



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR
Ciências Sociais e Humanas

**Depressão e Ansiedade em Idosos
Institucionalizados e não Institucionalizados
Valorizar o envelhecimento**

Ana Raquel Pais Bernardino

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

Orientador: Prof. Doutor Manuel Loureiro

Covilhã, Outubro de 2013

Depressão e Ansiedade em idosos institucionalizados e não institucionalizados
Valorizar o envelhecimento

Dedicatória

Dedico este trabalho aos maiores exemplos de vida... os meus pais.

Com a simplicidade da vossa educação tornei-me na pessoa que sou hoje, é com o maior orgulho que vos dedico esta conquista.

Depressão e Ansiedade em idosos institucionalizados e não institucionalizados
Valorizar o envelhecimento

Agradecimentos

Inicialmente gostaria de agradecer ao Professor Loureiro pelas sábias palavras de apoio e incentivo, conhecimento partilhado, bem como por todo o auxílio prestado. Esteve presente para as minhas dúvidas, partilhas, iniciativas e também nos momentos de algum desânimo.

Agradecer-lhe também por não desistir dos seus alunos, é um professor que demonstra sempre confiança e orgulho nos mesmos. Transmite muita serenidade, algo que me foi muito útil no desenrolar desta etapa que nem sempre se revelou fácil. Um obrigado especial pela disposição com a qual sempre me recebeu.

Ao Departamento de Psicologia e Educação e Ubl por me terem possibilitado este caminho difícil mas muito compensador no final. Todos os professores contribuíram de certa forma para que esta prática se tornasse inesquecível, para que desenvolvesse as minhas capacidades e competências, assim como, a minha evolução pessoal.

Às três instituições que me permitiram aceder aos idosos nelas residentes, as quais assumiram sempre uma postura colaborativa, participativa e mais importante que isso demonstraram interesse sobre os resultados. Agradeço pela forma carinhosa e acolhedora como me receberam.

Aos meus pais e irmã. Passar para a escrita o que vos agradeço torna-se muito ingrato, mas não poderia deixar de pronunciar um obrigado pelo apoio, sorrisos, conforto, amor e aquele abraço na hora mais precisa. Pai és um exemplo de força, perseverança e empenho. Mãe foste incansável nesta reta final, és doce e a minha melhor amiga. Mana, tu sabes que és a minha alma gémea e neste percurso não foi diferente, cada passo que dei estavas pronta a ajudar-me, obrigado por “nunca me deixares cair”. Amo-vos por tudo o que sou hoje!

Ao meu namorado, amigo e companheiro que esteve presente em todos os momentos (melhores e os menos bons) desde o início até ao término deste percurso. Foste alguém indispensável para percorrer este caminho, contigo tudo se tornou mais fácil. Obrigado também, pelas horas dedicadas à recolha dos dados, pelos teus abraços, carinhos, palavras certas, “puxões de orelhas”, compreensão e amor.

A toda a minha família da qual sinto imenso orgulho. Agradeço pela pessoa que fui construindo com base nos vossos valores, princípios e respeito por tudo e todos os que me rodeiam. Assim como, pela força transmitida e garra que me forneceram. Depositaram em

mim muitas expectativas mas ao mesmo tempo disponibilizaram todo o apoio quando necessário, palavras de encorajamento para terminar esta etapa, assim, confirmei que tenho a melhor família do mundo.

Uma palavra em especial aos meus avós que são os idosos mais maravilhosos que conheço.

Ao João Antunes que sem dúvida foi um dos elementos chave na realização desta dissertação. Obrigado pela ajuda quer na recolha dos dados, quer na facilitação do contacto e proximidade das instituições.

A ti Ana Carolina Ferreira, foste uma ajuda preciosa. Agradeço-te tanto pelas horas que disponibilizas-te para estar comigo, para me ouvir, para me animar e sobretudo para partilhar mais um momento repleto de obstáculos destes cinco anos. Tornaste-te muito especial!

Às minhas grandes amigas, Mariana Parente, Carol Ferreira, Ana Carolina Santos, Maria Inês Figueiredo, Rosa Marlene, Teresa Reis e Sofia Abrantes, pela ajuda prestada e essencialmente por partilharem esta experiência comigo, por estarem sempre dispostas a ouvir as minhas boas ou más notícias reforçando-me sempre de forma a seguir em frente. Agradeço pelas horas partilhadas na biblioteca e pela troca de informação contemplada. Obrigado pela vossa amizade e presença na minha vida, sabem que são dos maiores “ganhos/troféus” que levo desta universidade, desejo-vos as maiores felicidades (<3).

Aos amigos de uma vida, Pedro Ferreira, Renata Fazenda, Pedro Pombo, Ana Carramana, João Gregório, Rui Mendes, Tomás Peixeiro, André Afonso, Daniel Vicente e Joana Pais, muito obrigado simplesmente pela vossa grande amizade, apoio, brincadeiras, saídas e presença na minha vida.

A todos os outros amigos e familiares que contribuírem de certa forma para ultimar este percurso.

Por fim, não poderia terminar sem agradecer aos meus idosos, é a eles que direciono a minha palavra de maior apreço. Transmitiram-me valores que até então pensava não serem tão importantes, demonstraram-me como um simples sorriso pode tornar o dia deles diferentes e acima de tudo partilharam inúmeras histórias comigo, histórias de vida que abarcaram alegrias, mas muitas tristezas e esforços árduos. Nem sempre foi fácil conter a emoção, mas estes idosos carregados de sabedoria presentearam-me com imensa força e foi neles que senti o maior apoio para terminar o presente trabalho. Se houve alguém que confiou e acreditou que eu iria terminar a investigação, foram eles. Por tudo, um muito obrigado!

Resumo

O envelhecimento diz respeito a uma etapa do ciclo vital de qualquer ser humano, como tal, tem repercussões positivas e negativas. No entanto, tem vindo a ser interpretado como um processo que é condicionado somente por perdas, perdas essas que parecem muitas vezes conduzir a patologias frequentemente subdiagnosticadas no idoso. Apesar de existirem estudos neste sentido, a problemática está longe de ser definida e desmistificada.

Como objetivo principal, esta investigação pretende analisar, compreender e caracterizar os níveis de depressão e ansiedade nos idosos em função de diferentes variáveis sociodemográficas, assim como, avaliar se é nos idosos institucionalizados ou não institucionalizados que prevalecem maiores níveis de sintomatologia. Para dar resposta aos objetivos propostos foram avaliados os níveis de depressão através da Geriatric Depression Scale, os níveis de ansiedade recorrendo-se ao inventário de ansiedade de Beck e por último, para apurar as variáveis sociodemográficas utilizou-se um questionário sociodemográfico. Assim, apresenta-se um estudo quantitativo de cariz transversal, descritivo e correlacional.

Esta investigação incide sobre um grupo de 100 participantes com idades compreendidas entre os 65 e os 95 anos de idade com uma média de $\bar{x}=81,27$, dos quais 46 pertencem ao género masculino e 54 ao género feminino. Face às hipóteses operacionalizadas, foram considerados dois subgrupos, o dos idosos institucionalizados e o dos idosos não institucionalizados, o primeiro (n=50) foi concebido recolhendo a amostra em três instituições com regime de internamento do distrito de Castelo branco, já o segundo foi formado pelos idosos da comunidade residentes no mesmo distrito.

As principais conclusões do nosso estudo sugerem que os idosos institucionalizados apresentam níveis de depressão e ansiedade mais elevados que os idosos que não se encontram sob essa condição; o género feminino padece de maior sintomatologia depressiva, assim como os idosos com idade superior a 74 anos. Concluiu-se ainda, que as pessoas desta faixa etária que revelam mais frequentemente sentimento de solidão apresentam níveis superiores de ansiedade e depressão. Em linhas gerais, os nossos resultados vieram corroborar alguns dos resultados observados nos últimos anos, sendo que também é possível identificar algumas divergências.

Palavras-chave:

Ansiedade, Depressão, Envelhecimento, Idosos e Institucionalização.

Abstract

Ageing is a stage of every human life cycle and therefore it has positive and negative effects. However, it has been considered to be solely dependent on losses, which often leads to misdiagnosed pathologies in the elderly. This problem is far from solved and demystified although there are some studies on this matter.

The main goal of this research is to analyse, understand and describe depression and anxiety levels of the elderly on the basis of different socio-demographic variables, as well as to assess whether the higher levels of the symptom prevail among the institutionalised or the non-institutionalised. To achieve the proposed goals, the Geriatric Depression Scale was used to evaluate the depression levels, the anxiety levels' evaluation followed the Beck Anxiety Inventory and, at last, a sociodemographic survey was elaborated to define the sociodemographic variables. A quantitative study with transversal, descriptive and correlative features was thus presented.

The research includes a group of 100 individuals of ages between 65 and 95 with an average of $\bar{x}=81,27$ of which 46 are male and 54 are female. According to the available possibilities, there were studied two subgroups: the institutionalised and the non-institutionalised elderly. The first one was designed by collecting a sample from three long-term care facilities in Castelo Branco. The second one consists of community elderly who live in the same district.

The conclusions of this study suggest that the institutionalised elderly present higher depression and anxiety levels than the non-institutionalised. The female gender suffers from higher depression symptomatology and the elderly of ages superior to 74 as well. It was also concluded that higher levels of anxiety and depression belonged to the elderly who manifested more often a sense of loneliness. In general, these results corroborated some of the results provided over the last years, being however possible to identify some disparities.

Keywords:

Anxiety, Depression, Ageing, Elderly, Institutionalisation.

Índice

Dedicatória	iii
Agradecimentos	v
Resumo	vii
Abstract	ix
Lista de Figuras	xii
Lista de Tabelas	xv
Lista de Acrónimos	xix
Introdução	1
I Parte- Estado da Arte	5
Capítulo I. Fundamentação Teórica	7
1.1. Envelhecimento e Institucionalização	7
1.1.1. Conceito de envelhecimento	7
1.1.2. Implicações do processo de envelhecer	9
1.1.3. Institucionalização: conceito e implicações	10
1.2. Ansiedade no idoso	13
1.2.1. Conceito de ansiedade	14
1.2.2. Epidemiologia e Etiologia	15
1.2.3. Comorbilidade e Diagnóstico	16
1.2.4. Principais intervenções terapêuticas	19
1.3. Depressão no idoso	21
1.3.1. Conceito de depressão	21
1.3.2. Epidemiologia e Etiologia	23
1.3.3. Comorbilidade e Diagnóstico	25
1.3.4. Principais intervenções terapêuticas	31
1.4. Estudos realizados neste âmbito e problemática	33
1.4.1. Estudos sobre depressão	34
1.4.2. Estudos sobre ansiedade	35
1.4.3. Estudos sobre idosos institucionalizados Versus idosos não institucionalizados	36
PARTE II- ESTUDO EMPÍRICO	39
Capítulo II- Material e Método	41
2.1. Apresentação do Estudo e objetivos	41
2.1.1. Hipóteses	42
2.1.2. Variáveis em estudo	43
2.1.3. Desenho da investigação	45
2.2. Participantes	46
2.2.1. Contexto da amostra	46
2.2.2. Caracterização da amostra	47

2.3. Instrumentos	52
2.3.1. Descrição e Fiabilidade dos instrumentos	54
2.4. Procedimentos	56
2.5 Análise Estatística	57
Capítulo III- Descrição e Conclusões	59
3.1. Análise descritiva	59
3.2. Sintomatologia depressiva e ansiógena e variáveis sociodemográficas	60
3.3. Sintomatologia depressiva e ansiógena e variáveis da institucionalização.	73
3.4. Relação entre ansiedade e depressão	78
Capítulo IV. Discussão dos resultados e Conclusões	79
4.1. Discussão	79
4.1.1 Sintomatologia depressiva e ansiógena e variáveis sociodemográficas	81
4.1.2 Sintomatologia depressiva e ansiógena e variáveis presentes na institucionalização.	87
4.1.3. Relação entre sintomatologia depressiva e ansiógena	89
4.2. Conclusões	90
Referências Bibliográficas	97
Anexos	117

Lista de Figuras

Figura 1.	Quadro explicativo quanto à tipologia da Depressão	22
Figura 2.	Quadro explicativo no que respeita à diferenciação entre depressão e demência no idoso	26
Figura 3.	Quadro elucidativo sobre os sintomas mais comuns da depressão em idade avançada	27
Figura 4.	Gráfico circular sobre a prevalência de idosos em cada instituição (N=50)	48
Figura 5.	Histograma relativo à idade da amostra (N100)	51
Figura 6.	Gráfico Error Bar	66

Lista de Tabelas

Tabela 1.	Caracterização sociodemográfica da amostra em geral	49
Tabela 2.	Caracterização sociodemográfica da amostra em geral	50
Tabela 3.	Características da amostra institucionalizada	52
Tabela 4.	Alpha de Croanbach para a GDS e BAI	54
Tabela 5.	Resultados obtidos no Kolmogorov-Smirnov para a distribuição da nossa amostra	55
Tabela 6.	Estatística descritiva sobre a presença de ansiedade na amostra	59
Tabela 7.	Estatística descritiva respeitante à presença de ansiedade na amostra	60
Tabela 8.	Apresentação dos resultados obtidos, através do teste mann-witney para a sintomatologia depressiva (GDS total), segundo a variável género	61
Tabela 9.	Resultados relativos ao teste Kruskai-Wallis para a sintomatologia depressiva (GDS total) segundo a variável escolaridade	61
Tabela 10.	Resultados obtidos no t-student para a comparação de médias de sintomas de ansiedade entre diferentes géneros	61
Tabela 11.	Resultados da ANOVA, para comparação de médias da sintomatologia ansiógena (BAI total) segundo a variável escolaridade	62
Tabela 12.	Comparação dos níveis médios de sintomatologia depressiva (GDS_total) e ansiógena (BAI total) entre em pequenos e grandes idosos	63
Tabela 13.	Resultados descritivos para a sintomatologia depressiva e a variável idade.	63
Tabela 14.	Resultados descritivos da sintomatologia ansiógena em função da variável idade.	63
Tabela 15.	Coeficiente de correlação de Pearson para associação entre sintomatologia depressiva (GDS) e ansiógena (BAI) e a idade	64
Tabela 16.	Resultados do teste ANOVA e Kruskai-wallis para a sintomatologia depressiva (GDS) e sintomatologia ansiógena (BAI) , segundo o estatuto socioeconómico	65
Tabela 17.	Resultados descritivos obtidos com recuso à ANOVA entre as variáveis GDS e BAI total com a variável estatuto socioeconómico	65
Tabela 18.	Resultados do teste Post-Hoc de Tukey para a comparação múltipla de médias da variável BAI_Total e situação económica	65
Tabela 19.	Resultados obtidos no t-student para comparação de médias da ansiedade (BAI total) entre idosos que se sentem com maior e menor frequência sós	66
Tabela 20.	Resultados descritivos da sintomatologia ansiógena, segundo a variável sentimento de solidão	67
Tabela 21.	Mann-whitney e T-student para comparação de níveis médios de sintomatologia depressiva (GDS total) segundo o sentimento de solidão	67

Tabela 22.	Resultados descritivos da sintomatologia depressiva e sentimento de solidão	67
Tabela 23.	Comparação de médias através da ANOVA e do Kruskai-Wallis para a sintomatologia depressiva (GDS_total) e ansiógena (BAI_total) entre idosos de diferente estado civil	68
Tabela 24.	Resultados descritivos para a sintomatologia depressiva e ansiógena e o estado civil na amostra geral	69
Tabela 25.	Resultados descritivos para a sintomatologia depressiva (GDS) e ansiógena (BAI) e o estado civil na amostra institucionalizada e não institucionalizada	69
Tabela 26.	Resultados do test Post Hoc de Tukey para a comparação múltipla de médias	70
Tabela 27.	Resultados obtidos com o teste Kruskai-Wallis para comparação de níveis médios da sintomatologia depressiva (GDS) segundo e a variável atividade	70
Tabela 28.	Resultados obtidos com o teste ANOVA para comparação dos níveis médios de ansiedade (BAI) segundo a variável atividade	71
Tabela 29.	Resultados do teste Mann-Whitney para a sintomatologia depressiva (GDS) entre idosos institucionalizados e não institucionalizados	71
Tabela 30.	Resultados obtidos no t-test para comparação dos níveis médios de ansiedade (BAI total) entre idosos institucionalizados e não institucionalizados	72
Tabela 31.	Resultados obtidos com o Kruskai-Wallis para comparação dos níveis médios de depressão (GDS total) segundo a variável saúde	72
Tabela 32.	Resultados obtidos com a ANOVA para comparação dos níveis médios de ansiedade (BAI total) segundo a variável saúde	73
Tabela 33.	Resultados obtidos com t-student para comparação dos níveis médios da sintomatologia depressiva (GDS total) entre idosos residentes numa instituição pública e privada	73
Tabela 34.	Resultados obtidos com o t-test para comparação da média de sintomas de ansiedade (BAI) entre idosos residentes em instituição pública e privada	74
Tabela 35.	Resultados da ANOVA para comparação de médias da sintomatologia depressiva (GDS_total), segundo o tempo de internamento	75
Tabela 36.	Resultados obtidos através do teste ANOVA para comparação de médias da sintomatologia de ansiedade (BAI), segundo o tempo de internamento	75
Tabela 37.	Resultados obtidos na ANOVA para comparação de médias da sintomatologia depressiva (GDS_total), segundo a regularidade de visitas aos idosos	75
Tabela 38.	Resultados obtidos na ANOVA para comparação de médias da sintomatologia ansiógena segundo a regularidade de visitas aos idosos	76
Tabela 39.	Resultados obtidos com o t-student para comparação dos níveis médios de sintomatologia depressiva (GDS_total), segundo a razão de	

	institucionalização	76
Tabela 40.	Resultados obtidos com o t-student para comparação dos níveis médios de sintomatologia ansiógena (BAI_total), segundo a razão da institucionalização	77
Tabela 41.	Resultados obtidos no teste t-student para comparação dos níveis médios de sintomatologia depressiva entre idosos que revelam gostar e não gostar da instituição	77
Tabela 42.	Resultados obtidos com o t-student para comparação dos níveis médios de sintomatologia de ansiedade entre idosos que revelam gostar e não gostar da instituição.	78
Tabela 43.	Coeficiente de correlação de Spearman entre sintomatologia depressiva (GDS) e sintomatologia ansiógena (BAI)	78

Lista de Acrónimos

APA-	American Psychological Association
BAI-	Beck Anxiety Inventory
DSM-	Diagnóstico em saúde mental
GDS-	Geriatric Depression Scale
OMS-	Organização Mundial de Saúde

Introdução

O envelhecimento da população portuguesa consiste num fenómeno atual dada a natureza estrutural das mudanças demográficas, económicas, culturais e impacto social (Oliveira & Peixoto, 2012), ao qual não podemos ficar a assistir como meros espectadores tendo assim, de nos adaptar às novas necessidades (Ferreira, 2011).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), as estimativas para o ano de 2050 que dizem respeito à população com mais de sessenta anos remetem para dois bilhões de pessoas idosas no mundo, sendo a maioria habitante em países em desenvolvimento (Nunes, Menezes & Alchieri, 2010; Sun, Lucas, Meng & Zhang, 2011). Portugal não é exceção, uma vez que, a proporção de pessoas com idades iguais ou superiores a 65 anos duplicou nos últimos 45 anos (Gonçalves & Carrilho, 2008). Recentemente os Censos de 2011, permitiram chegar à conclusão de que a população idosa representa 19% da população total, isto é, 2,023 milhões de pessoas com 65 ou mais anos de idade (Instituto Nacional de Estatística, 2012), o que corresponde a um índice de envelhecimento de 118 idosos para cada 100 jovens, podendo representar em 2050 um índice de 242 idosos para cada 100 jovens (Drago & Martins, 2012).

Face aos crescentes índices de envelhecimento é importante que os nossos idosos possam envelhecer bem. E envelhecer bem, portanto, subsiste num processo heterogéneo e diferenciado na medida em que cada idoso vive em contextos sociais, físicos e humanos distintos, sendo portador de vivências e projetos de vida idiossincráticos. Os investigadores defendem que a qualidade de vida, na ótica do bem-estar ou da satisfação com a vida, inclui um alargado espectro de áreas da vida e vários domínios como, a saúde, o trabalho, a família, a qualidade da habitação, a vizinhança e a economia. Porém, as mudanças físicas, psicológicas e sociais comuns nos idosos levam-nos a enfrentar perdas, diminuição do nível de saúde, afastamento do mercado de trabalho e diversas situações desfavoráveis não controláveis. Neste contexto, o idoso procura encontrar apoio na família, nos vizinhos, nos amigos e nas instituições, dependendo a qualidade de vida das respostas que consegue obter (Chau, Soares, Fialho, & Sacadura, 2012).

De salientar que no nosso país, cerca de 51 017 pessoas idosas residem em lares/instituições, sendo maioritariamente mulheres (Gonçalves, 2003), o que parece testemunhar uma procura acrescida face às dificuldades presentes nas famílias e cuidadores informais, revelando-se similarmente, maior a necessidade de recorrer a ajuda externa.

Após o descrito, torna-se relevante enfatizar que é nesta fase da vida dos idosos que muitas vezes emerge o desenvolvimento de patologias, que por sua vez adquire um significado especial que se reflete no receio da dependência física, na desesperança em obter melhorias e na perceção do inexorável destino que se aproxima, a morte. A irreversibilidade das suas fraquezas é para o idoso um forte motivo para uma descompensação funcional no plano psicológico, sendo neste cenário que a depressão e ansiedade surgem como dos mais importantes agravos à saúde da terceira idade, anunciando-se a depressão como a patologia do foro mental mais prevalente na população geriátrica (Porcu et al., 2002).

Como agravante, a depressão e ansiedade nos idosos tendem a ser subestimadas derivado do facto de muitos deles minimizam os sintomas psicológicos e os atribuírem a perturbações do sono, fadiga e outros sintomas a doenças fisiológicas (Bruce, et al., 2002).

Assim, esta dissertação tem como objetivo potenciar um contributo para uma compreensão detalhada dos sintomas patológicos no envelhecimento, proporcionando um maior conhecimento dos fatores de risco destes estados emocionais negativos. Concludentemente, visa quebrar a visão que me parece global de que o processo de envelhecimento implica obrigatoriamente, doença, isolamento, solidão e dor.

O presente trabalho encontra-se estruturado de acordo com duas partes fundamentais e quatro capítulos, concretamente, a primeira parte incide sobre a revisão do estado da arte e a segunda parte integra a apresentação do estudo empírico.

O primeiro capítulo encontra-se organizado de forma a dar resposta aos conceitos explorados nesta investigação, no qual primariamente são abordados os conceitos de envelhecimento e institucionalização assinalando a definição de ambos e o que cada um implica, sejam as mudanças descritas como normativas, como as mudanças aos quais são sujeitos os idosos após institucionalizados. Partindo num segundo momento para a sintomatologia psicopatológica, como a depressão e ansiedade no idoso, nas quais são contemplados caracterização, epidemiologia, etiologia, comorbilidade, fatores de risco, diagnóstico e ainda as principais intervenções nesse âmbito. Finaliza com um sub-capítulo de estudos efetuados nesta área e quais as principais conclusões dos mesmos.

O segundo capítulo abarca essencialmente a exposição detalhada do estudo empírico, no qual são formulados objetivos, operacionalizadas hipóteses, clarificadas variáveis, instrumentos e amostra, assim como, definida a tipologia e método no qual a nossa investigação assenta.

Já no que diz respeito ao terceiro capítulo, este recai sobre uma breve descrição e sintética dos resultados obtidos, assimilando quais os dados estatisticamente significativos e relacionando as variáveis descritas.

Por último, o quarto capítulo é consagrado à discussão que faz referência aos dados obtidos corroborados, explicados ou refutados pela literatura, finalizando com a enumeração de limitações, possíveis contribuições e sugestões.

VELHO RANZINZA!

*O que veem vocês?... O que veem vocês?
O que pensam vocês quando estão a olhar para mim?
Um homem tonto, não muito sábio,
habitualmente incerto... de olhar distante?
Que se suja com a comida e que não faz qualquer comentário,
quando você diz em voz alta... "Eu gostaria que você tentasse!"
Parece que não percebe as coisas que você faz.
E que está sempre a perder uma meia ou um sapato?
Que, resistindo ou não a deixa fazer o que quiser,
e apenas com um banho e a alimentação para preencher um dia inteiro?
É nisso que está a pensar?... É isso o que você vê?
Então abra os olhos... você não está a olhar para mim.*

*Eu vou dizer-lhe quem eu sou enquanto permaneço sossegado, aqui sentado
à medida que ajo ao seu comando e como à sua vontade.
Eu sou uma criancinha de dez anos com um pai e uma mãe,
irmãos e irmãs que se amam.
Um jovem de dezasseis com asas nos pés,
sonhando que muito em breve uma namorada, ele vai encontrar.
Aos vinte, rapidamente, um noivo...o meu coração dá um salto
lembrando os votos que eu prometi respeitar.
Agora aos vinte e cinco, tenho os meus filhos,
que precisam de mim para os guiar e um lar seguro e feliz.
Um homem de trinta... os meus filhos estão a crescer rapidamente,
ligados um ao outro com os laços que devem durar.
Aos quarenta, os meus jovens filhos cresceram e partiram,
mas a minha mulher está ao meu lado para ver que eu não me lamento.
Aos cinquenta anos, mais uma vez, bebês brincam sobre os meus joelhos,
conhecemos de novo, crianças, a minha amada e eu.
Dias sombrios caem sobre mim...a minha mulher agora está morta.
Eu olho para o futuro e tremo de pavor.
Porque os meus filhos estão todos criando os seus próprios filhos.
E eu penso naqueles anos e no amor que eu conheci.*

*Agora eu sou um velho homem... e a natureza é cruel.
É um gracejo fazer a velhice parecer uma tolice.
O corpo desintegra-se... a graça e o vigor desaparecem.
Existe agora uma pedra... onde um dia, eu tive um coração.
Mas dentro desta velha carcaça... ainda habita um homem novo.
E volta e meia, o meu coração maltratado incha.
Eu lembro-me das alegrias, eu lembro-me do sofrimento.
E eu estou a amar e a viver... a vida de novo.
Eu penso nos anos, todos muito curtos... que desapareceram num instante.
E aceito o facto gritante de que nada dura.
Por isso, abram os olhos, gente... abram e vejam.
Não um velho tonto.
Olhem bem e... vejamapenas EU!*

(Wells Keith)

PARTE I - ESTADO DA ARTE

Capítulo I. Fundamentação Teórica

Consignado a aspetos teóricos, este capítulo pretende abordar e distinguir diferentes conceitos considerados pertinentes. No decorrer da primeira parte procurámos contextualizar e operacionalizar o conceito de envelhecimento, partindo posteriormente para a caracterização de institucionalização, ansiedade e depressão na pessoa idosa. Encerra com a descrição de alguns estudos que estabelecem relações entre as variáveis e conceitos que fomos sinalizando, sendo expostos de acordo com a leitura histórica e de forma a enquadrar o estudo desenvolvido.

À semelhança de outros processos e etapas do ciclo da vida, também o envelhecimento passa por um processo de modificações e adaptações, contudo a possibilidade de vivenciar um envelhecimento saudável depende das decisões de cada pessoa idosa, mas também do meio envolvente, como sejam os cuidados prestados pela comunidade e nas instituições.

Não obstante a necessidade de se alertar e tratar qualquer sintomatologia psicopatológica resultante da má adaptação, da perda, do isolamento e de muitos outros fatores. Assim, serão contemplados e ilustrados esses mesmos predisponentes.

1.1 Envelhecimento e Institucionalização

1.1.1 Conceito de envelhecimento

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

As questões que concernem ao envelhecimento humano, ganharam destaque aquando as pesquisas científicas no início da década de 1920 com investigações que contemplavam, essencialmente, as transformações fisiológicas e as suas perdas para o organismo nesta fase do desenvolvimento. Estudos pioneiros, como os realizados por Stanley Hall, marcaram esta fase embrionária enfocando a velhice com a publicação, em 1922, da obra *Senescence: the hall of life* (Araújo & Carvalho, 2005).

O envelhecimento consiste assim, num processo bastante complexo, irreversível, multifatorial (Schneider & Irigaray, 2008), inevitável e caracterizado por um conjunto de mudanças fisiológicas, psicológicas e sociais específicas de cada indivíduo, resumidamente, um processo idiossincrático. Descreve-se igualmente por um momento de reflexão, em que o idoso se apercebe que alcançou muitos dos objetivos idealizados, mas também que sofreu perdas, das quais a saúde se destaca (Ferreira, 2005).

Como categoria social e culturalmente construída, a velhice possui uma componente preconceituosa e estereotipada que a associa a múltiplas patologias, denotando um período

vital fragilizado e debilitado. Desta forma, estaria articulada a representações que a qualificam como uma fase negativa do curso da vida (Maia, Castro & Jordão, 2010).

Por conseguinte, todas as enunciações que se possam estabelecer nunca serão suficientes para descrever o que na realidade é ser idoso, isto porque, as áreas de conhecimento e os estudos acerca do processo de envelhecimento humano anunciam-se tão amplos quanto o leque de abordagens (Prado & Sayd, 2006). Há no entanto, necessidade de definições para nos entendermos no que respeita à comunicação. Como tal, a OMS designa como idosos as pessoas com mais de 65 anos de idade, em países desenvolvidos e com mais de 60 anos de idade em países em desenvolvimento (Carvalho & Dias, 2011).

De salientar que até há pouco tempo atrás, a psicologia do desenvolvimento incidia somente na infância e adolescência, adotando uma visão de que a velhice seria um retorno à infância, prevalecendo por isso uma perspectiva circular. Porém deverá deter-se uma visão mais linear, na qual o envelhecimento decorre como uma evolução desde o nascimento até à morte (Oliveira, 2005). Isto é, uma abordagem *long life span* como aquela que transmite a melhor compreensão acerca do processo de envelhecimento, abordando a “vida inteira” e insistindo no facto de serem observáveis profundas modificações psicológicas ao longo desta fase de modo que, o desenvolvimento se processa ao longo de todo o ciclo de vida (Borrvalho, 2010).

Segundo Fernades (2002 cit in Gaspar, 2006), o envelhecimento é contínuo ainda que, este se torne mais evidente nas últimas fases da vida do ser humano e difira de idoso para idoso devido aos fatores de influência, tais como sexo, estado civil, residir em meio rural ou urbano, ter filhos ou não, ativo ou inativo, ou seja, fatores de índole genética, ambiental, socioeconómico ou profissional. É considerado um processo acumulativo, que se torna irreversível, universal, não-patológico e no qual ocorre uma deterioração do organismo maduro, podendo conduzir a uma incapacidade no indivíduo para desenvolver algumas atividades. Concomitantemente não significa obrigatoriamente doença, uma vez que muitas pessoas idosas conservam a sua saúde até idade bastante avançada (Tier, Fontana & Soares, 2004).

Têm sobrevivendo ainda, várias tentativas para estabelecer padrões de envelhecimento que permitam definir categorias significativas e assim distinguir os processos de envelhecimento. Primordialmente, Busse (1969) designou dois tipos de envelhecimento, o primário que diz respeito às mudanças intrínsecas e irreversíveis decorrentes do envelhecimento e o envelhecimento secundário referente às doenças associadas à idade, mas reversíveis ou de prevenção possível. Birren e Schroots (1996), posteriormente adicionaram uma terceira tipologia, o envelhecimento terciário, que remete para as mudanças que ocorrem de forma precipitada na velhice. Este poderia também ser apelidado de declínio terminal, pois implica que antes da morte permaneça um declínio rápido e acentuado (Amado, 2008).

De acordo com Birren & Cunningham (1995), considera-se igualmente vantajoso proceder à discriminação das seguintes categorias de idade: idade biológica que se refere aos

sistemas vitais do organismo humano e especialmente importantes na consideração dos problemas de saúde que afetam os indivíduos, isto porque, pode verificar-se que a capacidade de autorregulação do funcionamento desse sistema diminui com o tempo; idade psicológica que se reporta às capacidades de natureza psicológica que as pessoas utilizam para se adaptarem a mudanças de índole ambiental, o que inclui sentimentos, cognições, motivações, memória, inteligência e ainda outras competências que sustentam o controlo pessoal e a auto-estima. Por último, a idade sociocultural que alude ao conjunto específico de papéis sociais que os indivíduos adotam relativamente a outros membros da sociedade e de acordo com a cultura a que pertencem, idade essa que é julgada com base em comportamentos, hábitos e relacionamentos interpessoais (Gonçalves, 2010; Vaz, 2009).

1.1.2 Implicações do processo de envelhecer

O envelhecimento concebido como normativo engloba um declínio gradual nas funções cognitivas resultantes de processos neurológicos que se alteram com a idade (Gonçalves et al, 2010). As perdas de memória, principalmente as que se refletem na dificuldade para recordar nomes, números de telefone e objetos guardados são as mais frequentes. Por seu turno, a decadência que acompanha o idoso tem início e progressão extremamente variáveis, dependendo de fatores educacionais, da saúde, da personalidade, bem como do nível intelectual global e das capacidades mentais específicas de cada indivíduo (Reis, Torres, Araújo, Reis & Novaes, 2009).

Similarmente é ainda nesta fase que se verificam diferentes alterações no ser humano, Bee e Mitchell (1984 cit in Oliveira, Santos, Cruvinel & Néri, 2006) resguardam que, a maioria dos idosos experimenta uma mudança significativa no seu quotidiano com o início da reforma e término dos papéis profissionais, apresentando modificações orgânicas como alterações cognitivas e perceptivas, assim como transformações importantes nos relacionamentos sociais. Ao nível morfológico são notórias diversas transformações, nomeadamente o aparecimento de rugas, cabelos brancos e outras; ao nível fisiológico encontram-se as alterações das funções orgânicas. No que remete para as modificações psicológicas, estas ocorrem quando ao envelhecer, o ser humano precisa adaptar-se a cada situação nova do seu dia-a-dia, já as modificações sociais são notórias em função da diminuição da produtividade e, principalmente, do poder físico e económico (Santos, 2010).

Torna-se importante ressaltar, que as alterações no processo de envelhecimento podem afetar o padrão de alimentação do indivíduo, tais como: diminuição das papilas gustativas, com prejuízo do paladar; redução do olfato e da visão; diminuição da secreção salivar e gástrica; falha na mastigação pela ausência de dentes ou uso de próteses impróprias; redução da motilidade intestinal e diminuição da sensibilidade à sede. O consumo de múltiplos medicamentos acaba por interferir no apetite, no consumo e absorção dos nutrientes conduzindo ao aumento do risco de desnutrição nos idosos, especialmente entre os institucionalizados. Além das alterações fisiológicas descritas, doenças psicológicas como a

depressão causada pela exclusão social, solidão, abandono e doenças neurológicas como as demências, podem dificultar o consumo de alimentos e afetar o estado nutricional do idoso (Segalla & Spinelli, 2011).

No entanto, o envelhecimento humano não se resume somente a um problema demográfico (Díaz, 2005; Vaz, 2009; Luppá, Luck, König, Angermeyer & Heller, 2012), mas sobretudo a um fenómeno mais complexo que envolve aspetos socioculturais, políticos e económicos em interação dinâmica e permanente com a dimensão biológica e subjetiva dos indivíduos. Dito isso, a reestruturação dos sistemas de reforma, os regimes de previdência social e o aumento das instituições de apoio à velhice são indicadores da preocupação e adaptação social ao fenómeno do envelhecimento. A OMS define saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade. Esta definição reflete um conceito holístico de saúde, que reconhece não apenas o aspeto físico do envelhecimento, mas também os aspetos sociais e emocionais da mesma (Carvalho & Dias, 2011).

Hoje, para além do desejo de viver muitos anos, há uma preocupação com a saúde e o bem-estar da pessoa idosa, sendo que não se trata apenas de prevenir o aparecimento de doenças, mas de propiciar sobretudo qualidade de vida em termos de bem-estar físico, funcional, psicológico, psíquico e social (Carvalho & Dias, 2011).

1.1.3 Institucionalização: conceito e implicações

Marcado por diferentes mudanças demográficas, familiares e dificuldades associadas ao processo de envelhecimento em Portugal, revelou-se pertinente conceber novas alternativas e intervenções para dar resposta às necessidades atuais, pelo que cerca de 51 017 pessoas idosas residem em lares (num total de 1 702 120 pessoas com mais de 65 anos), sendo maioritariamente mulheres (Gonçalves, 2003). Neste âmbito, a institucionalização é considerada, por ordem decrescente a terceira resposta social com mais peso (20%) entre as várias valências, reconhecidas pela Segurança Social (Duarte & Paul, 2007).

