

UNIVERSIDAD DE EXTREMADURA

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA Y SOCIOLOGÍA DE LA EDUCACIÓN



A Depressão no Idoso (La Depresión en los Mayores)

**Causas pessoais e sociológicas no idoso residente em lares,
frequentador de centros de dia e residente no domicílio no
Distrito de Bragança**

Trabalho realizado no âmbito do curso de doutoramento "*desarrollo y intervención psicológica*" da Universidad da Extremadura, dirigida por D. Florencio Vicente de Castro.

EMÍLIA EDUARDA RODRIGUES DE MAGALHÃES

BADAJOS, MARÇO DE 2004

A Depressão no Idoso

TESIS DOCTORAL



A Depressão no Idoso (La Depresión en los Mayores)

**Causas pessoais e sociológicas no idoso residente em lares,
frequentador de centros de dia e residente no domicílio no
Distrito de Bragança**

Tesis Doctoral presentada por Emília Eduarda Rodrigues de Magalhães

Dirigido por el Professor Dr. D. Florencio Vicente Castro, Catedrático de
Psicología Evolutiva y de la Educación de la Universidad da Extremadura.

VISTO BUENO PARA SU DEFENSA

EL DIRECTOR DE LA TESIS.

FDO. FLORENCIO VICENTE CASTRO

EMÍLIA EDUARDA RODRIGUES DE MAGALHÃES

BADAJOS, MARÇO DE 2004

A Depressão no Idoso

UNIVERSIDADE DA EXTREMADURA

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA E SOCIOLOGIA DA EDUCAÇÃO



A Depressão no Idoso

**Causas pessoais e sociológicas no idoso residente em lares,
frequentador de centros de dia e residente no domicílio no
Distrito de Bragança**

Trabalho realizado no âmbito do curso de doutoramento *“desarrollo y intervención psicológica”* da Universidad da Extremadura, dirigida por D. Florencio Vicente de Castro.

EMÍLIA EDUARDA RODRIGUES DE MAGALHÃES

BADAJOS, MARÇO DE 2004

A presente dissertação foi financiada pelo programa de Desenvolvimento Educativo para Portugal - PRODEP III, do Fundo Social Europeu.

Agradecimentos

Ao Prof. Florencio pelo entusiasmo que desde o princípio me transmitiu, pela confiança que depositou, pelas ajudas e incentivos permanentes no prosseguir e pela amizade com que sempre me acolheu.

À Ana e ao Zé.

Siglas

ACP	ANÁLISE DE COMPONENTES PRINCIPAIS
AED	ANÁLISE EXPLORATÓRIA DOS DADOS
AFC	ANÁLISE FACTORIAL DE CORRESPONDÊNCIAS
AFCB	ANÁLISE FACTORIAL DE CORRESPONDÊNCIAS BINÁRIAS
AFCM	ANÁLISE FACTORIAL DE CORRESPONDÊNCIAS MÚLTIPLAS
AM	ANÁLISE MULTIVARIADA
AVD	ACTIVIDADES DE VIDA DIÁRIA
BDI	INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO DE BECK (IDB)
CD's	CENTROS DE DIA
DSM-IV	DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL FOR MENTAL DISORDER, IV ED.
ECA	EPIDEMOLOGIC CATCHMENT ÁREA
EDG	ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA
GDS	GERIATRIC DEPRESSION SCALE
GGR's	RECURSOS GENERALIZADOS DE RESISTÊNCIA
HAM-D	ESCALA DE AVALIAÇÃO DE HAMILTON PARA A DEPRESSÃO
ICAC	INVENTÁRIO CLÍNICO DE AUTO-CONCEITO DE VAZ SERRA
IDB	INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO DE BECK (IDB)
IEFP	INSTITUTO DE EMPREGO E FORMAÇÃO PROFISSIONAL
INE	INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA
INSERSO	INSTITUTO NACIONAL DE SERVIÇOS SOCIAIS
IST	INSTITUTO SUPERIOR TÉCNICO
NCHS	NATIONAL CENTER FOR HEALTH STATISTICS
LI's	LARES DE IDOSOS
ONU	ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS
NK	NATURAL KILLER
RS's	NAS SUAS RESIDÊNCIAS (EM SUAS CASAS)

Índice Geral

	Agradecimientos	ix
	Siglas	xi
	Índice Geral.....	xiii
	Tabelas.....	xvii
	Quadros	xviii
	Gráficos.....	xxvii
	Figuras	xxviii
	Resumen	xxxix
1.1	DISEÑO METODOLÓGICO	XXXII
	1.1.1 objeto y tipo de investigación.....	xxxii
	1.1.2 hipótesis de investigación.....	xxxiii
1.2	LAS VARIABLES	XXXIV
	1.2.1 la variable dependiente	xxxiv
	1.2.2 las variables independientes	xxxv
1.3	FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS	XXXV
1.4	DEFINICIÓN DE LA POBLACIÓN Y SELECCIÓN DE LA MUESTRA	XXXVI
	1.4.1 población/ muestra	xxxvi
	1.4.2 recursos utilizados/ dificultades.....	xxxvii
1.5	INSTRUMENTO DE RECOGIDA DE DATOS/ EL CUESTIONARIO	XXXVIII
	1.5.1 el Cuestionario	xxxviii
	1.5.2 Escalas	xxxviii
	Escala de Depresión Geriátrica.....	xxxix
	índice de actividades instrumentales de Lawton & Brody	xl
	Inventario clínico de auto-concepto (ICAC).....	xl
	1.5.3 límites del estudio y aspectos éticos	xli
	1.5.4 Sobre los Cuestionarios algunas cuestiones y dificultades.....	xli
1.6	EL TRATAMIENTO ESTADÍSTICO	XLII
	1.6.1 Algunas reflexiones sobre el muestreo	xlii
	1.6.2 Muestreo en la Ciudad - estratificación	xlii
1.7	TIPO DE ESTUDIO.....	XLII
	Análisis Exploratorio de los Datos - Univariado	xliv
	Análisis Exploratorio de los Datos - Multivariado	lix

Regresión "Stepwise" – Escala de Depresión Geriátrica	lx
Análisis de Componentes Principales (ACP)	lx
Análisis Factorial de Correspondencias Múltiples	lxii
Resumo	lxxiii
Abstract	lxxv

