez por mês	16	24,6
	Pelo menos uma vez por ano ou nunca	13	20
Como defini a sua atividade diária	Inativo	3	4,6
	Pouco ativo	26	40
	Moderadamente ativo	19	29,2
	Muito ativo	17	26,2
Quantidade de atividades diárias	Nenhuma ou apenas uma atividade	22	33,8
	Duas atividades diárias	14	21,5
	Três atividades diárias	16	24,6
	Mais de três atividades diárias	13	20

2.3 Instrumentos

Para a realização deste estudo foi elaborado um protocolo, onde constavam quatro questionários, sendo estes: Questionário Sócio-demográfico; Escala de Solidão UCLA; Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test (H-S/EAST); Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D); Mini-Mental State (MMS).

Questionário Socio-demográfico

Foi elaborado um Questionário Sócio-Demográfico, composto por 19 questões. Este visa recolher informações sobre determinadas variáveis, que pareceram ser pertinentes estudar, nomeadamente a idade, género, última profissão exercida antes da reforma, escolaridade, estado civil, classificação da situação económica, existência de doenças diagnosticadas pelo médico e quais essas doenças, se neste momento está institucionalizado, qual a instituição, há quanto tempo e de quem partiu a iniciativa para a institucionalização. Ao longo do questionário foram também elaboradas questões para os indivíduos que responderam negativamente ao estarem ou não institucionalizados, fazendo parte do questionário questões como com quem vive, caso viva sozinho há quanto tempo, se frequenta alguma instituição e de que tipo (Centro de dia, Universidade Sénior, Convívio de Paróquia,

outra). É de salientar que estão também presentes questões como a frequência com que o idoso vê os seus familiares, como define a sua atividade diária e por fim que atividades diárias realiza.

UCLA

A escala de solidão foi criada em 1978 por David Russel, e desde a sua criação a versão original tem vindo a sofrer alterações estando atualmente na 3ª edição e foi traduzida e adaptada para a população portuguesa por Margarida Pocinho e Carlos Farate em 2005 (Pocinho, 2007; Pocinho, Farate & Dias, 2010).

Inicial a escala era composta por 20 itens, contudo atualmente e após terem sido excluídos quatro itens esta é composta por 16, com quatro possibilidades de resposta, variando entre o nunca e frequentemente. Constituem esta escala duas dimensões: isolamento social e afinidades. Todos os itens apresentam uma direção negativa, uma vez que se torna mais simples a resposta dos inquiridos. A pontuação da escala varia entre 16 e 64 pontos e uma pontuação global superior a 32 indica a existência de sentimentos de solidão (Pocinho et al., 2010).

H-S/EAST

A H-S/ EAST trata-se de um instrumento desenvolvido nos Estados Unidos, por Neale, Hwalek, Scott, Sengstock & Stahl (1991) e adaptado por Reichenheim, Paixão e Moraes (2008), para uso na população brasileira e posteriormente traduzido para Português por Bidarra (2015). Este visa identificar sinais de existência ou suspeita de maus tratos em idosos e os seus itens para além de incidirem sobre sintomas específicos de violência focalizam-se também na procura de possíveis situações relacionadas (Hwalek & Sengstock, 1986; Neale et al., 1991). Regra geral trata-se de um instrumento de fácil aplicação e bem aceite pelos idosos (Nelae et al., 1991).

O instrumento é composto por 15 questões de dicotómicas divididas em três dimensões: abuso potencial (ABP), violação dos direitos pessoais ou abuso direto (VDP) e características de vulnerabilidade (CDV). Fazem parte da dimensão ABP os itens 2, 5, 7, 8, 12, 13 e 14, da dimensão VDP os itens 4, 9, 10, 11 e 15 e por fim os itens 1, 3 e 6 estão inseridos na dimensão CDV (Bidarra, 2015).

Relativamente à cotação da H-S/ EAST é de salientar que é atribuído um ponto para cada resposta afirmativa à exceção dos itens 1, 6, 12 e 14 em que só é atribuído um ponto a estes itens caso o inquirido responda negativamente. É de salientar que estudos prévios sugerem que um score de três ou superior é indicativo de um maior risco de maus-tratos no idoso inquirido (Bidarra, 2015).

Este instrumento de avaliação apresenta algumas limitações, como o facto de não ser avaliada a autonegligência, abandono e violência sexual (Reichenheim, Paixão & Moraes, 2008).

CES-D

A CES-D foi desenvolvida pelo Centro de Estudos Epidemiológicos do National Institute of Mental Health, em Rockville, USA, em 1977 tendo sido posteriormente criada uma versão em português em 2004, por Gonçalves e Fagulha. Esta tem como objetivo avaliar a ocorrência de sintomatologia depressiva na população geral, diferenciando-se de outras escalas de depressão que têm como objetivo primordial a realização do diagnóstico na prática clínica (Fagulha e Gonçalves, 2004; Ribeiro, 2007; Radloff, 1977).

É um instrumento de auto-resposta composto por 20 itens que representam os principais aspetos de sintomatologia depressiva. As respostas a cada item são dadas numa escala de quatro pontos correspondente à frequência da ocorrência do sintoma na última semana. É de salientar que quatro dos 20 itens estão formulados no sentido positivo com o intuito de quebrar possíveis tendências de resposta e avaliar efeitos positivos. O modo simples como as questões são elaboradas facilita o uso da escala em situações em que o indivíduo apresenta um baixo nível de escolaridade, bem como na utilização da escala num contexto de entrevista. A pontuação total pode oscilar entre os 0 e 60 pontos, em que os valores mais altos indicam mais sintomas. É de salientar que os autores sugerem um ponto de corte entre os 20 e 25 pontos para a possível identificação de existência de depressão (Gonçalves & Fagulha, 2004; Ribeiro, 2007).

São sugeridos por vários estudos, inclusive o estudo português quatro fatores que avaliam o afeto depressivo, afeto positivo, atividade somática e retardada e interpessoal (Ribeiro, 2007).

MMSE

O MMSE trata-se de um dos instrumentos de rastreio de declínio cognitivo mais utilizados, tanto em estudos epidemiológicos, como na avaliação global das funções cognitivas globais (Folstein, Folstein & McHugh referido por Morgado, Rocha, Maruta, Guerreiro & Martins, 2009).

Os primeiros estudos para a adaptação, normalização e validação em Portugal foram levados a cabo por Guerreiro e colaboradores no decorrer dos anos 90 (Guerreiro; Guerreiro referidos por Santana et al., 2016).

O MMSE é um instrumento de fácil aplicação e é constituído por 30 questões divididas em seis domínios cognitivos: orientação, retenção, atenção e cálculo, evocação, Linguagem e Capacidade Construtiva. Da orientação fazem parte 10 itens onde cinco são referente à orientação temporal e os outros cinco à orientação espacial. A retenção consiste na repetição de três palavras. Relativamente à atenção e cálculo são realizados cinco subtrações, tendo início no número 30. Sobre o domínio da evocação o indivíduo que está a ser avaliado deve evocar espontaneamente as três palavras repetidas. Faz parte do domínio da linguagem dois itens de nomeação, um de repetição de uma frase, um de compreensão de ordem verbal com três passos, um de compreensão de ordem escrita e por fim um de escrita espontânea.

Quanto ao último domínio, capacidade construtiva, o sujeito deve realizar a cópia de dois pentágonos intersectados por dois ângulos (Morgado et al., 2009; Santana et al., 2016)

É de salientar que por cada resposta correta é atribuído um ponto e zero em cada resposta incorreta, num total de 30 pontos. As pontuações mais elevadas são indicadoras de melhores desempenhos (Santana *et al.*, 2016). Guerreiro et al. e Guerreiro definiram como valor de corte 15 para indivíduos analfabetos, 22 para indivíduos que haviam frequentado a escola entre 1 a 11 anos e 27 para os indivíduos que frequentaram a escola mais de 11 anos (referidos por Morgado et al., 2009). Apesar da existência de estudos mais recentes com diferentes valores de corte ao longo deste estudo serão utilizados os propostos por Guerreiro.

2.4 Procedimento

O primeiro passo para a concretização da presente dissertação foi a realização da revisão da literatura. Esta teve como objetivo averiguar o que tem vindo a ser estudado ao longo dos últimos anos, assim como também verificar quais as principais carências neste âmbito. Após esta revisão constatou-se que apesar da depressão, solidão e o risco de maus-tratos nos idosos serem temáticas bastante estudadas há ainda uma necessidade de serem abordadas até mesmo porque se prevê um aumento desta população nos próximos anos e ainda há muitas lacunas que podem ser colmatadas neste âmbito.

Posteriormente foram estabelecidos os principais objetivos deste estudo bem como foram selecionados os instrumentos a serem utilizados na presente investigação. De seguida foi realizado o pedido de autorização aos autores para a utilização destes.

Numa fase posterior foi redigido o consentimento informado onde são explícitos os objetivos do estudo, bem como o seu carácter anónimo (conferir Anexo 1). Ainda nesta fase e tendo como base a revisão da literatura foi elaborado o questionário sociodemográfico, tendo em conta as características da população a que se destina (conferir Anexo 2).

De seguida foi estabelecido o primeiro contacto com as instituições, onde foi explicada a finalidade da investigação, assim como foi colocada a possibilidade de recolher os dados nas mesmas.

Após terem sido obtidas as autorizações das instituições partimos para a recolha de dados. É de salientar que o facto de não ter sido obtida qualquer resposta de várias instituições atrasou o processo de recolha de dados. É importante referir que antes de ser aplicado qualquer questionário foi explicado a cada idoso o objetivo do estudo, a sua finalidade, assim como, foi pedido a cada um que assinasse o consentimento informado. Importa ainda mencionar que os instrumentos foram aplicados individualmente e de forma oral, de modo a ser mais fácil a aplicação dos mesmos. Note-se que o primeiro instrumento a ser aplicado era o MMSE, como forma de avaliar a capacidade cognitiva dos inquiridos. Caso os inquiridos não obtivessem uma pontuação superior a 15 não seriam aplicados os restantes instrumentos. Cada aplicação do protocolo demorava em média 30 minutos, dependendo de cada inquirido.