Define-se instituição/lar, como o estabelecimento que abriga pessoas idosas e outras que se encontram desamparadas que não podem ser auxiliadas na sua residência ou que por outro lado, requerem atenção e assistência especial ou constante (Bruno, Marques & Silva, 2006). Descreve-se ainda, como uma resposta social destinada para alojamento coletivo, de utilização temporária ou permanente, para idosos em situações de maior risco de perda de autonomia (Vaz, 2009). Sendo que, a sua principal missão assenta na prestação de cuidados globais, devendo a intervenção basear-se em princípios éticos tais como: a dignidade, a individualidade, o respeito, a autonomia, a liberdade, a capacidade de escolha, a privacidade e intimidade, a confidencialidade, a igualdade e a participação (Soeiro, 2010). Logo, todos os princípios e valores têm expressão na concretização dos direitos dos domiciliados, nomeadamente o direito à integridade e ao desenvolvimento da sua personalidade; direito à liberdade de expressão e religiosa; direito a uma vida afetiva, social e sexual; direito à

autonomia e administração do próprio património, direitos aos cuidados que necessita de forma idónea, humana e atempada (Ferreira, 2011).

No tocante à prestação de cuidados aos idosos, existem duas formas distintas pelas quais podem ser prestados: a primeira remete para a modalidade asilar (cuidados em regime de internato, ao idoso sem vínculo familiar ou sem condições de prover a própria subsistência, de modo a satisfazer as suas necessidades de residência, alimentação, saúde e convívio social), que rege a vida do mesmo, por meio de normas específicas e o ampara civil e socialmente e a modalidade não-asilar (Centros de Convivência, Centros de Cuidados Diurno, Hospitais-Dia, Casas-Lar e Oficinas Abrigadas de Trabalho), que se destina a cuidar o idoso por determinado período do dia (Tavares, 2007).

É face à estrutura familiar moderna e às novas exigências sociais (Ferreira, 2009) que não permitem conciliar as atividades laborais e pessoais com a função de ser cuidador, que o idoso na maior parte dos casos terá que escolher a instituição para prestador de cuidados, facto que nem sempre reflete uma solução de sucesso e garantia de bem-estar (Colomé et al., 2011), pois a esta mudança associa-se a necessidade de um processo de adaptação para que os mais velhos beneficiem de uma velhice bem-sucedida (Freitas, 2010).

Como principais causas que conduzem os idosos a residir numa instituição, destacam-se os problemas familiares, de saúde, limitações das atividades de vida diária, situação mental, etnia, ausência de suporte social e pobreza (Duca, Silva, Silva, Nahas & Hallal, 2010; Beekman et al., 2002). Porém, este procedimento implica forçosamente um distanciamento do seu ambiente e sistema familiar ao qual fizeram parte durante bastante tempo, divisão do seu espaço com desconhecidos e um conjunto de novas rotinas e horários, sendo por isso que na maioria das vezes, os idosos são institucionalizados contra sua própria vontade, tornando-se, desta maneira uma espécie de “prisioneiros” da instituição. A individualidade e o poder de escolha são substituídos pelo sentimento de ser apenas “mais um” dentro daquela coletividade, pela diminuição da auto-estima e muitas vezes solidão (Freitas & Scheicher, 2010; Azevedo, 2009). Não obstante o facto de, grande parte dos familiares após a institucionalização do seu idoso, não retorna mais à instituição para visitá-los delegando os cuidados do idoso a profissionais, muitas vezes, despreparados e desqualificados para a função (Tier, Fontana & Soares, 2004).

Torna-se assim, cada vez mais consensual, a necessidade incontestável de manter os idosos ativos no seu meio social, tendo em atenção o equilíbrio físico, psíquico e social. Neste sentido, até se questiona se a institucionalização dos idosos é propícia a este equilíbrio saudável entre as condições biológicas e as exigências do meio (Carvalho & Dias, 2011). Mesmo que a instituição atenda às necessidades assistenciais do idoso, não se apresenta como o ambiente mais adequado para que os mesmos envelheçam em pleno convívio social, pois tornam-se limitados ao convívio entre si, não participando na sociedade em termos de totalidade política, produtiva e cultural (Segalla & Spinelli, 2011).

Bruno e colaboradores (2006) verificaram com a sua pesquisa, que os idosos residentes em instituições se encontram menos preocupados com o futuro quando

comparados com os idosos que participam de grupos de convívio. Os institucionalizados, segundo os autores, têm poucas perspectivas, pois assimilam a instituição como reta final, relatam que o futuro é a morte, que não sairão de lá vivos, que o dia de amanhã será igual ao de hoje, que é igual ao de ontem, ou seja, não têm com o que se preocupar. Desta forma, parece existir um conformismo e uma aceitação do amanhã, encontrando-se relacionado com o facto de estarem isolados da sociedade, convivendo só com idosos num quotidiano de adoecer e morrer (Tavares, 2007).

Aqui parece-nos pertinente destacar que no contexto específico de Instituição de longa permanência com pessoas idosas, ao decurso do seu envelhecimento, associa-se o processo ininterrupto e lento de instalação de fragilidades tendo como principais consequências a imobilidade e a diminuição das capacidades visual, auditiva, cognitiva e física, o que muitas vezes compromete a autonomia e a independência (Nunes, Menezes & Alchieri, 2010). Segundo Guimarães, Simas e Farias (2005), estas instituições apresentam aspetos próprios e determinam condutas e comportamentos pelas normas vigentes e institucionais. Maioritariamente, as atividades são realizadas no mesmo ambiente e sob uma única autoridade, a rotina é praticamente igual para todos, sendo ignoradas diferenças individuais, bem como a história da vida de cada idoso (Soares et al, 2010). Assim, estas instituições constituem ainda um desafio no sentido da promoção de saúde, empowerment e individualidade muitas das vezes interditas (Freire & Tavares, 2005).

De acordo com Santos (2010), quanto maior o tempo de institucionalização, maior a debilidade do idoso, uma vez que promove o isolamento social e a inatividade física. Para que tal não aconteça e a integração do idoso seja positiva, revela-se necessário considerar as relações pessoais internas, ou seja, as que se estabelecem entre os idosos e os restantes utentes, bem como com as pessoas/cuidadores que têm a seu cargo os idosos. É igualmente importante, para a integração do idoso na instituição, fomentar as relações com o exterior, com a família e os amigos, e assim, que o idoso se aperceba que se preocupam com ele potenciando relações que por sua vez evitem o isolamento social e conseqüentemente a solidão. Considera-se então, que o idoso apresenta uma boa adaptação se patentear capacidade para superar com eficiência as suas dificuldades, resolver os conflitos e conseguir satisfações e realizações socialmente aceitáveis. Se, pelo contrário, assimilar sentimentos de medo, dependência, descontentamento, ansiedade, inferioridade, apatia e isolamento, então, estamos perante uma má adaptação (Carvalho & Dias, 2011). Assim, subsiste a necessidade de no interior das instituições haver desenvolvimento de atividades intelectuais, físicas, religiosas, sociais que motivem o idoso asilado, diminuindo sua inatividade e estimulando o convívio social atribuindo sentido para o dia-a-dia dos residentes das mesmas (Loureiro, Lima, Silva & Nijjar, 2011).

Dito isto, é nesta fase da vida da população geriátrica que muitas vezes se torna visível patologias, não descuidando o facto da doença na terceira idade adquirir um significado especial, induzindo o receio da dependência física, desesperança em obter melhoras e percepção do inexorável destino que se aproxima, a morte. A irreversibilidade das

suas fraquezas é para o idoso, um forte motivo para uma descompensação funcional no plano psicológico, sendo neste cenário que a depressão e ansiedade surgem como dos mais importantes agravos à saúde nesta população (Porcu et al., 2002).

A despeito de, Antonucci (2001) considera que as relações sociais nessa fase são permeadas mais intensamente por influências de fatores psicológicos, físicos e da saúde mental, todavia muitas das pessoas que rodeiam estes idosos não se encontram sensibilizados para estas mudanças (Oliveira, Santos, Cruvinel & Néri, 2006). Deste modo, é exigido que se estabeleça respeito pelo idoso, reconhecendo-o enquanto ser humano que, se por vezes apresenta uma certa diminuição de suas habilidades físicas e sensoriais, de modo semelhante possui outras qualidades que podem ser igualmente importantes (Araújo & Carvalho, 2005).

Por último é de realçar que a Política Nacional do Idoso, estabelecida em 1994 (Lei 8.842/94), fundou algumas normas para os direitos sociais dos idosos, garantindo autonomia, integração e participação efetiva como instrumento de cidadania. Objetiva criar condições para promover a longevidade com qualidade de vida, colocando em prática ações voltadas não apenas para os que estão velhos, mas também para aqueles que vão envelhecer, bem como, listar as competências das várias áreas e seus respectivos órgãos (Messora, 2006). Compete-nos assim, a nós como indivíduos pertencentes à sociedade atual, amparar e permitir um envelhecimento adequado e saudável, impulsionando a participação em movimentos sociais, especializações na vertente da geriatria e gerontologia, atividades culturais e desportivas, contribuindo ativamente para a diminuição da sintomatologia depressiva (Oliveira, Gomes & Oliveira, 2006).

Em suma, o envelhecimento até então sem definição unânime incide sobre uma fase normativa do ciclo vital que potencia ganhos e perdas como qualquer uma das outras etapas, devendo ser interpretado como tal e não de imediato associado a patologias, degradação, preconceito, conceções pré-definidas ou morte eminente. A institucionalização por sua vez acarreta alguns benefícios e riscos, porém quando os cuidados são prestados com eficácia a predisposição para as patologias mentais parece diminuir. Deste modo, merecem ser estudadas e aprofundadas as questões que envolvem quer na institucionalização quer no processo de envelhecimento, de forma a dar respostas cada vez mais eficazes, assim como unificar os constructos.

Os esforços devem ser no sentido de promoção de um envelhecimento ativo, saudável e com qualidade. Porque não começarmos a intervir sobre os fatores de risco e adotar uma visão do envelhecimento como ele é e não conforme os estereótipos defendem? Fomentando estudos e investigações neste âmbito para assistir e estimular formas de promover o referido.

1.2. Ansiedade no idoso

Segundo a organização mundial de saúde (2002), as perturbações mentais e de foro psiquiátrico não são exclusivas de um grupo especial, são universais e passíveis de se observar

em todo o tipo de população, sociedades e países, assim como, indivíduos de todas as faixas etárias. Encontram-se presentes em mulheres e homens, estatutos socioeconômicos baixos e altos, pessoas residentes em zonas rurais ou urbanas e em todas as fases da vida (Vaz, 2009). Assim, e segundo a mesma, 25% das pessoas com idades superiores a 65 anos padecem de alguma patologia (OMS, 2004).

Desta forma, achou-se pertinente abordar os conceitos patológicos englobados no estudo, pelo que não deve ser descuidada a prevalência nos idosos e muito menos associada erroneamente a variáveis derivadas do processo de envelhecimento.

1.2.1. Conceito de ansiedade

A informação empírica sobre a ansiedade em idades mais avançadas anuncia-se limitada (Cerrato, Benítez, Baltar & González, 2001), revelando-se escassos os estudos sobre a prevalência das perturbações de ansiedade em populações com idade superior aos 65 anos (Xavier et al, 2001; Díaz, 2006). Contudo, e a partir de uma revisão teórica de distintos estudos epidemiológicos, concluiu-se que entre 10 a 20% de idosos detêm sintomas significativos de ansiedade, considerando-se assim um grave problema de saúde nos mesmos (Cerrato, Benítez, Baltar & Márquez, 2001; Byrne, 2002).

A ansiedade, apesar de ser considerada como um fenómeno universal vivenciado por todos os seres humanos inúmeras vezes ao longo da sua vida, não possui ainda uma definição única e exata. Permanece pouco consenso entre o que os vários autores denominam de ansiedade, chegando mesmo a ser considerada como irredutível e indefinível, no entanto pode ser facilmente notada (Silva, Araujo, Moura & Gama, 2008). Consiste numa resposta normal e adaptativa perante ameaças reais ou imaginárias, preparando o indivíduo para reagir face ao perigo. Caracteriza-se por um sentimento difuso, vago, desagradável, de medo e apreensão acompanhado por um conjunto de sintomas derivado da antecipação de um perigo, de algo desconhecido ou estranho (Bastos, Mohallem & Farah, 2008; Kaplan, Sadock & Grebb, 2003). Ocorre assim, diante de uma visão catastrófica dos acontecimentos face à antecipação de um perigo, interno ou externo sendo acompanhado por disforia e tensão (Palmer, Jeste & SheiKh, 1997; Laurence & Kirmayer, 2001).

Refere-se a um complexo e variado padrão de comportamentos que se produzem como uma resposta interna (cognitiva) ou externa (ao meio) a um estímulo, podendo surgir em três canais: o canal subjetivo ou introspetivo; os padrões de ativação somática ou visceral, tais como o batimento cardíaco acelerado, respiração agitada, tensão muscular e o comportamento motor que se relaciona com as respostas de evitamento, fuga, hipervigilância ou imobilidade (Almeida, 2011). É assinalada por um estado emocional transitório que envolve conflitos psicológicos e sentimentos desagradáveis de angústia e sofrimento, refletindo-se os principais sintomas nas alterações do sono (Chen, Hayman, Shmerling, Bean & Leville, 2011), taquicardia, irritabilidade, sudorese, náuseas, vertigens, falta de concentração, falta de ar,

apreensão, hipervigilância, vontade de urinar, entre outros (Azevedo, 2009; Norton Ancelin, Stewart, Berr, Ritchie & Carrière, 2012).

No entanto, esta ansiedade concebida como normativa pode tornar-se patológica, sendo definida por Kaplan e Sadock, em 1990, como uma resposta inadequada a um determinado estímulo, em virtude da sua intensidade ou duração. Os mesmos autores consideram que sentir ansiedade ou desconforto em situações de exposição pessoal é normal e aceitável.

Este processo passa então a ser reconhecido como patológico quando os sintomas são expressos de forma exagerada e desproporcional em relação ao estímulo; quando são considerados qualitativamente diferentes do que se observa como norma para determinada faixa etária e ainda, quando interferem com a qualidade de vida, o conforto emocional ou o desempenho diário do indivíduo. Tais reações engrandecidas ao estímulo ansiogénico desenvolvem-se, mais comumente, em indivíduos com uma predisposição neurobiológica herdada, manifestando-se uma maneira prática para diferenciar ansiedade normal de ansiedade patológica avaliar se a reação ansiosa é de curta duração, autolimitada e relacionada ou não com estímulo do momento (Manfro, Asbahr, Recondo & Castillo, 2000). Sinteticamente, a patologia circunscreve-se neste domínio a partir do momento em que o sofrimento acarreta prejuízos para o sujeito em função dos comportamentos de fuga em situações importantes da vida académica, social e profissional do indivíduo (Oliveira & Duarte, 2004)

Concretamente nos idosos, para Skinner e Vaughan, 1985 a ansiedade encontra-se relacionada com as limitações vivenciadas nesta fase do ciclo vital, muitas vezes interpretadas como ameaçadoras (Néri, Cruvinel, Santos & Oliveira, 2006). Estas mesmas perceções negativas interferem com a atenção seletiva e codificação da memória o que por sua vez tem repercussões no raciocínio e compreensão (Azevedo, 2009). Pode ainda encontrar-se interligada com perdas e dores, insinuando-se para alguns investigadores como fruto de um processo psicobiológico que de acordo com a sua intensidade pode ter uma conotação subjetiva desagradável, bloqueando o funcionamento do indivíduo (Kabanchik, 2009).

Revela-se assim, um problema de saúde mental e ainda que muitas vezes não se possa considerar uma patologia clínica, afeta o bem-estar do idoso incitando repercussões negativas na sua vida diária (Cerrato, Benítez, Baltar & Márquez, 2001), não devendo por isso ser irrefletida.

1.2.2. Epidemiologia e Etiologia

No que consta à epidemiologia, as investigações defendem que apesar de não ser amplamente estudada, parece existir um decréscimo das patologias ansiógenas com o avançar da idade (Carmin, Wiegartz & Scher, 2000; Bassil, Ghandour & Grossberg, 2011). Assim, de um modo geral as perturbações de ansiedade no idoso têm uma prevalência de 5% a 20%

(Wetherell, Lenze & Stanley, 2005), sendo que os autores referem as fobias, agorafobia e a ansiedade generalizada como os mais frequentes (Díaz, 2006; Gonçalves, 2012; Rigaud et al., 2005), destacando-se esta última com uma prevalência de 7.3% (Andreescu et al., 2011; Lenze et al., 2005; Porensky et al., 2009).

Relativamente à diferença entre géneros revelou-se uma constante na literatura as mulheres quando comparadas com o género masculino, serem apontadas como detentoras de níveis mais elevados de ansiedade e com maior incidência de comorbilidade com o estado depressivo (Almeida, 2011; Sábado & Benito, 2003).

No que se refere à etiologia, parece existir uma relação com a hereditariedade, visto alguns investigadores sustentarem uma vulnerabilidade para desenvolver patologias neste âmbito. Quanto aos fatores de índole psicológica, argumenta-se que indivíduos com estratégias de coping desadequadas e certos traços de personalidade, assinaladamente neuroticismo, têm uma maior predisposição para despoletar estes quadros. Já os fatores sociais permanecem na adversidade social, particularmente, baixo estatuto social e baixa qualidade de vida, reforma, institucionalização e carência de suporte social (Jurado & Fernández, 2009).

1.2.3. Comorbilidade e Diagnóstico

A ansiedade e depressão parecem ocorrer diversas vezes em simultâneo (Beaudreau & O'Hara, 2008), contudo a depressão encontra-se maioritariamente associada a perdas enquanto a ansiedade parece resultar de ameaças e perigos reais e iminentes (Vink, Aartsen & Schoevers, 2008). A taxa de prevalência apontada para esta comorbilidade na população idosa reside no intervalo dos 2,8 a 47,5% (Byers, Yafle, Covinsky, Friedman & Bruce, 2010).

Apesar de poder surgir aglomerada a outras patologias, a ansiedade no idoso surge de modo consensual associada à depressão como a comorbilidade mais destacada na literatura.

Reportando-nos ao diagnóstico clínico deste constructo, são predominantes sintomas emocionais como a angústia, irritabilidade, medo e preocupação; sintomas cognitivos como os pensamentos relacionados com morte ou doença. Não obstante, a manifestação dos sintomas sob a forma de somatização (Vink, Aartsen & Schoevers, 2008) refletindo-se na insónia, tensão, dificuldade de concentração, taquicardia, tontura, cefaleia, dores musculares, formigueiro e suor. No idoso encontram-se mais acentuados a agitação, irritabilidade e tensão (Skoog, 2011; Flint, 2005), sendo a dor apontada como a principal queixa mencionada pelos mesmos (Bassil, Ghandour & Grossberg, 2011). Torna-se ainda, muitas vezes notório um défice cognitivo (Bierman, Comijs, Jonker & Beekman, 2005), pelo que o despiste orgânico neste tipo de população se anuncia muito mais resistente e difícil de efetuar (Norton et al., 2012).

Para a concretização do diagnóstico é pertinente e importante verificar a intensidade dos sintomas e qual o impacto repercutido na vida do indivíduo (Gonçalves, 2012). Não descuidando o problema comum para os clínicos consolidado na distinção das diferentes

motivações/causas da ansiedade na pessoa idosa, podendo a mesma advir de uma reação a um evento traumático; associada a doença médica e maior recurso aos sistemas de saúde; ligada à toma de medicação; perpetuada pela diminuição na qualidade de vida; derivada de ausência de estratégias de coping (Andreescu et al., 2011), relacionada com perturbações específicas da ansiedade e sintomas que são desestabilizadores mas que não cumprem os critérios de diagnóstico de uma perturbação da ansiedade particular. Concludentemente a ansiedade na pessoa idosa aumenta o risco de doença física, declínio cognitivo, problemas de memória e reduz a qualidade de vida, potenciando e elevando assim, o risco de morte (Potvin et al., 2013; Palarea, Pascual & Francés, 2002).

Como fatores de risco são identificados o sexo feminino, baixa escolaridade (Serrano & Ferrer, 2001; Heun & Papassotiropoulos, 2000), problemas do foro psiquiátrico, isolamento, baixo suporte social, estado civil divorciado ou viúvo, fatores de personalidade esquisóide e paranóides, eventos adversos, dependência de cuidadores, solidão, institucionalização e toma de medicação (Taylor, Castriotta, Lenze, Stanley & Craske, 2010; Skoog, 2011).

Deste modo e após o descrito, sinaliza-se que estas patologias acarretam elevados custos para o sistema de saúde, pois encontram-se associadas a uma maior regularidade de visitas aos cuidados de saúde primários e ao aumento da durabilidade das mesmas (Almeida, 2011).

Seguidamente, passamos à clarificação dos critérios de diagnóstico implícitos nas perturbações de ansiedade mais prevalentes em idosos.

Perturbação de Pânico com Agorafobia

Esta patologia implica que o idoso manifeste ataques de pânico recorrentes e inesperados ou pelo menos um dos ataques seja seguido pelo período mínimo de 1 mês com uma (ou mais) das seguintes características: (a) preocupação persistente acerca de ter um novo ataque de pânico; (b) preocupação acerca das implicações do ataque ou das suas consequências (e.g. perder o controle, ter um ataque cardíaco, enlouquecer); (c) uma alteração comportamental significativa relacionada com os ataques (Kaplan, Sadock & Grebb, 2003).

Além do descrito, deverá contemplar também a presença de agorafobia, nomeadamente, ansiedade em locais ou situações onde a fuga possa ser difícil ou embaraçosa ou onde a ajuda pode não estar disponível, na eventualidade de ter um novo ataque de pânico. Sendo que ao mesmo tempo, passa a evitar as situações ou são suportadas com acentuado sofrimento e ansiedade de ter um ataque de pânico (Kaplan, Sadock & Grebb, 2003).

Os Ataques de Pânico não se devem aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (e.g. droga de abuso, medicamento) ou de uma condição médica geral (e.g. hipertireoidismo); não são melhor explicados por outro transtorno mental, como Fobia Social (e.g. ocorrendo quando da exposição a situações sociais temidas), Fobia Específica (e.g. quando da exposição a uma situação fóbica específica), Perturbação Obsessivo-Compulsivo

(quando da exposição à sujeira, em alguém com uma obsessão de contaminação), Perturbação de Stress Pós-Traumático (e.g. em resposta a estímulos associados a um stressor grave) ou Perturbação de Ansiedade de Separação (e.g. em resposta a estar afastado do lar ou de entes queridos) (Kaplan, Sadock & Grebb, 2003).

Perturbação de Ansiedade Generalizada

Trata-se de ansiedade e preocupação excessivas sobre o número de acontecimentos ou atividade, que ocorre durante mais de metade dos dias durante pelo menos 6 meses; O indivíduo considera difícil controlar a preocupação, sendo que a mesma se encontra acomodada a pelo menos três dos seguintes sintomas: agitação, nervosismo ou tensão interior; fadiga fácil; dificuldade de concentração ou mente vazia; irritabilidade; tensão muscular e perturbações no sono (APA, 2002).

O foco da ansiedade ou preocupação não está limitado às características de uma perturbação do eixo I; A ansiedade, a preocupação ou os sintomas físicos causam mal-estar clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas da vida do sujeito, não sendo incitada por efeitos fisiológicos diretos de uma substância ou de uma condição médica geral nem ocorre exclusivamente durante uma Perturbação do Humor, Perturbação Psicótico ou Perturbação Global do Desenvolvimento (APA, 2002).

Alertamos novamente para o facto de esta perturbação ser uma das mais prevalentes na idade avançada.

Fobia Social

Baseia-se no medo acentuado e persistente de uma ou mais situações sociais e de desempenho nas quais o indivíduo está exposto a pessoas desconhecidas ou à possível observação de outras. O sujeito teme poder vir a comportar-se (ou mostrar sinais de ansiedade) de modo humilhante ou embaraçador, pelo que conseqüentemente a exposição à situação social temida provoca quase sempre ansiedade, que pode assumir a forma de um ataque de pânico situacional ou situacionalmente predisposto (APA, 2003).

As pessoas, neste caso os idosos, reconhecem que o medo é excessivo ou irracional, todavia as situações sociais ou de desempenho são evitadas ou enfrentadas com intensa ansiedade ou mal-estar, interferindo significativamente com as rotinas normais da pessoa, funcionamento ocupacional, relacionamentos ou atividades sociais. O medo ou evitamento não são provocados efeitos fisiológicos diretos de uma substância ou um estado físico geral e não são melhor explicadas por outra perturbação de pânico (APA, 2003).

Fobia Específica

Medo acentuado e persistente, excessivo ou irracional, revelado pela presença ou antecipação de um objeto ou situação fóbica (por ex., viajar de avião, alturas, animais, levar uma injeção, ver sangue). Aquando a exposição ao estímulo fóbico, quase que

invariavelmente é despoletada uma resposta imediata de ansiedade, que pode assumir a forma de um ataque de pânico ligado à situação ou predisposto pela situação (APA, 2003).

O indivíduo reconhece que o medo é excessivo ou irracional, todavia a situação fóbica (ou situações) é evitada ou suportada com intensa ansiedade ou sofrimento. Esse mesmo evitamento, antecipação ansiosa ou sofrimento na situação temida (ou situações) interfere significativamente na rotina normal do indivíduo, seu funcionamento ocupacional (ou académico) ou em atividades sociais, ou existe acentuado sofrimento acerca de ter a fobia (Kaplan, Sadock & Grebb, 2003).

Para que seja efetuado um diagnóstico correto, a ansiedade, os ataques de pânico ou o evitamento fóbica associados com o objeto ou situação específica não podem ser melhor explicados por outra perturbação mental, como a Perturbação Obsessivo-Compulsivo (e.g. medo de sujidade em alguém com uma obsessão de contaminação), Perturbação de Stresse Pós-Traumático (e.g. evitamento de estímulos associados a um stressor intenso), Perturbação de Ansiedade de Separação (e.g. evitamento da escola), Fobia Social (e.g. evitamento de situações sociais em vista do medo do embaraço), Perturbação de Pânico com Agorafobia (Kaplan, Sadock & Grebb, 2003).

1.2.4. Principais intervenções terapêuticas

Na literatura, as benzodiazepinas solicitam incongruências, uma vez que alguns autores afirmam que as mesmas não se encontram indicadas para pessoas com mais de 70 anos, podendo provocar alterações cognitivas, ataxia, instabilidade e quedas (Stanley, 2009) por outro lado, outros investigadores defendem deter eficácia e segurança. Similarmente, os antidepressivos, os estabilizadores de humor e antipsicóticos podem revelar-se também muito profícuos (Kabanchik, 2009; Lenze & Wetherell, 2011).

A psicoterapia parece resultar muito bem com problemas de ansiedade em idosos (Lenze & Wetherell, 2011), ressaltando-se a terapia cognitivo-comportamental que apesar de não ser valorizada o suficiente, tem sido amplamente implementada. Trata-se da combinação da Terapia Cognitiva, que visa modificar ou eliminar padrões e crenças disfuncionais que sustentam os sintomas e assim, o paciente assume de imediato mais controlo sobre os seus sintomas e da Terapia Comportamental, que propõe a mudança no comportamento do indivíduo, de modo a produzir um enfrentamento adequado face às situações debatidas (Carmin, Wiegartz & Scher, 2000).

As técnicas podem incidir na psicoeducação, necessária para o idoso compreender a importância de aderir ao tratamento, assim como, clarificar os processos implicados na ansiedade, desmistificando muitos dos medos e mitos associados à mesma (Larrea & Mir, 2004); Dessensibilização sistemática que consiste na exposição a estímulos desencandadores de ansiedade de forma hierárquica, sendo que à medida que o paciente se sente ansioso é interrompida introduzindo-se exercícios de relaxamento. Aquando da diminuição dos níveis de

ansiedade retoma-se à memória anterior com o objetivo de ganhar experiência e controlo com estímulos de diferentes graus de ansiedade; Registos de auto-monitorização nos quais se assinalam situações desencadeadoras de respostas ansiógenas, pensamentos automáticos negativos e emoções associadas para mais tarde serem debatidas conjuntamente em consulta e se promoverem respostas racionais alternativas; Exposição e debate dos pensamentos recorrendo ao questionamento socrático, flecha descendente e portanto à reestruturação cognitiva, patenteando-se como exemplos extremamente eficazes (Díaz, 2009; Throp, Ayers, Nuevo, Storddard & Wetherell, 2009).

Concomitantemente, uma outra estratégia de índole comportamental que tem sortido bastante eficácia com esta população reflete-se na prática de exercício físico, tais como aeróbica, exercícios para os músculos, flexibilidade ou exercícios de equilíbrio (Miriam et al., 2007).

As técnicas de relaxamento, isto é, focadas em determinadas partes do corpo têm-se demonstrado interessantes, passando o seu objetivo por auxiliar o idoso a controlar e compreender as suas perceções corporais, contribuindo subsequentemente para a redução dos níveis de ansiedade (Rigaud et al., 2005).

Enfatiza-se também, a utilidade da terapia de apoio; do treino de resolução de problemas que incide na formulação de problemas, alternativas de resposta, análise das mesmas e escolhas e ainda, dos treinos de assertividade, nos quais são abordadas, treinadas e mais tarde implementadas competências sociais de acordo com o que o idoso necessitar (Jurado & Fernández, 2009).

1.3. Depressão no idoso

Visivelmente, a depressão possui um impacto negativo sobre a saúde dos idosos, reveste-se de origens multicausais com associação a diferentes fatores que interagem e induzem de forma conjunta a patologia, diminuindo progressivamente a qualidade de vida dos mesmos (Alfonso et al., 2007). Deste modo, serão enunciadas as suas implicações e principais intervenções.

1.3.1. Conceito de depressão

Numa primeira instância é relevante afirmar que a depressão é uma doença do foro psiquiátrico e não é algo que faça parte do envelhecimento, pode ser prevenida e tratada, fazendo também parte da responsabilidade dos profissionais de saúde (Mello & Teixeira, 2011).

Esta patologia constitui um dos principais problemas de saúde, uma vez que, a Organização Mundial de Saúde estima que em 2020 venha a ser a principal causa de doença (Vélez, 2005; Blažeković-Milaković, Stojanović-Spehar, Katić & Kumbrija, 2011), sendo que na atualidade já tem vindo a ser considerada a doença do século devido à sua prevalência na população geriátrica (Cornélio, 2009; Godin et al., 2008; Han, Mccusker, Cole, Abrahamowicz & Capek, 2008). Exerce grande impacto e sofrimento na vida dos pacientes e dos seus familiares, com significativo comprometimento nos aspetos sociais, ocupacionais e em outras áreas de funcionamento (Murray & Lopez, 1997; Powell, Abreu, Oliveira & Sudack, 2008).

Integra as perturbações de humor, de gravidade e duração variáveis, fazendo-se acompanhar por uma multiplicidade de sintomas físicos e mentais, envolvendo o pensamento, os impulsos e a capacidade crítica. Configura-se como uma doença mental grave que perturba o equilíbrio emocional da pessoa, induzindo uma diminuição da qualidade de vida (Almeida, 2011). Segundo Gordilho (2002, cit in Messora, 2006, p.13) “ *a depressão é um distúrbio da área afetiva ou do humor, com forte impacto funcional em qualquer faixa etária, abarcando inúmeros aspetos de ordem biológica, psicológica e social*”.

De acordo com Santos (2002), a depressão nos idosos é um motivo de hospitalização tão frequente quanto a demência. Geralmente é desencadeada de modo semelhante às outras faixas etárias, sendo no entanto, menos vulgar o sentimento de culpa e a incapacidade grave e mais frequente certas características como a hipocondria, a agitação, sintomas obsessivos e medo de indigência. Cabe ainda destacar que a depressão na pessoa idosa surge frequentemente associada à diminuição da qualidade de vida, que por sua vez se encontra interligada ao isolamento social, ao despoletar de doenças clínicas graves, ao convívio com a solidão e à perda de sentido da vida, pelo que estes fatores se revelam desafios no percurso do envelhecimento (Stella, Gobbi, Corazza & Costa, 2002).

Este conceito, segundo Ballone (2006), pode ser distinguido no que concerne à sua tipologia, pelo que a Figura 1 tenta elucidar o descrito.

Depressão reativa	Reativa a uma situação traumática vivenciada pelo indivíduo.	O idoso passa por uma condição existencial problemática e muitas vezes, sofrível.
Depressão Secundária	Secundária a alguma condição orgânica.	O idoso costuma desenvolver estados patológicos e degenerativos que facilitam o desenvolvimento da depressão.
Depressão Endógena	Endógena é constitucional, atrelada à personalidade.	As pessoas com depressão endógena ou constitucional envelhecem e continuam depressivas.

Figura 1. Quadro explicativo quanto à tipologia da Depressão

Fonte: Pereira, L. P. T. (2010). Solidão e Depressão no idoso Institucionalizado. (Dissertação de Mestrado não publicada). Universidade de Trás-dos-Montes e Alto Douro, Vila Real, Portugal.

Pode manifestar-se sob diversas formas, desde a sintomatologia mais clássica até às formas mascaradas, dificultando diversas vezes o diagnóstico precoce (Velandia, 2001). De acordo com Vázquez (1990) e Schramm (1998), a sintomatologia depressiva pode subdividir-se em cinco grupos, os afetivos, os comportamentais, cognitivos, somáticos e os interpessoais. O grupo dos sintomas afetivos inclui, a tristeza expressa pela desesperança, a sensação de vazio, irritabilidade e ansiedade (Ayala, 2007); os sintomas comportamentais são explícitos pela perda de interesse, na dificuldade em levantar e participar em atividades do quotidiano, no descuido na higiene pessoal, na agitação ou inibição motora e fluência do discurso; os sintomas cognitivos implicam a incapacidade de concentração, dificuldade em tomar decisões, alterações motoras, visão negativa de si e dos outros e ainda os pensamentos de morte; os sintomas somáticos persistem na alteração do sono, aumento ou diminuição do peso e fadiga, finalmente, os sintomas interpessoais integram a diminuição do interesse pelos outros, assim como, as competências de comunicação também elas bastante afetadas (Veléz, 2010).

No que concerne ao desenvolvimento da depressão na pessoa idosa, Marques e os seus colaboradores (1989) afirmam que existem três grandes determinantes igualmente importantes: (a) determinantes ambientais, nomeadamente, o isolamento e a falta de convívio social, a ausência de trabalho, a morte do cônjuge e a desvalorização social e profissional; (b) determinantes genéticos predisponentes para o despoletar da depressão em idades tardias e (c) determinantes orgânicos que se referem à enorme variedade de doenças orgânicas que podem apresentar sintomas desta natureza (Teixeira, 2010). São também apontadas como causa, eventos vitais como o luto e abandono e doenças incapacitantes (Stella, Gobbi, Corazza & Costa, 2002).

No que tange aos fatores preditores ou de risco para o desenvolvimento desta patologia na população geriátrica, estes incidem no isolamento social, ser do sexo feminino (Luppa, Luck, König, Angermeyer & Heller, 2012), deter história de depressão ou ansiedade,

ter menos de oito anos de escolaridade (Heun & Hein, 2005), insónia, disfunção cognitiva, ter demência, deter problemas vasculares (Steffens, Levy, Wagner, Mcquoid, Krishnan & Carroll, 2006; Kales, Maixner & Mellow, 2005), ter problemas auditivos, viuvez, ser dependente nas tarefas do dia-a-dia, estar sob a condição da institucionalização (Bruce et al., 2002; Lykouras & Gournellis, 2008; Stek, Vinkers, Gussekloo, Van Der Mast, Beekman & Westendorp, 2006) e por último, possuir um estatuto socioeconómico mais baixo (Blazer, 2003; Cardoso, Soto, Hernández & Garcia, 2005; Vaz, 2009). Sob outra perspetiva, Conte e Souza, concluíram que o abandono familiar, o sedentarismo, doenças físicas, perdas de entes queridos ou fatores económicos são preditores desta patologia (Conte & Souza, 2009; Fonda, Wallace & Herzog, 2001).

Torna-se assim, imprescindível salientar os resultados combinados a partir de 20 estudos prospetivos sobre fatores de risco para o desenvolvimento de depressão em idosos na comunidade, surtindo no final cinco fatores, o luto, as alterações do sono, deficiência, existência prévia de depressão e sexo feminino (Cole & Dendukuri, 2003). O que parece corroborar o descrito.

É fundamental informar que pacientes que tenham vivenciado o primeiro episódio de depressão com mais de 65 anos têm menor probabilidade de ter história familiar de depressão que aqueles cujos episódios surgiram em faixas etárias mais baixas (Almeida, 2011). Não descuidando o risco de suicídio uma vez que, a gravidade da situação se reflete na prevalência de suicídio entre a população de idosos deprimidos, variando entre 5 a 10% (Blazer, 2003), refletindo-se duas vezes maior que nos idosos não deprimidos e mais acentuada que em qualquer outro grupo etário (Conwell, Duberstein & Caine, 2002; Juurlink, Herrmann, Szalai, Koop & Redelmeier, 2004), no qual o principal fator de risco é a presença de uma perturbação depressiva (Pocinho, 2011; Lykouras & Gournellis, 2008).