INTRODUÇÃO **77**

CAPÍTULO I O ENVELHECIMENTO HUMANO **83**

1.1	ENVELHECIMENTO DEMOGRÁFICO: TENDÊNCIAS.	83
1.2	CONCEITO E CARACTERÍSTICAS DO ENVELHECIMENTO HUMANO	91
1.3	TEORIAS DO ENVELHECIMENTO	96
	Teorias Biológicas do Envelhecimento	97
	Teorias Psicológicas e Sociais do Envelhecimento	103
1.4	O ENVELHECIMENTO NORMAL. TENDÊNCIAS GERAIS	110
	Mudanças a nível psicológico	111
	Factores que influenciam o envelhecimento cognitivo	115
	Mudanças associadas ao funcionamento físico	118
	Mudanças na área social	121
	A Reforma	121
	Transição e etapas do processo de reforma	125
	A imagem social das pessoas idosas	126
	Adaptação à velhice	130
	Auto-conceito	132
	Perdas e viuvez/ Solidão e isolamento	135
	Sexualidade	138
1.5	AS REDES DE APOIO SOCIAL	142
	Os direitos específicos dos idosos	146
1.6	PARTICIPAÇÃO DA FAMÍLIA NO APOIO SOCIAL	147
1.7	O IDOSO E O SEU AMBIENTE RESIDENCIAL	148
1.8	AS INSTITUIÇÕES DE IDOSOS. LARES, CENTROS DE DIA	150
1.9	EVOLUÇÃO DOS SISTEMAS DE ATENDIMENTO GERONTOLÓGICO ...	152
1.10	PROBLEMAS SOCIAIS DO IDOSO	157
1.11	PROGRAMAS INTERGERACIONAIS	158

CAPÍTULO II	ALTERAÇÕES COMPORTAMENTAIS.....	161
2.1	PERTURBAÇÕES DO HUMOR	161
2.2	PERTURBAÇÃO DEPRESSIVA MAJOR	164
	Características do Episódio Depressivo Major	164
2.3	DEPRESSÃO BIPOLAR OU MANÍACO DEPRESSIVA	166
	Os critérios para Episódio Misto são os seguintes:	167
	Coincidências e discrepâncias no estudo da depressão.	167
	Intervenções psicoterapêuticas na depressão: A abordagem cognitivo- comportamental da depressão.	169
2.4	PERTURBAÇÕES DEPRESSIVAS NO IDOSO.....	171
2.5	STRESS E DEPRESSÃO	177
	Recursos e estratégias para lidar com o stress – Coping	179
2.6	DEPRESSÃO E DOENÇA FÍSICA	183
CAPÍTULO III	O OBJECTO DE ESTUDO	185
3.1	DESENHO METODOLÓGICO	185
	3.1.1 objecto e tipo de investigação.....	185
	3.1.2 hipóteses de investigação	186
3.2	AS VARIÁVEIS	187
	3.2.1 a variável dependente	187
	3.2.2 as variáveis independentes	187
3.3	FORMULAÇÃO DE HIPÓTESES	187
3.4	DEFINIÇÃO DA POPULAÇÃO E SELECÇÃO DA AMOSTRA	188
	3.4.1 população/ amostra.....	188
	3.4.2 recursos utilizados/ dificuldades.....	191
3.5	INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS/ O QUESTIONÁRIO	192
	3.5.1 o Questionário	192
	3.5.2 as Escalas	192
	Escala de Depressão Geriátrica	193
	índice de actividades instrumentais de Lawton & Brody.....	194
	inventário clínico de auto-conceito (ICAC)	195
	3.5.3 limites do estudo e aspectos éticos.....	195
	3.5.4 sobre os Questionários algumas questões e dificuldades.....	195
3.6	O TRATAMENTO ESTATÍSTICO	196

3.6.1	Algumas reflexões sobre a amostragem.....	196
3.6.2	amostragem na Cidade – estratificação.....	197
3.7	TIPO DE ESTUDO	197
3.8	APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS	199
	Análise Univariada dos Resultados.....	199
	Análise Multivariada dos Resultados	361
	Regressão “Stepwise” – Escala de Depressão Geriátrica	384
	Análise de Componentes Principais.....	389
	Análise Factorial de Correspondências Múltiplas	401
3.8.1	matriz de BURT	401
CAPÍTULO IV DAS CONCLUSÕES		451
4.1	ALGUMAS CONCLUSÕES POSSÍVEIS	451
	Resumo das Observações:.....	451
CAPÍTULO V ANEXOS – QUESTIONÁRIOS		479
	Questionário.....	481
	Escala de Depressão Geriátrica¹	493
	Aplicação da Escala ¹ :.....	493
	Application of the Geriatric Depression Scale (GDS).....	493
	Grelha de Classificação	494
	Escala de Depressão Geriátrica	495
	GERIATRIC DEPRESSION SCALE	495
	Índice de Actividades Instrumentais de LAWTON & BRODY [1969]¹	499
	Grelha de Classificação	499
	Índice de Actividades Instrumentais de LAWTON & BRODY [1969].....	501
	Inventário Clínico de auto-conceito VAZ SERRA In: I CONGRESSO	
	PORTUGUÊS DE TERAPIA COMPORTAMENTAL [1985]	505
	Instruções:.....	505
	Bibliografia	513

Tabelas

Tabela III-1 – Evolução da População Anos de 1999 e 2001	188
Tabela III-2 – Listagem das Instituições sobre as quais recai a amostragem	189
Tabela III-3 – Classificação Nacional de Profissões	220
Tabela III-4 – Classificação de Doenças.....	294
Tabela III-5 – Lista de Variáveis, modalidades e correspondentes mnemónicas	402
Tabela III-6 – Lista Ordenada de Variáveis, modalidades e correspondentes mnemónicas	412
Tabela III-7 –Variáveis (modalidades) que mais contribuem para o Factor 1	423
Tabela III-8 –Variáveis (modalidades) que mais contribuem para o Factor 2.....	432
Tabela III-9 –Variáveis (modalidades) que mais contribuem para o Factor 3.....	440
Tabela III-10 –Variáveis (modalidades) que mais contribuem para o Factor 4.....	440

