



Universidade da Beira Interior
Faculdade de Ciências Sociais e Humanas
Departamento de Psicologia e Educação

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO APRESENTADA À
UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR COMO REQUISITO
PARCIAL PARA A OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE
(2º CICLO) EM PSICOLOGIA, NA ÁREA CLÍNICA E DA SAÚDE

***Sintomatologia Depressiva na Velhice e Género:
Estudo com Utentes dos
Centros de Saúde da Covilhã e do Fundão***

Andreia Filipa Sebastião Canha

Covilhã
2010

Dissertação de Mestrado realizada sob orientação da Prof^ª. Doutora Rosa Marina Afonso apresentado à Universidade da Beira Interior para a obtenção do Grau de Mestre em Psicologia, registado na DGES sob o 9463.

AGRADECIMENTOS

Pretendo, em primeiro lugar, começar por agradecer à pessoa que contribuiu, de forma mais directa, para a concretização desta Dissertação, nomeadamente a Professora Doutora Rosa Marina Afonso, pelo tempo, orientação, disponibilidade, trabalho e conhecimento, prestados ao longo deste ano académico. Também gostaria de lhe agradecer pela motivação e incentivo que sempre me foi dado, numa altura complicada e de muito trabalho, que respeita ao finalizar do Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde.

Também gostaria de agradecer aos responsáveis do Centro de Saúde da Covilhã, o Doutor Manuel Geraldês e a Doutora Marli Loureiro, pela autorização e cedência de espaço na instituição, que me permitiu recolher os dados, sem os quais seria impossível realizar a Dissertação.

Agradeço, também, à minha família e amigos pelo apoio, carinho e incentivo que sempre me prestaram e pela compreensão nas alturas de indisponibilidade para momentos de convívio familiar e lazer.

Reconheço, ainda, a importância de todos os que contribuíram para a realização desta Dissertação, tanto de forma directa como indirecta; estes são os docentes da Universidade da Beira Interior, colegas de turma, funcionários da instituição dos Centros de Saúde da Covilhã e do Fundão, bibliotecários e assistentes informáticos.

Um sincero BEM-HAJA a todos!

RESUMO

A depressão, na velhice, é um fenómeno que acontece mais, nas mulheres, e, uma vez que não tem sido muito abordado, em Portugal, é importante reflectir sobre este tema.

O objectivo deste estudo descritivo transversal consiste em avaliar de que forma a intensidade da sintomatologia depressiva difere nos idosos e nas idosas, segundo algumas variáveis sócio-demográficas.

Participaram neste estudo 50 homens e 50 mulheres, com idades iguais ou superiores a 65 anos, com ausência de défice cognitivo e com sintomatologia depressiva.

Utilizaram-se três questionários: (1) questionário sócio-demográfico, (2) Escala de Avaliação Breve do Estado Mental (Folstein, Folstein & McHugh, 1975, traduzida e adaptada por Guerreiro, Silva, Botelho, Leitão, Caldas e Garcia, 2003), para a avaliação do funcionamento cognitivo, e (3) Escala de Depressão Geriátrica de 30 Itens – EDG (Yesavage, Brink, Rose et al., 1983, traduzida para a população portuguesa por Barreto, 2003), que permite avaliar os sintomas de depressão.

Os resultados obtidos indicam que não existem diferenças estatisticamente significativas de sintomatologia depressiva, entre idosas e idosos, e entre, exclusivamente, idosas. No entanto, nos homens, foi possível observar que, quanto maior o seu grau de instrução, menor a sua sintomatologia depressiva, e que, quanto melhor a sua percepção da saúde, menor a sintomatologia depressiva manifestada.

Por fim, conclui-se, com a realização deste estudo, que só a concretização de várias investigações subordinadas ao tema, com diferentes tipos de amostra, permitirá, a longo prazo, preparar os profissionais, no sentido de evitar que a população idosa manifeste o tipo de sintomatologia em causa.

Palavras-Chave: Depressão na velhice, Diferenças de género, Variáveis sócio-demográficas.

ABSTRACT

Depression in old age is a phenomenon that happens more between women, and since this issue has not been much discussed, in Portugal, it's important to reflect on this theme.

The aim of this cross-sectional study is to assess how the intensity of depressive symptoms differs in elderly men and elderly women, according to some socio-demographic variables.

The sample was consisted by 50 men and 50 women, aged greater than or equal to 65 years, with no cognitive impairment and depressive symptoms.

It was used three questionnaires: (1) socio-demographic questionnaire, (2) Brief Assessment Scale-Mental State (Folstein, Folstein & McHugh, 1975, translated and adapted by Guerreiro Silva Botelho, Piglet, Caldas and Garcia, 2003) for the assessment of cognitive functioning, and (3) Geriatric Depression Scale 30 items - GDS (Yesavage, Brink, Rose et al., 1983, translated to Portuguese by Barreto, 2003), designed to measure symptoms' depression.

The results indicate that there are no statistically significant differences in depressive symptoms among elderly women and elderly men, and just among old women. However, in men, it was observed that a higher level of education, suggest a lower depressive symptoms, and that a better perception of their health, is associated with less depressive symptoms.

Finally, it's possible to conclude, with this study, that only the concretion of several investigations on the theme, with different sample types, in the long term, will prepare professionals in order to prevent depressive symptoms, in the elderly population.

Keywords: Depression in old age, Differences in gender, Socio-demographic variables.



ÍNDICE DO TEXTO

LISTA DE TABELAS	II
LISTA DE FIGURAS	VI
LISTA DE ANEXOS	VII
INTRODUÇÃO	3
CAPÍTULO I: PARTE TEÓRICA	5
1. Depressão	7
2. Depressão e Género	10
2.1. Factores relacionados com as diferenças de género na depressão	11
2.2. Explicações sobre as diferenças de género na depressão	14
2.3. Teorias e modelos sobre as diferenças de género na depressão.....	17
3. Depressão na velhice	21
3.1. Questões da especificidade da sintomatologia depressiva na velhice	23
3.2. Factores de risco para a depressão na velhice	23
4. Depressão na velhice e Género.....	25
CAPÍTULO II: PARTE EMPÍRICA	27
1. Apresentação do Estudo / Investigação.....	29
2. Objectivos e Hipóteses	30
3. Método	33
3.1. Participantes	33
3.2. Instrumentos	39
3.3. Procedimento.....	41
4. Análise de Dados	42
5. Resultados	43
6. Discussão dos Resultados.....	56
7. Conclusões.....	59
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	61
ANEXOS	67



LISTA DE TABELAS

Tabela 1

Sintomas depressivos agrupados 8

Tabela 2

Formas de apresentação da depressão de acordo com a intensidade e a duração 9

Tabela 3

Alguns estudos sobre as diferenças de género em pessoas com depressão..... 10

Tabela 4

Factores de risco explicativos das diferenças de género 13

Tabela 5

Resumo das diferenças de género na depressão, segundo determinados factores de risco..... 14

Tabela 6

Número de filhos da amostra (n=100)..... 35

Tabela 7

Características sobre a escolaridade, profissão que exerciam antes da reforma, e religião da amostra (n=100) 35

Tabela 8

Características sobre a situação económica, o local onde habita, e com quem habita a amostra (n=100) 37

Tabela 9

Características relacionadas com a saúde da amostra (n=100)..... 38

Tabela 10

Características sobre a actividade física, consumo de tabaco, álcool e de outro tipo de drogas da nossa amostra (n=100) 39

Tabela 11

Média da intensidade da sintomatologia depressiva entre homens e mulheres 43



Tabela 12

Comparação da intensidade da sintomatologia depressiva, nas idosas, segundo o seu estado civil..... 43

Tabela 13

Comparação da intensidade da sintomatologia depressiva, nos homens idosos, segundo o seu estado civil..... 44

Tabela 14

Comparação da intensidade da sintomatologia depressiva, nas idosas, de acordo com o contacto que mantêm com os filhos..... 44

Tabela 15

Comparação da intensidade da sintomatologia depressiva, nos homens idosos, de acordo com o contacto que mantêm com os filhos 45

Tabela 16

Comparação da sintomatologia depressiva entre mulheres e homens idosos, relativamente à escolaridade 45

Tabela 17

Coefficiente de Pearson entre a escolaridade e o total da EDG nas idosas (N = 50)..... 45

Tabela 18

Comparação da sintomatologia depressiva entre homens idosos, relativamente à escolaridade 46

Tabela 19

Coefficiente de Pearson entre a escolaridade e o total da EDG nos homens idosos (N = 50)..... 46

Tabela 20

Coefficiente de Pearson entre a idade e o total da EDG nas idosas (N = 50) 47



Tabela 21

Coeficiente de Pearson entre a idade e o total da EDG nos homens idosos (N = 50)..... 47

Tabela 22

Comparação da sintomatologia depressiva entre mulheres, relativamente à prática de alguma religião 47

Tabela 23

Comparação da sintomatologia depressiva entre homens, relativamente à prática de alguma religião 48

Tabela 24

Comparação da sintomatologia depressiva entre mulheres idosas, relativamente ao local de habitação 48

Tabela 25

Comparação da sintomatologia depressiva entre homens idosos, relativamente ao local de habitação 49

Tabela 26

Comparação da sintomatologia depressiva entre mulheres idosas, relativamente à percepção da saúde 49

Tabela 27

Distribuição da média do total da EDG pela percepção da saúde, nas idosas 49

Tabela 28

Comparação da sintomatologia depressiva entre homens idosos, relativamente à percepção da saúde..... 50

Tabela 29

Ceficiente de Pearson entre a percepção da saúde e o total da EDG nos homens idosos .. 50

Tabela 30

Comparação da sintomatologia depressiva entre mulheres idosas, relativamente à presença de alguma doença 51



Tabela 31

Comparação da sintomatologia depressiva entre mulheres e homens idosos, relativamente à presença de alguma doença..... 52

Tabela 32

Comparação da sintomatologia depressiva entre idosas, relativamente ao facto de realizar actividade física 53

Tabela 33

Comparação da sintomatologia depressiva entre mulheres e homens idosos, relativamente ao facto de realizar actividade física 53

Tabela 34

Comparação da sintomatologia depressiva nos homens idosos, relativamente ao facto de ser, ou não, fumadora, e de consumir, ou não, álcool..... 54

Tabela 35

Comparação da sintomatologia depressiva nos homens idosos, relativamente ao facto de ser, ou não, fumadora, e de consumir, ou não, álcool..... 55

Tabela 36

Comparação da sintomatologia depressiva entre idosas, relativamente ao facto de ter antecedentes familiares de depressão..... 55

Tabela 37

Comparação da sintomatologia depressiva entre homens idosos, relativamente ao facto de ter antecedentes familiares de depressão..... 56



LISTA DE FIGURAS

Figura 1.

Modelo Integrativo, explicativo das diferenças de género na depressão 18

Figura 2.

“Generic Cognitive Vulnerability-Stress Model” 18

Figura 3.

“General Elaborated Cognitive Vulnerability-Transactional Stress Depression Model” 19

Figura 4.

“Exemplificação do caso específico das mulheres segundo o General Elaborated Cognitive Vulnerability-Transactional Stress Depression Model” 20

Figura 5.

Distribuição das idades de acordo com o género (n= 100)..... 33

Figura 6.

Características do estado civil da amostra (n=100)..... 34

Figura 7.

Distribuição do estado civil, de acordo com o género (n=100) 34

Figura 8.

Distribuição da amostra, de acordo com o género, relativamente à escolaridade (n= 100) .. 36

Figura 9.

Distribuição da amostra, de acordo com o género, relativamente à profissão principal, exercida antes da reforma (n= 100) 36

Figura 10.

Distribuição da amostra, de acordo com o género, relativamente à prática de alguma religião (n= 100) 37



LISTA DE ANEXOS

ANEXO I:

Questionário Sócio-demográfico

ANEXO II:

Escala de Avaliação Breve do Estado Mental

ANEXO III:

Escala de Depressão Geriátrica

ANEXO IV:

Solicitação



*“...O olhar triste e cansado procurando alguém
E a gente passa ao seu lado a olhá-lo com desdém
Sabes eu acho que todos fogem de ti prá não ver
A imagem da solidão que irão viver
Quando forem como tu
Um velho sentado num jardim...”*

Fonte: Mafalda Veiga – “Velho”



INTRODUÇÃO

Ao longo dos últimos anos, tem-se assistido ao envelhecimento da população devido ao melhoramento das condições de vida das pessoas.

Na velhice, a depressão pode ser vista como uma perturbação que diminui de modo “substancial a qualidade de vida dos idosos e pode conduzir à incapacidade, pelo que o diagnóstico e tratamento da depressão são de vital importância para o idoso”. (Vaz, 2009, p. 65).

Assim, a depressão é considerada como a perturbação afectiva que ocorre com maior frequência no idoso, comparativamente às outras faixas etárias (Snowdon, 2002; Stella, Gobbi, Corazza & Costa, 2002; e Vaz, 2009) sendo fundamental que sejam efectuados estudos, nesta área, para melhorar a qualidade de vida dos idosos com este tipo de distúrbio.

Dos estudos a que se teve acesso, foi possível concluir que, por norma, são as mulheres que apresentam, com maior frequência, um diagnóstico de depressão, comparativamente aos homens (Culbertson, 1997; Nolen-Hoeksema, 1987; Vaz, 2009; Zunzunegui, 2007), e seria interessante estudar este acontecimento e até que ponto determinadas variáveis podem influenciar a presença de depressão.

Para além disto, a depressão na velhice está relacionada com os factores inerentes à diferença entre géneros, nomeadamente o nível da incidência da sintomatologia depressiva e a forma como esta se manifesta (Katsumata, Arai, Ishida, Tomimori, Denda, & Tamashiro, 2005; Schoevers, Geerlings, Beekman, Penninx, Deeg, Jonker, & Tilburg, 2000; Vaz, 2009).

De acordo com Vaz (2009), também se pode considerar que “a depressão na velhice difere entre homens e mulheres, tanto no que diz respeito à comunicação dos sintomas bem como nos factores de risco” (p.69). Ainda segundo este autor, existem factores que podem contribuir para esta diferenças, nomeadamente os biológicos, psicológicos, sociais e metodológicos.

Assim, nesta dissertação, pretende-se estudar de que forma é que a intensidade da sintomatologia depressiva difere entre os homens e entre as mulheres idosos (com idades iguais ou superiores a 65 anos), nomeadamente numa amostra pertencente aos concelhos da Covilhã e do Fundão.

Para tal, esta dissertação de mestrado encontra-se dividida em duas partes. A primeira parte apresenta o conceito de depressão, através da sua definição e referindo o que a poderá causar. Posteriormente, focar-se-á a depressão e as diferenças de género, na



população em geral, para depois se especificar a velhice, bem como as suas principais características e as diferenças de género que se verificaram, através de estudos realizados, anteriormente.

Na segunda parte, será apresentado o estudo empírico, onde se explica o tipo de estudo realizado, os seus objectivos e hipóteses, os participantes, os instrumentos e os procedimentos utilizados. Depois, apresenta-se a análise de dados, os resultados e a sua discussão, bem como serão expostas as conclusões.



CAPÍTULO I:

PARTE TEÓRICA



1. Depressão

A depressão, de acordo com Irigaray e Schneider (2007), é definida como um “distúrbio da área afectiva ou do humor, que exerce forte impacto funcional em qualquer faixa etária. É um distúrbio de natureza multifactorial, que envolve inúmeros aspectos de ordem biológica, psicológica e social.” (p. 20).

A depressão é um estado de humor experienciado por muitos sujeitos, em algum momento das suas vidas, sendo muitas vezes descrito como tristeza, saudade, angústia, desânimo, humor deprimido e perda de interesse ou prazer em quase todas as actividades, entre outros (Irigaray & Schneider, 2007).

De acordo com CTO (2005), os sintomas depressivos, como demonstra a tabela 1, podem ser reunidos em quatro grupos: fundamentais (fazem referência a alterações do estado de ânimo), biológicos ou somáticos (são frequentes e fáceis de identificar, mas com uma especificidade baixa), comportamentais (como os anteriores, também são frequentes e fáceis de identificar, e têm uma especificidade baixa) e pensamentos (são altamente específicos, mas o seu carácter subjectivo dificulta o diagnóstico).

Contudo, Nolen-Hoeksema (1987), destaca, como principais sintomas característicos da depressão, a perda de motivação, a tristeza, a anedonia, a baixa auto-estima, queixas somáticas e dificuldades de concentração (Nolen-Hoeksema, 1987).

Hankin e Abramson (2001) referem que estado depressivo e perturbação depressiva não são a mesma coisa. Enquanto a perturbação é definida categoricamente, composta por diferentes sintomas depressivos, como por exemplo a perda de sono, mudanças de apetite, problemas de concentração, entre outros, e está presente por, pelo menos duas semanas, o estado depressivo não passa de um sentimento de tristeza ou infelicidade não significativo, perante outros sintomas. Regra geral, todas as pessoas já experienciaram um estado depressivo e nem todas sofrem de perturbação depressiva.

Ainda assim, estes autores vêem estes dois conceitos como a continuação um do outro e não como coisas completamente distintas, porque o estado depressivo acarreta riscos que podem levar à perturbação (Hankin & Abramson, 2001).



Tabela 1

Sintomas depressivos agrupados

Fundamentais Estado de ânimo: - Tristeza; - Irritabilidade; Anedonia;	Biológicos ou somáticos Alterações do sono; Alterações de apetito e de peso; Fatigabilidade e astenia; Alterações sexuais; Queixas somáticas;
Depressão	
Comportamentais Alterações cognitivas: - Atenção/concentração; - Memória; Alterações psicomotoras (inibição/agitação); Descuido no cuidado pessoal;	Pensamentos Ideias relacionadas com: - Fracaso, culpa; - Desesperança, ruína, e catástrofe; - Inutilidade e doença; - Morte; - Suicídio;

Fonte: Traduzido e Adaptado a partir de CTO, 2005, p. 1367

Tem-se constatado, nos últimos anos, um aumento da depressão, na população, principalmente devido à evolução dos métodos de diagnóstico desta perturbação, no entanto a depressão continua a ser subdiagnosticada (Hell, 2006; Lima, Silva & Ramos, 2009).

Devido ao melhoramento do diagnóstico e às dificuldades que, mesmo assim, se encontram, neste processo, deve-se ter um especial cuidado no acto de realização do diagnóstico. Segundo Stella, Gobbi, Corazza e Costa (2002), este deve abranger uma anamnese detalhada, um exame psiquiátrico minucioso, um exame clínico geral, uma avaliação neurológica, uma identificação de efeitos adversos de medicamentos, exames laboratoriais e neuroimagem.

De acordo com Nolen-Hoeksema (1987), o oposto de depressão designa-se por mania, que é caracterizada por aumento de energia, pensamentos rápidos, discurso pressionado, comportamentos extravagantes e grandiosidade.

Segundo a American Psychiatric Association (2002), as perturbações de humor podem ser divididas em Perturbações Depressivas (depressão unipolar), Perturbações Bipolares (episódios alternativos de mania e depressão), Perturbação do Humor Secundária a um Estado Físico Geral (consequência fisiológica directa de um estado físico geral) e Perturbação do Humor Induzida por Substâncias (consequência fisiológica directa de uma droga de abuso, de uma medicação ou outro tratamento somático da depressão ou da exposição a tóxicos).