Destaca-se, ainda, a ligação com as perdas cognitivas, pelo que pode manter-se algum défice após a remissão da sintomatologia, advindo a importância do diagnóstico precoce da depressão na terceira idade e do seu tratamento adequado (Steffens, 2009; Reppermund et al., 2011).

1.3.2. Epidemiologia e Etiologia

Em termos epidemiológicos, a depressão representa um dos maiores desafios da saúde pública, isso deve-se aos altos índices de prevalência, estimando-se que acometa 5% a 10% da população mundial (Motta, 2011).

A Organização Mundial de Saúde afirma que, anualmente, a depressão afeta 121 milhões de pessoas em todo o mundo (Carona, Canavarro & Pereira, 2006) e aproximadamente 1 em cada 10 idoso sofre de depressão (Skoog, 2011; Rodríguez, 2007). Alguns autores concluíram que na população em geral, cerca de 10 a 15 % dos idosos padecem de depressão com necessidade de intervenção. Sob outra perspetiva, os estudos que

recorreram aos critérios rigorosos do DSM-IV e CID-10 remetem para taxas de 0,8-8% de prevalência (Kraaij, Arensman & Spinhoven, 2002). Em idosos institucionalizados, as taxas encontradas na literatura são bastante elevadas, tanto para sintomas depressivos, entre 10% e 30%, como para a presença de Depressão Major, entre 5% e 12% (Messora, 2006).

Relativamente ao género, a literatura atesta que esta patologia é duas vezes mais prevalente nas mulheres que nos homens (Ennser & Wolfler, 2008; Mora, Vilalobos, Araya & Ozols, 2004; Torija, Mayor, Salazar, Buisán & Fernández, 2007) com uma prevalência de 20 e 10% respetivamente (Baldwin & Birtwistle, 2004). De modo equivalente, existem evidências de que o sexo feminino desenvolve quadros clínicos mais complexos, graves e problemáticos (Veléz, 2005). Uma outra disparidade entre géneros apontada pela bibliografia subsiste no epílogo de que a mulher idosa deprimida sofre mais frequentemente de alterações no apetite, enquanto o homem idoso deprimido reflete mais agitação (Pimental, 2010).

No que consta à etiologia da depressão, esta divide-se em componentes biológicos, psicológicos e sociais. Relativamente aos fatores biológicos, vários estudos com familiares revelaram a existência de uma correlação entre a depressão e hereditariedade (Fiske, Wetherell & Gatz, 2009), sendo que, caso se verifique a presença de familiares em primeiro grau com esta patologia, o risco é acrescido 1,5 a 3 vezes mais (Orengo, Fullerton & Tan, 2005). Segue assim, a mesma linha de uma meta análise realizada com gémeos a qual presenciou uma taxa de 37% de hereditariedade para a depressão (Demirkan et al., 2011).

Comumente, Bouma, Ormel, Verhulst & Oldehinkel (2008) e Wisdom & Agnor (2007), apontam a hereditariedade como um dos fatores etiológicos no desenvolvimento da depressão face à situação de stress. Cabe ressaltar que estes autores reconheceram o valor genético da componente hereditária, mas a mesmo tempo valorizaram a componente ambiental das relações familiares. Dessa forma, a sintomatologia depressiva constituía simultaneamente uma forma de comportamento aprendido entre os membros da família (Motta, 2011).

Determinados fatores neurobiológicos podem conduzir à depressão (O'Brien, 2006) de início tardio por aumentarem o risco e a vulnerabilidade do idoso à depressão, designadamente as alterações neuroendócrinas (redução da resposta ao hormónio estimulador da tiroide), alterações de neurotransmissores (redução da atividade serotoninérgica e noradrenérgica), alterações vasculares e processos de degeneração de circuitos corticais e subcorticais responsáveis pelo processamento e elaboração da vida afetiva e emocional. A produção diminuída de serotonina pelos Núcleos da Rafe e a diminuição dos recetores para estes neurotransmissores representam fatores de vulnerabilidade à depressão no idoso. Ainda o comprometimento dos Núcleos da Base, particularmente do Núcleo Caudado e do Tálamo, tem sido associado com depressão de início tardio (Stella, Gobbi, Corazza & Costa, 2002; Scorza, Guerra, Cavalheiro & Calil, 2005).

Refletindo sobre os componentes psicológicos e adotando uma perspetiva cognitivo-comportamental, a literatura sugere que o quadro clínico de depressão é perpetuado por crenças disfuncionais ou irracionais, atitudes distorcidas em relação a si próprio, ambiente e futuro. Na sua essência, esta patologia resulta de fatores cognitivos e não do humor, para tal

são três os elementos fulcrais e mal-adaptativos. A tríade cognitiva, que subsiste na visão negativa de si, do mundo e do futuro (sem esperança) (Ramírez, 2003); os esquemas disfuncionais, desenvolvidos essencialmente na infância determinando o modo como o doente pensa e procurando sempre informação que os corrobore. Por fim, os erros de processamento de informação, através dos quais a percepção dos estímulos é distorcida (Baldwin & Britwistle, 2004).

Segundo o modelo da depressão de Beck (1979), os indivíduos deprimidos tem por base um conjunto de experiências prévias, como uma infância marcada pela ausência de afetos que induzem a formação de esquemas disfuncionais, ou seja, os indivíduos passam a processar a informação de forma enviesada e assegurando sempre a informação que corrobora esses esquemas devido à sua rigidez e inflexibilidade. Mais tarde e segundo o autor, um acontecimento na vida da pessoa, neste caso dos idosos (podemos tomar como exemplo a reforma ou institucionalização), vai ativar os esquemas, gerar pensamentos negativos e consequentemente fomentar os sintomas da depressão.

Traços de personalidade como o neuroticismo, também surgem como um dos fatores que predispõe para a depressão (Blazer & Hybels, 2009). Assim como a negligência na infância, uma vez que quantos mais acontecimentos de índole negativo sucederem na infância, maior a vulnerabilidade para desenvolver uma perturbação depressiva major (Auerbach, Abela, Ho, McWhinnie & Czajkowska, 2010; Blazer, 2003).

Por fim e moderando os aspetos sociais, temos os acontecimentos de vida negativos, tais como a reforma, o isolamento social, perda do papel no trabalho, insatisfação com o suporte social e familiar, a diminuição do poder económico e papel ativo na sociedade (Ortiz & Alvarado, 1998; Choi & Kimbell, 2009).

1.3.3. Comorbilidade e Diagnóstico

A presença de sintomas depressivos e ansiógenos parece ser um dos temas mais críticos para a investigação psicopatológica (Kallimanis, Gum & Rohm, 2009; Reppermund et al., 2011), tornando-se difícil distinguir os mesmos, assim como, qual surgiu primariamente (Veléz, 2005).

Estes dois constructos surgem normalmente em simultâneo (Beekman et al., 1995; Lancaster, Gold, Flynn, Yoo, Marcus & Davis, 2010), pelo que os doentes que possuem esta coexistência de sintomatologia grave têm pior prognóstico (DeLuca et al., 2005), maior incapacidade, maior recurso dos sistemas de saúde (Baldwin & Birtwistle, 2004), maior gravidade e resistência dos sintomas e concludentemente um risco mais elevado de comportamentos suicidas (Bassil, Ghandour & Grossberg, 2011, DeLuca et al., 2005).

A comorbilidade entre demência e depressão também se revela significativa, sendo o diagnóstico diferencial (Mast, 2005) frequentemente difícil e nem sempre excludente, o que evidencia a necessidade de recorrer a instrumentos que permitam, por meio da avaliação do estado cognitivo, distinguir melhor ambas as condições (Rey et al., 2006). A presença de

depressão diminui a validade preditiva das queixas de memória quanto ao diagnóstico de demência, uma vez que idosos com prejuízo cognitivo, podem melhorar seu desempenho decorrido o tratamento com antidepressivos, particularmente na memória e funções executivas sem, contudo, alcançar níveis normais em domínios específicos. Este é o subgrupo de pacientes com depressão tardia mais propenso ao desenvolvimento de demência (Rey et al., 2006).

A Figura 2 pretende ilustrar algumas variáveis a considerar perante um diagnóstico de demência ou depressão no idoso.

Características Clínicas	Depressão	Demência
Aparecimento	Relativamente rápido	Insidioso
Défice cognitivo	Flutuante	Permanente
Memória/Compreensão	Responde ao tratamento	Progressiva/não responde
Sensação de sofrimento	Presente	Não /Aplanamento
Auto-imagem	Negativa	Não afetada
Sintomas somáticos	Típicos	Atípicos exceto sono

Figura 2. Quadro explicativo no que respeita à diferenciação de depressão e demência no idoso.

Fonte: Wilkinson, G., Moore, B. & Moore, P. (2005). Guia Prático do Tratamento da Depressão. Lisboa: Climepsi Editores

Porém, são encontradas outras comorbidades, tais como as doenças cardiovasculares, neoplasias e derrames cerebrais, hipertireoidismo e anemia (Blazer, 2003).

Reportando-nos ao diagnóstico de depressão, este é consumado em função do tipo, duração, persistência e número de sintomas característicos presentes. É muito provável que o humor depressivo seja patológico se a sua extensão, duração e gravidade excederem aquilo que se poderia considerar normal em determinada circunstância, ou se as suas causas parecerem insuficientes para explicar o sucedido (Wilkinson, Moore & Moore, 2005).

A depressão no idoso define-se como a existência de síndrome depressivo, definido no «American Psychiatric Association's Diagnostic and Statistical Manual» (DMS-IV) em sujeitos com mais de 65 anos, que pode ter tido início antes ou depois dos 65 anos (Alexopoulos, 2005). Contudo, os sintomas depressivos descritos por Beck em 1967 podem ser aglomerados de forma a tornar mais clara a sua compreensão e possível diagnóstico, sendo que o autor os subdividiu em sintomas emocionais, cognitivos, volitivos e físicos. A Figura 3 pretende realçar os mesmos relacionando-os com a idade mais avançada.

Sintomas	Sinais
Emocionais	
<ul style="list-style-type: none"> • Humor triste • Insatisfação pela vida • Perda de interesse • Choro fácil • Irritabilidade • Sensação de vazio • Tremores • Sentimentos negativos • Preocupação • Desesperança • Solidão • Inutilidade 	<ul style="list-style-type: none"> • Posição Encurvada • Fácies triste • Falta de envolvimento • Isolamento social • Hostilidade • Perturbação do sono • Aparência descuidada • Ulceras ocasionais na pele devido ao idoso se coçar • Perda de peso <p>Verificam-se ao nível da <u>aparência</u></p>
Cognitivos	
<ul style="list-style-type: none"> • Baixa auto-estima • Pessimismo • Sentimentos de culpa • Ruminação • Ideação suicida • Delírios • Alucinações • Dificuldade de concentração 	<ul style="list-style-type: none"> • Fala lenta • Movimentos lentificados • Mutismo (casos severos) • Diminuição da mastigação e do piscar dos olhos (casos severos) <p>Verificam-se ao nível da <u>lentificação psicomotora.</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Atividade motora contínua • Torcer as mãos • Arranhar a pele • Segurar os outros <p>Verificam-se ao nível da <u>agitação psicomotora.</u></p>
Físicos	
<ul style="list-style-type: none"> • Perda de apetite • Fadiga • Perturbação do sono (insónia) • Obstipação • Perda da libido • Dor • Agitação 	<ul style="list-style-type: none"> • Gestos suicidas • Negativismo, como recusar a comer e beber • Agressividade • Quedas <p>Verificam-se ao nível do <u>comportamento bizarro ou inadequado.</u></p>
Volitivos	
<ul style="list-style-type: none"> • Perda de motivação • Impulsividade • Desejo pelo isolamento social 	

Figura 3. Quadro elucidativo sobre os sintomas mais comuns da depressão em idade avançada.

Fonte: Vaz, S. F. A. (2009). A Depressão no Idoso Institucionalizados: Estudo em Idosos residentes nos Lares do Distrito de Bragança. (Dissertação de mestrado não publicada). Universidade do Porto-Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Porto.

Todavia, o diagnóstico no idoso anuncia-se mais complexo quando comparado com outras faixas etárias, pois, o próprio processo de envelhecimento apresenta algumas características semelhantes aos sintomas depressivos, o que induz confusão no diagnóstico (Ceinos, 2001). Tem portanto particularidades especiais, sendo frequentemente subdiagnosticada devido à sua atipicidade (Ortiz & Alvarado, 1998; Resende et al., 2011).

Na população idosa, além dos sintomas comuns, a depressão costuma fazer-se acompanhar por queixas somáticas, hipocondria, baixa auto-estima, sentimentos de inutilidade, humor disfórico, tendência auto depreciativa, alteração do sono e do apetite,

ideação paranóide e pensamento recorrente de suicídio. O humor deprimido ou tristeza não são essenciais para o diagnóstico das perturbações depressivas no idoso, pois muitas vezes eles têm dificuldade em verbalizar a tristeza referindo-a como irritabilidade (Tam & Chiu, 2011; Takeda & Tanaka, 2010) ou ainda pode ser interpretado como serenidade, ou como sintoma integrante de uma doença física (Slater, 1995).

A somatização confere 30% das queixas iniciais, sendo que pode manifestar-se unicamente como um sintoma somático ou défice cognitivo, identificando-se maioritariamente nesta faixa etária como queixas primárias as alterações e sintomas somáticos (dores, alterações no sono e apetite) do que sintomas psíquicos (tristeza e anedonia) (Ferrari & Dalacorte, 2007; Pocinho, Farate, Dias, Lee & Yesavage, 2009), não descuidando a ansiedade que pode ajudar a mascarar a depressão (Santos, 2002; Pereira, 2010). Revela-se imprescindível contabilizar na depressão geriátrica vários aspetos tais como, a presença de doenças médicas concomitantes e efeitos laterais da medicação, assim como uma maior dificuldade na comunicação. A dor configura-se como uma das queixas mais comuns, surgindo tipicamente de forma exagerada e envolvendo múltiplos sistemas (gastrointestinal, neurológico, músculo-esquelético). Não poderá ser esquecida a história social do paciente uma vez que poderá ser vital para o diagnóstico, visto que a existência de perdas pessoais (cônjuge, amigos, animais de estimação) podem precipitar um episódio depressivo (Silva, Silva Filho, Fajardo, Fernandes & Marchiori, 2005).

Parte das dificuldades no diagnóstico devem-se ao facto da doença ser uma patologia heterogénea, tanto quanto a etiologia quanto à resposta ao tratamento. Outro aspeto alistado é que os idosos apresentam quadros atípicos ou particularidades, como problemas clínicos e sociais simultâneos como a morte de entes queridos, que podem dificultar o diagnóstico (Varano, Hinton, Barker & Unutzer, 2010). Por outro lado, a visão e interpretação dos idosos face à depressão divulgam-se erróneas, sendo a sua consciencialização para a problemática muito reduzida, adicionada à falta de competências e capacidade de distinção dos profissionais de saúde, reflete-se em mais um fator que pode inflacionar o diagnóstico depressão no idoso (Kassianos, 2006). É conhecido na literatura que muitos idosos não recorrem aos cuidados especializados de saúde mental, seja por estigma (Roeloffs, Sherbourne, Unutzer, Fink, Tang & Wells, 2003) ou desconhecimento dos mesmos, verificando-se maior afluência aos cuidados primários (Areán, Hegel & Reynolds, 2001). Portanto, considera-se fundamental que os profissionais de saúde tenham familiaridade com as características da depressão no idoso e estejam preparados para investigar a presença dos seus sintomas (Borges, Benedetti, Mazo, 2007).

Concludentemente, o diagnóstico da depressão passa por várias etapas: anamnese detalhada com o paciente e com familiares ou cuidadores, exame psiquiátrico minucioso, exame clínico geral, avaliação neurológica, identificação de efeitos adversos de medicamentos, exames laboratoriais e de neuro imagem. Estes procedimentos assinalam-se como preciosos para o diagnóstico da depressão, intervenção psicofarmacológica e

prognóstico, especialmente em função da maior prevalência de comorbidades e do maior risco de mortalidade (Stella, Gobbi, Corazza & Costa, 2002).

Por fim, importa referir as consequências de uma depressão não tratada nesta geração, essas refletem-se na diminuição da qualidade de vida dos familiares e dos idosos (Palarea, Pascua & Francés, 2002), declínio cognitivo (Strain, Phillip & Blandford, 2006), diminuição das capacidades físicas, aumento do risco de suicídio (Bruce et al., 2004) e consequentemente a mortalidade (Abas, Hotopf & Prince, 2002). Tome-se como exemplo os resultados de estudos recentes, os quais revelam que dos pacientes idosos que cometeram suicídio, 20% tinha usufruído de consulta no mesmo dia pelo seu médico e 40% tinha falado com o seu médico num período máximo de uma semana. Deste modo, torna-se imprescindível colocar questões como, “Tem tido pensamentos de autodestruição ou para terminar com a sua vida?”, “Tem algum plano para cometer suicídio?”, “Tem alguém que lhe dê suporte ou que o acompanhe, neste momento?” (Medeiros, 2010).

Divulga-se clara não só a necessidade de avaliar os idosos perante especialistas, como conjuntamente preparar as equipas de cuidados primários para este tipo de patologia na idade mais avançada, incentivando-os a analisar e sinalizar determinados sintomas que por norma surgem nestes contextos, seja derivado de alterações de apetite, ou agitação, isto é, sintomas físicos.

Seguidamente são expostos os subtipos de depressão mais prevalentes em pessoas idosas.

Depressão Major

Pode diagnosticar-se depressão major quando ocorrem ininterruptamente durante pelo menos duas semanas, cinco ou mais dos nove seguintes sintomas: Pelo menos um dos sintomas, humor depressivo ou perda de prazer ou interesse; 1. Humor depressivo durante a maior parte do dia, quase todos os dias, indicados pelo relato subjetivo ou pela observação de outro; 2. diminuição clara do interesse ou prazer, em todos ou quase todas as atividades, durante a maior parte do dia; 3. perda ou aumento de peso significativo (Duarte & Rego, 2007); 4. insónia ou hipersónia quase todos os dias; 5. agitação ou lentificação psicomotora quase todos os dias; 6. fadiga ou perda de energia; 7. sentimentos de desvalorização ou culpa excessiva ou inapropriada; 8. diminuição da capacidade de pensar ou concentrar, ou indecisão; 9. pensamentos de morte, ideação suicida recorrente sem planos específicos ou uma tentativa de suicídio (American Psychiatric Association, 2002; Caponi, 2009).

Na pessoa idosa são patentes características específicas, das quais podem ser enfatizadas preocupações somáticas: cansaço, alterações da digestão, vertigem, quadros dolorosos; sentimento de vazio; queixas subjetivas de deterioro cognitivo, com alterações na memória e atenção; lentificação psicomotora ou agitação psicomotora; anorexia; sintomas psicóticos, na maioria congruentes com o estado de humor; hipocondrias, sub-valorização (Leturia, Yanguas, Arriola & Uriarte, 2002).

Depressão Minor

Nos idosos encontra-se relacionada com alterações funcionais, pelo que cerca de 25% dos pacientes desenvolvem depressão minor num período de dois anos, suscitando-se por vezes ideação suicida. Em pacientes muito idosos poderá surgir num período de três anos antes do surgimento de depressão major (Conélio, 2009; Oxman & Sengupta, 2002).

Vários autores defendem que este subtipo de depressão é comumente uma reação ao stress experienciado no envelhecimento (Beekman, Deega, van Tilburg, Smit, Hooijer & van Tilburg, 1995). Destacando-se que em idosos residentes em lares a prevalência desta patologia atinge os 30% (Birrer & Vemuri, 2004).

Segundo o DSM-IV, o individuo tem depressão minor quando apresenta um dos sintomas nucleares, seja o humor depressivo, ou a perda de interesse. Contudo, deve estar acompanhado por um, dois ou três sintomas (e.g. sentimentos de culpa ou desvalorização inapropriada, fadiga, insónia ou hipersónia, pensamentos recorrentes de morte...) pelo menos durante duas semanas.

Distímia

A distímia detém uma prevalência de 1 a 3% nos idosos (Blazer & Hybels, 2009). Consiste numa patologia depressiva de severidade leve a moderada que se define quando existe humor depressivo a maior parte dos dias, mais de metade dos dias, durante pelo menos dois anos (Alexopoulos, 2005). O humor pode ser irritável, sendo acompanhada de dois ou mais: apetite diminuído ou aumentado; insónia ou hipersónia; fadiga ou pouca energia; baixa auto-estima; dificuldades de concentração ou em tomar decisões; sentimentos de falta de esperança; (Kaplan, Sadock & Grebb, 2003; Felck et al., 2009).

Depressão psicótica

Diz respeito a um dos tipos mais graves de depressão e que ocorre mais frequentemente em idosos. A depressão psicótica apresenta frequentes recaídas, presenciando-se delírios somáticos, paranóides e persecutórios, porém, as alucinações são raras e tendem a ser transitórias (Medeiros, 2010).

Os pacientes afetados apresentam, geralmente, um quadro de início subagudo, história médica prévia e familiar de depressão e disfunção da memória (Gournellis, Lykouras, Fortos, Oulis, Roumbos & Christodoulou, 2006), podendo surgir alterações cognitivas importantes que contribuem para o desenvolvimento de alterações do humor, condição a que se deu o nome de pseudodemência. Termo este, que mais tarde foi substituído por síndrome demencial da depressão uma vez que os défices cognitivos eram reais. Como agravante, estes pacientes apresentam um risco mais elevado de conversão irreversível para uma síndrome demencial, como no caso da doença de Alzheimer (Medeiros, 2010).

Depressão Vascular

Encontra-se relacionada com alterações ou lesões vasculares no cérebro e nas estruturas que podem perturbar os circuitos envolvidos na regulação do humor, potenciando a predisposição para a depressão (Naarding, Breteler, Schoevers, Jonker, Koudstaal & Beekman, 2006; Hughes, 2005). A hipótese de depressão vascular é apoiada pelo alto índice de depressão em pacientes com hipertensão, diabetes e doença coronária, e analogamente, por uma maior taxa de depressão em doentes que sofreram um acidente vascular cerebral e pela baixa incidência de história familiar de alterações de humor ou depressão. Os idosos afetados demonstram as suas funções cognitivas executivas (reconhecimento, fluência verbal...) afetadas e mais deterioradas (Alexopoulos, Meyeres, Young, Kakuma, Silbersweis & Charlson, 1997).

1.3.4. Principais intervenções terapêuticas

O tratamento da depressão no idoso tem por finalidade reduzir o sofrimento psíquico causado por esta enfermidade, diminuir o risco de suicídio, atenuar o risco de recaída e recorrência, melhorar o estado geral do paciente e naturalmente, garantir uma melhor qualidade de vida, contudo constitui um desafio que envolve intervenção especializada (Stella, Gobbi, Corazza & Costa, 2002).

Primordialmente, a necessidade passa pela identificação dos fatores presentes na origem e no desencadeamento do processo depressivo, ou mesmo, a agudizar uma depressão já existente. Desta forma, é pertinente verificar se o paciente possui alguma doença clínica que se encontre relacionada com a depressão e questionar se toma alguma medicação (anti-inflamatório, anti-hipertensivo) que poderia induzir sintomas depressivos. Posteriormente convém investigar aspetos de natureza psicológica e psicossocial, como lutos, isolamento social, abandono e outros fatores que tendem a desencadear esta sintomatologia (Stella, Gobbi, Corazza & Costa, 2002).

No que se refere às estratégias de tratamento, a literatura profere que envolvem psicoterapia, nomeadamente a terapia cognitivo-comportamental (Lenze et al., 2001; Thorp et al., 2009), intervenção psicofarmacológica e quando necessário, electroconvulsoterapia. Assim, o tratamento em geriatria para ser útil e mais eficaz, implica uma decisão terapêutica rápida, multidisciplinariedade e elaboração de um projeto de assistência integral (Micas, Arbus, Nourhasheimi & Vellas, 2003).

A terapia farmacológica no idoso, normalmente incide nos antidepressivos (ISRS), ou seja, inibidores da recaptção da serotonina, pois surtem menos efeitos secundários algo que com idosos, merece uma atenção adicional. Há evidência contundente na literatura de que, são eficazes no tratamento da depressão aguda, moderada e grave, quer melhorando os sintomas (resposta), quer eliminando-os (remissão completa). É de notar que somente após duas a três semanas começa a ser passível de observar melhorias (Orengo, Fullerton & Tan, 2005). Conquanto, o tratamento psicofarmacológico da depressão no idoso depende essencialmente da tolerabilidade do paciente em relação aos antidepressivos. Entre os

medicamentos desta categoria, o citalopram e sertralina têm sido os mais estudados, a paroxetina e fluoxetina também têm sido prescritos. Já os antidepressivos tricíclicos não constituem a primeira escolha para pacientes idosos devido aos efeitos adversos. Não obstante a importância de atender a esses efeitos adversos dos medicamentos prescritos e ao risco de interação medicamentosa, derivada da presença de diferentes enfermidades que comumente acometem os idosos (Stella, Gobbi, Corazza & Costa, 2002).

Direcionando-nos para a psicoterapia, existem evidências de que a sua eficácia não diminui com o avançar da idade, sendo que, muitas das vezes se verifica uma maior adesão dos idosos ao tratamento quando comparados com os jovens. Estas resultam muito bem, uma vez que não se pretende impor, mas sim instigar, auxiliar e flexibilizar determinados comportamentos e atitudes, melhorando conseqüentemente a sintomatologia depressiva (Birrer & Vemuri, 2004). A intervenção psicoterapêutica, preferencialmente com profissionais especializados em idosos, ajuda a identificar os fatores desencadeantes do processo depressivo, contribuindo para a orientação dos familiares, dos cuidadores e do próprio paciente, alertando que um bom suporte auxilia muito no tratamento (Varano, Hinton, Barker & Unutzer, 2010). Atividades de terapia ocupacional, participação em atividades artísticas e de lazer também têm seu papel no tratamento do idoso deprimido (Stella, Gobbi, Corazza & Costa, 2002).

Focalizando-nos na terapia cognitivo-comportamental, a qual muitos autores concluíram ser uma das abordagens que apresenta maior evidência empírica de eficácia no tratamento da depressão, refletindo-se num tratamento sublime (Powell, Abreu, Oliveira & Sudak, 2008). O grande objetivo da terapia cognitivo-comportamental é proporcionar aos pacientes um modelo compreensivo e idiossincrático dos seus sintomas, de modo a formular um plano para combater os mesmos e dar a oportunidade a cada paciente de colocar as estratégias em prática de forma autônoma. Pretende-se modificar o comportamento alterando cognições, interpretações, pressupostos e estratégias implementadas que estavam desadequadas, substituindo-as por estratégias adequadas e funcionais no modo de pensar, sentir e agir, isto é, potenciar o desenvolvimento de competências e capacidades no paciente para identificar estes pensamentos e erros, monitoriza-los e confrontá-los (Snowden, Steinman & Frederick, 2008). Desta forma, os doentes começam a desenvolver sentimentos de autoeficácia o que futuramente lhes vai permitir lidar com situações adversas (Scott, 2000).

Recorre-se frequentemente a estratégias comportamentais como a prescrição de tarefas de mestria e prazer, nas quais se procura envolver novamente o paciente em atividades que antes lhe eram prazerosas de forma gradual e estratégias cognitivas como a reestruturação cognitiva. Novamente fazendo a ponte com a literatura, esta defende que os tratamentos de natureza psicológica demonstram uma eficácia semelhante aos antidepressivos e uma maior eficácia com tratamentos combinados de farmacologia mais psicoterapia (Dobson & Dozois, 2001).

De acordo com outros autores, a terapia de grupo confessa-se bastante eficaz, pois são muitos os idosos que encontram no grupo um local para expressar suas angústias e ao mesmo tempo identificar-se com as angústias dos outros. Descubrem nele proteção e meios para desenvolver o desejo de uma vida mais saudável, com aqueles que vivem os mesmos dramas. Ao mesmo tempo o grupo também proporciona uma maior socialização, aumenta a autoestima e autovalorização, esclarece e resolve conflitos intrapsíquicos e interpessoais (Mello & Teixeira, 2011).

Já outra intervenção psicoterapêutica, particularmente indicada para idosos, impõe-se na denominada de psicoterapia breve, além de minimizar o sofrimento psíquico do paciente, auxilia o idoso deprimido a reorganizar seu projeto de vida. É uma terapia prospectiva, voltada para o presente e para o futuro, com duração, em geral, de seis meses (Stella, Gobbi, Corazza & Costa, 2002).

De modo semelhante, inúmeros estudos defendem que a prática de algum tipo de atividade física, seja desporto ou dança, contribui significativamente para a diminuição da intensidade dos sintomas depressivos (Rosenberg et al., 2010; Saxena, Ommeren, Tang & Armstrong, 2005). Lampinem e os seus colaboradores, verificaram que os idosos que reduziram as atividades praticadas após oito anos apresentaram aumento nos sintomas de depressão, enquanto que os indivíduos que aumentaram ou mantiveram a intensidade das mesmas não apresentaram esse efeito (Moraes, Deslandes, Ferreira, Pompeu, Ribeiro & Laks, 2007).

Como último recurso existe a Electroconvulsoterapia, indicada para depressões resistentes ou depressão major com componente psicótica (Fleck et al., 2009), é incompatível com outros tipos de tratamento, detendo uma duração que varia entre as seis e as doze semanas (Micas, Arbus, Nourhasheimi & Vellas, 2003). Subsiste num tratamento agudo para depressões em que há estimulação magnética transcraniana e do nervo vago, sendo mais eficaz que medicações antidepressivas.

Em suma, estes dois últimos pontos foram descrevendo conceitos presentes e importantes na atualidade, demonstrou-se a perigosidade dos mesmos, contracenando-os com a “negligência” ou inadequação e depreciação do diagnóstico. A ligação entre depressão e ansiedade como fatores intrínsecos ao envelhecimento deve e tem de ser contestada para que os elevados índices de prevalência declinem e de igual forma as pessoas idosas possam viver esta fase da vida com qualidade e cuidados prestados de forma adequada.

Não podemos esquecer ou ignorar a atipicidade dos sintomas no idoso, não fazem parte deste, mas sim de uma patologia do foro psiquiátrico.

1.4. Estudos realizados neste âmbito e problemática

O envelhecimento tem sido estudado no que respeita a diferentes fatores, contudo verifica-se uma maior afluência de investigações sobre a depressão no idoso do que sobre a

ansiedade, sendo ainda pouco estudada a relação entre elas nesta faixa etária. Neste sentido, vamos abordar alguns estudos considerados pertinentes para a presente investigação.

1.4.1. Estudos sobre depressão

A transferência de um idoso da sua casa para uma instituição, acarreta potencial para produzir danos como: depressão, confusão, perda do contato com a realidade, despersonalização, isolamento e separação da sociedade (Araújo & Ceolim, 2007). Alguns estudos defendem que a ocorrência de depressão entre os idosos institucionalizados é 10 a 22% maior quando comparada aos idosos que vivem na comunidade, variando as taxas de sintomas depressivos entre 10 a 30%, crescendo o risco nos primeiros meses de internamento (Neru, Lenardt, Betiolli, Michel & Willig, 2011).

No seu trabalho, Fernandes (2000) menciona vários estudos que nos falam da prevalência da depressão no idoso em Portugal. Numa comunidade idosa no norte de Portugal, Barreto (1984) encontrou uma prevalência de 25% de depressão, presenciando também Valente (1991) no seu estudo com os idosos que frequentavam os centros de saúde de Lisboa uma prevalência de 35% para depressão geriátrica.

Seabra e colaboradores (1991) através da sua investigação com idosos reformados no Algarve concluíram inesperadamente, que existe uma prevalência 72% de depressão. Igualmente, Serra e Gouveia (1977) em Unhais da Serra ao estudar um grupo de reformados, observaram que 40% dos homens tinham perturbações afetivas e que esta percentagem era ligeiramente mais baixa nas mulheres. A autora fundamentou assim, que a depressão parece ser a perturbação psíquica mais frequente nos idosos (Teixeira, 2010). Acrescenta-se ainda um estudo no qual existiram 1.639 idosos em análise, dos quais 325 (19,8%) apresentavam rastreio positivo para sintomatologia depressiva (deprimidos) e, destes, 3,7% faziam uso de antidepressivo (deprimidos com tratamento) (Lima, Silva & Ramos, 2009).

Os resultados da pesquisa de Fleck e colaboradores (2002), mostram que a presença de sintomatologia depressiva está associada com pior funcionamento social e qualidade de vida, bem como a uma maior utilização dos recursos de saúde. Os indivíduos com maior intensidade de sintomas depressivos avaliaram a sua saúde como pior e estão menos satisfeitos com ela do que aqueles com menor intensidade de sintomas depressivos. Comumente, as pessoas que apresentaram ansiedade, também apresentaram depressão em alguma intensidade (Oliveira, Santos, Cruvinel & Néri, 2006).

Outra pesquisa divulga que o sexo feminino demonstra maior frequência de sintomatologia depressiva, assim como indivíduos que residem com o seu companheiro (a), possuem menos sintomas de depressão do que aqueles que não presenciam esta vivência (Gazalle, Hallal & Lima, 2004). Similarmente, Inaba, Thoits, Ueno, Gove, Evenson e Sloan (2005) com recurso à sua investigação, relatam que as mulheres tanto americanas como japonesas se apresentaram mais deprimidas do que os homens. No mesmo sentido, Bello e os seus colaboradores observaram uma prevalência de depressão em idosos ao nível nacional no México, sendo que se verificou uma maior prevalência no género feminino. Afirmam ainda

que à medida que a idade aumenta, também os níveis de depressão crescem, diminuindo com graus de escolaridade mais elevados (Belló, Rosas, Mora & Lozano, 2005).

Por sua vez Slone e colaboradores, encontraram correlações entre a sintomatologia depressiva e o estado civil, designadamente maiores índices em idosos viúvos, solteiros e divorciados (Slone et al., 2006). Stek et al. (2006), sustentam que idosos que não possuem alguém em quem confiar ou um relacionamento íntimo, manifestam maior suscetibilidade para a sintomatologia de depressão (Djernes, 2006; Irigary & Schneider, 2007).

Em relação aos fatores associados à depressão, além do género feminino, baixa escolaridade, percepção de uma saúde piorada e aumento da idade, também Jardim (1991), cit in Melo & Neto, 2003, observou que alguns idosos que vivem envolvidos no anonimato, numa menor intimidade entre as pessoas, isto é, idosos que vivem em situações de maior solidão, apresentam uma diminuição da qualidade de vida e conseqüentemente depressão.

Zhang & Haywar (2001) analisaram os efeitos negativos da ausência de filhos e as taxas de depressão e sentimento de solidão em idosos, concluindo que este fator por si só não aumenta a sintomatologia depressiva. Por outro lado, McInnis & While, 2001 cit in Palarea, Pascual & Francés, 2001, ao investigar diferentes aspetos relacionados com o apoio social, suporte e frequência de contactos com a população geriátrica e satisfação com os mesmos, encontraram diferenças estatisticamente significativas no que respeita ao sentimento de solidão e o desenvolvimento de patologia no idoso.

Por conseguinte, também o estatuto socioeconómico parece um fator influente na depressão, evidenciando-se que maiores níveis desta patologia são visionados em idosos com baixo estatuto socioeconómico (Birrer & Vemuri, 2004; Cardoso, Soto, Hernández & Garcia, 2005; Lucero & Casali, 2006).

1.4.2. Estudos sobre ansiedade

Apesar de na literatura se defender que nos idosos a ansiedade é menos prevalente que a depressão, existem estudos que mostram o contrário, Wetherell e colaboradores (2005) através da sua investigação proferem que, apesar de ser comumente referido que a ansiedade típica nos idosos é um estado misto de ansiedade-depressão, a prevalência deste estado misto é inferior à prevalência da depressão major ou das perturbações da ansiedade (Almeida, 2011).

Num estudo epidemiológico com 18571 pessoas, Regier e colaboradores (1988) apuraram que 5,5% dos idosos com mais de 65 anos de idade apresentava uma perturbação de ansiedade, excluindo os casos mais comuns de ansiedade generalizada. Esse índice aumenta para 15% quando são incluídos casos de ansiedade generalizada. Uma outra investigação implementada por Almeida em 1999 com 398 idosos, encontrou uma prevalência de 15,4% de idosos com perturbação de ansiedade (Oliveira, Santos, Cruvinel & Néri, 2006).

Forsell (2000) afirma que a ansiedade é mais frequente nos idosos que não recebem visitas de familiares ou amigos, quer sejam idosos institucionalizados quer ainda vivam nas suas casas. Grammatikopoulos e Koutentaris (2010), num estudo com 132 idosos que

frequentam centros de dia na Grécia, referiram a ansiedade como mais prevalente em idosos com baixa atividade social e nos viúvos (Almeida, 2011).