Quadros

Quadro III-1 – Centros de Dia – Sexo <i>vs</i> Idade (2)	199
Quadro III-2 – Lares de Idosos – Sexo <i>vs</i> Idade (2)	200
Quadro III-3 – Em Casa – Sexo <i>vs</i> Idade (2)	202
Quadro III-4 – Centros de Dia – Sexo <i>vs</i> Grupos de Idade (2a).....	203
Quadro III-5 – Lares de Idosos – Sexo <i>vs</i> Grupos de Idade (2a).....	204
Quadro III-6 – Em Casa – Sexo <i>vs</i> Grupos de Idade (2a).....	205
Quadro III-7 – Centros de Dia – Sexo <i>vs</i> Proveniência (3)	206
Quadro III-8 – Lares de Idosos – Sexo <i>vs</i> Proveniência (3)	206
Quadro III-9 – Em Casa – Sexo <i>vs</i> Proveniência (3)	207
Quadro III-10 – Centros de Dia – Sexo <i>vs</i> Estado civil: (4)	208
Quadro III-11 – Lares de Idosos – Sexo <i>vs</i> Estado civil: (4).....	209
Quadro III-12 – Em Casa – Sexo <i>vs</i> Estado civil: (4).....	210
Quadro III-13 – Centros de Dia – Sexo <i>vs</i> Escolaridade: (5).....	211
Quadro III-14 – Lares de Idosos – Sexo <i>vs</i> Escolaridade: (5).....	211
Quadro III-15 – Em Casa – Sexo <i>vs</i> Escolaridade: (5).....	212
Quadro III-16 – Centros de Dia – Sexo <i>vs</i> Qual a profissão que exercia ou exerce? (6) 213	
Quadro III-17 – Lares de Idosos – Sexo <i>vs</i> Qual a profissão que exercia ou exerce? (6) 215	
Quadro III-18 – Em Casa – Sexo <i>vs</i> Qual a profissão que exercia ou exerce? (6).....	218
Quadro III-19 – Centros de Dia – Sexo <i>vs</i> Qual a profissão que exercia ou exerce? (6) – segundo a Classificação Nacional de Profissões	220
Quadro III-20 – Lares de Idosos – Sexo <i>vs</i> Qual a profissão que exercia ou exerce? (6)– segundo a Classificação Nacional de Profissões	221
Quadro III-21 – Em Casa – Sexo <i>vs</i> Qual a profissão que exercia ou exerce? (6)– segundo a Classificação Nacional de Profissões	223
Quadro III-22 – Centros de Dia – Sexo <i>vs</i> Qual a sua situação perante o trabalho? (7) .	224
Quadro III-23 – Lares de Idosos – Sexo <i>vs</i> Qual a sua situação perante o trabalho? (7) 225	
Quadro III-24 – Em Casa – Sexo <i>vs</i> Qual a sua situação perante o trabalho? (7)	226
Quadro III-25 – Centros de Dia – Sexo <i>vs</i> Com que idade se reformou? (8)	227
Quadro III-26 – Lares de Idosos <i>vs</i> Sexo <i>vs</i> Com que idade se reformou? (8).....	228
Quadro III-27 – Em Casa – Sexo <i>vs</i> Com que idade se reformou? (8)	229
Quadro III-28 – Centros de Dia – Sexo <i>vs</i> Tipo de Reforma: (9)	230
Quadro III-29 – Lares de Idosos – Sexo <i>vs</i> Tipo de Reforma: (9).....	230
Quadro III-30 – Em Casa – Sexo <i>vs</i> Tipo de Reforma: (9).....	231
Quadro III-31 – Centros de Dia – Sexo <i>vs</i> Porque motivo deixou de trabalhar? (10).....	232
Quadro III-32 – Lares de Idosos – Sexo <i>vs</i> Porque motivo deixou de trabalhar? (10).....	234
Quadro III-33 – Em Casa – Sexo <i>vs</i> Porque motivo deixou de trabalhar? (10).....	237
Quadro III-34 – Centros de Dia – Sexo <i>vs</i> Nível actual de Rendimento Mensal (€uro): (11)	238
Quadro III-35 – Lares de Idosos – Sexo <i>vs</i> Nível actual de Rendimento Mensal (€uro): (11)	238

Quadro III-36 – Em Casa – Sexo <i>vs</i> Nível actual de Rendimento Mensal (€uro): (11)	239
Quadro III-37 – Centros de Dia – Sexo <i>vs</i> De onde lhe vem o Rendimento? (12)	240
Quadro III-38 – Lares de Idosos – Sexo <i>vs</i> De onde lhe vem o Rendimento? (12)	241
Quadro III-39 – Em Casa – Sexo <i>vs</i> De onde lhe vem o Rendimento? (12)	242
Quadro III-40 – Centros de Dia – Sexo <i>vs</i> O Dinheiro chega-lhe até ao fim do Mês? (13)	243
Quadro III-41 – Lares de Idosos – Sexo <i>vs</i> O Dinheiro chega-lhe até ao fim do Mês? (13)	244
Quadro III-42 – Em Casa – Sexo <i>vs</i> O Dinheiro chega-lhe até ao fim do Mês? (13)	245
Quadro III-43 – Centros de Dia – Sexo <i>vs</i> Com quem vive actualmente? (14)	245
Quadro III-44 – Lares de Idosos – Sexo <i>vs</i> Com quem vive actualmente? (14)	246
Quadro III-45 – Em Casa – Sexo <i>vs</i> Com quem vive actualmente? (14)	247
Quadro III-46 – Centros de Dia – Sexo <i>vs</i> Tipo de Habitação: (15)	248
Quadro III-47 – Lares de Idosos – Sexo <i>vs</i> Tipo de Habitação: (15)	248
Quadro III-48 – Em Casa – Sexo <i>vs</i> Tipo de Habitação: (15)	249
Quadro III-49 – Centros de Dia – Sexo <i>vs</i> Habitação: (16)	250
Quadro III-50 – Lares de Idosos – Sexo <i>vs</i> Habitação: (16)	250
Quadro III-51 – Em Casa – Sexo <i>vs</i> Habitação: (16)	251
Quadro III-52 – Centros de Dia – Sexo <i>vs</i> Condições de Habitação: (17)	252
Quadro III-53 – Lares de Idosos – Sexo <i>vs</i> Condições de Habitação: (17)	252
Quadro III-54 – Em Casa – Sexo <i>vs</i> Condições de Habitação: (17)	253
Quadro III-55 – Centros de Dia – Sexo <i>vs</i> Durante o dia convive com outras pessoas? (18)	254
Quadro III-56 – Lares de Idosos – Sexo <i>vs</i> Durante o dia convive com outras pessoas? (18)	255
Quadro III-57 – Em Casa – Sexo <i>vs</i> Durante o dia convive com outras pessoas? (18)	256
Quadro III-58 – Centros de Dia – Sexo <i>vs</i> No seu dia a dia sente-se só? (19)	257
Quadro III-59 – Lares de Idosos – Sexo <i>vs</i> No seu dia a dia sente-se só? (19)	257
Quadro III-60 – Em Casa – Sexo <i>vs</i> No seu dia a dia sente-se só? (19)	258
Quadro III-61 – Centros de Dia – Sexo <i>vs</i> Considera que a sua família se preocupa verdadeiramente consigo? (20)	259
Quadro III-62 – Lares de Idosos – Sexo <i>vs</i> Considera que a sua família se preocupa verdadeiramente consigo? (20)	260
Quadro III-63 – Em Casa – Sexo <i>vs</i> Considera que a sua família se preocupa verdadeiramente consigo? (20)	260
Quadro III-64 – Centros de Dia – Sexo <i>vs</i> Actualmente o que é que mais o(a) preocupa? (21)	261
Quadro III-65 – Lares de Idosos – Sexo <i>vs</i> Actualmente o que é que mais o(a) preocupa? (21)	262
Quadro III-66 – Em Casa – Sexo <i>vs</i> Actualmente o que é que mais o(a) preocupa? (21)	263
Quadro III-67 – Centros de Dia – Sexo <i>vs</i> Que tipo de Apoio considera mais importante para si? (22)	263