Também segundo a American Psychiatric Association (2002), num quadro mais específico, as Perturbações Depressivas englobam a perturbação de depressão major (sintomas depressivos severos, por um período igual ou superior a duas semanas), a perturbação distímica (síndrome depressivo, com duração superior a dois anos e de intensidade leve) e a perturbação depressiva sem outra especificação (perturbações com características depressivas que não preenchem os critérios das outras perturbações).

A perturbação de depressão menor, caracteriza-se como um quadro depressivo de intensidade leve, que não chega aos dois anos de duração (CTO, 2005).

Para uma melhor compreensão, seguem-se, na tabela 2, discriminadas as formas de depressão de acordo com a intensidade e a duração (American Psychiatric Association, 2002; Hankin & Abramson, 2001; Nolen-Hoeksema, 1987; CTO, 2005):

Tabela 2

Formas de apresentação da depressão de acordo com a intensidade e a duração

Intensidade dos sintomas	Grave	Depressão Breve ou Estado Depressivo	Perturbação de Depressão Major	
	Leve		Perturbação de Depressão Menor	Perturbação Distímica
		2 Semanas	2 Anos	
		Duração dos sintomas		

Fonte: Adaptado a partir de CTO, 2005, p. 1367

Relativamente à origem da depressão, esta pode ser variada, abrangendo causas como (CTO, 2005): (1) doenças neurológicas (infecções do sistema nervoso central, traumatismos cranianos, epilepsia, Alzheimer, Parkinson, etc.); (2) doenças endocrinológicas (como as doenças da tiróide), infecções sistémicas (VIH/SIDA, tuberculose, hepatite, etc.); (3) doenças inflamatórias (como a artrite reumatóide); (4) outras doenças, como o cancro; (5) abuso de substâncias (como por exemplo: álcool e cocaína); e o (6) consumo de determinados fármacos (anti-hipertensivos, contraceptivos orais, entre outros).



2. Depressão e Género

De acordo com estudos epidemiológicos que têm sido realizados (Culbertson, 1997; Vaz, 2009; Zunzunegui, Minicuci, Blumstein, Noale, Deeg, Jylha & Pedersen, 2007), no geral, a depressão apresenta uma prevalência duas vezes superior nas mulheres, relativamente aos homens, daí que o género seja considerado como uma variável de extrema importância, na conceptualização, avaliação e tratamento da depressão.

No entanto, embora a existência destas diferenças de género esteja bem estabelecida, não estão claras as suas causas (Matud, Guerrero & Matías, 2006). Desde a década de setenta que se tem vindo a desenvolver este assunto. Em 1977, Weissman e Klerman deram início aos estudos sobre diferenças epidemiológicas e de género da depressão; também, neste ano, deu-se início à standardização do diagnóstico psiquiátrico, à classificação e a estatísticas da depressão, bem como se desenvolveram instrumentos de avaliação pela Organização Mundial de Saúde (Culbertson, 1997).

Assim, têm sido realizados alguns estudos que contribuem para dar resposta a algumas questões relacionadas com a diferença de género, na depressão, como por exemplo os que aparecem resumidos na tabela 3 (Culbertson, 1997):

Tabela 3

Alguns estudos sobre as diferenças de género em pessoas com depressão

<i>Autores</i>	<i>Contributo</i>
Organização Mundial de Saúde (desde os anos 70)	Aferição de instrumentos de avaliação da depressão
National Institute of Mental Health (1987)	“Sex differences in depressive disorders: A review of recent research”
Klerman e Weissman (1989)	“Increasing rates of depression”
American Psychological Association (1990)	“American Psychological Association’s Task Force on Depression”
Nolen-Hoeksema (1990)	“Sex Differences in Depression”
Kessler et al., (1994)	“The National Comorbidity Study”
Leach, Christensen, Mackinnon, Windsor e Butterworth (2008)	“Gender differences in depression and anxiety across the adult lifespan: the role of psychosocial mediators”



Deste modo, foram efectuados estudos pela Organização Mundial de Saúde, desde os anos 70, com o objectivo de aferir instrumentos de avaliação da depressão, nas diferentes culturas, e de obtenção de descrições de estados depressivos.

O National Institute of Mental Health, em 1987, publicou uma revisão de estudos epidemiológicos sobre a depressão, nos Estados Unidos da América e noutras nações de ocidente, designada de “Sex differences in depressive disorders: A review of recent research”, onde se constatou que as mulheres apresentam maior taxa de depressão que os homens, numa proporção de 2 para 1.

Klerman e Weissman, em 1989, realizaram estudos psiquiátricos denominados de “Increasing rates of depression”, onde também se revelou um efeito persistente da variável género.

Em 1990, a American Psychological Association publicou o “American Psychological Association’s Task Force on Depression”, onde, de modo idêntico, se relacionou o género com a depressão. Também neste ano, Nolen-Hoeksema publicou um livro, após ter efectuado algumas investigações, e designou-o de “Sex Differences in Depression”. Esta autora tem sido considerada como uma das mais importantes, na investigação deste assunto

Kessler et al., em 1994, realizaram uma investigação, designada por “The National Comorbidity Study”, onde as mulheres foram comparadas com os homens e apresentavam uma maior prevalência na depressão.

Leach, Chiristensen, Mackinnon, Windsor e Butterworth (2008) declaram que as diferenças de géneros, na depressão, emergem, na adolescência, estabilizam, ao longo da fase adulta, e diminuem, durante a velhice, contudo não se manifestam estáveis, ao longo das idades.

2.1. Factores relacionados com as diferenças de género na depressão

Leach *et al.* (2008) mencionam que existem algumas variáveis que explicam o porquê de as mulheres apresentarem maiores níveis ou serem mais deprimidas e ansiosas que os homens, entre as quais o facto de estas revelarem uma saúde física mais pobre, fazerem menos actividade física, terem níveis menores de mestria, apresentarem níveis mais elevados de inibição comportamental e maiores problemas interpessoais.

Segundo Matud, Guerrero e Matías (2006) e Vaz (2009), as comorbilidades mais frequentes, nos homens, dizem respeito a doenças cardíacas e diabetes mellitus, enquanto, nas mulheres, são as cefaleias e a disfunção tiroideia. As mulheres também apresentam uma maior probabilidade de manifestarem ansiedade superior à dos homens, e estes, uma



maior probabilidade de transtornos de personalidade anti-social e de abuso de substâncias. Estes dados vão ao encontro do que Galaif, Sussman, Chou e Wills (2003) referem, no seu estudo, em que foram encontradas diferenças significativas de género em relação à depressão e ao uso de drogas.

Relativamente ao uso de drogas, num estudo realizado por Lugoboni, Quaglio, Pajusco, Mezzelani e Lechi (2007), verificou-se que existe uma forte associação entre a depressão e a dependência de nicotina, sendo os dependentes desta substância a apresentar uma maior dificuldade de parar com os consumos, se estiverem deprimidos. Também Zayas, Rojas e Malgady (1998) constataram que o consumo de álcool e de outras drogas se encontra relacionado com a depressão.

Os estudos sugerem que mais facilmente é diagnosticada depressão, nas mulheres, do que em homens (Culbertson, 1997; Vaz, 2009; Zunzunegui, Minicuci, Blumstein, Noale, Deeg, Jylha & Pedersen, 2007). Um dos motivos para tal facto pode estar relacionado com os modos de comunicação diferentes, visto que as mulheres comunicam através de sentimentos de solidão e com uma pobre auto-percepção de saúde e os homens através de uma diminuição da condição de saúde, doenças crónicas e viuvez (Vaz, 2009).

Assim, as mulheres expõem sintomas de depressão através do seu humor, enquanto os homens o fazem através de aspectos relacionados com a motivação. Também Galaif *et al.* (2003) constataram que os homens tendem a resolver os conflitos através de canais externos de expressão ou através de comportamentos não-verbais e as mulheres resolvem os seus conflitos concentrando-se nelas mesmas, através da expressão ou discussão dos seus sentimentos com outras pessoas, ou seja, estas percebem mais facilmente factores stressantes e procuram um maior suporte social que os seus homólogos masculinos.

Todavia, existem estudos realizados por Hankin e Abramson (2001) e Matud, Guerrero e Matías (2006), que revelaram que existem poucas evidências para os modos de comunicação influenciarem a depressão nos sujeitos, e que as mulheres apresentam maior depressão porque falam mais facilmente sobre isso, comparativamente com homens.

Estes autores referem também que as mulheres apresentam mais depressão ao longo de todo o ciclo vital, surgindo na adolescência, e mantendo-se na vida adulta. Na infância, é mais comum que sejam os meninos a ter maior depressão ou, então, as diferenças não existem, e, tanto as raparigas como os rapazes, experienciam um aumento rápido da depressão, ao longo da adolescência (mais raparigas do que rapazes tornam-se deprimidas, por volta dos treze anos, manifestando mais agressividade).

A tabela 4 apresenta alguns dos factores de risco que explicam as diferenças de género, na depressão, de acordo com Piccinelli e Wilkinson (2000):



Tabela 4

Factores de risco explicativos das diferenças de género

<i>Factores de Risco</i>	<i>Diferenças entre géneros</i>
Ambiente familiar na infância e experiências adversas	Mulheres têm maior probabilidade de sofrer abusos sexuais e parecem ser mais sensíveis aos efeitos das experiências adversas na infância;
Perturbações de depressão e ansiedade anteriores	Mulheres revelam um risco aumentado de perturbações de depressão e ansiedade quando já as experienciaram em idades mais jovens;
Papéis sociais e normas culturais	Limitação do papel com uma falha de escolha associada, papel sobrecarregado e papéis sociais de competição contribuem para o aumento de doenças depressivas em mulheres;
Eventos de vida adversos	Mulheres não experienciam mais eventos de vida adversos, mas diferem na qualidade da experiência associada;
Vulnerabilidade e estilos de coping	Não existem diferenças de género consistentes, nos atributos de personalidade e estilos de coping;
Suporte social	Não contribuem para o aumento de risco de doenças depressivas, nas mulheres;
Factores genéticos	Não existe uma contribuição directa para o aumento de risco de doenças depressivas, em ambos os sexos;
Funcionamento hormonal	Efeito parcial. No entanto este é menor que o efeito das variáveis ambientais;
Eixo adrenal e eixo tiroideial	Achados contraditórios para o eixo adrenal. Papel limitado para o eixo tiroideial.
Sistema neurotransmissor	Não é certo o seu efeito.

Fonte: *Adaptado de Piccinelli e Wilkinson, 2000, p. 487.*

Para dos factores mencionados, pode ainda referir-se o sistema reprodutivo. As mulheres manifestam maior sintomatologia depressiva, caso não sejam férteis, bem como, após o parto, também revelam taxas superiores de depressão, comparativamente aos homens (Coleman, Morison, Paine, Powell & Walraven, 2006).

Matud, Guerrero e Matías (2006) acrescentam, ainda, que estas diferenças (cf. tabela 4) não são tão reais quanto aparentam, afirmando que a mulher percebe, reconhece, informa e procura ajuda devido aos seus sentimentos, com maior frequência que os homens. Enquanto os homens se expressam de forma diferente, tendo tendência a recorrer



ao álcool ou outro tipo de substância para fazer frente ao seu estado depressivo, podendo levar a um diagnóstico diferente (Matud, Guerrero & Matías, 2006).

De acordo com todos os dados referidos anteriormente foi possível resumir, na tabela 5, as principais diferenças de género na depressão, segundo determinados factores de risco:

Tabela 5

Resumo das diferenças de género na depressão, segundo determinados factores de risco

<i>Factores de risco</i>	<i>Género</i>	
	Masculino	Feminino
Sociais	<ul style="list-style-type: none">• Procuram menos suporte social• Viuvez	<ul style="list-style-type: none">• Menor nível de mestria• Maior inibição comportamental• Maiores problemas interpessoais
Saúde	<ul style="list-style-type: none">• Doenças cardíacas• Doenças crónicas (p.e. diabetes mellitus)• Transtornos de personalidade anti-social• Maior abuso de substâncias (tabaco e álcool)	<ul style="list-style-type: none">• Auto-percepção da saúde física pobre• Menor actividade física• Cefaleias• Disfunção tiroideia• Ansiedade
Modo de comunicação	<ul style="list-style-type: none">• Aspectos relacionados com a motivação• Utilizam comportamentos não verbais	<ul style="list-style-type: none">• Aspectos relacionados com o humor• Através da expressão ou discussão dos seus sentimentos

Solar (2005) aponta uma grande limitação dos estudos sobre este assunto, afirmando que, no geral, tentaram-se explicar as diferenças de género, na depressão, sem considerar que as semelhanças e as desigualdades entre os géneros não são um fenómeno estático, mas sim que variam em função das distintas etapas evolutivas.

Por fim, é importante conhecer as diferenças de género, porque isso vai ajudar a entender as causas de depressão, na generalidade, e melhorar a qualidade de vida das pessoas (Vaz, 2009).

2.2. Explicações sobre as diferenças de género na depressão

Piccinelli e Wilkinson (2000), Solar (2005), Zunzunegui *et al.* (2007), Leach *et al.* (2008) e Vaz (2009) consideram cinco hipóteses fundamentais, para tentar explicar este fenómeno, relacionados com:



1. Hipóteses biológicas:

1.1. Esperança média de vida

Por norma, as mulheres vivem mais anos que os homens e, por isso, tendem a viver mais consequências negativas do envelhecimento que podem levar à depressão (Vaz, 2009). Já os homens, quando chegam à mesma idade apresentam uma maior vitalidade, encontrando-se, por isso, de certo modo, mais protegidos (Vaz, 2009).

1.2. Funcionamento hormonal

Nas mulheres, existe a teoria de que, quando a hormona estrogénio aumenta, a probabilidade de surgir depressão também aumenta, devido ao aumento da vulnerabilidade ao stress (Piccinelli & Wilkinson, 2000; Vaz, 2009). No entanto, esta hipótese foi descartada, bem como a que refere a influência do ciclo menstrual sobre esta perturbação (Solar, 2005). Contudo, comprovou-se que os contraceptivos orais aumentam a incidência da depressão (Solar, 2005).

Nos homens, os estudos existentes sobre a testosterona (hormona masculina) também são limitados e inconclusivos, mas constatou-se uma maior presença da hormona libertadora de tirotropina, no líquido cefalorraquidiano (Solar, 2005; Vaz, 2009).

1.3. Factores neuropsicológicos

Foram encontradas evidências de diferenças neuropsicológicas relacionadas com a activação cerebral e com a organização cerebral das funções cognitivas que, em interacção com o ambiente, contribuiriam para uma maior depressão em mulheres (Vaz, 2009). Em encefalogramas, verificaram-se alterações de funcionamento em certas áreas cerebrais, em pessoas com depressão, e também têm sido apontadas diferenças entre os sexos (Vaz, 2009).

1.4. Hereditariedade

Segundo Solar (2005) os estudos sobre hereditariedade não são conclusivos, e Sullivan, Neale e Kendler (2000, referido por Vaz, 2009), referem ainda que estes estudos “mostram controvérsias quanto a diferenças devidas ao género, e há pelo menos uma revisão com meta análise que não verificou distinções significativas entre os sexos” (p. 70).

2. Hipóteses psicossociais

Parecem ser as mulheres que são mais propensas à depressão, devido aos factores sociais, uma vez que apresentam níveis mais baixos de educação e de rendimento, níveis mais elevados de comorbilidade e deficiências, estão mais sujeitas a depressão sob tensão financeira, têm uma maior exposição ao stress, socialmente, isolam-se mais e estão mais propícias à incapacidade física ou à falta de saúde (Vaz, 2009; Zunzunegui *et al.*, 2007). As mulheres também relatam mais sintomas que os homens e, por fim, e muito importante, o



papel que a mulher exerce, na cultura ocidental, é cada vez mais exigente, uma vez que é solicitada a contribuir, financeiramente, para o sustento da família e, por isso, tem que dividir o seu tempo com o emprego e continuar responsável pelas funções domésticas, o que gera um maior stress (Vaz, 2009; Zunzunegui *et al.*, 2007).

Resumindo, existem dois aspectos inter-relacionados:

- I. Factores culturais e sociais que podem determinar uma vulnerabilidade diferencial em cada género, através da sua influência no desenvolvimento emocional, social e cognitivo das mulheres e dos homens (Solar, 2005).
- II. Existência de diferenças de género, na exposição a circunstâncias de adversidade, que favorecem a depressão, como o abuso e a violência sexuais, a pobreza, o desemprego, um baixo nível de habilitações, cuidar dos filhos, factores negativos da vida, violência física e emocional, entre outros (Solar, 2005).

3. Hipóteses psicológicas

Ao nível destes factores, os homens não recordam com tanta frequência episódios negativos das suas vidas como as mulheres, que dão uma maior importância aos acontecimentos interpessoais e utilizam, frequentemente, estratégias de coping centradas nas emoções, sendo, por isso, menos efectivas, nas resoluções de problemas (Leach *et al.*, 2008; Vaz, 2009).

Nos homens é mais difícil efectuar o diagnóstico de depressão, porque utilizam mecanismos de coping mais eficazes e porque, normalmente, compensam os seus problemas através do abuso de substâncias, como por exemplo o álcool (Leach *et al.*, 2008; Vaz, 2009).

Ou seja, as mulheres relatam mais problemas e são mais dadas a pedir ajuda, enquanto os homens se manifestam através de comportamentos impulsivos e/ou abusivos (Leach *et al.*, 2008; Vaz, 2009).

4. Hipóteses artificiais

Experiências e atributos psicológicos relacionados com a vulnerabilidade de eventos de vida e habilidades de confronto (Piccinelli & Wilkinson, 2000 ; Solar, 2005):

- I. Homens com depressão apresentam maior abuso e dependência de álcool, bem como maior impulsividade e violência.
- II. Mulheres expressam-se, mais facilmente.



5. Causas metodológicas

É importante que se tenha consciência que as diferenças de género, na depressão, variam de acordo com as populações e com as variáveis que se têm em conta, nas investigações (Vaz, 2009). Contudo, as hipóteses referidas não justificam, completamente, as diferenças de género, na depressão (Piccinelli & Wilkinson; 2000; Solar, 2005; Vaz, 2009; Zunzunegui, 2007).

2.3. Teorias e modelos sobre as diferenças de género na depressão

De seguida, serão referenciados alguns modelos e teorias sobre o género e depressão, que se podem considerar complementares.