Após terem sido reunidos os dados necessários para a realização do estudo, estes foram introduzidos no *IBM® Statistical Package for the Social Sciences®* (SPSS®) e posteriormente foram tratados de acordo com os testes mais indicados.

Por fim, foram expostos os resultados obtidos, sendo de seguida realizada a discussão onde foi concretizada uma comparação entre estes e os resultados referidos na literatura. Está também presente na discussão as conclusões obtidas com a presente investigação, bem como as aplicabilidades do estudo e as limitações que surgiram ao longo de todo o processo.

2.5 Análise estatística

Para a análise dos dados obtidos foi utilizada a versão 23.0 do SPSS. Inicialmente foi realizada uma estatística descritiva a fim de caracterizar a amostra, tendo-se calculado a média, moda, mediana, desvio padrão, pontuação mínima e pontuação máxima.

De seguida com o intuito de analisar a normalidade da amostra foi aplicado o Teste de Shapiro-Wilks, indicando-nos se devem ser escolhidos testes de natureza paramétrica, onde a amostra segue uma distribuição normal, ou de natureza não paramétrica, em que a amostra não segue uma distribuição normal. Os resultados obtidos através da aplicação deste revelam que a amostra não segue uma distribuição normal, tendo-se deste modo optado por testes não paramétricos.

Posteriormente, para analisar a relação existente entre as variáveis sociodemográficas e os instrumentos utilizados recorreu-se ao Teste de Mann-Whitney que visa verificar se existem diferenças estatisticamente significativas entre as médias de dois grupos independentes. Foi também utilizado o teste de Kruskal-Wallis que tem como objetivo comparar médias de mais de dois grupos.

Ao longo da análise estatística foi ainda calculado o coeficiente de correlação de Pearson (r) entre algumas variáveis.

Capítulo 3- Apresentação de resultados

Ao logo deste capítulo estão presentes os resultados obtidos nesta investigação. Note-se que todos os dados foram tratados no programa SPSS versão 23.0.

Primeiramente é apresentada uma análise descritiva relativamente aos instrumentos CES-D, UCLA, H-S EAST e MMSE, seguindo-se a apresentação dos resultados para cada uma das hipóteses anteriormente referidas.

3.1 Análise descritiva

É pertinente apresentar os resultados obtidos nas escalas referentes ao estudo da depressão, solidão e risco de maus-tratos na amostra em investigação.

Relativamente à variável depressão verifica-se que 44 (67,7%) dos inquiridos não apresentam sintomatologia depressiva, 11 (16,9%) apresentam sintomatologia depressiva moderada e 10 (15,4%) indivíduos apresentam sintomatologia depressiva significativa (conferir tabela 2).

Tabela 2

Estatística descritiva referente à sintomatologia depressiva na amostra (N=65)

CES-D	n	%
Sem sintomatologia depressiva	44	67,7
Sintomatologia depressiva moderada	11	16,9
Sintomatologia depressiva significativa	10	15,4
Total com sintomatologia depressiva	21	32,4

Ao analisar os resultados obtidos na UCLA verifica-se que 52 (80%) indivíduos referem não ter sentimentos de solidão e 13 (20%) revelam ter sentimentos de solidão (conferir tabela 3).

Tabela 3

Estatística descritiva referente à presença de solidão na amostra (N=65)

UCLA	n	%
Ausência de sentimentos de Solidão	52	80
Apresenta de sentimentos de solidão	13	20

Através da análise dos resultados conseguidos com a aplicação da H-S/EAST constata-se que dos 65 inquiridos 43 (66,2%) demonstram não haver risco de maus-tratos e 22 (33,8%) revelam a presença de risco de maus-tratos (conferir tabela 4).

Tabela 4*Estatística descritiva referente à presença de risco de maus tratos na amostra (N=65)*

H-S/EAST	n	%
Ausência de risco de maus tratos	43	66,2
Presença de risco de maus-tratos	22	33,8

Por fim, relativamente ao MMSE que pontua entre 0 e 30, a pontuação mínima obtida foi de 16 e a máxima de 30, a média é de 24,27 pontos e a moda é de 23 e 27 pontos (conferir tabela 5).

Tabela 5*Estatística descrita referente ao MMSE (N=65)*

MMSE	
Média	24,27
Moda	23 ^a
Pontuação mínima	16
Pontuação máxima	30

^a Há várias modas. Só é apresentado o menor valor

3.2 Sintomatologia depressiva na amostra

É importante salientar que quando mencionamos CES-Dtotal, nos referimos a uma variável criada após a soma dos itens e a sua classificação consoante as subescalas da escala CES-D.

Note-se que no estudo da hipótese 7 foi utilizado o instrumento CES-D, contudo foi criada uma variável apenas com a soma dos itens do questionário, tendo-lhe sido atribuída uma pontuação total. Por sua vez quando mencionamos desempenho cognitivo (MMSEtotal) referimo-nos também a uma variável criada após a soma dos itens do questionário e lhe ter sido atribuída uma pontuação total.

H1: Os indivíduos do sexo feminino apresentam mais sintomatologia depressiva que os indivíduos do sexo masculino.

Relativamente ao género, verifica-se nos resultados obtidos através do teste de Mann-Whitney, que ao nível de 0,05 não existem diferenças estatisticamente significativas, contudo ao nível de 0,1 existem diferenças estatisticamente significativas ($u=312$; $p=0,083$). Quando analisado o posto médio observa-se que os indivíduos do sexo feminino apresentam uma maior sintomatologia depressiva ($M=35$) em comparação com os indivíduos do sexo masculino ($M=27,35$), o que permite não rejeitar a hipótese (conferir tabela 6).

Tabela 6

Resultados obtidos para a comparação de sintomatologia depressiva entre os diferentes géneros (N=65)

	Feminino (n=48)	Masculino (n=17)		
	Posto médio	Posto médio	<i>u</i>	<i>p</i>
CES-Dtotal	35	27,35	312	0,083*

Nota de probabilidade: * $p < 0,10$ ** $p < 0,05$

H2: Quanto mais velhos os indivíduos maior sintomatologia depressiva apresentam.

Quanto à idade, os resultados obtidos, através da aplicação do teste de Mann-Whitney, indicam que não existem diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis em estudo ($u=469$; $p=0,478$). Estes resultados permitem rejeitar a hipótese (conferir tabela 7).

Tabela 7

Resultados obtidos para a comparação da sintomatologia depressiva entre grupos etários (N=65).

	65-85 anos (n=27)	>85 anos (n=38)		
	Posto médio	Posto médio	<i>u</i>	<i>p</i>
CES-Dtotal	34,63	31,84	469	0,478

Nota de probabilidade: * $p < 0,10$ ** $p < 0,05$

H3: Indivíduos casados apresentam menor sintomatologia depressiva que os indivíduos viúvos.

Através dos dados observáveis na tabela 8, podemos constatar que não existem diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis em estudo ($p=0,585$), o que nos permite rejeitar a hipótese.

Tabela 8

Resultados obtidos, através da aplicação do teste de Mann-Whitney, para a comparação da sintomatologia depressiva entre o estado civil de casado e viúvo (N=59).

	Casado (n=13)	Viúvo (n=46)		
	Posto médio	Posto médio	<i>u</i>	<i>p</i>
CES-Dtotal	31,92	29,46	274,0	0,585

Nota de probabilidade: * $p < 0,10$ ** $p < 0,05$

H4: Quanto maior o número de atividades diárias os indivíduos realizam menor a sintomatologia depressiva.

Quanto à relação existente entre a quantidade de atividades diárias que os indivíduos realizam e experiência de sintomatologia depressiva, devido à utilização do teste de Kruskal-Wallis pode-se constatar que não existem diferenças estatisticamente significativas ao nível de 0,05, contudo verificam-se alterações ao nível de 0,10 ($p=0,068$), não se rejeitando deste modo a hipótese (conferir tabela 9).

Tabela 9

Resultados obtidos para a comparação da sintomatologia depressiva consoante o número de atividades diárias que os indivíduos realizam ao longo do dia (N=65).

	Nenhuma ou apenas uma atividade (n=22)	Duas atividades (n=14)	Três atividades (n=16)	Mais de três atividades (n=13)	
	Posto médio	Posto médio	Posto médio	Posto médio	<i>p</i>
CES-Dtotal	38,64	34,57	30,69	24,62	0,068*

Nota de probabilidade: * $p<0,10$ ** $p<0,05$

H5: Os indivíduos que veem as suas famílias pelo menos uma vez por semana apresentam menor sintomatologia depressiva;

Através da observação da tabela 10 é possível constatar que não existem diferenças estatisticamente significativas ($p=0,530$) no que concerne à influência da frequência com que os indivíduos veem a sua família na depressão, rejeitando-se deste modo a hipótese. É de salientar que foi aplicado o teste de Kruskal-Wallis.

Tabela 10

Resultados obtidos para a comparação da sintomatologia depressiva consoante a frequência com que os indivíduos veem os seus familiares (N=65)

	Uma ou mais vezes por semana (n=14)	Mais de uma vez por mês (n=16)	Uma vez por mês (n=22)	Uma vez por ano ou nunca (n=13)	
	Posto médio	Posto médio	Posto médio	Posto médio	<i>p</i>
CES-Dtotal	37,29	32,41	29,70	34,69	0,530

Nota de probabilidade: * $p<0,10$ ** $p<0,05$

H6: Quanto menor o nível de escolaridade maior a sintomatologia depressiva.

Relativamente à relação existente entre os diferentes níveis de escolaridade e a sintomatologia depressiva verifica-se, através do uso do teste de Mann-Whitney, que existem diferenças estatisticamente significativas, ao nível de 0,1 ($p=0,064$), o que permite não rejeitar a hipótese (Conferir tabela 11).