Já McLean, Asnaani, Litz & Hofmann (2011) investigaram a ansiedade segundo o género, deparando-se com uma maior prevalência nas mulheres quando comparadas com os homens, porém o predomínio não se resumia unicamente a uma patologia, mas a vários diagnósticos de perturbações de ansiedade.

A ansiedade em idosos com mais de 80 anos foi tema da pesquisa de Xavier et al. (2001), na qual constatou que 10,6% dos 77 idosos participantes apresentavam transtorno de ansiedade generalizada. Os elevados índices de ansiedade estavam associados com sintomas depressivos, transtorno depressivo maior e depressão menor.

A baixa escolaridade e estatuto socioeconómicos mais desfavorecidos têm sido pronunciados como fatores prevalentes em pessoas com níveis de ansiedade mais acrescida (Hein et al., 2004).

1.4.3. Estudos sobre idosos institucionalizados Versus idosos não institucionalizados

Davim, Torres, Dantas e Lima (2004) procuraram conhecer o contexto social, económico e de saúde de idosos que moram em instituições. Os participantes do estudo foram 76 idosos que viviam em três instituições diferentes, os quais foram submetidos a entrevistas. Os resultados indicaram que, assim como aponta a literatura, a maioria dos idosos é do sexo feminino, possui baixo nível de escolaridade, dificuldades financeiras, relacionamento familiar conflituoso, atividades de lazer limitadas e problemas de saúde (Oliveira, Santos, Cruvinel & Néri, 2006).

Vaz, em 2009 ao analisar idosos institucionalizados, realçou uma taxa de 46.7 % de depressão, sendo 13,4% considerada grave, divulgando-se mais elevada em mulheres. Estes resultados são corroborados pelo estudo levantado por Gazalle, Hallal & Lima em 2004, no qual se detetou maior frequência de tristeza, ansiedade, perda de energia, distúrbios do sono e ruminações sobre o passado entre as mulheres.

Quanto aos estudos comparativos entre idosos institucionalizados e não institucionalizados, Nunes (2008) ao avaliar a incidência de depressão em idosos inseridos na comunidade e idosos institucionalizados, relacionando-a com rendimentos económicos e grau de escolaridade no concelho de Vila Nova de Gaia, concluiu que a taxa de prevalência de depressão minor encontrada em pessoas com mais de 65 anos foi de 62,9%, em ambos os grupos refletindo-se em rendimentos económicos mais baixos. Por sua vez, a taxa de analfabetismo e baixa escolaridade patenteou-se bastante elevada, referindo que apenas 4% da amostra tinha mais do que a instrução primária, distinguindo-se 42% analfabetos no grupo dos institucionalizados e 34,9% no grupo de idosos inseridos na sociedade (Pereira, 2010).

Barroso e Tapadinhas (2006) desenvolveram uma investigação com 40 idosos institucionalizados e 40 idosos não institucionalizados cujo objetivo era comparar em termos de depressão e solidão. As autoras concluíram que os idosos institucionalizados apresentavam

mais sentimentos de solidão e maiores níveis de depressão. Ainda no mesmo estudo, os resultados mostram que, ao nível do estado civil, os idosos casados são os que apresentam menor solidão. Relativamente à percepção pessoal de preocupação familiar e dos amigos e à receção de visitas dos amigos, ficou implícito que os mais velhos que tinham menos contacto e percepção de preocupação dos amigos e familiares apresentou mais sentimentos de solidão, assim como, os idosos que apresentavam menor ocupação dos tempos livres com leitura asseguravam maiores níveis de sintomatologia depressiva (Almeida, 2011).

De modo semelhante, a pesquisa contemplada com 615 idosos em Helsinki-Finlândia constatou que a depressão é rara entre idosos saudáveis, e comum entre idosos institucionalizados, com incapacidades. Dados corroborados por diferentes estudos tendo como exemplo o obtido num realizado em Pernambuco com idosos institucionalizados, o qual revelou que 51% apresentavam sintomatologia depressiva. A mesma taxa de depressão em idosos institucionalizados foi observada no trabalho desenvolvido num lar em Município de Mossoró, Rio Grande do Norte (Stella, Gobbi, Corazza & Costa, 2002). Já outros estudos apontam para uma taxa de prevalência de três e cinco vezes maior nos idosos institucionalizados aquando a comparação com idosos na comunidade (Gonçalves, 2010).

Rucan e colaboradores (2010) ao equipararam idosos não institucionalizados e institucionalizados em lares, concluíram que os institucionalizados detêm um risco mais elevado para a existência de depressão moderada a grave do que os idosos não institucionalizados, tendo os dois grupos distribuições similares por faixa etária e estado civil. Os idosos institucionalizados declararam com mais frequência a presença de pensamentos suicidas do que os não-institucionalizados. Outra observação é relacionada à percepção da depressão como um problema atual, estando ausente na maioria das pessoas no grupo institucionalizado, apesar de os resultados aparecerem no questionário de depressão de Beck (Almeida, 2011).

No tocante ao tempo de institucionalização, Carreira, Botelho, Matos, Torres & Salcin (2011), observaram que a depressão não apresenta uma ligação com o aumento do tempo de permanência do idoso na instituição, sendo ela mais frequente em idosos recém chegados.

Em jeito de conclusão e examinando a informação referida, podemos inferir que a depressão e ansiedade em idosos são realmente uma questão de saúde pública que não pode mais ficar ausente nas preocupações dos governantes e também dos profissionais de saúde, pois com o acréscimo da população idosa o número de pessoas com esta patologia tende a aumentar progressivamente (Mello & Teixeira, 2011).

Apesar de reconhecidas mundialmente como um problema de saúde e como o fator predominante no envelhecimento, surgem diversas vezes subdiagnosticadas, provindo de fatores mascarados. Assim, apreciamos que os índices de depressão e ansiedade na população geriátrica evidenciem tendência para serem maiores do que o demonstrado nas pesquisas,

isto porque, alguns sintomas como o isolamento tornam-se um empecilho para que o diagnóstico seja possível e correto.

Desta forma e considerando o atrás referido à institucionalização e os aspetos psicopatológicos assinalados, conclui-se que representam um problema carenciado de mais estudo e compreensão.

PARTE II- ESTUDO EMPÍRICO

Capítulo II. Material e Método

Neste segundo capítulo, sistematizam-se os principais objetivos, métodos e procedimentos implementados perante a investigação. Serve sobretudo para enquadrar as estratégias adotadas e como introdutor dos resultados obtidos.

2.1. Apresentação do Estudo e objetivos

Através do estado da arte, foi possível apurar que os conceitos de ansiedade e depressão têm sido associados aos idosos e ao processo de envelhecimento, contudo parecem não ser devidamente contempladas e diagnosticadas devido à atipicidade e encobrimento dos sintomas na população idosa, assim como pelo uso excessivo de fármacos (Irigaray & Schneider, 2007). Habitualmente os sintomas de depressão remetem para tristeza profunda e anedonia, porém no idoso verifica-se maioritariamente queixas somáticas, limitações físicas e menos disforia (Fiske, Wetherell & Gatz, 2009). Já a ansiedade embora tome uma expressão semelhante à dos mais jovens, nos idosos pode ser facilmente e erroneamente relacionada a doenças físicas, características próprias do envelhecimento ou a efeitos de medicação (Bassil, Ghandour & Grossberg, 2011; Norton et al., 2012).

Diversos estudos sugerem que estes problemas psicológicos são pouco investigados pelos médicos ou outros profissionais no contexto clínico, embora comuns como queixas clínicas (Oliveira, Santos, Cruvinel & Néri, 2006). Desta forma e ao não ser tratada, a sintomatologia pode ter repercussões muito negativas no funcionamento e qualidade de vida das pessoas idosos, pelo que pode levar ao aumento da morbilidade e mortalidade desta faixa etária, assim como, ao acréscimo dos custos de saúde (Rogiers & Poelman, 2005).

Partindo destes pressupostos e cientes da pertinência do tema, o presente estudo circunscreve-se no domínio da psicologia clínica e da saúde, designadamente na parte da gerontologia, tendo como finalidade refletir e avaliar os níveis de depressão e ansiedade em idosos residentes na comunidade, bem como avaliar os níveis de ansiedade e depressão nos idosos institucionalizados, comparando os mesmos entre si e com as variáveis sociodemográficas (idade, género, escolaridade, estado civil, estatuto socioeconómico, tempo de internamento, como considera a sua saúde, sentimento de solidão...).

No seguimento do descrito, especificamente podem enumerar-se os seguintes **objetivos** aos quais pretendemos dar resposta:

- ❖ Investigar se existem e quais os níveis de ansiedade e depressão que os idosos institucionalizados e residentes na comunidade apresentam.
- ❖ Verificar se existe divergência ou convergência no que respeita à sintomatologia depressiva e ansioógena em idosos institucionalizados e idosos não institucionalizados.
- ❖ Perceber se existem e quais as diferenças entre os níveis de depressão e ansiedade na pessoa idosa consoante as variáveis sociodemográficas.
- ❖ Explorar as relações existentes entre ansiedade e depressão.

- ❖ Identificar possíveis fatores de risco para o desenvolvimento de sintomatologia depressiva e ansiógena na população geriátrica.

2.1.1. Hipóteses

De forma a operacionalizar os objetivos e dar resposta aos mesmos, as hipóteses colocadas passíveis de serem verificadas ou refutadas, são as seguintes:

Grupo I- Níveis de sintomatologia depressiva e ansiógena e variáveis sociodemográficas.

- **H1:** Os níveis de depressão são mais elevados em idosos do sexo feminino e com menor escolaridade. (e.g. Heun & Hein, 2005; Pereira, 2010; Luppá, Luck, König, Angermeyer & Heller, 2012)
- **H2:** Os níveis de ansiedade são mais elevados em idosos do sexo feminino e com menor escolaridade. (e.g. Heun & Papassotiropoulos, 2000; Xavier et al., 2001; Cerrato, Benítez, Baltar & González, 2001; Serrano & Ferrer, 2001; Vink, Aartsen & Schoevers, 2008)
- **H3:** Os níveis de depressão são mais elevados em grandes idosos quando comparados com pequenos idosos. (e.g. Heun & Papassotiropoulos, 2000; Steffens et al., 2000; Blazer, 2003; Heun & Hein, 2005; Fernandes, Nascimento & Costa, 2010)
- **H4:** Maiores níveis de depressão e ansiedade em idosos institucionalizados encontram-se relacionados com idades mais avançadas. (Belló, Rosas, Mora & Lozano, 2005; Martins, 2008)
- **H5:** Idosos com estatuto socioeconómico mais baixo apresentam maiores níveis de depressão e ansiedade do que idosos com estatuto socioeconómico mais elevado. (e.g. Blazer, 2003; Birrer & Vemuri, 2004; Cardoso, Soto, Hernández & Garcia, 2005; Jurado & Fernández, 2009; Fernandes, Nascimento & Costa, 2010).
- **H6:** Idosos que referem sentir-se sozinhos com maior frequência apresentam maiores níveis de ansiedade e depressão do que idosos que referem sentir-se sozinhos com menor frequência (e.g. Blazer, 2003; Teixeira, 2010)
- **H7:** Existem diferenças significativas no que consta à sintomatologia depressiva e ansiógena perante diferentes estados civis. (e.g. Bruce et al., 2002; Gazalle, Hallal & Lima, 2004; Grammatikopoulos & Koutentoris, 2010)
- **H8:** Idosos que praticam atividade quer física, quer cultural detêm menores níveis de ansiedade e depressão do que idosos que não realizam nenhuma atividade. (e.g. Lawton, 1994; Miriam et al., 2007; Oliveira, Santos, Cruvinel & Néri, 2006).
- **H9:** Os níveis de ansiedade e depressão revelam-se mais elevados em idosos institucionalizados do que em idosos não institucionalizados. (e.g. Porcu et al., 2002; Beyer, 2007; Lykouras & Gournellis, 2008; Jurado & Fernández, 2009; Gonçalves, 2010; Taylor, Castriotta, Lenze, Stanley & Craske, 2010; Skoog, 2011).

- **H10:** Os níveis de depressão e ansiedade em idosos que percecionam a sua saúde como muito má, são mais elevados que em idosos que percecionam a sua saúde como boa (Fleck et al. 2002).

Grupo II- Sintomatologia depressiva e ansiógena e variáveis presentes na institucionalização.

- **H11:** Idosos que habitam instituições de cariz privado apresentam menores níveis de depressão e ansiedade que idosos residentes em instituições de cariz público. (hipótese exploratória)
- **H12:** A sintomatologia depressiva e ansiógena é superior em idosos que se encontram há mais tempo institucionalizados que em idosos que se encontram recentemente institucionalizados. (hipótese exploratória)
- **H13:** Existem diferenças entre uma maior e menor regularidade de visitas na instituição ao nível da sintomatologia depressiva e ansiógena. (e.g. Forsell, 2000)
- **H14:** Os níveis de depressão e ansiedade patenteiam-se mais elevados em idosos que foram para a instituição por iniciativa alheia quando comparados com idosos que foram institucionalizados por iniciativa própria. (Barenys, 1992)
- **H15:** Os níveis de ansiedade e depressão são mais elevados em idosos que revelam não gostar da instituição do que idosos que afirmam gostar da instituição. (hipótese exploratória)

Grupo III- Relação entre ansiedade e depressão

- **H16:** Maiores níveis de depressão encontram-se relacionados com maiores níveis de ansiedade. (Beaudreau & O'Hara, 2008)

2.1.2. Variáveis em estudo

As variáveis podem classificar-se de acordo com a sua natureza em qualitativas, as quais não podem ser expressas numericamente (atributos ou categorias), permitindo somente descrever sujeitos ou situações, ou quantitativas que remetem para características mensuráveis podendo exprimir-se em valores numéricos reportados a uma unidade de medida ou de ordem. Por sua vez, as variáveis qualitativas podem dividir-se em ordinais e nominais, as variáveis ordinais apesar de não serem numéricas, obedecem a uma relação de ordem expressa pela distinção dos diferentes graus da própria variável, nesta investigação servem de exemplo o estado civil, situação económica ou as visitas na institucionalização. As variáveis nominais baseiam-se na diferenciação qualitativa, neste estudo identificámos por exemplo o género ou a característica do lar.

No caso das variáveis quantitativas usamos a representação numérica. Elas podem ser classificadas em intervalares, que apresentam modalidades representadas por números para os quais são válidas as relações de identidade, de ordem e as operações de soma e subtração.

Como exemplo de escalas de intervalo pode salientar-se a idade ou os resultados dos instrumentos (Maroco & Bispo, 2003).

No contexto do presente trabalho foram ainda consideradas como variáveis independentes, isto é, aquelas que exercem influencia, determinam e afetam as variáveis dependentes sendo são manipuladas pelos investigadores de forma a tentar assegurar a relação entre as mesmas (Marconi & Lakatos, 2000), as características dos idosos, nomeadamente: idade, género, número de filhos, escolaridade, estado civil, classificação da situação económica, institucionalização ou não, prática de atividade, tempo de internamento na instituição, motivo da institucionalização, classificação da sua saúde, lar de proveniência, regularidade de visitas e ainda sentimento de solidão.

O que corresponde a um total de 14 variáveis independentes, dados recolhidos com recurso ao questionário sociodemográfico construído previamente por nós. De seguida vamos operacionalizar algumas variáveis que consideramos pertinente contemplar.

Idade

A variável idade foi registada de acordo com os anos referidos pelos idosos e mais tarde agrupada em pequenos (idades compreendidas entre os 65 e os 74 anos) e grandes idosos (idades superiores a 74 anos).

Atividade

Formulámos uma questão sobre a atividade uma vez que existem evidências de que os idosos com vida ativa, física, intelectual ou artística, apresentam um retardo significativo em sua deterioração orgânica, o que não é sentido pelas pessoas inativas (Sadigursky & Oliveira, 1993), enfatizando-se ainda como um fator redutor da sintomatologia depressiva (Craft & Perna, 2004). Como tal, a relação com a depressão e ansiedade também pode diminuir, pelo que já foi descrito em cima.

Não foi tarefa simples definir em categorias esta pergunta, porém, tendo em conta a economia de tempo e as características dos nossos idosos, decidimos somente subdividir em atividade física e atividade cultural. Isto porque, na literatura, as atividades podem ser definidas como todas as atividades que os idosos participam ativamente, tais como as físicas, lazer, religião, serviços voluntários, sendo de fundamental importância para contribuir na melhoria do conjunto das funções dos idosos (Baptista, Morais, Rodrigues & Silva, 2006).

Assim, e adotando uma leitura mais qualitativa que nos foi permitida realizar ao aplicar oralmente e individualmente cada questionário, apercebemo-nos que os idosos institucionalizados referem atividades quer físicas quer culturais como aquelas praticadas no lar pela terapia ocupacional ou animação, sejam elas, trabalhos manuais, aulas de ginástica, teatros, desfiles...

Contrapondo com os idosos residentes na comunidade, que remetem para atividades físicas as caminhadas diárias ou cuidar das suas hortas e quintas. Quanto às atividades

culturais, estas centram-se essencialmente em excursões, encontros de grupos e coros da igreja.

Razão de institucionalização

As alternativas de resposta a esta pergunta consistiam em “iniciativa própria”, “Trazido por amigos”, “Trazido por familiares” e ainda “Trazido por técnicos (e.g: assistente social)”. Contudo, para ser tratada esta variável foi codificada em dois grupos, o de “iniciativa própria” e o outro “iniciativa de outros”, que por sua vez englobava as respostas “trazido por familiares, técnicos ou amigos”.

Sentimento de solidão

No que respeita a esta variável, consideramo-la como a frequência em que se sente só, pelo que apesar de ser somente baseado na perceção do idoso, permite compreender e relacionar a mesma com as variáveis dependentes. Partindo-se do pressuposto que quanto mais frequente esta for mais severa se torna, foi categorizada na resposta como “sempre”; “muitas vezes”; “algumas vezes”; “raramente” e nunca, no entanto para ser analisada no SPSS criou-se uma nova variável em que se agrupou o sempre e muitas vezes para “com maior frequência” e o algumas vezes, raramente e nunca para “menor frequência”.

Como variáveis dependentes, ou seja, as variáveis a serem explicadas ou descobertas, em virtude de serem influenciadas, determinadas ou afetadas pelas variáveis independentes, correspondendo assim ao que se deseja prever ou obter como resultado (Marconi & Lakatos, 2000), identificámos os níveis de depressão e ansiedade. Dados recolhidos através da escala de depressão geriátrica (GDS) e inventário de ansiedade de Beck (BAI).

2.1.3. Desenho da investigação

A opção metodológica que orientou esta investigação baseou-se numa abordagem de análise quantitativa, que de uma forma geral pretende explicar e prever um fenómeno através da medida de variáveis e pela análise numérica, recorrendo aos testes e procedimentos estatísticos (Balnaves & Caputi, 2001).

O presente estudo revela-se de cariz transversal (cross-sectional), uma vez que a amostra somente respondeu aos instrumentos de avaliação num momento isolado. Descritivo e correlacional pois ambiciona descrever as características da população em estudo, assim como, as relações entre variáveis dependentes (Baxter & Jack, 2008) acerca da temática “ansiedade e depressão nos idosos institucionalizados e não institucionalizados: Valorizar o envelhecimento”, considerando-o de extrema pertinência, pois além de se aspirar verificar a existência ou não destes estados emocionais neste tipo de população, visa também identificar e sinalizar fatores de vulnerabilidade para a ocorrência dos mesmos, a fim de evitar consequências adversas para as pessoas idosas.

2.2. Participantes

Ao incidirmos sobre os objetivos e desenho do nosso estudo, optou-se por selecionar idosos com idade superior a 65 do distrito de Castelo Branco.

No que respeita à amostra presente nesta investigação, esta é classificada como não probabilística e por conveniência, uma vez que se acederam aos elementos da população que demonstraram interesse e disponibilidade para participar no estudo (Santos & Candeloro, 2006).

Os critérios de exclusão ou inclusão permitem determinar se um sujeito deve e pode pertencer à amostra. Assim, o único critério de inclusão estabelecido consistiu em ter mais de 65 anos de idade, e caso estivesse institucionalizado, teria de ser em regime de internato e não em centro de dia. Como critério de exclusão determinou-se a ausência de patologia do foro psiquiátrico diagnosticada.

Salienta-se o consentimento informado por parte dos idosos e autorizações por parte de todas as instituições colaboradoras.

2.2.1. Contexto da amostra

Instituição A

A instituição A diz respeito a uma associação de solidariedade social, que se enquadra juridicamente nas IPSS (Instituições Particulares de Solidariedade Social), mantendo acordos com a segurança social.

Foi fundada em 1977, sendo o primeiro Centro de Convívio a nível nacional, e em 1995 iniciou a valência de lar e apoio domiciliário.

Atualmente, esta instituição dispõe de 55 utentes em regime de lar e internamento, 25 em regime de centro de dia e ainda 38 utentes em apoio domiciliário, sendo que a sua principal finalidade recai sobre promoção do bem-estar na pessoa idosa.

Quanto aos recursos humanos, a mesma, partilha de uma assistente social, um médico, três enfermeiros, uma terapeuta ocupacional, um animadora sociocultural, um fisioterapeuta, um encarregado de serviços gerias, uma administrativa, uma cozinheira, uma ajudante de cozinha e por último trinta ajudantes de ação direta.

Instituição B

Esta instituição de cariz privado tem como principal missão a prestação de cuidados à população da terceira idade em regime de lar. Foi inaugurada em Novembro de 2009 detendo uma capacidade para 15 utentes, sendo em 2011 aumentada com a construção de uma nova ala, passando assim a oferecer um total de 44 vagas.

Atualmente fornece resposta a 44 utentes, das mais diversas idades e graus de dependência, nas modalidades de quartos individuais (3), duplos (16), triplo (1), casal (1) ou inclusive residências independentes (2).

A equipa é multidisciplinar, dividindo-se em quatro departamentos. O departamento de saúde é constituído por um médico, dois enfermeiros e dois fisioterapeutas. A parte de animação sociocultural é formada por uma animadora e por um professor de atividade física. O secretariado e apoio social acometam uma assistente social e um secretário. Por último, o grupo de auxiliares é composto por duas cozinheiras e por doze ajudantes/auxiliares na prestação de cuidados.

Instituição C

Esta instituição corresponde a uma instituição particular de solidariedade social (IPSS) desenvolvida em 1983, ou seja, estabelecimentos constituídos por iniciativa de particulares, sem finalidade lucrativa, com o propósito de dar expressão organizada ao dever moral de solidariedade e de justiça entre os indivíduos, que não sejam administradas pelo Estado ou por um corpo autárquico. Mais tarde e de forma a dar resposta aos idosos, criou-se uma estrutura residencial para os mesmos, sendo inaugurada em 2012.

Abarca um total de 41 utentes em regime de centro de dia e 37 em regime de internato, pelo que alertamos que somente foram passados os questionários a pessoas idosas em regime de internato, cumprindo com os critérios de inclusão da amostra.

A sua missão consiste em prestar serviços sociais de qualidade aos utentes, desenvolver respostas face às necessidades, dinamizar atividades formativas, culturais e recreativas, assim como, ser reconhecida como uma instituição de referência na prestação de serviços diferenciados, de apoio estruturado, através de cuidados de qualidade, abrangentes e humanizados centrados no utente, no seu bem-estar e suporte à família.

No que concerne aos recursos humanos, esta é novamente multidisciplinar, compondo-se por uma técnica superior de serviço social, uma técnica superior de animação, uma técnica superior de nutrição e qualidade alimentar, uma técnica superior de Gerontologia, uma técnica de serviço administrativo, um chefe de serviços gerais, duas cozinheiras, seis ajudantes na ação direta, duas auxiliares no centro de dia e ainda, treze auxiliares de serviços gerais. Como colaboradores externos, salientam-se um médico, dois enfermeiros, um fisioterapeuta e um responsável pela contabilidade.

2.2.2. Caracterização da amostra

A caracterização da amostra será feita inicialmente de modo geral, partindo posteriormente para cada um dos grupos (institucionalizados/não institucionalizados) de acordo com as variáveis sociodemográficas, tais como a idade, género, escolaridade... Num segundo momento irá ser exposta a caracterização somente das variáveis relacionadas com a institucionalização presentes unicamente no grupo de idosos institucionalizados.

Para que se tornasse viável participaram neste estudo 50 idosos em regime de internato residentes em três instituições/lares distintos situados no Distrito de Castelo Branco, assim como 50 idosos que não se encontram fora do seu ambiente familiar ou

residência própria, também eles provenientes do mesmo distrito, prescrevendo um n total de 100 sujeitos.

Os participantes têm idades compreendidas entre os 65 e 95 anos, sendo a média de idades de $\bar{x}=81.27$ com um desvio padrão igual a 7.76, torna-se relevante enfatizar a diferença encontrada entre as mesmas. Nos idosos institucionalizados a média da mesma variável foi $\bar{x}=84.00$, ao passo que na amostra de idosos não institucionalizados apresentou uma média de $\bar{x}=78.50$, os quais responderam validamente aos questionários aplicados.

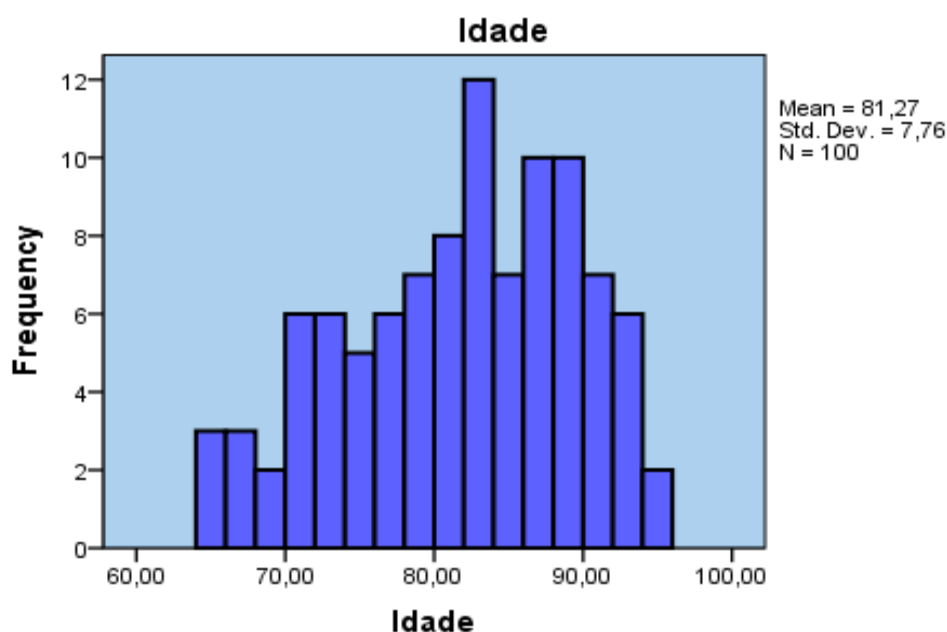


Figura 4. Histograma relativo à idade da amostra (N=100).

Da avaliação demográfica da nossa amostra, como se pode conferir na Tabela 1 e 2, pode ser observado o seguinte:

Dos 100 participantes (amostra total), pode referir-se que 54 são do sexo feminino e 46 do sexo masculino o que corresponde a uma percentagem de 54% e 46% respetivamente. A amostra institucionalizada é constituída maioritariamente por sujeitos do género feminino (54%), o mesmo sucede com a amostra não institucionalizada (54%).

Em relação ao estado civil, verificou-se que a amostra total é constituída por indivíduos maioritariamente viúvos (44%) e casados (43%). Realçando-se na amostra institucionalizado maior percentagem de viúvos com 62% e nos participantes não institucionalizados de casados com 60%.

Aquando a avaliação dos dados provindos da variável escolaridade, pode averiguar-se que o maior valor percentual corresponde ao ensino primário (62%) quer na amostra geral quer dos grupos (institucionalizados com 54% e não institucionalizados com 70%), seguindo-se o analfabetismo com 25%, 34% e 16% respetivamente.

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica da amostra (N=100)

			n (%)
Género	Amostra Geral	Masculino	46 (46%)
		Feminino	54 (54%)
	Institucionalizados	Masculino	23 (46%)
		Feminino	27 (54%)
	Não Institucionalizados	Masculino	23 (46%)
		Feminino	27 (54%)
Institucionalização			
		Sim	50 (50%)
		Não	50 (50%)
Estado Civil			
	Amostra Geral	Solteiro(a)	8 (8%)
		Casado(a)/União de facto	43 (43%)
		Divorciado(a)	5 (5%)
		Viúvo(a)	44 (44%)
	Institucionalizados	Solteiro(a)	4 (8%)
		Casado(a)/União de facto	13 (26%)
		Divorciado(a)	2 (4%)
		Viúvo(a)	31 (62%)
	Não Institucionalizados	Solteiro(a)	4 (8%)
		Casado(a)/União de facto	30 (60%)
		Divorciado(a)	3 (6%)
		Viúvo(a)	13 (26%)
Escolaridade			
	Amostra Geral	Analfabeto(a)	25 (25%)
		Sabe ler e escrever	11 (11%)
		Ensino primário	62 (62%)
		Ensino secundário	1 (1%)
		Curso superior	1 (1%)
	Institucionalizados	Analfabeto(a)	17 (34%)
		Sabe ler e escrever	5 (10%)
		Ensino primário	27 (54%)
		Ensino secundário	1 (2%)
		Curso superior	0 (0%)
	Não Institucionalizados	Analfabeto(a)	8 (16%)
		Sabe ler e escrever	6 (12%)
		Ensino primário	35 (70%)
		Ensino secundário	0 (0%)
		Curso superior	1 (2%)

No que concerne à percepção que cada idoso detém da sua situação económica, parece prevalecer uma resposta unanime, a “média” na amostra geral 62%, no grupo institucionalizado (58%) e similarmente no grupo não institucionalizado (66%). No que diz respeito à percepção da saúde as respostas revelaram-se mais heterogéneas em todos os sub-grupos, sendo mais prevalente a resposta “muito má” (32%), logo seguida pela resposta “nem boa nem má” (30%) e muito próxima também a resposta “boa” (28%).

Particularmente falando sobre o sentimento de solidão, de um ponto de vista global, os idosos referem sentir-se raramente sozinhos (29%) e similarmente algumas vezes (29%). De modo semelhante, na amostra presente em instituições verifica-se uma maior percentagem de idosos que mencionam sentir-se algumas vezes sozinhos (32%), divulgando-se diferente da amostra não institucionalizada, na qual a resposta mais prevalente foi “raramente” (40%).

Na sua grande maioria os idosos não praticam nenhuma atividade, quer física, quer cultural. No entanto quando analisamos percentagens de ambos os grupos, apercebemo-nos que os idosos institucionalizados (44%) realizam mais atividades que os idosos não institucionalizados (38%).

Tabela 2. Caracterização sociodemográfica da amostra (N=100)

Situação económica		n (%)
Amostra Geral	Má	23 (23%)
	Média	62 (62%)
	Boa	15 (15%)
Institucionalizados	Má	13 (26%)
	Média	29 (58%)
	Boa	8 (16%)
Não Institucionalizados	Má	10 (20%)
	Média	33 (66%)
	Boa	7 (14%)
Sentimento de solidão		
Amostra Geral	Sempre	3(3%)
	Muitas vezes	15 (15%)
	Algumas vezes	29 (29%)
	Raramente	29(29%)
	Nunca	24 (24%)
Institucionalizados	Sempre	3 (6%)
	Muitas vezes	10 (20%)
	Algumas vezes	16 (32%)
	Raramente	9 (18%)
	Nunca	12 (24%)
Não Institucionalizados	Sempre	0 (0%)
	Muitas vezes	5 (10%)
	Algumas vezes	13 (26%)
	Raramente	20 (40%)
	Nunca	12 (24%)
Praticar atividade		
Amostra Geral	Não	59 (59%)
	Física	21(21%)
	Cultural	20 (20%)
Institucionalizados	Não	28 (56%)
	Física	7 (14%)
	Cultural	15 (30%)
Não Institucionalizados	Não	31 (62%)
	Física	14 (28%)
	Cultural	5 (10%)
Considera a saúde		
Amostra Geral	Má	10 (10%)
	Muito má	32 (32%)
	Nem boa nem má	30 (30%)
	Boa	28 (28%)
	Muito boa	0 (0%)

Depressão e Ansiedade em idosos institucionalizados e não institucionalizados
Valorizar o envelhecimento

Institucionalizados	Má	6 (12%)
	Muito má	17 (34%)
	Nem boa nem má	12 (24%)
	Boa	15 (30%)
	Muito boa	0 (0%)
Não Institucionalizados	Má	4 (8%)
	Muito má	15 (30%)
	Nem boa nem má	18 (36%)
	Boa	13 (26%)
	Muito boa	0 (0%)

De modo a tornar mais perceptível e clara a nossa amostra, achou-se pertinente abordar as características somente presentes na amostra institucionalizada. Inicialmente é apresentado um gráfico no qual se pode visualizar a proveniência de idosos de cada instituição e seguidamente uma Tabela (3), na qual é passível de se observar que grande parte dos sujeitos foi para as instituições através dos seus familiares (27%), sendo que 44% afirma gostar das mesmas, resultando somente 6% de idosos insatisfeitos.

Quanto ao tempo de internamento, os participantes encontravam-se maioritariamente sob essa condição há menos de dois anos (36%), sendo a maioria visitados de uma a dez vezes por mês (34%).

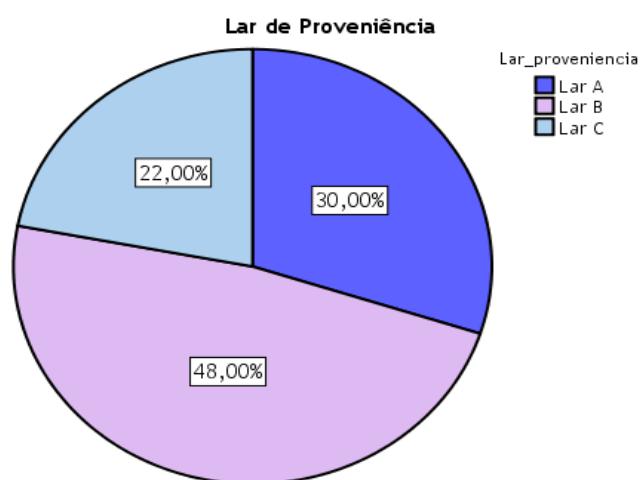


Figura 5. Gráfico circular elucidativo sobre a distribuição percentual de idosos provenientes de cada instituição (N=50).

De salientar que a instituição A e C são de cariz público, o que corresponde a uma percentagem de 52% ao passo que a instituição B é de cariz privado.

Tabela 3. Características sociodemográficas da amostra institucionalizada (N=50)

		n (%)
Razão da institucionalização	Iniciativa própria	20 (20%)
	Trazido por amigos	1 (1%)
	Trazido por familiares	27 (27%)
	Trazido por técnicos	2 (2%)
Gostar da instituição	Sim	44 (44%)
	Não	6 (6%)
Regularidade de visitas	1-10 Vezes/mês	34 (34%)
	11-20 Vezes/mês	7 (7%)
	21-30 Vezes/ mês	6 (6%)
	Nunca	3 (3%)
Tempo de Internamento	1-24 meses	36(36%)
	25-48 meses	8(8%)
	49-72 meses	3 (3%)
	97-120 meses	2 (2%)
	145-160 meses	1 (1%)

2.3. Instrumentos

Após a realização de uma ponderada pesquisa, uma vez que a recolha de dados se anuncia como uma etapa fundamental nos trabalhos de investigação, exigindo a elaboração e seleção de instrumentos devidamente adequados, foram apurados dois questionários de auto-resposta que se revelaram pertinentes e apropriados para recolher a informação respeitante aos objetivos e investigação propostos. Todavia, esta opção também se prendeu com questões de economia de tempo e recursos materiais.

Os instrumentos de colheita de dados cumpriram todos os requisitos impostos pelo código de ética, nomeadamente, a garantia de confidencialidade e anonimato dos participantes e das instituições envolvidas, assim como o consentimento informado, notabilizando-se a descrição pormenorizada a cada sujeito do cariz e objetivo do estudo. Optou-se por não colocar em anexo nenhum dos instrumentos/questionários preenchidos, para não possibilitar a identificação de nenhum membro da amostra, uma vez que todos os participantes tiveram de assinar o consentimento informado. O mesmo foi escolhido no que respeita à GDS e BAI, de modo a prevenir a divulgação dos instrumentos, algo que se torna cada vez mais carenciado desse cuidado.

Para tal, recorreu-se a:

→ **Questionário sociodemográfico**, construído de forma a abarcar questões de índole mais pessoal e dados demográficos sobre os participantes (idade, estatuto socioeconómico, género, estado civil, valor da reforma, escolaridade, número de filhos...), bem como algumas questões relacionadas com a institucionalização, contendo perguntas como: de quem partiu a iniciativa para o internamento na instituição, o tempo de internamento, se gosta ou não da instituição, regularidade de visitas, entre outras.