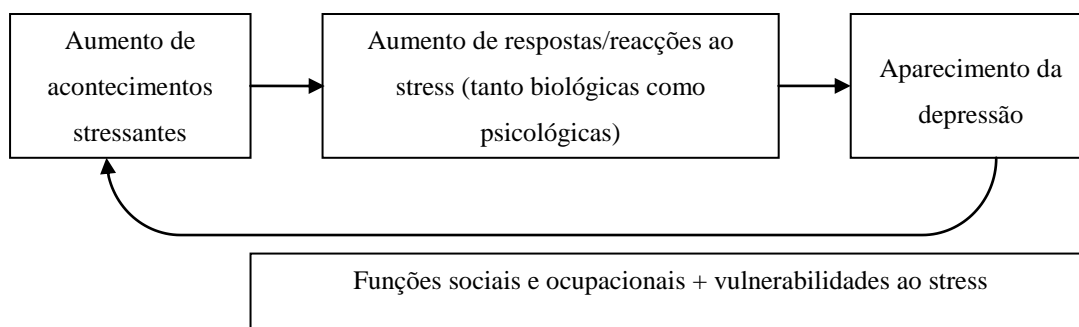
Matud, Guerrero e Matías (2006) consideram que, inicialmente, as diferenças de género foram fundamentadas no **modelo biomédico** que as explica através dos factores genéticos, hormonais, anatómicos ou fisiológicos, referidos anteriormente, sendo os mais relevantes os factores hormonais. Actualmente, as referidas diferenças são explicadas no **modelo psicossocial**, uma vez que afirma que a depressão, na mulher, se deve à sua discriminação social, legal e económica e porque também afirma que esta desigualdade de géneros surge ao nível intrapsíquico e interpessoal, através da análise das diferenças de variáveis, tais como o nível social, a personalidade, o modo de confrontação em determinadas situações, a auto-eficácia, os factores de risco, ou através da experiência e da informação de sinais e sintomas (Matud, Guerrero & Matías, 2006).

De acordo com os mesmos autores (Matud, Guerrero & Matías, 2006), o nível social exerce uma grande influência na desigualdade de género, uma vez que, nas mulheres, o tipo de profissão que exercem, se trabalham ou não a tempo inteiro, se têm família e/ou apoio social, se são, ou não, fisicamente activas, influencia a depressão manifestada. Enquanto que nos homens são mais afectados pelo facto de terem, ou não, companhia, e se vivem sozinhos. Estes aspectos podem ter como consequências sentimentos de desamparo, dependência dos outros, baixas aspirações e baixa auto-estima (Matud, Guerrero & Matías, 2006).

Nolen-Hoeksema afirma que, apesar de existirem muitas explicações para as diferenças de género, nenhuma parece ser conclusiva, centrando-se mais em variáveis individuais. Contudo, esta autora expõe que, recentemente, os modelos apresentados podem dividir-se em dois: os transaccionais e os desenvolvimentais (Nolen-Hoeksema, 2001): Os modelos transaccionais referem que a depressão prejudica o funcionamento social e ocupacional, para além de ter um grande impacto, no ambiente do sujeito. E os

modelos desenvolvimentais – Indicam que as taxas de depressão, nas mulheres e nos homens, variam, substancialmente, ao longo das suas vidas.

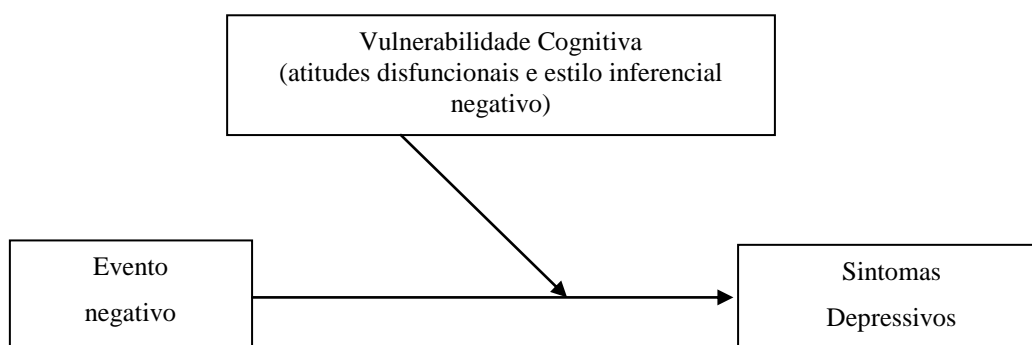
A justificação dada por Nolen-Hoeksema (2001) para as diferenças de géneros, na depressão, segundo o modelo biopsicossocial, refere que a mulher tem menos poder e status que o homem, na maior parte das sociedades, bem como experiencia mais “traumas” (como por exemplo, sexuais) e mais pressões crónicas. Também afirma que existem diferenças sexuais, nas respostas biológicas a eventos stressantes (estas ocorrem mais nos homens), no auto-conceito ou estilos de coping. Assim, Nolen-Hoeksema (2001) elaborou um modelo onde integra todas estas questões, apresentadas, já de seguida, na figura 1.



Fonte: Traduzido de Nolen-Hoeksema (2001)

Figura 1. Modelo Integrativo, explicativo das diferenças de género na depressão

Também Hankin e Abramson (2001), com o intuito de oferecerem um modelo capaz de integrar os resultados das várias investigações sobre as diferentes áreas da depressão, estabeleceram um modelo capaz de explicar a vulnerabilidade à depressão e os mecanismos que contribuem para a emergência das diferenças de género, na depressão, designado por *Generic Cognitive Vulnerability-Stress Model* (figura 2), que refere que o sujeito que apresente vulnerabilidade cognitiva tem maior probabilidade de deprimir, quando confrontado com um evento negativo e interpreta o evento de modo negativo.

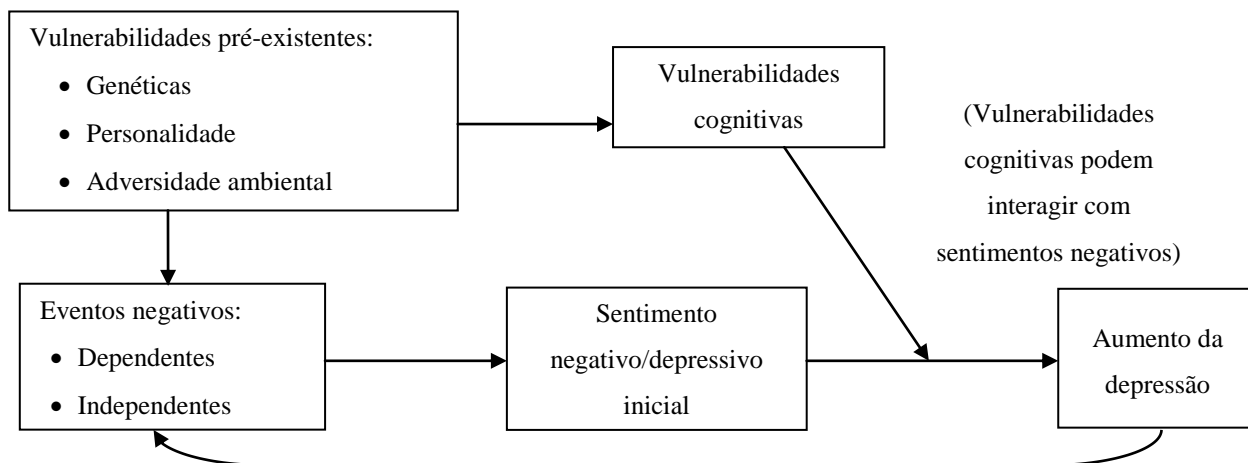


Fonte: traduzido de Nolen-Hoeksema (2001)

Figura 2. “Generic Cognitive Vulnerability-Stress Model”



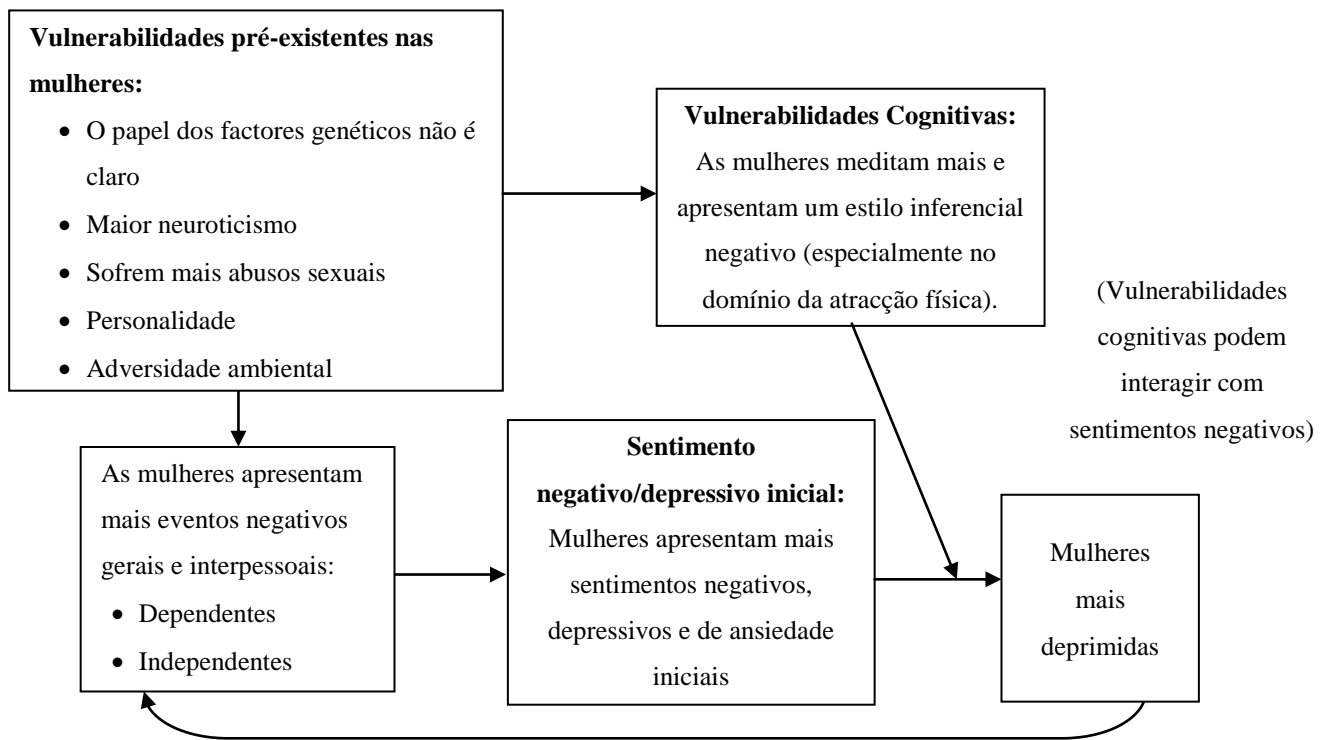
No entanto, este modelo não foi suficiente para explicar as diferenças de género, na depressão, e, devido a este facto, foi sugerido um modelo mais elaborado, com base no referido, anteriormente, designado de *General Elaborated Cognitive Vulnerability-Transactional Stress Depression Model*, cujo objectivo era prever e explicar o desenvolvimento da depressão, na generalidade (cf. figura 3) (Hankin & Abramson, 2001).



Fonte: traduzido de Nolen-Hoeksema (2001)

Figura 3. “General Elaborated Cognitive Vulnerability-Transactional Stress Depression Model”

Para além da vantagem referida, anteriormente, este novo modelo caracteriza-se por ser um modelo transaccional, que envolve efeitos bidireccionais entre as mudanças biológicas, sentimentos negativos e eventos sociais, facilitando, assim, a compreensão das diferenças de género, como é possível verificar, na figura 4 (Hankin & Abramson, 2001).



Fonte: traduzido de Nolen-Hoeksema (2001)

Figura 4. “Exemplificação do caso específico das mulheres segundo o General Elaborated Cognitive Vulnerability-Transactional Stress Depression Model”



3. Depressão na velhice

Com o envelhecimento da população, constata-se um aumento e uma prevalência elevada de doenças crónico-degenerativas que podem comprometer o funcionamento do sistema nervoso central e levar à depressão (Lima & Bueno, 2009; Stella, Gobbi, Corazza & Costa, 2002; Vaz 2009).

Para além disto, o modo como o fenómeno de envelhecimento afecta os homens e as mulheres é desigual, sendo possível verificar através do INE (2009) que, entre 2004 e 2008, o número de idosos tem vindo a aumentar em Portugal e, embora isso se verifique para ambos os sexos, a população idosa é, predominantemente, feminina.

Embora se pense que a depressão faz parte do processo natural do envelhecimento, este facto não passa de um mito, contudo, e de acordo, também, com a OMS, 25% dos idosos sofrem de algum tipo de perturbação psiquiátrica, em que a depressão é a mais frequente, até aos 75 anos (OMS, 2002, citado por Vaz, 2009). Mais propriamente em Portugal, a depressão atinge, aproximadamente, 20% da população, com tendência a aumentar, representando, por isso, a primeira causa de incapacidade e sendo, também, responsável por 60% dos suicídios, no nosso país, em que se verifica uma predominância, nos idosos (Paúl & Fonseca, 2005).

A depressão, na velhice, apresenta algumas características específicas, nomeadamente o facto de existirem diferenças, na sintomatologia desta perturbação (sintomas somáticos e hipocondríacos mais frequentes), e menos antecedentes familiares de depressão e de haver uma pior resposta ao tratamento, que a distinguem da depressão das outras faixas etárias (Garcia, Passos, Campo, Pinheiro, Barroso, Coutinho, Mesquita, Alves & Sholl-Franco, 2006).

Segundo Vaz (2009), a depressão, na velhice, “coexiste frequentemente com uma pobre função cognitiva e a maior parte dos sintomas depressivos no idoso não são tratados adequadamente por serem confundidos com algum tipo de demência” (p. 78), embora ambos possam estar presentes no sujeito ao mesmo tempo. Para além disto, e ainda que a depressão, na velhice, seja uma das condições que, ultimamente, tem sido reconhecida, mundialmente, como importante e a mais comum entre as doenças mentais, nem sempre é diagnosticada ou tratada de forma correcta, especialmente na população idosa, porque a maior parte das vezes é disfarçada por queixas somáticas ou sintomas físicos, ou seja, pela presença de comorbilidades e o uso de múltiplos fármacos (Irigaray & Schneider, 2007; Lima, Silva & Ramos, 2009; Pahkala, Kesti, Kongas-Saviaro, Laippala & Kivela, 1995; Vaz, 2009).



Este facto é preocupante, uma vez que a taxa de não recuperação destes idosos é elevada, dando origem a um aumento do suicídio, nesta faixa etária, comparativamente às outras (Stella *et al.*, 2002; Vaz, 2009).

De acordo com Stella *et al.* (2002), a depressão, no idoso, é uma perturbação frequente, associada a um elevado grau de sofrimento psíquico. Na população geral, a depressão apresenta uma prevalência de aproximadamente 15%, em idosos que vivem na comunidade, a prevalência localiza-se entre 2 e 14%, e nos que vivem em instituições, a prevalência chega aos 30%.

Chong, Chen, Tsang, Yeh, Chen, Lee, Tang e Lo (2001), num estudo que realizaram em Taiwan, verificaram que a depressão aumenta com a idade, existindo uma grande prevalência das perturbações depressivas, na velhice. Contrariamente, embora Snowdon (2002) também refira que a depressão é muito prevalente na terceira idade, afirma ainda que não é tão comum, nesta fase da vida, como é na adolescência e na fase adulta.

Como se pode verificar, existe uma certa inconsistência em relação à idade em que a depressão apresenta uma maior prevalência e, por isso, são necessárias mais investigações para corroborar estes resultados.

Assim, é possível compreender a importância desta temática de forma a ajudar na promoção da qualidade de vida do idoso ou, como refere Lima e Bueno (2009), promover “não só anos à vida, mas principalmente vida aos anos” (Veras & Caldas, 2004 cit in Lima & Bueno, 2009, p. 277). Isto porque, geralmente, a depressão, na terceira idade, surge num contexto de perda da qualidade de vida relacionado com o isolamento social e com o aparecimento de doenças clínicas graves (Stella *et al.*, 2002).

Esta qualidade de vida abrange a saúde física, o bem-estar, o funcionamento psicossocial, independência, controlo sobre a vida, circunstâncias materiais e ambiente externo do sujeito, etc., ou seja, depende das percepções da cada pessoa. Para além disto, também se encontram associados ao bem-estar psicológico e à qualidade de vida determinados factores da velhice, como por exemplo a habilidade funcional do idoso, senso de utilidade, participação social, redes sociais, existência de amigos e suporte social (Bowling, Banister, Sutton, Evans & Windsor, 2002; Carneiro, Falcone, Clark, Prette & Prette, 2007).

Desta forma, é indispensável que se esteja atento à depressão, na velhice, para que, tanto a qualidade de vida do idoso melhore, como as consequências negativas da depressão diminuam, como por exemplo o aumento da procura de cuidados de saúde e consequente aumento dos custos, prolongamento do período de internamento hospitalar, menor recuperação de estados de doença aguda ou crónica, diminuição da capacidade física, perda da qualidade de vida, entre outros (Vaz, 2009).



Assim, e como foi referido anteriormente, a depressão é uma perturbação que leva ao suicídio em pessoas idosas. De acordo com Schoevers, Geerlings, Beekman, Penninx, Deeg, Jonker e Van Tilburg (2000), na velhice, a depressão major aumenta o risco de morte, nos dois sexos, mas uma depressão leve aumenta o risco de morte, somente em homens.

Em suma, é fundamental diagnosticar e tratar esta perturbação, o mais cedo possível, bem como prevenir ou reduzir os sintomas depressivos, uma vez que a depressão aumenta o risco de morbilidade clínica e de mortalidade, especialmente em idosos hospitalizados; assim, será possível uma melhor manutenção da qualidade de vida, nos idosos (Katsumata, Arai, Ishida, Tomimori, Denda & Tamashiro, 2005; Stell *et al.*, 2002).

3.1. Questões da especificidade da sintomatologia depressiva na velhice

De acordo com Stella *et al.* (2002) e Vaz (2009), para além dos sintomas comuns da depressão para qualquer idade, na velhice, em particular, manifesta-se através de queixas somáticas, alterações de desempenho físico, cognitivo e social, tristeza, diminuição do humor ou humor disfórico, pessimismo em relação ao futuro, sentimentos de culpa, inutilidade e crítica em relação a si próprio, ou seja, baixa auto-estima e tendência autodepreciativa, agitação, lentidão de raciocínio, dificuldade de concentração, alterações de sono e de apetite, ideação paranóide e pensamento recorrente de suicídio.

Na velhice, também se torna mais difícil identificar determinados sintomas da depressão, uma vez que há diminuição da resposta emocional e, por conseguinte, os idosos preferem ficar em casa, têm diminuição do sono, perda de prazer, nas actividades habituais, ruminações sobre o passado e perda de energia (Lima, Silva & Ramos, 2009).

De referir ainda que, na velhice, mais do que nas outras, é necessário ter uma especial atenção aos sintomas que os idosos manifestam, uma vez que existem muitas comorbidades e estes também consomem um maior número de medicamentos, podendo, assim, dificultar o diagnóstico correcto de depressão (Faria, Barreto & Passos, 2008).

3.2. Factores de risco para a depressão na velhice

Irigaray e Schneider (2007) e Stella *et al.* (2002) referem alguns factores que comprometem a qualidade de vida e predispõem o idoso ao desenvolvimento da depressão, como por exemplo a existência de doenças crónicas incapacitantes, sentimentos de frustração em relação à própria vida, abandono, isolamento social, mudança nos papéis sociais (p.e. reforma), falta ou perda de contactos sociais, história de depressão familiar, viuvez, eventos de vida stressantes, institucionalização em lares, pensão baixa, insatisfação



com o suporte social, pobreza, ansiedade, falta de actividades sociais, nível educacional baixo e uso de medicação depressiva.