Tabela 11

Resultados obtidos para a comparação de sintomatologia depressiva nos diferentes níveis de alfabetização (N=65)

	Escolaridade igual ou superior ao ensino primário		<i>u</i>	<i>p</i>
	Analfabetos e sem nível educativo (n=29) Posto médio	(n=36) Posto médio		
CES-Dtotal	37,0	29,78	406,0	0,064*

Nota de probabilidade: * $p < 0,10$ ** $p < 0,05$

H7: Maiores níveis de depressão encontram-se relacionados com um menor desempenho cognitivo.

A leitura da tabela 12 permite constatar a existência de correlações estatisticamente significativas relativamente à sintomatologia depressiva e ao desempenho cognitivo ($r = -0,497$, $p = 0,00$), não se rejeitando deste modo a hipótese. Verifica-se que se trata de uma correlação fraca e à medida que diminui o desempenho cognitivo, aumenta a sintomatologia depressiva.

Tabela 12

Coefficiente de correlação de Pearson para a associação entre sintomatologia depressiva e desempenho cognitivo (N=65)

	<i>r</i>	<i>p</i>
Coefficiente de Pearson entre sintomatologia depressiva e desempenho cognitivo	-0,497	0,00**

Nota de probabilidade: * $p < 0,05$ ** $p < 0,01$

3.3 Solidão na amostra

É importante salientar que quando mencionamos UCLAtotal, nos referimos a uma variável criada após a soma dos itens e a sua classificação consoante a existência ou não de sentimentos de solidão.

H8: Os indivíduos do sexo feminino apresentam mais solidão que os indivíduos do sexo masculino.

Relativamente ao género, através da leitura da tabela 13 verifica-se que não existem diferenças estatisticamente significativas ($u=395,0$; $p=0,779$), o que permite rejeitar a hipótese (conferir tabela 13).

Tabela 13

Resultados obtidos para a comparação da solidão nos diferentes géneros (N=65)

	Feminino (n=48)	Masculino (n=17)		
	Posto médio	Posto médio	<i>u</i>	<i>p</i>
UCLAtotal	33,27	32,24	395,0	0,779

Nota de probabilidade: * $p<0,05$ ** $p<0,01$

H9: Indivíduos mais novos apresentam mais solidão.

Quanto à idade, os resultados obtidos revelam que existem diferenças estatisticamente significativas ($u=396,0$; $p=0,025$) entre as variáveis em estudo, o que permite não rejeitar a hipótese. É de salientar que ao analisar o posto médio se verifica que surge mais solidão nos indivíduos mais novos, que têm idades compreendidas entre os 65 e 85 anos (conferir tabela 14).

Tabela 14

Resultados obtidos para a comparação da solidão nas diferentes faixas etárias (N=65)

	65 a 85 anos (n=27)	Mais de 85 anos (n=38)		
	Posto médio	Posto médio	<i>u</i>	<i>p</i>
UCLAtotal	37,33	29,92	396,0	0,025*

Nota de probabilidade: * $p<0,05$ ** $p<0,01$

H10: Indivíduos casados apresentam menor solidão que os indivíduos viúvos.

Os resultados obtidos, através do teste de Mann-Whitney, demonstram que não existem diferenças estatisticamente significativas ($p=0,208$), quanto à relação entre as variáveis em estudo. Deste modo podemos rejeitar a hipótese (conferir tabela 15).

Tabela 15

Resultados obtidos na comparação da solidão entre os estados civis de casado e viúvo (N=59)

	Casados (n=13)	Viúvos (n=46)		
	Posto médio	Posto médio	<i>u</i>	<i>p</i>
UCLAtotal	33,62	28,99	252,5	0,208

Nota de probabilidade: * $p < 0,05$ ** $p < 0,01$

H11: Quanto mais atividades diárias os indivíduos realizam menos sentimentos de solidão apresentam.

Através da leitura da tabela 16, verifica-se que os resultados obtidos na aplicação do teste de Kruskal-Wallis, demonstram não haver diferenças estatisticamente significativas ao nível de 0,05, contudo ao nível de 0,1 verificam-se diferenças estatisticamente significativas ($p=0,099$) (conferir tabela 16).

Tabela 16

Resultados obtidos na comparação da solidão em relação ao número de atividades diárias que os indivíduos realizam ao longo do dia (N=65)

	Nenhum ou apenas uma atividade (n=22) Posto médio	Duas atividades (n=14) Posto médio	Três atividades (n=16) Posto médio	Mais de três atividades (n=13) Posto médio	<i>p</i>
UCLAtotal	36,84	35,79	30,56	26,50	0,099*

Nota de probabilidade: * $p < 0,10$ ** $p < 0,05$

H12: Existem diferenças significativas no que concerne à solidão e à frequência com que os idosos veem as suas famílias.

No que concerne à frequência com que os idosos veem os seus familiares, através da aplicação do teste de Kruskal-Wallis, verifica-se que existem diferenças estatisticamente significativas ao nível de 0,1 ($p=0,071$), o que permite não rejeitar a hipótese (Conferir tabela 17).

Tabela 17

Resultados obtidos na comparação da solidão em relação ao número de vezes que os sujeitos veem os seus familiares (N=65)

	Uma ou mais vezes por semana (n=14) Posto médio	Mais de uma vez por mês (n=16) Posto médio	Uma vez por mês (n=22) Posto médio	Uma vez por ano ou nunca (n=13) Posto médio	<i>p</i>
UCLAtotal	38,11	26,50	32,41	36,50	0,071*

Nota de probabilidade: * $p < 0,10$ ** $p < 0,05$

H13: Quanto maior o nível de escolaridade menor os sentimentos de solidão.

Relativamente aos níveis de escolaridade, através dos resultados obtidos verifica-se que não existem diferenças estatisticamente significativas ($p=0,173$), em relação às variáveis em estudo, o que permite rejeitar a hipótese (conferir tabela 18).

Tabela 18

Resultados obtidos através do teste de Mann-Whitney, na comparação da solidão nos diferentes níveis de escolaridade (N=65)

	Escolaridade		<i>u</i>	<i>p</i>
	Analfabetos e sem nível educativo (n=29)	igual ou superior ao ensino primário (n=36)		
	Posto médio	Posto médio		
UCLAtotal	35,47	31,01	450,5	0,173

Nota de probabilidade: * $p<0,10$ ** $p<0,05$

3.4 Risco de maus-tratos na amostra

É importante referir que quando mencionamos H-S EASTtotal, nos referimos a uma variável criada após a soma dos itens e a sua classificação consoante a existência ou não de risco de maus-tratos.

H14: Indivíduos do sexo feminino apresentam maior risco de maus tratos que indivíduos do sexo masculino.

A leitura da tabela 19, permite constatar que não existem diferenças estatisticamente significativas ($u=318,5$; $p=0,103$) em relação às variáveis em estudo, o que permite rejeitar a hipótese.

Tabela 19

Resultados obtidos na aplicação do teste de Mann-Whitney, para a comparação da existência de risco de maus-tratos nos diferentes géneros (N=65)

	Feminino (n=48)	Masculino (n=17)	<i>u</i>	<i>p</i>
	Posto médio	Posto médio		
H-S EASTtotal	34,86	27,74	318,5	0,103

Nota de probabilidade: * $p<0,05$ ** $p<0,01$

H15: Indivíduos mais velhos apresentam maior risco de maus tratos.

Os resultados obtidos na aplicação do teste de Mann-Whitney, revela-nos que não existe uma diferença estatisticamente significativa ($u=452,5$; $p=0,326$), no que concerne às variáveis em estudo. Estes resultados permitem-nos rejeitar a hipótese (conferir tabela 20).

Tabela 20

Resultados obtidos na comparação do risco de maus-tratos nas diferentes faixas etárias (N=65)

	65 a 85 anos (n=27)	Mais de 85 anos (n=38)		
	Posto médio	Posto médio	u	p
H-S EASTtotal	35,24	31,41	452,5	0,326

Nota de probabilidade: * $p<0,05$ ** $p<0,01$

H16: Indivíduos casados apresentam maior risco de maus-tratos que os indivíduos viúvos.

A leitura da tabela 21, espelha os resultados obtidos através da aplicação do teste de Mann-Whitney e revela-nos que não existem diferenças estatisticamente significativas ($p=0,295$) entre as variáveis em estudo, o que permite rejeitar a hipótese.

Tabela 21

Resultados obtidos na comparação do risco de maus-tratos entre o estado civil de casado e viúvo (N=59).

	Casado (n=13)	Viúvo (n=46)		
	Posto médio	Posto médio	u	p
H-S EASTtotal	33,62	28,98	252,0	0,295

Nota de probabilidade: * $p<0,05$ ** $p<0,01$

H17: Quanto menor o nível de escolaridade maior o risco de maus tratos.

A leitura da tabela 22 permite-nos constatar que não existem diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis em estudo ($p=0,253$), o que permite a rejeição da hipótese.

Tabela 22

Resultado obtidos na aplicação do teste de Mann-Whitney, para a comparação da existência de risco de maus-tratos nos diferentes níveis de escolaridade (N=65)

	Analfabetos e sem nível educativo (n=29)	Escolaridade igual ou superior ao ensino primário		
			u	p

	Posto médio	(n=36)		
			Posto médio	
H-S	35,45	31,03	451,0	0,253
EASTtotal				

Nota de probabilidade: * $p < 0,10$ ** $p < 0,05$

3.5 Relação entre depressão, solidão e risco de maus-tratos

É importante salientar que para o estudo das seguintes hipóteses foram utilizados os instrumentos CES-D, UCLA e H-S “EAST”, contudo foram criadas variáveis apenas com a soma dos itens dos questionários, tendo-lhes sido atribuída uma pontuação total.

H18: Existe uma relação significativa entre a depressão e a solidão.

A tabela 23, demonstra a existência de correlações estatisticamente significativas entre os valores obtidos na CES-D e na UCLA ($r=0,454$; $p=0,00$), o que permite não rejeitar a hipótese. Constata-se que se trata de uma correlação moderada e há medida que os sentimentos de solidão aumentam a sintomatologia depressiva tende também a aumentar.