Este questionário ficou assim, composto no total por 15 perguntas de resposta rápida, direta e simples. (conferir Anexo 1)

→ **Escala de Depressão Geriátrica (GDS)** para avaliar a sintomatologia depressiva.

A versão original com 30 itens adveio de Brink, Yesavage, Lum, Heersema, Huang, Rose, Adey, & Leirer, 1982, sendo que em 2009 foi traduzida e aferida para a população portuguesa por Pocinho, Farate, Dias, Lee & Yesavage, na qual foram excluídos os itens 27, 29 e 30, por não refletirem boa consistência interna (Pocinho, Farate, Dias, Lee & Yesavage, 2009).

A GDS foi até agora traduzida e adaptada para 26 idiomas, incluindo Brasileira (Zilenovski, 1991), italiano (Ferrario et al., 1990) e Espanhol (Perlado, 1987; González, 1988; González & Szurek, 1990; Montorio & Izal, 1993). Na sua validação e adaptação para Portugal, foram realizados trabalhos de campo, no sentido de assegurar uma melhor representatividade da amostra, vindo a ser selecionada a Zona do Alentejo devido à elevada taxa de suicídio entre os idosos, concebendo-se como um dos locais com índice de suicídio mais elevado da Europa (Pocinho, Farate, Dias, Lee & Yesavage, 2009).

Esta escala subsiste assim, numa ferramenta de avaliação de auto-relato e a única concebida e desenvolvida especificamente para a população geriátrica (Sharp & Lipsky, 2002), tornando-se no instrumento mais utilizado por investigadores e clínicos no diagnóstico da depressão. Compreende 27 questões com respostas são dicotómicas (sim/não), e ao contrário de outras escalas de depressão, a GDS não engloba questões relacionadas com queixas somáticas que poderão colocar em causa a validade, uma vez que podem refletir ambiguidade (Medeiros, 2010).

Apresenta excelentes propriedades psicométricas, sendo vários os estudos que confirmam a sua validade, confiabilidade (0,94) e estabilidade. Yesavage et al. (1983) descreveram a consistência interna de (alfa de Cronbach) para GDS de 0,94. Sendo o mesmo para a validação para a população Portuguesa de 0,90 (Pocinho, Farate, Dias, Lee & Yesavage, 2009).

A sua cotação varia de 0 a 27 pontos o que corresponde ao número total de sintomas depressivos, sendo definido como ponto de corte o número 11, em que de 0 a 10 corresponde a ausência de sintomas depressivos e entre 11 e 27 pontos denota a presença de sintomatologia depressiva (Pocinho, Farate, Dias, Lee & Yesavage, 2009). De referir que cada resposta negativa ao item 1, 5, 7, 9, 15, 19 e 21 corresponde a um ponto, e cada resposta afirmativa (sim) aos itens 2,3,4,6,8,10,11,12, 13,14,16,17,18,20,22,23,24,25,26e 28, equivale igualmente a um ponto.

→ **Inventário de Ansiedade de Beck (BAI)**, traduzido, aferido e adaptado para a população portuguesa por Pinto Gouveia e Lúcia Fonseca em 1995, avalia a sintomatologia de ansiedade.

Optámos pelo BAI uma vez que os itens descrevem os sintomas emocionais, fisiológicos e cognitivos de ansiedade, mas não de depressão, podendo-se discriminar ansiedade de depressão (Leyfer, Ruberg & Borden, 2006). O mesmo exige somente um nível básico de leitura, pode ser aplicado a pessoas com deficiência intelectual, e pode ser

concluído em 5 - 10 minutos, utilizando o formulário de papel pré-impresso e um lápis (Cunha, 2001).

Este instrumento de avaliação usufrui de boas propriedades psicométricas, prevalecendo uma consistência interna (alpha de Cronbach) de 0,92 e confiabilidade é 0,75. Pode ser usado para avaliar e estabelecer um nível de ansiedade de linha de base, como auxiliar no diagnóstico; para detetar a eficácia de tratamento à medida que progride, e igualmente, como uma medida do resultado de pós-tratamento. Outras vantagens do BAI residem no facto de ser de rápida e fácil administração, a discriminação entre os sintomas de ansiedade e depressão, a capacidade de destacar a conexão entre mente e corpo para aqueles que procuram ajuda para reduzir a sua ansiedade e validade comprovada através das línguas, culturas e idade (Cunha, 2001).

O inventário de ansiedade de Beck, inicialmente construído como o próprio nome indica por Beck e colaboradores em 1988, é composto por 21 itens, com alternativas de respostas que variam numa escala de Likert de três pontos, em que 0 corresponde a “Nuca”, 1 “Ocasionalmente”, 2 “Frequentemente” e 3 “Quase sempre”. A pontuação total para os itens pode variar entre 0 a 63 pontos, sendo a classificação recomendada para o nível de ansiedade como: 0-10 pontos interpretado como ansiedade mínima; 11-19 pontos como ansiedade leve; 20-30 pontos como ansiedade moderada e 31-63 pontos como ansiedade grave (Vivan & Argimon, 2009; Cunha, 2001).

2.3.1. Descrição e Fiabilidade dos instrumentos

Perante a nossa amostra e estudo, os instrumentos Geriatric Depression Scale e Beck Anxiety Inventory apresentaram segundo a literatura uma fiabilidade muito boa, detendo o alpha de Cronbach valores entre 0.8 e 0.9, como se pode conferir na tabela seguinte.

Tabela 4. Alpha de Croanbach para a GDS e BAI (N=100)

Instrumentos	Número de itens	Alfa de Cronbach (α)
GDS	27	.839
BAI	21	.825

Reportando-nos à descrição dos instrumentos empregues na presente investigação, podemos constatar que para a GDS:

- A média na amostra geral situa-se em $\bar{x}=10.79$ (DP=5.68), sendo a mediana 10.00 e a moda 6.00. O mínimo observado foi de 0 pontos e o máximo 21 pontos, num total de 27 pontos.
- Na amostra institucionalizada verificou-se uma média de $\bar{x}=12.66$ (DP=5.43), prevalecendo uma mediana de 13.00 e uma moda de 20.00. O valor mínimo obtido foi 3 pontos, ao passo que o valor máximo obtido foi 21.00.

- Nos participantes não institucionalizados, a GDS revelou uma média de $\bar{x}=8.92$ (5.33), com uma mediana igual a 8.00 e moda de 4.00. O valor mínimo observado foi 0 pontos, e o máximo de 21 pontos.

Para o BAI, verificou-se que:

- A média na amostra geral corresponde a $\bar{x}=13.02$ (DP=7.86), sendo a mediana 12.50 e a moda 5.00. O mínimo situa-se nos 0 pontos e o máximo 34 pontos, num total de 63 pontos.
- Remetendo para a amostra institucionalizada, a média observada foi de $\bar{x}=14.94$ (DP=8.40), a mediana 14.50 e moda 5.00. O mínimo foi de 00 e máximo 34.00.
- No que respeita à amostra não institucionalizada, a média é $\bar{x}=11.10$ (DP= 6.84), a mediana 11.00 e moda 5.00. O mínimo identificado foi 0 e o máximo 33.

A fim de analisar a normalidade da distribuição, como já referido anteriormente recorreremos ao KS, pelo que os resultados são apresentados na seguinte tabela:

Tabela 5. Resultados obtidos no Kolmogorov-Smirnov para a distribuição da nossa amostra (N=100).

		<i>Ks</i>
Amostra Geral (N=100)	GDS_total	.010
	BAI_total	.160
Amostra institucionalizada (N=50)	GDS_total	.200
	BAI_total	.200
Amostra não institucionalizada (N=50)	GDS_total	.111
	BAI_total	.200

A não rejeição da hipótese nula (H_0) pressupõe que a variável siga uma distribuição normal e por sua vez, a rejeição de H_0 subentende que a variável não siga uma distribuição normal. A rejeição ou não rejeição depende do valor de probabilidade de significância (P_{valor}), sendo que, a não rejeição de H_0 terá de apresentar p_{valor} igual ou superior a 0.05, enquanto que para rejeição de H_0 , o p_{valor} deve ser inferior a 0.05 (Pallant, 2011).

Desta forma, constatou-se que para a amostra geral teríamos de implementar testes paramétricos ($Ks > 0.05$) para a variável instrumento Bai_total e não paramétricos para a variável GDS_total ($Ks < 0.05$). Para os grupos de institucionalizados e não institucionalizados, apenas se recorreu a testes paramétricos uma vez que ambos seguem uma distribuição normal.

2.4. Procedimentos

Primordialmente, e indispensavelmente esta investigação incidiu sobre uma breve revisão da literatura, cujo objetivo era verificar o que já teria sido contemplado em estudos aplicados neste âmbito e quais as carências atuais. Pelo que apesar de já existirem estudos, verificou-se uma necessidade acrescida de se alertar para a problemática também ela presente em instituições, tentando relacionar com variáveis que vulnerabilizam o idoso para desenvolver ansiedade e depressão, assim como, analisar qual a ligação entre ansiedade e depressão nesta população. Rapidamente, se suscitou uma questão, “se realmente a temática tem sido estudada, porque parecem continuar a aumentar os índices de patologia nos idosos?”.

Seguidamente tentou estabelecer-se e clarificar os principais objetivos do estudo, bem como instrumentos a serem utilizados, diligenciando obter autorização por parte dos autores que fizeram a sua adaptação para a população Portuguesa. Após estruturados, procedeu-se a uma revisão do estado da arte, procurando uma perspectiva integradora, concisa, estruturada e científica do tema selecionado.

Numa fase posterior formulou-se o consentimento informado no qual se encontram explícitos os objetivos e fins do nosso estudo, promovendo uma melhor compreensão aos sujeitos da amostra. (conferir Anexo 2)

Visando a recolha dos dados, foi estabelecido um primeiro contacto com as instituições, inicialmente informal, no qual nos deslocamos a cada uma das instituições para explicar a finalidade da investigação e questionar a possibilidade de recolher os dados nas mesmas. E mais tarde formalmente, no qual se procedeu à autorização/consentimento escrito, devidamente identificado pela universidade da Beira Interior e respetivo orientador. (conferir Anexo 3)

Em seguida, estruturou-se o questionário sociodemográfico contabilizando as características da amostra (lentificação, fluência verbal, menor capacidade de atenção, compreensão diminuída, escolaridade esperada...), adaptando e simplificando as questões, assim como o número das mesmas, de forma a garantir a compreensão das perguntas e assim a sua validade. Contemplou-se e preparou-se o protocolo de recolha de dados, redigindo um possível cronograma.

Depois de concluídas as tarefas descritas, partimos para o trabalho de campo, ou seja, a recolha de dados. De referir que inicialmente só estava previsto deslocarmo-nos exclusivamente a uma instituição, todavia devido à carência de idosos do género masculino revelou-se necessário recorrer a mais duas instituições. Todas as recolhas tiveram início com a explicação quer oral quer escrita dos objetivos do estudo a cada idoso, assim como, com a assinatura do consentimento informado, dedicando alguns minutos para esclarecimento de possíveis dúvidas sobre os mesmos. Importa mencionar que na sua totalidade, os instrumentos foram aplicados individualmente e de forma oral para facilitar a relação interpessoal entre o investigador e os participantes, assim como, alargar a margem de confiança e tornar mais simples a aplicação dos mesmos. Cada aplicação do protocolo (conjunto dos três instrumentos

de avaliação) teve a duração de aproximadamente 30 minutos, sendo que em todos os momentos foram respeitados e salvaguardados os direitos e confidencialidade dos nossos participantes, contabilizando-se os deveres éticos no percurso desta recolha.

Após reunidos todos os dados necessários, introduziram-se no programa de análise de dados quantitativos, o SPSS, e trataram-se os mesmos de acordo com os testes mais indicados.

Por último, expuseram-se os resultados obtidos, comparando-os e interpretando-os de acordo com a literatura. Finalizando com uma conclusão na qual são englobadas não só aplicabilidades do estudo como as limitações implícitas ao mesmo.

2.5. Análise estatística

No que acometa a esta análise, são possíveis identificar dois momentos diferentes. Primeiramente foi realizada estatística descritiva, designadamente no que respeita à descrição e caracterização da amostra do presente estudo, notabilizando as variáveis sociodemográficas as quais são expressos de acordo com as medidas de tendência central, tais como média, medidas de dispersão como o desvio padrão (DP), recorrendo-se ainda a frequências absolutas e relativas.

Posteriormente partimos para a estatística inferencial no qual foram efetuados diferentes testes que nos permitem retirar conclusões acerca da população-alvo (Martins, 2011). Iniciou-se com o cálculo do coeficiente de alfa de Cronbach para avaliar a consistência interna dos nossos instrumentos (Maroco, 2007), o qual pode variar entre 0 e 1, sendo que os valores abaixo de 0.6 são considerados inadmissíveis, entre 0.6 e 0.7 a consistência é designada razoável, entre 0.7 e 0.8 é considerada boa, entre 0.8 e 0.9 a consistência interna admitida como muito boa, por último valores acima de 0.9 são avaliados como uma consistência excelente (Pallant, 2007). Mais tarde e com a finalidade de analisar a normalidade e distribuição da nossa amostra, foi aplicado o Teste de Kolmogorov-Smirnov, podendo a escolha incidir sobre testes de natureza não paramétrica (distribuições que não seguem a normalidade) ou de natureza paramétrica (distribuições que seguem a normalidade).

Após completa esta análise e com o objetivo de comparar as médias obtidas nos instrumentos e as variáveis sociodemográficos das pessoas idosas, recorreu-se ao Teste t-student, sendo que o mesmo ambiciona verificar se existe diferenças estatisticamente significativas entre as médias de dois grupos independentes. Para comparação de médias de mais de dois grupos, utilizou-se a ANOVA (análise de variância) (Martins, 2011).

Quando a amostra não seguia uma distribuição normal, empregou-se o Mann Whitney como alternativa não paramétrica ao t-student e o Kruskai-Wallis à ANOVA.

O último procedimento incidiu sobre o cálculo do coeficiente de correlação de Pearson (r) para distribuições normais ou de Spearman (r_s) quando não seguiam distribuição

normal, uma vez que os mesmos permitem avaliar o grau de associação entre variáveis quantitativas (Maroco, 2007). Considerando a nomenclatura proposta na literatura, uma correlação fraca encontra-se entre os valores 0 e 0,3; uma associação moderada entre 0,3 e 0,7; entre 0,7 e 1 a associação é tida como forte e por fim, uma associação perfeita é quando o valor obtido é um (Murteira, 1993).

Capítulo III. Apresentação dos Resultados

Este capítulo diz respeito à comunicação dos resultados apontados nesta investigação. Irá iniciar-se com a apresentação de alguns dados mais descritivos no que respeita a nossa amostra e seguidamente prossegue com a exposição dos resultados para cada uma das hipóteses definidas.

Todos os dados foram tratados no programa SPSS (Statistical Package the Social Sciences) versão 21.0 que incide sobre a organização e análise estatística de dados, no qual são considerados estatisticamente significativos os testes com probabilidades associadas inferiores ou iguais a 0.05, adotando-se um intervalo de confiança de 95%.

3.1. Análise descritiva

Precedentemente à exposição dos resultados da estatística inferencial por hipóteses achou-se pertinente contemplar a presença ou não de depressão e ansiedade na nossa amostra geral, somente institucionalizada e não institucionalizada. Sendo possível identificar, 48 dos 100 idosos com depressão (pontuação superior a 11) na amostra geral, 31 (62%) dos 50 idosos com depressão na amostra institucionalizada e ainda 17 (34%) dos 50 idosos com presença de depressão nos participantes não institucionalizados.

Relativamente à média dos três grupos avaliados, o grupo de idosos em instituições é quem apresenta a média mais elevada com $\bar{x}=12.66$, que por sua vez é a única que se encontra acima do ponto de corte para a GDS (11 pontos), o que confere a presença de níveis de depressão. (cf. Tabela 6)

Tabela 6. Estatística descritiva relativa à presença de depressão na amostra (N=100).

	GDS	n (%)	Média
Amostra Geral (N=100)	Com depressão	48 (48%)	10.79
	Sem depressão	52 (52%)	
Institucionalizados (N=50)	Com depressão	31 (62%)	12.66
	Sem depressão	19 (38%)	
Não Institucionalizados (N=50)	Com depressão	17 (34%)	8.92
	Sem depressão	33 (66%)	

Ao observar as percentagens obtidas no BAI, torna-se evidente que na amostra geral existe um maior número de idosos com ansiedade leve (pontuação entre 11 e 19 pontos) com 36%, seguindo-se a ansiedade mínima (pontuação que varia entre 0 e 10 pontos) com 29%. O mesmo se verifica na amostra de idosos institucionalizados e não institucionalizados, cujo

valor percentual é 36% e 50% respetivamente, seguindo-se a ansiedade mínima com 34% e 46%.

Aquando a análise das médias obtidas no BAI, pode verificar-se que são novamente os participantes institucionalizados quem pontua mais alto, com uma média de $\bar{x}=14.94$, que se situa na categoria de ansiedade leve (11 a 19 pontos). (Cf. Tabela 7)

Tabela 7. Estatística descritiva respeitante à presença de ansiedade na amostra (N=100).

	BAI	n (%)	Média
Amostra Geral (N=100)	Ansiedade mínima	40 (40%)	13.02
	Ansiedade leve	43 (43%)	
	Ansiedade moderada	15 (15%)	
	Ansiedade grave	2 (2%)	
Institucionalizados (N=50)	Ansiedade mínima	17(34%)	14.94
	Ansiedade leve	18 (36%)	
	Ansiedade moderada	14(28%)	
	Ansiedade grave	1 (1%)	
Não Institucionalizados (N=50)	Ansiedade mínima	23 (46%)	11.10
	Ansiedade leve	25 (50%)	
	Ansiedade moderada	1 (2%)	
	Ansiedade grave	1 (2%)	

3.2. Sintomatologia depressiva e ansiógena e variáveis sociodemográficas

Antes de qualquer resultado por hipótese, deve esclarecer-se que quando falamos de sintomatologia depressiva (GDS_total) ou sintomatologia ansiógena (BAI_total), reportamo-nos a uma nova variável criada após inseridos todos os dados no SPSS e somados os itens de cada questionário (GDS e BAI) para que assim, se conferisse uma pontuação total.

H1: Os níveis de depressão são mais elevados em idosos do sexo feminino e com menor escolaridade.

Relativamente ao género, nomeadamente à comparação da tendência central da sintomatologia depressiva, os resultados indicam que existem diferenças estatisticamente significativas ($u= 914.50$, $p=.023$), e assim podemos concluir que não se rejeita a hipótese formulada. Quando analisadas as pontuações médias em virtude do mesmo, verifica-se que os idosos de género feminino referem maiores níveis de sintomatologia depressiva ($M=56.56$) em relação aos idosos do género masculino ($M=43.38$) (cf. Tabela 8).

Tabela 8. Apresentação dos resultados obtidos, através do teste mann-witney para a sintomatologia depressiva (GDS total), segundo a variável género (N=100).

	Feminino (n=54)	Masculino (n=46)		
	Ordem Média	Ordem Média	U	p
GDS_Total	56.56	43.38	914.500	.023*

Nota de probabilidade: *p<0.05 **p<0.01 ***p<0.001

No que concerne aos idosos com diferentes graus de escolaridade, as diferenças não são estatisticamente significativas ao nível da sintomatologia depressiva $X^2(4) = 6.443$, $p = .168$ (cf. Tabela 9), o que permite inferir que a hipótese para a escolaridade é rejeitada.

Tabela 9. Resultados relativos ao teste Kruskai-Wallis para a sintomatologia depressiva (GDS total) segundo a variável escolaridade (N=100).

	n	Média ± DP	Ordem média	GDS_Total		
				X^2	df	p
Escolaridade				6.443	4	.168
Analfabeto	25	11.40 ± 6.12	53.46			
Sabe ler e escrever	11	13.64 ± 5.77	64.41			
Ensino primário	62	10.13 ± 5.35	47.30			
Ensino secundário	1	14.00	68.60			
Curso superior	1	2.00	4.50			
Total	100	10.79 ± 5.68	-			

Nota de probabilidade: *p<0.05 **p<0.01 ***p<0.001

H2: Os níveis de ansiedade são mais elevados em idosos do sexo feminino e com menor escolaridade.

No que diz respeito às diferenças observadas entre géneros, os resultados que remetem para a comparação de médias de sintomatologia ansiógena, indicam que as diferenças não são estatisticamente significativas, $t(98) = -1.019$, $p = .311$ (cf. Tabela 10), assim a hipótese é rejeitada.

Tabela 10. Resultados obtidos no t-student para a comparação de médias de sintomas de ansiedade entre diferentes géneros (N=100).

	Feminino (n=54)	Masculino (n=46)			
	Média (DP)	Média (DP)	t	Df	p
BAI_Total	13.76 (7.21)	12.15 (8.56)	-1.019	98	.311

Nota de probabilidade: *p<0.05 **p<0.01 ***p<0.001

Situação que similarmente se repete nos resultados da comparação de médias para a sintomatologia ansiógena em idosos com diferentes graus de escolaridade, na qual não se verificam diferenças estatisticamente significativas, $F(4) = 115.02$, $p = .112$ (cf. Tabela 11), assumindo-se também a rejeição desta hipótese.

Tabela 11. Resultados da ANOVA, para comparação de médias da sintomatologia ansiógena (BAI total) segundo a variável escolaridade (N=100).

	N	Média ± DP	BAI_total		
			df	F	p
Escolaridade			4	115.02	.112
Analfabeto	25	13.80 ± 9.09			
Sabe ler e escrever	11	17.91 ± 9.81			
Ensino primário	62	11.87 ± 6.67			
Ensino secundário	1	5.00			
Curso superior	1	19.00			
Total	100	13.02 ± 7.86			

Nota de probabilidade: * $p < 0.05$ ** $p < 0.01$ *** $p < 0.001$

H3: Os níveis de depressão e ansiedade são mais elevados em grandes idosos quando comparados com pequenos idosos.

No que se refere à comparação dos níveis médios da sintomatologia depressiva para os pequenos (65 aos 74anos) e grandes idosos (+ de 74 anos), não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas na amostra geral, $u = 647.00$, $p = .187$, assim como, no grupo de idosos não institucionalizados, $t(48) = .877$, $p = .385$ (cf. Tabela 12), pelo que a hipótese colocada é rejeitada. O mesmo não se repete no grupo de idosos institucionalizados, uma vez que foram enfatizadas diferenças estatisticamente significativas, $t(48) = -2.287$, $p = .027$, pelo que ao analisar as pontuações médias obtidas, os idosos com idades superiores aos 74 anos relatam maiores níveis de depressão ($M = 13.22$; $DP = 5.28$) do que os idosos com idades compreendidas entre os 65 e os 74 anos ($M = 7.60$; $DP = 4.39$) (cf. Tabela 13). Conclui-se assim que a hipótese nos idosos institucionalizados não é rejeitada.

Os resultados da comparação de médias da sintomatologia ansiógena para os pequenos e grandes idosos, demonstram a inexistência de diferenças estatisticamente significativas tanto para amostra geral, $t(98) = -.424$, $p = .672$, como para a amostra de idosos residentes em instituições, $t(48) = -1.577$, $p = .121$ e para a amostra de pessoas idosas não institucionalizadas, $t(48) = .877$, $p = .132$, rejeitando-se a hipótese para todos os grupos (cf. Tabela 12).

Tabela 12. Comparação dos níveis médios de sintomatologia depressiva (GDS_total) e ansiógena (BAI total) entre em pequenos e grandes idosos (N=100).

<i>Estatística</i>			
	<i>de teste</i>	Df	p
GDS_Total	$u=647.000$	-	.187
BAI_Total	$t=-.424$	98	.672
GDS_total_Institucionalizados	$t=-2.287$	48	.027*
BAI_total_Institucionalizados	$t=-1.577$	48	.121
GDS_total_não institu.	$t=.877$	48	.385
BAI_total_não institu.	$t=1.532$	48	.132

Nota de probabilidade: * $p<0.05$ ** $p<0.01$ *** $p<0.001$

Tabela 13. Resultados descritivos para a sintomatologia depressiva e a variável idade (N=100).

Sig_Idade	GDS_Total		GDS_total_institucionalizados		GDS_total_não institu.	
	n	Média (DP)	n	Média (DP)	n	Média (DP)
Idade inferior a 74 anos	20	9.35 (4.93)	5	7.60 (4.39)	15	9.93 (5.11)
Idade superior ou igual a 74 anos	80	11.15 (5.82)	45	13.22 (5.28)	35	8.49 (5.44)

Tabela 14. Resultados descritivos da sintomatologia ansiógena em função da variável idade.

Sig_Idade	BAI_Total		BAI_total_institucionalizados		BAI_total_não institu.	
	n	Média (DP)	n	Média (DP)	n	Média (DP)
Idade inferior a 74 anos	20	12.35 (7.57)	5	9.40 (9.42)	15	13.33 (6.95)
Idade superior ou igual a 74 anos	80	13.19 (7.97)	45	15.56 (0.17)	35	10.14 (6.66)

H4: Maiores níveis de depressão e ansiedade em idosos institucionalizados encontram-se relacionados com idades mais avançadas.

A leitura da Tabela 15 permite-nos averiguar a existência de correlações estatisticamente significativas entre os valores obtidos na GDS e no BAI com a idade ($r=.310$, $p=.029$) e ($r=.384$, $p=.006$) respetivamente, assumindo-se a não rejeição desta hipótese. Quanto à natureza da associação, considera-se que são positivas e fracas, constatando-se assim, que à medida que a idade aumenta, os níveis de depressão e ansiedade nos idosos institucionalizados tendem a aumentar simultaneamente (cf. Tabela 15).

Tabela 15. Coeficiente de correlação de Pearson para associação entre sintomatologia depressiva (GDS) e ansiógena (BAI) e a idade (N=100).

	<i>r</i>	<i>P</i>
Coefficiente de Pearson entre GDS_Total_institu. e Idade	.310	.029*
Coefficiente de Pearson entre BAI_Total_institu. e Idade	.384	.006**

Nota de probabilidade: * $p<0.05$ ** $p<0.01$ *** $p<0.001$

H5: Idosos com estatuto socioeconómico mais baixo apresentam maiores níveis de depressão e ansiedade, do que idosos com estatuto socioeconómico mais elevado.

Quanto à comparação de médias e ordens médias de sintomatologia depressiva e de ansiedade, para os diferentes estatutos socioeconómicos, são evidenciadas diferenças estatisticamente significativas, $F(2) = 3.705$, $p=.028$ e $X^2(2) = 9.502$, $p=.009$ respetivamente, o que possibilita a não rejeição da nossa hipótese (cf. Tabela 16).

Ao incidirmos sobre as pontuações médias alcançadas, torna-se claro que são os idosos que classificam a sua situação socioeconómica como “má” ($M= 13.56$; $DP=5.69$) que revelam maiores níveis de depressão, seguindo-se dos idosos que a qualificam como “média” ($M=10.45$; $DP=5.36$) e por último os idosos que assumem como “boa” ($M=7.94$; $DP=5.48$) (cf. Tabela 17).

Comumente, também são os idosos que consideram a sua situação socioeconómica como “má” ($M= 16.35$; $DP=8.52$) que evidenciam maiores níveis de ansiedade, seguidos pelos idosos que a referem como “média” ($M=12.60$; $DP=7.17$), sendo finalmente os idosos que consideram a situação como “boa” ($M= 9.66$; $DP=8.27$) (cf. Tabela 17). No entanto, o teste para comparação múltipla de médias (Post-Hoc) (cf. Tabela 18) e o gráfico error-bar (cf. Figura 6) permitem concluir que estas diferenças foram significativas apenas entre os grupos de idosos que classificaram a situação económica como “boa” e “má”.

Tabela 16. Resultados do teste ANOVA e Kruskai-wallis para a sintomatologia depressiva (GDS) e sintomatologia ansiógena (BAI), segundo o estatuto socioeconómico (N=100).

	<i>Estadística de teste</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
BAI_Total	$F = 3.705$	2	.028*
GDS_Total	$\chi^2 = 9.502$	-	.009**

Nota de probabilidade: * $p < 0.05$ ** $p < 0.01$ *** $p < 0.001$

Tabela 17. Resultados descritivos obtidos com recuso à ANOVA entre as variáveis GDS e BAI total com a variável estatuto socioeconómico (N=100).

Est. socioeconómico	GDS_Total			BAI_Total	
	n	Média (DP)	Ordem média	N	Média (DP)
Má	23	13.56 (5.69)	64.39	23	16.35 (8.52)
Média	62	10.45 (5.36)	48.98	62	12.60 (7.17)
Boa	15	7.94 (5.48)	35.47	15	9.66 (8.27)
Total	100	10.79 (5.68)		100	13.02 (7.86)

Tabela 18. Resultados do teste Post-Hoc de Tukey para a comparação múltipla de médias da variável BAI_Total e situação económica (N=100).

Sit_económica		BAI_total	
		Média	<i>p</i>
Má	Média	3,75105	,116
	Boa	6,68116	,027*
Média	Má	-3,75105	,116
	Boa	2,93011	,382
Boa	Má	-6,68116	,027*
	Média	-2,93011	,382

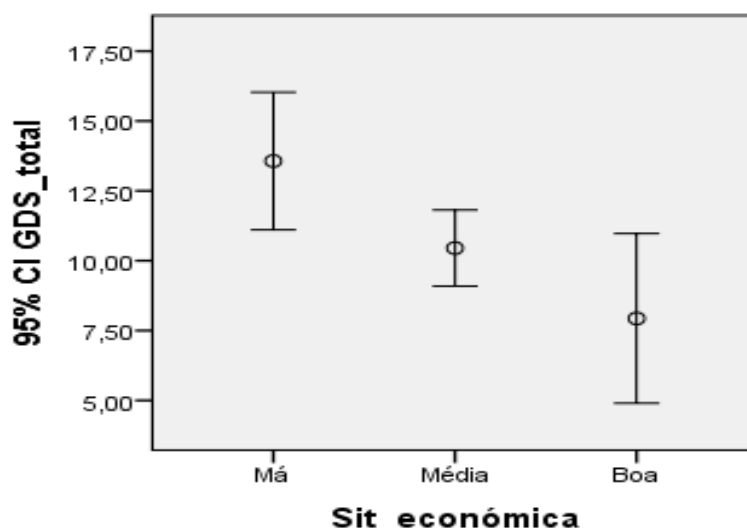


Figura 6. Gráfico Error Bar. Apresentação dos intervalos de confiança para a comparação múltipla de médias entre a variável GDS_total e a variável situação económica.

H6: Idosos que referem sentir-se sozinhos com maior frequência apresentam maiores níveis de ansiedade e depressão.

De acordo com os resultados obtidos na Tabela 19, pode observar-se que existem diferenças significativas para a comparação de médias da sintomatologia ansiógena com o sentimento de solidão. Diferenças estas, que se patenteiam na amostra total, $t(98) = 2.358$, $p = .00$, mas não se averiguam na amostra institucionalizada, $t(48) = 1.754$, $p = .086$ nem na amostra de idosos não institucionalizada, $t(48) = .651$, $p = .518$. Desta forma, não se rejeita a hipótese para a amostra geral, mas rejeita-se a mesma para os grupos de institucionalizados e não institucionalizados.

Analisando as médias obtidas na amostra geral ($M = 16.89$; $DP = 8.25$), pode afirmar-se que são os idosos que mencionam sentir-se com maior frequência sozinhos que pontuam mais alto, ou seja, que apresentam maior sintomatologia de ansiedade, em relação aos idosos que referem sentir-se com menor frequência sozinhos ($M = 12.17$; $DP = 7.57$) (cf. Tabela 20).

Tabela 19. Resultados obtidos no t-student para comparação de médias da ansiedade (BAI total) entre idosos que se sentem com maior e menor frequência sós. (N=100).

	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>P</i>
BAI_Total	2.358	98	.020*
BAI_Total_institucionalizados	1.754	48	.086
BAi_Total_não institucionalizados	.651	48	.518

Nota de probabilidade: * $p < 0.05$ ** $p < 0.01$ *** $p < 0.001$

Tabela 20. Resultados descritivos da sintomatologia ansiógena, segundo a variável sentimento de solidão (N=100).

Sentimento_solidão	BAI_Total		BAI_total Insitucionalizados		BAI_total Não Insitucionalizados	
	n	Média (DP)	n	Média (DP)	N	Média (DP)
Maior frequência	18	16.89 (8.25)	13	18.38 (7.30)	5	13.00 (10.17)
Menor frequência	82	12.17 (7.57)	37	13.73 (8.52)	45	10.89 (6.50)

No que diz respeito à para a comparação de tendências médias e médias para a sintomatologia depressiva e o sentimento de solidão, as diferenças são estatisticamente significativas para a amostra total $u=267.500$, $p=.000$, para a amostra institucionalizada $t(48) = 3.118$, $p=.003$ e similarmente para a amostra não institucionalizada $t(48) = 3.106$, $p=.003$ (cf. Tabela 21), não se rejeitando assim a hipótese formulada de acordo com os resultados obtidos. Os idosos que referem sentir-se com maior frequência sozinhos na amostra institucionalizada ($M=16.38$; $DP=4.94$) e na amostra não institucionalizada ($M=15.40$; $DP=5.59$) alcançam pontuações mais elevadas para a sintomatologia depressiva. O mesmo sucede quando analisamos a ordem média na amostra geral (76.64) (cf. tabela 22).

Tabela 21. Mann-whitney e T-student para comparação de níveis médios de sintomatologia depressiva (GDS total) segundo o sentimento de solidão (N=100).

	<i>Estatística de teste</i>	Df	<i>p</i>
GDS_Total	$u=267.500$	-	.000***
GDS_Total_institucionalizados	$t=3.118$	48	.003**
GDS_Total_não institucionalizados	$t=3.106$	48	.003**

Nota de probabilidade: * $p<0.05$ ** $p<0.01$ *** $p<0.001$

Tabela 22. Resultados descritivos da sintomatologia depressiva e sentimento de solidão (N=100).

Sentimento_solidão	GDS_Total		GDS_Total Institucionalizados		GDS_Total Não Insitucionalizados	
	n	Ordem média	n	Média (DP)	n	Média (DP)
Maior frequência	18	76.64	13	16.38 (4.94)	5	15.40 (5.59)
Menor frequência	82	44.76	37	11.35 (5.03)	45	8.20 (4.85)

H7: Existem diferenças significativas no que consta à sintomatologia depressiva e ansiógena perante diferentes estados civis.

No que acometa aos resultados sobre a comparação de ordens médias e médias da sintomatologia depressiva e ansiógena relativos aos idosos de diferentes estados civis, pode constatar-se que não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas na amostra total, $X^2 = 6.176$, $p = .103$ e $F(3) = .585$, $p = .627$, respetivamente. O mesmo foi visualizado na amostra não institucionalizada, sendo que para a depressão os resultados foram $F(3) = .659$, $p = .599$ e para a ansiedade, $F(3) = .537$, $p = .659$ (cf. Tabela 23). Estes dados permitem assim rejeitar a hipótese estabelecida.

Contudo, na amostra institucionalizada foram enunciadas diferenças estatisticamente significativas para a comparação de médias da sintomatologia depressiva, $F(3) = 3.034$, $p = .039$, assim como, para a sintomatologia ansiógena, $F(3) = 3.113$, $p = .035$, não se rejeitando a hipótese colocada perante este sub-grupo (cf. Tabela 24).

Ao observarmos a Tabela 25, podemos conferir que são os idosos casados ou em união de facto que pontuam mais alto para a sintomatologia ansiógena ($M = 18.54$; $DP = 9.46$), assim como para a sintomatologia depressiva ($M = 14.00$; $DP = 5.34$). Sucedendo-se os idosos viúvos com $M = 13.23$; $DP = 5.35$ e $M = 15.00$; $DP = 7.57$, respetivamente. Porém no teste Post-Hoc de Tukey para comparação múltipla de médias pode conferir-se que somente na sintomatologia ansiógena se verificam estatísticas significativas entre os idosos casados e solteiros (cf. Tabela 26).

Tabela 23. Comparação de médias através da ANOVA e do Kruskai-Wallis para a sintomatologia depressiva (GDS_total) e ansiógena (BAI_total) entre idosos de diferente estado civil (N=100).

	df	<i>Estatística de teste</i>	<i>p</i>
BAI_Total	3	$F = .585$.627
GDS_Total	3	$X^2 = 6.176$.103
GDS_Total_institucionalizados	3	$F = 3.034$.039*
BAI_Total_institucionalizados	3	$F = 3.113$.035*
GDS_Total_Não_Institu.	3	$F = .659$.599
BAI_Total_Não_Institu.	3	$F = .537$.659

Nota de probabilidade: * $p < 0.05$ ** $p < 0.01$ *** $p < 0.001$

Tabela 24. Resultados descritivos para a sintomatologia depressiva e ansiógena e o estado civil na amostra geral (N=100).