Em relação às instituições que acolhem idosos, como por exemplo lares, é importante ter noção que, de acordo com Albuquerque (2009), mais de metade dos idosos portugueses vivem nestes contextos, principalmente por motivos de saúde, e, por isso, merecem uma especial atenção no que se refere ao diagnóstico e tratamento da depressão, uma vez que estão mais propensos a ela (Albuquerque, 2009; Vaz, 2009).

Katsumata *et al.* (2005) aponta como factores de risco dificuldades físicas, eventos de vida stressantes, presença de doenças crónicas e determinadas características demográficas, como défices de suporte social e isolamento. Estes factores de risco não contribuem da mesma maneira para a variação dos sintomas de depressão. O stress é um factor de risco mais característico dos homens e, nas mulheres, são considerados mais aspectos relacionados com saúde e incapacidade física.

De acordo com os factores já mencionados, Vaz (2009) elaborou uma divisão por variáveis que contribuem para esta perturbação: (1) variáveis sócio-demográficas (ruralidade; sexo; idade; estado civil; institucionalização; escolaridade; profissão; status sócio-económico), (2) variáveis psicossociais (acontecimentos de vida; luto; falta de confidente / relação íntima; isolamento sócio-afectivo; apoio sócio-familiar; solidão; dificuldades em satisfazer as actividades quotidianas; dificuldades cognitivas; história prévia de depressão), e (3) variáveis de saúde.

Embora seja difícil o reconhecimento da depressão, a doença física é considerada um dos factores de risco mais significativos (Snowdon, 2002). Geralmente, os idosos apresentam uma saúde física mais debilitada que outras pessoas com menos idade e, por isso, possuem maior risco de apresentarem sintomas depressivos, não em decorrência da idade mais avançada, mas por causa do estado de saúde mais precário (Irigaray & Schneider, 2007).



4. Depressão na velhice e Género

Ainda que a depressão na velhice seja um assunto bastante explorado, o modo como esta perturbação se manifesta nos idosos e as diferenças implícitas em ambos os sexos não foram, segundo a revisão da literatura, ainda, muito investigadas. Contudo, existem já alguns estudos bastante interessantes, como os que vão ser referidos de seguida.

Lima e Bueno (2009) referem que, embora a velhice seja um processo universal, é caracterizada por uma forte componente de género, uma vez que existem mais idosas que idosos. Para além disto, também referem que as idosas são mais vulneráveis, porque vivem mais e, por isso, estão mais sujeitas a doenças, têm uma maior probabilidade de apresentarem problemas relacionados com a adaptação às mudanças fisiológicas da idade, entre outras questões.

Segundo um estudo sobre gémeos de sexo diferente elaborado por Takkin, Gold, Malmberg, Nilsson e Pedasen (2004), foi possível concluir que a diferença de género, na depressão, diminui nas idades mais velhas, onde as idosas apresentam mais sintomas de depressão e taxas mais elevadas de diagnóstico que os idosos.

Também Solar (2005) conclui que as diferenças de género, nos transtornos depressivos, diminuem, nas últimas etapas de vida, o que se deve, principalmente, à diminuição da percentagem da depressão, nas mulheres.

Zunzunegui *et al.* (2007) referem ainda que as idosas se encontram mais expostas a factores económicos e sociais, associados à depressão, que os idosos, tais como: baixo nível educacional, pensão pequena, menor capacidade ocupacional, maior probabilidade de viuvez, maior isolamento social, maior morbilidade e limitações funcionais.

Os resultados do estudo de Lima *et al.* (2009) revelaram que existe uma maior prevalência de sintomatologia depressiva, no sexo feminino, principalmente em idosas com mais de oitenta anos, e entre solteiras e viúvas.

Em relação ao ser-se viúvo, Grootheest, Beekman, Groenou e Deeg (1999) e Bennettm, Smith e Hughes (2005), referem que a viuvez é um dos eventos de vida mais stressantes que os idosos podem enfrentar e que os sentimentos depressivos são muito frequentes em pessoas viúvas. Embora haja mais idosas que idosos e, por isso, mais viúvas que viúvos, é nos homens que este é mais sentido, verificando-se um grande aumento das taxas de depressão e de suicídio, nos idosos, devido a este acontecimento, porque a mulher tem maior sucesso na adaptação à viuvez que os homens (Grootheest, Beekman, Groenou & Deeg, 1999; Bennettm, Smith & Hughes, 2005).



Num estudo de Bennet, Hughes e Smith (2003), também se concluiu que os homens acreditam que ultrapassam com mais dificuldade o luto do que as mulheres e este facto é justificado através do conceito de masculinidade que possuem.

No que se refere ao suicídio, Pearson (2002) também afirma que as taxas de suicídio, devido à depressão, têm vindo a aumentar, progressivamente, com a idade, com o maior valor a ocorrer nos homens com setenta e cinco ou mais anos. Os factores mais comuns que contribuem para esta situação dizem respeito ao facto de viverem sozinhos, de serem solteiros ou viúvos e de estarem divorciados (o divórcio tem-se revelado, por vezes, mais perigoso que o próprio processo de luto).

Também relacionado com a depressão na velhice, e as respectivas diferenças de género, um outro aspecto foi mencionado, no estudo de Pahkala (1990), nomeadamente a relação entre os factores sociais e ambientais e a depressão, em pessoas com idade igual ou superior a sessenta anos. Este autor concluiu que a maior parte dos homens que apresentavam depressão estavam reformados e não tinham nenhuma actividade. Também verificou que a ocorrência de depressão, em ambos os sexos, está mais relacionada com a reforma, com problemas de saúde (e não com a idade), com um baixo número de hobbies, com a falha nos relacionamentos íntimos e com a ocorrência de frequentes factores sociais stressantes (Pahkala, 1990).

Para além disto, e comparando os géneros, foi encontrada uma associação positiva para a depressão, nos homens que apresentam uma saúde vulnerável, que são viúvos ou divorciados, que vivem sozinhos e que manifestam medo da morte, enquanto, nas mulheres, foi encontrado um relacionamento positivo entre depressão e a baixa participação social (Pahkala, 1990). As mulheres deprimidas, comparativamente às não deprimidas, consideram que a velhice é menosprezada pelas pessoas e que o seu relacionamento com os outros é mais distante, principalmente com os familiares, o que sugere a importância da dinâmica familiar, neste tipo de idosas (Pahkala, 1990).



CAPÍTULO II:

PARTE EMPÍRICA



1. Apresentação do Estudo / Investigação

Actualmente, é possível constatar que, em Portugal, existe uma população envelhecida (INE, 2009) e, como a depressão é considerada como uma das perturbações que ocorre com maior frequência no idoso (Snowdon, 2002; Stella, Gobbi, Corazza & Costa, 2002; e Vaz, 2009), é importante que existam estudos e informações acerca deste facto, para que se tenha uma maior compreensão do que é a depressão, na velhice.

No entanto, no que respeita às diferenças de género, em idosos com sintomatologia depressiva, são poucos os estudos realizados com a população portuguesa, e, por isso, esta investigação poderá ser uma mais-valia para alargar o conhecimento sobre as diferenças de género, nestes casos em específico (Katsumata, Arai, Ishida, Tomimori, Denda, & Tamashiro, 2005; Schoevers, Geerlings, Beekman, Penninx, Deeg, Jonker, & Tilburg, 2000; Vaz, 2009).

Assim, o problema de investigação sobre o qual este estudo se debruça é o de avaliar se a intensidade da sintomatologia depressiva difere entre os homens e as mulheres, idosos com idades iguais ou superiores a 65 anos.

Desta forma, com o intuito de alcançar os objectivos propostos, no ponto seguinte, decidiu-se pela realização de uma investigação observacional / descritiva, que possibilita a recolha e a descrição dos dados.

Também se decidiu por um estudo transversal e comparativo, uma vez que os dados foram recolhidos, num único momento temporal, e porque se pretendeu averiguar as diferenças da sintomatologia depressiva entre o género feminino e o género masculino. Para além disto, optou-se pela realização de um estudo quantitativo.

A sintomatologia depressiva na velhice, de acordo com o género, constitui assim, a *variável dependente*, e o estado civil, o contacto com os filhos, a escolaridade, a idade, o facto de ser praticante religioso, o local onde habita, a percepção da sua saúde, a presença de determinadas doenças (diabetes, obesidade, cancro, doenças cardiovasculares, respiratórias e reumáticas), o facto de realizar, ou não, actividade física, o facto de consumir, ou não, drogas, e a existência, ou não, de antecedentes familiares de depressão, respeitam às *variáveis independentes*.

Neste sentido, os dados, necessários para a elaboração deste estudo, foram recolhidos através da administração directa de questionários.



2. Objectivos e Hipóteses

Com base na revisão da literatura foram definidos os seguintes objectivos e hipótese:

• **Objectivos**

O objectivo geral, desta dissertação, é avaliar as *diferenças de género relativamente à sintomatologia depressiva, em idosos* (idade igual ou superior a 65 anos), residentes nos concelhos da Covilhã e do Fundão.

Os objectivos específicos são verificar se existem diferenças significativas entre idosas e idosos, através dos resultados da Escala de Depressão Geriátrica, e averiguar se há diferenças significativas na intensidade da sintomatologia depressiva, em mulheres e em homens com idades iguais ou superiores a 65 anos, em relação:

1. Ao estado civil;
2. Ao contacto com os filhos;
3. À escolaridade;
4. À idade;
5. Ao facto de ser praticante religioso;
6. Ao local onde habita;
7. À percepção da sua saúde;
8. À presença de determinadas doenças (diabetes, obesidade, cancro, doenças cardiovasculares, respiratórias e reumáticas);
9. Ao facto de realizar, ou não, actividade física;
10. Ao facto de consumir, ou não, drogas;
11. À existência, ou não, de antecedentes familiares de depressão.

• **Hipóteses**

Hipótese 1 (H1)

As idosas casadas apresentam maior sintomatologia depressiva que as viúvas.

Hipótese 2 (H2)

Os homens idosos casados apresentam maior sintomatologia depressiva que os viúvos.

Hipótese 3 (H3)

As idosas que mantêm contacto com os filhos apresentam maior sintomatologia depressiva do que aquelas que não mantêm esse contacto.



Hipótese 4 (H4)

Os homens idosos que mantêm contacto com os filhos apresentam maior sintomatologia depressiva do que aqueles que não mantêm esse contacto.

Hipótese 5 (H5)

As idosas apresentam menor sintomatologia depressiva à medida que o seu grau de instrução aumenta.

Hipótese 6 (H6)

Os idosos apresentam menor sintomatologia depressiva à medida que o seu grau de instrução aumenta.

Hipótese 7 (H7)

À medida que aumenta a idade nas idosas a intensidade da sintomatologia depressiva aumenta.

Hipótese 8 (H8)

À medida que aumenta a idade nos homens idosos a intensidade da sintomatologia depressiva aumenta.

Hipótese 9 (H9)

As idosas que são praticantes religiosas apresentam menor sintomatologia depressiva que aquelas que não o são.

Hipótese 10 (H10)

Os homens idosos que são praticantes religiosos apresentam menor sintomatologia depressiva que aquelas que não o são.

Hipótese 11 (H11)

As idosas que habitam em meio urbano apresentam menor sintomatologia depressiva que aquelas que moram num meio rural.

Hipótese 12 (H12)

Os homens idosos que habitam em meio urbano apresentam menor sintomatologia depressiva que aqueles que moram num meio rural.

Hipótese 13 (H13)

As idosas apresentam menor sintomatologia depressiva à medida que a sua percepção de saúde aumenta.



Hipótese 14 (H14)

Os homens idosos apresentam menor sintomatologia depressiva à medida que a sua percepção de saúde aumenta.

Hipóteses 15 (H15)

As idosas apresentam maior intensidade de sintomatologia depressiva na presença de determinadas doenças.

Hipótese 16 (H16)

Os homens idosos apresentam maior intensidade de sintomatologia depressiva na presença de determinadas doenças.

Hipótese 17 (H17)

As idosas que praticam actividade física apresentam menor sintomatologia depressiva que aquelas que não o fazem.

Hipótese 18 (H18)

Os homens idosos que praticam actividade física apresentam menor sintomatologia depressiva que aqueles que não o fazem.

Hipótese 19 (H19)

As idosas que consomem drogas apresentam maior sintomatologia depressiva que aquelas que não consomem.

Hipótese 20 (H20)

Os homens idosos que consomem drogas apresentam maior sintomatologia depressiva que aqueles que não consomem.

Hipótese 21 (H21)

As idosas com antecedentes familiares de depressão apresentam maior sintomatologia depressiva que aquelas que não apresentam antecedentes familiares de depressão.

Hipótese 22 (H22)

Os homens idosos com antecedentes familiares de depressão apresentam maior sintomatologia depressiva que aqueles que não apresentam antecedentes familiares de depressão.



3. Método

3.1. Participantes

Participaram no estudo, 100 idosos do concelho da Covilhã e do Fundão, utentes dos Centros de Saúde das mesmas localidades, sendo 50 do sexo masculino (50%) e 50 do sexo feminino (50%). Definiram-se como critérios de inclusão na amostra que os participantes tivessem idade igual ou superior a 65 anos, ausência de défice cognitivo e presença de sintomatologia depressiva. Este facto foi escolhido propositadamente, para que a comparação entre géneros fosse mais fiável.

A média de idade dos sujeitos que participaram no estudo é de 71,69 (DP=4,86) sendo a idade mínima de 65, a máxima de 84 e a mediana de 71. Na figura 5 é possível observar a distribuição das idades segundo o género.

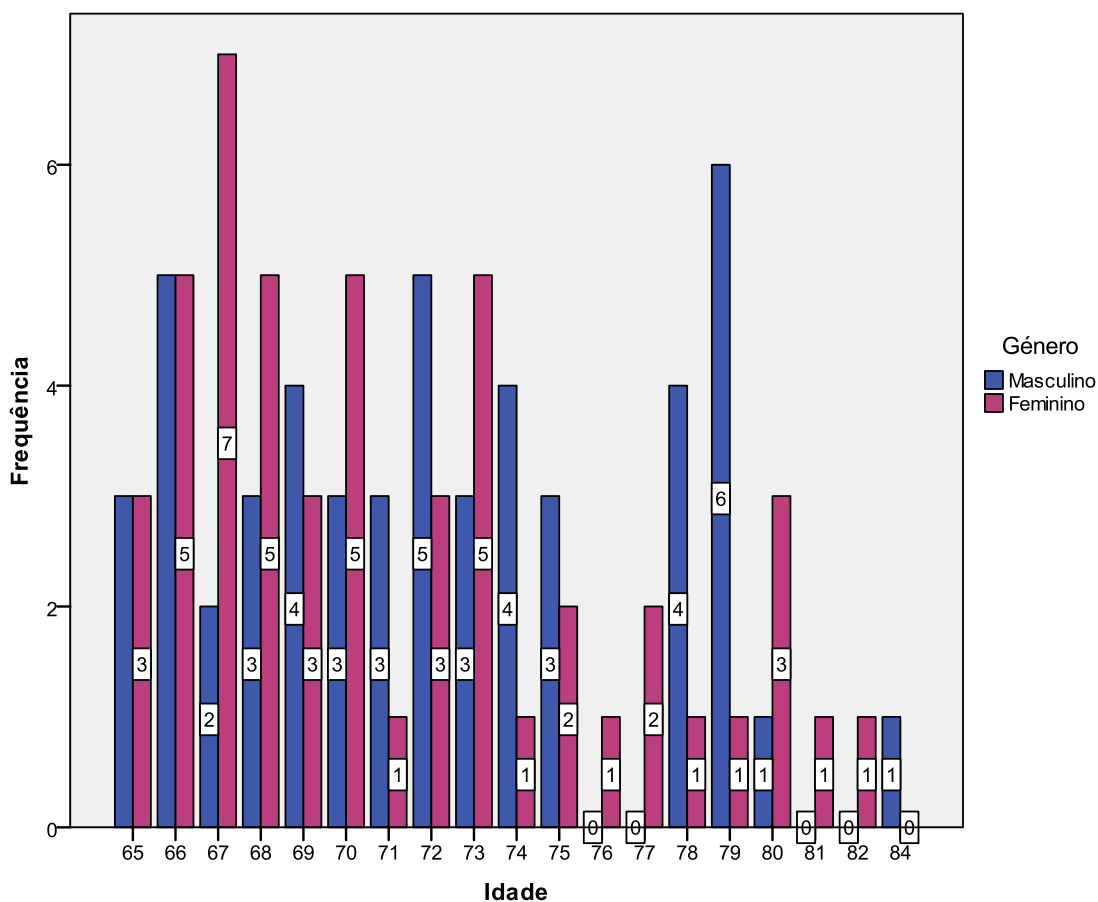


Figura 5. Distribuição das idades de acordo com o género (n= 100)



Como se pode visualizar na figura 6, 3 (3%) são solteiros, 69 (69%) casados, 26 (26%) viúvos, e 2 (2%) correspondem a uma categoria que não pertence a nenhuma das anteriores. A distribuição do estado civil, de acordo com o género, encontra-se descrita na figura 7.

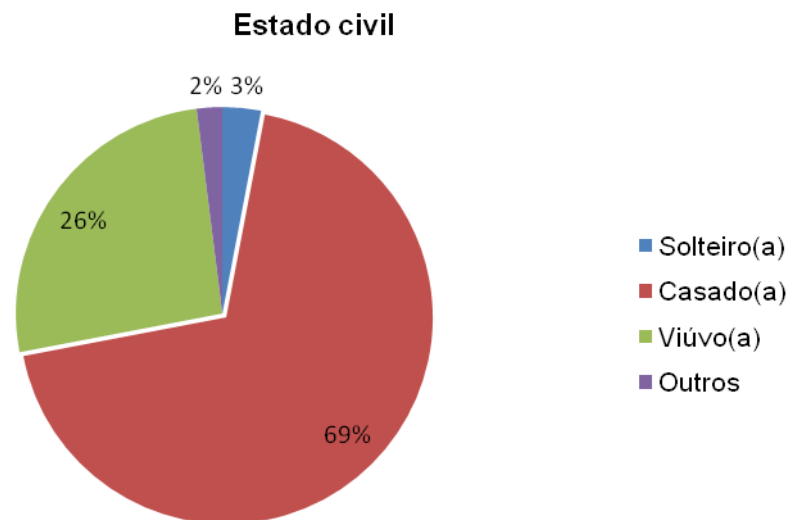


Figura 6. Características do estado civil da amostra (n=100)

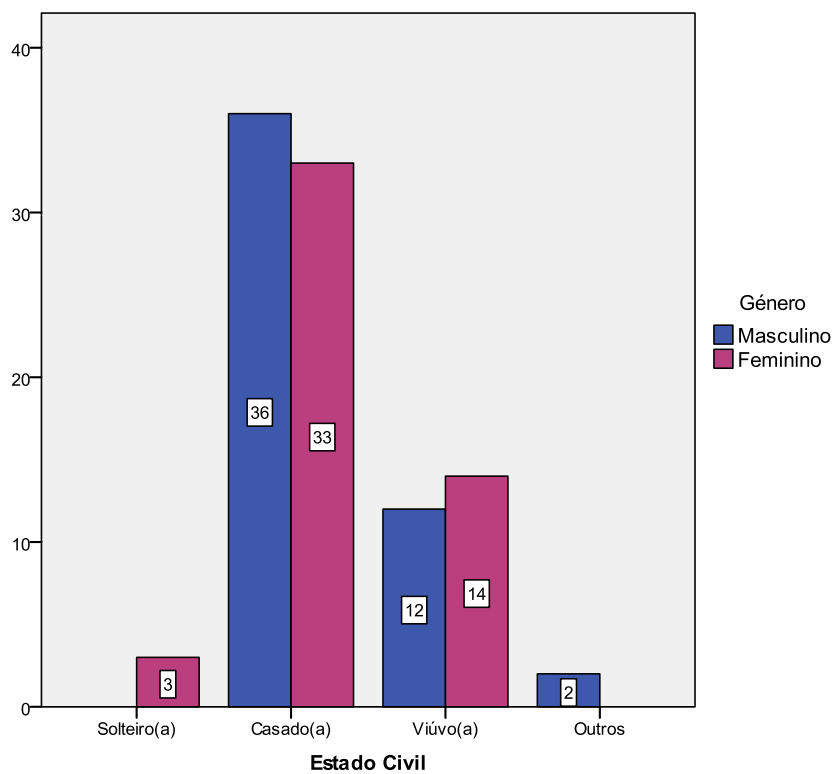


Figura 7. Distribuição do estado civil, de acordo com o género (n=100)



Em relação ao número de filhos, a média é de 2,10 (DP=1,2), e é possível verificar na tabela 6 que o número mínimo de filhos é de 0, o máximo é de 5, sendo a mediana 2.