Tabela 23

Coefficiente de correlação de Pearson, para a associação entre a CES-D e a UCLA (N=65)

	<i>r</i>	<i>p</i>
Coefficiente de Pearson entre a CES-D e UCLA	0,454	0,000**

Nota de probabilidade: * $p < 0,05$ ** $p < 0,01$

H19: Existe uma relação significativa entre a depressão e o risco de maus tratos

Os resultados obtidos revelam a existência de uma correlação estatisticamente significativa no que concerne aos valores obtidos na CES-D e H-S “EAST” ($r=0,400$; $p=0,001$), o que permite não rejeitar a hipótese. Verifica-se que se trata de uma correlação moderada e há medida que o risco de maus-tratos aumenta, a sintomatologia depressiva tende também a aumentar (conferir tabela 24).

Tabela 24

Coefficiente de correlação de Pearson, para a associação entre a CES-D e a H-S “EAST” (N=65)

	<i>r</i>	<i>p</i>
Coefficiente de Pearson entre CES-D e H-S “EAST”	0,400	0,001**

Nota de probabilidade: * $p < 0,05$ ** $p < 0,01$

H20: Existe uma relação significativa entre a solidão e o risco de maus tratos.

A tabela 25, demonstra a existência de correlações estatisticamente significativas entre os valores obtidos na UCLA e na H-S EAST ($r=0,374$; $p=0,02$), o que permite não rejeitar a hipótese. Constatou-se que se trata de uma correlação fraca e há medida que o risco de maus-tratos aumenta, os sentimentos de solidão tendem também a aumentar.

Tabela 25

Coeficiente de correlação de Pearson, para a associação entre a UCLA e a H-S "EAST" (N=65)

	<i>r</i>	<i>p</i>
Coeficiente de Pearson		
entre a UCLA total e o H-	0,374	0,02**
Stotal		

Nota de probabilidade: * $p < 0,05$ ** $p < 0,01$

Verifica-se deste modo que a maioria dos indivíduos não apresenta sintomatologia depressiva, solidão ou risco de maus-tratos. Constatou-se ainda que as mulheres apresentam mais sintomatologia depressiva que os homens e a depressão e o desempenho cognitivo estão intimamente relacionados. Assim como também se verifica que a quantidade de atividades realizadas no dia-a-dia e o nível de alfabetização exercem influência na sintomatologia depressiva. Quanto à solidão observou-se que são os indivíduos mais novos (65-85 anos) que apresentam mais solidão e a frequência com que os idosos veem a sua família, bem como a quantidade de atividades diárias realizadas no dia-a-dia influenciam também este sentimento. Por fim constatou-se que a depressão, solidão e risco de maus-tratos se relacionam entre si. No capítulo seguinte são comparados os resultados obtidos, com os resultados já referenciados na literatura.

Capítulo 4- Discussão

4.1 Sintomatologia depressiva nos idosos

Os resultados obtidos revelam-nos uma prevalência de 32,3% de sintomatologia depressiva na amostra, o que vai de encontro aos resultados obtidos em estudos posteriores que divulgam uma prevalência que oscila entre 8,8% e 73,5%, dependendo da metodologia utilizada no estudo (Pimentel & Afonso, 2012; Gottfries, 2001; Copeland et al., 2004; Calha et al., 2014; Leite, Carvalho, Barreto & Falcão, 2006). Conclui-se portanto que a grande maioria dos inquiridos (67,7%) não apresentam sintomas de depressão.

Quanto ao género (hipótese 1), verifica-se que existem diferenças estatisticamente significativas, sendo as mulheres quem mais padece de sintomatologia depressiva. Estes resultados vão de encontro aos referidos na grande maioria da literatura (Calha et al, 2014; Vaz & Gaspar, 2011; Drago & Martins, 2012; Bandeira, 2008). São várias as explicações apresentadas para o facto da sintomatologia depressiva ser mais frequente nas mulheres. Estas apresentam uma maior incidência de fatores de risco sociais e de saúde, como um baixo nível de escolaridade, de rendimentos, assim como uma maior comorbilidade e deficiências. São também os indivíduos do sexo feminino que apresentam maior tendência a padecer de depressão sob tensão financeira. Ainda neste seguimento destaca-se também uma maior exposição ao stresse, maior isolamento social, incapacidade física ou falta de saúde, por parte das mulheres. Note-se que são também estas, que ao contrário dos homens, que relatam mais facilmente os sintomas (Vaz & Gaspar, 2011).

Relativamente à idade (hipótese 2), os resultados obtidos não apontam para a existência de diferenças estatisticamente significativas, o que leva à não concordância destes resultados com os referidos na literatura. É de salientar que em estudos posteriores os resultados apresentados revelam que quanto mais velho for o idoso maior a sintomatologia depressiva (Drago & Martins, 2012; Pimentel & Afonso, 2012; Djukanovic et al., 2015; Papadopoulos et al., 2005). São vários os estudos que associam a idade a determinados acontecimentos de vida, que em conjunto conduzem a um aumento da depressão, como por exemplo a perda de familiares e amigos, a situação económica, doenças, perda de mobilidade, perda de autonomia, perda da identidade pessoal e/ou profissional (Drago & Martins, 2012; Alpass & Neville, 2003).

No que concerne à relação entre o estado civil e a sintomatologia depressiva (hipótese 3), os resultados obtidos na presente investigação revelam que não existem diferenças estatisticamente significativas o que corrobora com os resultados apresentados por Santana & Filho (2007). Estes revelam a inexistência de significância estatística no que concerne à associação entre sintomas depressivos e o estado civil, apesar de a prevalência de sintomas depressivos em indivíduos solteiros ser 2,3 vezes maior e 3,9 vezes superior em indivíduos viúvos quando estabelecida uma comparação com sujeitos casados. Ainda neste

sentido Drago & Martins (2012) revelam que são os indivíduos divorciados e viúvos que apresentam índices depressivos mais elevados, ao contrário dos sujeitos casados.

Verificam-se diferenças estatisticamente significativas, quanto à relação entre o número de atividades realizadas no dia-a-dia e a sintomatologia depressiva (hipótese 4), corroborando deste modo com a literatura. Vaz & Gaspar (2011), revelam no seu estudo realizado a indivíduos residentes no distrito de Bragança, que o nível de depressão é mais elevado em indivíduos que dão pouca importância às atividades de lazer. Por sua vez Santana & Filho (2007) referem uma maior prevalência de sintomatologia depressiva em sujeitos que não fazem qualquer atividade quando comparados com aqueles que têm atividades ocupacionais. Galhardo et al., referem ainda que a institucionalização e a perda de atividades podem afetar não só a depressão, como também a cognição. Cada vez mais é dada importância à realização de atividades diárias dentro do potencial físico e mental do idoso, sobretudo atividades que incluam interação social, para que estes possam usufruir de uma vida mais saudável (Conte & Souza, 2009).

Quando analisada a relação entre a frequência com que os idosos veem os seus familiares e a sintomatologia depressiva (hipótese 5) verifica-se que não existem diferenças estatisticamente significativas. Não foram encontrados estudos que corroborassem ou que apresentassem diferenças no que concerne aos resultados obtidos. Porém é importante referir que a família é considerada o principal suporte e apoio, ao qual os seus membros recorrem quando necessário e esperasse que esta aja como um fator protetor, de modo a colmatar as necessidades dos seus membros mais frágeis, como os idosos (Souza et al., 2014; Galhardo, Mariosa & Takata). Nesta faixa etária a família é fundamental e é considerada uma das principais fontes de apoio emocional (Pimentel & Afonso, 2012).

Os resultados obtidos no presente estudo revelam a existência de diferenças estatisticamente significativas no que se refere à relação entre a depressão e os níveis de alfabetização (hipótese 6), não sendo deste modo a hipótese comprovada, nem reforçada pela maioria dos estudos já existentes, uma vez que estes revelam que a baixa escolaridade é um fator de risco para o desenvolvimento da depressão (Djernes, 2006; Gazalle, Lima, Tavares & Hallal, 2004; Papadopoulos et al., 2005; Lizárraga et al., 2006; Peerenboom et al., 2015). Contudo os resultados obtidos por Pimentel & Afonso (2012), revelam que os níveis de escolaridade não exercem influência nos níveis de depressão.

Verificou-se neste estudo que a depressão é influenciada pelo desempenho cognitivo (hipótese 7), ou seja quanto pior for o desempenho cognitivo, maior será o nível de depressão. Estes resultados vão de encontro ao que é possível verificar na literatura, sendo que Papadopoulos et al. (2005), constataram que uma maior pontuação no MMSE estava associada a um menor risco de depressão e por cada aumento de um ponto no MMSE diminuía 5%, em média, o risco de depressão leve ou mais grave. Peerenboom et al. (2015) referem também que os indivíduos deprimidos apresentavam menor pontuações no MMSE. Vaz & Gaspar (2011), referem também que a depressão é mais elevada em sujeitos com menor nível cognitivo. Alguns autores revelam ainda que a depressão pode constituir um fator de

risco para o desenvolvimento de declínio cognitivo, sobretudo em indivíduos institucionalizados (Parmelle, Kleban, Lawton & Katz referidos por Galhardo, et al., 2010; Galhardo et al., 2010). Estes resultados verificam-se possivelmente devido a uma relação existente entre um baixo nível cognitivo e a dependência dos sujeitos, por exemplo nas atividades de vida diárias. Neste sentido Vaz & Gaspar (2011) concluíram que os idosos dependentes nas AVD'S apresentavam níveis mais elevados de depressão. É deste modo importante a realização de atividades de estimulação cognitiva nos idosos, pois um bom funcionamento cognitivo é fundamental para manter a saúde mental e a qualidade de vida (Plati, Covre, Lukasova & Macedo, 2006).

