



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR  
Faculdade de Ciências da Saúde

**Personalidade e Sintomatologia Depressiva na  
Velhice  
Um Estudo na Cidade da Covilhã**

**Isabel Alexandra Ramos Duarte Mineiro Fazendeiro**

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em  
**Gerontologia**  
(2º ciclo de estudos)

Orientador: Professora Doutora Rosa Marina Afonso

Covilhã, Outubro de 2012



## Agradecimentos

Uma dissertação nunca é um projeto individual e ao longo do seu desenvolvimento foram várias as pessoas que, de uma forma ou de outra, contribuíram para que esta pudesse ser concluída.

É com enorme gratidão e estima que expresso aqui o meu apreço por todos os que de alguma forma estiveram envolvidos neste projeto.

Em primeiro lugar, agradeço a Deus por estar na minha vida e tornar tudo possível.

Aos meus pais, pelos valores que me transmitiram ao longo da vida, persistência e determinação, foram fundamentais para ultrapassar os obstáculos que foram surgindo ao longo do caminho.

À minha família pelo carinho, força e apoio incondicional, fundamentais para que eu chegasse até esta etapa da minha vida.

À professora e orientadora Doutora Rosa Marina Afonso, pela orientação séria e meticulosa, pela crítica construtiva, e incentivo na inspiração no amadurecimento dos meus conhecimentos e conceitos que me levaram a execução e conclusão desta dissertação.

Ao professor Doutor Joaquim Loureiro pela utilidade das suas recomendações, a sua forma de arguir as ideias apresentadas e a cordialidade sempre manifestada.

Aos amigos e colegas, de mestrado pela cumplicidade, incentivo e pelo apoio constante.

Finalmente o meu muito obrigado a todos os idosos que se disponibilizaram e empenharam na concretização deste trabalho, pois sem eles este trabalho não seria possível.



## Resumo

A depressão é um distúrbio muito frequente na velhice e os traços de personalidade encontram-se relacionados com a mesma. Para se compreender a depressão, não tanto do ponto de vista dos seus sintomas, mas do ponto de vista do seu funcionamento interno é incontornável tentar compreender como se articula com a personalidade.

O principal objetivo do presente estudo consiste em avaliar a sintomatologia depressiva nos idosos e averiguar se existem diferenças significativas entre idosos com e sem sintomatologia depressiva em relação aos traços de personalidade de Neuroticismo, Abertura e Extroversão.

Para tal, foi desenvolvido um estudo transversal. Foram utilizados os seguintes instrumentos: indicadores de Identificação Geral, Escala NEO FFI (Lima & Simões, 2000) e a Escala de Depressão Geriátrica (Pocinho, Farate, Lee & Yesavage, 2009). Participaram no estudo, 226 indivíduos com idades compreendidas entre os 65 e os 96 anos, residentes nas quatro freguesias urbanas da cidade da Covilhã.

Os resultados obtidos indicaram ausência de depressão em 158 indivíduos na amostra (74%). Constatou-se a existência de diferenças estatisticamente significativas ao nível do traço Neuroticismo nos três níveis de sintomatologia depressiva ( $F_{2,205} = 97,610$ ,  $p < 0,001$ ), sendo o valor médio do traço Neuroticismo mais elevado para os que apresentam depressão moderada a grave ( $M = 34,63$ ;  $DP = 7,11$ ) do que nos que apresentam depressão leve ( $M = 28,69$ ;  $DP = 6,99$ ) e ausência de depressão ( $M = 16,73$ ;  $DP = 6,15$ ). Verificaram-se, ainda, diferenças estatisticamente significativas ao nível do traço Extroversão nos três níveis de sintomatologia depressiva ( $F_{2,209} = 33,035$ ,  $p < 0,001$ ), sendo o valor médio da Extroversão mais elevado para os que apresentam ausência de depressão ( $M = 31,77$ ;  $DP = 5,61$ ) do que nos que apresentam depressão leve ( $M = 27,24$ ;  $DP = 6,37$ ) e depressão moderada a grave ( $M = 20,75$ ;  $DP = 5,09$ ). Os resultados indicam, ainda, diferenças estatisticamente significativas ao nível do traço Abertura à Experiência nos três níveis de sintomatologia depressiva ( $F_{2,205} = 3,707$ ,  $p = 0,026$ ), sendo o valor médio do traço Abertura à experiência mais elevado para os que apresentam ausência de depressão ( $M = 25,33$ ;  $DP = 6,096$ ) do que nos que apresentam depressão leve ( $M = 24,28$ ;  $DP = 6,065$ ) e depressão moderada a grave ( $M = 21,13$ ;  $DP = 5,11$ ).

Neste sentido, os resultados sugerem que existem determinados traços de personalidade que podem tornar a pessoa mais vulnerável à sintomatologia depressiva na velhice.

## Palavras-chave

Envelhecimento, velhice, personalidade, traços de personalidade, depressão



## Abstract

Depression is a very common disorder in old age and personality traits are related to it. To understand depression, not so much from the point of view of their symptoms, but from the point of view of its inner workings is essential to try to understand how it works with the personality.

The main objective of this study is to assess depressive symptoms in the elderly and analyze whether there are significant differences among old people with and without depressive symptoms concerning personality traits of Neuroticism, Openness and Extraversion.

In order to get these results, we developed a cross-sectional study. We used the following instruments: Identification General Indicators, Scale NEO FFI (Lima & Simões, 2000) and the Geriatric Depression Scale (Pocinho, Farate, Lee & Yesavage, 2009). 226 people with ages between 65 and 96 years have participated in this survey. They are all residents in the four urban municipalities of the city of Covilhã.

The results have shown that there wasn't any depression in 158 individuals in the sample (74%). It was found that there are statistically significant differences at the level of trait Neuroticism in the three levels of depressive symptoms ( $F = 2.205$   $97.610$ ,  $p < 0.001$ ), and the average trait Neuroticism is higher for those with moderate to severe depression ( $M = 34.63$ ;  $SD = 7.11$ ) than for those with soft depression ( $M = 28.69$ ;  $SD = 6.99$ ) and absence of depression ( $M = 16.73$ ;  $SD = 6.15$ ). There were also significant differences at the level of the trait Extroversion in the three levels of depressive symptoms ( $F 2.209 = 33.035$ ,  $p < 0.001$ ), and the average Extroversion is higher for those with no depression ( $M = 31$ ,  $77$ ;  $SD = 5.61$ ) than for those with soft depression ( $M = 27.24$ ;  $SD = 6.37$ ) and moderate to severe depression ( $M = 20.75$ ;  $SD = 5.09$ ). The results also show statistically significant differences at the level of trait Openness to Experience in the three levels of depressive symptoms ( $F = 2.205$   $3.707$ ,  $p = 0.026$ ), and the mean value of the trait Openness to Experience is higher for those with no depression ( $M = 25.33$ ;  $SD = 6.096$ ) than for those with soft depression ( $M = 24.28$ ;  $SD = 6.065$ ) and moderate to severe depression ( $M = 21.13$ ;  $SD = 5.11$ ).

This way, the results suggest that there are certain personality traits that can make a person more vulnerable to depressive symptoms in old age.

## Keywords

Aging, old age, personality, personality traits, depression



# Índice

Agradecimentos.....	iii
Resumo.....	v
Abstract.....	vii
Índice Geral.....	ix
Lista de Figuras.....	xi
Lista de Tabelas.....	xiii
Lista de Acrónimos.....	xv
Lista de Anexos.....	xviii
Introdução.....	1
<b>PARTE TEÓRICA.....</b>	<b>5</b>
1. Personalidade concetualização.....	6
1.1 Definição de Personalidade.....	6
1.2 Teoria dos Traços de Personalidade.....	6
1.3 O modelo dos Cinco Fatores.....	9
1.4 Instrumentos para avaliar as dimensões da personalidade.....	16
2. Depressão na velhice.....	20
2.1 Caraterização da Depressão na Velhice.....	21
2.2 Classificação das diferentes formas de Depressão.....	23
2.3 Sintomatologia Depressiva na Velhice.....	24
2.4 Etiologia da Depressão e Fatores de Risco na Velhice.....	25
2.5 Consequências da depressão na velhice.....	27
3. Personalidade e sintomatologia Depressiva na Velhice.....	29
3.1 Modelos de relação entre Depressão e Personalidade.....	29
3.1.1 Modelo Patoplástico e de Exacerbação.....	30
3.1.2 Modelos de Predisposição, Etiológicos ou de Vulnerabilidade.....	31
3.1.3 Modelos de Cicatriz ou de Complicação.....	32
3.1.4 Modelos de Causa Comum e modelos de Espectro ou Subclínicas.....	32
3.2 Estudos empíricos sobre a relação entre Personalidade e Depressão.....	33

---

<b>PARTE EMPÍRICA.....</b>	<b>41</b>
4. Metodologia do Estudo.....	42
4.1 Enquadramentos e Objetivos.....	42
4.2 Método.....	43
4.2.1 Desenho da investigação.....	43
4.2.2 Participantes.....	43
4.2.3 Instrumentos.....	47
4.2.4 Procedimentos.....	50
4.2.5 Análise de Dados.....	52
5. Resultados.....	54
6. Discussão dos Resultados e Conclusões.....	58
Referências.....	65
Anexos.....	71

## Lista de Figuras

<b>Figura 1</b> – As 4 relações entre Personalidade e Depressão	34
<b>Figura 2</b> – Caracterização da amostra segundo o género	43
<b>Figura 3</b> – Distribuição da amostra segundo os valores da idade	44
<b>Figura 4</b> – Distribuição da amostra segundo os valores da idade	44
<b>Figura 5</b> – Caracterização da amostra segundo o estado civil	44
<b>Figura 6</b> – Caracterização da amostra segundo “Com quem vive”	46
<b>Figura 7</b> – Caracterização da amostra segundo a residência em lares	46
<b>Figura 8</b> – Resultados da Estatística da GDS	54
<b>Figura 8</b> – Resultados da Estatística da GDS	54



## Lista de Tabelas

<b>Tabela 1</b> – Unidades e Construtos básicos da personalidade	6
<b>Tabela 2</b> – Termos utilizadas pelos diferentes autores para dar conta das 5 dimensões fundamentais da personalidade.	13
<b>Tabela 3</b> – Adjetivos que se associam aos 5 fatores	14
<b>Tabela 4</b> – Facetas das diferentes dimensões do modelo dos 5 fatores	14
<b>Tabela 5</b> – Domínios e facetas que integram o NEO PI-R	17
<b>Tabela 6</b> – Subtipos de Depressão de acordo com o DSM-IV	23
<b>Tabela 7</b> – Sintomas da Depressão na Velhice	25
<b>Tabela 8</b> – Causas da Depressão na Velhice	27
<b>Tabela 9</b> – Consequências da Depressão na Velhice	28
<b>Tabela 10</b> – Resumo dos Modelos/relações Personalidade e Depressão	30
<b>Tabela 11</b> – Resumo das principais previsões dos modelos clássicas	33
<b>Tabela 12</b> – Resumo dos resultados obtidos em estudos por diversos autores	38
<b>Tabela 13</b> – Caracterização da amostra segundo a idade	44
<b>Tabela 14</b> – Caracterização da amostra segundo o número de filhos	45
<b>Tabela 15</b> – Caracterização da amostra face à situação de reforma	45
<b>Tabela 16</b> – Caracterização da amostra segundo o nível de escolaridade	45
<b>Tabela 17</b> – Caracterização da amostra face à situação de ter alguém à sua responsabilidade	46

---

<b>Tabela 18</b> – Itens da escala da GDS	50
<b>Tabela 19</b> - Consistência interna da GDS	50
<b>Tabela 20</b> – Resultados da Estatística da Escala da GDS	54
<b>Tabela 21</b> – Resultados do grau de Sintomatologia Depressiva	55
<b>Tabela 22</b> – Resultados dos participantes segundo os traços de personalidade	56
<b>Tabela 23</b> – Resultados das diferenças entre idosos com e sem sintomatologia depressiva em relação aos traços de personalidade.	57

## Lista de Acrónimos

<b>INE</b>	Instituto Nacional de Estatística
<b>OMS</b>	Organização Mundial de Saúde
<b>ESAP</b>	European Survey on Aging Protocol
<b>UNIFAI</b>	Unidade de Investigação e Formação em Adultos e Idosos
<b>UBI</b>	Universidade da Beira Interior
<b>FCS</b>	Faculdade de Ciências da Saúde
<b>DPE</b>	Departamento de Psicologia e Educação
<b>SPSS</b>	Statistical Package for Social Science
<b>EUROSTAT</b>	European Statistic
<b>GDS</b>	Geriatric Depression Scale
<b>NEO FFI</b>	NEO Personality Inventory -Five-Fator Inventory
<b>NEO-PI-R</b>	NEO Personality Inventory - Revised
<b>APA</b>	American Psychiatric Association's
<b>ICD</b>	International Classification of Diseases
<b>DSM</b>	Diagnostic and Statistical Manual
<b>N</b>	Número de Indivíduos
<b>M</b>	Média
<b>DP</b>	Desvio Padrão
<b>P</b>	Nível de Significância
<b><math>\alpha</math></b>	Alpha de Cronbach
<b>ANOVA</b>	Análise de Variância



## Lista de Anexos

<b>Anexo 1</b> – Folha de Informação ao Participante	73
<b>Anexo 2</b> – Consentimento Informado	75
<b>Anexo 3</b> – Questionário de Identificação Geral	77
<b>Tabela 4</b> – Escala de Depressão Geriátrica	79



## Introdução

*É porque trabalhamos com velhos o porque estamos ligados por afetos a velhos, e porque todos queremos ter o privilégio de envelhecer, que este assunto nos interessa e se tornou prioritário (Paúl, 2005, p.21)*

O estudo dos processos de envelhecimento ganha, neste início do século vinte e um, um relevo e uma prioridade indiscutíveis (Fonseca, 2004). Segundo Oliveira (2005), o Séc XXI será certamente o século dos idosos, pelo menos no mundo ocidental.

No ano de 2025, o Eurostat (no cenário intermédio) estima que a população idosa terá mais 21 milhões de habitantes que a população jovem e todos os países, sem exceção, terão mais idosos do que jovens. Portugal com pouco mais de 10 milhões de habitantes, terá cerca de 2 milhões de pessoas com mais de 65 anos de idade (Fernandes, 1999).

Paúl (2005) afirma que o “envelhecimento foi desde sempre motivo de reflexão dos homens, na sua aspiração ao eterno, na sua perplexidade face ao sofrimento e à morte” (p.21). Por conseguinte, ao longo dos tempos, o envelhecimento tem sido um recurso frutífero para refletir sobre a condição humana.

Recentemente, o processo de envelhecimento assume, cada vez mais, relevância em todos os países, sobretudo nos mais desenvolvidos, pela sua dimensão e pelos problemas que levanta em termos epidemiológicos, assistenciais e de saúde (Natário, 1992). Este facto justifica a importância e a pertinência de investigação que forneça uma base conceptual para a elaboração de políticas que respondam às necessidades, interesses e características da população nesta faixa etária mais avançada.

Segundo Fontaine (2000), o envelhecimento equivale ao conjunto de processos dinâmicos que ocorrem no organismo após a sua fase de desenvolvimento e se relacionam com transformações morfológicas, fisiológicas psicossociais e sociais consecutivas à ação do tempo. Quanto à velhice, o seu contexto pode ser visualizado como a última fase do processo de envelhecer, pois a velhice não é um processo como o envelhecimento, é antes de mais um estado que caracteriza a condição do ser humano idoso (Santos, 2010).

O aumento e a expansão dos problemas relativos ao envelhecimento introduziram a necessidade de se compreender melhor uma fase da existência que também faz parte do ciclo da vida humana e que foi, durante largos anos, negligenciado em favor de outras fases (infância, adolescência) tradicionalmente consideradas como “mais ricas” sob o ponto de vista desenvolvimental (Fonseca, 2004).

De entre os diversos transtornos que afetam os idosos, a depressão merece especial atenção, uma vez que apresenta uma frequência elevada e consequência negativa para a qualidade de vida. Os aspetos da personalidade têm sido apontados como fatores que podem estar relacionados com o desencadeamento de depressão na velhice. Embora as bases dessa associação ainda sejam pouco conhecidas, há evidências sobre o papel da personalidade no bem-estar subjetivo e no desenvolvimento de depressão em pessoas idosos.

Segundo Fontaine (2000) uma vez que a personalidade é uma dimensão multiforme esta deve ser estudada através de abordagens múltiplas. A abordagem psicométrica tem como finalidade avaliar os fatores, e traços fundamentais da personalidade. Segundo esta perspetiva a personalidade resulta de uma combinação particular destes traços (Fontaine, 2000).

Diversos investigadores da área da personalidade consideram que se podem considerar 5 dimensões da personalidade porém, persistem divergências com relação à denominação destas dimensões (Hansenne (2005). No entanto, pode-se destacar no âmbito da perspetiva psicométrica sobre a personalidade o modelo dos cinco fatores, ou “Big five” que considera os seguintes traços: Extroversão, Agradabilidade, Conscienciosidade, Neuroticismo e Abertura à experiência).

Desde antiguidade, numerosos clínicos descreveram relações entre personalidade e depressão (Hansenne, 2005). A personalidade e o modo como esta se articula com a depressão surge como um ponto de interesse para o presente estudo. Assim, para se compreender a depressão, não tanto do ponto de vista dos seus sintomas, mas do ponto de vista do seu funcionamento interno é incontornável tentar compreender como se articula com a personalidade (Campos, 2009). A relação entre personalidade e depressão foi, frequentemente descrita, mas só nas últimas década se realizaram estudos empíricos. Destaca-se, neste âmbito, a investigação desenvolvida sobre a relação entre depressão e os traços de personalidade de neuroticismo e extroversão.

Após a revisão da literatura sobre a temática, constitui objetivo central deste estudo, analisar a relação entre características da personalidade e sintomatologia depressiva nos idosos residentes na Cidade da Covilhã. Este estudo foi esboçado na convicção de que o seu conhecimento, possa servir de reflexão sobre o desafio que é envelhecer e de conferir uma atenção diferenciada aos fatores da personalidade que podem tornar a pessoa mais vulnerável à ocorrência de sintomatologia depressiva na velhice.

Apresentadas as linhas gerais deste trabalho, passaremos a uma descrição sumária da organização das suas diferentes partes. Assim sendo, este estudo encontra-se dividido, em duas partes: uma parte teórica e uma parte empírica.

Na primeira parte do trabalho é apresentado um enquadramento conceptual onde se realiza a revisão da literatura a respeito das temáticas abordadas. Num primeiro capítulo apresentamos uma breve descrição do constructo de personalidade centrando-nos mais na perspetiva da teoria dos traços de personalidade, do modelo dos cinco fatores e dos instrumentos para avaliar as dimensões da personalidade. No capítulo II, abordamos especificamente a temática da depressão, onde são abordados temas como a caracterização da depressão na velhice, classificação das diferentes formas, os sinais e os sintomas, a etiologia da depressão e fatores de risco e consequências da depressão. O terceiro capítulo, é dedicado exclusivamente à relação entre Personalidade e Depressão e aos estudos empíricos efetuados neste âmbito.

Na segunda parte do trabalho, é descrito o estudo empírico realizado. Descrevemos os objetivos da investigação o enquadramento do tema, a metodologia utilizada, a caracterização da amostra, a descrição dos instrumentos utilizados, o processo de recolha de dados e os procedimentos estatísticos de análise. No capítulo 5, são apresentados os principais resultados obtidos nesta investigação e no capítulo 6, apresentamos uma discussão geral dos resultados e respetivas conclusões. São, ainda abordadas algumas limitações do estudo e formuladas algumas sugestões quanto a possíveis trabalhos e investigação na área.



## **PARTE TEÓRICA**

# 1 - Personalidade

## 1.1- Definição de Personalidade

Existem poucas palavras na nossa língua com tanto fascínio para o público em geral como o termo personalidade (Hall, Lindzey & Campbell, 1973). O termo personalidade não apresenta uma definição única (Irigaray & Schneider, 2009). Ainda que este conceito tenha sofrido uma evolução, não parece nem devidamente circunscrito nem bem definido; trata-se, aliás, de um dos conceitos menos bem definidos em psicologia (Hansenne, 2005).

De acordo com Lima (1997), as definições sobre a personalidade são tantas e tão diversas que se levantam a questão de saber se se trata, efetivamente, do mesmo constructo ou de outros muito diferentes, designados com o mesmo nome, como se pode observar na tabela 1.

Tabela 1- Unidades e construtos básicos da personalidade (Adaptado de Lima, 1997)

AUTORES	UNIDADE/CONSTRUCTO
Allport	Traço
Murphy	Canalização
Murray	Necessidade
Sheldon	Endo, Meso e Ectomorfismo. Viscero, Somato e Cerebrotonia
Cattell	Traços de Profundidade. Ergs, engrams
Miller e Dollard	Frustração-Regressão
Bandura e Walters	Modelação. Auto-controlo
Rogers	Self. Auto-realização
Lewin	Vector. Valência. Espaço Vital
Kelly	Constructos pessoais
Atkinson	Motivo, expectativa e incentivo
Festinger	Dissonância cognitiva
Maslow	Auto-actualização
Freud	Ego, Id e Superego
Adler	Complexo de Inferioridade
Horney	Ansiedade básica
Sullivan	Tensão
Erikson	Identidade
Klein	Estilo cognitivo
Magnusson e Endler	Cognição
Palys e Little	Projectos pessoais
Cantor e Kihlstrom	Tarefas de Vida
Mischel	Unidades cognitivo-afectivas

Nas abordagens tradicionais, pré científicas, da personalidade, propunham-se amplas categorias da personalidade (a primeira alternativa) (Cloninger, 2003). Na Grécia antiga, por exemplo, Hipócrates, descrevia quatro tipos básicos de temperamento: sanguíneo (otimista, esperançoso), melancólico (triste, deprimido), colérico (irascível) e fleumático (apático) (Merenda 1987, cit. in Cloninger, 2003). Esses tipos de personalidade são categorias de pessoas com características similares (Cloninger, 2003).

Muitas definições foram sendo delineadas, sem por isso presumir-se tratar-se das melhores. Porém, o estudo da personalidade, como uma nova área da psicologia, emerge, nos anos 30. Desde então, e até à última década deste século, a psicologia da personalidade passou por fases de grande desenvolvimento mas, também, de muita crise.