Quadro III-68 – Lares de Idosos – Sexo <i>vs</i> Que tipo de Apoio considera mais importante para si? (22).....	264
Quadro III-69 – Em Casa – Sexo <i>vs</i> Que tipo de Apoio considera mais importante para si? (22)	265
Quadro III-70 – Centros de Dia – Sexo <i>vs</i> Quem na sua opinião pode ou deve prestar-lhe Apoio e Cuidados? (23)	266
Quadro III-71 – Lares de Idosos – Sexo <i>vs</i> Quem na sua opinião pode ou deve prestar-lhe Apoio e Cuidados? (23)	267
Quadro III-72 – Em Casa – Sexo <i>vs</i> Quem na sua opinião pode ou deve prestar-lhe Apoio e Cuidados? (23).....	268
Quadro III-73 – Centros de Dia – Sexo <i>vs</i> Mencione o que são para si as três piores “coisas” do envelhecimento: (24a)	269
Quadro III-74 – Lares de Idosos – Sexo <i>vs</i> Mencione o que são para si as três piores “coisas” do envelhecimento: (24a)	270
Quadro III-75 – Em Casa – Sexo <i>vs</i> Mencione o que são para si as três piores “coisas” do envelhecimento: (24a).....	272
Quadro III-76 – Centros de Dia – Sexo <i>vs</i> Mencione o que são para si as três piores “coisas” do envelhecimento: (24b)	274
Quadro III-77 – Lares de Idosos – Sexo <i>vs</i> Mencione o que são para si as três piores “coisas” do envelhecimento: (24b)	275
Quadro III-78 – Em Casa – Sexo <i>vs</i> Mencione o que são para si as três piores “coisas” do envelhecimento: (24b).....	278
Quadro III-79 – Centros de Dia – Análise de Contingência: Como classifica a sua saúde física em geral? (25) <i>vs</i> Sexo	279
Quadro III-80 – Lares de Idosos – Análise de Contingência: Como classifica a sua saúde física em geral? (25) <i>vs</i> Sexo	280
Quadro III-81 – Em Casa – Análise de Contingência: Como classifica a sua saúde física em geral? (25) <i>vs</i> Sexo	280
Quadro III-82 – Centros de Dia – Análise de Contingência: Tem problemas de Saúde? (26) <i>vs</i> Sexo	281
Quadro III-83 – Lares de Idosos – Análise de Contingência: Tem problemas de Saúde? (26) <i>vs</i> Sexo	281
Quadro III-84 – Em Casa – Análise de Contingência: Tem problemas de Saúde? (26) <i>vs</i> Sexo	282
Quadro III-85 – Centros de Dia – Sexo <i>vs</i> Tem problemas de Saúde? (26an)	283
Quadro III-86 – Lares de Idosos – Sexo <i>vs</i> Tem problemas de Saúde? (26a).....	285
Quadro III-87 – Em Casa – Sexo <i>vs</i> Tem problemas de Saúde? (26a).....	292
Quadro III-88 – Centros de Dia – Sexo <i>vs</i> Tem problemas de Saúde? (26an).....	294
Quadro III-89 – Lares de Idosos – Sexo <i>vs</i> Tem problemas de Saúde? (26an).....	297
Quadro III-90 – Em Casa – Sexo <i>vs</i> Tem problemas de Saúde? (26an).....	300
Quadro III-91 – Centros de Dia – Análise de Contingência: Existência de depressões anteriores aos 65 anos? (27) <i>vs</i> Sexo	302
Quadro III-92 – Lares de Idosos – Análise de Contingência: Existência de depressões anteriores aos 65 anos? (27) <i>vs</i> Sexo	302