Tabela 6

Número de filhos da amostra (n=100)

	<i>Género</i>		
	Masculino	Feminino	Total
Número de Filhos			
0	3 (3%)	5 (5%)	8 (8%)
1	10 (10%)	14 (14%)	24 (24%)
2	20 (20%)	14 (14%)	34 (34%)
3	10 (10%)	11 (11%)	21 (21%)
4	5 (5%)	5 (5%)	10 (10%)
5	2 (2%)	1 (1%)	3 (3%)
Total	50 (50%)	50 (50%)	100 (100%)

Quanto ao nível da escolaridade, 7 sujeitos (7%) são analfabetos, 36 (36%) sabem ler e escrever, sem nunca terem frequentado o ensino, 56 (56%) frequentaram a escola primária e 1 (1%) frequentou o ensino básico. Relativamente à principal profissão exercida, antes da reforma, 12 (12%) exerceram profissões correspondentes ao sector primário, 43 (43%) ao sector secundário e 45 (45%) ao sector terciário. 63 (63%) são praticantes e 37 (37%) são não praticantes. Na tabela 7 e nas figuras 8, 9 e 10 é possível verificar a distribuição da amostra segundo o género.

Tabela 7

Características sobre a escolaridade, profissão que exerciam antes da reforma, e religião da amostra (n=100)

		<i>Género</i>		
		Masculino	Feminino	Total
Escolaridade	Analfabeto(a)	3 (3%)	4 (4%)	7 (7%)
	Sabe ler e escrever	9 (9%)	27 (27%)	36 (36%)
	Escola primária	38 (38%)	18 (18%)	56 (56%)
	Ensino básico	0 (0%)	1 (1%)	1 (1%)
Total		50 (50%)	50 (50%)	100 (100%)
Profissão	Sector Primário	7 (7%)	5 (5%)	12 (12%)
	Sector Secundário	24 (24%)	19 (19%)	43 (43%)
	Sector Terciário	19 (19%)	26 (26%)	45 (45%)
Total		50 (50%)	50 (50%)	100 (100%)
É Praticante Religioso?	Sim	18 (18%)	41 (41%)	63 (63%)
	Não	32 (32%)	9 (9%)	37 (37%)
Total		50 (50%)	50 (50%)	100 (100%)

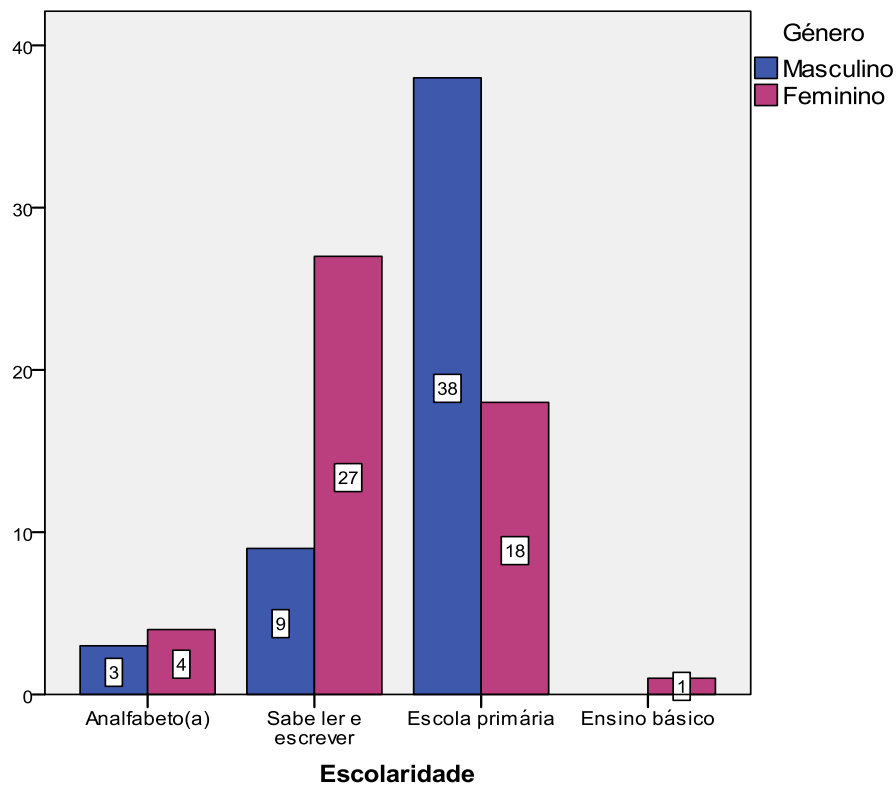


Figura 8. Distribuição da amostra, de acordo com o género, relativamente à escolaridade (n= 100)

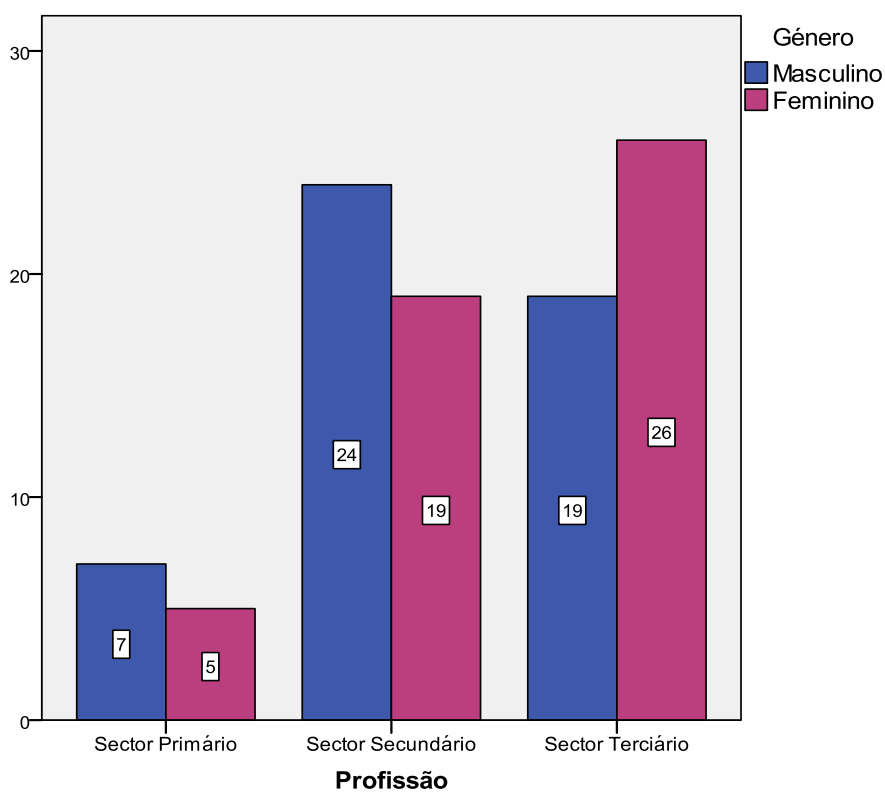


Figura 9. Distribuição da amostra, de acordo com o género, relativamente à profissão principal, exercida antes da reforma (n= 100)

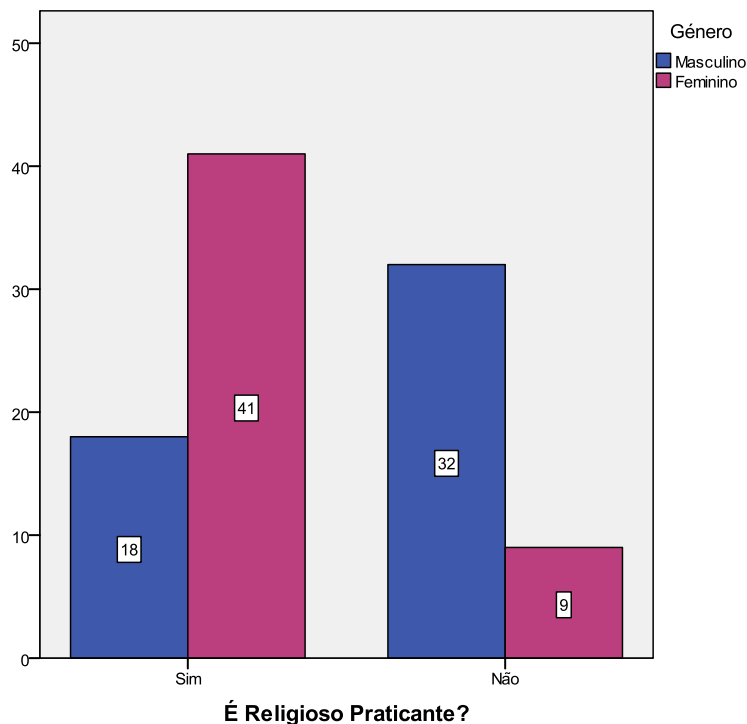


Figura 10. Distribuição da amostra, de acordo com o género, relativamente à prática de alguma religião (n= 100)

No que se refere à percepção sobre a situação económica, 1 (1%) menciona como sendo média-alta, 46 (46%) como média, 45 (45%) como média baixa, e 8 (8%) baixa. Onde 68 (68%) habita em meio urbano e 32 (32%) em meio rural, 20 (20%) moram sozinhos, 68 (68%) moram só com o companheiro(a), 8 (8%) moram com o(s) filho(s) e 4 (4%) moram em instituições. Na tabela 8 é ainda possível verificar a distribuição destes valores por géneros.

Tabela 8

Características sobre a situação económica, o local onde habita, e com quem habita a amostra (n=100)

		Género		Total
		Masculino	Feminino	
Situação Económica	Média-Alta	1 (1%)	0 (0%)	1 (1%)
	Média	25 (25%)	21 (21%)	46 (46%)
	Média-Baixa	20 (20%)	25 (25%)	45 (45%)
	Baixa	4 (4%)	4 (4%)	8 (8%)
Total		50 (50%)	50 (50%)	100 (100%)
Onde Habita?	Urbano	31 (31%)	37 (37%)	68 (68%)
	Rural	19 (19%)	13 (13%)	32 (32%)
	Total	50 (50%)	50 (50%)	100 (100%)
Com Quem Habita?	Sozinho(a)	11 (11%)	9 (9%)	20
	Com o(a) companheiro(a)	35 (35%)	33 (33%)	68
	Com o(s) filho(s)	4 (4%)	4 (4%)	8 (8%)
	Numa instituição	0 (0%)	4 (4%)	4 (4%)
	Total	50 (50%)	50 (50%)	100 (100%)



Já em relação à saúde, 1 (1%) perceciona-a como boa 54 (54%) nem boa nem má, 43 (43%) má, e 2 (2%) muito má. Ao nível das doenças que manifestam 55 (55%) apresentam diabetes, 16 (16%) obesidade, 10 (10%) cancro, 63 (63%) doenças cardiovasculares, 29 (29%) doenças respiratórias e 58 (58%) doenças reumáticas. E 41 (41%) tem antecedentes familiares de depressão (cf. tabela 9).

Tabela 9

Características relacionadas com a saúde da amostra (n=100)

		<i>Género</i>		Total
		Masculino	Feminino	
Saúde	Boa	1 (1%)	0 (0%)	1 (1%)
	Nem boa nem má	29 (29%)	25 (25%)	54 (54%)
	Má	19 (19%)	24 (24%)	43 (43%)
	Muito má	1 (1%)	1 (1%)	2 (2%)
Total	50 (50%)	50 (50%)	100 (100%)	
Diabetes	Sim	26 (26%)	29 (29%)	55 (55%)
	Não	24 (24%)	21 (21%)	45 (45%)
Total	50 (50%)	50 (50%)	100 (100%)	
Obesidade	Sim	9 (9%)	7 (7%)	16 (16%)
	Não	41 (41%)	43 (43%)	84 (84%)
Total	50 (50%)	50 (50%)	100 (100%)	
Doenças Carviovascu res	Sim	33 (33%)	30 (30%)	63 (63%)
	Não	17 (17%)	20 (20%)	37 (37%)
Total	50 (50%)	50 (50%)	100 (100%)	
Doenças Respiratórias	Sim	16 (16%)	13 (13%)	29 (29%)
	Não	34 (34%)	37 (37%)	71 (71%)
Total	50 (50%)	50 (50%)	100 (100%)	
Doenças Reumáticas	Sim	25 (25%)	33 (33%)	58 (58%)
	Não	25 (25%)	17 (17%)	42 (42%)
Total	50 (50%)	50 (50%)	100(100%)	
Tem Antecedentes Familiares de Depressão?	Sim	20 (20%)	21 (21%)	41 (41%)
	Não	30 (30%)	29 (29%)	59 (59%)
Total	50 (50%)	50 (50%)	100 (100%)	

Quanto à actividade física, através da tabela 10 é possível verificar que aqueles que praticam são 27 (27%), 23 (23%) dos idosos fumam, os que consomem álcool são 29 (29%), nenhum (0%) consome outro tipo de drogas.



Tabela 10

Características sobre a actividade física, consumo de tabaco, álcool e de outro tipo de drogas da nossa amostra (n=100)

		<i>Género</i>		
		Masculino	Feminino	Total
Actividade Física	Sim	13 (13%)	14 (14%)	27 (27%)
	Não	37 (37%)	36 (36%)	73 (73%)
Total		50 (50%)	50 (50%)	100 (100%)
É Fumador?	Sim	18 (18%)	5 (5%)	23 (23%)
	Não	32 (32%)	45 (45%)	77 (77%)
Total		50 (50%)	50 (50%)	100 (100%)
Consome Álcool?	Sim	24 (24%)	5 (5%)	29 (29%)
	Não	26 (26%)	45 (45%)	71 (71%)
Total		50 (50%)	50 (50%)	100 (100%)
Consome Outro Tipo de Drogas?	Sim	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
	Não	50 (50%)	50 (50%)	100 (100%)
Total		50 (50%)	50 (50%)	100 (100%)

3.2. Instrumentos

Para a realização deste estudo, foram utilizados três questionários: (1) Questionário Sócio-Demográfico (cf. anexo I); (2) Escala de Avaliação Breve do Estado Mental, construída por Folstein, Folstein e McHugh, em 1975, e traduzida e validada, para a população portuguesa, por Guerreiro, Silva, Botelho, Leitão, Caldas e Garcia, em 2003, para avaliar a deterioração mental, ao nível das funções cognitivas de pessoas com mais de 65 anos (cf. anexo II); e (3) Escala de Depressão Geriátrica (EDG), construída por Yesavage e seus colaboradores, em 1983, e traduzida para a população portuguesa por Barreto, em 2003, com o objectivo de avaliar a sintomatologia depressiva, nos idosos (cf. anexo III).

Questionário Sócio-Demográfico

O Questionário Sócio-Demográfico, construído no âmbito desta investigação, recolhe informações sobre determinadas variáveis que, segundo a revisão da literatura faziam mais sentido estudar, nomeadamente o género, a idade, o estado civil, o número de filhos, a escolaridade, a profissão exercida antes da reforma, a religião e se é praticante, a classificação da situação económica, o meio onde habita, com quem habita, a classificação da sua saúde, a presença de algumas doenças (diabetes, obesidade, cancro, doença cardiovascular, doença respiratória, doença reumática), se faz actividade física, se é



fumador, se consome álcool, se consome outro tipo de drogas e se tem antecedentes familiares de depressão.

Escala de Avaliação Breve do Estado Mental

O Mini Mental State Examination (MMSE) caracteriza-se por ser um instrumento útil e de muito uso, no rastreio cognitivo em idosos, elaborado por Folstein, Folstein & McHugh, em 1975. Em 2003, este teste foi traduzido e validado por Guerreiro, Silva, Botelho, Leitão, Caldas e Garcia para a população portuguesa, denominando-a de Escala de Avaliação Breve do Estado Mental.

Esta avaliação consiste num conjunto de questões e de tarefas, de rápida aplicação, agrupadas em onze categorias, nomeadamente, a orientação temporal, orientação espacial, memorização, atenção e cálculo, memória, nomeação, repetição, compreensão, leitura, escrita e desenho (cf. anexo II).

Esta escala é de breve e fácil aplicação, e a sua pontuação máxima é de 30 pontos. Na sua validação, verificou-se que, para as pessoas analfabetas, o ponto de corte se deveria situar nos 15 pontos, para os sujeitos com uma escolaridade entre o 1 e 11 anos, seria de 25 pontos e, para indivíduos com mais de 11 anos de escolaridade, o ponto de corte deveria corresponder a 27 pontos, ou seja, os sujeitos com valores abaixo do ponto de corte apresentam défice cognitivo, e acima do ponto de corte um bom funcionamento cognitivo (Guerreiro, Silva, Botelho, Leitão, Caldas & Garcia, 2003).

Esta escala foi utilizada com o objectivo de afastar a hipótese de demência, uma vez que existem autores que aconselham o uso da Escala de Depressão Geriátrica em idosos que tenham pontuado, na Escala de Avaliação Breve do Estado Mental, com um resultado de *bom funcionamento cognitivo*, dependendo do ponto de corte dos sujeitos (Hyer, Carpenter, Bishman & Wu, 2005).

Escala de Depressão Geriátrica de 30 Itens (EDG)

A Escala de Depressão Geriátrica de 30 itens é a versão portuguesa do *Geriatric Depression Scale* (GDS), elaborada por Yesavage e seus colaboradores, em 1983. Esta escala foi traduzida para a população portuguesa por Barreto (2003) e permite avaliar os sintomas de depressão através do estado de ânimo, de uma forma extensa, bem como os aspectos de carácter cognitivo e comportamento social (Vaz, 2009).

Contudo, é importante referir que, embora seja útil, na avaliação dos sintomas de depressão nos idosos, a escala em questão não é suficiente para efectuar o diagnóstico de depressão, embora apresente uma validade satisfatória para rastreio de depressão no idoso



(Spar & La Rue, 1998), e também porque apenas foi traduzida para a população portuguesa.