A publicação do livro de Allport, que introduziu o estudo científico da personalidade e o facto de Murray dar o nome de ‘personology’ à nova ciência, a ciência da pessoa, tornaram visível o aparecimento da psicologia da personalidade. Segundo Allport (1937), a personalidade é a organização dinâmica, no seio do indivíduo, de sistemas psicofísicos que determinam o seu comportamento característico e os seus pensamentos (Hansenne, 2005). Partindo desta definição, a personalidade é uma entidade única que traduz a forma como a pessoa pensa, reflete, age e se comporta em diferentes situações” (Hansenne, 2005). Esta definição insiste também nas bases biológicas da personalidade.

Para Eysenck (1953), a personalidade é a organização mais ou menos firme e durável do carácter, do temperamento e da inteligência e da dimensão física de um sujeito; tal organização determina a sua singular adaptação ao meio (Hansenne, 2005). A dimensão física remete-nos, aqui, para as bases biológicas da personalidade

Cattell (1950), define a seu modo, a personalidade como aquilo que permite uma predição do que uma pessoa numa dada situação, vai fazer (Hansenne, 2005). Através desta definição vemos que, antes de tudo, Cattell, se interessava por um único aspeto da personalidade: poder prever a forma como uma pessoa se vai comportar (Hansenne, 2005). Byrne (1996 cit. in Hansenne, 2005), define a personalidade como a combinação de todas as dimensões relativamente duráveis de diferenças individuais que podem ser medidas. Mais recentemente Linton (1986), define a personalidade como o conglomerado organizado dos processos e dos estados psicológicos pertencentes a um indivíduo (Hansenne, 2005). Esta definição, embora mais abrangente, insiste no facto de a personalidade ser um processo organizado, específico de cada indivíduo.

Face a este conjunto de definições e segundo Carver e Scheir (2000), destacam-se alguns pontos centrais: a personalidade não corresponde a uma justaposição de peças, sendo, sim, uma organização; a personalidade não se encontra muito simplesmente num local específico. Ela é ativa; trata-se de um processo dinâmico no interior do indivíduo; a personalidade corresponde a um conceito psicológico cujas bases são fisiológicas; a personalidade é uma força interna que determina como o indivíduo se comportará; a personalidade é composta por padrões de respostas recorrentes e consistentes; a personalidade não se reflete apenas numa direção, mas antes em várias, à semelhança dos

comportamentos, dos pensamentos e dos sentimentos (Hansenne, 2005). A personalidade pode ser definida como as causas subjacentes do comportamento e da experiência individual que existem dentro da pessoa (Cloninger, 2003).

A diversidade de definições justifica-se pela variedade de perspectivas; pelas funções para que é que se está a definir o construto personalidade; pelos níveis de explicação que se tem em vista e pela ênfase colocada quer no estilo do desenvolvimento, quer no estudo da estrutura (Cook, 1984).

Nenhuma definição substantiva de personalidade pode ser generalizada. A maneira pela qual determinadas pessoas definem a personalidade dependerá inteiramente de sua preferência teórica (Hall, Lindzey & Campbel, 1973). Existem inúmeras definições de personalidade cujas definições estão em relação direta com a escolha dos métodos e dos pontos de vista do autor (Hansenne, 2005).

A personalidade consiste concretamente em uma série de valores ou termos descritivos que descrevem o indivíduo que está sendo estudado em termos de variáveis ou dimensões que ocupam uma posição central dentro de uma teoria específica (Hall, Lindzey & Campbel, 1973).

Em suma, de certa maneira todos temos a nossa própria definição de personalidade, e encontramos em determinadas teorias, mais do que noutras, as confirmações dessa definição. Não é a objetividade da teoria que é tomada em linha em conta, mas simplesmente a afinidade existente entre a mesma e as concepções pessoais de um indivíduo relativamente à personalidade.

## 1.2 -Teoria dos traços de personalidade

Segundo Fontaine (2000) porque a personalidade é uma dimensão multiforme só pode ser estudada através de abordagens múltiplas. Não obstante, o presente trabalho adopte uma abordagem psicométrica ou teoria dos traços de personalidade.

A abordagem psicométrica cujos fundadores são Cattell (1947) e Eysenck (1967) tem por finalidade determinar os fatores, cada um constituído por um conjunto de traços fundamentais da personalidade (Fontaine, 2000). Um tipo de personalidade é uma combinação particular destes fatores e, assim destes traços (Fontaine,2000).

Eysenck distingue entre extroversão/introversão, neuroticismo e psicotismo. Segundo Eysenck a personalidade de uma pessoa é determinada principalmente pelo grau em que se manifesta esses três traços (Fontaine, 2000).

Allport (1937) foi, o primeiro a utilizar o termo traço de personalidade (Hansenne (2003). De acordo com Allport (1931, 1937b cit. in Cloninger 2003) a unidade básica da personalidade é o traço. O traço teria um carácter ideográfico (Hansenne, 2005; Botelho 1999 cit. in Rebelo & Leal, 2007). Estuda um indivíduo por vez, sem fazer comparações com outras pessoas (Cloninger, 2003). A enumeração dos traços de uma pessoa fornece uma descrição da sua personalidade. Allport distingue traços individuais, próprios de uma pessoa e traços comuns, próprios de muitas pessoas, cada qual com um montante diverso (Hansenne, 2005). No entanto, e para o autor, as verdadeira unidades da personalidade são traços únicos que existem dentro do indivíduo e que têm estatuto psicofísicas (Cloninger, 2003).

Allport (1937b cit. in Cloninger, 2003), definia traço como “ um sistema neuropsíquico generalizado e focalizado (peculiar ao indivíduo) que tem a capacidade de tornar vários estímulos funcionalmente equivalentes e de iniciar e guiar formas coerentes (equivalentes) de comportamentos adaptativos e expressivos” (p.225). Desta forma e na perspectiva de Allport os traços constituem predisposições para se responder sempre do mesmo modo a diversos estímulos. No indivíduo, os traços asseguram a estabilidade dos comportamentos ao longo do tempo e nas variadas situações de vida, influenciando fortemente a perceção dos acontecimentos. Ainda que o autor reconheça que determinados traços são comuns aos indivíduos, outros são claramente mais específicos, como as disposições pessoais secundárias.

A teoria de Cattell segundo Hansenne (2005), constitui uma viragem no estudo da personalidade, pois aborda-a de um modo muito diferente. Baseia-se acima de tudo na observação, numa abordagem científica, considerava ser necessário colher diversos dados, analisá-los de acordo com um método estatístico, para finalmente daí retirar princípios (Hansenne, 2005). Para Cattell, a utilização da análise fatorial é necessária para determinar as dimensões da personalidade. A utilização desta técnica implica que as dimensões fundamentais da personalidade sejam comuns a todos os indivíduos, que determinem os seus comportamentos, que sejam hierarquicamente organizadas e sejam quantificáveis (Hansenne, 2005). Os traços constituem a dimensão de base da personalidade, na teoria de Cattell. Trata-se de entidades permanentes que são herdadas e que se desenvolvem ao longo da vida.

Estas unidades dão forma ao comportamento. Abordava uma abordagem nomotécnica, grupos de indivíduos são estudados e as pessoas comparadas pela aplicação dos mesmos conceitos (geralmente traços) a cada pessoa. Cattell adotava, deste modo, uma conceção hierárquica dos traços, dos mais gerais (em número reduzido) aos mais específicos (em maior número) (Hansenne, 2005).

Costa e McCrae (1991, cit. in Fontaine, 2000), tentam uma conceção unificadora da personalidade, definindo-a em termos de traços, na sequência particularmente dos clássicos teóricos dos traços de personalidade, designadamente Cattell e Eysenck, dando-lhe uma perspectiva desenvolvimental.

Segundo McCrae, John e Costa (1992), a personalidade apresenta-se como um sistema definido de traços e processos dinâmicos através dos quais o funcionamento psicológico do sujeito é influenciado (Rebelo & Leal, 2007).

O conceito de traço é definido como uma dimensão das diferenças individuais, com tendência a mostrar padrões consistentes de pensamento, sentimentos e ações (McCrae et al., 1992, cit. in Rebelo & Leal, 2007).

Segundo Botelho, as abordagens ao estudo da Personalidade baseadas nos traços estudam a natureza estável dos traços (Rebelo & Leal, 2007). A personalidade é assim considerada como uma estrutura estável do sujeito que influencia o modo como reage perante acontecimentos de vida, e que tende a ser razoavelmente consistente ao longo do tempo (Patrão & Leal, 2004 cit. in Rebelo & Leal, 2007).

Na opinião de Hansenne (2005) traço de personalidade representa uma característica durável, a disposição do indivíduo para se comportar de uma determinada maneira em situações diversas. Tipo de personalidade na opinião de Hansenne (2005) (ou dimensão de personalidade) corresponde, tão só, ao composto de diferentes traços (ou subdimensões). Dito de outro modo, trata-se de um qualificativo mais global que engloba diferentes qualificativos mais específicos (Hansenne, 2005).

Costa e McCrae preocuparam-se sobretudo em saber se tais traços eram estáveis ou mutáveis (estabilidade vs. mudanças) ao longo da vida (Oliveira, 2008). Estes autores utilizaram protocolos transversais, longitudinais e sequenciais, para estudar a estabilidade e as mudanças nas estruturas da personalidade de pessoas com idades diferentes (Fontaine, 1991). Esta variedade de abordagem metodológica confere uma força inegável às suas conclusões. O conjunto de resultados obtidos levou estes autores a concluir que os cinco fatores do modelo Big Five se encontram em todos os sujeitos, qualquer que seja a idade considerada, e se mantêm estáveis durante a vida (Fontaine, 2000). Os autores concluem que a velhice não tem efeitos sobre a personalidade.

McCrae & Costa (1990), defendem que disposições como o neuroticismo e a extroversão parecem permanecer estáveis pelo menos até aos 70 anos (Fonseca, 2004). Paúl, Fonseca, Cruz & Cerejo, (2001) verificaram na amostra portuguesa do Estudo EXCELSA, a existência de uma tendência geral para o aumento do neuroticismo, ainda que de forma irregular, à medida que se avança na velhice, ao contrário, a extroversão tende a diminuir

com o avançar da idade (Oliveira, 2008). Sublinhar, que certas investigações conferem algumas diferenças a esta conclusão, em particular os trabalhos de Neugarten (1964, cit in Fontaine, 2000) que demonstram uma forte estabilidade, mas com mudanças que não são de negligenciar.

Alguns autores insistem em mudanças significativas, dado que o idoso vai tendo o sentimento de perda de controlo da situação, remetendo-se progressivamente a uma atitude mais passiva face aos acontecimentos (Oliveira, 2008). O estudo de Maiden et al., (cit. in Irigaray & Schneider, 2009) constatou que os traços de personalidade são modificáveis na velhice, principalmente porque nessa fase de vida as pessoas têm maior probabilidade de serem confrontados com eventos de vida que requerem adaptação. Embora muitos indivíduos possam manter a personalidade estável, sob circunstâncias de vida normais, especula-se que diante de circunstâncias mais complexas a personalidade mudaria para se adaptar às mudanças da vida. Não obstante o essencial da personalidade manter-se-ia (estabilidade e continuidade) (Oliveira, 2008).

Em conclusão, um número importante de estudos psicométricos define a evolução da personalidade no decurso da vida de acordo com duas características: continuidade e estabilidade (Fontaine, 2000).

De acordo com McAdams, McCare & John, (1992) uma das razões para a revitalização da teoria dos traços foi a emergência do Modelo dos Cinco Fatores.

### 1.3-O Modelo dos Cinco Fatores

Ao longo da história da Psicologia e da Psicologia da Personalidade, um dos esforços encetados passa pela sistematização de uma taxonomia que desempenharia uma função integradora (Botelho, 1999 cit. in Rebelo & Leal, 2007).

Na história da psicologia da personalidade o modelo dos cinco fatores é uma organização abrangente da estrutura dos traços da personalidade (Lima & Simões, 2000). Estes autores referem que, apesar do grande interesse e aceitação que na década de oitenta, noventa, esta resposta tem tido, algumas reticências e limitações têm sido assinaladas.

Como o modelo não foi desenvolvido a partir de uma teoria, não há, conseqüentemente, uma explicação teórica à priori satisfatória dos motivos que levariam a organização da personalidade em cinco (e não em quatro, ou sete) dimensões básicas (Hutz, Nunes, Silveira et al., 1998).

A questão do número de fatores e da sua definição foi objeto de numerosas investigações e abordagens (Fontaine, 2000). Muitos estudos tentaram, reduzir a alguns fatores fundamentais os múltiplos traços de personalidade e assim surgiu o modelo dos cinco grandes fatores (Big Five), cada um deles, composto por seis dimensões ou facetas (Oliveira, 2008). Para Costa e McCrae a teoria dos traços passa pelo desenvolvimento do modelo dos cinco fatores, proposto por McDougall e Thurstone, que organiza hierarquicamente os traços

de personalidade em cinco dimensões básica: Neuroticismo (N), Extroversão (E), Abertura à Experiência (O), Amabilidade (A), e Conscienciosidade (C), todos eles avaliados pelo Inventário da personalidade NEO-PI-R de Costa e McCrae.

Cada fator define-se como um continuum, no qual os traços constituem os limites, Deste modo, a nossa personalidade caracteriza-se por uma presença mais ou menos forte de cada um deles (Fontaine, 2000).

O modelo dos Cinco Grandes Fatores (CGF) é uma versão mais recente da teoria de Traços que representa um avanço conceitual e empírico no campo da personalidade, descrevendo dimensões humanas básicas de forma consistente e replicável (Hutz, Nunes, Silveira et al., 1998).

Eysenck, identificou as dimensões do Neuroticismo (N) e Extroversão (E) como componentes essenciais da estrutura da personalidade (Botelho, 1999). Nos anos setentas, Tellegan e Atkinson surgem com uma terceira dimensão designada por Abertura a Experiências Absorventes e de mudança pessoal sendo que McCrae et al., (1992) propõe uma dimensão semelhante chamada Abertura à Experiência. Nos anos oitenta Costa e McCrae sugerem a necessidade da introdução de uma dimensão de auto-controlo, implementada por Tellegan e designada por Conscienciosidade, e Leary introduz a Amabilidade (Rebelo & Leal, 2007).

Não é, portanto, possível, mesmo na atualidade, afirmar-se que a personalidade é constituída por 3, 4 ou 5 dimensões (Hansenne, 2005).

Para Eysenck (1967) e Tellegan (1985) (cit. in Hansenne 2005) bastam três dimensões, mas as três designações que lhe são atribuídas não são idênticas. Cloninger definiu sete dimensões e Cattell 16 (Hansenne, 2005).

De acordo com Hansenne (2005) o facto de o número de fatores destes modelos dimensionais ser diferente assenta, entre outros, nos diferentes métodos de análise fatorial utilizados pelos autores.

Após muitos anos de discussão, um grande número de psicólogos da personalidade considera que as diferenças individuais podem determinar-se por 5 dimensões principais (Goldberg, 1981,1990; Digman, 1990; John, 1990a, 1990b; Wiggins, 1996 cit in Hansenne, 2005). Trata-se do modelo dos cinco fatores (Big Five). Efetivamente, há já muito tempo que esta ideia fora assumida, pois Fiske (1949 cit. in Hansenne, 2005) havia proposto uma solução de 5 fatores.

Na década de 60 do século passado, Norman (1963), Borgatta (1964) e Smith (1967) chegaram todos à mesma conclusão: 5 fatores (Hansenne, 2005). Foi apenas nos anos 1980 e 1990 que se assistiu a uma real explosão de pesquisa, com instrumentos adaptados a diferentes pessoas e em diferentes línguas (Hansenne, 2005).

Segundo Hansenne (2005) se numerosos psicólogos consideram que há que reduzir o número de dimensões da personalidade a 5, os nomes destas dimensões ainda não são objeto de consenso. Hutz, Nunes, Silveira et al., (1998) reiteram que embora haja consenso com

relação à solução de cinco fatores, persistem divergências com relação à denominação dos fatores e aos traços ou características de personalidade agrupados em cada dimensão.

Tabela 2- Termos utilizados pelos diferentes autores para dar conta das 5 dimensões fundamentais da personalidade (Adap. Hansenne, 2005,p.209)

	<i>Fator 1</i>	<i>Fator 2</i>	<i>Fator 3</i>	<i>Fator 4</i>	<i>Fator 5</i>
<b>Fiske (1949)</b>	Adaptação Social	Conformidade	Vontade de conseguir	Controlo emocional	Procura de inteligência
<b>Norman (1963)</b>	Urgência	Agradabilidade	Conscienciosidade	Emocionalidade	Cultura
<b>Borgotta (1964)</b>	Assertividade	Simpatia	Responsabilidade	Emocionalidade	Inteligência
<b>Digman (1960)</b>	Extroversão	Amabilidade	Vontade de Chegar	Neuroticismo	Intelecto
<b>Costa e McCrae (1985)</b>	Extroversão	Agradabilidade	Conscienciosidade	Neuroticismo	Abertura á experiencia

Na opinião de Hansenne (2005), pode-se elaborar uma terminologia mais ou menos aceite pelo maior número de autores. O primeiro fator é, normalmente designado por extroversão. O segundo designa-se agradabilidade. É mais do que ser simpático ou afetuoso, há ainda que estar ao serviço dos outros, submisso e atencioso. O inverso corresponde à hostilidade. O terceiro é chamado de conscienciosidade. Este fator corresponde à honestidade, á persistência e à planificação dos comportamentos: os indivíduos são escrupulosos, atentos e sérios. O quarto fator refere-se ao neuroticismo ou á emocionalidade. Corresponde às emoções mais particularmente à ansiedade. O último dos fatores designa-se por inteligência ou abertura á experiencia. Trata-se do fator mais controverso (John, 1990<sup>a</sup>; Eysenck, 1992 cit. in Hansenne, 2005).

Do ponto de vista teórico, o modelo dos cinco fatores inscreve-se numa tradição taxonómica e não propõe uma explicação casual das diferentes individuais. Os autores do modelo dos cinco fatores pensam que, desde início, é necessário definir as dimensões da personalidade antes de as explicar. Em contrapartida, (Pervin, 1994; de Raad et al., 1994) consideram que o consenso relativamente ao número da personalidade é prematuro e, outros ainda, estimam que os fatores em questão não são suficientes para tomar conta da personalidade (Hansenne, 2005).

Para além disso, Eysenck (1991,1992,1994) considera que o modelo dos cinco fatores não substitui o seu próprio modelo e demonstrou que estes 5 fatores podem resumir-se a 3 dimensões da sua teoria (Hansenne, 2005).

Segundo Hutz, Nunes, Silveira et al., (1998) o Modelo dos Cinco Grandes Fatores tem as suas origens na análise da linguagem utilizada para descrever pessoas. De acordo com Brigs (1992), o uso de descritores de traços (geralmente adjetivos) da linguagem natural tem sido defendido como a melhor estratégia para identificar fatores que permitam entender melhor características da personalidade (Hutz, Nunes, Silveira et al., (1998). Convirá ter em linha de

conta que os traços (ou subdimensões) são habitualmente considerados sobre um continuum, indo de um extremo ao outro (Hansenne, 2005). Segundo o autor em ambas as extremidades da reta, encontra-se qualificativos opostos, situando-se os indivíduos num determinado ponto dessa mesma reta.

Tabela 3- Adjetivos que se associam aos 5 fatores (Adaptado de Hansenne, 2005,p.210)

<i>Fatores</i>	<i>Adjetivos</i>	
Extroversão	Confiante-tímido Espontâneo-inibido Seguro- passivo Activo-submisso	Gregário Falador Feliz Energético
Agradabilidade	Afectuoso-frio Amável-maldoso Educado-rude Bom irritável	Serviçal Ciumento Compadecido Não queixoso
Conscienciosidade	Sério Frívolo Responsável-irresponsável Cuidadoso-negligente Disciplinado-hesitante	Prudente Preseverante Planificado Convencional
Neuroticismo	Nervoso-calmo Ansioso-distentido Relaxado-stressado Excitável-calmo	Tenso Receoso Medroso Preocupado
Abertura ao exterior	Imaginativo-terra- a- terra Criativo-não criativo Apreciador da variedade- rotineiro Curioso-não curioso	Independente Original Desperto Atento

Tabela 4- Facetas das diferentes dimensões do modelo dos 5 fatores (Adap. Hansenne, 2005,p.211)

<i>Dimensões</i>	<i>Facetas</i>
Extroversão	Afeto, gregarismo, assertividade, atividade, procura de sensações e emoções positivas
Agradabilidade	Confiança, retidão, altruísmo, submissão, modéstia e sensibilidade
Conscienciosidade	Competência, ordem, sentido de dever, procura de êxito, autodisciplina e deliberação.
Neuroticismo	Ansiedade, cólera, depressão, timidez social, impulsividade e vulnerabilidade
Abertura para o exterior	Sonhos, estética, sentimentos, ações, ideias e valores

O modelo dos 5 fatores pese embora objeto de numerosas validações, tal como os outros, padece de certos limites (Hansenne, 2005). O primeiro limite, prende-se, segundo o Hansenne (2005), com o método fatorial que apenas constitui um instrumento estatístico.

Para os autores do modelo dos 5 fatores, a descrição da personalidade constitui uma prioridade, mas a sua explicação e a predição são apenas secundárias.

Uma das críticas apontadas ao modelo dos cinco fatores (FFM) nomeadamente por Eysenck (1993 cit. in Lima & Simões, 2000), é a de que a taxonomia dos Big Five carece de alguns elementos básicos, para ser considerada uma teoria científica. Na verdade, segundo Halverson (1994), só recentemente começaram a emergir tentativas de explicação teórica para as impressionantes regularidades empíricas e estatísticas encontradas (John, 1990; Buss, 1991; Wiggins & Trapnell, cit. in Lima & Simões, 2000). Quer dizer que datam, de há pouco tempo, os esforços no sentido de compreender porquê cinco fatores, porquê estes cinco fatores, qual origem/base do modelo e qual a sua relevância para o estudo da personalidade (Lima & Simões, 2000).

Uma outra crítica provém da própria natureza dos traços, dado que esta implica uma estabilidade que nos leva a agir de forma constante em diversas situações (Hansenne, 2005). Determinados autores pessoas pensam que a noção de traço não é interessante para explicar a personalidade, baseando-se no facto de a maneira como agimos nem sempre ser idêntica, em função das situações. Ao contrário, os mesmos autores consideram que são as situações que determinam de que forma nos comportamos: trata-se da posição dita situacionista. A posição interaccionista os resultados resultam da interação entre traço e a situação (Hansenne, 2005). Endler e Magnusson (1976) propuseram um modelo transaccional, que tem efeito o modelo dos traços, das situações e das interações de ambas (Hansenne, 2005).