Quadro III-93 – Em Casa – Análise de Contingência: Existência de depressões anteriores aos 65 anos? (27) <i>vs</i> Sexo	303
Quadro III-94 – Centros de Dia – Análise de Contingência: Sente-se deprimido(a) actualmente? (28) <i>vs</i> Sexo	303
Quadro III-95 – Lares de Idosos – Análise de Contingência: Sente-se deprimido(a) actualmente? (28) <i>vs</i> Sexo	304
Quadro III-96 – Em Casa – Análise de Contingência: Sente-se deprimido(a) actualmente? (28) <i>vs</i> Sexo	304
Quadro III-97 – Centros de Dia – Análise de Contingência: Frequência de queixas dolorosas? (29) <i>vs</i> Sexo	305
Quadro III-98 – Lares de Idosos – Análise de Contingência: Frequência de queixas dolorosas? (29) <i>vs</i> Sexo	305
Quadro III-99 – Em Casa – Análise de Contingência: Frequência de queixas dolorosas? (29) <i>vs</i> Sexo	306
Quadro III-100 – Centros de Dia – Análise de Contingência: Intensidade das queixas dolorosas: (29.1) <i>vs</i> Sexo	306
Quadro III-101 – Lares de Idosos – Análise de Contingência: Intensidade das queixas dolorosas: (29.1) <i>vs</i> Sexo	307
Quadro III-102 – Em Casa – Análise de Contingência: Intensidade das queixas dolorosas: (29.1) <i>vs</i> Sexo	307
Quadro III-103 – Centros de Dia – Análise de Contingência: É-lhe difícil lidar com a dor ou o desconforto? (30) <i>vs</i> Sexo	308
Quadro III-104 – Lares de Idosos – Análise de Contingência: É-lhe difícil lidar com a dor ou o desconforto? (30) <i>vs</i> Sexo	308
Quadro III-105 – Em Casa – Análise de Contingência: É-lhe difícil lidar com a dor ou o desconforto? (30) <i>vs</i> Sexo	309
Quadro III-106 – Centros de Dia – Análise de Contingência: Em que medida a dor o(a) impede de realizar as actividades do dia a dia? (31) <i>vs</i> Sexo	309
Quadro III-107 – Lares de Idosos – Análise de Contingência: Em que medida a dor o(a) impede de realizar as actividades do dia a dia? (31) <i>vs</i> Sexo	310
Quadro III-108 – Em Casa – Análise de Contingência: Em que medida a dor o(a) impede de realizar as actividades do dia a dia? (31) <i>vs</i> Sexo	310
Quadro III-109 – Centros de Dia – Análise de Contingência: Tem dificuldade em adormecer? (32) <i>vs</i> Sexo	311
Quadro III-110 – Lares de Idosos – Análise de Contingência: Tem dificuldade em adormecer? (32) <i>vs</i> Sexo	311
Quadro III-111 – Em Casa – Análise de Contingência: Tem dificuldade em adormecer? (32) <i>vs</i> Sexo	312
Quadro III-112 – Centros de Dia – Análise de Contingência: Sente-se cansado(a) e sem energia? (33) <i>vs</i> Sexo	312
Quadro III-113 – Lares de Idosos – Análise de Contingência: Sente-se cansado(a) e sem energia? (33) <i>vs</i> Sexo	313
Quadro III-114 – Em Casa – Análise de Contingência: Sente-se cansado(a) e sem energia? (33) <i>vs</i> Sexo	313

Quadro III-115 – Centros de Dia – Análise de Contingência: Tem dificuldade em concentrar-se? (34) <i>vs</i> Sexo	314
Quadro III-116 – Lares de Idosos – Análise de Contingência: Tem dificuldade em concentrar-se? (34) <i>vs</i> Sexo	314
Quadro III-117 – Em Casa – Análise de Contingência: Tem dificuldade em concentrar-se? (34) <i>vs</i> Sexo	315
Quadro III-118 – Centros de Dia – Análise de Contingência: Como considera a sua memória? (35) <i>vs</i> Sexo.....	315
Quadro III-119 – Lares de Idosos – Análise de Contingência: Como considera a sua memória? (35) <i>vs</i> Sexo.....	316
Quadro III-120 – Em Casa – Análise de Contingência: Como considera a sua memória? (35) <i>vs</i> Sexo.....	316
Quadro III-121 – Centros de Dia – Análise de Contingência: Acontece-lhe com frequência não conseguir pensar com clareza, ou ficar confuso? (36) <i>vs</i> Sexo	317
Quadro III-122 – Lares de Idosos – Análise de Contingência: Acontece-lhe com frequência não conseguir pensar com clareza, ou ficar confuso? (36) <i>vs</i> Sexo	317
Quadro III-123 – Em Casa – Análise de Contingência: Acontece-lhe com frequência não conseguir pensar com clareza, ou ficar confuso? (36) <i>vs</i> Sexo	318
Quadro III-124 – Centros de Dia – Sexo <i>vs</i> Durante o dia permanece: (37)	318
Quadro III-125 – Lares de Idosos – Sexo <i>vs</i> Durante o dia permanece: (37)	319
Quadro III-126 – Em Casa – Sexo <i>vs</i> Durante o dia permanece: (37)	319
Quadro III-127 – Lares de Idosos – Sexo <i>vs</i> Motivo de internamento: (38).....	320
Quadro III-128 – Lares de Idosos – Sexo <i>vs</i> Iniciativa do internamento: (39).....	321
Quadro III-129 – Lares de Idosos – Sexo <i>vs</i> Tempo de internamento: (40)	322
Quadro III-130 – Centros de Dia – Sexo <i>vs</i> Se pudesse residir num outro local, qual a sua preferência? (41).....	323
Quadro III-131 – Lares de Idosos – Sexo <i>vs</i> Se pudesse residir num outro local, qual a sua preferência? (41).....	324
Quadro III-132 – Centros de Dia – Análise de Contingência: Considera que na Instituição se preocupam verdadeiramente consigo? (42) <i>vs</i> Sexo.....	326
Quadro III-133 – Lares de Idosos – Análise de Contingência: Considera que na Instituição se preocupam verdadeiramente consigo? (42) <i>vs</i> Sexo.....	327
Quadro III-134 – Centros de Dia – Análise de Contingência: Como considera as suas relações com os outros residentes? (43) <i>vs</i> Sexo	327
Quadro III-135 – Lares de Idosos – Análise de Contingência: Como considera as suas relações com os outros residentes? (43) <i>vs</i> Sexo	328
Quadro III-136 – Centros de Dia – Análise de Contingência: Como considera as suas relações com o pessoal do Lar? (44) <i>vs</i> Sexo	328
Quadro III-137 – Lares de Idosos – Análise de Contingência: Como considera as suas relações com o pessoal do Lar? (44) <i>vs</i> Sexo	329
Quadro III-138 – Lares de Idosos – Análise de Contingência: Como avalia a sua privacidade? (45) <i>vs</i> Sexo	329