A depressão trata-se de uma perturbação que tem vindo a ser estudada ao longo dos anos e com um tratamento adequado esta pode melhorar substancialmente em 80-90% dos casos, sendo os membros da família fundamentais na ajuda ao paciente, para que este adira ao tratamento (Gottfries, 2001). Apesar do tratamento especializado e ajuda, numa determinada fase da depressão um contacto físico, momentos de atenção e saber ouvir são fundamentais para que o idoso compreenda a perturbação, assim como também possa conhecer e corrigir os seus pensamentos negativos (Conte & Souza, 2009). Deste modo é extremamente importante o desenvolvimento de ações preventivas e remediativas relativamente a esta perturbação.

4.2 Solidão nos idosos

O sentimento de solidão pode ser despoletado por diversos fatores, que muitas vezes se unem e em conjunto levam ao surgimento da solidão (Azeredo & Afonso, 2016).

A maioria dos inquiridos revela não ter sentimentos de solidão (80%), sendo que apenas 20% refere sentir solidão. A prevalência desta nos idosos varia amplamente na literatura (Grenade & Boldy, 2008). Contudo este estudo suporta as posteriores investigações, na medida que a sua prevalência pode compreender pequenas percentagens, como 5,5%, tal como consta num estudo realizado por Azeredo & Afonso (2016), 7% numa investigação de Paul *et al.* (2006) ou até mesmo 46%, num estudo de Dahlberg & Mckee, (2014). Os resultados obtidos na presente investigação ajudam na desconstrução de ideias preconcebidas, pelo senso comum e meios de comunicação, no que se refere à velhice, considerando a solidão altamente prevalente na idade avançada (Ferreira-Alves et al., 2014). Na minha perspetiva verifica-se uma prevalência de solidão reduzida, devido ao facto dos sujeitos residirem em áreas rurais, onde as redes sociais são mais amplas e onde existe uma maior proximidade entre as pessoas. O fato da grande maioria viver em instituições e não considerar estar só, devido ao elevado número de pessoas com as quais vive, parece também contribuir para a reduzida prevalência de solidão.

Relativamente ao género (hipótese 8) não se verificaram diferenças estatisticamente significativas corroborando com os obtidos por Calha et al. (2014), num estudo realizado com indivíduos residentes na zona histórica de Portalegre. Contudo os resultados obtidos não vão de encontro a muitos dos referidos na literatura, uma vez que é relatada uma maior

prevalência de sentimentos de solidão nas mulheres (Lopes et al., 2009; Savikko et al., 2005; Ferreira-Alves et al., 2014; Niedzwiedz et al., 2016).

Quanto à idade (hipótese 9) verificou-se a existência de diferenças estatisticamente significativas, sendo os indivíduos mais novos, com idades compreendidas entre os 65 e 85 anos, os que apresentam mais sentimentos de solidão. Estes resultados não corroboram com muitos dos obtidos em estudos anteriores, na medida em que estes revelam que os sentimentos de solidão estão mais presentes à medida que os indivíduos vão envelhecendo (Savikko et al., 2005). Pinquart & Sorensen (2001) referem não existir uma relação entre a solidão e as idades compreendidas entre 60 e 80 anos contudo essa situação é alterada quando as idades são superiores a 80 anos. Estes resultados são reforçados por outros estudos que revelam uma oscilação entre os 3%, em sujeitos com idades compreendidas entre os 65 e 69 anos e os 13% em indivíduos com 80 ou mais anos (Paul et al. 2006). Numa outra perspectiva Azeredo & Afonso (2016) revelam que os idosos que têm entre 65 e 74 anos são os que relatam sofrer menos de solidão, ao contrário daqueles que têm entre 75 e 84 anos que demonstram sentir mais solidão, porém a partir dos 85 anos há uma diminuição desse sentimento. Contudo Calha et al. (2014) verificaram a inexistência de diferenças estatisticamente significativas relativamente à relação entre a idade e os sentimentos de solidão. Ferreira-Alves et al. (2014), num estudo realizado com indivíduos portugueses, contactaram que apesar de não existirem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos etários houve uma maior associação entre a idade e a solidão em indivíduos com idades mais avançadas (85-98 anos). Ao longo dos anos os sujeitos enfrentam várias perdas, de familiares, amigos e pessoas que compartilham valores e modos de vida e estes podem-se tornar isolados, sendo por isso importante salientar que possivelmente não é a idade que influencia os sentimentos de solidão, mas os fatores a esta associados, como a viuvez ou a incapacidade física (Ferreira-Alves et al., 2014; Pinquart & Sorensen, 2001).

Os resultados obtidos revelam-nos que não existem diferenças estatisticamente significativas quando nos referimos ao estado civil (hipótese 10), resultados estes que não vão de encontro aos referenciados na literatura que mencionam uma menor prevalência de solidão em indivíduos casados (Ferreira-Alves et al., 2014; Chen, Hicks & While, 2013). Azeredo & Afonso (2016) revelam que os indivíduos solteiros e divorciados apresentam uma maior percentagem de sofrer nunca/ raramente de solidão, contudo são também estes que apresentam uma maior percentagem de sentir solidão muitas vezes.

Quanto ao número de atividades diárias realizadas pelos indivíduos e a relação destas com a solidão (hipótese 11) verificou-se que existem diferenças estatisticamente significativas. Para nosso conhecimento nunca foi estudada a relação entre estas, contudo constatou-se na literatura que a realização de atividades diárias é importante para a prevenção ou diminuição da solidão no idoso. Lopes et al., (2009) referem que metade dos indivíduos solitários não participavam em projetos para a terceira idade e um terço dos solitários preferiam ficar em casa em vez de sair e ir passear. Por sua vez Azeredo & Afonso (2014) relatam que quando colocada a questão de como poderia a solidão ser diminuída as

sugestões mais referidas foram: haver mais passeios/de convivência, a realização de mais atividades, como cantar, dançar, ginástica, trabalhos manuais entre outras. Niedzwiedz et al. (2016) revelam que a prática de desporto, o envolvimento em clubes sociais ou trabalho voluntário/ caridade estava fortemente associado à reduzida probabilidade de solidão, em comparação com outras atividades.

No que concerne à relação entre a frequência com que os idosos veem os seus familiares e os sentimentos de solidão (hipótese 12) constatou-se que existem diferenças estatisticamente significativas, resultados estes que não corroboram com os obtidos por Harwood, Blizard, Thomas & Mann que revelaram não existir qualquer associação entre a solidão e a frequência com que os idosos mantêm contacto com os seus parentes (referidos por Paul et al., 2006). Por sua vez Lopes et al. (2009) referem que apenas 26,2% dos sujeitos, que padecem de solidão no seu estudo, recebem visitas em casa sempre. Azeredo & Afonso (2014) revelam ainda que os idosos mencionam como uma medida para a diminuição da solidão a família estar mais presente/ não abandonar o idoso.

Verificou-se no presente estudo que não existe uma diferença estatisticamente significativa no que concerne ao nível de alfabetização e solidão (hipótese 13). Existe alguma discrepância entre os resultados obtidos em estudos posteriores relativamente a estas variáveis. Estes vão de encontro aos referidos num estudo realizado em Salamanca, não se verificando a existência de diferenças estatisticamente significativas (Losada, Márquez-González, García-Ortiz, Gómez-Marcos, Fernández-Fernández & Rodríguez-Sánchez, 2012). Porém Savikko et al. 2005, revelam que a solidão parece diminuir com a melhoria da educação.

Parece fundamental o estudo dos fatores predisponentes da solidão, para que possa ocorrer um melhor delineamento da intervenção adequada à prevenção ou intervenção desta, assim como das consequências a esta associadas. É ainda fundamental ter em consideração as características individuais de cada indivíduo, não generalizando, como por vezes ocorre em instituições em que estes residem ou que frequentam diariamente.

4.3 Risco de maus-tratos nos idosos

Os resultados obtidos revelam que a maioria dos inquiridos não apresentam risco de maus-tratos, tendo-se verificado uma prevalência de 33,8%. Levine (2003) revela que vários estudos mostram um prevalecimento de 3% a 5%. Um estudo realizado em 1999, com indivíduos residentes em Seoul, na Coreia, relata uma prevalência entre 1,9% a 4,2% em vários tipos de maus-tratos (Oh, Kim, Martins & Kim, 2006). Tendo em conta que a maioria dos indivíduos (86,2%) que participaram neste estudo se encontram institucionalizados parece relevante referir a prevalência dos maus-tratos institucionais, tendo-se verificado num estudo que 29% dos indivíduos revelavam sofrer de maus tratos institucionais, sendo que nos serviços domiciliários a prevalência é de 11,5% de maus-tratos verbais e 10,9% emocionais (Page, Conner, Prokhorow, Fan & Post, 2009 referido por Acuña, 2012).

Relativamente ao género (hipótese 14) não se verificam diferenças estatisticamente significativas. Contudo estes resultados não vão de encontro aos referidos na literatura. Guerra, Vento, Prado, Moreno & Barrabe (2010), revelam que são as mulheres quem apresenta uma maior frequência de maus-tratos, de quase todos os tipos, sendo que 70% revelam maus tratos psicológicos, 51,7% maus tratos por negligência e 36,7% maus tratos económicos.

Quanto à idade (hipótese 15), também não se verificam diferenças estatisticamente significativas. Neste sentido, num estudo realizado em Ribeirão Preto, verificou-se que dos 100 idosos que apresentaram queixa por maus-tratos, a grande maioria tinha entre 60 e 69 anos (68,9%) (Gaioli & Rodrigues, 2006). Apesar da escassez de estudos que relacionem estas duas variáveis verificasse na literatura que a idade avançada é considerada um dos fatores de risco de maus-tratos nos idosos (Isabel et. al., 2009).

Sobre a relação entre o estado civil e o risco de maus-tratos (Hipótese 16), no presente estudo não se verificaram diferenças estatisticamente significativas. Numa investigação levada a cabo por Gaioli e Rodrigues (2006) verificou-se que dos 100 indivíduos que apresentaram queixa por maus-tratos, apenas 84 revelaram qual o seu estado civil, tendo-se verificado que 46,4% eram casados ou viviam em união de facto, 34,5% eram viúvos e 19% eram solteiros ou divorciados.