Segundo McAdames (1995), o modelo dos “Big Five” deve ser visto como um modelo da personalidade (Rebelo & Leal, 2007).

Apesar das críticas ao estudo da Personalidade, e de acordo com Patrão & Leal (2004) Costa e McCrae apresentam o Modelo dos Cinco Fatores que demonstra ser um instrumento válido para avaliação da personalidade, na área da Psicologia da Saúde (Rebelo & Leal, 2007). Se os postulados, em que se baseia a teoria dos cinco fatores, não são novos, os autores têm, pelo menos, o mérito de os reunir, numa síntese coerente, que poderia de servir de matriz para a elaboração de novas teorias e para avaliação das mesmas (Lima & Simões, 2000).

Costa e McCrae (1992<sup>a</sup>) adiantam 4 argumentos a favor deste modelo (Hansenne, 2005). Em primeiro lugar, estudos longitudinais realizados por diversos observadores mostraram que os cinco fatores constituem disposições reais para que a pessoa se comporte de determinada forma, em certas situações. Em segundo lugar, os 5 fatores, encontram-se na linguagem comum e nos principais questionários de personalidade. Em terceiro lugar, os fatores encontram-se em diferentes culturas, não sendo influenciados nem pela idade nem pelo sexo. Em quarto lugar, têm uma base biológica. Mais ainda, o modelo dos cinco fatores é considerado universal (McCrae e Costa, 1997 cit. in Hansenne, 2005).

Em suma, e segundo Widiger & Trull (1977), o Modelo dos Cinco Fatores é reconhecido, válido e aplicável na Psicologia da Saúde devido à sólida infra-estrutura empírica (Rebelo & Leal, 2007) providenciando uma estrutura taxinómica básica para a investigação em personalidade (Watson & Clark, 1992 cit. in Rebelo & Leal, 2007).

## 1.4 Instrumentos para avaliar as dimensões da Personalidade

São inúmeros os instrumentos de medição da personalidade, baseados em diferentes pressupostos teóricos. Entre os vários instrumentos disponíveis para avaliar a personalidade destacam-se o NEO-PI nas suas diferentes versões (NEO-PI original, NEO-PI-R, NEO-FFI-60). O NEO-PI-R e o NEO-FFI-60 encontram-se validados para a população portuguesa (Correia, Barbosa & Mega, 2010).

Originalmente, o questionário NEO PI compreendia 145 itens, que mediam as facetas do neuroticismo, da extroversão e da abertura para o exterior e exclusivamente as medidas globais para as duas restantes dimensões (Costa & McCrae cit. in Hansenne, 2005). Posteriormente, os autores criaram um novo questionário, que continha 240 itens (NEO PI-R) e que retomava os 5 fatores (Costa & McCrae, 1989,1990 cit. in Hansenne, 2005).

O NEO-PI-R começou a ser utilizado em 1978 nos EUA por Costa e McCrae, mas apenas em 1992 foi publicada a última versão das sucessivas revisões - o Inventário de Personalidade NEO Revisto (NEO Personalitu Inventory - Revised, ou NEO-PI-R) (Lima & Simões, 2006).

O inventário da Personalidade NEO FFI tem a sua origem no Inventário de Personalidade NEO-PI e trata-se de uma versão mais abreviada do NEO-PI-R (Lima & Simões, 2002).

Segundo Costa e McCrae (1992), O NEO-PI-R pode ser utilizado com sujeitos a partir dos 17 anos, desde que não sofram de perturbações como, por exemplo, psicose ou demência e que estejam aptos a completar medidas de auto avaliação, de forma fiel e válida (Lima & Simões, 2006).

O NEO-PI-R é uma medida concisa das cinco grandes dimensões da personalidade (os Cinco Grandes Fatores, ou Big Five) e dos traços mais importantes que definem cada um desses domínios (Lima & Simões, 2006). Cada fator está associado a 6 facetas diferentes que compreendem 8 itens cada uma. O questionário compreende uma forma de auto-avaliação (forma S) e uma forma heteroavaliação (forma R).

Segundo Briggs (1989), atualmente continua a existir maior acordo em relação às cinco dimensões, do que concerne aos traços específicos que as compõem (Lima & Simões, 2006).

A tabela 5 resume os cinco domínios do NEO-PI-R, as suas 30 facetas e respetiva caracterização.

Tabela 5-Domínios e Facetas que integram o NEO- PI-R (Adaptado de Lima, 2003, p.22)

<b>Facetas NEO-PI-R</b>	<b>Características</b>
<b>NEUROTICISMO</b>	
N1: Ansiedade	Tenso, medroso, apreensivo vs calmo, corajoso
N2: Hostilidade	Irritável, frustrável e zangado vs amigável, não se ofende
N3: Depressão Sem	esperança, triste vs com esperança, otimista
N4: Auto Consciência	Envergonhado, embaraçável vs seguro, à vontade
N5: Impulsividade	Incapaz de resistir às tentações vs resiste aos desejos
N6: Vulnerabilidade	Nervoso, com stress vs calmo, resistente
<b>EXTROVERSÃO</b>	
E1: Acolhimento	Amigável, conversador, afetuoso vs frio, formal
E2: Gregariedade	Gregário, alegre, social vs evita multidões, solitário
E3: Assertividade	Dominante, confiante, decidido vs evita afirmar-se
E4: Atividade	Enérgico, com ritmo rápido vs sem pressa, deliberado
E5: Procura	Excitação Exibicionista, aprecia estímulos e riscos vs cauteloso
E6: Emoções Positivas	Alegre espirituoso, divertido vs plácido, sério
<b>ABERTURA À EXPERIÊNCIA</b>	
O1: Fantasia	Imaginativo, elabora fantasias vs realista, prático
O2: Estética	Valoriza a experiência estética vs insensível à beleza
O3: Sentimentos	Emotivo, sensível, empático vs leque limitado de emoções
O4: Ações	Procura a novidade e variedade vs prefere o familiar
O5: Ideias	Curioso, orientado teoricamente, analítico vs pragmático
O6:Valores	Horizontes largos, tolerante vs dogmático, conformista
<b>AMABILIDADE</b>	
A1: Confiança	Atribui intenções benevolentes aos outros vs cínico
A2: Retidão	Franco e frontal vs maquiavélico, calculista
A3: Altruísmo	Altruísta vs centrado em si próprio
A4: Complacência	Complacente, tolerante, brando vs antagonista, contestador narcisista
A5: Modéstia	Humilde, modesto, simples vs arrogante
A6: Sensibilidade	Guiado por sentimentos ao ajuizar vs realista, racional
<b>CONSCIENCIOSIDADE</b>	
C1: Competência	Sente que é capaz e eficaz vs sente-se incapaz
C2: Ordem	Limpo, organizado, ordenado vs desleixado
C3: Obediência	Dever Adesão a padrões de conduta vs irresponsável
C4: Luta	Realização Atraído pelo êxito, diligente vs não ambicioso
C5: Auto disciplina	Persistente vs prostrado, desiste em face da frustração
C6: Deliberação	Cauteloso e ponderado, planificador vs espontâneo

Faremos uma breve resenha, segundo Lima e Simões (1985) e Lima (1997), dos domínios e facetas que constam deste inventário:

**Neuroticismo ( N)**

A escala global do neuroticismo avalia a adaptação versus instabilidade emocional do sujeito. Valores elevados identificam indivíduos preocupados, nervosos, emocionalmente inseguros, com sentimentos de incompetência, hipocondríacos, com tendência para descompensação emocional, ideias irrealista, desejos e necessidades excessivos e respostas de coping desadequadas.

Uma Baixa pontuação em (N) reflete estabilidade emocional. Trata-se, habitualmente de sujeitos calmos, de humor constante, relaxados, seguros, resistentes, com auto-satisfação, revelando-se capazes de fazer face a situações de tensão sem ficarem transtornados.

#### *Extroversão (E)*

Avalia a quantidade e intensidade das interações interpessoais, o nível de atividade, a necessidade de estimulação, e a capacidade de exprimir alegria.

Características do sujeito com pontuação alta: Sociável, ativo, falador, orientado para a relação interpessoal, otimista, amante da diversão, afetuoso. Característica do sujeito com pontuação baixa: Reservado, sóbrio, pouco exuberante, distante, orientado para a tarefa, tímido, silencioso sendo mais orientadas para a tarefa e independentes nas suas tomadas de decisão.

#### *Abertura (O)*

Esta dimensão avalia a procura proactiva e apreciação da experiência por si própria; a tolerância e exploração do não familiar.

Os sujeitos com pontuação alta: são curiosos, com interesses diversos, criativos, original, imaginativo, e apresentam o gosto pelo não tradicional. Por contraponto o sujeito com pontuação baixa é mais convencional, pragmático, tem interesses mais limitados e não tem inclinações artísticas nem analíticas.

#### *Amabilidade (A)*

Avalia a qualidade da orientação interpessoal num contínuo, que vai, desde a compaixão, ao antagonismo nos pensamentos, sentimentos e ações. O individuo amável é fundamentalmente altruísta com bons sentimentos e, digna de confiança, reta e inclinada a perdoar.

Características do sujeito com pontuação alta: Sentimental, bondoso, de confiança, prestável, disposto a perdoar, crédulo, reto. Característica do sujeito com pontuação baixa: Cínico, rude, desconfiado, pouco cooperativo, vingativo, impiedoso, irritável, manipulador.

#### *Conscienciosidade (C)*

Avalia o grau de organização, persistência e motivação no comportamento orientado para um objetivo. A conscienciosidade é um aspeto daquilo que se designa por carácter. Contrasta pessoas que são de confiança e escrupulosas com aquelas que são preguiçosas e descuidadas. O sujeito consciencioso tem força de vontade, é determinado, escrupuloso, pontual organizado, trabalhador, auto-disciplinado, arranjado, ambicioso, perseverante e de confiança. Não significa que os sujeitos com pontuação baixa tenham falta de princípios morais, mas são menos escrupulosos na sua aplicação, e menos obstinados na prossecução dos seus objetivos. São também mais preguiçosos, despreocupados, negligentes, com fraca força de vontade existe evidência de que serão mais hedonistas.

Em suma, e de acordo com Costa e McCrae (1992), as trinta facetas foram escolhidas, para representar constructos, frequentemente importantes, no interior de cada um desses domínios (Lima & Simões, 2003).

## 2 - Depressão na velhice

O aumento da população idosa está associado à prevalência elevada de doenças crónicas degenerativas, dentre aquelas que comprometem o funcionamento do sistema nervoso central, como as enfermidades neuropsiquiátricas, particularmente a depressão (Stella, Gobbi, Gorazza et al., 2002).

Como refere Fontaine (2000), as psicopatologias mais frequentes nos idosos são os estados depressivos e as demências. Convém no entanto clarificar que a depressão em nada é específica deste grupo etário, e que não aumenta depois dos 60 anos (Fontaine, 2000). Se o número de idosos com depressão aumentou, tal deve-se ao facto de o número global de idosos ter aumentando.

Para, Buchanan, Cappelliez, Tourigny et al., (2006), a depressão é o problema de saúde mental mais comum na terceira idade, tendo impacto negativo em todos os aspetos da vida, sendo assim de grande relevância, na saúde pública (Ferrari & Dalacort, 2007).

Atualmente, a depressão é uma psicopatologia com uma elevada prevalência. É talvez uma das formas mais frequentes de psicopatologia (Campos, 2009).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), desde a década de 90, a depressão vem ocupando uma posição de destaque no rol dos problemas de saúde pública, considerada a doença mais cara de todas as doenças em todo o mundo, e que até o ano de 2010, só perderá o primeiro lugar para as doenças isquémicas cardíacas graves. Ainda segundo a OMS, esta síndrome, no ano de 2020, será a segunda moléstia que mais afetará os países desenvolvidos e a primeira em países em desenvolvimento (Nascimento, 1999; Lafer & Amaral 2000 cit. in Coutinho, Gantiès, Araújo et al., 2003).

Em Portugal a informação consultada sobre as doenças mentais é ainda limitada. Segundo o censo psiquiátrico de 2001, da Direção Geral de Saúde (Bento, Carreira & Heitor, 2001 cit. in Campos, 2009), a depressão foi a segunda patologia psiquiátrica mais frequente, a seguir à esquizofrenia, com 14,9% dos casos, numa amostra de 66 instituições de saúde.

Embora não tenham sido encontrados dados que permitam uma completa caracterização do País, estima-se que a prevalência de perturbações psiquiátricas na população geral ronde os 30% sendo aproximadamente de 12% a incidência de perturbações graves (Costa, cit. in Paúl & Fonseca, 2005). Segundo os autores a depressão pode atingir cerca de 20% da população (com tendência para aumentar), representando a primeira causa de incapacidade nos países desenvolvidos no âmbito das perturbações psiquiátricas, em conjunto com a esquizofrenia a depressão é responsável por 60% dos suicídios em Portugal (Ministério da Saúde, 2004). Estudos realizados na comunidade europeia (por exemplo Eurodep Study) permitem estimar que aproximadamente oito milhões de cidadãos, com idade igual ou superior a 65 anos, sofrem de formas potencialmente tratáveis de depressão (Copelan, 1999 cit. in Paúl & Fonseca, 2005).

De acordo com Gluccione (2002), embora isso também se verifique em outras faixas etárias adultas, a depressão permanece um problema significativo encontrado por profissionais que trabalham com o idoso (Gazalle, Lima, Tavares et al., 2004).

A OMS estima que aproximadamente 1 em cada 10 idosos sofra de depressão. Para Fraiman (1991,) a prevalência da depressão na pessoa idosa seria quatro vezes maior do que na pessoa em geral (Pimentel, 2010).

A prevalência de depressão nos idosos é relevante na prática clínica, para que se possa intervir adequadamente assim como prevenir fatores de risco (Oliveira, Gomes & Oliveira, 2006).

Em suma, de entre os diversos transtornos que afetam os idosos, a depressão merece especial atenção, uma vez que apresenta frequência elevada e consequências negativas para a qualidade de vida dos indivíduos afetados (Gazalle, Lima, Tavares et al., 2004).

## 2.1- Caracterização da Depressão na velhice

Depressão e transtornos mentais associados são temas abordados desde antiguidade. No entanto, foi a partir dos estudos de Hipócrates (460-370 a.c) e de seus discípulos que surgiu o conceito “melancolia”(Garcia, Passos, Campo et al., 2006). Interessante ressaltar que juntamente com este conceito, surgiu o primeiro critério diagnóstico para a condição que se propunha: “ se a tristeza persiste, então é melancolia” (Stefanis & Stefanis, 2005 cit. in Garcia, Passos, Campo et al., 2006, p.111).

O termo manteve-se como único especificador de morbidade do humor até ao fim do século XIX, quando Kraepelin propôs o conceito de “depressão maníaca” objetivando diferenciar nosologicamente os transtornos de humor da esquizofrenia sendo esta última até denominada de demência precoce (Stefanis & Stefanis, 2005 cit. in Garcia, Passos, Campo et al., 2006,).

Até aos anos 70 o termo depressão remetia fundamentalmente para uma entidade psiquiátrica ou psicopatológica concreta e, segundo Blatt e Levy (1998), é a partir dessa altura que a depressão começa a ser vista não necessariamente como uma entidade psiquiátrica, mas antes como um estado afetivo disfórico, variável em intensidade, temporalidade e adaptabilidade, que pode manifestar-se num contínuo, desde formas relativamente moderadas e circunscritas no tempo, em respostas a acontecimentos perturbadores, até formas graves, persistentes e fortemente desadaptativas, onde o juízo da realidade pode estar comprometido (Campos, 2009).

Segundo Blatt, D’Afflitti & Quinlan, (1976 cit. in Campos, 2009) até aos anos 70 a investigação realizada focava-se, sobretudo, numa visão da depressão como uma perturbação clínica e nas suas manifestações sintomáticas e não numa visão da depressão como um conjunto de experiências internas presentes, não só nos individuais clinicamente deprimidos, mas também nos sujeitos normais.

Segundo Campos (2009), o conceito de Depressão remete para realidades diferentes e apresenta diferentes significados em função da época histórica e do que realmente se pretende caracterizar: personalidade, quadro clínico ou tipo de afeto, por exemplo. Além disso pode ser entendido segundo diferentes pontos de vista, segundo diferentes escola de pensamento, como a médica ou biológica, psicanalística, cognitivista, comportamental, interpessoal ou sócio-cultural, entre outras (Campos, 2009).

No quotidiano, constata-se que a palavra depressão é utilizada de forma genérica, abrangendo um grande número de doenças, principalmente aquelas ditas mentais, distorcida do seu significado real. No senso comum, designa desde alterações psicológicas e perturbações psiquiátricas graves à flutuações de humor ou de carácter (Coutinho, 2001).

O termo depressão, na linguagem corrente, tem sido utilizado para designar tanto um estado afetivo normal (a tristeza), quanto um sintoma, uma síndrome e uma (ou várias) doença (s) (Porto, 1999).

Enquanto *sintoma*, a depressão pode surgir nos mais variados quadros clínicos, entre os quais: transtorno de estresse pós-traumático, demência, esquizofrenia, alcoolismo, doenças clínicas, etc. Pode ainda ocorrer como resposta a situações estressantes, ou a circunstâncias sociais e económicas adversas.

Enquanto *síndrome*, a depressão inclui não apenas alterações do humor (tristeza, irritabilidade, falta da capacidade de sentir prazer, apatia), mas também uma gama de outros aspetos, incluindo alterações cognitivas, psicomotoras e vegetativas (sono, apetite).

Finalmente, enquanto *doença*, a depressão tem sido classificada de várias formas, na dependência do período histórico, da preferência dos autores e do ponto de vista adotado. Entre os quadros mencionados na literatura atual encontram-se: transtorno depressivo maior, melancolia, distímia, depressão integrante do transtorno bipolar tipos I e II, depressão como parte da ciclotímia, etc.

Em suma, o termo de depressão pode abranger significados muitos diferentes: uma doença psíquica, um sintoma, um síndrome, um estado afetivo equivalente a tristeza ou melancolia (Oliveira, 2008).

Mais do que depressão poderia falar-se de depressões, tantas são as formas de expressão, mais ou menos graves, embora esteja sempre presente, em maior ou grau, a ansiedade, a angústia, a preocupação, sentimentos de culpa, sentimentos de infelicidade, redução de atividades etc (Oliveira, 2008).

Há depressões que atingem mais o indivíduo em si, a sua identidade pessoal (depressão introjectiva ou autocrítica, com sentimentos de culpa e mecanismos de defesa) e outras que prejudicam mais aspetos relacionais ou sociais (depressão analítica ou de dependência, manifestando sinais de desamparo e sentimentos de abandono (Blatt, 1990 cit. in Oliveira, 2008).

O termo depressão pode remeter para um ou mais quadros diagnósticos, correspondendo a conjuntos mais ou menos homogêneos de sintomas, mas também, para um

estado afetivo mais ou menos estável e mais ou menos grave, para um tipo de humor, humor depressivo, ou para um tipo de personalidade, a personalidade depressiva (Campos, 2009).

A depressão no idoso define-se, como a existência de síndrome depressiva, definido na American Psychiatric Association's Diagnostic and Statistical Manual (DSM-IV) e no International Classification of Diseases (ICD-10), em indivíduos com mais de 65 anos, que podem ter tido início antes ou depois dos 65 anos (Alexopoulos, 2005 cit. in Medeiros, 2010).

## 2.2 -Classificação das diferentes formas de Depressão

Na atualidade, os sistemas de classificação em uso são a CID-10 (WHO,1992) publicada em 1992 pela OMS e o DSM-IV (APA,1994/1996), publicada em 1994. Em 2000 a APA (2000/2002) publicou um texto revisto do DSM-IV, o DSM-IV-TR, que no entanto apresenta apenas pequenas correções ao texto do DSM-IV, sem alterações significativas (Campos, 2009).

Atualmente na quarta edição pretendem ser abordagens atóricas, representando o consenso de autores com diversas orientações teóricas (APA,1995). O DSM-IV procura estabelecer uma definição operacional para depressão, empiricamente fundamentada e de uso generalizado na prática académica e clínica (Orsini, 2006).

A tabela seguinte apresenta os subtipos de depressão de acordo com o DSM-IV

**Tabela 6-** Subtipos de depressão de acordo com o DSM-IV (Adap. de Afonso, 2007 )

<b>Depressão Menor</b>	<b>Depressão Major</b>	<b>Distímia</b>
<p>O sujeito apresenta um dos sintomas nucleares (humor depressivo e falta de interesse) e 1, 2 ou 3 dos sintomas a seguir, durante pelo menos duas semanas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Sentimentos de desvalorização ou culpa inapropriados;</li> <li>-Diminuição da capacidade de concentração e tomada de decisão;</li> <li>-Fadiga;</li> <li>-Agitação ou lentificação motora;</li> <li>-Insónia ou hipersónia;</li> <li>-Diminuição ou aumento significativo do peso ou apetite;</li> <li>-Pensamentos recorrentes de morte ou ideação suicida.</li> </ul>	<p>O sujeito apresenta um dos sintomas nucleares (humor depressivo e falta de interesse em quase todas as atividades) e 4 ou mais dos sintomas a seguir, durante pelo menos duas semanas consecutivas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Sentimentos de desvalorização pessoal ou culpa inapropriados;</li> <li>-Diminuição da capacidade de concentração e tomada de decisão;</li> <li>-Fadiga;</li> <li>-Agitação ou lentificação motora;</li> <li>-Insónia ou hipersónia;</li> <li>-Diminuição ou aumento significativo do peso ou apetite;</li> <li>-Pensamentos recorrentes de morte ou ideação suicida.</li> </ul>	<p>É uma perturbação crónica do humor, não tão grave como a depressão major . O indivíduo está deprimido embora com intensidade ligeira ou moderada. Caracterizada pelo menos por 2 anos de humor depressivo durante mais de metade dos dias. Raramente ocorre na velhice, no entanto pode persistir a partir da meia-idade até ao final da vida (Blazer, 1994; Devenand, Noble &amp; Singer, 1994).</p>

## 2.3 -Sintomatologia depressiva na velhice

A depressão na velhice é tratável, mas o diagnóstico pode ser um desafio, pois é associado a uma variedade de desordens físicas e prejuízo cognitivo (Mulsan &, Ganguli 1999; Salzman, 1999; Conn, 2005; Giron, Fastbom Winblad, 2005 Adelmam Adler, Amidon et al., 2003 cit. in Ferrari & Dalacort, 2007). A sobreposição entre sintomas físicos e depressivos complicam o reconhecimento e o diagnóstico da patologia (Conn, 2005; Adair, Adam, Adler et al., 2004 cit. in Ferrari & Dalacort, 2007).