Quadro III-139 – Lares de Idosos – Análise de Contingência: Como avalia a alimentação? (46) <i>vs</i> Sexo	330
Quadro III-140 – Lares de Idosos – Análise de Contingência: A sua família costuma visitá-lo(a)? (47) <i>vs</i> Sexo	330
Quadro III-141 – Lares de Idosos – Análise de Contingência: Habitualmente com que frequência sai do Lar? (48) <i>vs</i> Sexo	331
Quadro III-142 – Centros de Dia – Análise de Contingência: Tempos Livres – Ler: (50.1) <i>vs</i> Sexo.....	331
Quadro III-143 – Lares de Idosos – Análise de Contingência: Tempos Livres – Ler: (50.1) <i>vs</i> Sexo.....	332
Quadro III-144 – Em Casa – Análise de Contingência: Tempos Livres – Ler: (50.1) <i>vs</i> Sexo	332
Quadro III-145 – Centros de Dia – Análise de Contingência: Tempos Livres – Ver televisão: (50.2) <i>vs</i> Sexo	333
Quadro III-146 – Lares de Idosos – Análise de Contingência: Tempos Livres – Ver televisão: (50.2) <i>vs</i> Sexo	333
Quadro III-147 – Em Casa – Análise de Contingência: Tempos Livres – Ver televisão: (50.2) <i>vs</i> Sexo	334
Quadro III-148 – Centros de Dia – Análise de Contingência: Tempos Livres – Ouvir música: (50.3) <i>vs</i> Sexo	334
Quadro III-149 – Lares de Idosos – Análise de Contingência: Tempos Livres – Ouvir música: (50.3) <i>vs</i> Sexo	335
Quadro III-150 – Em Casa – Análise de Contingência: Tempos Livres – Ouvir música: (50.3) <i>vs</i> Sexo	335
Quadro III-151 – Centros de Dia – Análise de Contingência: Tempos Livres – Passear: (50.4) <i>vs</i> Sexo.....	336
Quadro III-152 – Lares de Idosos – Análise de Contingência: Tempos Livres – Passear: (50.4) <i>vs</i> Sexo.....	336
Quadro III-153 – Em Casa – Análise de Contingência: Tempos Livres – Passear: (50.4) <i>vs</i> Sexo	337
Quadro III-154 – Centros de Dia – Análise de Contingência: Tempos Livres – Fazer jardinagem: (50.5) <i>vs</i> Sexo	337
Quadro III-155 – Lares de Idosos – Análise de Contingência: Tempos Livres – Fazer jardinagem: (50.5) <i>vs</i> Sexo	338
Quadro III-156 – Em Casa – Análise de Contingência: Tempos Livres – Fazer jardinagem: (50.5) <i>vs</i> Sexo	338
Quadro III-157 – Centros de Dia – Análise de Contingência: Tempos Livres – Fazer horticultura: (50.6) <i>vs</i> Sexo	339
Quadro III-158 – Lares de Idosos – Análise de Contingência: Tempos Livres – Fazer horticultura: (50.6) <i>vs</i> Sexo	339
Quadro III-159 – Em Casa – Análise de Contingência: Tempos Livres – Fazer horticultura: (50.6) <i>vs</i> Sexo	340
Quadro III-160 – Centros de Dia – Análise de Contingência: Tempos Livres – Fazer tricô: (50.7) <i>vs</i> Sexo.....	340

Quadro III-161 – Lares de Idosos – Análise de Contingência: Tempos Livres – Fazer tricô: (50.7) <i>vs</i> Sexo.....	341
Quadro III-162 – Em Casa – Análise de Contingência: Tempos Livres – Fazer tricô: (50.7) <i>vs</i> Sexo.....	341
Quadro III-163 – Centros de Dia – Análise de Contingência: Tempos Livres – Jogar às cartas: (50.8) <i>vs</i> Sexo	342
Quadro III-164 – Lares de Idosos – Análise de Contingência: Tempos Livres – Jogar às cartas: (50.8) <i>vs</i> Sexo	342
Quadro III-165 – Em Casa – Análise de Contingência: Tempos Livres – Jogar às cartas: (50.8) <i>vs</i> Sexo	343
Quadro III-166 – Centros de Dia – Análise de Contingência: Tempos Livres – Conversar com amigos: (50.9) <i>vs</i> Sexo	343
Quadro III-167 – Lares de Idosos – Análise de Contingência: Tempos Livres – Conversar com amigos: (50.9) <i>vs</i> Sexo	344
Quadro III-168 – Em Casa – Análise de Contingência: Tempos Livres – Conversar com amigos: (50.9) <i>vs</i> Sexo	344
Quadro III-169 – Centros de Dia – Análise de Contingência: Tem alguém com quem possa falar de assuntos pessoais sempre que deseja? (51) <i>vs</i> Sexo	345
Quadro III-170 – Lares de Idosos – Análise de Contingência: Tem alguém com quem possa falar de assuntos pessoais sempre que deseja? (51) <i>vs</i> Sexo	345
Quadro III-171 – Em Casa – Análise de Contingência: Tem alguém com quem possa falar de assuntos pessoais sempre que deseja? (51) <i>vs</i> Sexo	346
Quadro III-172 – Centros de Dia – Análise de Contingência: Sente-se satisfeito(a) com a sua vida sexual? (52) <i>vs</i> Sexo.....	346
Quadro III-173 – Lares de Idosos – Análise de Contingência: Sente-se satisfeito(a) com a sua vida sexual? (52) <i>vs</i> Sexo.....	347
Quadro III-174 – Em Casa – Análise de Contingência: Sente-se satisfeito(a) com a sua vida sexual? (52) <i>vs</i> Sexo.....	347
Quadro III-175 – Centros de Dia – Análise de Contingência: Sente-se facilmente aborrecido(a) ou irritado(a)? (53) <i>vs</i> Sexo	348
Quadro III-176 – Lares de Idosos – Análise de Contingência: Sente-se facilmente aborrecido(a) ou irritado(a)? (53) <i>vs</i> Sexo	348
Quadro III-177 – Em Casa – Análise de Contingência: Sente-se facilmente aborrecido(a) ou irritado(a)? (53) <i>vs</i> Sexo	349
Quadro III-178 – Centros de Dia – Análise de Contingência: Sente-se inferior aos outros? (54) <i>vs</i> Sexo	349
Quadro III-179 – Lares de Idosos – Análise de Contingência: Sente-se inferior aos outros? (54) <i>vs</i> Sexo	350
Quadro III-180 – Em Casa – Análise de Contingência: Sente-se inferior aos outros? (54) <i>vs</i> Sexo	350
Quadro III-181 – Centros de Dia – Análise de Contingência: Tem tendência para ter opinião negativa de si próprio(a)? (55) <i>vs</i> Sexo	351
Quadro III-182 – Lares de Idosos – Análise de Contingência: Tem tendência para ter opinião negativa de si próprio(a)? (55) <i>vs</i> Sexo	351