Estado_Civil	GDS_Total			BAI_Total	
	n	Média (DP)	Ordem média	n	Média (DP)
Solteiro	8	6.75 (4.03)	29.13	8	9.63 (5.88)
Casado/União de facto	43	10.84 (5.85)	51.12	43	13.46 (9.07)
Divorciado (a)	5	8.40 (2.61)	39.50	5	12.00 (3.81)
Viúvo(a)	44	11.75 (5.74)	55.03	44	13.32 (7.24)
Total	100	10.79 (5.68)	-	100	13.02 (7.86)

Tabela 25. Resultados descritivos para a sintomatologia depressiva (GDS) e ansiógena (BAI) e o estado civil na amostra institucionalizada e não institucionalizada (N=100).

Estado_Civil	GDS_Total_institu.		BAI_Total_institu		GDS_total Não instit.		BAI_total Não insitu.	
	n	Média (DP)	n	Média (DP)	n	Média (DP)	n	Média (DP)
Solteiro	4	7.25 (1.50)	4	5.50 (4.51)	4	6.25 (5.91)	4	13.75 (3.86)
Casado/União de facto	13	14.00 (5.34)	13	18.54 (9.46)	30	9.45 (5.60)	30	11.26 (8.11)
Divorciado (a)	2	6.00 (1.41)	2	9.50 (4.95)	3	10.00 (1.73)	3	13.67 (2.22)
Viúvo(a)	31	13.23 (5.35)	31	15.00 (7.57)	13	8.23 (5.23)	13	9.31 (4.46)
Total	50	12.66 (5.43)	50	14.94 (8.40)	50	8.92 (5.33)	50	11.10 (6.84)

Tabela 26. Resultados do test Post Hoc de Tukey para a comparação múltipla de médias.

Est._Civil		GDS_Total		BAI_Total	
		Média	p	Média	p
Solteiro	Casado/união	-6.75	-.112	-13.04	.029*
	Divorciado	1.25	.992	-4.00	.936
	Viúvo	-5.97	.140	-9.50	.122
	Solteiro	6.75	.112	13.04	.029*
Casado/União	Divorciado	8.00	.183	9.40	.443
	Viúvo	.774	.968	3.54	.534
	Solteiro	-1.25	.992	4.00	.936
Divorciado	Casado/união	-8.00	.183	-9.04	.443
	Viúvo	-7.23	.229	-5.50	.776
	Solteiro	5.98	.140	9.50	.122
Viúvo	Casado/união	-.774	.968	-3.54	.992
	Divorciado	7.23	.229	5.50	.140

H8: Idosos que praticam atividade quer física, quer cultural detém menores níveis de ansiedade e depressão do que idosos que não realizam nenhuma atividade.

Ao debruçarmo-nos sobre os resultados para comparação de tendências médias para sintomatologia depressiva em idosos que praticam ou não atividade, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas, $X^2 (2) = 1.252$, $p = .535$ (cf. Tabela 27). De igual forma, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas para a sintomatologia ansiógena, $F (2) = .613$, $p = .544$ (cf. Tabela 28). Deste modo, rejeita-se a hipótese colocada quer para a sintomatologia depressiva quer para a sintomatologia ansiógena.

Tabela 27. Resultados obtidos com o teste Kruskai-Wallis para comparação de níveis médios da sintomatologia depressiva (GDS) segundo e a variável atividade (N=100).

Atividade	n	Ordem	GDS_Total		
			X^2	Df	p
			1.252	2	.535
Não pratica	59	52.92			
Física	21	44.81			
Cultural	20	49.35			
Total	100	-			

Nota de probabilidade: * $p < 0.05$ ** $p < 0.01$ *** $p < 0.001$

Tabela 28. Resultados obtidos com o teste ANOVA para comparação dos níveis médios de ansiedade (BAI) segundo a variável atividade (N=100).

		BAI_total				
		n	Média (DP)	F	Df	p
Atividade				.613	2	.544
	Não pratica	59	13.74 (8.56)			
	Física	21	12.10 (6.55)			
	Cultural	20	11.85 (7.01)			
	Total	100	13.02(7.86)			

Nota de probabilidade: *p<0.05 **p<0.01 ***p<0.001

H9: Os níveis de depressão e ansiedade revelam-se mais elevados em idosos institucionalizados do que em idosos não institucionalizados.

Relativamente à comparação de ordens médias dos idosos institucionalizados e não institucionalizados, quanto à presença de sintomatologia depressiva, as diferenças anunciaram-se estatisticamente significativas, $u = 783.00$, $p=.001$. Os idosos institucionalizados revelam maiores níveis de sintomatologia depressiva ($M=12.66$; $DP=5.43$) do que os idosos não institucionalizados ($M=8.92$; $DP=5.33$) (cf. Tabela 29).

No que se refere à comparação de médias de idosos institucionalizados e não institucionalizados, quanto à presença de sintomatologia ansiógena, encontraram-se diferenças estatisticamente significativas, $t(98) = 2.506$, $p=.014$. Novamente foram os idosos institucionalizados que pontuaram mais na sintomatologia ansiógena ($M=14.94$; $DP=8.40$), quando comparados com os idosos não institucionalizados ($M=11.10$; $DP=6.84$) (cf. Tabela 30).

A hipótese operacionalizada não é rejeitada.

Tabela 29. Resultados do teste Mann-Whitney para a sintomatologia depressiva (GDS) entre idosos institucionalizados e não institucionalizados (N=100).

		GDS_Total				
		n	Ordem Média	Média (DP)	U	p
Amostra					783.00	.001***
	Institucionalizados	50	59.84	12.66 (5.43)		
	Não Institucionalizados	50	41.16	8.92 (5.33)		

Nota de probabilidade: *p<0.05 **p<0.01 ***p<0.001

Tabela 30. Resultados obtidos no t-test para comparação dos níveis médios de ansiedade (BAI total) entre idosos institucionalizados e não institucionalizados (N=100).

	n	BAI_Total			
		Média (DP)	t	Df	P
Amostra			2.506	98	.014*
Institucionalizados	50	14.94 (8.40)			
Não Institucionalizados	50	11.10 (6.84)			

Nota de probabilidade: *p<0.05 **p<0.01 ***p<0.001

H10: Os níveis de depressão e ansiedade em idosos que percecionam a sua saúde como muito má, são mais elevados que em idosos que percecionam a sua saúde como boa.

Por seu turno, na comparação de níveis médios de sintomatologia depressiva para diferentes classificações da variável saúde, foram enunciados dados estatisticamente significativos, $u(3) = 19.510$, $P=.000$, não sendo rejeitada a hipótese. Ao incidirmos sobre as ordens médias pode verificar-se que são os idosos que percecionam a sua como “muito má” quem pontua mais alto, detendo assim os maiores índices de sintomatologia depressiva (cf. Tabela 31).

No que concerne à comparação de níveis médios de sintomatologia de ansiedade perante diferentes categorizações de saúde, são visíveis resultados estatisticamente significativos, $F(3) = 3.446$, $p=.020$, não se rejeitando assim a hipótese colocada. Ao observarmos as pontuações médias, constatamos que são igualmente os idosos que consideram a sua saúde como “muito má” ($M=16.20$, $DP=8.87$) que pontuam mais elevado em relação aos idosos que a consideram como “má” ($M=14.72$, $DP= 7.79$), “nem boa nem má” ($M=13.63$, $DP=7.19$) e finalmente “boa” ($M=9.29$, $DP=7.29$) (cf. Tabela 32).

Tabela 31. Resultados obtidos com o Kruskai-Wallis para comparação dos níveis médios de depressão (GDS total) segundo a variável saúde (N=100).

	n	GDS_Total			
		Ordem média	u	Df	P
Saúde			19.510	3	.000***
Muito má	10	69.05			
Má	32	62.83			
Nem boa nem má	30	46.53			
Boa	28	34.04			
Total	100	-			

Nota de probabilidade: *p<0.05 **p<0.01 ***p<0.001

Tabela 32. Resultados obtidos com a ANOVA para comparação dos níveis médios de ansiedade (BAI total) segundo a variável saúde (N=100).

	n	BAI_Total			P
		Média (DP)	F	df	
Saúde			3.446	3	.020*
Muito má	10	16.20 (8.87)			
Má	32	14.72 (7.79)			
Nem boa nem má	30	13.63 (7.19)			
Boa	28	9.29 (7.29)			
Total	100	13.02 (7.86)			

Nota de probabilidade: *p<0.05 **p<0.01 ***p<0.001

3.3. Sintomatologia depressiva e ansiógena e variáveis da institucionalização.

H11: Idosos que habitam instituições de cariz privado apresentam menores níveis de depressão e ansiedade que idosos residentes em instituições de cariz público.

Em relação ao lar de proveniência, os resultados indicam que não existem diferenças estatisticamente significativas, $t(48) = .043$, $p = .966$ no que diz respeito à comparação de médias de sintomatologia depressiva (cf. Tabela 33). O mesmo sucede quando analisamos a sintomatologia ansiógena, $t(48) = 1.343$, $p = .185$ (cf. Tabela 34), permitindo afirmar a rejeição da hipótese colocada.

Tabela 33. Resultados obtidos com t-student para comparação dos níveis médios da sintomatologia depressiva (GDS total) entre idosos residentes numa instituição pública e privada (N=50).

	n	GDS_Total			P
		Média (DP)	t	Df	
Carac_lar			.043	48	.966
Lar público	26	12.69 (5.68)			
Lar Privado	24	12.63 (5.28)			

Nota de probabilidade: *p<0.05 **p<0.01 ***p<0.001

Tabela 34. Resultados obtidos com o t-test para comparação da média de sintomas de ansiedade (BAI) entre idosos residentes em instituição pública e privada (público ou privado) (N=50).

	n	Média (DP)	BAI_Total		
			t	df	P
Carac_lar			1.343	48	.185
Lar público	15	16.46 (8.82)			
Lar Privado	24	13.29 (7.77)			

Nota de probabilidade: *p<0.05 **p<0.01 ***p<0.001

H12: A sintomatologia depressiva e ansiógena é superior em idosos que se encontram há mais tempo institucionalizados que em idosos que se encontram recentemente institucionalizados.

No que consta aos resultados obtidos na comparação de médias para a sintomatologia depressiva, $F(4) = .378$, $p = .823$ (cf. Tabela 35) e para a sintomatologia ansiógena, $F(2) = .516$, $p = .692$ (cf. Tabela 36), e diferentes intervalos de tempo de internamento, não foram enfatizadas diferenças estatisticamente significativas, rejeitando-se a nossa hipótese.

Tabela 35. Resultados da ANOVA para comparação de médias da sintomatologia depressiva (GDS_total), segundo o tempo de internamento (N=50).

	n	Média (DP)	GDS_Total		
			F	df	p
Tempo_internamento			.378	4	.823
1-24 meses de institucionalização	36	12.88 (5.43)			
25-48 meses de institucionalização	8	12.50 (5.78)			
49-72 meses de institucionalização	3	13.33 (6.51)			
97-120 meses de institucionalização	2	8.00 (7.07)			
145-160 meses de institucionalização	1	13.00			
Total	50	12.66 (5.43)			

Nota de probabilidade: *p<0.05 **p<0.01 ***p<0.001

Tabela 36. Resultados obtidos através do teste ANOVA para comparação de médias da sintomatologia de ansiedade (BAI), segundo o tempo de internamento (N=50).

	n	Média (DP)	BAI_Total		
			Df	F	p
Tempo_internamento			2	.516	.692
1-24 meses de institucionalização	36	15.66 (8.74)			
25-48 meses de institucionalização	8	13.00(8.68)			
49-72 meses de institucionalização	3	12.00(6.93)			
97-120 meses de institucionalização	2	10.50(.070)			
145-160 meses de institucionalização	1	22.00			
Total	50	14.94(8.40)			

Nota de probabilidade: *p<0.05 **p<0.01 ***p<0.001

H13: Existem diferenças entre uma maior e menor regularidade de visitas na instituição ao nível da sintomatologia depressiva e ansiógena.

No que concerne à comparação de médias para sintomatologia depressiva, $F(3) = 2.354$, $p = .084$, e para sintomatologia ansiógena, $F(3) = 1.292$, $p = .288$, com a variável regularidade de visitas, não foram descobertas diferenças estatisticamente significativas, rejeitando-se a hipótese fomentada inicialmente (cf. Tabela 37 e 38).

Tabela 37. Resultados obtidos na ANOVA para comparação de médias da sintomatologia depressiva (GDS_total), segundo a regularidade de visitas aos idosos (N=50).

	n	Média (DP)	GDS_Total		
			F	df	p
Regularidade_visitas			2.354	3	.084
Nunca	3	10.00 (5.58)			
1-10 visitas por mês	34	13.38 (5.43)			
11-20 visitas por mês	7	8.43 (3.51)			
21-30 visitas por mês	6	14.83 (5.38)			
Total	50	12.66 (5.43)			

Nota de probabilidade: *p<0.05 **p<0.01 ***p<0.001

Tabela 38. Resultados obtidos na ANOVA para comparação de médias da sintomatologia ansiógena (BAI_total), segundo a regularidade de visitas aos idosos (N=50).

	n	BAI_Total			
		Média (DP)	F	df	p
Regularidade_visitas			1.292	3	.288
Nunca	3	11.67 (10.69)			
1-10 visitas por mês	34	15.18 (8.78)			
11-20 visitas por mês	7	11.14 (3.80)			
21-30 visitas por mês	6	19.67 (8.14)			
Total	50	14.94 (8.40)			

Nota de probabilidade: *p<0.05 **p<0.01 ***p<0.001

H14: Os níveis de depressão e ansiedade patenteiam-se mais elevados em idosos que foram para a instituição por iniciativa alheia quando relacionados com idosos que foram institucionalizados por iniciativa própria.

Contrariamente aos resultados anteriores, na comparação de médias para sintomatologia depressiva $t(48) = -2.530$, $p = .015$ em função da razão de institucionalização, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas. Sendo que são os idosos que vão para instituição por iniciativa de outros ($M = 14.17$; $DP = 4.79$), quem pontua mais alto na depressão quando comparados com os idosos que são institucionalizados por vontade própria ($M = 10.40$; $DP = 5.68$) (cf. Tabela 39), o que possibilita aceitar parcialmente esta hipótese.

No entanto, o mesmo não se verificou quando analisamos a comparação de médias para a sintomatologia ansiógena, $t(48) = -1.488$, $P = .143$, não sendo assim evidenciadas diferenças estatisticamente significativas (cf. Tabela 40), o que por sua vez, rejeita a hipótese operacionalizada.

Tabela 39. Resultados obtidos com o t-student para comparação dos níveis médios de sintomatologia depressiva (GDS_total), segundo a razão de institucionalização (N=50).

	n	GDS_Total			
		Média (DP)	t	df	p
Razão_institucionalização			-2.530	48	.015*
Iniciativa própria	20	10.40 (5.68)			
Iniciativa de outros (técnicos, amigos, familiares)	30	14.17 (4.79)			

Nota de probabilidade: *p<0.05 **p<0.01 ***p<0.001

Tabela 40. Resultados obtidos com o t-student para comparação dos níveis médios de sintomatologia ansiógena (BAI_total), segundo a razão da institucionalização (N=50).

	n	BAI_Total			
		Média (DP)	T	df	p
Razão_institucionalização			-1.488	3	.143
Iniciativa própria	20	12.80 (6.76)			
Iniciativa de outros (técnicos, familiares, amigos)	30	16.37 (9.17)			

Nota de probabilidade: *p<0.05 **p<0.01 ***p<0.001

H15: Os níveis de ansiedade e depressão são mais elevados em idosos que revelam não gostar da instituição do que quando revelam gostar da instituição.

Relativamente às médias obtidas perante a sintomatologia depressiva em idosos que revelam gostar ou não da instituição, não foram divulgadas diferenças estatisticamente significativas, $u = 68.00$, $p = .057$ (cf. Tabela 41). Sendo que o mesmo ocorre quando analisamos a sintomatologia ansiógena, $t (48) = -.481$, $p = .633$ (cf. Tabela 42). Conclui-se a rejeição da hipótese colocada.

Tabela 41. Resultados obtidos no teste t-student para comparação dos níveis médios de sintomatologia depressiva entre idosos que revelam gostar e não gostar da instituição (N=50).

	n	GDS_Total			
		Média (DP)	t	df	P
Gosto_instituição			-	48	.053
			1.982		
Sim	44	12.11 (5.35)			
Não	6	16.67 (4.63)			

Nota de probabilidade: *p<0.05 **p<0.01 ***p<0.001

Tabela 42. Resultados obtidos com o t-student para comparação dos níveis médios de sintomatologia de ansiedade entre idosos que revelam gostar e não gostar da instituição. (N=50).

	n	BAI_Total			
		Média (DP)	t	Df	P
Gosto_instituição			-.481	48	.633
Sim	44	14.73 (8.50)			
Não	6	16.50 (8.24)			

Nota de probabilidade: *p<0.05 **p<0.01 ***p<0.001

3.4. Relação entre ansiedade e depressão

H16: Maiores níveis de depressão encontram-se relacionados com maiores níveis de ansiedade.

Com o objetivo de analisar a intensidade da associação entre os nossos instrumentos, nomeadamente GDS e BAI, aplicou-se o Coeficiente de Correlação de *Spearman*.

Verifica-se a existência de associações estatisticamente significativas para qualquer nível de significância entre os níveis de depressão (GDS) e os níveis de ansiedade (BAI) ($r_s=.678$, $p=000$), não sendo rejeitada a hipótese formulada. Quanto à natureza da associação, considera-se que é positiva e moderada, sendo que existe a tendência para os idosos com maior sintomatologia ansiógena deterem simultaneamente maiores níveis de depressão (cf. Tabela 43).

Tabela 43. Coeficiente de correlação de Spearman entre sintomatologia depressiva (GDS) e sintomatologia ansiógena (BAI) (N=100).

	r_s	P
Coeficiente de Spearman entre GDS_Total e BAI_Total	.678	.000***

Nota de probabilidade: *p<0.05 **p<0.01 ***p<0.001

Capítulo IV. Discussão e Conclusões

Finalizada a apresentação dos resultados, importa destacar a importância dos mesmos, pois estes permitem-nos tecer algumas considerações. Assim, e de acordo com as contingências metodológicas, esta discussão vai organizar-se em função das hipóteses formuladas, iniciando-se com uma breve alusão aos objetivos propostos, partindo posteriormente para a discussão dos resultados, comparando-os com estudos empíricos contemplados na área e debatidos à luz dos conhecimentos disponibilizados na literatura. Num último momento será redigido um tópico onde serão enunciadas as principais conclusões do nosso estudo.

4.1. Discussão

Concisamente, esta dissertação dispôs-se a avaliar a existência de níveis de depressão e ansiedade na população geriátrica, estendendo-se não apenas aos idosos residentes na comunidade, como também aos idosos em condição de institucionalização. Ambicionou ainda apurar possíveis fatores de risco, verificar quais as influências ou de que forma se manifestam as variáveis sociodemográficas sobre a sintomatologia descrita, terminando com a finalidade de compreender qual a relação presente nestes dois constructos. Para tal, organizaram-se três grupos de hipóteses circunscritas no domínio do envelhecimento e sintomatologia patológica. O primeiro agregado engloba as variáveis sociodemográficas que após uma revisão da literatura, consideramos influentes de certa forma no que concerne à depressão e ansiedade, o segundo grupo remete para as variáveis presentes exclusivamente em idosos institucionalizados e por último o grupo três enfatiza a relação entre ansiedade e depressão, aos quais tentaremos dar respostas fundamentadas na literatura, sendo complementadas pela informação qualitativa adicional que conseguimos apurar no decorrer de todo o processo de recolha.

Num primeiro momento importa referir a contrariedade com a qual nos deparamos para obter um número equitativo de participantes do género feminino e masculino, revelou-se um obstáculo na recolha de pessoas idosas não institucionalizadas, todavia, tornou-se acrescido na amostra institucionalizada. Numa única instituição conseguiríamos recolher o número total de idosas porém, para completar os 46 do sexo masculino, tivemos de recorrer a três instituições. Esta dificuldade pode assentar nas evidências empiricamente comprovadas de que os homens morrem mais cedo que as mulheres, contribuindo em primeiro lugar para esta diferença uma vantagem biológica. Debruçando-nos sobre o nível comportamental, os homens continuam mais expostos a riscos e a uma mortalidade violenta e prematura (Fernandes, 2007). Assim, explica-se a “facilidade” em encontrar idosos do sexo feminino para participar e a dificuldade em encontrar idosos do sexo masculino para o mesmo fim.

Um outro ponto que merece ser discutido diz respeito à disparidade de idades com a qual nos confrontamos perante os idosos residentes na comunidade e os idosos

institucionalizados. A média de idades para os idosos em instituições foi de 84 anos, ao passo que nos idosos que não se encontram sob essa condição, foi de 78 anos. Acontecimento este, que pode ser explicado pela aderência das famílias e por vezes pelos próprios idosos à institucionalização decorrente do aumento da idade advindo de receios, perdas de dependência e autonomia ou mesmo como tentativa de evitar maior solidão. Dessa forma, verificou-se que a população institucionalizada é determinada pelos idosos mais velhos.

Na nossa amostra, composta na sua totalidade por 100 idosos, foi encontrado um número substancial de idosos com depressão (48 pontuaram acima do ponto de corte, o 11) e 60 idosos com níveis de ansiedade classificada entre leve a grave, assim, estes dados parecem vir ao encontro do que tem sido descrito na bibliografia, uma vez que se defende um país cada vez mais envelhecido e doente. Particularmente falando sobre Portugal, importa referir que a proporção de pessoas com 65 ou mais anos duplicou nos últimos 45 anos, passando de 8% do total da população em 1960 para 17% em 2005 (Gonçalves & Carrilho, 2008), referindo os Censos de 2011 que a população idosa representa 19% da população total. No que acomete a depressão e ansiedade os dados obtidos parecem corroborados pelo estudo de Fernandes (2000), o qual menciona várias investigações que nos falam da prevalência da depressão no idoso em Portugal. Num deles, realizado numa comunidade idosa no norte de Portugal Barreto (1984) descobriu uma prevalência de 25% de depressão. Também Valente (1991) ao efetuar um estudo com os idosos que frequentavam os centros de saúde de Lisboa, obteve uma prevalência de 35% para a sintomatologia depressiva. Acrescentando-se ainda, uma investigação na qual existiram 1.639 idosos em análise, dos quais 325 (19,8%) apresentavam rastreio positivo para sintomatologia depressiva (Lima, Silva & Ramos, 2009). Já em relação à ansiedade, numa investigação epidemiológica com 18571 pessoas concebida por Regier e cols. (1988) foi passível presenciar que 5,5% dos idosos com mais de 65 anos de idade manifestavam uma perturbação de ansiedade, excluindo os casos mais comuns de ansiedade generalizada, índice esse que aumentava para 15% quando incluídos os casos de ansiedade generalizada (Katona, Manela & Livingston, 1996). Similarmente, Almeida (1999) ao analisar 398 idosos concluiu que 15,4% de idosos detinham perturbações de ansiedade (Néri, Cruvinel, Santos & Oliveira, 2006).

Notabilizando a revisão da literatura, esperava-se encontrar um número similar de idosos deprimidos e idosos ansiosos, e não uma percentagem superior de idosos ansiosos. No entanto e apesar do descrito, notou-se que a ansiedade moderada ou grave se revelou escassa, prevalecendo a ansiedade mínima e leve, o que de certa forma nos indica que estes baixos níveis poderão advir de alguns fatores de envelhecimento tais como a reforma, institucionalização, dor e diminuição do poder económico (Néri, Cruvinel, Santos & Oliveira, 2006), assim como da comorbilidade relatada com outras patologias de índole orgânica, não devendo por isso ser desvalorizada. Relativamente à depressão, pode justificar-se este facto pelos idosos presentes na comunidade demonstrarem alguma resistência em assumir a sintomatologia da depressão, prendendo-se com questões associadas ao estigma, desconhecimento (Roeloffs, Sherbourne, Unutzer, Fink, Tang & Wells, 2003) ou mesmo com a

desejabilidade social, sentindo portanto a necessidade de assegurar a sua posição como idoso resistente e tolerante face ao processo de envelhecimento, mais não seja para consolidar a visão que os outros tem de si.

4.1.1 Sintomatologia depressiva e ansiógena e variáveis sociodemográficas

No que diz respeito às variáveis sociodemográficas e especialmente às **hipóteses 1 e 2**, o nosso estudo detetou a presença de maiores níveis de depressão em idosos do sexo feminino, sendo que estes resultados se encontram suportados pelo estudo de Gazalle, Hallal & Lima, os quais revelam que as mulheres demonstram maior frequência de sintomatologia depressiva (Gazalle, Hallal & Lima, 2004). De modo semelhante, Inaba, Thoits, Ueno, Gove, Evenson e Sloan (2005) através da sua pesquisa, relatam que as mulheres tanto americanas como japonesas se apresentaram mais deprimidas do que os homens. No mesmo sentido, Bello e os seus colaboradores observaram uma prevalência de depressão em idosos ao nível nacional no México, sendo que se verificou uma maior prevalência no género feminino (Belló, Rosas, Mora & Lozano, 2005).

Esta diferença pode ser compreendida por algo já estudado e apoiado empiricamente, a discriminação social e económica da mulher transversal a qualquer cultura. Embora mais colmatada, induz sentimentos de indefesa, dependência de outros e baixa auto-estima. Mirowsky em 1996, ao incidir sobre três estudos com 1500 pessoas averiguou que apesar das mudanças existentes face ao papel da mulher, o poder, autonomia e os cuidados em casa continuam desiguais o que parece um fator indutor de depressão (Abascal, Labrada & Ramos, 2009; Matud, Guerrero & Matías, 2005). Existem de facto mulheres mais ativas, mas ao mesmo tempo são elas que ainda detêm a maior parte do trabalho doméstico; as mulheres votam, todavia são desproporcionalmente eleitas; as mulheres concebem organizações, mas não dispõem de igual acesso a cargos de topo; o género feminino na sua maioria estuda na universidade, mas ocupa posições de remuneração inferior aos homens; as mulheres sobressaem quando é necessário prestar cuidados a pessoas adultas dependentes, entre outros cargos que serão implícitos ao género feminino e podem sem dúvida levar à sintomatologia aqui descrita (Vintém, Guerreiro & Carvalho, 2008).

Por outro lado, não podemos ignorar que as mulheres presentes na nossa amostra foram educadas numa geração em que eram frequentemente sujeitas a forte diferenciação de género, sendo que poucas tiveram oportunidade de prosseguir com estudos ou carreira profissional, delegando-lhes sempre ocupações domésticas como cuidar dos filhos e casa. Outro fator explicativo prende-se com as questões culturais sob outra perspetiva, é reconhecido no contexto das estatísticas de morbilidade, que as mulheres evidenciam sofrer mais de doenças, são mais expressivas em relação às mesmas, têm maior liberdade para chorar e procuram mais frequentemente os recursos de saúde do que os homens, o que poderá facilitar a expressão dos sintomas face à recolha (Fernandes, Nascimento & Costa,

2010). Assim, numa última instância gostaríamos de enfatizar que na nossa opinião também pode ser justificado esta significância pelo facto dos médicos se encontrarem mais facilmente predispostos a lidar com os problemas de saúde mental das mulheres devido à recorrência aos serviços de cuidados primários, enquanto que quando remete para o género masculino, estes tendem a encaminhar de imediato para especialistas da área, condicionando assim o desenvolvimento da depressão.

A **hipótese 2** objetivava que também a ansiedade seria mais prevalente no sexo feminino (Xavier et al., 2001; Cerrato, Benítez, Baltar & González, 2001; Serrano & Ferrer, 2001; Vink, Aartsen & Schoevers, 2008), este facto não foi ao encontro da bibliografia uma vez que não se identificaram resultados significativos, embora pelas médias obtidas no inventário de ansiedade de Beck sejam de facto as mulheres quem pontua mais alto. Ao mesmo tempo, verifica-se uma proximidade de pontuações médias entre ambos os géneros o que poderá explicar a ausência de significância.

Quanto à escolaridade, a literatura profere que baixos níveis de escolaridade estão associados a maiores índices de depressão e ansiedade (Heun & Papassotiropoulos, 2000; Serrano & Ferrer, 2001; Néri, Cruvinel, Santos & Oliveira, 2006). Heun & Hein em 2005 concluíram que ter menos de oito anos de escolaridade contribui como fator de risco para o desenvolvimento desta patologia, algo confirmando por Belló, Rosas, Mora & Lozano (2005), os quais afirmam que níveis de depressão diminuem com graus de escolaridade mais elevados. No entanto, os resultados do presente estudo vão contra os estudos anteriormente descritos pelo que não se descobriram dados estatisticamente significativos em relação à escolaridade quer na sintomatologia depressiva quer ansiógena, o que pode ser reflexo da elevada taxa de idosos na nossa amostra com o ensino primário completo (68%), evidenciando-se poucos idosos analfabetos.

Em conformidade com investigações anteriormente desenvolvidas, detetou-se uma maior incidência de depressão em grandes idosos quando comparados com pequenos idosos (**hipótese 3**), na amostra institucionalizada, não se revelando o mesmo para a amostra geral e não institucionalizada, nem para a sintomatologia ansiógena nas quais não se refletem resultados significativos. De facto, Fernandes, Nascimento & Costa (2010), aferiram a existência de uma maior ocorrência de sintomas depressivos entre os idosos com idade mais avançada. Porém, a idade tem solicitado alguma controvérsia entre os autores, isto porque, Steffens et al. (2000) na sua investigação não constatou influência da idade sobre a prevalência de depressão, já Lehtinen e Joukamaa por sua vez, registaram uma taxa mais elevada de depressão na faixa etária de 60 aos 64 anos, com diminuição das taxas de prevalência até 75 anos de idade e ligeiramente aumentadas depois dos 75 anos de idade (Heun & Hein, 2000). De modo similar, Hughes (2005) chegou ao epílogo de que quando a depressão é tomada sob um ponto de vista holístico, não sendo subdividida, é provável que a prevalência aumente com a idade.

Como contribuinte para este resultado, a sintomatologia depressiva e ansiógena no nosso estudo perante a amostra institucionalizada, associaram-se positivamente com a idade

embora de modo fraco (**hipótese 4**), refletindo assim maiores níveis de ansiedade e depressão à medida que a idade aumenta. Ponderando sobre este dado, ao qual Blazer (2000) também já teriam chegado ao atestar que a depressão se encontrava associada com o aumento da idade (Heun & Hein, 2004), assim como, Belló, Rosas, Mora & Lozano (2005) ao afirmar que à medida que a idade aumenta, também os níveis de depressão crescem, podemos apontar como fatores elucidativos as mudanças no quotidiano subjacentes ao envelhecimento. O conseqüente início da reforma, a perda de autonomia, o término dos papéis profissionais, as alterações cognitivas e até mesmo o confronto com as alterações morfológicas, tais como o aparecimento de rugas (Santos, 2010) parecem fatores indutores de depressão na idade mais avançada. Salientando-se que segundo a revisão da literatura contemplada, com o progredir da idade, também estes fatores mencionados se tornam mais exacerbados, assim como o aparecimento de condicionantes físicas, sendo talvez por isso que os índices de depressão se mostraram mais elevados em idosos mais velhos e institucionalizados, não obstante a necessidade de muitos dos nossos idosos com 65 anos de idade continuarem a trabalhar, sem assim serem obrigados a deparar-se com o atrás referido de forma tão radical, tornando o processo mais moroso e reflexivo.

Falta mencionar que foi nas instituições que encontramos e recolhemos grande parte dos idosos mais velhos, podendo assim influenciar a existência destes resultados significativas evidenciados somente na amostra presente em instituições.

No que concerne à **hipótese 5**, o produto resumiu que os idosos com uma situação económica má detêm maiores níveis de depressão e ansiedade, do que idosos que designam a situação económica como boa. As mesmas conclusões foram constatadas nos estudos de Hein et. al (2004); Birrier & Vemuri (2004); Jurado & Fernández (2009); Vaz (2009), os quais identificaram a influência desta variável sobre a sintomatologia, identificando o estatuto socioeconómico como um fator de risco para o desenvolvimento da mesma. Diante destes dados, podemos referir que o contexto da presente recolha situa-se num momento em que o país enfrenta uma crise económica grave, com bastante austeridade e cortes nas reformas e apoios aos nossos idosos o que parece tornar exequível a sintomatologia apontada. Contudo, face ao aumento de enfermidade e dos recursos ao sistema de saúde com o avançar da idade (Ferreira, 2005) é natural que se encontrem mais sintomas destas duas patologias em idosos com baixo estatuto socioeconómico, pois os mesmos conhecidos por serem mais ruminativos, têm preocupações acrescidas quando comparados com idosos ausentes destas preocupações.

Neste sentido, torna-se pertinente abordar de imediato a **hipótese 10**, que ao não ser rejeitada permite afirmar que perante a nossa amostra, os idosos que conservam uma perceção de que a sua saúde é “muito má” demonstram maiores níveis de depressão e ansiedade do que idosos que a percecionam como “boa”. De modo análogo, os resultados do estudo de Fleck e seus colaboradores (2002) mostraram que a presença de sintomatologia depressiva está associada com pior qualidade de vida bem como a uma maior utilização dos recursos de saúde. Os indivíduos com maior intensidade de sintomas depressivos avaliaram a sua saúde como pior e estão menos satisfeitos com ela do que aqueles com menor intensidade

de sintomas depressivos (Néri, Cruvinel, Santos & Oliveira, 2006). Ao relembrarmos a revisão da literatura, conferimos que a somatização confere 30% das queixas iniciais dos idosos, sendo que na população geriátrica se verificam maioritariamente como queixas primárias as alterações e sintomas somáticos (dores, alterações no sono e apetite) do que sintomas psíquicos (tristeza e anedonia) (Ferrari & Dalacorte, 2007; Pocinho, Farate, Dias, Lee & Yesavage, 2009) o que nos indica que os idosos com maiores índices de sintomatologia se vão expressar mais negativamente em relação à saúde do que os idosos que não padecem destes mesmos níveis. Não descuidando, a presença de doenças médicas concomitantes e efeitos colaterais da medicação que potenciam esta avaliação negativa da saúde dos mais velhos (Silva, Silva Filho, Fajardo, Fernandes & Marchiori, 2005).

Naturalmente que estas duas hipóteses (saúde e estatuto socioeconómico) se encontram interligadas, pois se os idosos considerarem a sua saúde piorada e ao mesmo tempo não possuírem uma reforma tranquilizadora, a ansiedade e depressão instalam-se com maior frequência. Isto porque, se por um lado a saúde os preocupa, por outro os custos com os cuidados necessários condicionam ainda mais, o que contribui para o ascender e não decrescer dos sintomas.

Os resultados por nós obtidos no que acometa o sentimento de solidão e a sintomatologia analisada (**hipótese 6**) estão em consonância com outras investigações. São de facto os idosos que se sentem mais sozinhos que patenteiam maior nível de depressão (Pereira, 2010; Segalla & Spinelli, 2011; Stella, Gobbi, Corazza & Costa, 2002) e ansiedade (Lenze, Stanley & Craske, 2010; Skoog, 2011). Choi & Kimbell em 2009, aprontaram que idosos que passam mais tempo sozinhos e conjuntamente apresentam maior frequência sentimento de solidão associado conservavam maiores níveis de depressão e ansiedade. Em concordância, Grammatikopoulos e Koutentaris (2010), num estudo com 132 idosos com idade superior a 65 anos que frequentavam instituições na Grécia, referiram que a ansiedade é mais prevalente em idosos com baixa atividade social (Almeida, 2011). Contudo, estas diferenças significativas na ansiedade apenas se verificaram na amostra geral, enquanto na depressão revelaram-se bastante significativos na amostra geral, institucionalizada e não institucionalizada. Fatores estes, que podem ser suportados pela falta de apoio e suporte social incontestável. De um ponto de vista mais qualitativo aferimos que a população geriátrica que reside na comunidade maioritariamente habita sozinha, ou seja, passam grande parte do seu tempo sozinhos referindo poucas visitas por parte de familiares e amigos. O mesmo sucede quando “avaliámos” os idosos institucionalizados, que na sua grande maioria recebiam somente de uma a dez visitas por mês (68%), o que segundo o autor se explica pela grande parte dos familiares após a institucionalização de seu idoso, não retornar mais à instituição para visitá-los, delegando os cuidados do idoso a profissionais, muitas vezes, despreparados e desqualificados para a função (Tier, Fontana & Soares, 2004). Assim, o apoio social parece desempenhar um papel fundamental e mediador dos eventos de vida stressantes para o idoso, sendo mesmo apontada maior mortalidade a idosos que se vêm provindos de pouca ou nenhuma rede de suporte (Palarea, Pascual & Francés, 2002).