As teorias que sustentam a depressão no idoso, como sendo diferente do tipo de depressão em outras faixas etárias, apoiam-se, entre outros aspetos, na diferença de sintomatologia apresentados em cada caso (Martins, 2008).

É importante salientar que no idoso a apresentação do quadro nem sempre é típica, podendo manifestar-se unicamente como um sintoma somático ou deficit cognitivo (Mulsan &, Ganguli 1999; Conn, 2005 cit. in Ferrari & Dalacorte, 2007). Segundo Martins (2008), é nas idades mais avançadas que a depressão atinge os mais elevados índices de morbidade e mortalidade na medida em que assume formas incharacterísticas, muitas vezes difíceis de diagnosticar e, conseqüentemente, de tratar.

A depressão em idosos pode ser expressar clinicamente de uma maneira que torna difícil reconhecer em comparação com outros grupos etários. Em vez de um olhar triste, idosos com depressão apresentam com frequências problemas físicos, dores de cabeça e estômago (sem causa médica), bem como fadiga e irritabilidade ou ambos (Alexopoulos et al., 1999; Caine & Conwell, 2001; Conwell & Pearson, 2002; Karel et al., 2002; Williamson, Shaffer e Parmelee cit. in Pocinho, Farate, Dias, Lee & Yesavage, 2009). Segundo Fleck e colaboradores (2003), a depressão é subdiagnosticada e subtratada (Garcia, Passos, Campo et al., 2006). Segundo Cohen & Eisdorfer, existem diversos estudos que demonstram que os idosos apresentam, na sua maioria depressões atípicas, não se encaixando por isso nos padrões das classificações existentes nomeadamente CID 10 e DSM-IV 1997 (Martins, 2008).

Segundo Samuels et al., (2004) os sintomas depressivos não são tão aparentes como na depressão em adultos. O diagnóstico de transtorno depressivo em idosos requer maior cautela, uma vez as queixas somáticas são frequentes no próprio processo de envelhecimento normal, sendo que nos idosos deprimidos essas queixas são exacerbadas associados a alto índice de ansiedade (Trentini et al., 2005; Samuels et al., 2004, cit. in por Stella, Gobbi Gorazza et al., 2002).

Todavia, de acordo com o DSM-IV o diagnóstico de depressão em idosos implica os mesmos critérios diagnósticos que para os restantes grupos etários: humor depressivo, insónia, anorexia e perda de peso, diminuição do interesse, cansaço, culpa e preocupações somáticas (Pimental, 2010). No entanto, estes sintomas podem variar e ser difíceis de identificar devido ao processo de envelhecimento ou a mudanças ambientais (Afonso, 2007 cit. in Pimental, 2010).

A apresentação de sinais e sintomas nos idosos resulta na dificuldade em diferenciar o que podemos considerar envelhecimento normal dos processos patológicos (Gazalle, Lima, Tavares et al., 2004). Em pacientes idosos, além dos sintomas comuns, a depressão costuma ser acompanhada por queixas somáticas, hipocondria, baixa auto-estima, sentimentos de inutilidade, humor disfórico, tendência autodepreciativa, alteração do sono e do apetite, ideação paranóide e pensamento recorrente de suicídio (Stella, Gobbi Gorazza et al., 2002).

É importante ressaltar as semelhanças nas sintomatologias de demências e depressão senil, aumentando ainda mais a dificuldade em precisar diagnósticos. Agravar este quadro revela-se muitas vezes a coexistência de demência e depressão senil (Chiu et al., 2005; Samuels et al., 2004; Zubenko et al., 2003 cit. in Stella, Gobbi, Gorazza et al., 2002).

Quanto ao idoso, o reconhecimento clínico dessa síndrome, também é bastante complexo. Por um lado, os sintomas são muitas vezes atribuídos a processos genéticos, sociais, degenerativos cerebrais e a doenças físicas que contribuem em proporções variadas (Coutinho, Gantiès, Araújo et al., 2003).

A tabela 7 apresenta os sintomas de depressão mais evidentes no idoso.

Tabela 7-Sintomas da depressão no idoso (Adaptado de Stella et al., 2002, p. 93).

<i>Sintomas do estado de humor</i>	<i>Sintomas Neurovegetativos</i>	<i>Sintomas cognitivos</i>	<i>Sintomas psicóticos</i>
Deprimido/disfórico Irritabilidade Tristeza Desânimo Sentimento de abandono Sentimento de inutilidade Diminuição da auto-estima Retraimento social/solidão Anedonia e desinteresse Idéias autodepreciativas Idéias de morte Tentativas de suicídio	Inapetência Emagrecimento Distúrbio do sono Perda da energia Lentificação psicomotora Inquietação psicomotora Hipocondria Dores inespecíficas	Dificuldade de: -concentração -memória Lentificação do raciocínio	Idéias paranóides Delírios de ruína Delírios de morte Alucinações mandativas de suicídio

Em suma, os sintomas em geral estão associados à presença de doenças físicas ou ao uso de medicamentos.

## 2.4 - Etiologia da Depressão e Fatores Risco na velhice

Na atualidade a etiologia da depressão é vista de uma forma ampla e integrada, dentro de um contexto de inter-relação de numerosos problemas psicológicos, sociais e físicos que muitas vezes mascaram o diagnóstico e dificultam o tratamento (Snowdon, 2002; Steffens, 2005 cit. in Gazalle, Lima, Tavares et al., 2004).

Guy (1990), aponta três modelos explicativos da depressão: 1) bioquímicos, a nível neurológicos e/ ou endocrinológicos; 2) psíquicos, com explicações mais ou menos psicodinâmicas (psicanalistas) ou cognitivo-comportamentais; 3) Sociais (intergrupais) (Oliveira, 2008). De acordo com Gouveia, (1990), nenhum destes modelos explica cabalmente o complexo fenómeno patológico da depressão, nem obtém resultados terapêuticos seguros, sendo necessário, em cada caso, tentar modelos de interpretação e de terapia holísticos e sistémicos (Oliveira, 2008).

Um dos modelos mais adequados de abordagem da depressão na terceira idade é o modelo bio-psico-social que congrega os aspetos sociais, psicológicos e orgânicos como fatores necessários para produzir e manter o quadro depressivo (Garcia, Passos, Campo et al., 2006).

Gilbert (1992), refere que é necessidade entender a depressão como um fenómeno multi-causal, em que as causas se situam a vários níveis: a nível biológico, nas experiências familiares precoces, no estilo de personalidade constituído e no contexto social (Campos, 2009).

As causas de depressão nos idosos configuram-se dentro de um conjunto amplo de componentes onde atuam fatores genéticos, eventos vitais como o luto e abandono, e doenças incapacitantes entre outros (Stella, Gobbi Gorazza et al., 2002).

Cabe, realçar que a depressão nos idosos frequentemente surge em um contexto de perda da qualidade de vida associada ao isolamento social ao surgimento de doenças clínicas graves (Stella, Gobbi Gorazza et al., 2002). O convívio com a solidão, a perda de sentido de vida, a renúncia, a desistência, são desafios constantes no processo de envelhecimento (Coutinho, Gantiès, Araújo et al., 2003).

Segundo Pacheco (2002) doenças crónicas e incapacitantes constituem fatores de risco para a depressão. Sentimentos de frustração perante os anseios de vida não realizados e a própria história do sujeito marcada por perdas progressivas do companheiro, dos laços afetivos e da capacidade de trabalho, bem como abandono, o isolamento social, a ausência de retorno social do investimento escolar, a aposentadoria, que mina os recursos de sobrevivência, são fatores que comprometem a qualidade de vida e predispõem o idoso ao desenvolvimento da depressão (Stella, Gobbi, Gorazza et al., 2002).

A tendência atual não é, segundo Garcia, Passos, Campo et al., (2006) apontar diferenças marcantes entre a depressão em idosos e a de outras faixas etárias, mas sim enfatizar que o que há de diferente é a situação vivencial específica do idoso. O idoso está numa situação de perdas continuadas; a diminuição do suporte familiar; a perda de status ocupacional e económico, o declínio físico continuado, a maior frequência de doenças físicas e a incapacidade pragmática crescentes são motivos suficientes para uma diminuição do humor (Garcia, Passos, Campo et al., 2006).

Do ponto de vista biológico, durante o processo de envelhecimento é mais frequente o aparecimento de fenómenos degenerativos ou doenças físicas capazes de produzir os sintomas característicos da depressão. Assim os clássicos conceitos de depressão reactiva, depressão

secundária e depressão endógena se confundem na depressão senil (APA, 1994 cit. in Garcia, Passos, Campo et al., 2006).

Tabela 8 - Causas da Depressão na Velhice (Adaptado de Garcia, Passos, Campo et al., 2006, p.116)

<i>Diferentes causas da depressão</i>		
<b>Depressão reactiva</b>	Relacionada a alguma situação vivencial traumática	O idoso passa por uma condição existencial que envolve muitas vezes, sofrimento, problemas e dor, devido até mesmo à sua condição social
<b>Depressão Secundária</b>	Secundária à alguma condição orgânica	O processo de envelhecimento já é marcado por inúmeras alterações orgânicas que em diversos casos são degenerativas ou até mesmo patológicas
<b>Depressão exógena</b>	Constitucional, atrelada à personalidade	As pessoas com depressão endógena ou constitucional envelhecem depressivas.

Em suma, como se pode deduzir da tabela acima, pelas condições existências a depressão nos idosos bem que poderia ser reactiva. Poderia igualmente ser secundária e, finalmente pelos eventuais antecedentes, poderia ser endógena. A valorização de um ou outro tipo de fatores causais depende de escola ou teoria de referência (Campos, 2009).

## 2.5- Consequências da Depressão na velhice

A depressão na velhice é tratável, no entanto estudos demonstram que menos da metade dos pacientes identificados como deprimidos recebem tratamento, e metade dos tratados não o recebem de forma adequada (Mulsan &, Ganguli 1999; Conn, 2005, cit. in Ferrari & Dalacorte, 2007).

A deteção clínica da depressão nos idosos que vivem na comunidade continua a ser um problema maior de saúde pública (Paúl & Fonseca, 2005). Segundo estes autores, as consequências e implicações da depressão no idoso sob o ponto de vista económico (aumento da população dependente, aumento das despesas com a saúde e segurança social); social (alteração das relações familiares e interpessoais, maior necessidade de instituições que prestem cuidado e assistência ao idoso; sanitário (aumento do consumo de cuidados primários e diferenciados, aumento da necessidade de pessoal e de instituições especializadas; ético (problemática do suicídio no idoso), justificam um estudo mais aprofundado e rigoroso acerca desta temática. Cabe lembrar que nos pacientes idosos deprimidos o risco de suicídio é duas vezes maior do que nos não deprimidos (Pearson & Brown, 2000 cit. in Stella, Gobbi Gorazza et al., 2002).

A Tabela 9 sintetiza as consequências da depressão na velhice resultante das abordagens dos diferentes autores (Pimentel, 2010).

**Tabela 9 - Consequências da depressão na velhice (Adaptado de Pimentel, 2010,p.10)**

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

Em síntese, dado os altos custos pessoais e públicos da depressão nas populações idosas, a prevenção e o tratamento da depressão no idoso revestem-se por isso, de extrema importância no âmbito da saúde pública.

### **3 -Personalidade e Sintomatologia Depressiva na Velhice**

#### **3.1- Modelos de relação entre personalidade e depressão**

Desde a antiguidade, numerosos clínicos descreveram relações entre personalidade e depressão (Hansenne, 2005). Do ponto de vista teórico e prático, a compreensão dos traços de personalidade associados à depressão, ou que podem predispor à depressão, enquanto entidade nosológica é extremamente importante (Campos, 2000).

A literatura existente que relaciona personalidade e depressão é muito vasta. Segundo González e Jiménez, (1999), é uma questão controversa em que nem sempre existe consenso (Campos, 2000).

Segundo Hansenne (2005), do ponto de vista conceptual, a existência de diversos modelos da personalidade e o problema da heterogeneidade das formas de depressão complicam o estudo das relações entre depressão e personalidade. Globalmente, parece que determinados aspetos da personalidade exercem influência sobre o aparecimento o desenvolvimento e o prognóstico de um estado depressivo (Hansenne, 2005).

Segundo Campos (2009), para se compreender a depressão, não tanto do ponto de vista dos seus sintomas, mas do ponto de vista do funcionamento interno é incontornável tentar compreender como se articula com a personalidade. Segundo o autor o conceito de personalidade depressiva é afim do conceito de depressão. Kein et al. (1983 cit in Campos, 2009) referem que a noção de perturbação depressiva da personalidade ou de personalidade depressiva representa a encruzilhada entre depressão e a personalidade porque os dois conceitos se fundem num só.

Segundo Santor, Bagby e Joffe (1997) a personalidade e a depressão apresentam interações complexas e controversas expressando segundo os autores dois tipos de modelos. No primeiro encontram-se os modelos onde os traços de personalidade podem predispor o indivíduo a episódio depressivos (modelo de vulnerabilidade) ou podem apenas influenciar o curso e a manifestação de episódios depressivos (modelo de exacerbação e patoplastia). No segundo grupo a personalidade é incidental à instalação e ao curso da depressão. a personalidade é uma complicação de um episódio depressivo ( complicação) ou resultado de um terceiro fator que também é responsável pela instalação do fenómeno depressivo (modelo de causalidade/espectro).

Na prática, existem vários modelos teóricos quanto à relação existente personalidade e psicopatologia em geral e entre personalidade e depressão em particular (Campos, 2009).

O quadro seguinte descreve a conceptualização segundo diferentes autores, dos tipos de relação entre personalidade e depressão.

Tabela 10 - Resumo dos Modelos/Relações entre personalidade e depressão (Adaptado de Campos, 2009).

<i>Autores</i>	<i>Modelos/ Relações</i>
Akishal et al. ( 1983)	Etiológicos Patoplásticos Espectro Complicação
Phillips et al, 1990	Existem traços pré mórbidas da personalidade que podem predispor à depressão Existem traços de personalidade pós depressivos Existem traços de personalidade que coexistem com a depressão Existe um efeito patoplástico da personalidade sobre a depressão Existem certos traços depressivos normais na personalidade
Frank et al cit.in Gilbert, 1982	Determinadas características da personalidade podem predispor o indivíduo á depressão A personalidade modificaria a doença afetiva A perturbação da personalidade seria uma complicação da doença afetiva A patologia da personalidade seria uma complicação da doença afetiva A patologia da personalidade representaria uma forma ou expressão atenuada da doença afetiva
Klein et al (1993)	Modelos de causa comum Modelo de espectro ou subclínicas Modelos de predisposição ou vulnerabilidade Modelos patoplásticos e de exacerbação Modelos de cicatriz e de exacerbação
Milton (1996)	Patoplásticas Espectro Etiológicas
Widiger et al.(1999)	Patoplásticas Espectro Etiológicas

Segundo Klein et al. (1999 cit in Campos, 2009), a distinção entre diferentes modelos é fluida e difícil de definir.

Neste trabalho, seguiremos a formulação de Klein et al (1983), descrendo os modelos propostos.

### 3.1.1- Modelo patoplásticos e de exacerbação

Os modelos patoplásticos assumem que personalidade e depressão são etiologicamente diferentes, mas que se verificam interações entre as suas características,

influenciando cada uma a apresentação sintomática da outra. A personalidade pode colorir a forma como o afecto depressivo é expresso e experienciado, pode colorir ou moldar a expressão sintomática da depressão (Klein, Wonnderlich & Shea.,1993; Millonm,1996 cit. in Campos, 2009). De acordo com um modelo patoplástico, a depressão que é experimentada por um tipo sociotrópico será caracterizada provavelmente por sentimentos de perda, privação e solidão, enquanto a depressão expressa por um tipo introjectivo será provavelmente caracterizada por sentimentos de fracasso, culpa, auto-desvalorização. Um outro exemplo é o de que um traço de extroversão parece associar-se a um funcionamento social mais ajustado do sujeito quando deprimido.

Hirschfeld, et al., (1983), verificaram que o estado depressivo influenciava fortemente a avaliação do neuroticismo e da extroversão, mesmo quando os sujeitos recebiam instruções explícitas para responderem como eram geralmente ou quando se encontravam bem (Campos, 2009). Também Liebowitz et al., (citados por Schrader, 1994 in Campos, 2009) verificaram que o estado afectivo influenciava avaliação dos traços de personalidade.

### 3.1.2 - Modelos de predisposição, etiológicos ou de vulnerabilidade

Já segundo a visão etiológica, determinadas características da personalidade tornariam o sujeito propenso a deprimir-se. Por exemplo, segundo Milton (1996), determinadas personalidades poderiam gerar conflitos interpessoais e criariam acontecimentos de vida negativos que favoreceriam o desenvolvimento de episódios depressivos, ou simplesmente tornariam o sujeito mais vulnerável a determinados fatores psicossociais de stress (Campos, 2009). A lógica subjacente a este tipo de modelos, descrita por Milton, é a de que nem, todas as pessoas que experienciam determinados acontecimentos de vida se deprimem, pelo que teria de haver uma qualquer susceptibilidade individual, que poderia ser, possuir determinados estilos de personalidade.

Segundo Windiger, Verheul & Brink, (1999 cit. in Campos, 2009) é lícito considerar que a forma característica de pensar, de sentir, de se comportar e de relacionar com os outros pode contribuir para o desenvolvimento de perturbações mentais, também que algumas dessas perturbações graves e crónicas podem, por seu turno, contribuir para alterações fundamentais na personalidade.

Os modelos de predisposição, etiológicas, ou de vulnerabilidade, pressupõem que uma perturbação precede e aumenta o risco para o desenvolvimento da outra, mas de alguma forma estes modelos sobrepõem-se aos modelos de espectro e, na prática a distinção pode ser difícil (Klein et al., 1993 cit. in Campos, 2009). A diferença é que nos modelos de predisposição nenhum outro fator causal é postulado, nem é muitas vezes assumido que a condição predisponente é uma causa necessária para a segunda condição (Campos, 2009). De acordo com Kein et al., (1993), este tipo de modelos assume que a primeira condição cria fatores de risco específicos para o desenvolvimento da segunda, por exemplo pessoas

introvertidas não recebem reforços sociais positivos pelo que tendem a deprimir-se (Campos, 2009).

A propósito da discussão sobre os modelos que postulam uma relação etiológica entre personalidade e a depressão Akiskal, et al., (1983) refere que a introversão seria o traço pré-mórbido mais importante. Outros autores (e.g. Hirschfeld et al., 1989) salientam o neuroticismo (Campos, 2009). De acordo com Clark e Watson (1991), a relação entre introversão e depressão pode, em parte, dever-se a uma fraca presença nos sujeitos com depressão de uma faceta da dimensão de extroversão segundo o modelo dos cinco fatores, que são as emoções positivas, cuja escassez é típica das depressões (Campos, 2009),

No que concerne ao neuroticismo, Widiger et al., (1999 cit. in Campos, 2009) afirmam que pode ser considerado um traço de vulnerabilidade geral à patologia, sendo que a forma patológica específica que o sujeito desenvolve dependeria de outros fatores.

### 3-1-3 Modelos de cicatriz ou de complicação

Os modelos de cicatriz ou de complicação são próximos dos modelos de vulnerabilidade, relativamente aos quais são difíceis de distinguir e são próximos dos modelos patoplásticos, mas o foco de atenção nestes modelos não é o início ou o curso mas sim a fase residual ou de recuperação (Campos, 2009).

### 3-1-4 Modelo de causa comum e modelos de espectro ou subclínicos

Segundo Klein et al., (1993 cit. in Campos, 2009), nos modelos de causa comum, a depressão e a personalidade perturbada são entendidas como fenómenos distintos, mas determinados ambos pelos mesmos processos subjacentes, ou seja por uma vulnerabilidade geral (Campos, 2009). Trata-se de modelos que se podem considerar muito próximos, ou como uma variante dos modelos de espectro.

Estes modelos assumem que a personalidade e depressão estão relacionadas e são diferentes manifestações ou fases do mesmo processo mórbido subjacente. Geralmente, os dois conceitos estão relacionados no tempo, um é um estágio precoce ou subclínico do outro, ou partilham traços clínicos mas diferem na gravidade ou tipo de disfunção causa. Assim, uma das condições seria uma manifestação da variante da outra, e não uma perturbação diferente que cria vulnerabilidade. O espectro é geralmente um contínuo de gravidade. Segundo Klein et al., (1993) de acordo com esta lógica, uma perturbação ou estilo de personalidade pode ser considerada um estágio precoce ou uma manifestação atenuada de um processo mórbido (Campos, 2000).

De acordo com Klein et al., (1993) falar de relações etiológicas, ou mesmo patológicas, pode ser enganador, porque muitas das perturbações da personalidade podem simplesmente ser variações extremas e desadaptativas dos traços de personalidade normais e

podem também ser variantes caracteriais de diversas perturbações sindrômicas. Ou seja, podem existir relações de espectro (Campos, 2009).

A tabela 11 sintetiza as principais previsões dos modelos clássicos.

Tabela 11 - Resumo das principais previsões dos modelos clássicos (Adaptado de Klein, Kotov & Bufferd, 2011, p. 272)

<i>Modelo</i>	<i>Previsões do modelo sobre o traço alvo e sua relação com a depressão</i>
Causa comum	Etiologia compartilhada
Continuum /espectro	Etiologia similar; associação é bastante específica e não-linear
Percursor	Etiologia similar; prevê o início da depressão
Predisposição	Prevê o início da depressão, outras variáveis mediar ou moderar este link
Patoplástico	Prevê variação na apresentação ou o resultado de depressão acima e além de outras características de base
Concomitantes	Altera-se durante um episódio depressivo, mas voltar ao nível pré-mórbido após.
Consequências ou cicatriz	É alterada durante e após um episódio depressivo

Em suma, a forma em que um traço de personalidade pode interagir com a depressão apresenta relações controversas e complexas tornando-se crucial a compreensão da complexidade desta relação.