Quadro III-183 – Em Casa – Análise de Contingência: Tem tendência para ter opinião negativa de si próprio(a)? (55) <i>vs</i> Sexo	352
Quadro III-184 – Centros de Dia – Análise de Contingência: Com que frequência sente que não pode confiar na maioria das pessoas? (56) <i>vs</i> Sexo	352
Quadro III-185 – Lares de Idosos – Análise de Contingência: Com que frequência sente que não pode confiar na maioria das pessoas? (56) <i>vs</i> Sexo	353
Quadro III-186 – Em Casa – Análise de Contingência: Com que frequência sente que não pode confiar na maioria das pessoas? (56) <i>vs</i> Sexo	353
Quadro III-187 – Centros de Dia – Análise de Contingência: Sente-se posto(a) à margem e excluído pelas outras pessoas? (57) <i>vs</i> Sexo	354
Quadro III-188 – Lares de Idosos – Análise de Contingência: Sente-se posto(a) à margem e excluído pelas outras pessoas? (57) <i>vs</i> Sexo	354
Quadro III-189 – Em Casa – Análise de Contingência: Sente-se posto(a) à margem e excluído pelas outras pessoas? (57) <i>vs</i> Sexo	355
Quadro III-190 – Centros de Dia – Análise de Contingência: Sente-se como se realmente ninguém o(a) compreendesse? (58) <i>vs</i> Sexo	355
Quadro III-191 – Lares de Idosos – Análise de Contingência: Sente-se como se realmente ninguém o(a) compreendesse? (58) <i>vs</i> Sexo	356
Quadro III-192 – Em Casa – Análise de Contingência: Sente-se como se realmente ninguém o(a) compreendesse? (58) <i>vs</i> Sexo	356
Quadro III-193 – Centros de Dia – Análise de Contingência: Acredita em Deus ou em algum Ser superior? (59) <i>vs</i> Sexo	357
Quadro III-194 – Escala de Depressão Geriátrica <i>vs</i> Sexo	358
Quadro III-195 – Lawton & Brody <i>vs</i> Sexo	359
Quadro III-196 – Auto-Conceito (Vaz Serra) <i>vs</i> Sexo	360
Quadro III-197 – Escala de Depressão Geriátrica <i>vs</i> Instituição – Análise “Oneway”: Sexo = F	361
Quadro III-198 – Escala de Depressão Geriátrica <i>vs</i> Instituição – Análise “Oneway”: Sexo = M	362
Quadro III-199 – Lawton & Brody <i>vs</i> Instituição – Análise “Oneway”: Sexo = F	363
Quadro III-200 – Lawton & Brody <i>vs</i> Instituição – Análise “Oneway”: Sexo = M	365
Quadro III-201 – Auto-Conceito (Vaz Serra) <i>vs</i> Instituição – Análise “Oneway”: Sexo = F	366
Quadro III-202 – Auto-Conceito (Vaz Serra) <i>vs</i> Instituição – Análise “Oneway”: Sexo = M	367
Quadro III-203 – Escala de Depressão Geriátrica <i>vs</i> Instituição – Análise de Contingência: Sexo = F	369
Quadro III-204 – Escala de Depressão Geriátrica <i>vs</i> Instituição – Análise de Contingência: Sexo = M	370
Quadro III-205 – Escala de Depressão Geriátrica <i>vs</i> Instituição – Análise de Contingência	371
Quadro III-206 – Lawton & Brody <i>vs</i> Instituição – Análise de Contingência: Sexo = F	373
Quadro III-207 – Lawton & Brody <i>vs</i> Instituição – Análise de Contingência: Sexo = M ...	374

Quadro III-208 – Auto-Conceito (Vaz Serra) <i>vs</i> Instituição – Análise de Contingência: Sexo = F	375
Quadro III-209 – Auto-Conceito (Vaz Serra) <i>vs</i> Instituição – Análise de Contingência: Sexo = M	376
Quadro III-210 – Auto-Conceito (Vaz Serra) <i>vs</i> Instituição – Análise de Contingência	378
Quadro III-211 – “Clustering” Iterativo: Esc. Geriátrica <i>vs</i> Lawton & Brody <i>vs</i> Auto- Conceito <i>vs</i> Idade – Sexo = F	379
Quadro III-212 – “Clustering” Iterativo: Esc. Geriátrica <i>vs</i> Lawton & Brody <i>vs</i> Auto- Conceito <i>vs</i> Idade – Sexo = M	380
Quadro III-213 – “Clustering” Iterativo: Idade <i>vs</i> Auto-Conceito <i>vs</i> Lawton & Brody <i>vs</i> Esc. Geriátrica – Sexo = F.....	381
Quadro III-214 – Classificação Hierárquica – Método de Ward: Idade <i>vs</i> Auto- Conceito <i>vs</i> Lawton & Brody <i>vs</i> Esc. Geriátrica – Sexo = F.....	382
Quadro III-215 – Classificação Hierárquica – Método de Ward: Idade <i>vs</i> Auto- Conceito <i>vs</i> Lawton & Brody <i>vs</i> Esc. Geriátrica – Sexo = M	383
Quadro III-216 – Regressão “Stepwise” – Escala de Depressão Geriátrica – Mulheres – Parâmetros.....	384
Quadro III-217 – Regressão “Stepwise” – Escala de Depressão Geriátrica – Mulheres	384
Quadro III-218 – Regressão “Stepwise” – Escala de Depressão Geriátrica – Mulheres – “Backward”.....	385
Quadro III-219 – Regressão “Stepwise” – Escala de Depressão Geriátrica – Homens – Parâmetros.....	385
Quadro III-220 – Regressão “Stepwise” – Escala de Depressão Geriátrica – Homens...	385
Quadro III-221 – Regressão “Stepwise” – Escala de Depressão Geriátrica – Homens – “Backward”.....	386
Quadro III-222 – Cronbach's Alpha, normalizado (Questionário) – Mulheres	387
Quadro III-223 – Cronbach's Alpha, normalizado (Questionário) – Homens	387
Quadro III-224 – Componentes Principais/ Análise Factorial – % Variância Explicada por CP	392
Quadro III-225 – Componentes Principais/ Análise Factorial – Contribuições – Vectores Próprios.....	393
Quadro III-226 – Análise Factorial de Correspondências – % Variância Explicada por Factor	422