No que concerne à relação entre a escolaridade e o risco de maus-tratos (hipótese 17) também não se verificaram diferenças estatisticamente significativas. Relativamente ao estudo desta hipótese não foram encontrados estudo que relacionasse estas duas variáveis, contudo a literatura revela que o reduzido nível educacional consiste num fator de risco de maus-tratos na população idosa (Isabel et al.,, 2009).

Os maus-tratos nos idosos não são um fenómeno recente, contudo o seu reconhecimento público como problema médico e social é relativamente recente (Costa et al., 2009; Souza et al., 2007). Ainda se verifica uma escassez no que concerne ao estudo empírico desta problemática na população idosa, sobretudo em Portugal, onde se verifica um aumento de violência contra pessoas idosas. É deste modo fundamental posteriores investigações sobre esta temática, onde sejam identificados fatores que contribuem para situações de maus-tratos contra os idosos, para desse modo ser possível estabelecer planos de intervenção, de modo a prevenir, reduzir e extinguir este tipo de situações. É também extremamente importante identificar as consequências, não só físicas, mas também psicológicas que surgem com situações de maus-tratos.

4.4 Depressão, solidão e risco de maus tratos nos idosos

Relativamente à relação entre a depressão e a solidão (hipótese 18) verifica-se que estas se relacionam, corroborando deste modo com a literatura (Djukanovic et al., 2015; Paul et al., 2006). A solidão e a depressão estão intimamente relacionadas, sendo uma das consequências da solidão a depressão (Paul et al., 2006). Neste sentido, Vaz & Gaspar (2011), revelam que o nível de depressão é mais elevado em idosos com maior solidão. Por sua vez

Cacioppo et al. (2006) constataram também que a solidão consiste num fator de risco para os sintomas depressivos. Neste seguimento, Paul et al (2006) revelam que a viuvez, separação ou divórcios em indivíduos mais velhos, torna os idosos mais vulneráveis a sentimentos de solidão causando posteriormente uma aflição psicológica ou depressão. Numa outra perspetiva Aylaz, Aktürk, Erci, Öztürk & Aslan (2012) revelam que a depressão consiste num fator de risco para a ocorrência de solidão. A relação existente entre estas é extremamente importante para o estudo do envelhecimento (Paul et al., 2006)

Verificou-se também no presente estudo que a depressão e o risco de maus-tratos (hipótese 19) se encontram relacionados, contudo não foram encontrados estudos que corroborassem com os nossos resultados. Porém é importante salientar que na literatura se verificou que a depressão é encarada como um dos fatores de risco de maus-tratos relacionados com o cuidador (Isabel et al., 2009; Pérez-Rojo, Izal, Montorio & Penhale, 2009).

Sobre a solidão e o risco de maus-tratos (hipótese 20) verificou-se que estes se encontram relacionados, contudo na literatura não foi encontrado nenhum estudo que comprove ou refute a relação entre estas duas variáveis. Tendo em consideração os resultados obtidos, parece-nos pertinente o estudo destas no futuro.

4.5 Limitações

No decorrer desta investigação surgiram algumas limitações que não podem deixar de ser referidas.

A grande maioria das limitações estão relacionadas com o protocolo, uma vez que este era demasiado extenso, para o tipo de população a que se destina, tendo-se verificado por vezes algum cansaço por parte dos inquiridos e até mesmo tentativas de desistência. Relativamente aos instrumentos utilizados, constatou-se que respostas tipo *likert* não são a mais indicada para este tipo de população, devido à variedade de respostas que pode causar alguma confusão nos indivíduos. Por vezes a forma como as questões estão estruturadas consistem também numa dificuldade. É ainda importante salientar a sensação de repetitividade em alguns itens.

De entre as limitações pode ainda destacar-se a dimensão da amostra (N=65), assim como as suas características, que levaram à alteração de alguns dos objetivos principais desta investigação.

Referências Bibliográficas

- Acuña, M. R. (2012). Maltrato institucional a adultos mayores. *Gerokomos*, 23(4), 169-171.
- Alexopoulos, G. S. (2005). Depression in the elderly. *Lancet*, 365, 1961-1970.
- Almeida, L. & Quintão, S. (2012). Depressão e Ideação Suicida em Idosos Institucionalizados e Não Institucionalizados em Portugal. *Acta Médica Portuguesa*, 25(6), 350-358
- Alpass, F. M. & Neville, S. (2003). Loneliness, health and depression in older males. *Aging & Mental Health*, 7(3), 212-216.
- American Psychiatric Association (2014). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-5)* (5ª edição). Lisboa: Climepsi.
- Araújo, L. F. & Carvalho, V. A. M. L. (2005). Aspectos Sócio-Históricos e Psicológicos da Velhice. *Revista de humanidades*, 6(13), 1-9.
- Constituição da República Portuguesa (2002). Coimbra: Almedina.
- Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (2015). *Estatísticas APAV: Pessoas Idosas Vítimas de Crime e de Violência (2013-2014)*. Acedido em, http://www.apav.pt/apav_v3/images/pdf/Estatisticas_APAV_Pessoas-Idosas-Vitimas-Crime-Violencia_2013-2014.pdf.
- Aylaz, R., Aktürk, Ü., Erci, B., Öztürk, H. & Aslan, H. (2012). Relationship between depression and loneliness in elderly and examination of influential factors. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 55, 548-554.
- Azeredo, Z. A. S. & Afonso, M. A. N. (2016). Solidão na perspectiva do idoso. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 19(2), 313-324.
- Bandeira, C. B. (2008), Perfil dos idosos com depressão em comunidade do município de Fortaleza. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, 4(15), 189-204
- Bentes, A. C. O., Pedroso, J. S. & Maciel, C. A. B. (2012). O idoso nas instituições de longa permanência: uma revisão bibliográfica. *Aletheia*, 38-39, 196-205.

- Bidarra, J. A. (2015). *A Felicidade na Terceira Idade: Saúde, Bem-Estar Subjetivo e Vulnerabilidade aos Maus-tratos*. (Dissertação de mestrado não publicada), Faculdade de Ciências Sociais e Humanas- Universidade da Beira Interior, Portugal.
- Birrer, R. B. & Vemuri, S. P. (2004). Depression in Later Life: A Diagnostic and Therapeutic Challenge. *American Family Physician*, 69(10), 2375-2382.
- Blazer, D. G. (2003). Depression in Late Life: Review and Commentary. *Journal of Gerontology*, 58(3), 249-265.
- Bruno, C. T. S., Marques, M. B. & Silva, M. J. (2006). Transtornos Depressivos em Idosos: O contexto social e ambiente como geradores. *Revista RENE*, 7 (1), 35-42.
- Cacioppo, J. T., Hawkley, L. C., Rickett, E. M. & Masi, C. M. (2005). Sociality, Spirituality, and Meaning Making: Chicago Health, Aging, and Social Relations Study. *Review of General Psychology*, 9(2), 143-155.
- Cacioppo, J. T., Hughes, M. E., Waite, L. J., Hawkley, L. C. & Thisted, R. A. (2006). Loneliness as a Specific Risk Factor for Depressive Symptoms: Cross-Sectional and Longitudinal Analyses. *Psychology and Aging*, 21(1), 140-151.
- Calha, A., Arriaga, M. & Cordeiro, R. (2014). Prevalência da solidão e depressão na população idosa residente na zona histórica da cidade de Portalegre. *Revista Portuguesa de enfermagem de Saúde Mental*, Ed. Esp. 1, 9-14.
- Carmona, C. F., Couto, V. V. D. & Scorsolini-Comin, F. (2014). A experiência de solidão e a rede de apoio social de idosas. *Psicologia em Estudo*, 19(4), 681-691.
- Carvalho, P. & Dias, O. (2011). Adaptação dos Idosos Institucionalizados. *Millenium*, 40, 161-184.
- Castro-Costa, E., Dewey, M., Stewart, R., Bnaerjee, S., Huppert, F., Mendonca-Lima, C., ... & Prince, M. (2007). Prevalence of depression symptoms and syndromes in later life in tem Europea countries. *British Journal of Psychiatry*, 191, 393-401.
- Chen, Y, Hicks, A. & While, A. E. (2013). Loneliness ans social support of older people in China: a systematic literature review. *Health and Social Care in the Community*, 22(2), 113-123.

- Conte, L. B. D. & Souza, L. N. A. (2009). Perfil epidemiológico do envelhecer com depressão. *Revista do Instituto de Ciências da Saúde*, 27(3), 214-219.
- Copeland, J. R. M., Beekman, A. T. F., Braam, A. W., Dewey, M. E., Delespaul, P., Fuhrer, R., ... Wilson, K. C. M. (2004). Depression among older people in Europe: the EURODEP studies. *World Psychiatry*, 3(1), 45-49
- Costa, I., Pimenta, A., Brigas, D., Santos, L. & Almeida, S. (2009). Maus tratos nos idosos: Abordagem nos Cuidados de Saúde Primários. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 25, 537-42.
- Plati, M. C. F., Cobre, 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), 118-121.
- Dahlberg, L. & Mckee, K. J. (2014). Correlates of social and emotional loneliness in older people: evidence from an English community study. *Aging & Mental Health*, 18(4), 504-514.
- Dias, I. (2005). Envelhecimento e violência contra os idosos. *Sociologia: Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto*, 15, 249-273.
- Djernes, J. K. (2006). Prevalence and predictors of depression in populations of elderly: a review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113, 372-387.
- Djukanovic, I. Sorjonen, K. & Peterson, U. (2015). Association between depressive symptoms and age, sex, loneliness and treatment among older. *Aging & Mental Health*, 19(6), 560-568.
- Drago, S. M. M. S. & Martins, R. M. L. (2012) A Depressão no Idoso. *Millenium*, 43, 79-94.
- Dykstra, P. A. & Fokkemo, T. (2007). Social and Emotional Loneliness Among Divorced and married Men and Women: Comparing the Deficit and Cognitive Perspectives. *Basic and Applied Social Psychology*, 29(1), 1-12.
- Dyktra, P. A. (2009). Older adult loneliness: Myths and realities. *European Journal of Ageing*, 6, 91-100.