### 3.2- Estudos sobre a relação entre personalidade e depressão

Nesta sessão, pretende-se expor o estado de arte, tendo em conta os estudos que relacionam a temática da personalidade com a depressão.

A relação entre personalidade e depressão foi frequentemente descrita, mas só nas últimas décadas se realizaram estudos empíricos (Campos, 2009). Segundo Widiger & Trull, (1992), diversos estudos têm-se interessado na relação entre depressão enquanto fenómeno nosológico e personalidade. Porém e segundo Hansenne (2005) existem diferentes problemas metodológicos inerentes aos estudos sobre as relações entre personalidade e depressão. O mais importante desses problemas está ligado ao estado clínico dos doentes que pode influenciar de forma significativa a evolução da personalidade de base. Existem outros problemas, que se referem à heterogeneidade da depressão e ao momento de avaliação

Do ponto de vista conceptual, Flett e colaboradores (1985 cit. in Hansenne, 2005) estimam que os estudos sobre a relação entre personalidade e depressão consideram a primeira de forma demasiado restritiva, que os referidos estudos não avaliam as interações entre os diferentes traços de personalidade e que não consideram as relações de forma recíproca. Estes autores sugerem estudar as relações entre personalidade e depressão em referência a um modelo mais amplo e complexo, modelo esse que ainda não parece existir (Hansenne, 2005)

Nestes estudos foram colocadas 4 Hipóteses: primeiramente os fatores de personalidade podem predispor um indivíduo à depressão; em segundo lugar, a personalidade pode sofrer modificações na sequência de um estado depressivo; em terceiro lugar a depressão pode sofrer grande influência sobre as manifestações clínicas da depressão; por fim, a personalidade pode ser considerada como uma expressão atenuada de uma perturbação de humor (Akiskal et al., 1983; Kirschfeld et al., 1997 cit. in Hansenne, 2005).

A figura 1 esquematiza as relações entre personalidade e depressão colocadas em diversos estudos.

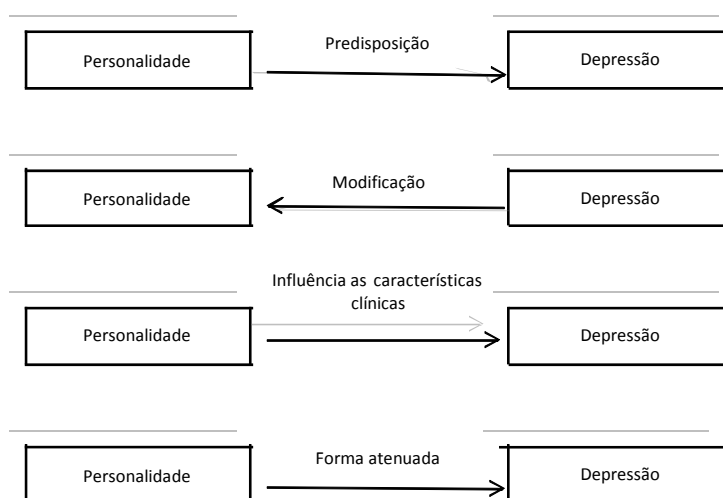


Figura 1. As 4 relações entre personalidade e depressão (Adaptado de Hansenne, 2005, p.286)

As possíveis relações listadas sugerem que a personalidade e depressão apresentam interações complexas e controversas (Santor, Bagby & Joffe, 1997).

Em seguida faremos uma explanação das hipóteses formuladas nos estudos realizados por diversos autores.

#### 1ª Hipótese - A personalidade como fator de predisposição

De acordo com a primeira hipótese determinadas características da personalidade, que existiam antes do episódio depressivo, podem tornar o indivíduo mais vulnerável à experiência de um estado depressivo. Trata-se de uma explicação causal da depressão, altamente difundida na literatura (Hansenne, 2005). Segundo Irigaray & Scheider (2007), há evidências da importância da personalidade no bem estar subjectivo e no início da depressão em idosos. De acordo com Fonseca (2004), será natural que, de acordo com o perfil de personalidade de cada pessoa, ela se torne mais ou menos susceptível a determinadas

patologias de foro mental (por exemplo, a maior neuroticismo corresponderá maior predisposição para a depressão) o que tenderá a acontecer independentemente da idade (Costa, Yang & McCrae, 1998 cit. in Fonseca 2004).

Alguns estudos mostraram que as dimensões da personalidade podem estar relacionadas aos índices de resiliência e bem estar subjectivo (Ryff, 1991; Staudinger, Marsiske & Baltes, 1993) além de desencadeamento de sintomas depressivos (Costa, McCrae & Zonderman, 1987; Costa et al., 2000; Diener & Diener & Diener, 1996; Martin, Valora & Poon, 2002; Small, Herzog, Hultsch & Dixon, 2003; Steunenber, Beekman, Deeg & Kerkhof, 2006; Watson & Walker, 1996 cit. in Irigaray & Schneider 2008).

Estudos realizados comprovam que a personalidade pode atuar como um dos principais fatores desencadeantes de sintomatologia depressiva na velhice. Baixos níveis de dominância e altos níveis de neuroticismo têm sido relacionados com desencadeamento de depressão em idosos. Por outro lado, altos níveis de extroversão e baixos níveis de neuroticismo aparecem associados com reduzido risco de mortalidade na velhice. De acordo com Maltby, Lewis & Hill, (1998), O neuroticismo também foi frequentemente correlacionado com o pessimismo e a depressão (Oliveira, 2002). Um estudo de Saklofske e Janzen (1995), provou a relação que existe entre sintomas neuróticos, como a variação de humor, e a depressão (Oliveira, 2002). Suls, Green e Hill (1998), encontraram uma correlação positiva entre o neuroticismo e a reacção emocional aos problemas do dia a dia (Oliveira, 2002).

Irigaray & Schneider (2007) realizaram um estudo, com a participação de 103 idosas que integraram a Universidade para a Terceira Idade (UNITI/UFRGS), cujo objectivo foi o de examinar a influência da personalidade no surgimento de sintomas depressivos. Concluíram que as características de personalidade podem tanto contribuir para a manutenção da saúde e o bem-estar subjectivo na velhice quanto influenciar o desencadeamento de sintomas depressivos.

Num estudo prospectivo, que incidia sobre 483 sujeitos, Hirschfeld e colaboradores (1989) mostraram que sujeitos que desenvolveram uma depressão, antes do episódio, se caracterizavam por uma nota de neuroticismo mais alta, e uma instabilidade emocional mais importante, relativamente aos sujeitos que não haviam desenvolvido tal quadro (Hansenne, 2005). Estudos mais recentes mostraram que a intensidade da dimensão de neuroticismo exerce influência sobre desenvolvimento e as complicações de um estado depressivo Major (Bagby et al., 1995; 1997; Surtess e Wainwright, 1996 cit. in Hansenne, 2005).

Caprar (1995) investigou a relação entre traços de personalidade e uma série de fatores que podem ser associados e favorecer um envelhecimento bem-sucedido, tendo concluído que “abertura à experiência” constitui um fator importante para a manutenção das capacidades de natureza cognitiva (Fonseca 2004).

## 2ª Hipótese A personalidade modifica-se após um episódio depressivo

A segunda hipótese pressupõe que a personalidade se modifica após um episódio depressivo. De acordo com Hansenne (2005), a atual hipótese constitui o inverso da antecedente. Os traços de personalidade dos doentes deprimidos são considerados como consequências, ou sequelas do episódio depressivo, isto sobretudo quando esse episódio foi grave (Hansenne, 2005). Esta hipótese foi infirmada por diferentes estudos (Rohde et al., 1990; Duggan et al., 1991; Shea et al., 1996 cit. in Hansenne 2005).

Duggan e colaboradores (1991) não encontraram uma variação de intensidade da dimensão de neuroticismo, num mesmo doente, durante o episódio depressivo, tanto no decurso da fase de remissão como após um período de 18 anos (Hansenne, 2005). Registaram apenas uma relação entre a intensidade da dimensão de neuroticismo e a duração de episódios depressivos. De igual modo Shea e colaboradores (1996) mostraram que traços de personalidade de doentes deprimidos, avaliados antes e depois de um episódio depressivo, não eram diferentes (Hansenne, 2005). Ambos os estudos referidos, registaram apenas, uma relação entre a intensidade da dimensão neuroticismo e a duração dos episódios depressivos,

Em sentido oposto, um estudo demonstrou que a dimensão de neuroticismo era mais elevada nos doentes deprimidos, após um episódio depressivo (Kendler et al., 1993, cit. in Hansenne, 2005).

Orsini (2006), realizou um estudo com 30 pacientes, com diagnóstico de depressão, de acordo com os critérios do DSM-IV, num hospital psiquiátrico de médio porte, localizado em Goiânia. O objectivo deste estudo foi investigar dois tipos de relações entre características de personalidade e sintomas depressivos. Parte do pressuposto de que os aspetos da personalidade hipoteticamente mais relacionados com sintomas depressivos são os traços de personalidade neuroticismo ou estabilidade emocional e extroversão. Numa primeira hipótese considera que traços de personalidade predispõem o individuo a episódios de depressão ou seja propunha uma estabilidade relativa e mudança absoluta para os fatores extroversão e neuroticismo. Além de torna-lo vulnerável, também podem influenciar o curso e a expressão dos sintomas depressivos. Numa segunda hipótese, considera que a influência dos traços de personalidade é apenas incidental, não sendo um fator de predisposição ou expressão, ou seja a estabilidade relativa dos fatores de personalidade não estaria relacionada com a severidade da sintomatologia depressiva, mas com os níveis destes traços antes do tratamento. Para investigar estas hipóteses foi necessário observar o que acontece tanto como as manifestações dos traços de personalidade, quanto com os sintomas depressivos antes e depois de alguma forma de intervenção terapêutica. Os resultados obtidos indicaram que, ambas, estabilidade relativa e mudança absoluta na personalidade, podem ser observadas no contexto de alteração aguda na severidade da depressão. Os escores de depressão e dos fatores de personalidade estabilidade emocional e extroversão alteraram consideravelmente (Orsini, 2006).

### 3ª Hipótese A personalidade exerce influência na expressão da depressão

Relativamente à terceira hipótese, independentemente de todas as considerações etiológicas, esta hipótese supõe que a personalidade dos doentes deprimidos exerce influência significativa sobre as manifestações da depressão (Hansenne, 2005). Num estudo realizado por Lazare e KleFlermen (1968), doentes deprimidos, que tinham uma personalidade obsessiva, receavam perder o controlo e apresentavam uma forma mais agitada de depressão (Hansenne, 2005). Inúmeros estudos revelaram que os fatores de personalidade exercem influência, de forma negativa, na evolução da sintomatologia depressiva, como seja a falta de confiança, o neuroticismo, bem como a presença de uma perturbação da personalidade (Charney et al., 1981; Black et al., 1988; Andrews et al., 1990; Duggan et al., 1990; Ruegg & Frances, 1995; Surtees e Wainwring, 1996 cit. in por Hansenne, 2005).

4ª Hipótese A personalidade como expressão atenuada de uma perturbação depressiva

Segundo Akiskal et al., (1983 cit. in Hansenne, 2005) existe um continuum entre personalidade pré mórbida e as perturbações clínicas. Os autores postulam que a personalidade e as perturbações clínicas correspondem à expressão dos mesmos fatores genéticos e ambientais subjacentes (Hansenne, 2005). Assim as noções clássicas de ciclotimia, de hipertimia e de distemia seriam expressões atenuadas de perturbações de humor (Hansenne, 2005). Nesta perspectiva, a personalidade evitante está relacionada com as perturbações ansiosas e a personalidade esquizotípica com a esquizofrenia.

A tabela 12 resume os resultados de um elevado número de estudos que abordaram a relação entre personalidade e depressão. Conclui-se, uma pesquisa considerável sobre neuroticismo e extroversão, mas pouca sobre a abertura, socialização ou consciência.

Tabela 12- Resumo dos resultados obtidos em estudos por diversos autores

<b>Tipos de Relações</b>	<b>Resultados/Estudos</b>		<b>Autores</b>
A personalidade como fator de predisposição	<p>Características de personalidade influenciam o desencadeamento de sintomas depressivos;</p> <p>Maior neuroticismo corresponderá a maior predisposição para a depressão) o que tenderá a acontecer independentemente da idade;</p> <p>Neuroticismo frequentemente correlacionado com o pessimismo e a depressão</p> <p>Pacientes deprimidos com níveis significativamente mais altos em neuroticismo, introversão e obsessividade</p> <p>Relação entre sintomas neuróticos e a depressão</p> <p>Altos níveis de neuroticismo e outros traços de personalidade como condições predisponentes para a depressão</p> <p>Correlação positiva entre o neuroticismo e a reação emocional aos problemas do dia-a-dia;</p> <p>A Introversão é o traço pré mórbido mais importante associado a relação etiológica entre personalidade e depressão</p> <p>Dimensões da personalidade podem estar relacionadas aos índices de resiliência e bem-estar subjetivo Ryff, 1991; Staudinger, Marsiske &amp; Baltes, 1993) além de desencadeamento de sintomas depressivos</p> <p>Sujeitos que desenvolveram uma depressão, antes do episódio, com níveis de neuroticismo mais elevados</p> <p>Intensidade da dimensão de neuroticismo exerce influência sobre desenvolvimento e as complicações de um estado depressivo Major</p>	<p>Irigaray &amp; Schneider (2007)</p> <p>Costa, Yang &amp; McCrae (1998) cit in Fonseca 2004).</p> <p>Maltby, Lewis &amp; Hill, (1998),</p> <p>Hirschfeld e Klerman (1979)</p> <p>Saklofske, Kelly e Janzen (1995)</p> <p>Zopnderman, Herbst, Costa e McCrae (1983)</p> <p>Suls, Green e Hill (1998)</p> <p>Akiskal et al.(1983)</p> <p>(Costa, McCrae &amp; Zonderman, 1987; Costa et al.,2000; Diener &amp; Diener &amp; Diener, 1996; Martin, Valora &amp; Poon, 2002; Small, Herzog, Hultsch &amp; Dixon, 2003; Steunenberg, Beekman, Deeg &amp; Kerkhof, 2006; Watson &amp; Walker, 1996 cit in Irigaray &amp; Schneider 2008).</p> <p>Hirschfeld e colaboradores (1989)</p> <p>Bagby et al., 1995; 1997; Surtess e Wainwright, 1996</p>	
A personalidade modifica-se após um episódio depressivo	<p>Experiência da depressão afeta a personalidade</p> <p>Dimensão de neuroticismo mais elevada nos doentes deprimidos, após um episódio depressivo</p> <p>Os escores de depressão e dos fatores de personalidade estabilidade emocional e extroversão alteraram consideravelmente</p> <p>Estabilidade das características de personalidade, em relação ao estado de humor do doente deprimido</p> <p>Os traços de personalidade de doentes deprimidos, são considerados como consequências ou sequelas do episódio depressivo</p>	<p>Hirschfeld, Klerman, Lavori, Keller e Coryell (1989)</p> <p>Kendler et al., 1993</p> <p>Orsini (2006),</p> <p>Hirschfeld e Klerman (1979)</p> <p>Rohde et al.,1990; Duggan et al., 1991; Shea et al., 1996). Shea e colaboradores (1996)</p>	
A personalidade exerce influência na expressão da depressão	<p>Doentes deprimidos, receiam perder o controlo e apresentam uma forma mais agitada de depressão</p> <p>Estado depressivo influencia fortemente a avaliação do neuroticismo e da extroversão</p> <p>Neuroticismo contribuí para a cronicidade da depressão</p> <p>Fatores de personalidade exercem influência, de forma negativa, na evolução da sintomatologia depressiva, como seja a falta de confiança, o neuroticismo, bem como a presença de uma perturbação da personalidade</p>	<p>Lazare e KleFlermen (1968);</p> <p>Hirschfeld, et al., (1983)</p> <p>Hirschfeld, Klermam, Andersen, Clayton e Keller (1986)</p> <p>(Charney et al., 1981; Black et al., 1988; Andrews et al.,1990; Duggan et al., 1990; Ruegg &amp; Frances, 1995; Surtees e Wainwring, 1996</p>	
A personalidade como expressão atenuada de uma perturbação depressiva	<p>Existem anormalidades nas personalidades de pacientes com transtornos de humor</p>	<p>Hirschfeld e Klerman (1979)</p>	

Segundo Campos (2009), apesar dos diferentes modelos serem identificados com um determinado tipo de relações entre personalidade e depressão, do ponto de vista do diagnóstico psicológico e da intervenção terapêutica, a questão a saber se a relação é de espectro, etiológica ou patoplástica acaba por ser pouco importante e, de certa forma, conceptual e empiricamente insolúvel. Em qualquer estudo em particular pode ser completamente difícil determinar qual das relações ocorreu.

Porém, do ponto de vista conceptual torna-se crucial a compreensão da complexidade desta relação, percebendo a forma em que um traço de personalidade pode interagir com a depressão.



## **PARTE EMPÍRICA**

## 4. Metodologia do Estudo

Após a revisão da literatura necessária para a compreensão do tema em estudo são apresentados neste ponto os objetivos gerais. Em seguida procedemos a uma explanação do desenho de investigação, participantes, instrumentos utilizados, procedimentos efetuados e por fim análise e interpretação de dados.

### 4.1- Enquadramento e objetivos

Com o envelhecimento progressivo da população, passou-se a desenvolver uma abordagem geriátrica mais globalizada dos problemas relacionados com esta faixa etária (Ferrari & Dalacort, 2007). De entre os diversos transtornos que afetam os idosos, a depressão merece especial atenção, uma vez que apresenta frequência elevada e consequências negativas para a qualidade de vida dos indivíduos (Gazale, Lima, Frank et al., 2004).

Na atualidade a etiologia da depressão é vista de uma forma ampla e integrada, dentro de um contexto de inter-relação de numerosos problemas psicológicos, sociais e físicos que muitas vezes mascaram o diagnóstico e dificultam o tratamento (Snowdon, 2002; Steffens, 2005 cit. in Maciel & Guerra, 2006).

A hipótese de que a depressão está relacionada à personalidade pode ser atribuída a Antiguidade, quando Hipócrates, e mais tarde Galeno, argumentou que especial “humores” forma responsáveis pela personalidade específica e tipo e formas de psicopatologia (Klein, Kotov & Bufferd, 2010).

Globalmente, parece que determinados aspetos da personalidade exercem influência sobre o aparecimento o desenvolvimento e o prognóstico de um estado depressivo (Hansenne, 2005).

A questão essencial deste estudo é analisar e comparar as características dos traços da personalidade em pessoas idosas com e sem sintomatologia depressiva.

Esta investigação tem como objetivos:

- 1- Avaliar a sintomatologia depressiva;
- 2- Avaliar os participantes relativamente aos traços de personalidade de Neuroticismo, Abertura à experiência e Extroversão;
- 3- Averiguar se existem diferenças significativas entre idosos com e sem sintomatologia depressiva em relação aos traços de personalidade de Neuroticismo, Abertura à experiência e Extroversão).

## 4.2 Método

### 4.2.1 Desenho da investigação

O desenho de estudo consiste num conjunto de estratégias, que tem como objetivo encontrar respostas para uma questão científica. Face aos objetivos propostos optou-se por um tipo de investigação em que, por um lado se descrevem as características da população em estudo e, por outro, se analisam as diferenças ao nível dos traços de personalidade entre pessoas idosas com e sem depressão.

Neste sentido o desenho de investigação delineado para esta investigação engloba as seguintes características: segue os métodos de estudo de análise quantitativa na medida em que pretende a colheita de dados observáveis e quantificáveis, espelhando-se num método que leva a resultados que devem ser o menos enviesado possível (Fortin, 2003); trata-se de um estudo descritivo que tem como objetivo a descrição detalhada das variáveis, sem qualquer intervenção nos indivíduos estudados; é transversal porque se recolhem informações acerca dos aspetos que incorporam os conteúdos em estudo, num determinado período de tempo, o que significa que tem validade no momento em que está a ser efetuado.

### 4.2.2. Participantes

A amostra do estudo é constituída por 226 pessoas com mais de 65 anos residentes nas quatro freguesias urbanas da cidade da Covilhã (Santa Maria, São Martinho, São Pedro e Conceição).

A amostra é constituída por 226 elementos, 135 do sexo feminino (59,7%) e 91 do sexo masculino (40,3%)

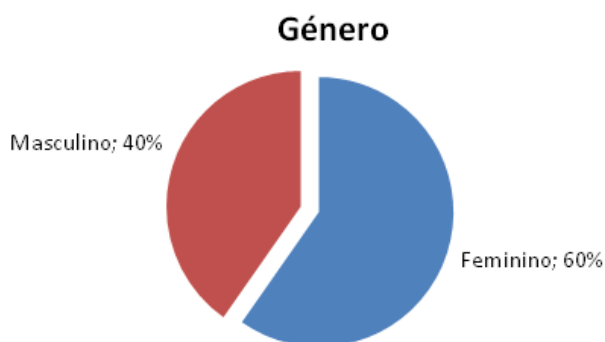


Figura 2. Caracterização da amostra segundo o género (n=226)

Na amostra, a idade apresenta um valor médio de 74,7 anos (DP=6,74). Os valores mínimos e máximo são, respetivamente, 65 e 96 anos.

Tabela 13. Caracterização da amostra segundo a idade (n=226)

	N	Média	Desvio Padrão	Coef. Variação	Mínimo	Máximo
Idade (anos)	226	74,7	6,74	9%	65	96

No histograma e diagrama tipo caixa seguintes, ilustra-se a distribuição de valores da idade.

Pode observar-se que a distribuição das idades se verifica principalmente, entre os 65 e os 80 anos.