Esta destina-se, especificamente, a idosos saudáveis, doentes e detentores de debilidade cognitiva ligeira a moderada, que pode ser medida através da Escala de Avaliação Breve do Estado Mental. Assim, a EDG é de fácil aplicação, constituída por 30 itens, com um formato de resposta do tipo *Sim* e *Não*, e pode ser preenchida pelo próprio sujeito, ou lida ao idoso em forma de entrevista (Hyer, Carpenter, Bishman & Wu, 2005).

A escala pode ser aplicada por profissionais não médicos, pois não exige conhecimentos em psicopatologia, e, no seu preenchimento e cotação, deve ter-se em conta que os itens 1, 5, 7, 9, 15, 19, 21, 27, 29 e 30 devem ser pontuados negativamente, ou seja, a uma resposta negativa (“Não”) corresponde um ponto. Aos itens 2, 3, 4, 6, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 20, 22, 23, 24, 25, 26 e 28 a pontuação deverá ser de um ponto à resposta positiva (“Sim”).

No total, a cotação máxima é de 30 pontos, e se a pontuação se situar até aos 10 pontos indica “ausência de depressão”, entre 11 a 20 pontos “depressão ligeira” e entre 21 a 30 pontos “depressão grave” (Barreto, 2003; Vaz, 2009).

3.3. Procedimento

O primeiro passo na realização desta dissertação foi a revisão da literatura de estudos recentes já elaborados. Posteriormente, e tendo como base a bibliografia e o objectivo do estudo, foi elaborado o questionário sócio-demográfico e foram escolhidos questionários já existentes.

Foi realizada uma solicitação (cf. anexo IV) aos responsáveis dos Centros de Saúde da Covilhã e do Fundão para autorizar a aplicação do questionário previamente construído e, conseqüentemente, a cedência das suas instalações para recolha dos dados.

Após ter sido dada a autorização, a recolha dos dados iniciou-se em Março de 2010 e terminou em Maio de 2010. No que respeita à aplicação dos questionários, numa primeira abordagem, foram apresentadas ao sujeito as razões pelas quais se estavam a aplicar os referidos questionários e foi-lhe pedido que cedesse parte do seu tempo, no sentido de colaborar com o projecto de investigação, deslocando-nos para um gabinete. Depois de autorizada a intervenção, e antes de seguir com a aplicação, foi assegurada a confidencialidade dos dados e o anonimato da sua identidade.

Passando à realização da investigação propriamente dita, foi efectuada uma recolha de dados junto da amostra, de forma oral, em que o sujeito ia respondendo às questões do questionário à medida que o entrevistador as ia colocando. Uma vez que se tratou de uma



amostragem por conveniência, os sujeitos escolhidos situavam-se na faixa etária preestabelecida (idade igual ou superior a 65 anos), apresentavam ausência de défice cognitivo e presença de sintomatologia depressiva.

Por fim, depois da aplicação do questionário a todos os participantes, procedeu-se à introdução, tratamento e análise dos dados.

4. Análise de Dados

A análise de dados foi realizada através *Predictive Analytics Software (PASW)*, versão 18.0 para Windows.

Deste modo, realizaram-se, em primeiro lugar, as estatísticas descritivas, de forma a se caracterizar a amostra, calculando-se a média, mediana, mínimo, máximo e desvio padrão.

Para testar a normalidade de distribuição das variáveis do estudo, utilizou-se o teste *Kolmogorov-Smirnov (K-S)*. Através deste foi possível verificar que nem todas as variáveis se distribuíam segundo um padrão de normalidade. No entanto, segundo Maroco (2007) e Paes (2009) se amostra é, suficientemente, grande (neste estudo o $n = 100$) e as variáveis são quantitativas é possível optar-se pela utilização dos testes paramétricos, para a análise dos dados.

Nos testes paramétricos, foram utilizados o *Teste t de Student* e a *Análise de Variância (ANOVA)*. O primeiro permitiu comparar as médias de uma variável, para dois grupos independentes, e o segundo permitiu testar diferenças entre diversas situações, para duas ou mais variáveis. Também foi calculado o coeficiente de correlação de Pearson, que permite analisar o grau e direcção de uma correlação entre duas variáveis. Este designa-se por r e assume valores entre -1 e 1. De acordo com Poeschl (2006), considera-se que uma correlação é “forte” se a medida de associação é superior a 0,8; entre 0,4 e 0,8 a relação é “moderada”; e inferior a 0,4 ela tende a ser vista como “fraca”. Assim, foram realizadas análises de correlação para avaliar a relação entre a idade e a sintomatologia depressiva, a escolaridade e a sintomatologia depressiva, e a percepção da saúde e a sintomatologia depressiva.

Em relação aos níveis de significância, foram tidos em conta os seguintes critérios: resultados não significativos (^{ns}) quando a probabilidade de erro for igual ou superior a 0,05; resultados significativos (*) sempre que a probabilidade de erro for inferior a 0,05; muito significativos (**) quando a probabilidade de erro for inferior a 0,01; altamente significativos (***) se a probabilidade de erro for inferior a 0,001.



5. Resultados

Segundo os resultados obtidos, observáveis na tabela 11, as mulheres apresentam uma média de intensidade de sintomatologia depressiva de 19,20 (DP=3,04), que é superior à média dos homens, 18,64 (DP=3,27). Contudo, esta diferença não é estatisticamente significativa [$t(98) = -0,887$; $p = 0,377$].

Tabela 11

Média da intensidade da sintomatologia depressiva entre homens e mulheres

	<i>N(%)</i>	<i>Média</i>	<i>Desvio Padrão</i>	<i>Df</i>	<i>t</i>
EDG				98	-0,887 ^{ns}
Homens	50 (50%)	18,64	3,27		
Mulheres	50 (50%)	19,20	3,04		

Nota: ^{ns} $p \geq 0,05$; * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Através da análise da tabela 12, é possível observar que as idosas viúvas apresentam uma maior intensidade de sintomatologia depressiva, com uma média de 20,43 (DP=3,57), seguido das casadas com uma média de 18,67 (DP=2,78). No entanto, a comparação de médias indica que as diferenças não são estatisticamente significativas [$F(2) = 1,71$; $p = 0,193$].

Tabela 12

Comparação da intensidade da sintomatologia depressiva, nas idosas, segundo o seu estado civil

	<i>Mulheres</i>				<i>F</i>
	<i>N (%)</i>	<i>Média</i>	<i>Desvio Padrão</i>	<i>Df</i>	
Estado Civil				0,193	1,71 ^{ns}
Casado(a)	33 (33%)	18,67	2,78		
Viúvo(a)	14 (14%)	20,43	3,57		

Nota: ^{ns} $p \geq 0,05$; * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Quanto aos homens idosos, segundo os dados da tabela 13, os viúvos também são o que apresentam uma maior intensidade de sintomatologia depressiva maior, com uma média igual a 20,50 (DP= 2,11), seguido dos idosos casados, com uma média de 17,97 (DP= 3,34). Neste caso, os resultados também não apresentam diferenças significativas [$F(2) = 1,71$; $p = 0,193$]



Tabela 13

Comparação da intensidade da sintomatologia depressiva, nos homens idosos, segundo o seu estado civil

	<i>Homens</i>				
	N (%)	Média	Desvio Padrão	Df	F
Estado Civil				0,193	1,71 ^{ns}
Casado(a)	36 (36%)	17,97	3,34		
Viúvo(a)	12 (12%)	20,50	2,11		

Nota: ^{ns}p ≥ 0,05; *p < 0,05; ** p < 0,01; ***p < 0,001

As idosas que têm contacto com os filhos revelam uma média superior (M= 19,30; DP=3,11) às que não têm contacto (M=18,57; DP= 2,64). No entanto, as diferenças também não são estatisticamente significativas [$t(48) = 0,586$; $p = 0,560$], como indicam os resultados da tabela 14.

Tabela 14

Comparação da intensidade da sintomatologia depressiva, nas idosas, de acordo com o contacto que mantêm com os filhos

	<i>Mulheres</i>				
	N (%)	Média	Desvio Padrão	Df	t
Tem contacto com os filhos?				48	0,586 ^{ns}
Sim	43 (43%)	19,30	3,11		
Não	7 (7%)	18,57	2,64		

Nota: ^{ns}p ≥ 0,05; *p < 0,05; ** p < 0,01; ***p < 0,001

No que concerne à comparação da intensidade da sintomatologia depressiva entre os homens idosos que mantêm contacto com os filhos (cf. tabela 15) não se observaram diferenças estatisticamente significativas [$t(48) = -1,150$; $p = 0,256$]. Contudo, os idosos que mantêm contacto com os filhos apresentam uma média de 18,38 (DP= 3,39), inferior aos idosos que não têm contacto com os filhos (M= 19,70; DP= 2,63).



Tabela 15

Comparação da intensidade da sintomatologia depressiva, nos homens idosos, de acordo com o contacto que mantêm com os filhos

	<i>Homens</i>				
	N (%)	Média	Desvio Padrão	Df	t
Tem contacto com os filhos?				48	1,150
Sim	40 (40%)	18,38	3,39		
Não	10 (10%)	19,70	2,63		

Nota: ^{ns}p ≥ 0,05; *p < 0,05; ** p < 0,01; ***p < 0,001

As mulheres, que manifestam menor sintomatologia depressiva, são as que frequentaram o ensino primário (M= 19,22; DP= 3,12) e que só aprenderam a ler e a escrever, sem frequentar o ensino (M= 19,22; DP= 3,00), e as que revelam maior sintomatologia são as analfabetas (M=19,25; DP= 4,11). Contudo, os resultados (cf. tabela 16) não são estatisticamente significativos [F (3)= 0,05; p= 0,985].

Em relação à correlação entre estas duas variáveis, é possível observar através da tabela 17 que esta também não é estatisticamente significativa, (r= - 0,023; p= 0,876), logo, parece que a intensidade da sintomatologia depressiva não está relacionada com a amostra estudada.

Tabela 16

Comparação da sintomatologia depressiva entre mulheres e homens idosos, relativamente à escolaridade

	<i>Mulheres</i>				
	N (%)	Média	Desvio Padrão	Df	F
Escolaridade				3	0,05 ^{ns}
Analfabeto(a)	4 (4%)	19,25	4,11		
Aprendeu só a ler e a escrever	27 (27%)	19,22	3,00		
Ensino primário	18 (18%)	19,22	3,12		

Nota: ^{ns}p ≥ 0,05; *p < 0,05; ** p < 0,01; ***p < 0,001

Tabela 17

Coefficiente de Pearson entre a escolaridade e o total da EDG nas idosas (N = 50)

	r	p
Coefficiente de Pearson entre a escolaridade e o total da EDG	-0,023	0,876 ^{ns}

Nota: ^{ns}p ≥ 0,05; *p < 0,05; ** p < 0,01; ***p < 0,001



Relativamente às comparações de médias da intensidade da sintomatologia depressiva entre os homens idosos (cf. tabela 18) não se observam diferenças consideradas estatisticamente significativas [$F(2) = 2,79$; $p = 0,071$]. Os que apresentam maior sintomatologia depressiva são os analfabetos ($M = 21$; $DP = 2,65$), seguidos dos que só aprenderam a ler e a escrever, sem terem frequentado o ensino ($M = 20,33$; $DP = 2,96$), e por fim os que frequentaram o ensino primário ($M = 18,05$; $DP = 3,22$).

Tabela 18

Comparação da sintomatologia depressiva entre homens idosos, relativamente à escolaridade

	<i>Homens</i>				<i>F</i>
	<i>N (%)</i>	<i>Média</i>	<i>Desvio Padrão</i>	<i>Df</i>	
Escolaridade				2	2,79 ^{ns}
Analfabeto(a)	3 (3%)	21	2,65		
Aprendeu só a ler e a escrever	9 (9%)	20,33	2,96		
Ensino primário	38 (38%)	18,05	3,22		

Nota: ^{ns} $p \geq 0,05$; * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

A análise efectuada com o coeficiente de Pearson (cf. tabela 19) indica uma correlação negativa e estatisticamente significativa, classificada como fraca entre a sintomatologia depressiva e o grau de escolaridade ($r = -0,316$; $p = 0,025$).

Tabela 19

Coefficiente de Pearson entre a escolaridade e o total da EDG nos homens idosos (N = 50)

	<i>r</i>	<i>p</i>
Coefficiente de Pearson entre a escolaridade e o total da EDG	-0,316	0,025*

Nota: ^{ns} $p \geq 0,05$; * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Através da análise da tabela 20, é possível observar que a correlação entre a idade e a sintomatologia depressiva nas idosas não é estatisticamente significativa ($r = 0,130$; $p = 0,368$), neste sentido parece que a idade não influencia a sintomatologia depressiva da amostra em questão.



Tabela 20

Coefficiente de Pearson entre a idade e o total da EDG nas idosas (N = 50)

	r	p
Coefficiente de Pearson entre a idade e o total da EDG	0,130	0,368 ^{ns}

Nota: ^{ns}p ≥ 0,05; *p < 0,05; ** p < 0,01; ***p < 0,001

Também na análise da tabela 21, é possível observar que a correlação entre a idade e a sintomatologia depressiva nos homens não é estatisticamente significativa (r= 0,121; p= 0,403), neste sentido parece que a idade não influencia a sintomatologia depressiva da amostra em questão.

Tabela 21

Coefficiente de Pearson entre a idade e o total da EDG nos homens idosos (N = 50)

	r	p
Coefficiente de Pearson entre a idade e o total da EDG	0,121	0,403 ^{ns}

Nota: ^{ns}p ≥ 0,05; *p < 0,05; ** p < 0,01; ***p < 0,001

De acordo com os resultados obtidos na tabela 22, as idosas praticantes de alguma religião apresentam maior sintomatologia depressiva (M= 19,29; DP= 3,00), contrariamente às não praticantes, que apresentam uma menor intensidade de sintomatologia (M= 18,78; DP= 3,35). Estes resultados não são estatisticamente significativos [t (48)= 0,457; p=0,650].

Tabela 22

Comparação da sintomatologia depressiva entre mulheres, relativamente à prática de alguma religião

	<i>Mulheres</i>			
	N (%)	Média	Desvio Padrão	t
Praticante de alguma religião				48
Sim	41 (41%)	19,29	3,00	0,457 ^{ns}
Não	9 (9%)	18,78	3,35	

Nota: ^{ns}p ≥ 0,05; *p < 0,05; ** p < 0,01; ***p < 0,001

Os homens que apresentam maior sintomatologia depressiva são os que são praticantes de alguma religião, com uma média de 18,77 (DP=3,89). Contudo estes resultados não são significativos [t (48)= 0,221; p= 0,826], do ponto de vista estatístico.



Tabela 23

Comparação da sintomatologia depressiva entre homens, relativamente à prática de alguma religião

	<i>Homens</i>				<i>t</i>
	N (%)	Média	Desvio Padrão	Df	
Praticante de alguma religião				48	0,221 ^{ns}
Sim	18 (18%)	18,77	3,89		
Não	32 (32%)	18,56	2,93		

Nota: ^{ns}p ≥ 0,05; *p < 0,05; ** p < 0,01; ***p < 0,001

Nas mulheres verifica-se, através da tabela 24, que as que habitam em meio rural apresentam maior sintomatologia depressiva (M=20,31; DP= 2,87), comparativamente às que habitam em meio urbano (M= 18,81; DP= 3,04), no entanto as diferenças não são estatisticamente significativas [*t* (48)= -1,55; *p*= 0,128].

Tabela 24

Comparação da sintomatologia depressiva entre mulheres idosas, relativamente ao local de habitação

	<i>Mulheres</i>				<i>t</i>
	N (%)	Média	Desvio Padrão	Df	
Local onde habita				48	-1,55 ^{ns}
Urbano	37 (37%)	18,81	3,04		
Rural	13 (13%)	20,31	2,87		

Nota: ^{ns}p ≥ 0,05; *p < 0,05; ** p < 0,01; ***p < 0,001

Relativamente à comparação de médias de sintomatologia depressiva, quanto ao local onde os homens idosos habitam (cf. tabela 25), as diferenças não são estatisticamente significativas [*t* (48)= -1,712; *p*=0,093]. Contudo, os homens que apresentam maior sintomatologia depressiva habitam em meio rural (M=19,63; DP= 3,20), sendo que os que habitam em meio urbano apresentam uma média de 18,03 (DP= 3,21).



Tabela 25

Comparação da sintomatologia depressiva entre homens idosos, relativamente ao local de habitação

	<i>Homens</i>			
	N (%)	Média	Desvio Padrão	Df
Local onde habita				48
Urbano	31 (31%)	18,03	3,21	
Rural	19 (19%)	19,63	3,20	

Nota: ^{ns}p ≥ 0,05; *p < 0,05; ** p < 0,01; ***p < 0,001

As idosas que apresentam maior sintomatologia depressiva são as que percepcionam a sua saúde como “má” (M= 19,46; DP= 3,26); as que percepcionam como “nem boa nem má” são as que revelam uma sintomatologia menor (M= 18,80; DP= 2,80). Contudo, verifica-se, na tabela 26, que a comparação das diferenças destas médias não é estatisticamente significativa ($F(2) = 1,09$; $p = 0,344$). Também, ao se realizar uma análise com o coeficiente de Pearson (cf. Tabela 27), não se observam resultados estatisticamente significativos ($r = -0,171$; $p = 0,236$), ou seja, nas idosas desta amostra, a percepção da saúde não se encontra relacionada com a sintomatologia depressiva.

Tabela 26

Comparação da sintomatologia depressiva entre mulheres idosas, relativamente à percepção da saúde

	<i>Mulheres</i>			
	N (%)	Média	Desvio Padrão	Df
Percepção da saúde				2
Nem boa nem má	25 (25%)	18,80	2,80	
Má	24 (24%)	19,46	3,26	

Nota: ^{ns}p ≥ 0,05; *p < 0,05; ** p < 0,01; ***p < 0,001

Tabela 27

Distribuição da média do total da EDG pela percepção da saúde, nas idosas

	r	P
Ceficiente de Pearson entre a percepção da saúde e o total da EDG	-0,171	0,236 ^{ns}

Nota: ^{ns}p ≥ 0,05; *p < 0,05; ** p < 0,01; ***p < 0,001



No que respeita à percepção que os homens idosos têm da sua saúde (cf. tabela 28), não se verificam diferenças estatisticamente significativas [$F(3) = 2,51$; $p = 0,071$], sendo que a sintomatologia depressiva é maior naqueles que têm uma percepção da sua saúde de “má” ($M = 19,21$; $DP = 3,19$) e é menor nos idosos com uma percepção correspondente a “nem boa nem má” ($M = 18,21$; $DP = 3,09$). Contudo, na tabela 29 é possível observar uma correlação negativa e estatisticamente significativa, classificada como fraca ($r = -0,308$; $p = 0,029$), entre a percepção da saúde e a sintomatologia depressiva, ou seja, nesta amostra, à medida que a percepção da saúde dos homens idosos melhora, a sintomatologia depressiva diminui.