- Eloranta, S., Arve, S., Isoaho, H., Lehtonen, A. & Viitanen, M. (2015). Loneliness of older people aged 70: A comparison of two Finnish cohorts born 20 years apart. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 61, 254-260.
- Fernández-Alonso, M. C. & Herrero-Velázquez, S. (2006). Maltrato en el anciano. Posibilidades de intervención desde la atención primaria (I). *Atención Primaria*, 37(1), 56-59.
- Fernández-Santos, C. M. (2002) Depresión en el anciano. *Medicina General*, 40, 28-31.
- Ferreira, P. M. (2010). Envelhecimento e direitos humanos. *Conjectura: filosofia e educação*, 20(especial), 183-197.
- Ferreira-Alves, J., Magalhães, P., Viola, L. & Simões, R. (2014). Loneliness in middle and old age: Demographics, perceived health, and social satisfaction as predictors. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 50, 613-623.
- Fleck, M. P., Berlim, M. T., Lafer, B., Sougey, E. B., Del Porto, J. A., Brasil, M. ..., M. F. & Hetem, L. A. (2009). Revisão das diretrizes da Associação Médica Brasileira para o transtorno da depressão (Versão Integral). *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 31(1), 7-17.
- Freire Júnior, 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), 147-158.
- Gaioli, C. C. L. O. & Rodrigues, R. A. P. (2008). Ocorrência de maus-tratos em idosos no domicílio. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 16(3).
- Galhardo, V. A. C., Mariosa, M. A. S. & Takata, J. P. I. (2010). Depressão e perfis sociodemográfico e clínico de idosos institucionalizados sem déficit cognitivo. *Revista Médica de Minas Gerais*, 20(1), 16-21.
- Garcia, A., Passos, A., Campo, A. T., Pinheiro, E., Barroso, F., Coutinho, G., ... & Franco, A. S. (2006) A depressão e o processo de envelhecimento. *Ciências e Cognição*, 7, 111-121.
- Gazalle, F. K., 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.

- Giro, A. & Paúl, C. (2013). Envelhecimento Sensorial, Declínio Cognitivo e Qualidade de Vida no Idoso com Demência. *Actas de Gerontologia*, 1(1), 1-10.
- Gonçalves, B., & Fagulha, T. (2004). The portuguese version of the center of epidemiologic studies depression scale (CES-D). *European Journal of Psychological Assessment*, 20(4), 339-348.
- Gotlib, I. H. & Joorman, J. (2010). Cognition and Depression: Current Status and Future Directions. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6, 285-312.
- Gottfries, C. (2001). Late life depression. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neurosciences, Suppl. 2*, 57-61.
- Grenade, L. & Boldy, D. (2008). Social isolation and loneliness among older people: issues and future challenges in community and residential setting. *Australian Health Review*, 32(3), 468-478.
- Guerra, A. C. L. C. & Caldas, C. P. (2010) Dificuldades no processo de envelhecimento: a percepção do sujeito idoso. *Ciência e Saúde Coletiva*, 15(6), 2931-2940.
- Guerra, D. B. G., Vento, A. C. V., Prado, Y. A., Moreno, M. C. C. & Barrabe, A. M. (2010). Caracterización del maltrato a anacianos. Consejo Popular Capitán San Luis. Pinar del Río. *Revista Ciencias Médicas*, 14(2), 48-54. Acedido em http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942010000200005&lang=pt.
- Hawkey, L. C. & Cacioppo, j. T. (2010) Loneliness Matters: A Theoretical and Empirical Review of Consequences and Mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine*, 40, 218-227.
- Hawkey, L. C., Thisted, R. A., Masi C. M. & Cacioppo, J. T. (2010). Loneliness Predicts Increased Blood Pressure: 5-Year Cross-Lagged Analyses in Middle-Aged and Older Adults. *Psychology and Aging*, 25(1), 132-141.
- Heikkien, R. & Kauppinen, M. (2004). Depressive symptoms in late life: a 10-year follow-up. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 38, 239-250.
- Hwalek, M., & Sengstock, M. (1986). Assessing the probability of abuse of the elderly: toward development of a clinical screening instrument. *Journal of Applied Gerontology*, 5, 153-173.

Instituto Nacional de Estatística (2011), Onde e como se vive em Portugal- 2011. Instituto Nacional de Estatística [em linha]. Acedido em, https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaquas&DESTAQUESdest_boui=157042720&DESTAQUESmodo=2.

Instituto Nacional de Estatística (2012). Mais de um milhão e duzentos mil idosos vivem sós ou em companhia de outros idosos. Instituto Nacional de Estatística [em linha]. Acedido em, https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaquas&DESTAQUESdest_boui=134582847&DESTAQUESmodo=2.

Instituto Nacional de Estatística (2014), População residente em Portugal com tendência para diminuição e envelhecimento. Instituto Nacional de Estatística [em linha]. Acedido em https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaquas&DESTAQUESdest_boui=218629052&DESTAQUESmodo=2.

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.

Levine, J. (2003). Elder neglect and abuse. *Geriatrics*, 58(10), 37-44.

Lizárraga, M. C., Zamora, S. R., Morales, L. V. A. & Anda, V. M. D. (2006). Factores de riesgo asociados a la depresión del Adulto Mayor. *Revista Neurologia*, 39(4), 132-137.

Lopes, R. F., Lopes, M. T. F. & Camara, V. D. (2009). Entendendo a solidão do idoso. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, 6(3), 373-381.

Losada, A., Márquez-González, M., García-Ortiz, L., Gómez-Marcos, M. A., Fernández-Fernández, V. & Rodríguez-Sánchez, E. (2012). Loneliness and mental Health in a Representative Sample of Community-Dwelling Spanish Older Adults. *The Journal of Psychology*, 146(3), 277-292.

Luanaigh, C. O & Lawlor, B. A. (2008), Loneliness and the health of older people. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 23, 1213-1221.

Matos, A. R. (2011). No Patamar da Institucionalização: Com Sofrimento e Sem Voz. *Revista Transdisciplinar de Gerontologia*, IV(1),43-57.

- Maurício, I. L. (2010). O Envelhecimento Activo/ Depressão em Pessoas Idosas- Que Intervenção nos Cuidados de Saúde Primários em Portugal?. *Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca*, 8(1&2), 55-65.
- Mello, E. & Teixeira, M.B. (2011). Depressão em Idosos. *Revista Saúde*, 5 (1), 42-53.
- Minayo, M. C. S. & Cavalcante, F. G. (2015). Tentativas de suicídio entre pessoas idosas: revisão de literatura (2002/2013). *Ciência e Saúde Coletiva*, 20(6), 1751-1762.
- Morgado, J., Rocha, C. S., Maruta, C., Guerreiro, M. & Martins I. P., (2009). Novos Valores Normativos do Mini-Mental State Examination. *Sinapse*, 9(2), 10-16.
- Neale, A., Hwalek, M., Scott, R., Sengstock, M., & Stahl, C. (1991). Validation of the Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test. *Journal of Applied Gerontology*, 10(4), 406-418.
- Neto, F. (2000). *Psicologia social* (vol.II). Lisboa: Universidade Aberta.
- Niedzwiedz, C. I., Richardson, E. A., Tunstall, H., Shortt, N. K., Mitchell, R. J. & Pearce, J. R. (2016). The relationship between wealth and loneliness among older people across Europe: Is social participation protective?. *Preventive Medicine*, 91, 24-31.
- Nunes, V. M. A., Menezes, R. M. P. & Alchieri, J. C. (2010). Avaliação da Qualidade de Vida em idosos institucionalizados no município de Natal, Estado do Rio Grande do Norte. *Acta Scientiarum*, 32(2), 119-126.
- Oh, J., Kim H. S., Martins, D. & Kim, H. (2006). A study of elder abuse in Korea. *International Journal of Nursing Studies*, 43, 203-214.
- Oliveira, D. A. A. P., Gomes, L. & Oliveira, R. F. (2006) Prevalência de depressão em idosos que frequentam centros de convivência. *Revista Saúde Pública*, 40(4), 734-736.
- Paiva, V. M. B. (1986). A Velhice como Fase do Desenvolvimento Humano. *Revista de Psicologia*, 4(1), 15-23.
- Papadopoulos, F. C., Petridou, E., Argyropoulou, S., Kontaxakis, V., Dessypris, N., Anastasiou, A.,..., Lyketsos, C. (2005). Prevalence and correlates of depression in late life: a population based study from a rural Greek town. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 20, 350-357.