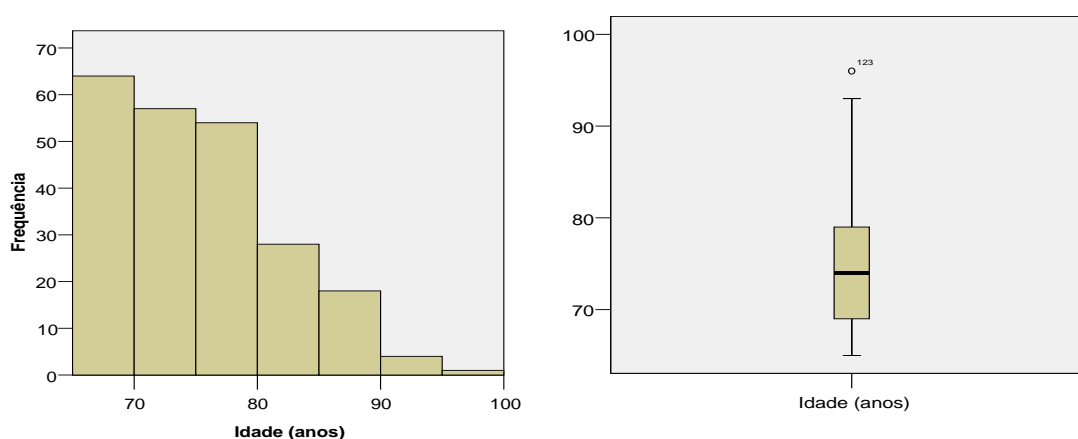


Figura 3 e 4. Distribuição da amostra segundo os valores da idade

Relativamente ao estado civil, 133 elementos são casados (59%), 4 elementos vivem em união de facto (2%), 66 são viúvos (30%), 14 solteiros (6%) e seis divorciados (3%).



Figura 5. Caracterização da amostra segundo o estado civil (n=226)

Na amostra, dos respondentes, 193 têm filhos (87%) e 29 não têm filhos (13%).

Tabela 14. Caracterização da amostra segundo número de filhos (n=226)

	Frequência	Porcentagem
Não	29	13,1
Sim	193	86,9
Total	222	100,0

Verificam-se 4 não respostas, que correspondem a 1,8% da amostra.

Em relação à situação face à reforma, a grande maioria dos indivíduos encontram-se reformados 219 (99%), sendo apenas 3 (1%) os que se encontram profissionalmente ativos.

Tabela 15. Caracterização da amostra face à situação da reforma (n=226)

	Frequência	Porcentagem
Não	3	1,4
Sim	219	98,6
Total	222	100,0

Verificam-se 4 não respostas, que correspondem a 1,8% da amostra.

Quanto às habilitações literárias, 18 são analfabetos (8%), 109 elementos com ensino primário (50%), 33 com até 8 anos de escolaridade (15%), 43 com 9 anos ou mais de escolaridade sem ensino superior (19%) e 18 com ensino superior (8%).

Tabela 16. Caracterização da amostra segundo o nível de escolaridade (n=226)

	Frequência	Porcentagem
Analfabeto	18	8,1
Ensino primário	109	49,3
<=8 anos escolaridade	33	14,9
>=9 anos escolaridade sem Ensino Superior	43	19,5
Ensino Superior	18	8,1
Total	221	100,0

Verificam-se 5 não respostas, que correspondem a 2,2% da amostra.

Relativamente ao estado civil, 126 elementos vivem com o cônjuge (56%), 19 elementos vivem com os filhos (8%), 55 elementos vivem sozinhos (24%) e 26 elementos em outra situação (12%).

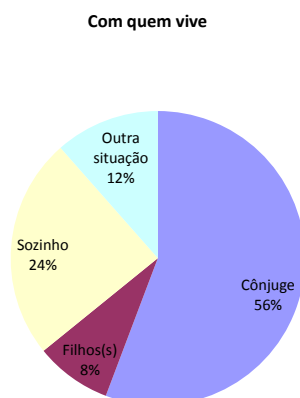


Figura 6. Caracterização da amostra segundo “Com quem vive” (n=226)

Na amostra, dos respondentes, 211 não vivem em lares de idosos (94%) e 14 vivem em lares (6%).

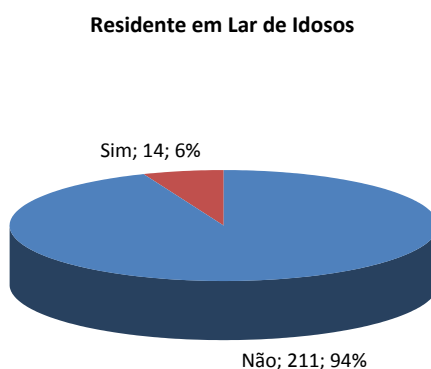


Figura 7. Caracterização da amostra segundo a residência em lares (n=226)

Na amostra, dos respondentes, 199 não tem ninguém à sua responsabilidade (89%) e 25 têm alguém à sua responsabilidade (11%).

Tabela 17 Caracterização da amostra face à situação de ter alguém à sua responsabilidade (n=226)

	Frequência	Porcentagem
Não	199	88,8
Sim	25	11,2
Total	224	100,0

Verificam-se 2 não respostas, que correspondem a 0,9% da amostra

### 4.2.3. Instrumentos

O presente estudo utilizou um protocolo de investigação cuja estrutura se baseou no ESAP- The European Survey on Aging Protocol (Fernandez-Ballesteros, Zamarrón, Rudinger, Schroots, Hekkinnen, Drusini et al., 2004), cedido para este estudo pela UNIFAI- Unidade de Investigação e Formação em Adultos e Idosos. Este protocolo foi traduzido e adaptado para sete países europeus (e.g., Austrália, Finlândia, Alemanha, Polónia, Itália, Espanha e Portugal). A versão portuguesa é de Paúl, Fonseca, Cruz e Cerejo (1999).

O Protocolo Europeu de Avaliação do Envelhecimento é uma entidade que organiza, define ou cria instrumentos de medida, definidos em vários domínios (biológico, psicológico e social). Este protocolo é comum em vários países da comunidade europeia, dos quais Portugal faz parte, em que o objetivo principal é utilizar instrumentos estandardizados que permitam a generalização de resultados (Fernández-Ballesteros, 1999). Deste protocolo, constituído por um conjunto diversificados de questionários, apenas foram utilizados para atingir os objetivos deste estudo três instrumentos: os Indicadores de Identificação Geral, a Escala NEO FFI (Lima & Simões, 2000) e a escala de Depressão Geriátrica (Pocinho, Farate, Lee & Yesavage, 2009).

#### Indicadores de Identificação Geral

O questionário de identificação geral (cf. Anexo 3) pretende a avaliação das variáveis sociodemográficas (Idade, data de nascimento, género, profissão, estado civil, filiação, nível de escolaridade, religião, residência instituições frequentadas, serviços auferidos, suporte social, se o sujeito é cuidador. Neste estudo as variáveis que vão ser alvo de análise são, a idade cronológica, género, estado civil, número de filhos, situação face à reforma, escolaridade, residência em Lar de idosos, e ter alguém à sua responsabilidade.

#### Escala NEO FFI (Lima & Simões, 2000)

O instrumento utilizado neste estudo para avaliar a personalidade é o Inventário da Personalidade NEO forma breve (NEO FFI) adaptação portuguesa de Lima & Simões, (2000). O inventário dos cinco fatores (NEO Five - Fator Inventory - NEO-FFI- Costa & McCrae, 1989, 1992) corresponde a uma versão abreviada do NEO-PI-R desenhada para dar uma medida rápida, fiável e válida dos cinco domínios da personalidade do adulto (Lima, 2002). Criado por Costa e McCrae (1989) o NEO FFI foi construído com o objetivo de abordar a personalidade segundo cinco domínios: extroversão, amabilidade, conscienciosidade, Neuroticismo e Abertura à Experiência. As investigações indicam que se poderá considerar a forma abreviada NEO-FFI como uma medida aceitável dos cinco fatores.

A escala NEO FFI é uma escala ordinal do tipo “Likert” de autopreenchimento, constituída por 36 questões em que se solicita ao sujeito que assinale o seu grau de concordância com a afirmação, numa escala ordinal de cinco alternativas que variam entre

discordo totalmente e concordo totalmente. Sendo que à primeira opção de resposta corresponde uma pontuação de 0 e à quinta opção é atribuído o valor de 4, à exceção dos itens invertidos que são, 1,12, 16,27, 31, 46. Para os itens com sinal negativo, as categorias são recodificadas de forma inversa.

Os itens da NEO FFI estão subdivididos em 3 dimensões. A primeira dimensão “Neuroticismo” procura avaliar a adaptação versus instabilidade emocional do sujeito e é constituída pelos itens 1,6,11,16,21,26,31,36,41,46,51,56. Exemplo de alguns itens “Não sou uma pessoa preocupada”, “ Sinto-me, muitas vezes, desamparado(a), desejando que alguém resolva os meus problemas por mim”. A segunda dimensão apelida-se de “Extroversão” avalia a quantidade e intensidade das interações interpessoais, o nível de atividade, a necessidade de estimulação, e a capacidade de exprimir alegria, e é constituída pelos itens 2,7,12,17,22,27,32,37,42,47,52,27. Exemplo de itens “Gosto de ter muita gente à minha volta”, “Não me considero uma pessoa alegre”. A terceira Dimensão “Abertura à Experiência” avalia a procura proactiva e apreciação da experiência por si própria; a tolerância e exploração do não familiar (itens, 3,8,13,18,23,28,33,38,43,48,53,58). “Quando encontro uma maneira correta de fazer qualquer coisa não mudo mais”, “Poucas vezes me dou conta da influência que diferentes ambientes produzem nas pessoas” são exemplo de itens que integram esta dimensão.

No que concerne à fidelidade do NEO FFI, as escalas do NEO FFI apresentam correlações de 0,75 a 0,89 com os fatores do NEO, revelando uma consistência interna entre 0,74 a 0,89 na amostra original americana, e de, 0,56 a 0,81 na amostra portuguesa (Lima, 2002).

Segundo Lima (2002), o NEO - FFI é ainda um dos poucos testes de personalidade especificamente construídos para adultos, a poder ser aplicado durante toda a idade adulta, a partir dos 17 anos de idade, a sujeitos de todos os níveis de escolaridade e estatuto social.

Em suma, a possibilidade de obter pontuações dos domínios e das facetas facilita a compreensão da personalidade do sujeito, considerado individualmente ou em comparação com os outros (Lima & Simões, 2003).

#### **Escala de Depressão Geriátrica (GDS) (Pocinho, Farate, Dias, Lee & Yesage,2009)**

O diagnóstico de depressão em geral e depressão em idosos é especialmente uma tarefa desafiadora (Pocinho et al., 2009). Para avaliação da depressão no idoso existem uma panóplia de instrumentos classificados de acordo com objectivo que pretendem atingir.

Em 1982, Brink, Yesage, Lum, Heersma, Adey et al ., desenvolveram e validaram um instrumento de triagem para a depressão chamado, Escala de Depressão Geriátrica (Pocinho, et al.,2009)

Segundo Ferreira (2005), a Escala de depressão geriátrica, é um instrumento elaborado com o objetivo de ser usado, especificamente para pessoas idosas. Esta escala elimina indicadores somáticos da depressão e manifestações físicas normais do

envelhecimento, presentes em outras escalas, e que geralmente causa confusão (Ferreira 2005). A GDS pode ser utilizada com idosos saudáveis, doentes e portadores de debilidade cognitiva e moderada.

A GDS possui uma versão longa e uma curta, composta por 30 e 15 questões respectivamente. A GDS com 30 itens permanece inalterada desde 1983 e tornou-se o instrumento mais frequentemente usado por investigadores e clínicos no diagnóstico da depressão. As duas versões da GDS de 30 itens e de 15 itens, estão validadas internacionalmente e amplamente utilizadas na avaliação geriátrica global, auxiliando a determinar a necessidade de tratamento nessa fracção da população.

Quanto à sua sensibilidade e especificidade são igualmente assinalados valores, relativamente altos na identificação de idosos com diagnósticos depressivos. A GDS com 30 itens apresenta uma sensibilidade de 84% e uma especificidade de 95% (Callen & Roman, 2008) a versão reduzida com 15 itens tem uma menor sensibilidade e especificidade que a de 30 itens, não sendo tão eficaz no diagnóstico de depressão menor (VanItallie, Roman & Callen, Edwards cit in Medeiros, 2010).

De acordo com Yesavage et al., (1983, cit in Pocinho et al.,2009) a GDS apresenta uma consistência interna de 0,94 ( $\alpha=0,94$ ) Estas propriedades psicométricas tem sido apoiado por dados obtidos em estudos realizados (e.g. Koneig et al., 1988; Nitcher et al., 1993; Mui, 1996 cit. in Pocinho,et al.,2009).

De acordo com os sintomas depressivos, Brink et al., (cit. in Pocinho et al., 2009) sugerem que aqueles que apresentam 10 ou menos sintomas depressivos são considerados com ausência de depressão, aqueles que relatam entre 11-20 sintomas são considerados levemente deprimidos, e aqueles que relatam 21 ou mais sintomas são indicativos de uma depressão moderada a grave.

Pocinho, Farate, Dias, Lee e Yesavage (2009) adaptaram e validaram a GDS para a população portuguesa, eliminado os itens 27, 29 e 30 da versão alargada da GDS (30 itens). A versão Portuguesa da GDS, com a sua estrutura de escala de 27 itens tem uma precisão psicométrica alta, sendo um instrumento altamente confiável e válido para a triagem da depressão em idosos portugueses (Pocinho et al., 2009). Os estudos de fidelidade revelaram uma boa consistência interna com uma alpha de Cronbach de 0,91 ( $\alpha =0,91$ ).

Os valores normativos identificados no estudo efectuado por Pocinho et al .,(2009) sugerem que a identificação de 11 ou mais sintomas dos 27 nesta versão do GDS constitui um critério fiável para a identificação dos distúrbios depressivos entre os idosos das unidades de cuidados primários em Portugal (Pocinho et al., 2009).

Em suma, a escala de depressão Geriátrica utilizada neste estudo é uma escala dicotómica com duas alternativas de resposta (Não e Sim). É constituída por 27 itens, os quais se organizam numa única medida da depressão:

Tabela 18. Itens da escala da GDS

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

Para os itens com sinal negativo, a resposta "Não" é codificada com 1, para os restantes a pontuação 1 é dada à resposta "Sim".

Neste estudo o Alfa de Cronbach obtido foi de 0,905 considerado muito bom, segundo os critérios de DeVellis. O valor do Alfa de Cronbach é superior ao valor de 0,80, pelo que podemos considerar os dados adequados como unidimensionais: as 27 variáveis medem de forma adequada uma única dimensão: a Depressão. Deste modo, podemos concluir que esta escala é perfeitamente adequada para medir a Depressão nesta amostra.

Tabela 19. Consistência interna da GDS

Alfa de Cronbach	N de Itens
<b>0,905</b>	<b>27</b>

#### 4.2.4. Procedimento

É imprescindível, antes de todo e qualquer trabalho científico fazer uma pesquisa bibliográfica exaustiva sobre o tema em questão. A pesquisa bibliográfica é uma etapa fundamental em todo trabalho científico que influenciará com certeza, todas as etapas da uma investigação. Num primeiro momento procedeu-se a uma pesquisa bibliográfica rigorosa acerca da temática.

Após autorização concedida para utilização do protocolo de investigação pela UNIFAI- Unidade de Investigação e Formação e idosos, cada investigador selecionou os instrumentos de avaliação de acordo com os seus objetivos de estudo, tendo em conta que cada uma das dissertações produzirá *conhecimentos* cruciais e permitirá uma reflexão coletiva e um conhecimento mais aprofundado sobre o processo de envelhecimento na cidade da Covilhã. Este intercâmbio de conhecimentos de reflexões e experiências é um valor acrescentado, pois o conhecimento coletivo certamente nos enriquecerá a todos/as.

Cada investigador recebeu formação acerca da aplicação dos protocolos, por forma a uniformizar-se aplicação dos mesmos e realizou, um pré teste para testar o protocolo de avaliação com o objetivo de identificar perguntas-problema que justificassem uma modificação da redação, alteração do formato ou mesmo serem eliminadas da versão final.

Foram detetados nos itens de avaliação da capacidade física, a necessidade de explicar com mais clareza as diferentes competências relacionadas (e.g., condição física, flexibilidade, resistência, velocidade), pelo que foram adicionadas explicações adicionais para uma melhor compreensão.

Para seleção e composição da amostra, recorreu-se numa primeira fase à base de dados do Centro de Saúde da Cidade da Covilhã. Obteve-se um N= 4179, valor muito aproximado ao do Instituto Nacional de Estatística em 2011 (N=4085). No entanto, uma análise pormenorizada ao universo de idosos com idade igual ou superior a 65 anos, permitiu detetar algumas irregularidades (falecimentos, mudanças de residências) o que implicou uma atualização do ficheiro. Foram ainda excluídos do universo, indivíduos que não viviam nas quatro freguesias urbanas delimitadas na investigação. Obteve-se no final uma amostra com um total de 226 participantes estratificados por sexo (masculino e feminino) e 2 grupos etários (65- 74 anos e 75≥ anos), tendo resultado no final quatro subgrupos amostrais.

Os indivíduos para cada subgrupo/grupo foram selecionados aleatoriamente. Os sujeitos foram ordenados por ordem alfabética e adotou-se o critério de 10 em 10 e posteriormente de 5 em 5 até perfazer o total de participantes em cada subgrupo. Os indivíduos constantes na amostra foram organizados por ruas e distribuídos aos investigadores para recolha de dados. A recolha dos dados foi um processo exigente, rigoroso e moroso tendo início em Fevereiro de 2012 e término em Abril de 2012.

Apliação decorreu nos domicílios dos participantes ou em instituições próximas e conhecidas dos participantes (Lares de Idosos, Espaço das Idades, Academia Sénior, Paróquias). Estabeleceu-se contacto telefónico e presencial, quer com os participantes quer com os intervenientes no processo de forma a obter a colaboração na investigação. Foram explanados os objetivos do estudo a todos os participantes assim como os procedimentos a serem utilizados (Anexo 1). A duração foi de uma sessão de aproximadamente 1 hora e 30 minutos para cada participante. Os dados foram recolhidos através da administração direta, registados pelo entrevistador, dadas as características da população em estudo, nomeadamente o facto de muitos idosos não saberem ler nem escrever, dificuldades visuais e

de compreensão das questões abordadas embora caso o participante manifestasse vontade de o preencher e tivesse nível de escolaridade suficiente o pudesse fazer, de forma autónoma.

Em relação ao consentimento informado (Anexo 2) este reuniu todos os requisitos necessários para a sua validação: fornecimentos de informação, compreensão, voluntariedade, e consentimento. O consentimento Informado foi datado e assinado pelo próprio ou por pessoa responsável, garantindo igualmente o anonimato a confidencialidade dos dados, e a sua utilização exclusivamente para fins de investigação. Os participantes receberam uma cópia quer da informação ao participante quer do consentimento informado.

#### 4.2.5. Análise de Dados

Após a recolha de dados, procedeu-se à sua introdução numa base de dados, de modo a preparar o tratamento estatístico.

No tratamento e análise de dados, recorreu-se à análise descritiva e analítica, utilizando-se o programa estatístico SPSS (Statistical Package for Social Sciences) versão 19.

Em primeiro lugar, foram feitas as estatísticas descritivas para se caracterizar a amostra, nomeadamente as frequências, média, desvio padrão, coeficientes de variação, pontuação mínima e pontuação máxima. Em termos de estatística descritiva apresentam-se, para as variáveis de caracterização, as tabelas de frequências e gráficos ilustrativos das distribuições de valores verificadas e, para as variáveis quantitativas ou escalares, também as tabelas de frequências e as estatísticas relevantes.

Segundo o teorema do limite central à medida que o tamanho “n” da amostra aumenta, a distribuição das médias amostrais tende a uma distribuição normal ( $n > 100$ ) (Maroco, 2003). Partindo deste pressuposto e tendo em conta o tamanho da amostra, considerou-se que as variáveis se distribuíam segundo um padrão da normalidade.

Tendo em conta a normalidade da distribuição utilizou-se uma estatística paramétrica recorrendo-se a análise da variância (ANOVA), para comparação das médias de dois ou mais grupos.

Calculou-se, ainda a consistência interna das escalas utilizadas, bem como das suas subescalas, através do Alpha de Cronbach ( $\alpha$ ) coeficiente de fidelidade (ou consistência).

A análise de consistência interna permite estudar as propriedades de escalas de medida e as questões que as compõem. O procedimento utilizado calcula medidas de consistência interna da escala e também fornece informação sobre as relações entre itens individuais numa escala. Se as correlações inter-variáveis forem altas, então há evidência que as variáveis medem a mesma dimensão. DeVellis (1991) apresenta uma classificação em que considera que um alfa entre 0,65 e 0,70 é minimamente aceitável, entre 0,70 e 0,80 é respeitável e acima de 0,80 é muito bom.

Expostas as considerações metodológicas, procede-se à apresentação e análise dos resultados.

## 5. Resultados

Neste capítulo apresentam-se os resultados obtidos, no presente estudo, em função dos objetivos propostos. Num primeiro momento, começa por avaliar a sintomatologia depressiva em pessoas idosas na Cidade da Covilhã; posteriormente por descrever os participantes do estudo em relação aos traços de personalidade- Neuroticismo, Extroversão e Extroversão; e por fim averiguar se existem diferenças significativas entre idosos com e sem sintomatologia depressiva em relação aos traços de personalidade (Neuroticismo, Abertura e Extroversão).

### 5.1. Avaliar a sintomatologia depressiva em pessoas idosas na cidade da Covilhã

Os resultados da GDS indicaram que a média da escala total da amostra foi de 8,1 (DP=6,59), o valor mínimo registado foi de 0 e o valor máximo de 25, sendo que amplitude de respostas nesta escala varia entre 0 e 27.

Tabela 20. Estatística da GDS

	N	Média	Desvio Padrão	Coef. Variação	Mínimo	Máximo	Mínimo possível	Ponto intermédio	Máximo possível
Escala Geriátrica de Depressão	216	8,1	6,5	80%	0	25	0	13,5	27

Na amostra podemos observar que, em média, a Escala Geriátrica de Depressão apresenta valor médio inferior ao ponto intermédio da escala de medida.

Ilustram-se graficamente a distribuição de valores.