Tabela 28

Comparação da sintomatologia depressiva entre homens idosos, relativamente à percepção da saúde

	<i>Homens</i>			Df	F
	N (%)	Média	Desvio Padrão		
Percepção da saúde				3	2,508
Nem boa nem má	29 (29%)	18,21	3,09		
Má	19 (19%)	19,21	3,19		

Nota: ^{ns} $p \geq 0,05$; * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Tabela 29

Ceficiente de Pearson entre a percepção da saúde e o total da EDG nos homens idosos

	r	p
Ceficiente de Pearson entre a percepção da saúde e o total da EDG	-0,308	0,029*

Nota: ^{ns} $p \geq 0,05$; * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Através da observação tabela 30 é possível observar que nenhuma comparação das diferenças de médias da sintomatologia depressiva foi estatisticamente significativa. Em relação à presença de doenças, as idosas apresentam uma média de sintomatologia depressiva na obesidade de 19,43 ($DP = 3,87$), na diabetes uma média de 19,76 ($DP = 3,11$), no cancro uma média igual a 20,20 ($DP = 2,17$), nas doenças cardiovasculares uma média



de 19,43 (DP= 3,19), nas doenças respiratórias uma média igual a 19,69 (DP= 4,01) e nas doenças reumáticas uma média de 18,85 (DP= 3,26).

Tabela 30

Comparação da sintomatologia depressiva entre mulheres idosas, relativamente à presença de alguma doença

	<i>Mulheres</i>				<i>t</i>
	N (%)	Média	Desvio Padrão	Df	
Presença de alguma doença?					
Diabetes				48	1,55 ^{ns}
Sim	29 (29%)	19,76	3,11		
Não	21 (21%)	18,43	2,82		
Obesidade				48	0,213 ^{ns}
Sim	7 (7%)	19,43	3,87		
Não	43 (43%)	19,16	2,94		
Cancro				48	0,773 ^{ns}
Sim	5 (5%)	20,20	2,17		
Não	45 (45%)	19,09	3,12		
Doenças cardiovasculares				48	0,661 ^{ns}
Sim	30 (30%)	19,43	3,19		
Não	20 (20%)	18,85	2,83		
Doenças respiratórias				48	0,676 ^{ns}
Sim	13 (13%)	19,69	4,01		
Não	37 (37%)	19,03	2,66		
Doenças reumáticas				48	0,258 ^{ns}
Sim	33 (33%)	18,85	3,26		
Não	17 (17%)	19,88	2,50		

Nota: ^{ns}p ≥ 0,05; *p < 0,05; ** p < 0,01; ***p < 0,001

É possível observar, através da observação tabela 31, que nenhuma comparação das diferenças de médias da sintomatologia depressiva foi estatisticamente significativa. Em relação à presença de doenças, os homens idosos apresentam uma média de sintomatologia depressiva na obesidade de 19,56 (DP= 3,47), na diabetes uma média de 19,38 (DP= 3,28), no cancro uma média igual a 19,80 (DP= 2,77), nas doenças cardiovasculares uma média de 19,09 (DP= 3,12), nas doenças respiratórias uma média igual a 19,38 (DP= 3,25) e nas doenças reumáticas uma média de 18,72 (DP= 3,35).



Tabela 31

Comparação da sintomatologia depressiva entre mulheres e homens idosos, relativamente à presença de alguma doença

	<i>Homens</i>				
	N (%)	Média	Desvio Padrão	Df	<i>t</i>
Presença de alguma doença?					
Diabetes				48	1,709 ^{ns}
Sim	26 (26%)	19,38	3,28		
Não	24 (24%)	17,83	3,13		
Obesidade				48	0,927 ^{ns}
Sim	9 (9%)	19,56	3,47		
Não	41 (41%)	18,44	3,23		
Cancro				48	0,834 ^{ns}
Sim	5 (5%)	19,80	2,77		
Não	45 (45%)	18,51	3,32		
Doenças cardiovasculares				48	1,371 ^{ns}
Sim	33 (33%)	19,09	3,12		
Não	17 (17%)	17,76	3,47		
Doenças respiratórias				48	1,093 ^{ns}
Sim	16 (16%)	19,38	3,25		
Não	34 (34%)	18,29	3,27		
Doenças reumáticas				48	0,171 ^{ns}
Sim	25 (25%)	18,72	3,35		
Não	25 (25%)	18,56	3,25		

Nota: ^{ns}p ≥ 0,05; *p < 0,05; ** p < 0,01; ***p < 0,001

Nos resultados (cf. tabela 32) não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas em relação à comparação das médias da sintomatologia depressiva em relação ao facto da idosa realizar, ou não, actividade física [$t(48) = 0,360$; $p = 0,721$]; as idosas que não praticam nenhuma actividade física apresentam uma média de sintomatologia mais elevada ($M = 19,22$; $DP = 2,97$), do que aquelas que praticam ($M = 19,14$; $DP = 3,32$). Contudo, as diferenças não são estatisticamente significativas [$t(48) = -0,082$; $p = 0,935$].



Tabela 32

Comparação da sintomatologia depressiva entre idosas, relativamente ao facto de realizar actividade física

		<i>Mulheres</i>				
		N (%)	Média	Desvio Padrão	Df	t
Faz actividade física?					48	-0,082 ^{ns}
	Sim	14 (14%)	19,14	3,32		
	Não	36 (36%)	19,22	2,97		

Nota: ^{ns}p ≥ 0,05; *p < 0,05; ** p < 0,01; ***p < 0,001

Os homens idosos que não praticam nenhuma actividade física apresentam uma média de sintomatologia mais elevada (M= 18,54; DP= 3,03), do que aquelas que praticam (M= 18,92; DP= 3,99). Contudo, as diferenças não são estatisticamente significativas [$t(48) = -0,082$; $p = 0,935$]. Através da observação da tabela 33 verifica-se que não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas em relação à comparação das médias da sintomatologia depressiva em relação ao facto dos homens idosos realizarem, ou não, actividade física [$t(48) = 0,360$; $p = 0,721$].

Tabela 33

Comparação da sintomatologia depressiva entre mulheres e homens idosos, relativamente ao facto de realizar actividade física

		<i>Homens</i>				
		N (%)	Média	Desvio Padrão	Df	t
Faz actividade física?					48	0,360 ^{ns}
	Sim	13 (13%)	18,92	3,99		
	Não	37 (37%)	18,54	3,03		

Nota: ^{ns}p ≥ 0,05; *p < 0,05; ** p < 0,01; ***p < 0,001



Relativamente às idosas fumadoras (cf. tabela 34), estas obtiveram uma média sintomatologia depressiva de 19,00 (DP= 3,32), que é inferior às não fumadoras (M= 19,22; DP= 3,07). Não obstante, estes resultados não são estatisticamente significativos [$t(48) = -0,154$; $p=0,879$].

Nas idosas que consomem álcool, a média de sintomatologia depressiva é de 20,20 (DP=3,49), superior à média de sintomatologia daquelas que não consomem álcool (M=19,09; DP= 3,01). No entanto, como se verifica também na tabela 34, estas diferenças das médias de sintomatologia depressiva não são estatisticamente significativas [$t(48) = 0,773$; $p= 0,443$].

Tabela 34

Comparação da sintomatologia depressiva nos homens idosos, relativamente ao facto de ser, ou não, fumadora, e de consumir, ou não, álcool

	N (%)	<i>Mulheres</i>		Df	<i>t</i>
		Média	Desvio Padrão		
É fumador?				48	-0,154 ^{ns}
Sim	5 (5%)	19,00	3,32		
Não	45 (45%)	19,22	3,07		
Consome álcool?				48	0,773 ^{ns}
Sim	5 (5%)	20,20	3,49		
Não	45 (45%)	19,09	3,01		

Nota: ^{ns} $p \geq 0,05$; * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Nos homens, a diferença das médias também não é estatisticamente significativa [$t(48) = 0,761$; $p= 0,450$], como se verifica na tabela 35, contudo, são os fumadores que revelam uma sintomatologia depressiva maior (M= 19,11; DP= 3,18) que os não fumadores (M= 18,37; DP= 3,34).

Quanto ao consumo de álcool, através da mesma tabela (tabela 35) é possível observar que a comparação das médias de sintomatologia depressiva não indica diferenças estatisticamente significativas [$t(48) = -1,709$; $p=0,094$]. Os homens que consomem álcool revelam uma média de sintomatologia depressiva menor (M= 17,83; DP= 3,40) em relação aos que não bebem (M= 19,38; DP= 3,02).



Tabela 35

Comparação da sintomatologia depressiva nos homens idosos, relativamente ao facto de ser, ou não, fumadora, e de consumir, ou não, álcool

	<i>Homens</i>				<i>t</i>
	N (%)	Média	Desvio Padrão	Df	
É fumador?				48	0,761 ^{ns}
Sim	18 (18%)	19,11	3,18		
Não	32 (32%)	18,37	3,34		
Consome álcool?				48	0,761 ^{ns}
Sim	24 (24%)	17,83	3,40		
Não	26 (26%)	19,38	3,02		

Nota: ^{ns}p ≥ 0,05; *p < 0,05; ** p < 0,01; ***p < 0,001

As idosas apresentam uma média de sintomatologia depressiva de 19,20 (DP= 2,56) quando identificam antecedentes familiares de depressão, cujo resultado é inferior ao das que não identificam antecedentes de depressão, na família (M= 19,21; DP= 3,38). É possível observar, através da tabela 36, que estes resultados não são estatisticamente significativos [*t* (48)= -0,019; *p*= 0,985].

Tabela 36

Comparação da sintomatologia depressiva entre idosas, relativamente ao facto de ter antecedentes familiares de depressão

	<i>Mulheres</i>				<i>t</i>
	N (%)	Média	Desvio Padrão	Df	
Tem antecedentes familiares de depressão?				48	-0,019 ^{ns}
Sim	21 (21%)	19,20	2,56		
Não	29 (29%)	19,21	3,38		

Nota: ^{ns}p ≥ 0,05; *p < 0,05; ** p < 0,01; ***p < 0,001

De acordo com a análise dos dados (cf. tabela 37), é possível observar que os homens idosos apresentam uma média de 19,70 (DP=2,58) de sintomatologia depressiva, quando identificam, na família, antecedentes de depressão, superior à dos que não



identificam ($M= 17,93$; $DP= 3,52$). Contudo, estas diferenças não são estatisticamente significativas [$t(48)= 1,923$; $p= 0,06$].

Tabela 37

Comparação da sintomatologia depressiva entre homens idosos, relativamente ao facto de ter antecedentes familiares de depressão

	<i>Homens</i>				
	N (%)	Média	Desvio Padrão	Df	<i>t</i>
Tem antecedentes familiares de depressão?				48	1,923 ^{ns}
Sim	20 (20%)	19,70	2,58		
Não	30 (30%)	17,93	3,52		

Nota: ^{ns} $p \geq 0,05$; * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

6. Discussão dos Resultados

Após a descrição dos resultados deste estudo é possível verificar que, não existem diferenças estatisticamente significativas entre as diferenças de intensidade de sintomatologia depressiva em homens e em mulheres, idosos. Este facto não corrobora as informações recolhidas através de estudos realizados por outros autores como Culbertson, em 1997, Lima e Bueno, em 2009, Takkin, Gold, Malmberg, Nilsson e Pedasen, em 2004, Vaz, em 2009 e Zunzunegui, Minicuci, Blumstein, Noale, Deeg, Jylha e Pedersen, em 2007.

Os estudos de Grootheest, Beekman, Groenou e Deeg (1999) e Bennetm, Smith e Hughes (2005), que afirmam que a viuvez é mais sentida pelos homens, uma vez que as mulheres apresentam uma taxa de sucesso de adaptação a este processo, e de Matud, Guerrero e Matías (2006), que referem que o facto de se ser casado parece beneficiar as pessoas, não vão ao encontro dos resultados deste estudo, uma vez que não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas na sintomatologia depressiva, relativamente ao estado civil dos idosos e das idosas, e por isso é possível refutar as hipóteses 1 e 2.

No que respeita ao contacto que os homens idosos e as idosas mantêm com os seus filhos, a comparação das médias de sintomatologia não foram estatisticamente significativas, refutando as hipóteses 3 e 4. Estes resultados contradizem os da investigação já realizada por Pahkala (1990), que descrevem a existência de diferenças entre géneros,



onde revelam maiores níveis de sintomatologia depressiva nas idosas e idosos que mantêm um afastamento dos filhos.

Assim, e embora as conclusões de Matud, Guerrero e Matías (2006) indiquem que as relações familiares são muito importantes, visto que o facto de se ser casado e manter contacto com os filhos acarreta maiores benefícios para o homem e para a mulher, este facto não se verificou nesta investigação.

Relativamente às comparações de médias da sintomatologia depressiva entre os homens idosos e idosas, de acordo com o grau de escolaridade, foi possível observar que não existem diferenças estatisticamente significativas. Este facto não é corroborado pelos resultados do estudo de Leach *et al.* (2008), que indicam que, ao contrário dos homens, as mulheres são mais deprimidas quando têm níveis de mestria menores. Contudo, no que respeita à correlação negativa existente entre as duas variáveis em questão, nos homens idosos, foram encontrados resultados estatisticamente significativos, que corroboram a revisão da literatura uma vez que menciona que à medida que o grau de mestria aumenta, o nível de sintomatologia depressiva diminui, nos homens idosos (Matud, Guerrero & Matías, 2006). Contudo, estes mesmos autores (Matud, Guerrero & Matías, 2006) referem que o mesmo se verifica para as mulheres, facto que não se observa nesta investigação, uma vez que se obteve um resultado estatisticamente não significativo. Por este motivo rejeita-se a hipóteses 5 e aceita-se a hipótese 6.

As hipóteses 7 e 8 são ambas rejeitadas uma vez que não se observaram diferenças estatisticamente significativas para a idade. Estes resultados não corroboram os estudos de Matud, Guerrero e Matías (2006), que referem que existem diferenças na sintomatologia depressiva, entre os géneros, ao longo das idades, e que na velhice, à medida que esta aumenta, existe um decréscimo da sintomatologia depressiva (Leach *et al.*, 2008).

Relativamente à prática de alguma religião, as hipóteses 9 e 10 são também rejeitadas, uma vez que as diferenças da sintomatologia depressiva entre idosas e entre idosos não são estatisticamente significativas. Em relação a este aspecto, Não foram encontrados estudos, mas os praticantes de alguma religião deveriam apresentar uma sintomatologia depressiva menor, uma vez que a religião poderia servir como forma de apoio social (Abramson, 2001; Galaif *et al.*, 2003; Matud, Guerrero & Matías, 2006; e Vaz, 2009).

De acordo com os resultados da análise estatística é possível também averiguar que não existem diferenças estatisticamente significativas relativamente às médias de sintomatologia depressiva, entre idosos e entre idosas, em relação ao meio onde habitam. Embora não tenham sido encontradas informações, noutras investigações, sobre este assunto, considerou-se que seria importante estudar esta variável, uma vez que nos meios



rurais existe, cada vez mais, uma população envelhecida e um maior isolamento social, e este facto poderia contribuir para o conseqüente aumento da depressão Zunzunegui *et al.* (2007). Assim, e através dos resultados anteriormente referidos, é possível observar que não existe ligação entre o meio onde se habita e a sintomatologia depressiva manifestada pelos idosos, sendo refutadas as hipóteses 11 e 12.

Em relação à percepção que os idosos têm da sua saúde, e de acordo com Vaz (2009), era esperado observar que à medida que a percepção da saúde melhorasse, a sintomatologia depressiva diminuísse em ambos os géneros. No entanto, este facto não se verificou nas idosas da nossa amostra, uma vez que não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre a correlação da sintomatologia depressiva e a percepção da saúde, e por isso a hipótese 13 é rejeitada. Contudo, a hipótese 14 é aceite, visto que foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre a percepção da saúde dos homens idosos e da sintomatologia depressiva. Sendo que à medida que a percepção da saúde do homem melhora, a sintomatologia depressiva diminui, indo então, ao encontro da revisão bibliográfica.

Na presença de determinadas doenças (diabetes, cancro, doenças cardiovasculares, doenças respiratórias, e doenças reumáticas) tanto as mulheres como os homens não revelaram resultados estatisticamente significativos, o que significa que, nesta amostra, estas doenças não influenciam a sintomatologia depressiva. Por isto, as hipóteses 15 e 16 são rejeitadas. Contudo, Lima e Bueno (2009), afirmam que as idosas são mais vulneráveis, que os homens, a determinadas doenças, o que pode estar relacionado com a depressão. Além disto, Vaz (2009) e Matud, Guerrero e Matías (2006), referem que a diabetes está mais relacionada com a depressão, nos homens, do que com as mulheres, facto que também não se verificou neste estudo.

Neste estudo foi ainda possível observar que as mulheres que não existem diferenças estatisticamente significativas nas médias da sintomatologia depressiva, relativamente à prática de exercício físico, em ambos os géneros, refutando-se, por isso, as hipóteses 17 e 18. Leach *et al.*, (2008), afirmam que devido ao facto das mulheres e homens realizarem menos actividade física pode contribuir para a manifestação da depressão, facto que também não corrobora os resultados do nosso estudo.

Os dados resultantes do nosso estudo indicam que, em relação ao consumo de drogas, nem nas idosas, nem nos homens idosos, foram encontrados resultados estatisticamente significativos relativamente à média da sintomatologia depressiva. De acordo com a revisão da literatura, é possível constatar que os homens, sem serem necessariamente idosos, apresentam, associado com a sintomatologia depressiva, maiores níveis de abuso de substâncias (Galaif, Sussman, Chou & Wills, 2003; Lugoboni, Quaglio,



Pajusco, Mezzelani & Lechi, 2007; Matud, Guerrero & Matías, 2006; Vaz 2009; e Zayas, Rojas & Malgady, 1998), o que não corrobora os resultados desta investigação, e por isso são rejeitadas as nossas hipóteses (19 e 20).

Por fim, no que respeita aos antecedentes familiares depressivos, não foram encontrados estudos que pudessem fundamentar os resultados, no entanto, Garcia, Passos, Campo, Pinheiro, Barroso, Coutinho, Mesquita, Alves e Sholl-Franco (2006), justificam que, nesta faixa etária, os antecedentes familiares de depressão são poucos, o que pode ser justificado com o início dos estudos nesta área, uma vez que são recentes e, por isso, no passado, seriam raros os diagnósticos de depressão e conseqüente identificação. Contudo, considerou-se importante estudar as hipóteses 21 e 22, na medida em que os antecedentes de depressão familiares poderiam estar relacionados com a sintomatologia depressiva dos sujeitos da amostra. Porém, os resultados observados não confirmam as hipóteses, uma vez que, estatisticamente, os resultados não foram significativos.

7. Conclusões

Com este estudo, e com base na fundamentação teórica exposta, nos capítulos anteriores, foi possível observar que, contrariamente ao que é referido pelos autores (Culbertson, 1997; Lima & Bueno, 2009; Takkin, Gold, Malmberg, Nilsson & Pedasen, 2004; Vaz, 2009; Zunzunegui, Minicuci, Blumstein, Noale, Deeg, Jylha & Pedersen, 2007), não existem diferenças estatisticamente significativas entre as médias de sintomatologia depressiva entre idosas e idosos.