Na mesma linha de significância cruza-se a **hipótese 7**, na qual se observou diferenças estatisticamente significativas para a ansiedade e depressão em diferentes estados civis na amostra de idosos institucionalizados. Em contraste, na amostra geral e não institucionalizadas não foram disponibilizadas diferenças significativas. Os nossos dados todavia divergem dos resultados obtidos por outros investigadores que defendem que é nos idosos viúvos, solteiros e divorciados que se anunciam maiores níveis de sintomas depressivos e ansiógenos (Cerrato, Benítez, Baltar & González, 2001; Forsell, 2000, cit in Almeida, 2011; Slone et al., 2006), referindo ainda que idosos que não possuem alguém em quem confiar ou um relacionamento íntimo, manifestam maior suscetibilidade para a sintomatologia de depressão (Djernes, 2006; Irigary & Schneider, 2007), tendo-se invulgarmente verificado na presente amostra que os maiores índices de depressão residem nos mais velhos casados.

O nosso parecer sobre o acima descrito, e uma vez que somente se verificaram em idosos sob a condição de institucionalização, incide sobre as especificidades que os casais assumem com relação as suas intimidades perante as regras e limitações muitas vezes traçadas nas próprias instituições, regadas pelo preconceito e estigma associado à sexualidade na velhice. Por outro lado, e novamente com recurso a uma visão mais qualitativa retirada da aplicação oral dos questionários aos nossos idosos, estes índices patológicos podem sustentar-se com o facto de muitos cônjuges serem confrontados com a degradação lenta e dolorosa de muitos dos seus parceiros. Serem sujeitos diariamente ao acompanhamento da mulher ou homem com a qual passaram anos da sua vida que no momento se encontram acamados, sem falar, com fralda e muitas vezes sem recordações poderão ser fortes preditores de depressão e ansiedade na amostra sinalizada. Todavia, por vezes também se pode configurar esta sintomatologia pela separação dos mesmos, isto é, ao ser um dos elementos do casal institucionalizado e o outro não por ausência de dependência, lugar ou mesmo por ser colocado numa outra instituição. Esta justificação irá mais ao encontro da literatura, pois aqui perde-se um elo de ligação, podendo explicar-se pela ausência do companheiro íntimo como descrito sumariamente no início desta hipótese.

Em relação à **hipótese 8** e à sintomatologia ansiógena e depressiva diante a prática ou não de atividade física, os resultados não foram significativos. Ou seja, por si só na presente investigação, a atividade não tem influência sobre a sintomatologia abordada, o que vai contra a literatura. Inúmeros estudos sustentam que a prática de algum tipo de atividade física, seja desporto ou dança, contribui significativamente para a diminuição da intensidade dos sintomas depressivos (Rosenberg et al., 2010; Saxena, Ommeren, Tang & Armstrong, 2005). O mesmo parece ocorrer para a ansiedade, Grammatikopoulos e Koutentaris (2010), através da sua pesquisa com 132 idosos na Grécia, concluíram que a ansiedade é mais prevalente em idosos com baixa atividade social (Almeida, 2011). Uma outra investigação bastante interessante sugere que os idosos que reduziram as atividades praticadas após oito anos evidenciaram um aumento nos sintomas de depressão, enquanto que os indivíduos que aumentaram ou mantiveram a intensidade das mesmas não exibiram esse efeito (Moraes, Deslandes, Ferreira, Pompeu, Ribeiro & Laks, 2007). Ainda que no nosso estudo não se

verifiquem dados significativos, as pontuações médias na GDS e BAI proclamam que são os idosos que não possuem nenhuma atividade quem pontua de modo mais elevado.

Como tentativa de dar resposta à nossa última hipótese (**hipótese 9**) situada no primeiro grupo, apuramos tal como expectante após uma extensa revisão da literatura que, são os idosos institucionalizados quem divulga maiores índices quer de depressão quer de ansiedade quando comparados com os idosos não institucionalizados. Comumente, os dados vão muito concretamente ao encontro do que é enfatizado pela literatura, na qual os investigadores argumentam que a depressão é uma doença comum entre idosos institucionalizados, com valores percentuais muito superiores aos idosos que não esta sob essa condição tanto ao nível internacional, como em Portugal (Almeida & Quintão, 2012; Blazer, 2003; Martins, 2008). Pelo que, as estatísticas apontam para uma taxa de depressão 10 a 70% maior quando comparada aos idosos que vivem na comunidade (Gonçalves, 2010; Neru, Lenardt, Betiolli, Michel & Willig, 2011). Uma pesquisa elaborada com 615 idosos em Helsinkí-Finlândia permitiu certificar que a depressão é rara entre idosos saudáveis e comum entre idosos institucionalizados (Stella, Gobbi, Corazza & Costa, 2002).

De forma análoga, um estudo levado a cabo por Vaz em 2009, no qual participaram idosos institucionalizados, realçou uma taxa de 46.7 % de depressão, sendo 13,4% considerada grave. Barroso e Tapadinhas (2006) conceberam um estudo com 40 idosos institucionalizados e 40 idosos não institucionalizados com o objetivo de os comparar em termos de depressão e solidão. As autoras concluíram que os idosos institucionalizados apresentavam mais sentimentos de solidão e maiores níveis de depressão. De modo semelhante, Rucan e colaboradores (2010) equipararam idosos não institucionalizados e institucionalizados, concluindo que os institucionalizados têm um risco mais elevado para a existência de depressão moderada a grave do que os idosos não institucionalizados (Almeida, 2011). Por seu turno, Oliveira e colaboradores em 2006 avaliaram ansiedade, depressão e desesperança em idosos apurando-se maior prevalência nos mais velhos institucionalizados (Hartmann, Gomes, Januario, Roseane, Souge, Peregrino & Bastos, 2012).

Estes resultados podem ser compreendidos à luz do sentimento constante de abandono e instabilidade em relação ao futuro intrinsecamente presentes nos idosos em instituições; situações que denotam perigo iminente determinadas por uma conjuntura ameaçadora/real em específico ou simplesmente; por alterações no meio ambiente arroladas no processo de desenvolvimento económico, social e cultural.

A transferência do idoso da sua casa para uma instituição incide num processo que acarreta potencial para produzir danos como a depressão, ansiedade, confusão, perda do contato com a realidade e isolamento (Araújo & Ceolim, 2007), isto porque tem por base um procedimento que implica forçosamente um distanciamento do seu ambiente e sistema familiar ao qual fizeram parte durante bastante tempo e à divisão do seu espaço com desconhecidos, sendo por isso que na maioria das vezes, os idosos são institucionalizados contra sua própria vontade, tornando-se, desta maneira uma espécie de “prisoneiros” da instituição. O próprio idoso vê-se isolado do convívio social e adota um estilo de vida

diferente do seu, tendo de adaptar-se a novas rotinas e dividir o seu meio ambiente (Vaz, 2009), ambiente e rotinas essas que se divulgam praticamente iguais para todos, sendo ignoradas diferenças individuais, bem como a história da vida de cada idoso (Soares et al., 2010). Subsequentemente este isolamento induz a perda de identidade, de auto-estima, solidão e muitas vezes recusa da própria vida, pelo que o idoso sente que deixou de ser ele próprio para se integrar num meio que já não lhe pertence, o que pode justificar a alta prevalência de depressão em lares, (Drago & Martins, 2012).

Uma outra perspetiva fala sobre a perda da independência e autonomia, os idosos normalmente vão para a instituição pela diminuição da funcionalidade, pobreza, problemas familiares ou perda do cônjuge (Duca, Silva, Silva, Nahas & Hallal, 2010), assim sentem-se compelidos a aceitar uma nova realidade, tornando-se dependente de terceiros. O indivíduo deixa de poder controlar o que se passa à sua volta e a perceção de tal facto aumenta a sua vulnerabilidade e pode predispor à depressão. Não obstante, a escassez de recursos muitas vezes notória nas instituições, tais como as atividades de lazer, ocupação e saúde, assim como os sintomas depressivos e ansiosos, que muitas vezes, passam despercebidos pelos cuidadores.

Por último, o estigma associado aos lares encontra-se muito enraizado na sociedade, sendo que os mais velhos crescem com o receio e sentimento de um dia poder vir a terminar dependente de outros numa dessas instituições. No entanto, apesar dos obstáculos até então descritos, nota-se um esforço acrescido para melhorar a qualidade destes idosos e logicamente do seu envelhecimento. Ressaltando-se a necessidade de enriquecer as competências dos técnicos e auxiliares presentes nas mesmas.

Interligadas ao enumerado surge a falta de visitas, o tempo de permanência, a razão da institucionalização e a sua adaptação que merecem um enfoque especial, porém serão contempladas no segundo grupo de hipóteses.

4.1.2 Sintomatologia depressiva e ansiógena e variáveis presentes na institucionalização.

Finalizada a análise dos resultados obtidos no primeiro grupo, discutimos agora os resultados advindos das hipóteses do grupo dois respeitantes única e exclusivamente às variáveis consideradas na institucionalização. Assim, numa atitude mais exploratória aspiramos verificar se existiam diferenças significativas na sintomatologia depressiva e ansiógena quanto às características do lar (**hipótese 11**), ou seja, se os mesmos são de índole público ou privado. Estas foram rejeitadas, o que no nosso ponto de vista pode ser explicado devido à contextualização das mesmas. Após a descrição individual de cada um dos lares, apercebemo-nos que embora difiram em termos de condições económicas, o número de idosos em regime de internamento, a prestação de cuidados e equipa constituente é muito semelhante, todas parecem usufruir de animação sociocultural, cuidados médicos, terapia ocupacional e cuidados básicos. Assim, ao convergirem em termos de recursos humanos não

surgem diferenças significativas. Todavia sendo uma hipótese exploratória devemos ter um olhar sobre as pontuações médias, anunciando-se estas ligeiramente superiores no que respeita a sintomatologia depressiva nos idosos presentes no lar público. De modo semelhante a pontuação obtida pelos idosos residentes nas instituições públicas excedeu a pontuação obtida pelos idosos do lar privado.

Por seu turno, o tempo de institucionalização foi hipotetizado como se maiores intervalos de tempo implicassem maior sintomatologia depressiva e ansiógena (**hipótese 12**), contudo esta foi rejeitada, pelo que não parece ter ligação com ausência ou presença da sintomatologia. Somente conseguimos apurar dois estudos que abordaram esta questão referindo-se à depressão, divergindo de imediato os resultados por nós obtidos com os resultados alistados por Shirley, Leung e Mak (2000), estes especularam que um dos períodos de aumento risco de depressão situa-se nos meses imediatamente posteriores à admissão. Carreira, Botelho, Matos, Torres & Salci (2011) seguem a mesma orientação, argumentando que pode estar correlacionado ao facto do primeiro ano ser repleto de mudanças e adaptações à vida na instituição, a qual, apesar de ter algumas atividades flexíveis, ao mesmo tempo apresenta uma organização rígida quanto aos horários das refeições, comida oferecida, planeamento de passeios fora do espaço físico da instituição, entre outras atividades, que restringem a maleabilidade da vida das pessoas que ali habitam (Carreira, Botelho, Matos, Torres & Salci, 2011).

Dissecando a **hipótese 13**, apercebemo-nos que os resultados não vão na mesma direção que outros estudos, os quais que relatam a ansiedade como mais frequente em idosos institucionalizados que não recebem visitas de familiares e amigos (Forsell, 2000) uma vez que não são pressagiados resultados significativos.

Na tentativa de verificar as variações da sintomatologia depressiva e ansiógena consoante a razão de institucionalização, formulou-se a **hipótese 14**. Esta permite constatar que apenas na sintomatologia depressiva estão implícitas diferenças significativas que nos permitiram enunciar que são notórios maiores níveis da mesma em idosos que foram institucionalizados pela iniciativa de outros quer sejam técnicos, familiares ou amigos do que os idosos institucionalizados por iniciativa própria. De reter que segue a mesma linha de Barenys, resultados que descrevem que ir para uma instituição para a maioria dos idosos, é fortemente influenciada por fatores fora de seu controle e pela falta de alternativas, surtindo implicações para o desenvolvimento de depressão. Segunda a autora, estes dados são um alerta de que o processo de decisão sobre a institucionalização e a autonomia percebida neste processo pode ser alvo de uma intervenção a fim de prevenir a depressão geriátrica (Barenys, 1992). O facto de o idoso ir por imposição pode de modo espontâneo despoletar a sintomatologia, associando-se aqui o descrito anteriormente como o receio da solidão, receio de serem “depositados” e esquecidos no mundo da institucionalização, perdendo o contacto não só com as rotinas como também com os seus entes queridos. Pensamos que novamente sobre a ideia de que os cuidados serão prestados por terceiros e desconhecidos também recaem algumas influências para o desenvolvimento patológico.

Não desvalorizando o receio da dependência física, na desesperança em obter melhorias e na percepção do inexorável destino que se aproxima, a morte. A irreversibilidade do estigma acomunado aos lares revela-se uma forte condicionante para o envelhecimento saudável perante esta condição (Porcu et al., 2002).

Finalmente, a **hipótese 15** que estimava os níveis de ansiedade e depressão superiores em idosos que revelam não gostar da instituição foi rejeitada, o que pode traduzir-se no baixo número de idosos que asseguraram não gostar da instituição. De um somatório de 50 idosos, unicamente 6 referiram não gostar da sua instituição, contrariando com os 44 que afirmaram gostar da mesma. O que nos permite enfatizar que apesar de vários índices patológicos identificados nos resultados suprarreferidos, poderiam encontrar-se ainda mais acrescidos se o número de idosos que refere não gostar da instituição ascendesse, o que poderia revelar má adaptação à sua nova residência. Assim, subsiste a necessidade de se desenvolverem no interior das instituições atividades intelectuais, físicas, religiosas, sociais que motivem o idoso, diminuindo sua inatividade e estimulando o convívio social atribuindo sentido para o dia-a-dia dos residentes das mesmas e por consequência o seu gosto pelas mesmas (Loureiro, Lima, Silva & Nijjar, 2011).

4.1.3. Relação entre sintomatologia depressiva e ansiógena

Finalmente, e com objetivo de perceber a possível associação entre os dois constructos (**hipótese 16**), correlacionou-se os dois instrumentos de avaliação, resultando numa associação bastante significativa positiva e moderada. Admitindo que à medida que os níveis de depressão aumentam, os níveis de ansiedade aumentam simultaneamente, associação esta que surge de modo mais consensual e destacada na literatura.

Confirmando a associação entre os mesmos emerge a investigação de Cerrato, Benítez, Baltar & González, 2001 nos quais a ansiedade é reconhecidamente uma comorbidade com a depressão (Cerrato, Benítez, Baltar & González, 2001). Corroborando também esta informação Xavier et al. (2001), ao congregar ansiedade com sintomas depressivos.

Deste modo, a depressão e ansiedade ao surgirem normalmente em simultâneo (Beekman et al., 2000; Lancaster, Gold, Flynn, Yoo, Marcus & Davis, 2010), potenciam pior prognóstico (DeLuca et al., 2005) maior incapacidade, maior recurso dos sistemas de saúde (Baldwin & Birtwistle, 2004), maior gravidade e resistência dos sintomas e concludentemente um risco mais elevado de comportamentos suicidas (Bassil, Ghandour & Grossberg, 2011, DeLuca et al., 2005).

Sumariamente, a coexistência de sintomatologia necessita de um olhar mais atento sobre as mesmas, intervindo em ambas sem esquecer a forma atípica que podem assumir, assim como a sua alta incidência sobre os idosos institucionalizados.

4.2. Conclusões

Resumidamente, a discussão acima edificada assume-se como mais um contributo científico para a promoção de um envelhecimento saudável e apoiado, resultando numa visão ampla sobre a ansiedade e depressão nos idosos com residência própria e nos idosos institucionalizados, ressaltando a necessidade de intervir perante os resultados obtidos e explorar outras vertentes que ficaram por avaliar.

As principais conclusões retiradas e exploradas por esta investigação são:

- O género feminino apresenta níveis mais elevados de depressão, não se verificando resultados significativos no que consta à ansiedade;
- Não se averiguaram resultados significativos no que remete para a ansiedade e depressão segundo diferentes graus de escolaridade;
- Apesar de ser expressa uma correlação positiva entre a idade e a sintomatologia ansiógena e depressiva nos idosos institucionalizados, somente se verificam maiores níveis de depressão em grandes idosos. Salientando-se que estes resultados não se apresentam perante a amostra geral e não institucionalizada;
- Maiores índices de depressão e ansiedade foram encontrados para idosos com estatuto socioeconómico mais desfavorecido;
- Existe maior sintomatologia depressiva em idosos (institucionalizados e não institucionalizados) que revelam sentir-se sós com maior frequência. Estas evidências de modo similar, repetem-se na amostra geral no que respeita à sintomatologia ansiógena;
- Somente se verificou uma maior incidência destas patologias nos idosos institucionalizados quando avaliado o estado civil, divulgando-se maior prevalência em idosos casados;
- A prática ou não de atividade física e cultural, não se revelou por si só significativa no que concerne aos níveis de depressão e ansiedade;
- Idosos que percecionam a sua saúde como debilitada possuem níveis superiores de depressão e ansiedade que idosos que a percecionam como boa;
- Maiores taxas de sintomatologia depressiva e ansiógena foram descobertas nos idosos institucionalizados, revelando-se altas incidências patológicas nos mesmos;
- Quanto às características das instituições (público/privado), tempo de internamento, gostar ou não da instituição e regularidade de visitas, não foram enunciados dados estatisticamente significativos, o que por sua vez, não nos permite inferir qualquer conclusão;
- Idosos institucionalizados por iniciativa de outros pontuam mais na sintomatologia depressiva que idosos institucionalizados por iniciativa própria. Por contraste, não se verificou o mesmo para a ansiedade.

- Por fim, a ansiedade e depressão encontram-se fortemente relacionadas, sendo que à medida que os níveis de ansiedade aumentam, também os níveis de depressão crescem.

Assim como possíveis fatores de risco para esta amostra, globalmente o nosso estudo identificou o género feminino, deter estatuto socioeconómico mais desfavorecidos percepção de uma saúde fragilizada, idades mais avançadas, encontrar-se institucionalizado, ser institucionalizado por iniciativa de outrem, ser casado aquando institucionalizado e ainda possuir comorbilidade de ansiedade e depressão.

No que concerne às potencialidades deste estudo, destacamos o facto de ser um contributo científico elaborado com rigor sobre a população geriátrica, avaliando-se uma problemática atual e cada vez mais presente na nossa sociedade. Por acréscimo, esta investigação analisou dois constructos patológicos em contextos diferentes, permitindo refletir sobre as variáveis presentes na institucionalização que podem influenciar ou não a presença dos números substanciais de patologia que foram surgindo, não obstante a relevância de confrontar os resultados obtidos perante estes dois contextos.

Uma outra potencialidade reflete-se no protocolo e instrumentos utilizados, estes encontram-se devidamente adaptados para a população portuguesa e inclusive a GDS para a população mais velha, o que nos permite inferir com maior precisão e confiabilidade determinados resultados. Além do descrito, o protocolo foi elaborado sinalizando as características da população em estudo, isto é, foi valorizada e refletida a extensão, linguagem, atenção e ainda a comunicação perante a recolha com idosos. Apraz-nos dizer que ao ser o investigador a aplicar individualmente os questionários, ao invés de ser exclusivamente autorresposta, permitiu aceder mais prontamente às dificuldades dos idosos e deter uma visão e contacto mais pormenorizado, permitindo ao mesmo tempo, recolher informação qualitativa que veio enriquecer em alguns momentos esta dissertação.

Por último, o estudo possibilita conhecer melhor a população geriátrica não só da comunidade como também na condição de institucionalização, sendo identificados fatores de risco e variáveis nas quais se pode olhar como um ponto de partida para possíveis intervenções e investigações futuras.

No entanto, uma investigação contém sempre dois lados distintos, ainda que regida por potencialidades, não se encontra ausente de limitações. Assim dentre as limitações do presente estudo podemos destacar a dimensão da amostra, ainda que prescreva um N de 100 idosos perante dificuldades inerentes à recolha fica sempre colocada a questão da representatividade, devendo aumentar o número de participantes em futuras investigações. Identicamente a natureza da amostra pode ser considerada uma limitação, isto é, a diferenciação inter-sujeitos, pois cada um dos nossos idosos possui uma vivência diferente do outro, evidenciando-se maior distinção na institucionalização. Contudo, deve mencionar-se que foi realizado um esforço no sentido de tentar recolher uma amostra semelhante em

termos de grau escolar, socioeconómico...revelando-se um obstáculo, o que pode condicionar a interpretação e resultados obtidos.

Uma outra limitação metodológica que se impõe reside no modo de avaliar. Perante uma investigação somente quantitativa o único modo de avaliar são os instrumentos, sendo que por melhor que se encontrem validados e adaptados basearmo-nos unicamente em números para deduzir uma patologia do foro mental é questionável. Acrescenta-se a desajustabilidade social, uma vez que os idosos podem em algum momento da recolha ter-se sentido compelidos a responder de forma que pensam ser mais adequada e não realmente o que sentiam.

Finalmente, uma forte limitação assenta na comorbilidade com doenças orgânicas visivelmente presentes na nossa amostra. Algumas questões, assinaladamente no BAI, podem ter sido enviesadas por interpretações interligadas e não dissociadas dessas patologias. Porém, referimos que mais uma vez foi aplicado um esforço acrescido nesse sentido tentando sempre esclarecer e simplificar as questões ao máximo.

Apesar das limitações assinaladas, este ano e subsequente investigação revelou-se muito enriquecedora ao nível académico e pessoal, isto porque potenciou contributos que têm o seu valor científico mas também pessoais, permitindo deter uma visão diferente e realista sobre o envelhecimento no nosso país. Mais uma vez, permitiu-nos o contacto e aprofundamento de questões mais metódicas, tais como capacidade de pesquisa, interpretação e discussão dos resultados e analogamente um contacto com a amostra e as suas vivências, das quais levo alguns valores para o decurso da minha vida. O sentimento gerado é de que ficou realmente algo elaborado mas não encerrou o capítulo, ou seja, suscitaram-se novas perspetivas, vontade de explorar novos dados, progredir com esta investigação e leituras de possíveis investigações.

Considerando o referindo, as projeções no que diz respeito ao envelhecimento demográfico e incidência da depressão como a doença do século, não obstante a comorbilidade com a ansiedade fortemente registada na literatura, destacamos algumas sugestões inerentes à necessidade de cada vez mais ações preventivas na área.

Muitos são os idosos que nesta etapa das suas vidas são acometidos por patologias do foro psicológico, como consequência extrema e infeliz da depressão e ansiedade não tratada nos idosos surge a mortalidade. Apesar do estudo, consciencialização e desenvolvimento de dados empíricos de possíveis tratamentos e predisponentes de ambas as patologias, o esforço parece-nos que tem de agora assumir outras direções, tais como pegar no que aqui foi discutido e exposto como resultados e promover intervenções direcionadas para os mesmos, podendo mesmo iniciar-se pelas três instituições que cooperaram para este fim.

Está na altura de incitar novas investigações que contemplem de que modo as variáveis se poderem relacionar e serem preditores destes indices crescentes dentro das instituições, mas também avaliar e confrontar com metodologias de trabalho, verificar se a

perceção dos prestadores de cuidado convergem ou divergem das perceções dos idosos e perceber de que modo se pode auxiliar os mesmos.

Revela-se igualmente importante que os profissionais de saúde, e os cuidadores informais destes idosos saibam identificar os sinais e sintomas destas doenças e conheçam o impacto que certos fatores têm no decurso da doença. Conhecer e valorizar a idiossincrasia de cada idoso, as suas vivências e experiências no passado, bem como no presente pode contribuir muito para um envelhecimento saudável. Isto porque, diversos problemas que foram enunciados podem ser de certa forma aliviados com cuidados competentes e dedicados, acreditando nos nossos idosos, promovendo empowerment e confiança, assumindo sentimentos de valorização que por vezes já os próprios desconhecem. Devemos ainda, ajudá-los a compreender que do envelhecimento advém perdas mas também forças, sendo que são capazes de otimizar as mesmas pensando os declínios com os quais se deparam.

Pensamos ainda, que ouvir mais e silenciar menos os idosos deste país poderá ser um dos caminhos para a promoção da saúde mental, oferecendo apoios cada vez mais específicos e eficazes, isto porque ao contrário do que muitos profissionais pensam, os idosos possuem as suas próprias convicções. Relativamente às instituições, o autor defende que a pertinência de dar a palavra aos residentes surge com a legitimidade de reconhecer as suas expressões, o que implica ter em conta a sua subjetividade, a sua vontade e a construção da sua vida quotidiana, não obstante da capacitação e do poder de agir sobre si mesmo (Charpantier, 2005). A partir do estado da arte, assim como de uma leitura qualitativa de recolha apercebemo-nos que por vezes não é a ausência mas a natureza das atividades implementadas nas instituições que afastam os idosos ao invés de participar. Isto porque, o gosto e individualidade são ignorados, considerando-se assim que o esforço de avaliar o que cada idoso gostaria de fazer poderá compensar a longo prazo.

De modo similar, a intergeracionalidade surge como algo positivo e promotor de bem-estar dos idosos, muitos confidenciam que tinham usufruído de atividades com crianças do infantário e que tinham gostado imenso, assim, juntar exclusivamente idosos com idosos pode não ser a melhor opção (Carrilho & Gonçalves, 2006).

Finalizamos alertando para a necessidade do envolvimento dos idosos na sociedade, exercendo um papel ativo, sendo que as intervenções tornam-se exequíveis quando são orientadas para objetivos curtos e alcançáveis, pelo que sugerimos que se fundem mais grupos de convívio entre os idosos para partilha de experiências, vivências e acima de tudo para partilharem momentos do seu dia-a-dia com outras pessoas e não com a solidão. Seria assim interessante elaborar investigações contabilizando as mesmas variáveis que esta investigação contempla, mas recorrendo ao cariz longitudinal, avaliando as diferenças pré e pós intervenção sobre os fatores de risco descritos.

Abreviadamente espera-se que o presente trabalho tenha contribuído para uma reflexão e interpretação mais abrangente sobre a leitura que se faz do processo de envelhecimento e sintomatologia patológica associada como a ansiedade e a depressão

geriátrica, bem como, venha a contribuir para a promoção do bem-estar nos idosos dando visibilidade a uma problemática identificada mas muitas vezes ignorada.

Mulher

*O mundo civilizado destinou este dia para te
homenagear e te dirigir palavras bonitas.
Na humildade que me define como pessoa,
não as encontro, com receio que fossem demasiado modestas.
Na minha simplicidade, colhi esta rosa para ti.
Segreda-lhe tu, as palavras bonitas que gostarias
que alguém te dissesse neste teu dia.
Por mim direi apenas: “que tudo de bom te
aconteça para seres mais Feliz e mais Mulher”.*

O meu nome é J.

(Poema realizado por um idoso institucionalizado, tendo o mesmo me presenteado com ele no final da recolha)

Referências Bibliográficas

- Abas, M., Hotopf, M., & Prince, M. (2002). Depression and mortality in a high-risk population
11-Year follow-up of the Medical Research Council Elderly Hypertension Trial. *British Journal of Psychiatry*, 181, 123-128.
- Abascal, I., Labrada, L. & Ramos, G. (2009). Diferencias de género en las edades del ciclo vital
de 65 años y más en el municipio Guanabacoa. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 25 (4), 54-64.
- Alexopoulos, G.S. (2005). Depression in the elderly. *Lancet*, 365, 1961-1970.
- Alexopoulos, G., Meyeres, B., Young, R., Kakuma, T., Silbersweig, M. & Charlson, M. (1997).
Clinically Defined Vascular Depression. *American Journal Psychiatry*, 154, 562-565.
- Alfonso, J., Mendoza, M., Araceli, V., Ordaz, M., Gerardo, C. Molina, E.,...& Rodríguez, V.
(2007). Prevalencia de depresión y factores de riesgo en el adulto mayor
hospitalizado. *Revista Medica Inst Mex Seguro Soc*, 45 (1), 21-28.
- Almeida, L. & Quintão, S. (2012). Depressão e Ideação Suicida em Idosos Institucionalizados e
Não Institucionalizados em Portugal. *Acta Medica Portuguesa*, 25 (6), 350-358.
- Almeida, M. C. M. (2011). *Ansiedade, Depressão, Ideação suicida, Coping em idosos
institucionalizados e não institucionalizados*. (Dissertação de Mestrado não
publicada). Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias -Faculdade de
Psicologia, Lisboa, Portugal.
- Amado, N. M. (2008). *Sucesso no envelhecimento e histórias de vida em idosos sócio-
culturalmente muito e pouco diferenciados*. (Dissertação de mestrado não publicada).
Universidade Nova de Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa,
Portugal.
- American Psychiatric Association (2002). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações
Mentais (DSM-IV TR)*. Lisboa: Climepsi.
- Andreescu, C., Gross, J. J., Lenze, E., Edelman, K. D., Snyder, S., ...& Aizenstein, H. (2011).
Altered Cerebral Blood Flow Patterns Associated with Pathologic Worry in the Elderly.
Depression and Anxiety, 28, 202-209.

- Araújo, M. O.P. & Ceolim, M. F. (2007). Avaliação do grau de independência de idosos residentes em instituições de longa permanência. *Rev Esc Enferm*, 41 (3), 378-85.
- Araújo, L. F. & Carvalho, V. A. (2005). Aspectos sócio -históricos e Psicológicos da velhice. *Revista de Humanidades*, 6 (13), 1-9.
- Areán, P. A., Hegel, M. & Reynolds, C. (2001). Treating depression in older medical patients with psychotherapy. *Journal of Clinical Geropsychology*, 7 (2), 93-104.
- Auerbach, R., Abela. J., Ho, M., McWhinnie, C. & Czajkowska, Z. (2010). A Prospective Examination of Depressive Symptomology: Understanding the Relationship between Negative Events, Self-Esteem, and Neuroticism. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 29 (4), 438-461.
- Azevedo, J. V. (2009). *Prevalência de Depressão e Ansiedade em idosos institucionalizados no município de Ji-Paraná- Rondônia*. (Dissertação de mestrado não publicada). Universidade de Brasília, Brasil.
- Ayala, A. G. (2007). La depresión en el anciano. *OFFARM*, 26 (9), 80-94.
- Baldwin, D. S. & Birtwistle, J. (2004). *Atlas de Depressão*. Algés: Euromédice, Edições Médicas.
- Balnaves, M. & Caputi, P. (2001). *Introduction to Quantitative Research Methods: An Investigative Approach*. London: SAGE publications.
- Baptista, M., Morais, P., Rodrigues, T. & Silva, J. (2006). Correlação entre sintomatologia depressiva e prática de atividades sociais em idosos. *Avaliação Psicológica*, 5 (1), 77-85.
- Bassil, N., Ghandour, A. & Grossberg, G. (2011). How anxiety presents differently in older adults. *Current Psychiatry*. 10 (3), 65-71.
- Bastos, J. C. F., Mohallem, A. G. & Farah, O. G. D. (2008). Ansiedade e depressão em alunos de enfermagem durante o estágio de oncologia, *Einstein*, 6 (1), 7-12.
- Baxer, P. & Jack, S. (2008). Qualitative case study methodology: Study design and implementation for novice researchers. *The Qualitative Report*, 13 (4), 544-559.
- Beaudreau, S. & O'Hara, R. (2008). Late-Life Anxiety and Cognitive Impairment: A Review. *American Journal Geriatric Psychiatry*, 16 (10), 790 - 803.

- Beekman, A., Beurs, E., Balkom, A., Deeg, D., ... & Tilburg, W. (2000). Anxiety and Depression in Later Life: Co-Occurrence and Communality of Risk Factors. *American Journal Psychiatry*, 157 (1), 89-95.
- Beekman, A., Deega, D., Van Tilburg, T., Smit, J., Hooijer, C. & Van Tilburg, W. (1995). Major and minor depression in later life: a study of prevalence and risk factors. *Journal of Affective Disorders*, 36 (2), 65-75.
- Beekman, A., Geerlings, S., Deeg, D., Smit, J., Schoevers, R., ... & Tilburg, W. (2002). The natural history of late-life depression. *Arch Gen Psychiatry*, 59 (7), 605-612.
- Belló, M., Rosas, E., Mora, E. & Lozano R. (2005). Prevalence and diagnosis of depression in Mexico. *Salud Pública de México*, 47 (I), 4-11.
- Beyer, J. L. (2007). Managing depression in geriatric populations. *Annals of Clinic Psychiatry*, 19 (4), 221-38.
- Bierman, E., Comijs, H., Jonker, C. & Beekman, A. (2005). Effects of Anxiety Versus Depression on Cognition in Later Life. *American Journal Geriatric Psychiatry*, 13 (8), 686 - 693.
- Birrer, R. & Vemuri, S. (2004). Depression in later life: A diagnostic and therapeutic challenge. *American Family Physician*, 69 (10), 2375-2382.
- Blazeković-Milaković, S., Stojanović-Spehar, S., Katić M. & Kumbrija, S. (2011). Comparison of depression treatment among different age groups in primary care setting. *Psychiatria Danubina*, 23 (2), 183-188.
- Blazer, D. G. (2000). Psychiatry and the Oldest Old. *American Journal Psychiatry*, 157 (12), 1915-1924.
- Blazer, D. G. (2003). Depression in Late Life: Review and Commentary. *Journal of Gerontology: Medical Sciences*, 58 (3), 249-265.
- Blazer, D. G. & Hybels, C. F. (2009). Depression in Later Life: Epidemiology, Assessment, Impact, and Treatment (pp. 492-510). In I. Gotlib & C. L. Hammen. *Handbook of Depression*. London: The Guilford Press.
- Borges, L., Benedetti, T. B. & Mazo, G. Z. (2007). Rastreamento cognitivo e sintomas depressivos em idosos iniciantes em programa de exercício físico. *Jornal Brasileiro Psiquiátrico*, 56 (4), 273-279.

- Borrvalho, O. I.A. (2010). *Maus-Tratos e Negligência a Pessoas Idosas: Identificação e Caracterização de Casos no Serviço de Urgência de um Hospital Central*. (Dissertação de Tese não publicada). Universidade de Coimbra- Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Coimbra, Portugal.
- Bruce, M. L., Mcavay, G. J., Raue, P. J., Brown, E. L., Meyeres, B. S.,... & Weber, C. R. (2002). Major Depression in Elderly Home Health Care Patients. *American Journal Psychiatry*, 159 (8), 1367 - 137.
- Bruce, M., Have, T., Reynolds, C., Katz, I., Schulberg, H.,... & Alexopoulos, G. (2004). Reducing suicidal ideation and depressive symptoms in depressed older primary care patients. *Journal of the American Medical Association*, 291 (9), 1081-1091.
- Byers, A., Yafle, K., Covinsky, K., Friedman, M. & Bruce, M. (2010). Occurrence of mood and anxiety disorders among older adults: the national comorbidity survey replication. *Archives of General Psychiatry*, 67 (5), 489-496.
- Bruno, C. T. S., Marques, M. B. & Silva, M. J. (2006). Transtornos Depressivos em Idosos: O contexto social e ambiente como geradores. *Revista RENE*, 7 (1), 35-42.
- Byrne, G. J. (2002). What happens to anxiety disorders in later life?. *Revista Brasileira Psiquiátrica*, 24 (Supl I), 74-80.
- Caponi, S. (2009). Un análisis epistemológico del diagnóstico de depresión. *Comunicação Saúde e Educação*, 13 (29), 327-38.
- Carmin, C. N., Wiegartz, P. S. & Scher, C. (2000). Anxiety Disorders in the Elderly. *Current Psychiatry Reports*, 2, 13-19.
- Chau, F., Soares, C., Fialho, J. & Sacadura, M. (2012). *O Envelhecimento da população: dependência, ativação e qualidade*. (Relatório Final não publicado). Universidade Católica Portuguesa- Faculdade de Ciências Humanas. Lisboa, Portugal.
- Cardoso, M., Soto, S., Hernández, A. & García, F. (2005). Depresión en el adulto mayor: frecuencia y factores de riesgo asociados. *Atención Primaria*, 36 (6), 345-346.
- Carona, C., Canavarro, M. C. & Pereira, M. (2006). Depressão e Cuidados primários: Um contributo para a melhoria da qualidade de vida dos utentes. *Revista de Psiquiatria Consiliar e de Ligação*, 13 (1), 23-30.