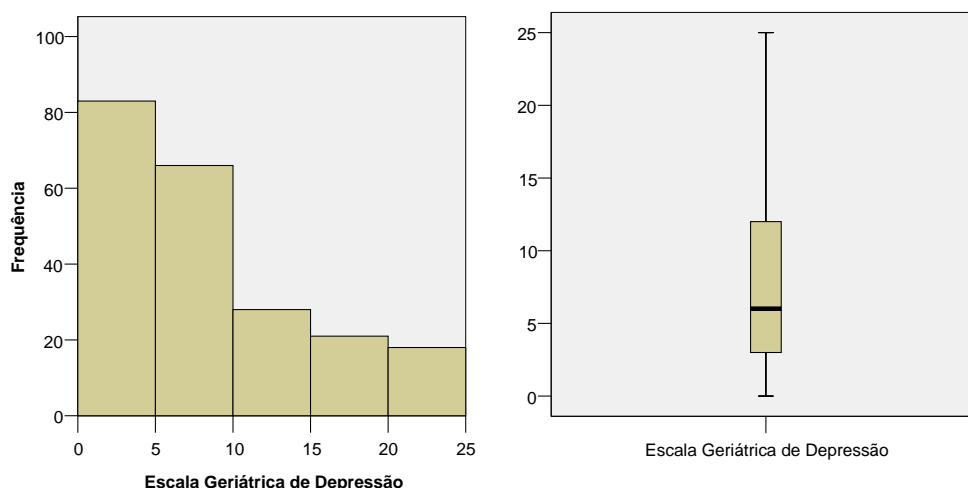


Figura 8 e 9. Resultados da estatística da GDS

Dos casos válidos na amostra, 158 elementos apresentam ausência de depressão (74%), 42 elementos apresentam um estado levemente deprimido (19%) e 16 elementos apresentam depressão moderada a grave (7%).

Tabela 21. Resultados do Grau de Sintomatologia Depressiva (n=216)

	Frequência	Porcentagem
Ausência de depressão	158	73,1
Levemente deprimido	42	19,4
Depressão moderada a grave	16	7,4
Total	216	100,0

Verificam-se 10 missing values, que correspondem a 4,4% da amostra.

Na amostra podemos observar que, dos 16 elementos que apresentam depressão moderada a grave, 8 (50%) nunca realizou um diagnóstico de depressão e 8 (50%) já realizou. Dos 42 elementos levemente deprimidos, 19 (45,2%) já realizou diagnóstico e 23 (55,8%), nunca efetuou. Dos 158 elementos que apresentam ausência de sintomatologia depressiva, 131 (82,9%) nunca realizou diagnóstico de depressão e apenas 6,5% já realizou.

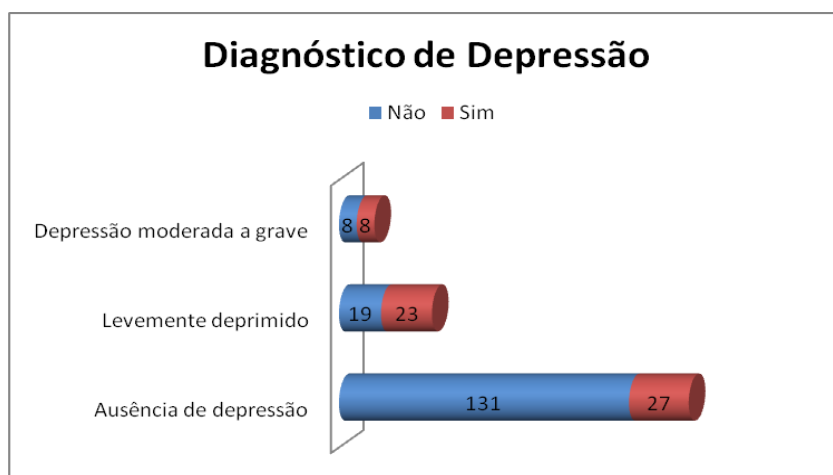


Figura 10. Resultados face ao Diagnóstico de Depressão (n=216)

## 5.2. Avaliar os participantes relativamente aos traços de personalidade de Neuroticismo, Abertura à Experiência e Extroversão

Na amostra podemos verificar que, em média, se observa mais a Extroversão (com valor médio superior ao ponto intermédio da escala de medida), seguida da Abertura (com valor médio próximo do ponto intermédio da escala de medida), e a que se verifica menos é o Neuroticismo (com valor médio inferior ao ponto intermédio da escala de medida).

Tabela 22. Resultados dos participantes segundo os traços de personalidade

	N	Média	Desvio Padrão	Coef. Variação	Mínimo	Máximo	Mínimo possível	Ponto intermédio	Máximo possível
Neuroticismo	212	20,3	8,8	43%	2	45	0	24	48
Extroversão	215	30,0	6,5	22%	10	45	0	24	48
Abertura	212	24,8	6,1	25%	11	43	0	24	48

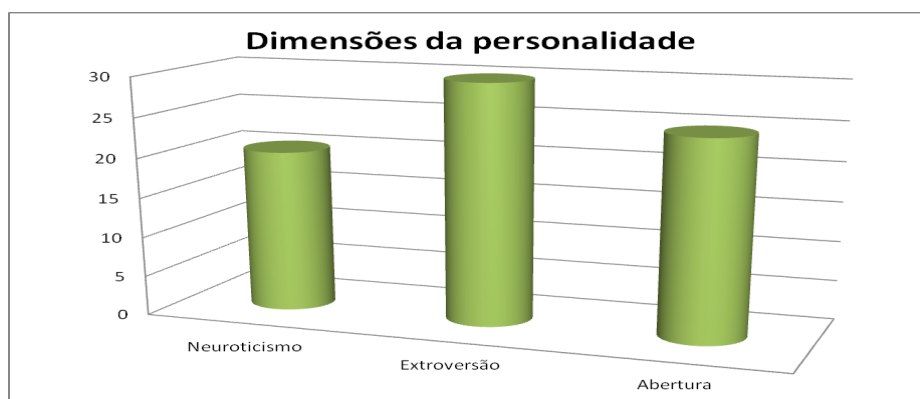


Figura 11. Resultados dos participantes segundo os traços de personalidade

### 5.3. Averiguar se existem diferenças significativas entre idosos com e sem sintomatologia depressiva em relação aos traços de personalidade de Neuroticismo, Abertura à Experiência e Extroversão)

Os resultados indicam que valor médio do traço Neuroticismo é superior para os que apresentam depressão moderada a grave ( $M= 34,63$ ;  $DP=7,117$ ), intermédio para os que apresentam depressão leve ( $M= 28,69$ ;  $DP=6,997$ ), e inferior para os que apresentam ausência de depressão ( $M= 16,73$ ;  $DP=6,158$ ), sendo as diferenças observadas estatisticamente significativas ( $F_{2,205} = 97,610$ ,  $p < 0,001$ ) entre os três grupos de depressão.

Quanto ao traço de Extroversão, os resultados indicam que é superior para os que apresentam ausência de depressão ( $M= 31,77$ ;  $DP=5,612$ ), intermédio para os que apresentam depressão leve ( $M= 27,24$ ;  $DP=6,374$ ), e inferior para os que apresentam depressão moderada a grave ( $M= 20,75$ ;  $DP=5,092$ ), sendo as diferenças observadas estatisticamente significativas ( $F_{2,209} = 33,035$ ,  $p < 0,001$ ) entre os três grupos de depressão.

Relativamente ao traço Abertura à Experiência é superior para os que apresentam ausência de depressão ( $M= 25,33$ ;  $DP=6,096$ ), intermédio para os que apresentam depressão leve ( $M= 24,28$ ;  $DP=6,065$ ), e inferior para os que apresentam depressão moderada a grave ( $M= 21,13$ ;  $DP=5,110$ ), sendo as diferenças observadas estatisticamente significativas ( $F_{2,205} = 3,707$ ,  $p = 0,026$ ) entre os elementos que apresentam ausência de depressão e depressão

moderada a grave, não sendo significativas entre os restantes grupos (ausência de depressão vs depressão leve e depressão leve vs depressão moderada a grave).

Tabela 23. Resultados das diferenças entre idosos com e sem sintomatologia depressiva em relação aos traços de personalidade

		N	Média	Desvio padrão	F	p
Neuroticismo	Ausência de depressão	153	16,73	6,158	F <sub>2,205</sub> = 97,610	** 0,000
	Levemente deprimido	39	28,69	6,997		
	Depressão moderada a grave	16	34,63	7,117		
Extroversão	Ausência de depressão	154	31,77	5,612	F <sub>2,209</sub> = 33,035	** 0,000
	Levemente deprimido	42	27,24	6,374		
	Depressão moderada a grave	16	20,75	5,092		
Abertura	Ausência de depressão	153	25,33	6,096	F <sub>2,205</sub> = 3,707	* 0,026
	Levemente deprimido	39	24,28	6,065		
	Depressão moderada a grave	16	21,13	5,110		

\* diferença significativa para p < 0,05

\*\* diferença significativa para p < 0,01

Ilustram-se as diferenças significativas, através dos seus valores médios.

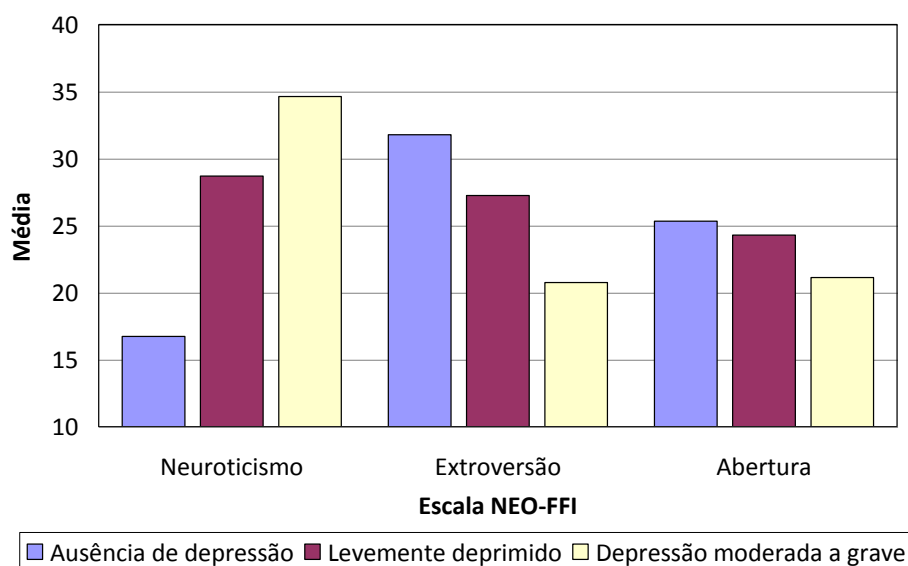


Figura 12. Resultados das diferenças entre idosos com e sem sintomatologia depressiva em relação aos traços de personalidade

## 6. Discussão dos Resultados e Conclusões

A apresentação diversificada de dados não pode substituir a reflexão teórica, única no fornecimento de critérios explícitos e estáveis para a recolha, organização e interpretação dos dados, assegurando a coerência e o sentido do conjunto do Trabalho (Quivy & Campenhoudt, 2005). Porém, é o investigador que dá sentido a estas relações, a partir do modelo teórico que construiu previamente em função do qual escolheu um modelo de análise estatístico.

O envelhecimento é um processo diferencial (variável de indivíduo para indivíduo), sofrendo influência de fatores históricos, sociais, culturais, socioeconômicos, educacionais e intelectuais, de aspetos de personalidade e da presença ou não de doenças. Este estudo foi esboçado no sentido de explorar a existência e a especificidades das relações entre alguns traços de personalidade e a sintomatologia depressiva na velhice.

Com intuito de compreender a associação que se estabelece entre os traços de personalidade e a depressão, será relevante compreender antes de mais, as características da sintomatologia depressiva e dos traços de personalidade.

Apesar de este estudo não corresponder aos requisitos que o tornariam um estudo de prevalência, os resultados indicam que na amostra, se observou ausência de sintomatologia depressiva em 74% dos participantes. A percentagem de sintomatologia depressiva dos (26,9%) encontrada no presente estudo foi mais reduzida, o que não vai de encontro à referida em outros trabalhos quando considerados os idosos residentes na comunidade (Barreto, 1984; Seabra et al., 1991; Serra & Gouveia, 1997; Vea *et al.*, 1999; Gazalle *et al.*, 2004). De salientar que, quando falamos em idosos institucionalizados, a prevalência é mais elevada, situando-se entre 25% a 80%, a nível internacional (Ballone cit. in Martins, 2008), e entre 25% a 73% em Portugal (Fernandes, 2000 cit. in Martins, 2008). O facto constatado no presente estudo é interessante no sentido em que permitirá colocar em causa os estereótipos implementados de que a velhice é um período de tristeza e de melancolia.

Uma das possíveis explicações para o baixo número de pessoas com sintomatologia depressivas, pode ter a ver com a concordância do idoso quanto à aplicação do protocolo. De reter, que este pode constituir, per si, um indicador de ausência de sintomatologia depressiva, já que um sujeito deprimido tende a ser mais contido nos seus relacionamentos, apresenta sintomas evidentes de retraimento social/solidão, de adnomia e de desinteresse (Stella, Gobbi, Gorazza et al., 2002).

Outro possível fator explicativo da baixa percentagem de sintomatologia depressiva diz respeito à dinâmica social e história do local de realização do estudo. Se historicamente a Covilhã foi um centro de mono-indústria que funcionava como uma “ilha” orgânica dos lanifícios, na atualidade está a ganhar novos dinamismos (Vaz, 2006). A cidade da Covilhã caracteriza-se, atualmente, por ser uma cidade que conseguiu ultrapassar a crise dos lanifícios dos anos 80 e cimentar novas e diversificadas atividades económicas e por

desenvolver uma forte vitalidade sociocultural com a existência de muitas associações culturais e recreativas frequentadas por pessoas idosas. Num estudo elaborado pelo jornal Expresso, em 2007 sobre a qualidade de vida nas cidades portuguesas, a Covilhã ocupa a 14ª posição de entre 40, situando-se à frente das restantes cidades do interior do país.

Uma outra explicação para a baixa percentagem de sintomatologia depressiva, pode residir no facto de os sujeitos na sua grande maioria (94%) viverem em comunidade, sendo que, apenas uma percentagem bastante diminuta (6%), se encontra institucionalizada. Segundo Vieira (1996 cit. in Pimentel 2010) a institucionalização é uma situação stressante e potenciadora de depressão.

Por outro lado, e como refere Gilbert (1992 cit. In Campos, 2000), é necessário entender a depressão como um fenómeno multi-causal e abordar a depressão na velhice, segundo o modelo bio-psi-social, que congrega os aspetos sociais, psicológicos e orgânicos como fatores necessários para produzir e manter o quadro depressivo (Garcia, Campos et al., 2006). Sugere-se então, que outras pesquisas sejam realizadas, a fim de se terem em conta outros fatores que não foram analisados no âmbito deste estudo ou seja averiguar se existem diferenças significativas em relação à sintomatologia depressiva comparativamente ao género, idade, estado civil, escolaridade, situação face à reforma, fatores socioeconómicos, institucionalização, eventos vitais, stress crónico e ao suporte social.

Nos resultados obtidos, destacam-se o facto de cerca de metade dos sujeitos que apresentam sintomas de depressão moderada a grave nunca terem sido diagnosticados de depressão. Esta subestimação dos sintomas pode estar relacionada com a incompreensão da doença, ou de evitar estigmas e sentimentos de incapacidade o que vai de encontro ao referido por autores como Santana, Maia, Ferreira, Mata et al., (2011). De salientar, que muitas pessoas ainda ficam constrangidas em procurar um psiquiatra ou outro técnico especializado, diante da ideia de terem uma doença mental. Sendo a depressão na velhice tratável, estudos indicam que menos de metade dos pacientes deprimidos recebem tratamento e metade dos tratados não o recebem de forma adequada (Mulsan & Gangulli 1999; Conn, 2005, cit in Ferrar & Dalacorte, 2007). Cabe destacar que definir e diagnosticar um quadro de depressão é diferente de medir a intensidade dos sintomas. De notar, que o índice de depressão obtido pela GDS neste estudo não pode referir-se de um modo determinista à presença deste diagnóstico, sendo para tal necessária uma avaliação mais aprofundada. O que parece indispensável é não esquecer que as escalas e os inventários medem manifestações sintomáticas e em princípios situacionais (Paranhos & Werlang, 2009).

Relativamente aos traços de personalidade dos participantes, avaliados através do Inventário NEO-FFI, destaca -se os traços de “Extroversão” seguido de “Abertura”. O que aparece como menos evidente é o “Neuroticismo”. Estes resultados contrariam alguns mitos e estereótipos da velhice associados ao isolamento e alienação - gosto pela convivência intergeracional e pela socialização e à inutilidade do viver - colaboração com os outros e com a comunidade pela descoberta.

A predominância do traço de "Extroversão" caracteriza os participantes como sujeitos ativos, sociáveis, orientados para a relação interpessoal, afetuosa. A amostra em estudo parece deste modo, refletir uma predisposição para afetos positivos e de satisfação na, e com a vida, dados os níveis de extroversão (Costa e McCrae, 1980), assim como uma orientação para o domínio interpessoal das relações e interações, e para a tolerância e exploração do que não é familiar, dado os níveis de abertura à experiência.

Deste modo, os domínios da personalidade aqui avaliados, parecem caracterizar uma amostra de indivíduos onde os traços neuróticos cedem destaque aos traços de extroversão e abertura à experiência.

A relação entre traços de personalidade e depressão apresenta relações controversas e complexas. Globalmente parece que determinados aspetos de personalidade exercem influência sobre o aparecimento o desenvolvimento e o prognóstico de um estado depressivo (Hansenne, 2005). Na prática, destacam-se, vários modelos teóricos que relacionam personalidade e depressão. No presente estudo, só foi possível infirmar os postulados inerentes aos modelos de predisposição, etiológicos ou de vulnerabilidade. Note-se que nos modelos etiológicos nenhum fator causal é postulado, nem é muitas vezes assumido que a condição predisponente é uma causa necessária para a segunda condição (Campos, 2009).

A influência da personalidade ao longo do processo de envelhecimento é alvo de muitas questões (Irigaray & Schneider, 2008). O processo de envelhecimento, devido às alterações que implica bem como pelo esforço que a personalidade terá de despender na adaptação às novas condições de vida, é um momento de alto risco para o equilíbrio e o bem-estar psicológico do sujeito (Cordeiro, 2005). A depressão nos idosos surge, frequentemente num contexto de perda de qualidade de vida, associado ao isolamento social (Stella, Gobbi Gorazza et al., 2002).

Uma das questões que tem surgido em investigação, na área do envelhecimento, é que certas características da personalidade desempenham um papel central no processo de envelhecimento, influenciando o funcionamento cognitivo dos indivíduos e desempenhando um papel importante no enfrentamento de acontecimentos difíceis (Ballesteros, 2005).

De acordo com Costa e McCrae (1980), os traços neuróticos podem predispor o indivíduo a sofrer mais com as vicissitudes acarretadas pela experiência de envelhecer. O Neuroticismo surge como um preditor particularmente robusto da psicopatologia (Widiger, 2011). Pessoas com níveis elevados de Neuroticismo reagem a eventos com altos níveis de ansiedade, angústia e preocupação, proporcionando um risco explícito de várias formas de psicopatologia, em especial de humor e de ansiedade (Widiger, 2011). Por outro lado, sabe-se que os estereótipos negativos relacionados com o envelhecimento pode aumentar a probabilidade de os idosos, especialmente aqueles com um estilo neurótico, se envolverem em pensamentos de autocrítica (Fiske, Wetherell & Gatz, 2009).

Se tivermos em conta a baixa percentagem da sintomatologia depressiva constatada neste estudo realizada com pessoa idosas da cidade da Covilhã e que o traço "Neuroticismo" é o que se verifica menos, poderemos pensar que os sujeitos da amostra são sujeitos calmos,

relaxados, seguros, resistentes, com auto-satisfação, revelando-se capazes de fazer face a situações de tensão sem ficarem transtornados. Desta forma, a resiliência, compreendida como a capacidade do indivíduo de se manter bem, recuperar-se e, até mesmo, ser bem-sucedido frente às adversidades (Ryff, 1998), pode estar entre as possíveis explicações, para que elementos stressantes relacionados com o envelhecimento ou adversidades, que foram surgindo nas vidas dos sujeitos da amostra não tenham sido determinantes para o aparecimento de sintomas depressivos.

Relativamente à associação entre depressão e os domínios dos traços de personalidade, os resultados obtidos mostram associações entre depressão e traços de personalidade o que corrobora com os achados em outros estudos (e.g Costa, McCrae & Zonderman, 1987; Diener & Diener, 1996; Watson & Walker, 1996; Costa et al., 2000; Martin, Valora & Poon, 2002; Smal, Herzog, Hultsch & Dixon, 2003; Steunenberg, Beekman, Deeg & Kerhof 2006 cit. in Irigaray & Schneider, 2008).

Com efeito os resultados obtidos para o traço “Neuroticismo” revelam que há diferenças significativas com os três níveis de depressão. Deste modo, o valor médio do traço de neuroticismo é mais elevado para os que apresentam depressão moderada a grave do que nos que apresentam depressão leve e ausência de sintomatologia depressiva. Estes resultados corroboram outros estudos (e.g., Costa, Yang & McCrae 1998 cit in Fonseca 2004, Maltby, Lewis & Hill, 1998, Hirschfeld e Klerman 1979, Saklofske, Kelly e Janzen 1995, Saklofske, Kelly e Janzen 1995, Zonderman, Herbst, Costa e McCrae 1983, Hirschfeld e colaboradores 1989, Bagby et al., 1995, 1997; Surtess e Wainwright, 1996, Widger & Trull 1992). À luz da revisão da literatura, os resultados obtidos sugerem uma relação entre estas variáveis, o que permitirá afirmar que os traços neuróticos estarão associados a uma predisposição para a depressão.

Os resultados obtidos para o traço “Extroversão” evidenciam que há diferenças significativas com os três níveis de depressão. Deste modo, o valor médio de Extroversão é mais elevado para os que apresentam ausência de depressão, do que nos que apresentam depressão leve e depressão moderada a grave. Estes resultados corroboram os achados noutros estudos (e.g., Hirschfeld e Klerman 1979, Zonderman, Herbst, Costa e McCrae, 1983, Akiskal et al., 1983, Widger & Trull, 1992, Irigaray & Schneider 2007).

Relativamente ao traço “Abertura”, os resultados indicam ainda, diferenças estatisticamente significativas entre os elementos que apresentam ausência de depressão e depressão moderada a leve, não sendo significativas entre os restantes grupos (ausência de depressão vs depressão leve e depressão leve vs depressão moderada a grave). O valor médio obtido, para o traço Extroversão, é mais elevado para os que apresentam ausência de depressão, do que nos que apresentam depressão leve e depressão moderada a grave.

Em suma, os resultados obtidos na amostra, indicam que existem diferenças significativas entre idosos com e sem sintomatologia depressiva em relação aos traços de personalidade de Neuroticismo, Abertura à experiência e Extroversão. Neste sentido, os

resultados apontam globalmente que existem determinados traços de personalidade que podem tornar a pessoa mais vulnerável à depressão.