No entanto, ao analisar as diferenças, especificamente, em cada género, foi possível observar que, nos membros do sexo masculino da amostra estudada, quanto maior o seu grau de instrução, menor a sua sintomatologia depressiva, além de que, quanto melhor for a sua percepção da saúde, menor será a sintomatologia depressiva manifestada. Corroborando o que foi referido por Matud, Guerrero e Matías (2006) e Vaz (2009), provavelmente, para a amostra escolhida, o bom nível de escolaridade e a boa percepção de saúde podem ser factores que contribuem para uma menor sintomatologia depressiva, na velhice. Os resultados obtidos para o sexo feminino, por seu lado, contradizem o que estes mesmos autores afirmam (Matud, Guerrero & Matías, 2006; e Vaz, 2009), não se verificando nenhuma relação entre a sintomatologia depressiva, nas mulheres, e as variáveis avaliadas, na presente investigação.

No sentido de melhorar o estudo apresentado, em investigações futuras, seria importante especificar as diferenças de cada género, recorrendo a uma amostra maior e/ou que abrangesse mais regiões, para além dos concelhos da Covilhã e do Fundão. Uma vez



que a investigação em causa se limitou a avaliar as divergências, relativamente à sintomatologia depressiva, na velhice, só segundo algumas variáveis sócio-demográficas, considera-se importante estudar, a par destas, outras, como a qualidade de vida. Além disso, o estudo, de forma mais pormenorizada, das variáveis investigadas, com um tipo de amostra idosa diferente da seleccionada (estudar a sintomatologia depressiva, não em utentes de Centros de Saúde, mas de outros contextos, como os idosos que vivem, em lares), seria ideal para se descobrir até que ponto é que os resultados, aqui, obtidos são consistentes com o resto da população.

Desta forma, considera-se que as restrições da amostra (não segue, por exemplo, uma distribuição normal), bem como a existência de pouca informação sobre o assunto constituem duas das principais limitações encontradas, ao longo da concretização da investigação, pois impediram uma melhor fundamentação teórica e discussão dos resultados. É de referir, também, que, devido ao atraso da autorização dada, para se proceder à aplicação dos questionários, não foi possível realizar um pré-teste do questionário sócio-demográfico; devido a este facto, foram sentidas algumas dificuldades nessa mesma aplicação e posterior introdução e tradução dos dados.

Por fim, a potencialidade que mais se destaca, com a realização deste estudo, é o facto de o mesmo permitir, a longo prazo e devidamente conciliado com outros do mesmo género, que os técnicos de saúde, principalmente os psicólogos, consigam lidar com todas as implicações associadas ao envelhecimento populacional verificado, tanto em Portugal, como nos restantes países desenvolvidos. Só uma abordagem abrangente, que concilie várias investigações e diferentes tipos de amostras, tornará as conclusões mais credíveis e a actuação dos profissionais mais segura, no sentido de evitar que a população idosa manifeste o tipo de sintomatologia em causa.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS



- Albuquerque, P. (2009). The Elderly and the Extended Household in Portugal: Na Age-Period-Cohort Analysis. *Population research and policy review*, 28, 271-289.
- American Psychiatric Association (2002). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*. 4ª Edição. Lisboa: Climepsi Editores.
- Araújo, L., & Carvalho, V. (2004). Aspectos Sócio-Históricos e Psicológicos da Velhice. *Revista de Humanidades*, 6(13), 1-9.
- Barreto, J. (2003). Escala de Depressão Geriátrica. In M. Guerreiro, C. Garcia & A. Mendonça, *Escalas e testes na demência*. Grupo de Estudos de Envelhecimento Cerebral e Demência, 59.
- Bennet, K., Hughes, M., & Smith, P. (2003). "I think a woman can take it": Widowed men's views and experiences of gender differences in bereavement. *Ageing International*, 28(4), 408-424.
- Bennett, K., Smith, P., & Hughes, M. (2005). Coping, depressive feelings and gender differences in late life widowhood. *Aging & Mental Health*, 9(4), 348-353;
- Bowling, A., Banister, D., Sutton, S., Evans, O., & Windsor, J. (2002). A multidimensional model of the quality of life in older age. *Aging & Mental Health*, 6(4), 355-371.
- Carneiro, R. S., Falcone, E., Clark, C., Prette, Z. D., & Prette, A. D. (2007). Qualidade de Vida, Apoio Social e Depressão em Idosos: Relação com Habilidades Sociais. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 20(2), 229-237.
- Chong, M., Chen, C., Tsang, H., Yeh, T., Chen, C., Lee, Y., Tang, T., & Lo, H. (2001). Community study of depression in old age in Taiwan: Prevalence, life events and socio-demographic correlates. *British Journal Of Psychiatry*, 178, 29-35.
- Coleman, R., Morison, L., Paine, K., Powell, R., & Walraven, G. (2006). Women's reproductive health and depression: A community survey in the Gambia, West Africa. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41(9), 720-727.
- CTO (2005). Psiquiatria. In CTO (Eds.), *Manual CTO de Medicina e Cirurgia* (6ª ed.). Madrid: Mcgraw-Hill
- Culbertson, F. (1997). Depression and Gender: An international review. *American Psychologist*, 52, 25-31.



- Faria, A., Barreto, S., & Passos, V. (2008). Sintomatologia depressiva em idosos de um plano de saúde. *Revista médica de Minas Gerais*, 18(3), 175-182.
- Galaif, E., Sussman, S., Chou, C., & Wills, T. (2003). Longitudinal Relations Among Depression, Stress, and Coping in High Risk Youth. *Journal of Youth and Adolescence*, 32(4), 243-258.
- Garcia, A., Passos, A., Campo, A. T., Pinheiro, E., Barroso, F., Coutinho, G., Mesquita, L. F., Alves, M., & Sholl-Franco, A. (2006). A depressão e o processo de envelhecimento. *Ciências & Cognição*, 07, 111-121.
- Grootheest, D., Beekman, A., Groenou, B., & Deeg, D. (1999). Sex differences in depression after widowhood. Do men suffer more?. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 34, 391-398.
- Guerreiro, M., Silva, A., Botelho, M., Leitão, L., Caldas, A. & Garcia, C. (2003). Avaliação breve do estado mental. In M. Guerreiro, C. Garcia, & A. Mendonça, *Escalas e testes na demência*. Grupo de Estudos de Envelhecimento Cerebral e Demência, 27.
- Hankin, B., & Abramson, L. (2001). Development of Gender Differences in Depression: An Elaborated Cognitive Vulnerability-Transactional Stress Theory. *Psychological Bulletin*, 127(6), 773-796.
- Hell, D. (2009). *Depressão – que sentido faz? uma abordagem integrativa*. Lisboa: Sete Caminhos.
- Hyer, L., Carpenter, B., Bishman, D. & Wu, W. (2005). Depression in Long-Term Care. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 12(3), 280-299.
- INE. (2009). *Índice de envelhecimento (N.º) por Sexo*. Lisboa: Instituto nacional de estatística.
- Irigaray, T., & Schneider, R. (2007). Prevalência de depressão em idosas participantes da Universidade para a Terceira Idade. *Revista de Psiquiatria*, 29(1), 19-27.
- Katsumata, Y., Arai, A., Ishida, K., Tomimori, M., Denda, K., & Tamashiro, H. (2005). Gender differences in the contributions of risk factors to depressive symptoms among the elderly persons dwelling in a community, Japan. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 20, 1084-1089.



- Leach, L., Christensen, H., Mackinnon, A., Windsor, T., & Butterworth, P. (2008). Gender differences in depression and anxiety across the adult lifespan: the role of psychosocial mediators. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43, 983-998.
- Lima, L., & Bueno, C. (2009). Envelhecimento e Género: a Vulnerabilidade de Idosas no Brasil. *Revista Saúde e Pesquisa*, 2(2), 273-280.
- Lima, M., Silva, R., & Ramos, L. (2009). Fatores associados à sintomatologia depressiva numa coorte urbana de idosos. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 58(1), 1-7.
- Lugoboni, F., Quaglio, G., Pajusco, B., Mezzelani P., & Lechi, A. (2007). Association between depressive mood and cigarette smoking in a large Italian sample of smokers intending to quit: implications for treatment. *Internal and Emergency Medicine*, 2, 196-201.
- Maroco, J. (2007). *Análise Estatística Com Utilização do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo
- Matud, M., Guerrero, K., & Matías, R. (2006). Relevancia de las variables sociodemográficas en las diferencias de género em depresión. *International Journal Of Clinical and Health Psychology*, 6(1), 7-21.
- Neri, A. M. (2004). Velhice bem-sucedida: aspectos afetivos e cognitivos. *Psico-USF*, 9(1), 109-110.
- Nolen-Hoeksema, S. (1987). Sex Differences in Unipolar Depression: Evidence and Theory. *Psychological Bulletin*, 101(2), 259-282.
- Nolen-Hoeksema, S. (2001). Gender Differences in Depression. *Current Directions In Psychology Science*, 10(5), 173-176.
- Paes, A. T. (2009). O que fazer quando a distribuição não é normal?. *Einstein: Educação Continuada em Saúde*, 7(1 Pt 2), 3-4.
- Pahkala, K. (1990). Social and Environmental Factors and Depression in Old Age. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 5, 99-113.
- Pahkala, K., Kesti, E., Kongas-Saviaro, P., Laippala, P., & Kivela, S.-L. (1995). Prevalence of depression in a aged population in Finland. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 30, 99-106.



- Pearson, J. (2002). Recent Research on Suicide in the Elderly. *Current Psychiatry Reports*, 4, 59-63.
- Piccinelli, M., & Wilkinson, G. (2000). Gender differences in depression. *British Journal Of Psychiatry*, 177, 486-492.
- Poeschl, G. (2006). *Análise de dados na investigação em Psicologia*. Coimbra: Almedina.
- Schoevers, R. A., Geerlings, M. I., Beekman, A. T. F., Penninx, B. W., Deeg, D. J., Jonker, C., & Van Tilburg, W. (2000). Association of depression and gender with mortality in old age: Results from the Amsterdam Study of the Elderly (AMSTEL). *British Journal Of Psychiatry*, 177, 336-342.
- Snowdon, J. (2002). How high is the prevalence of depression in old age? *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24, 42-7.
- Solar, F. C. (2005). Una Perspectiva Evolutiva De Las Diferencias de Género En La Presencia De Trastornos Depresivos. *Terapia Psicológica*, 23(1), 49-57.
- Spar, J. & La Rue, A. (1998). *Guia de PSiquiatria Geriátrica*. Lisboa : Climepsi Editores.
- Stella, F., Gobbi, S., Corazza, D., & Costa, J. (2002). Depressão no Idoso: Diagnóstico, Tratamento e Benefícios da Actividade Física. *Motriz, Rio Claro*, 8(3), 91-98.
- Takkinen, S., Gold, C., Malmberg, B., Nilsson, S., & Pedersen, N. L. (2004). Gender differences in depression: a study of older unlike-sex twins. *Aging Ment Health*, 8(3), 187-195.
- Vaz, S. (2009). *A Depressão no Idoso Institucionalizado: Estudo em Idosos Residentes nos Lares do Distrito de Bragança*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade do Porto.
- Zayas, L., Rojas, M., & Malgady R. (1998). Alcohol and Drug Use, and Depression Among Hispanic Men in Early Adulthood. *American Journal of Community Psychology*, 26(3), 425-438.
- Zunzunegui, M., Minicuci, N., Blumstein, T., Noale, M., Deeg, D., Jylha, M., & Pedersen, N. (2007). Gender differences in depressive symptoms among older adults: a cross-national comparison. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42, 198-207.



ANEXOS



ANEXO I

Questionário Sócio-demográfico



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR
Departamento de Psicologia e Educação

No âmbito da Dissertação de Mestrado em Psicologia da Universidade da Beira Interior, estamos a realizar um estudo sobre a depressão. Para tal, solicitamos que responda ao questionário que a seguir se apresenta. Responda sempre de acordo com aquilo que faz, sente ou pensa, pois não existem respostas correctas ou incorrectas. As respostas são anónimas e confidenciais, sendo apenas tratadas no âmbito desta pesquisa.

Questionário Sócio-demográfico

1. **Idade:** _____

2. **Género:** Masculino Feminino

3. **O seu estado civil:**
 - solteira(o)
 - casada(o)
 - viúva(o)
 - unida(o) de facto
 - divorciada(o)
 - namora
 - outro: _____

4. **Tem filhos?**
 - Sim
 - Não
 - 4.1. Se sim, quantos? _____
 - 4.1.1. Mantém contacto com eles?
 - Sim
 - Não



5. A sua escolaridade:

- Analfabeta (o)
- Sabe ler e escrever
- Escola primária
- Ensino básico
- Ensino secundário
- Bacharelato
- Licenciatura
- Pós-Graduação

6. Qual a profissão (principal) que exercia? _____

7. Tem alguma religião?

- Sim
- Não
- 7.1. Se sim, é praticante?
 - Sim
 - Não

8. Como classifica a sua situação económica (estatuto sócio-económico):

- Alta
- Média-Alta
- Média
- Média-Baixa
- Baixa

9. Meio onde habita:

- Urbano
- Rural

10. Com quem habita:

- Sozinho(a)
- Com o(a) companheiro(a)
- Com o(s) filho(s)



- Numa instituição (por exemplo, lar)

11. Como classifica a sua saúde actualmente?

- Muito boa
 Boa
 Nem boa nem má
 Má
 Muito má

12. Presença de doenças?

- Diabetes: Sim Não
Obesidade: Sim Não
Cancro: Sim Não
Doença cardiovascular: Sim Não
Doença respiratória: Sim Não
Doença reumática: Sim Não
Outra : _____

13. Faz actividade física?

- Sim
 Não

14. É fumador(a)?

- Sim
 Não

15. Consome álcool?

- Sim
 Não

15.1. Se sim, com que frequência?

- Sempre
 Muitas vezes
 Algumas vezes
 Raramente



16. Consome outro tipo de drogas?

- Sim
- Não

17. Tem antecedentes familiares de depressão?

- Sim
- Não



ANEXO II

Escala de Avaliação Breve do Estado Mental



Escala de Avaliação Breve do Estado Mental

1. **Orientação** (1 ponto por cada resposta correcta)

Em que ano estamos?

Em que mês estamos?

Em que dia do mês estamos?

Em que dia da semana estamos?

Em que estação do ano estamos?

Em que país estamos?

Em que distrito vive?

Em que terra vive?

Em que casa estamos?

Em que andar estamos?

NOTA_____



2. **Retenção** (contar por cada palavra correctamente repetida)

“Vou dizer três palavras; queria que as repetisse, mas só depois de eu as dizer todas; procure ficar a sabe-las de cor”

Pêra _____

Gato _____

Bola _____

NOTA _____

3. **Atenção e Cálculo** (1 ponto por cada resposta correcta. Se der uma errada mas depois continuar a subtrair bem, consideram-se as seguintes como correctas. Parar ao fim de 5 respostas.)

“Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 ao número encontrado volta a tirar 3 e repete assim até eu lhe dizer para parar”.

27____ 24____ 21____ 18____ 15____

NOTA _____

3. **Evocação** (1 ponto por cada resposta correcta.)

“Veja se consegue dizer as três palavras que lhe pedi há pouco para decorar”.

Pêra _____

Gato _____

Bola _____

NOTA _____

4. **Linguagem** (1 ponto por cada resposta correcta.)

a) **“Como se chama isto?”**

Mostrar objectos:

Relógio _____

Lápis _____

NOTA _____

b) **“Repita a frase que eu vou dizer: O RATO ROEU A ROLHA”**



NOTA _____

c) “Quando eu lhe der esta folha de papel, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e ponha sobre a mesa” (dar a folha segurando com as duas mãos)

Pega com a mão direita _____

Dobra ao meio _____

Coloca onde deve _____

NOTA _____

d) “Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz” (mostrar um cartão com a frase bem legível, “FECHE OS OLHOS”; sendo analfabeto ler-se a frase.

Fechou os olhos _____

NOTA _____

e) “Escreva uma frase inteira aqui”.

(Deve ter sujeito verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação.)

NOTA _____

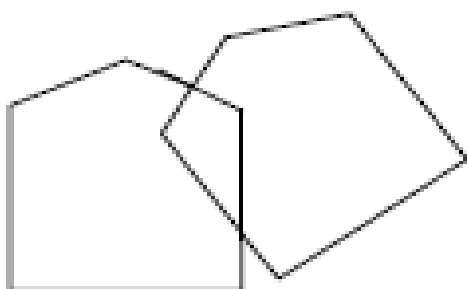
5. Habilidade Construtiva (1 ponto por cada resposta correcta.)

Deve copiar um desenho. Dois pentágonos parcialmente sobrepostos; cada um deve ficar com 5 lados, dois dos quais intersectados. Não valorizar, tremor ou rotação.

Mostrar objectos:

Desenho

Cópia





ANEXO III

Escala de Depressão Geriátrica



Escala de Depressão Geriátrica

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

1- Está satisfeito(a) com a sua vida?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
2- Pôs de lado muitas das suas actividades e interesses?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
3- Sente a sua vida vazia?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
4- Fica muitas vezes aborrecido(a)?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
5- Tem esperança no futuro?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
6- Anda incomodado(a) com pensamentos que não consegue afastar?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
7- Está bem disposto(a) a maior parte do tempo?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
8- Tem medo que lhe vá acontecer alguma coisa de mal?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
9- Sente-se feliz a maior parte do tempo?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
10- Sente-se muitas vezes desamparado(a)?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
11- Fica muitas vezes inquieto(a) e nervoso(a)?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
12- Prefere ficar em casa, em vez de sair e fazer coisas novas?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
13- Preocupa-se muitas vezes com o futuro?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
14- Acha que tem mais dificuldades de memória do que as outras pessoas?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
15- Pensa que é muito bom estar vivo(a)?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
16- Sente-se muitas vezes desanimado(a) e abatido(a)?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
17- Sente-se inútil?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
18- Preocupa-se muito com o passado?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
19- Acha a sua vida interessante?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
20- É difícil começar novas actividades?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
21- Sente-se cheio(a) de energia?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
22- Sente que para si não há esperança?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
23- Pensa que a maioria das pessoas passa melhor que o(a) senhor (a)?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
24- Aflige-se muitas vezes com pequenas coisas?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
25- Sente muitas vezes vontade de chorar?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
26- Tem dificuldade em se concentrar?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
27- Gosta de se levantar de manhã?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
28- Prefere evitar encontrar-se com muitas pessoas?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
29- Tem dificuldade em decidir as coisas?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
30- O seu pensamento é tão claro como era antes?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>

MUITO OBRIGADA PELA SUA COLABORAÇÃO!



ANEXO IV

Solicitação



Ex.ma Senhora Doutora Marli Loureiro

Eu, Andreia Canha, aluna do 2º ano de mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, da Universidade da Beira Interior, a realizar estágio no Centro de Saúde da Covilhã e a desenvolver a dissertação sobre “Depressão na velhice: comparação entre géneros”, sob orientação da Professora Rosa Marina Afonso, venho solicitar a Vª Ex.ª a autorização, para a aplicação de um questionário junto de utentes que frequentam as consultas do Centro de Saúde da Covilhã.

Comprometo-me a respeitar as regras deontológicas, bem como ao envio do questionário em questão e dos resultados do trabalho de investigação, caso me seja solicitado.

Covilhã, 23 de Março de 2010

Andreia Filipa Sebastião Canha

Andreia Filipa Sebastião Canha

Conceitos e pontos a
considerar do D. Directo
Executivo