- Paúl, C., Ayis, S. & Ebrahim, A. (2006). Psychological distress, loneliness and disability in old age. *Psychology, Health & Medicine*, 11(2), 221-232.
- Pearlman, D. (2004). European and Canadian studies of loneliness among seniors. *Canadian Journal on Aging*, 23, 181-188.
- Pérez-Rojo, G., Izal, M., Montorio, I. & Penhale, B. (2009). Risk factors of Elder abuse in a community dwelling Spanish sample. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 49, 17-21.
- Pedroso, S. K. & Portella, M. R. (2003). Solidão na Velhice: Algumas reflexões a partir da compreensão de um grupo de idosos. *Boletim de Saúde*, 17(2), 171-183.
- Peerenboom, L., Collard, R. M., Naarding, P. & Comijs, H. C. (2015) The association between depression and emotional and social loneliness in older persons and the influence of social support, cognitive functioning and personality: A cross-sectional study. *Journal of Affective Disorders*, 182, 26-31.
- Pimentel, A. F. & Afonso, R. M. (2012). Depression and social support in old age. *Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde*, 13(2), 311-327.
- Pinquart, M. & Sörensen, S. (2001). Influences on Loneliness in Older Adults: A Meta-Analysis. *Basic and Applied Social Psychology*, 23(4), 245-266.
- Pocinho, M. (2007) *Factores Socioculturais, Depressão e Suicídio no Idoso Alentejano*. Dissertação de Doutoramento, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar-Universidade do Porto, Portugal.
- Pocinho, M., Farate, C. & Dias, C. A. (2010) Validação Psicométrica da Escala UCLA-Loneliness para Idosos Portugueses. *Interações*, (18), 65-77.
- Powel, V. B., Abreu, N., Oliveira, I. R. & Sudak, D. (2008). Terapia Cognitivo-Comportamental da depressão. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30(II), 73-80.
- Radloff, L. (1977). The CES-D Scale: A self-Report Depression Scale for Research in the General Population. *Applied Psychological Measurement*, 1(3), 385-401.
- Reichenheim, M., Paixão, C. & Moraes, C. (2008). Adaptação transcultural para o português (Brasil) do instrumento Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test (H-S/EAST)

- utilizado para identificar o risco de violência contra o idoso. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(8), 1801-1813.
- Reis, L. A., Torres, G. V., Araújo, C. C., Reis, L. A. & Novaes, L. K. N. (2009). Rastreamento Cognitivo de Idosos Institucionalizados no Município de Jequié-Ba. *Psicologia em Estudo*, 14(2), 295-301.
- Ribeiro, A. P & Schutz, G. E. (2007). Reflexões sobre o envelhecimento e bem-estar de idosos institucionalizados. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 10(2), 191-201.
- Ribeiro, J. L. P. (2007) *Avaliação em Psicologia da Saúde: Instrumentos Publicados em português*. (1ª ed). Coimbra: Quarteto.
- Rokach, A., Orzeck, T. & Neto, F. (2004). Coping with Loneliness in Old Age: A Cross-Cultural Comparison. *Current Psychology*, 23(2), 124-137.
- 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.
- Santana, I., Duro, D., Lemos, R., Costa, V., Pereira, M., Simões, M. R. & Freitas, S. (2016) Mini-Mental State Examination: Avaliação dos Novos Dados Normativos no Rastreo e Diagnóstico do Déficit Cognitivo. *Acta Medica Portuguesa*, 29(4), 240-248.
- Santos, F. H., Andrade, V. M. & Bueno, O. F. A. (2009). Envelhecimento: Um processo multifatorial. *Psicologia em Estudo*, 14(1), 3-10.
- Santos, S. S. C. (2010) Concepções teórico-filosóficas sobre o envelhecimento, velhice, idoso e enfermagem gerontogeriatrica. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 63(6), 1035-1039.
- Savikko, N., Routasalo, P., Tilvis, R. S., Strandberg, T. E. & Pitkälä, K. H. (2005). Predictors and subjective causes of loneliness in an aged population, *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 41, 223-233.
- Schneider, R. H. & Irigaray, T. Q. (2008). O envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. *Estudos de Psicologia*, 25(4), 585-593.
- Servicio Nacional del Adulto Mayor (2012). Guía Prevención del Maltrato a las Personas Mayores. Chile: Ministerio de Desarrollo Social

- Shankar, A., McMunn, A., Banks, J. & Steptoe, A. (2011). Loneliness, Social Isolation, and Behavioral and Biological Health Indicators in Older Adults. *Health Psychology, 30*(4).
- Silva, J. K. S., Albuquerque, M. C. S., Souza, E. M. S., Monteiro, F. S. & Esteves, G. G. L. (2015). Sintomas Depressivos e Capacidade Funcional em Idosos Institucionalizados. *Cultura do Cuidados, (41)*, 157-167.
- Silva, L. (2008). Da velhice à terceira idade: o percurso histórico das identidades atreladas ao processo de envelhecimento. *História, Ciências, Saúde, 15*(1), 155-168.
- Snowden, M., Steinamn, L. & Frederick, J. (2008). Treating Depression in Older Adults: Challenges to Implementing the Recommendations of an Expert Panel. *Preventing Chronic disease: Publish Health research, practice and policy, 5*(1), 1-7.
- Souza, J. A. V., Freitas, M. C. & Queiroz, T. A. (2007). Violência contra os idosos: análise documental. *Revista Brasileira de Enfermagem, 60*(3), 268-72.
- Souza, R. A., Costa, G. D., Yamashita, C. H., Amendola, F., Gaspar, J. C., Alvarenga, M. R. M., ... Oliveira, M. A. C. (2014). Funcionalidade familiar de idosos com sintomas depressivos. *Revista da Escola de Enfermagem da USP, 48*(3), 469-476.
- Steed, L., Boldy, D., Grenade, L. & Iredell, H. (2007). The demographics of loneliness among older people in Perth, Western Australia. *Australian Journal on Ageing, 26*(2), 81-86.
- 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.
- Taube, E., Jakobsson, U, Midlöv, P. & Kristensson, J. (2015). Being in a Bubble: the experience of loneliness among frail older people. *Journal of Advanced Nursing, 72*(3), 631-640.
- Tier, C. G., Fontana, R. T. & Soares, N. V. (2004). Refletindo sobre idosos institucionalizados. *Revista Brasileira de Enfermagem, 57*(3), 332-335.
- Tiikkainen, P. & Heikkien, R. L. (2005). Associations between loneliness, depressive symptoms and perceived togetherness in older people. *Aging & Mental Health, 9*(6), 526-534.

- Tilvis, R. S., Kähönen-Väre, M. H., Jolkkonen, J., Valvanne, J., Pitkala, K. H. & Strandberg, T. E. (2004). Predictors of Cognitive Decline and Mortality of Aged People Over a 10-Year Period. *Journal of Gerontology: MEDICAL SCIENCES*, 59(3), 268-274.
- Vaz, S. F. A. & Gaspar, N. M. S. (2011) Depressão em idosos institucionalizados no distrito de Bragança. *Revista de Enfermagem Referência*, III(4), 49-48.
- Victor, C., Scambler, S., Bond, J. & Bowling, A. (2000). Being alone in later life: loneliness, social isolation and living alone. *Reviews in Clinical Gerontology*, 10, 407-417 [em linha]. Acedido em, http://www.academia.edu/4222767/Being_alone_in_later_life_-_loneliness_social_isolation_and_living_alone.
- WHO & INPEA (2002). *Missing voices: views of older persons on elder abuse*. Geneva: WHO
- WHO (2002). *Active Ageing - A Policy Framework*. World Health Organization. *Active Ageing A contribution of the World Health Organization to the Second United Nations World Assembly on Ageing*, 4, Madrid: Autor.
- Wilson, R. S., Krueger, K. R., Arnold, S. E., Schneider, J. A., Kelly, J. F. Barnes, L. L. Tang, Y & Bennett, D. A. (2007) Loneliness and Risk of Alzheimer Disease. *Archives of General Psychiatry*, 64(2), 234-240 [em linha]. Acedido em, <http://archpsyc.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=482179>.
- World Health Organization (2002). *Relatório Mundial da Saúde: Saúde mental: nova concepção, nova esperança*. (1ª edição). Lisboa: Direcção-Geral de Saúde.

ANEXOS

ANEXO I- Termo de consentimento informado



Universidade da Beira Interior
Faculdade de Ciências Sociais e Humanas
Departamento de Psicologia e Educação
2º Ano | 2º Ciclo - Psicologia Clínica e da Saúde
2015/2016

Docente: Prof. Doutor Manuel Loureiro | **Discente:** Mariana Amaral, m6708

Termo de consentimento informado

No âmbito da realização da dissertação para a obtenção do grau de mestre em Psicologia Clínica e da Saúde, estou a desenvolver uma investigação intitulada de **Solidão em pessoa com mais de 65 anos e a sua relação com a depressão e o risco de maus tratos**, cujo objetivo é avaliar a relação existente entre a solidão, a depressão e o risco de maus tratos em pessoas com mais de 65 anos.

É importante referir que todos os dados e informações obtidos ao longo deste questionário são anónimos e confidenciais e serão apenas utilizados no âmbito da realização da dissertação de mestrado, sendo a sua participação estritamente anónima.

A sua colaboração sincera é fundamental.

Eu, _____, declaro ter tomado conhecimento do estudo “Solidão em pessoas com mais de 65 anos e a sua relação com a depressão e o risco de maus tratos”, assim como também tomei conhecimento sobre os objetivos condições de participação e divulgação.

Assinatura do participante

Data

_____, _____, _____

ANEXO II- Questionário Sociodemográfico

Dados Sociodemográficos

Idade: Sexo: F M Qual a sua última profissão?

Qual a escolaridade?

Analfabeto(a) Sabe ler e escrever Ensino Primário

Ensino Básico Ensino Secundário Ensino Superior

Qual o seu estado civil?

Solteiro(a) Casado(a) Viúvo(a)

Divorciado(a) União de Facto

Qual a sua situação socioeconómica

Baixa Média Alta

Tem alguma doença diagnosticada pelo médico? Sim Não

Se **SIM** qual?

Encontra-se institucionalizado(a)?

Sim Não

Se **SIM** qual é a instituição?

Se **SIM**, há quanto tempo está institucionalizado (a)?

Menos de 1 ano 1 a 5 anos 5 a 10 anos Mais de 10 anos

Se **SIM**, a iniciativa do internamento surgiu por:

Por iniciativa própria Trazido(a) por familiares

Trazido(a) por amigos Trazido(a) por técnicos de ação social

Se **NÃO**, com quem vive?

Sozinho Conjugue Filhos Outro

Quem?

Caso tenha respondido **SOZINHO**, há quanto tempo?

Menos de 1 ano 1 a 5 anos 5 a 10 anos Mais de 10 anos

Se **NÃO** frequenta alguma instituição ou grupo? Sim Não

Se **SIM** de que tipo?

Centro de dia Universidade Sénior Convívio de Paróquia

Outro Qual?

Com que frequência vê os seus familiares?

Nunca Uma ou mais vezes por semana Uma vez por mês

Mais de uma vez por mês Pelo menos uma vez por ano

Como define a sua atividade diária?

Inativo Pouco ativo Moderadamente ativo Muito ativo

Que tipo de atividades diárias realiza?

Ler Exercício físico Ver televisão Jogar às cartas

Passear Renda/tricô Outra Qual?