Da revisão da literatura efetuada conclui-se, uma pesquisa considerável sobre Neuroticismo e extroversão, mas pouca sobra a abertura. Apesar de a teoria dos cinco fatores ter sido, até hoje, amplamente, investigada, a Abertura à experiência persiste como o menos compreendido de entre os cinco fatores (DeNeve & Cooper, 1998 Cooper, 1998 cit. in Stephan, 2009).

Uma vez que as projeções demográficas apontam para o aumento da esperança de vida e envelhecimento da população, torna-se essencial uma maior compreensão da população idosa e das dinâmicas envolvidas no processo de envelhecimento, sendo a este nível que o presente estudo pretende dar o seu contributo.

Relativamente às potencialidades deste estudo, salientam-se várias. Permitiu-nos analisar uma problemática com especial relevância na faixa etária mais avançada, o que nos permite conhecer melhor as especificidades da população idosa e direcionar a nossa intervenção para aspetos que podem influenciar positivamente o bem-estar e o equilíbrio psicológico das pessoas mais velhas com que trabalhamos ou convivemos no dia-a-dia.

A amostra para este trabalho foi selecionada com rigor, tendo em conta o critério da representatividade e imparcialidade. Porém, convém referir que "não é o tamanho da amostra que garante bons resultados, mas sim a sua qualidade."

Outra potencialidade relaciona-se com as medidas de avaliação, integradas no protocolo de investigação e definidas em vários domínios (biológicos, físicos e social). Sendo o protocolo comum em vários países da comunidade europeia, dos quais Portugal faz parte, o objetivo principal é utilizar instrumentos estandardizados que permitam posteriormente a generalização de resultados.

Outra das potencialidades deste estudo prende-se com o facto de se poder tornar num estudo longitudinal, acompanhando deste modo a trajetória de vida dos participantes, possibilitando, desta forma, testar os pressupostos inerentes a outros modelos de relação de personalidade e depressão (Patoplásticos e de exacerbação; cicatriz ou de complicação; de causa comum; espectro ou subclínicos). Estas evidências científicas deverão ser objetivadas em estudos longitudinais.

Relativamente às limitações do estudo, considera-se que o estudo proposto é inovador, todavia não esteve isento de dificuldades. Uma das limitações metodológicas prende-se com a extensão do protocolo. Revelando-se a sua aplicação deveras enriquecedora para o entrevistador, traduziu-se numa maior exigência para o participante (maior disponibilização de tempo, cansaço, repetição de algumas temáticas embora abordadas de forma diferente, cansaço evidenciado). De referir porém, que os idosos foram extremamente recetivos e participativos.

É ainda necessário ter em conta a possibilidade de o efeito de desejabilidade social estar presente, neste tipo de estudos, o que cria uma situação na qual o indivíduo revela o que

pensa ser mais correto e o que o avaliador deseja ouvir, ao invés de revelar a sua verdadeira opinião (Martins, 2005). Tem sido demonstrado que pessoas de diferentes níveis escolares, culturas e níveis socioeconómicos tendem a concordar com as respostas que são mais adequadas socialmente.

Apesar das possíveis limitações metodológicas e conceptuais desta investigação, o trabalho realizado neste âmbito revelou-se interessante e enriquecedor, não apenas pelos contributos valorosos, como pela possibilidade de desenvolverem um trabalho científico e as nossas competências (aprofundar metodologias de investigação, capacidades de pesquisa e de fundamentação teórica, de análise estatística, de tratamento de dados e discussão crítica de resultados).

Um trabalho de investigação nunca está na realidade, terminado. Esta é a sensação que se fica quando se chega ao fim, para além da vontade de explorá-los noutras perspetivas e sentidos. Sugere-se também, uma investigação análoga a esta, permitindo avaliar outros traços da personalidade não contemplados neste estudo, como a Conscienciosidade e a Agradabilidade. Contudo, conhecer algumas características da depressão e da personalidade nesta população, não significa poder extrapolar os resultados para a população envelhecida em geral.

Apesar de a depressão ser hoje um dos principais temas de pesquisas, o sentimento é de que ainda falta algo para a compreensão desse quadro psicopatológico. Ao contrário do que por vezes se pensa, a depressão não é um processo normal do envelhecimento. Este estudo pode configurar-se como uma contribuição para um conhecimento mais aprofundado dos traços de personalidade, que podem tornar a pessoa idosa mais vulnerável à depressão, atendendo a que os sintomas depressivos afetam negativamente a vida das pessoas idosas em termos de funcionalmente e bem-estar.

Levando em consideração a importância da temática em questão e a sua relevância social, investigações futuras nesta área serão necessárias para se perceber de forma cada vez mais clara as complexas relações estruturais entre traços de personalidade e sintomatologia depressiva.



## Referências

American Psychiatric Association (2002). *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais : DSM-IV-TR . (4ª Edição)*. Lisboa : Climepsi.

Almeida, O., & Almeida, S. (1999). Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão em Geriatria (GDS) versão reduzida. *Associação Arquivos de Neuropsiquiatria*, 57 (2B), 421-426.

Beck, A., Rush, A., Shaw, B., & Emery, G. (1997). *Terapia cognitiva da depressão*. Porto Alegre: Artmed Editora.

Campos, R. (2000). Síntese dos aspetos centrais da perspectiva teórica de Sidney Blatt sobre a depressão. *Análise Psicológica*, 3, 331-318.

Campos, R. (2009). *Depressivos somos nós. Considerações sobre a Depressão a personalidade e a sintomatologia depressiva da Personalidade*. Coimbra: Almedina

Cloninger, S. (2003). *Teorias da personalidade (2ª ed.)*. São Paulo: Martins Fontes Editora

Cook, M. (1984). *Levels of Personality*. New York: Praeger.

Coutinho, M., Gantiès, B., Araújo, L., & Sá, R. (2003). Depressão, um sofrimento sem fronteiras: representações sociais entre crianças e idosos. *Revista Psico-USF*, 8 (2), 183-192.

Costa, P., & McCrae, R. (1980). Influence of extraversion and neuroticism on subjective well-being: Happy and unhappy people. *Journal of Personality and Social Psychology*, 38(4), 668-678.

Correia, D., Barbosa, A., & Mega, I. (2010). *Personalidade e transplante*. *Acta Médica Portuguesa*, 23 (4), 655-662.

Cordeiro, J. (2005). O Homem e o Envelhecimento. In J. C. Dias Cordeiro. (Eds), *Manual de Psiquiatria Clínica* (pp.687-727). Fundação Calouste Gulbenkian.

DeVellis, R. (1991). *Scale development: Theory and applications*. Newbury Park: Sage Publications.

- Fernández-Ballesteros, R. (2005). Evaluation of “Vital-Aging M”: A Psychosocial Program for Promoting Optimal Aging. *European Psychologist*, 10 (2), 146-156.
- Fiske, A., Wetherell, J & Gatz, M. (2009). Depression in Older Adults. *Annual Review Of Clinical Psychology*, 5, 363-389.
- Fonseca, A. (2005). *Desenvolvimento humano e envelhecimento*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Fonseca, A. (2004). *O envelhecimento. Uma abordagem psicológica*. Lisboa: Universidade Católica.
- Fontaine, R. (2000). *Psicologia do Envelhecimento*. Lisboa. Climepsi Editora.
- Ferrari, J., & Dalacorte, R. (2007). Uso da Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage para avaliar a prevalência de depressão em idosos hospitalizados. *Revista Scientia Medica, Porto Alegre*, 17 (1), 3-8.
- Ferreira, S. (2005). *Escala de Depressão Geriátrica (Yesavage)*. Universidade de Aveiro.
- Fortin, M. (2003). *O Processo de Investigação: Da concepção à realização*. Loures: Lusociência
- Gazalle, F., Lima, M., Tavares, B & Curi, H. (2004). Sintomas depressivos e fatores associados em população idosa no Sul do Brasil. *Revista Saúde Pública*, 38, 365-41.
- Garcia, A., Passos, A., Campo, A., Pinheiro, E., Barroso, F., et al. (2006). *A depressão e o processo de envelhecimento. Ciência & Cognição*, (vol. VII), 111-121.
- Hansenne, M. (2005). *Psicologia da Personalidade*. Lisboa: Climepsi
- Hall, C., & Lindzey, G. (1973). *Teorias da personalidade*. (Ed. Port.). São Paulo: EPU.
- Hutz, C., Nunes, C. Silveira, A., Serra, J., & Wieczorek, L. (1998). O desenvolvimento de marcadores para a avaliação da personalidade no modelo dos cinco grandes fatores. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 11, (2), 395-411.
- Irigaray, T., & Schneider, R. (2007). Características de Personalidade e Depressão em Idosas da Universidade para a Terceira Idade. *Revista de Psiquiatria*, 29 (2), 169-175.

Irigaray, T., & Schneider, R. (2008). Impacto na qualidade de vida e no estado depressivo de idosas participantes de uma universidade da terceira idade. *Estudos de Psicologia*, 25 (4), 515-525.

Irigaray, T., & Schneider, R. (2009). Dimensões da personalidade, Qualidade de Vida e Depressão em Idosas. *Revista Psicologia em Estudo*, 14, 759-766.

Lima, M., & Simões, A. (1995). Inventário de Personalidade NEO PI-R. In Almeida, L., Simões, M. & Gonçalves, M. (Eds). *Provas Psicológicas em Portugal*, (pp 133-149), Apport: Braga.

Lima, M. (1997). *NEO-PI-R, contextos teórico e psicométricos, "OCEAN" ou "ICEBERG"* Tese de Doutoramento apresentada à Faculdade de Psicologia e Ciências de Educação da Universidade de Coimbra, Coimbra.

Lima, M., & Simões, A. (2000). A teoria dos cinco fatores: Uma proposta inovadora ou apenas uma boa arrumação do caleidoscópio personológico? *Análise Psicológica*, 2, 171-179.

Lima, M., & Simões, A. (2003). Inventário de Personalidade NEO PI-R. In Gonçalves, M., Simões, M., Almeida, L., & Machado, C (coords), *Avaliação Psicológica. Instrumento Validados para a População Portuguesa, (vol.1)* (pp.15-32). Coimbra: Quarteto

Lima, M., & Simões, A. (2006). Inventário de Personalidade NEO PI-R. In Gonçalves, M., Simões, M., Almeida, L., & Machado, C (coords), *Avaliação Psicológica. Instrumento Validados para a População Portuguesa, (2 ed. revista)* (pp.21-36). Coimbra: Quarteto

Maurício, I. (2010). O envelhecimento Activo/Depressão em pessoas Idosas - Que Intervenção nos cuidados de saúde primário em Portugal? *Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca*, 55-65. Retirado em 24 de Novembro de 2011 [http://www.psilogos.com/Revista\\_Vol8N12/.../](http://www.psilogos.com/Revista_Vol8N12/.../)

Martins, M. (2004). Acção da personalidade na Saúde: Contributos para a qualidade de vida. *Revista do Instituto Politécnico de Viseu*, 30, 202-208. Retirado em 12 de Novembro de 2011 <http://www.ipv.pt/millennium/millennium30/>.

Martins, R. (2008). A depressão no idoso. *Revista do Instituto Politécnico de Viseu*, 34, 119-123. Retirado em 12 de Novembro de 2011 <http://www.ipv.pt/millennium/millennium34/>

Maroco, J. (2003). *Análise Estatística: com utilização do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.

McCrae, R. & Costa, P. (1994). The Stability of Personality: Observation and Evaluation. *Current Direction in Psychological Science*, 3(6), 173-175.

McCrae, R., Costa, P., Jr (1992). An introduction to the five factor model and its applications, Special issue, "The five factor model: issues and applications". *Journal of Personality*, 60:2, 175-210.

Medeiros, J. (2010). *Depressão no idoso*. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

Maciel, A., & Guerra, R. (2006). Prevalência e fatores associados À sintomatologia depressiva em idosos residentes no Nordeste do Brasil. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 55 (1) 26-33  
Retirado e, 18 de Janeiro de 2012  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0047-20852006000100004](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852006000100004)

Natário, A. (1992). Envelhecimento em Portugal, uma realidade e um desafio. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 3,47-55.

Oliveira, J. (2002). Neuroticismo: Algumas variáveis diferenciais. *Análise Psicológica*, 4, 647-655.

Oliveira, D., Gomes, L., & Oliveira, R. (2006). Prevalência da depressão em idosos que frequentam centros de convivência. *Revista de Saúde pública*, 40 (4), 734-736.

Oliveira, J. (2008). *Psicologia do envelhecimento e do Idoso*. Porto: Legis Editora.

Orsini, M. (2006). *Estabilidade de traços de personalidade e suas relações com mudanças na severidade da depressão*. Tese de Doutorado em Psicologia apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília.

Paranhos, M. , & Werlang, B. (2009). Diagnóstico e Intensidade da Depressão. *Barbarói. Santa Cruz do Sul*, 31, 111-125.

Pinto, A. (2001). *Envelhecer Vivendo*. Coimbra: Quarteto Editora

Pimentel, A. (2010) *Depressão e suporte social em idosos institucionalizados: estudo com idosos residentes em lares de idosos*. Covilhã. Dissertação de Mestrado apresentada à Universidade da Beira Interior.

- Paúl, C. (2005). A construção de um modelo de envelhecimento humano. In C. Paúl, & A. Fonseca (Coords), *Envelhecer em Portugal*, (pp 21-45). Lisboa: Climepsi Editores.
- Pocinho, M., Farate, C., Dias, C., Lee., & J. Yesavage. J. (2009). Clinical and Psychometric validation of the geriatric Depression Scale (GDS) for Portuguese Elders. *Clinical Gerontologist*, 32(2), 223-236.
- Porto, J.A. (1999). Conceito e diagnóstico. Depressão. *Revista Brasileira Psiquiatria*, 21,6-11.
- Quivy, R., & Campenhoudt, L. (1992). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva.
- Ryff, C., & Essex, M. (1991). Psychological well-being in adulthood and old age: Descriptive markers and explanatory processes. *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*, 11, 144-171.
- Ribeiro, J. (1999). *Investigação e avaliação em psicologia e saúde*. Lisboa: Climepsi.
- Ribeiro, J. (2007). *Avaliação em Psicologia da Saúde: Instrumentos Publicados em Português*. Coimbra: Quarteto.
- Rebelo, A. & Leal, I. (2007). Fatores de personalidade e comportamento alimentar em mulheres portuguesas com obesidade mórbida: Estudo exploratório. *Análise Psicológica*, 3, 467-477.
- Santos, S. (2010). Concepções teórico-filosóficas sobre envelhecimento, velhice e enfermagem gerontogeriatrica. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 63,1035-1039.
- Santor, D., Bagby, R., & Joffe. (1997). Evaluating Stability and Change in Personality and Depression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73 (6), 1354-1362.
- Santana, P., Maia, R., Ferreira, C., Mata, A., & Maia, M. (2011). Depresión em Mayores en Noroeste de Brasil: Percepcion Y Evaluación de sus síntomas congresso virtual de psiquiatria. Congreso Virtual de Psiquiatria. Retirado em 15 de Janeiro de 2012. <http://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/bitstream/10401/2247/1/9conf650187.pdf>
- Stephan, Y. (2009). Openness to experience and active older adults' life satisfaction: A trait and facet-level analysis. *Personality & Individual Differences*, 47 (6), 637- 641.

Stella, F., Gobbi, S., Corazza, D. & Costa, J. (2002). Depressão no idoso: Diagnóstico, Tratamento e Benefícios da Atividade Física. *Revista Motriz, Rio Claro*, 8, 91-98.

Solano, G. (2001). Medindo la prevalência de la «depresión». *Revista Geriatria Gerontologia*, 36 (3), 127-130.

Smith, H. (1997). *Desenvolvimento da Personalidade*. S. Paulo; Mcgraw-Hill Editora.

Kaplan, H., Sadock, B., & Grebb, J. (2006). *Compêndio de Psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria*. Porto Alegre: Artmed Editora.

Klein, D., Kotov, R., & Bufferd, S. (2011). Personality and Depression: Explanatory Models and Review of the Evidence. *Annual Review of Clinical Psychology*, 7, 269-295.

Vaz, D. (2004). Cidades do Interior e as Estratégias Ausentes - Uma Observação a partir da Cidade da Covilhã. *Cidades- Comunidades e Territórios*, 8, 21-33

Widiger, T & Trull, T (1992). Personality and Psychopathology: An Application of the Five-Factor Model. *Journal of Personality*, 62, 363-391.

Widiger, T. (2011). Personality and Psychopathology. *In World Psychiatry*, 10, 103-106.

## **ANEXOS**



## **ANEXO 1**

# **Folha de informação ao Participante**

## FOLHA DE INFORMAÇÃO AO PARTICIPANTE

Título do estudo: Estudo sobre o bem-estar em pessoas com mais de 65 anos residentes na cidade da Covilhã.

### Introdução

Os investigadores responsáveis pelo estudo, da Universidade da Beira Interior, vêm convidá-la(lo) a participar num estudo sobre a forma como se vive após os 65 anos de idade na cidade da Covilhã.

Antes de decidir se quer ou não participar neste estudo, é importante que compreenda porque está a ser efetuada esta investigação e o que vai envolver. Por favor, leia cuidadosamente a informação que se segue. Não hesite em entrar em contacto em caso de dúvidas, ou se necessitar de mais informação.

### Qual é o objetivo do estudo?

O objetivo deste estudo é investigar / analisar as características das pessoas que vivem na cidade da Covilhã e que têm mais de 65 anos no sentido perceber o que é que contribui para o seu bem-estar e qualidade de vida. A sua participação neste estudo terá uma duração máxima de 2/3 sessões.

### Porque fui escolhida(o) para participar neste estudo?

Este estudo irá envolver uma amostra representativa de pessoas com mais de 65 anos que vivam na cidade da Covilhã.

### Será que tenho que participar?

A sua participação neste estudo é voluntária. Pode decidir participar ou não neste estudo. Se decidir participar pode desistir a qualquer altura, sem ter que dar qualquer justificação. A sua participação no estudo é anónima e não será remunerada.

### O que me irá acontecer se participar?

Se concordar em participar neste estudo ser-lhe-á pedido que responda a alguns questionários.

### A minha participação no estudo será mantida confidencial?

Os dados recolhidos neste estudo, que não a(o) identificam individualmente, serão guardados e processados em computador.

### O que irá acontecer aos resultados do estudo?

Os resultados deste estudo serão alvo Dissertações de Mestrado, que estarão disponíveis no Departamento de Ciências Médicas e Departamento de Psicologia e Educação da Universidade da Beira interior. Não será identificada(o) em nenhuma publicação ou relatório.

### Quem se encontra disponível para prestar mais informação?

Se tiver alguma dúvida ou pergunta adicional relativa a este estudo, é favor contactar:

Nome ... .. (contacto do investigador que efetua a recolha de dados-

Número de telefone: ... ..

Agradecemos o tempo que despendeu a ler esta Informação a(o) Utente, e a ponderar a sua participação neste estudo. Se desejar participar, deve assinar e datar o Consentimento Informado. Ser-lhe-á entregue uma cópia desta Informação a(o) participante e do seu Consentimento Informado assinado, que deverá guardar.

## **ANEXO 2**

# **Consentimento Informado**

**CONSENTIMENTO INFORMADO**

Título do estudo: Estudo sobre o bem-estar e qualidade de vida em pessoas com mais de 65 anos residentes na cidade da Covilhã.

**Ao assinar este documento confirmo o seguinte:**

Li e compreendi a Informação a(o) participante no estudo acima referido e foi-me dada a oportunidade de pensar sobre o mesmo, e de colocar questões.

Todas as minhas questões foram respondidas satisfatoriamente.

Compreendo que a minha participação é voluntária e que posso desistir a qualquer momento sem dar qualquer justificação, sem que os meus direitos legais sejam afetados.

Consinto participar neste estudo e a divulgação dos dados como descrito na Folha de Informação a(o) participante.

Recebi uma cópia, da informação a(o) participante, e do consentimento informado deste estudo, que devo guardar.

Nome da(o) participante:

---

Assinatura da(o) participante:

---

Data: (datada pela(o) utente):

---

Se a(o) participante for dependente/se estiver impedido de assinar:

Nome do tutor legal/cuidador/técnico responsável:

---

Assinatura do tutor legal:

---

Data (datada pelo tutor legal):

---

Nome do investigador:

---

Assinatura do investigador:

---

Data: \_\_\_\_\_

## **ANEXO 3**

# **Questionário de Identificação Geral**

**IDENTIFICAÇÃO GERAL**

Referência: \_\_\_\_\_

1. Idade \_\_\_\_\_ 2. Data Nascimento \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

3. Género 1. Feminino  2. Masculino 4. Estado Civil 1. Casado(a)  2. União de facto  3. Viúvo(a)  4. Solteiro (a)  5. Divorciado(a) 5. Filhos \_\_\_\_\_♀ \_\_\_\_\_♂ 6. Netos Sim  Não  7. Bisnetos Sim  Não 8. Profissão \_\_\_\_\_ 9. Reformado(a) Sim  Não 10. Escolaridade 1. Analfabeto  2. Ensino Primário  3. ≤ 8 anos escolaridade   
4. ≥ 9 anos escolaridade s/ Ensino Superior  5. Ensino Superior 

11. Residência permanente 1. Covilhã – Freguesia \_\_\_\_\_

Observações: \_\_\_\_\_

12. Com quem vive 1. Cônjuge  3. Sozinho(a)   
2. Filho(s)  4. Outra situação 13. Residente em Lar de Idosos Não  Sim   
Especifique \_\_\_\_\_14. Apoio Domiciliário (SAD) Não  Sim   
Especifique \_\_\_\_\_15. Instituições que frequenta regularmente 1. Centro de Dia  2. Centro de Convívio  3. Universidade Sênior   
4. Outra(s)  Especifique \_\_\_\_\_

16. Tem alguém à sua responsabilidade ou que dependa de si?

1. Não 2. Sim  Se sim, quem? \_\_\_\_\_ Que tipo de cuidados presta? \_\_\_\_\_**Outros dados/Observações**

Data (s) de recolha de dados: \_\_\_\_\_

Investigador(a) responsável: \_\_\_\_\_

## **ANEXO 4**

# **Escala de Depressão Geriátrica**

**ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA**

(Pocinho, Farate, Dias, Lee &amp; Yesavage, 2009)

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