- Carreira, L., Botelho, M., Matos, P., Torres, M. & Salci, M. (2011). Prevalência de depressão em idosos institucionalizados. *Revista de enfermagem, UERJ*, 19 (2), 268-73.
- Carvalho, M. P. R. & Dias, M. O. (2011). Adaptação dos Idosos Institucionalizados. *Millenium*, 40, 161-184.
- Ceinos, M. G. (2001). Depressión en ancianos: un problema de todos. *Revista Cubana Med Gen Integr*, 17 (4), 316-320.
- Cerrato, M., Benítez, N., Baltar, B. & Márquez, G. (2001). Prevalencia de trastornos de ansiedad y depresión en una muestra de personas mayores residentes en la comunidade. *MAPFRE MEDICINA*, 12 (1), 19-26.
- Charpantier, M. (2005). *Viellir en milieu d'hébergement - Le regard des résidents*. Québec : Presses de L'Université du Québec.
- Chen, Q., Hayman, L. L., Shmerling, R.H., Bean, J. F. & Leveille, S. G. (2011). Characteristics of Chronic Pain Associated with Sleep Difficulty in Older Adults: The Maintenance of Balance, Independent Living, Intellect, and Zest in the Elderly (MOBILIZE) Boston Study. *The American Geriatrics Society*, 59 (8), 1385-1392.
- Choi, N. G., & Kimbell, K. (2009). Depression care need among low-income older adults: Views from aging service providers and family caregivers. *Clinical Gerontologist*, 32 (1), 60-76.
- Cole, M. G. & Dendukuri, N. (2003). Risk factors for depression among elderly community subjects: a systematic review and meta analysis. *The American Journal of Psychiatry*, 160 (6), 1147-1156.
- Colomé, I. C., Marqui, A. B. T., Jahn, A. C., Resta, D. G., Carli, R., Winck, M. T. & Nora, T. T. D. (2011). Cuidar de idosos institucionalizados: características e dificuldades dos cuidadores. *Rev. Eletrônica Enfermagem*, 13 (2), 306-312.
- Conte, L. B. D. & Souza, L. N. A. (2009). Perfil epidemiológico do envelhecer com depressão. *Revista do Instituto de Ciências da Saúde*, 27 (3), 214-219.
- Conwell, Y., Duberstein, P. R. & Caine, E. D. (2002). Risk Factors for Suicide in Later Life. *Biological Psychiatry*, 52, 193 -204.

- Cornélio, O. (2009). Depressão nos idosos que frequentam o Centro de dia de Cedofeita. (Dissertação de mestrado não publicada). Universidade Fernando Pessoa- Faculdade Ciências da Saúde, Porto.
- Craft LL, Perna FM. (2004). The benefits of exercise for the clinically depressed. *The Primary Care Companion to the Journal of Clinical Psychiatry*, 6 (3), 104-113.
- Davim, R. M. B., Torres, G. V., Dantas, S. M. M. & Lima, V.M. (2004). Estudo com idosos de instituições asilares no município de Natal/RN: características socioeconômicas e de saúde. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, 12 (3), 518-524.
- DeLuca, A.K., Lenze, E.J., Mulsant, B.H., Butters, M.A., Karp, J.F., Dew, M.A., ... & Reynolds, C. F. (2005). Comorbid anxiety disorder in late life depression: association with memory decline over four years. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 20 (9), 848-854.
- Demirkan, A., Penninx, B. W., Hek, K., Wray, N. R., Amin, N., ... & Middeldorp, C. M. (2011). Genetic risk profiles for depression and anxiety in adult and elderly cohorts. *Molecular Psychiatry*, 16, 773 - 783.
- Díaz, P. J. (2006). Demografía y envejecimiento. *Informes Portal Mayores*, 51, 1-21.
- Díaz, R. P. (2006). Trastornos afectivos en el Adulto Mayor: Algunas consideraciones sobre el tema. *GEROINFO*, 2 (2), 1-13.
- Díaz, R. P. (2009). Trastornos de ansiedad fóbica en el adulto mayor. Valoración crítica y manejo terapêutico. *GEROINFO*, 4 (1), 1-22.
- Djernes, J. K. (2006). Prevalence and predictors of depression in populations of elderly: a review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113 (5), 372-87.
- Dobson, K. & Dozois, D. (2001). Fundamentos históricos e filosóficos das terapias cognitivo-comportamentais. In K. Dobson e colaboradores, *Manual de terapias cognitivo-comportamentais* (pp. 17-45). São Paulo: Artmed.
- Drago, S.M. & Martins, R. L. (2012). A Depressão no idoso. *Millenium*, 43, 79-94.
- Duarte, M. & Paul, C. (2007). Avaliação do Ambiente Institucional - Público e Privado: Estudo Comportamental dos Idosos. *Revista Transdisciplinar de Gerontologia*, 1, 17-30.
- Duarte, M. B. & Rego, M. A. V. (2007). Comorbidade entre depressão e doenças clínicas em um ambulatório de geriatria. *Caderno de Saúde Pública*, 23 (3), 691-700.

- Duca, G. F., Silva, M. C., Silva, S. G., Nahas, M. V. & Hallal, P. C. (2010). Incapacidade funcional em idosos institucionalizados. *Revista Brasileira da atividade física e da Saúde*, 16 (2), 120-124.
- Ennsler, I. B. & Woelfler, H.E. (2008). The relation between depressive symptoms and age among older Europeans Findings from SHARE. *Vienna Institute of Demography*, 1, 1-21.
- Fernandes, A. (2007). Determinantes da mortalidade e da longevidade: Portugal numa perspetiva europeia (UE15, 1991-2001). *Análise Social*, XLII, (183), 419-443.
- Fernandes, M. G., Nascimento, N. F. & Costa, K. N. (2010). Prevalência e determinantes de sintomas depressivos em idosos atendidos na atenção primária de saúde. *Revista Rene. Fortaleza*, 11 (1), 19- 27.
- Ferrari, J. & Dalacorte, R. (2007). Uso da Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage para avaliar a prevalência de depressão em idosos hospitalizados. *Scientia Medica*, 17 (1), 3-8.
- Ferreira, A. L. C. (2009). *A qualidade de vida em idosos em diferentes contextos habitacionais: A perspetiva do próprio e do seu cuidador*. (Dissertação de mestrado não publicada). Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Lisboa.
- Ferreira, Z. (2011). *Perceção do estado de saúde da pessoa idosa institucionalizada*. (Dissertação de mestrado não publicada). Universidade Nova de Lisboa, Portugal.
- Ferreira, S. M. M. (2005). *Escala de Depressão Geriátrica (Yesavage)*. (Dissertação de mestrado não publicada). Universidade de Aveiro- Secção autónoma de Ciências da Saúde, Aveiro.
- Fiske, A., Wetherell, J. L., & Gatz, M. (2009). Depression in Older Adults. *Annual Review of Clinical Psychology*, 5, 363-389.
- Fleck, M., Berlim, M., Lafer, B., Sougey, E., Porto,... & Hetem, L. (2009). Revisão das diretrizes da Associação Médica Brasileira para o tratamento da depressão. *Revista Brasileira Psiquiátrica*, 31 (Supl I), 7-17.
- Flint, A. J. (2005). Anxiety and Its Disorders in Late Life. *American Journal Geriatric Psychiatry* 13 (1), 3-6.

- Fonda, S., Wallace, R. & Herzog, A. (2001). Changes in driving patterns and worsening depressive symptoms among older adults. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 56B (6), S343-S351.
- Forsell, Y. (2000). Predictors for depression, anxiety and psychotic symptoms in a very elderly population: data from a 3-year follow-up study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 35, 259-263.
- Fortin, M., Coté, J. & Filion, F. (2006). *Fondements et étapes du processus de recherche*. Montréal: Chenelière Éducation.
- Freire, J. R. C. & Tavares, M.F. L. (2005). A saúde sob o olhar do idoso institucionalizado: conhecendo e valorizando sua opinião. *Interface- Comunicação, Saúde, Educação*, 9 (16), 147-158.
- Freitas, M. A.V. & Scheicher, M. E. (2010). Qualidade de vida de idosos institucionalizados. *Rev. Bras. Geriátrica e Gerontológica*, 13 (3), 395-401.
- Gazalle, F. K., Hallal, P. C. & Lima, M. S. (2004). Depressão na população idosa: os médicos estão investigando?. *Revista Brasileira Psiquiátrica*, 26 (3), 145-149.
- Godin, O., Dufouil, C., Maillard, P., Delcroix, N., Mazoyer, B., ... & Tzourio, C. (2008). White Matter Lesions as a Predictor of Depression in the Elderly: The 3C-Dijon Study. *BIOL PSYCHIATRY*, 63, 663-669.
- Gonçalves, C. (2003). As pessoas idosas nas famílias institucionais segundo os Censos. *Revista de Estudos Demográficos*, 34, 41-60.
- Gonçalves, C. & Carrilho, M. J. (2008). Envelhecimento crescente mas especialmente desigual. *Revista de Estudos Demográficos*, 40 (2), 21-37.
- Gonçalves, I. M. (2012). *A ansiedade no idoso*. (Monografia não publicada). Escola Superior de Educação João de Deus, Lisboa.
- Gonçalves, L. H., Silva, A. H., Mazo, G. Z., Banedetti, T. R., Santos, S. M.,... Resende, T. L. (2010). O idoso institucionalizado: avaliação da capacidade funcional e aptidão física. *Cad. Saúde Pública*, 26 (9), 1738-1746.
- Gonçalves, R. F. M. (2010). *Avaliação do abuso no idoso em contexto institucional: Lares e Centros de dia*. (Dissertação de mestrado não publicada). Faculdade de Medicina do Porto, Porto.

- Gournellis, R., Lykouras, L., Fortos, A., Oulis, P., Roubos, V. & Christodoulou, G. N. (2006). Psychotic (delusional) major depression in late life: a clinical study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 16 (11), 1085-1091.
- Han, L., Mccusker, J., Cole, M., Abrahamowisc, M. & Capek, R. (2008). 12-Month Cognitive Outcomes of Major and Minor Depression in Older Medical Patients. *American Journal Geriatric Psychiatry*, 16 (9), 742-751.
- Hartmann, J., Gomes, G., Januario, A., Roseane, A., Souge, E., Peregrino, A. & Bastos, O. (2012). Estados ansiosos e depressivos de idosos institucionalizados. *Neurobiologia*, 75 (1), 148-15.
- Hein, J., Beekamn, A., Beurs, E., Comijs, H., Marwijk, H., Haan, M.,...Deeg, D. (2004). Anxiety and the risk of death in older men. *British Journal of Psychiatry*, 185, 399-404.
- Heun, R. & Hein, S. (2005). Risk factors of major depression in the elderly. *European Psychiatry*, 20 (3), 199-204.
- Heun, R. & Papassotiropoulos, U. (2000). Subthreshold depressive and anxiety disorders in the elderly. *European Psychiatry*, 15 (3), 173-182.
- Hughes, C. (2005). Depression in older people. *Nursing older people: independence, autonomy and self-fulfilmen*, 4, 529-554.
- Inaba, A., Thoits, P. A., Ueno, K., Gove, W. R., Evenson, R. J. & Sloan, M. (2005). Depression in the United States and Japan: Gender, marital status and SES patterns. *Social Science & Medicine*, 61 (11), 2280-2292.
- INE-Instituto Nacional de Estatística (2012). Mais de um milhão e duzentos mil idosos vivem sós ou em companhia de outros idosos, 21 de Março 2012. Retirado a 04 de Dezembro de 2012 do website Portal do Instituto Nacional de Estatística: http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaquas&DESTAQUESdest_boui=134582847&DESTAQUESmodo=2.
- Irigaray, T., & Schneider, R. (2007). Prevalência de depressão em idosos participantes da Universidade para a Terceira Idade. *Revista de Psiquiatria*, 29 (1), 19-27.
- Jurado, R. A. & Fernández, M. D. (2009). Trastornos de ansiedad en el anciano. *Psicogeriatria*, 1, 37-47.

- Juurlink, D. N., Herrmann, N. M., Szalai, J. P., Koop, A. B. & Redelmeier, M. D. (2004). Medical Illness and the Risk of Suicide in the Elderly. *ARCH INTERN MED*, 164, 1179-118.
- Kabanchik, A. (2009). Trastornos de Ansiedad en la Vejez. *Geriatría Clínica* 3 (4), 158-162.
- Kales, H., Maixner, D. & Mellow, A. (2005). Cerebrovascular Disease and Late-Life Depression. *American Journal Geriatric Psychiatry*, 13 (2), 88 - 98.
- Kallimanis, B., Gum, A. & khon, R. (2009). Comorbidity of Depressive and Anxiety Disorders for Older Americans in the National Comorbidity Survey-Replication. *American Journal Geriatric Psychiatry*, 17 (9), 782 - 792.
- Kaplan, I. H., Sadock, J. B. & Grebb, A. J. (2003). *Compêndio de Psiquiatria (7ª ed.)*, Nova Iorque: Artmed Editora.
- Kassianos, G. (2006). Barriers to treating depression in primary care. *The International Journal of Clinical Practice*, 60 (4), 381-382.
- Kraaij, V., Arensman, E. & Spinhoven, P. (2002). Negative life events and depression in elderly persons: a Meta-Analysis. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 57B (1), P87-P94.
- Lancaster, C. A., Gold, K. J., Flynn, H. A., Yoo, H., Marcus, S. M. & Davis, M. M. (2010). Risk factors for depressive symptoms during pregnancy: a systematic review. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 202 (1), 5-14.
- Larrea, P. & Mir, M. (2004). Adherencia al tratamiento en el paciente anciano. *Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud* 28 (5), 113-120.
- Laurance, J. & Kirmayer, M. D. (2001). Cultural Variations in the Clinical Presentation of Depression and Anxiety: Implications for Diagnosis and Treatment. *Journal Clin Psychiatry*, 62 (13), 22-30.
- Lenze, E. J., Karp, J. F., Mulsant, B. H., Blank, S., Shear, M., ... & Reynolds, C. (2005). Somatic Symptoms in Late-Life Anxiety: Treatment Issues. *Journal Geriatric Psychiatry Neurol*, 18 (2), 89-96.
- Lenze, E. J., Rogers, J. C., Martire, L. M., Mulsant, B. H., Rollman, B. L., ... & Reynolds, C. F. (2001). The Association of Late-Life Depression and Anxiety with Physical Disability: A

- Review of the Literature and Prospectus for Future Research. American Journal Geriatric Psychiatry, 9 (2), 113-135.*
- Lenze, E. J. & Wetherell, J. L. (2011). Anxiety Disorders: New Developments in Old Age. *American Journal Geriatric Psychiatry, 19 (4), 301-304.*
- Leturia, F. J., Yanguas, J. J., Arriola, E. & Uriarte, A. (2002). *La valoración de las personas mayores: evaluar para conocer, conocer para intervenir.* Madrid: Cáritas.
- Leyfer, O., Ruberg, J. & Borden, J. (2006). Examination of the utility of the Beck Anxiety Inventory and its factors as a screener for anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders 20, 444-458.*
- Loureiro, A. P., Lima, A. A., Silva, R. C. G. & Najjar, E. C. (2011). Reabilitação cognitiva em idosos institucionalizados: um estudo piloto. *Revista de Terapia Ocupacional, 22 (2), 136-144.*
- Lucero, R. y Casali, G. (2006). Trastornos afectivos en el adulto mayor. *Revista de Psiquiatria del Uruguay, 70 (2), 151-166.*
- Luppa, M., Luck, T., Konig, H., Angermeyer, M. & Heller, S. (2012). Natural course of depression symptoms in late life. An 8-year population-based prospective study. *Journal of Affective Disorders, 142, 166-171.*
- Lykouras, L. & Gournellis, R. (2008). Depression in the elderly. *Annals of General Psychiatry, 7 (1), 1-17.*
- Manfro, G., Asbahr, F. R., Recondo, R. & Castillo, A. R. (2000). Transtornos de ansiedade. *Revista Brasileira Psiquiátrica, 22 (Supl II), 20-3.*
- Marconi, A. & Lakatos, E. (2000). *Metodologia científica: ciência e conhecimento científico; métodos científicos; teoria, hipóteses e variáveis; metodologia jurídica.* São Paulo: Atlas.
- Maroco, J. & Bispo, R. (2003). *Estatística aplicada às Ciências Sociais e Humanas.* Lisboa: Climepsi Editores.
- Maroco, J. (2007). *Análise estatística com utilização do SPSS.* Lisboa: Edições Sílabo.
- Martins, C. (2011). *Manual de análise de dados quantitativos com recurso ao IBM* SPSS*.* *Saber decidir, fazer, interpretar e redigir.* Braga: Psiquilibrios Edições

- Martins, R. (2008). A depressão no idoso. *Revista do Instituto Politécnico de Viseu*, 34, 119-123.
- Matud, M., Guerrero, k. & Matías, R. (2005). Relevancia de las variables sociodemográficas en las diferencias de género en la depresión. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6 (1), 7-21.
- Massoud, F. (2006). La dépression chez les aînés. Soyez vigilants à la diagnostiquer!
- Mast, B. T. (2005). Impact of Cognitive Impairment on the Phenomenology of Geriatric Depression. *American Journal Geriatric Psychiatry*, 13 (8), 694-700.
- McLean, C., Asnaani, A., Litz, B. & Hofmann, S. (2011). Gender Differences in Anxiety Disorders: Prevalence, Course of Illness, Comorbidity and Burden of Illness. *Journal Psychiatric Res.*, 45 (8), 1027-1035.
- Medeiros, J. M.L. (2010). *Depressão no idoso*. (Dissertação de Mestrado não publicada). Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto.
- Mello, E. & Teixeira, M.B. (2011). Depressão em Idosos. *Revista Saúde*, 5 (1), 42-53.
- Melo, L. e Neto, F. (2003). Aspetos psicossociais dos idosos em meio rural: solidão, satisfação com a vida e locus de controlo. *Psicologia, Educação e Cultura*, III (1), 107-121.
- Messora, L. B. (2006). *Perfil dos idosos em instituições asilares de três municípios do sul de minas gerais*. (Dissertação de Mestrado não publicada). Universidade Federal de Alfenas, Brasil.
- Micas, M., Arbus, C., Nourhashemi, F. & Vellas, B. (2003). Prise en charge de la dépression de la personne âgée. *La Revue de Gériatrie*, 28 (6), 507-514.
- Miriam, E. N., Rejeski, W. J., Blair, S. N., Duncan, P. W., Judge, J. O.,... & Sceppe, C. C. (2007). Physical Activity and Public Health in Older Adults: Recommendation from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 39, 1435-1445.
- Mora, M., Villalobos, D., Araya, G. & Ozols, A. (2004). Perspectiva subjetiva de la calidad de vida del adulto mayor, diferencias ligadas al género y a la práctica de la atividade físico recreativa. *Revista MHSalud*, 1 (1), 1-12.

- Moraes, H., Deslandes, A., Ferreira, C., Pompeu, F. A., Ribeiro & Laks, R. (2007). O exercício físico no tratamento da depressão em idosos: revisão sistemática. *Rev Psiquiatr RS.*, 29 (1), 70-79.
- Motta, C. C. (2011). *Depressão: Sua compreensão e significados à luz da prática dos Psicólogos no contexto de uma rede municipal de Saúde Mental*. (Dissertação de mestrado não publicada). Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil.
- Murray, C. & Lopez, A. (1997). Regional patterns of disability-free life expectancy and disability adjusted life expectancy: global burden of disease study. *The Lancet*, 349, 1347-1352.
- Murteira, B. J. F. (1993). *Análise exploratória de dado: Estatística Descritiva*. Lisboa: McGraw-Hill.
- Naarding, P. Tiemeier, H., Breteler, M. Schoevers, R. A., Jonker, C., Koudstaal, P. J. & Beekman, A. T. F. (2006). Clinically defined vascular depression in the general population. *Psychological Medicine*, 37 (3), 383-392.
- Neru, D. K., Lenardt, M. H., Betiolli, S. E., Michel, T. & Willig, M. H. (2011). Indicadores de Depressão em idosos institucionalizados. *Cogitare Enferm*, 16 (3), 418-423.
- Norton, J., Ancelin, M.L., Stewart, R., Berr, C., Ritchie, K. & Carrière, I. (2012). Anxiety symptoms and disorder predict activity limitations in the elderly. *Journal of Affective Disorders*, 141, 276-285.
- Nunes, V.M. A., Menezes, R. M. P. & Alchieri, C. (2010). Avaliação da Qualidade de Vida em idosos institucionalizados no município de Natal, Estado do Rio Grande do Norte. *Acta Scientiarum*, 32 (2), 119-126.
- O'Brien, J. T. (2006). Depression and Comorbidity. *American Journal Geriatric Psychiatry*, 14 (3), 187-190.
- Organização Mundial de Saúde (2004). Relatório Mundial de Saúde: O peso das perturbações mentais e comportamentais, *OMS*, 53-92.
- Oliveira, D., Gomes, L. & Oliveira, R. (2006). Prevalência de depressão em idosos que frequentam centros de convivência. *Revista Saúde Pública*, 40 (4), 734-736.
- Oliveira, I. T. & Peixoto, J. (2012). Envelhecimento da população imigrante: o caso português. *Migrações*, 10, 46-81.

- Oliveira, J. (2005). *Psicologia do Envelhecimento e do idoso*. Porto: Livpsic.
- Oliveira, K., Santos, A., Cruvinel, M. & Néri, A. (2006). Relação entre ansiedade, depressão e desesperança entre grupos de idosos. *Psicologia em Estudo*, 11 (2), 351-359.
- Orengo, C. A., Fullerton, G. & Tan, R. (2005). Depressão Masculina: Uma revisão das preocupações relacionadas com o género e terapêutica com testosterona. *Geriatrics*, 1 (2), 50-58.
- Ortiz, A. L. S. & Alvarado, H. G. (1998). Depresión en el anciano. *ANCIANO. UNAM*, 2, 140-151.
- Oxman, T. E. & Sengupta, A. (2002). Treatment of minor depression. *American Journal Geriatric Psychiatry*, 10 (3), 256 - 264.
- Palarea, M. D. D., Pascual, B. M., & Francés, F. C. (2002). Trastornos afectivos en el anciano. *Revista Multidisciplinar de Gerontologia*, 12 (1), 19-25.
- Pallant, J. (2007). *SPSS Survival Manual- A step by step guide to data analysis using SPPS for Windows third edition*. England: McGraw Hill Companies.
- Pallant, J. (2011). *SPSS Survival Manual- A step by step guide to data analysis using SPPS (4th ed.)*. Austrália: Allen & Unwin.
- Palmer, B. W., Jeste, D. V. & Sheikh, J. I. (1997). Anxiety disorders in the elderly: DSM-IV and other barriers to diagnosis and treatment. *Journal of Affective Disorders*, 46 (3), 183 - 190.
- Pereira, L. P. T. (2010). *Solidão e Depressão no idoso Institucionalizado*. (Dissertação de Mestrado não publicada). Universidade de Trás-dos-Montes e Alto Douro, Vila Real, Portugal.
- Pimental, S. I. (2010). *Manifestações Somáticas da Depressão no Idoso*. (Dissertação de mestrado não publicada). Universidade de Coimbra-Faculdade de Medicina, Coimbra.
- Pocinho, M. T. C. (2011). Suicídio: Interação dos Fatores Socioculturais e da Depressão na Ideação e Intenção Suicidária dos Idosos. *Interações: Sociedade e as Novas Modernidades*, 21.
- Pocinho, M. T.C., Farate, C., Dias, C. A., Lee, T. T. & Yesavage, J. A. (2009). Clinical and Psychometric Validation of the Geriatric Depression Scale (GDS) for Portuguese Elders. *Clinical Gerontologist*, 32 (2), 223-236.

- Porcu, M., Scantamburlo, V. M., Albrecht, N. R., Pagliarini, S., Vallim, F. L., Araújo, C., ... & Faiola, V. (2002). Estudo comparativo sobre a prevalência de sintomas depressivos em idosos hospitalizados, institucionalizados e residentes na comunidade. *Acta Scientiarum*, 24 (3), 713-717.
- Porensky, E. K., Dew, M. A., Karp, J. F., Skidmore, E., Rollman, B. L.,... & Lenze, E. J. (2009). The Burden of Late-Life Generalized Anxiety Disorder: Effects on Disability, Health-Related Quality of Life, and Healthcare Utilization. *American Journal Geriatric Psychiatry*, 17 (6), 473 - 482.
- Potvin, O., Bergua, V., Meillon, C., Goff, M., Bouisson, J., ... & Amieva, H. (2013). State anxiety and cognitive functioning in older adults. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 21 (9), 915-924.
- Powell, V., Abreu, N., Oliveira, I. & Sudak, D. (2008). Terapia Cognitivo-Comportamental na depressão. *Revista Brasileira Psiquiátrica*, 30 (II), 73-80.
- Prado, S. D. & Sayd, J.D. (2006).A gerontologia como campo do conhecimento científico: conceito, interesses e projeto político. *Ciências & Saúde coletiva*, 11 (2), 491-501.
- Ramírez, V. H. (2003).*Depresión, Fisiopatología y Tratamiento*. Centro Nacional de Información de Medicamentos. (Dissertação de mestrado não publicada). Facultad de Farmacia, Costa Rica.
- Reis, L., Torres, G., Araújo, C., Reis, L., Novae, L. (2009). Rastreamento cognitivo de idosos institucionalizados no município de Jequié-Ba. *Psicologia em Estudo*, 14 (2), 295-301.
- Reppermund, S., Brodaty, H., Crawford, J., Kochan, N., Slavin, M.,... & Sachdev, P. (2011). The relationship of current depressive symptoms and past depression with cognitive impairment and instrumental activities of daily living in an elderly population: The Sydney Memory and Ageing Study. *Journal of Psychiatric Research*, 45 (12), 1600-1607.
- Resende, M. C., Almeida, C. P., Favoreto, D., Miranda, E., Silva, G.,... & Galicioli, S. C. (2011). Saúde mental e envelhecimento. *Psico*, 42 (1), 31-40.
- Rey, B. N., Bezerra, A. B., Vilela, A. L., Keusen, A. L., Marinho, V. & Lak, J. (2006). Diagnóstico de demência, depressão e psicose em idosos por avaliação cognitiva breve. *Rev Assoc Med Bras*, 52 (6), 401-404.

- Rigaud, S., Bayle, C., Latour, F., Lenoir, H., Seux, O.,... & Rotrou, J. (2005). Troubles psychiques des personnes âgées. *Psychiatry of the elderly. EMC-Psychiatrie*, 2, 259-281.
- Rodríguez, P. P. (2007). *Diseño de intervención psicoterapéutica para combatir la depresión desarrollando resiliência*. (Dissertação de mestrado não publicada). Universidad de las Americas- Facultad de Humanidades, Ciencias Jurídicas Y Sociales, México.
- Roeloffs, C., Sherbourne, C., Unutzer, J., Fink, A., Tang, L. & Wells K. (2003). Stigma and depression among primary care patients. *General Hospital Psychiatry*, 25 (5), 311-315.
- Rogiers, R. & Poelman, T. (2005). Prise en charge au domicile de la dépression chez la personne âgée. *Minerva*, 4 (10), 157-159.
- Rosenberg, D., Depp, C., Vahia, I., Reichstadt, J., Palmer, B.,... & Jeste, D. (2010). Exergames for Subsyndromal Depression in Older Adults: A Pilot Study of a Novel Intervention. *American Journal Geriatric Psychiatry*, 18 (3), 221-226.
- Sábado, J. T. & Benito, J. G. (2003). Variables Reacionadas com la Ansiedad ante la muerte. *Revista de Psicologia Gral. Y Aplic.*, 56 (3), 257-279.
- Santos, C. M. F. (2002). Depresión en el anciano. *Medicina General*, 40, 28-31.
- Santos, S. S. (2010). Conceções teórico-filosóficas sobre envelhecimento, velhice, idoso e enfermagem gerontogerátrica. *Rev Bras Enferm*, 63 (6), 1035-1039.
- Santos, V. & Candeloro, R. (2006). *Trabalhos acadêmicos: Uma orientação para a pesquisa e normas técnicas*. Porto Alegre: AGE.
- Saxena S, Ommeren MV, Tang KC & Armstrong TP. (2005). Mental health benefits of physical activity. *Journal of Mental Health*, 14 (5), 445-451.
- Schneider, R.H. & Irigaray, T. Q. (2008). O envelhecimento na atualidade: aspetos cronológicos, biológicos e sociais. *Estudos de Psicologia*, 25 (4), 585-593.
- Scorza, F., Guerra, A., Cavalheiro, E. & Calil, H. (2005). Neurogênese e depressão: etiologia ou nova ilusão?. *Revista Brasileira Psiquiatrica*, 27 (3), 249-253.
- Scott, J. (2000). Where There's a Will...Cognitive Therapy for people with chronic depressive disorders. In N. TARRIER, A. WELLS & G. HADDOCK, *Treating complex cases: The cognitive behavioural therapy approach*, (pp.81-105). England: Wiley.

- Segalla, R. & Spinelli, R. B. (2011). Avaliação Nutricional de Idosos Institucionalizados na Sociedade Beneficente Jacinto Godoy, em Erechim. *Revista Perspetiva*, 35 (129), 189-201.
- Serrano, M. J. & Ferrer, J. T. (2001). Prevalencia de depresión en mayores de 65 años. Perfil del anciano de riesgo. *Atención Primaria*, 27 (7), 78-86.
- Sharp, L. & Lipsky, M. (2002). Screening for depression across the lifespan:a review of measures for use in primary care settings. *American Family Physician*, 66 (6), 1001-1008.
- Shirley, P., Leung, Y., & Mak, W. (2000). Depression in Institutionalised older people with impaired vision. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 15, 1120-1124
- Silva, E. M. M., Silva Filho, C. E., Fajardo, R. S., Fernandes, A. Ú. R., Marchiori, A. V. (2005). Mudanças Fisiológicas e Psicológicas na Velhice Relevantes no tratamento odontológico. *Revista Ciência em Extensão*, 2 (1),62-74.
- Silva, F. T., Araújo, R. F., Moura, G. S. & Gama, M. M. A. (2008). Ansiedade-traço em estudantes universitários de Aracaju, *Rev Psiquiátrica*, 30 (1), 19-24.
- Skoog, I. (2011). Psychiatric Disorders in the Elderly. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 56 (7), 387-398.
- Slater, R. (1995). *The psychology of growing old - looking forward*. Buckingham: Open University.
- Slone, L.B., Norris, F.H., Murphy, A.D., Baker, C.K., Perilla, J.L., Díaz, D., Gutiérrez Rodríguez, F. y Gutiérrez Rodríguez, J.J. (2006). Epidemiology of major depression in 4 cities in Mexico. *Depression and Anxiety*, 23 (3), 158-16.
- Snowden, M., Steinman, L. & Frederick, J. (2008). Treating Depression in Older Adults: Challenges to Implementing the Recommendations of an Expert Panel. *Preventing Chronic disease: Publish Health research, practice and policy*, 5 (1), 1-7.
- Soares, E., Oliveira, T. P., Komatsu, P. S., Demartini, S. M., Suziki, M., Rodrigues, M.,... & Horimoto, A. T. (2010). Projeto memória e envelhecimento: capacitando profissionais e aprimorando aspetos cognitivos em idosos institucionalizados. *RBCEH, Passo Fundo*, 7 (1), 62-73.

- Soeiro, M. S. (2010). *Envelhecimento português, Desafios Contemporâneos- políticas e programas sociais- (Estudo de Caso)*. (Dissertação de Mestrado não publicada). Universidade Nova de Lisboa- Faculdade de Ciências Sociais e Humanas, Lisboa.
- Stanley, M., Wilson, N., Novy, D., Rhoades, H., Wagener, A.,... & Kunik, M. (2009). Cognitive Behavior Therapy for Generalized Anxiety Disorder Among Older Adults in Primary Care. *JAMA*, 301 (14), 1460-1467.
- Steffens, D. C. (2009). A multiplicity of approaches to characterize the depression geriatric and its evolution. *Current Opinion in Psychiatry*, 2 (6), 516-520.
- Steffens, D. C., Levy, R. M., Wagner, R., Mcquoid, D. R., Krishnan, K. R. & Carroll, B. J. (2006). Sociodemographic and Clinical Predictors of Mortality in Geriatric Depression. *American Journal Geriatric Psychiatry*, 10 (4), 531-540.
- Steffens, D., Skoog, I., Norton, M., Hart, A., Tschanz, J., Plassman, B.,...& Breitner, M. (2000). Prevalence of depression and its treatment in an elderly population. *Arch Gen Psychiatry*, 57 (6), 601-607.
- Stek, M., Vinkers, D., Gussekloo, J., Van Der Mast, R., Beekman, A. & Westendorp, R. (2006). Natural history of depression in the oldest old population-based prospective study. *British Journal of Psychiatry*, 188, 65-69.
- Stella, F., Gobbi, S., Corazza, D. I. & Costa, J. L. R. (2002). Depressão no Idoso: Diagnóstico, Tratamento e Benefícios da Atividade Física. *Revista Motriz*, 8 (3), 91-98.
- Strain, L., Philip, D., & Blandford, A. (2006). Depressive symptoms among older adults in urban and rural áreas. *Internacional Journal of Geriatric Psychiatry*, 21, 1175-1180.
- Sun, X., Lucas, H., Meng, Q. & Zhang, Y. (2011). Associations between living arrangements and health-related quality of life of urban elderly people: a study from China. *Qual Life Res*, 20, 359 - 369.
- Takeda, M. & Tanaka, T. (2010). Depression in the Elderly. *Geriatrics & Gerontology*, 10, 277-279.
- Tam, C. W. & Chiu, H. F. (2011). Depression and Suicide in the Elderly. *Medical Bulletin*, 16 (9), 13-16.
- Tavares, L. (2007). *Estimulação em idosos institucionalizados: Efeitos da prática de atividades cognitivas e atividades físicas*. (Dissertação de Mestrado não publicada).

Universidade Federal de Santa Catarina- Centro de Filosofia e Ciências Humanas,
Florianópolis, Brasil.

- Taylor, K. B., Castriott, N. M., Lenze, E. J., Stanley, M. A. & Craske, M. G. (2010). Anxiety disorders in older adults: A Comprehensive review. *Depression and Anxiety*, 27, 190-211.
- Teixeira, L. M. F. (2010). *Solidão, Depressão e Qualidade de vida em idosos: Um estudo avaliativo exploratório e implementação-piloto de um programa de intervenção*. (Dissertação de mestrado não publicada). Faculdade de Psicologia- Secção de Psicologia Clínica e da Saúde, Lisboa.
- Throp, S., Ayers, C., Nuevo, R., Stoddard, J., Sorrell, J. & Wetherell, J. (2009). Meta-analysis Comparing Different Behavioral Treatments for Late-Life Anxiety. *American Journal Geriatric Psychiatry*, 17 (2), 105 - 115.
- Tier, G. C., Fontana, T. R. & Soares, V.N. (2004). Refletindo sobre os idosos institucionalizados. *Revista Brasileira*, 57 (3), 332-335.
- Torija, J. R., Mayor, J. M., Salazar, M. P., Buisán, L. T. & Fernández, R. M. (2007). Síntomas depresivos en personas mayores. Prevalencia y factores asociados. *Gac Sanit.*, 21 (1), 37-42.
- Varano, E., Hinton, L. Barker, J. & Unutzer, J. (2010). Clinician Approaches and Strategies for Engaging Older Men in Depression Care. *American Journal Geriatric Psychiatry*, 18 (7), 586 - 595.
- Vaz, S. F. A. (2009). *A Depressão no Idoso Institucionalizados: Estudo em Idosos residentes nos Lares do Distrito de Bragança*. (Dissertação de mestrado não publicada). Universidade do Porto- Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Porto.
- Velandia, R. A. (2001). La depresión en ancianos. *Interpsiquis*, 2, 1-21.
- Vélez, D. M. A. (2005). *Adaptación y validación castellana del cuestionario de Depresión estado/rasgo (ST/DEP)*. (Dissertação de mestrado não publicada). Universidad de Granada-Facultad de Psicología, Granada.
- Vink, D., Aartsen, M. J. & Schoevers, R. A. (2008). Risk factors for anxiety and depression in the elderly: A review. *Journal of Affective Disorders* 106, 29 - 44.

- Vintém, J., Guerreiro, M. & Carvalho, H. (2008). *Diferenças de género e desigualdades sociais: A saúde e doença em Portugal. (Dissertação de Mestrado)*. Instituto superior de ciências do trabalho e da empresa, Lisboa.
- Vivan, A. S. & Argimon, I. I. (2009). Estratégias de enfrentamento, dificuldades funcionais e fatores associados em idosos institucionalizados. *Cad. Saúde Pública*, 25 (2), 436-444.
- Wetherell, J. L., Lenze, E. J. & Stanley, M. A. (2005). Evidence-Based Treatment of Geriatric Anxiety Disorders. *Psychiatric Clinics North America*, 28, 871 - 896.
- Wilkinson, G., Moore, B. & Moore, P. (2005). *Guia Prático do Tratamento da Depressão*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Xavier, F., Moriguchi, E. H., Poyares, D., Bertollucci, P. H., Argimon, I., Trenti, M. C., Ferraz, M. & (2001). Transtorno de ansiedade generalizada em idosos com oitenta anos ou mais. *Revista de Saúde Pública*, 35 (3), 294-302.
- Zhang, Z. & Hayward, M. (2001). Childlessness and the psychological well-being of older persons. *Journal Gerontology B Psychological Sci Soc Sci*, 56 (5), 311-20.

ANEXOS