Gráficos

Gráfico III-1 - 1º Factor - Eixos 1 x 2 (Pontos)	426
Gráfico III-2 - 1º Factor - Eixos 1 x 2 (Linhas)	427
Gráfico III-3 - 1º Factor - Eixos 1 x 3 (Pontos)	428
Gráfico III-4 - 1º Factor - Eixos 1 x 3 (Linhas)	429
Gráfico III-5 - 1º Factor - Eixos 2 x 3 (Pontos)	430
Gráfico III-6 - 1º Factor - Eixos 2 x 3 (Linhas)	431
Gráfico III-7 - 2º Factor - Eixos 1 x 2 (Pontos)	434
Gráfico III-8 - 2º Factor - Eixos 1 x 2 (Linhas)	435
Gráfico III-9 - 2º Factor - Eixos 1 x 3 (Pontos)	436
Gráfico III-10 - 2º Factor - Eixos 1 x 3 (Linhas)	437
Gráfico III-11 - 2º Factor - Eixos 2 x 3 (Pontos)	438
Gráfico III-12 - 2º Factor - Eixos 2 x 3 (Linhas)	439
Gráfico III-13 - 3º Factor - Eixos 1 x 2 (Pontos)	443
Gráfico III-14 - 3º Factor - Eixos 1 x 2 (Linhas)	444
Gráfico III-15 - 3º Factor - Eixos 1 x 3 (Pontos)	445
Gráfico III-16 - 3º Factor - Eixos 1 x 3 (Linhas)	446
Gráfico III-17 - 3º Factor - Eixos 2 x 3 (Pontos)	447
Gráfico III-18 - 3º Factor - Eixos 2 x 3 (Linhas)	448

Figuras

Figura I-1 – Pirâmide de Idades – Portugal 1991 – 2000 (INE)	89
Figura I-2 – Pirâmide de Idades – Portugal 2001 – Alto Trás-os-Montes (INE)	90
Figura III-1 – População e Proporções da Amostragem	196
Figura III-2 – Análise de Correspondências – Escala de Depressão Geriátrica vs Instituição – Sexo = F	369
Figura III-3 – Análise de Correspondências – Escala de Depressão Geriátrica vs Instituição – Sexo = M	371
Figura III-4 – Análise de Correspondências – Escala de Depressão Geriátrica vs Instituição	372
Figura III-5 – Análise de Correspondências – Lawton & Brody – Sexo = F	373
Figura III-6 – Análise de Correspondências – Lawton & Brody – Sexo = M	374
Figura III-7 – Análise de Correspondências – Auto-Conceito vs Instituição – Sexo = F ...	376
Figura III-8 – Análise de Correspondências – Auto-Conceito vs Instituição – Sexo = M..	377
Figura III-9 – Análise de Correspondências – Auto-Conceito vs Instituição	378
Figura III-10 – “Biplot”: Esc. Geriátrica vs Lawton & Brody vs Auto-Conceito vs Idade – Sexo = F	379
Figura III-11 – “Biplot”: Esc. Geriátrica vs Lawton & Brody vs Auto-Conceito vs Idade – Sexo = M	380
Figura III-12 – “Biplot”: Esc. Geriátrica vs Lawton & Brody vs Auto-Conceito vs Idade	381
Figura III-13 – Plot – Componentes Principais/ Análise Factorial (sR): Sexo = F – R1 vs R2	391
Figura III-14 – Plot – Componentes Principais/ Análise Factorial (sR): Sexo = M – R1 vs R2	391
Figura III-15 – “Scree Plot” – Estabilização a partir do Factor de ordem 5	392
Figura III-16 – “Biplot” – Componentes Principais/ Análise Factorial: P1 vs P2	395
Figura III-17 – “Biplot” – Componentes Principais/ Análise Factorial: P1 vs P3	395
Figura III-18 – “Biplot” – Componentes Principais/ Análise Factorial: P2 vs P3	396
Figura III-19 – “Biplot” – Componentes Principais/ Análise Factorial: nR1 vs nR2	396
Figura III-20 – “Biplot” – Componentes Principais/ Análise Factorial: nR1 vs nR3	397
Figura III-21 – “Biplot” – Componentes Principais/ Análise Factorial: nR2 vs nR3	397
Figura III-22 – “Biplot” – Componentes Principais/ Análise Factorial: sR1 vs sR2	398
Figura III-23 – “Biplot” – Componentes Principais/ Análise Factorial: sR1 vs sR3	398
Figura III-24 – “Biplot” – Componentes Principais/ Análise Factorial: sR2 vs sR3	399
Figura III-25 – “Biplot” – Componentes Principais/ Análise Factorial: sR1 vs sR2 – Os Indivíduos	399
Figura III-26 – Matriz de BURT	401
Figura III-27 – “Scree Plot” – Estabilização a partir do Factor de ordem 5	423
Figura III-28 – “Clusters” – representação 3D dos Indivíduos e “zonas” para a interpretação das modalidades	450
Figura V-1 – “Plots” da Amostragem na Cidade	511

Resumen

El paso del siglo XIX al siglo XX, coincide con la transición demográfica, fenómeno que representa el paso de una situación de tasas elevadas de mortalidad y natalidad para la situación en que éstas se reequilibran aunque a niveles mucho más bajos. Esta modificación del régimen demográfico ofreció a las poblaciones de nuestros días el beneficio de un significativo aumento de la esperanza de vida, pese a que la acentuada disminución de la fecundidad ha conducido a un gradual envejecimiento de las poblaciones (FERNANDES [1997]).

En Portugal, “entre 1960 y 1991 el porcentaje de la población con 65 años y más pasó de 8.0% para 13.6%, del total de la población residente. Por otro lado, el análisis de la evolución de los muy ancianos revela que el grupo de los de 75 años y más presenta un crecimiento superior a 100%, representando las mujeres, en 1991, 61.7% de este grupo y teniendo el porcentaje de las personas con 80 años y más en relación a la población total pasando de 1.2%, en 1960 para 2.6% en 1991” ((DGAS) [1998], en PIMENTEL [2000]).

Las proyecciones del INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA prevén que en 2055 el número de ancianos varíe entre el 23 y 26% de la población residente en Portugal. Para 2015 se estima que haya cerca 1,760,000 portugueses con 65 años o más, y en 2020 serán cerca de 1,830,000. En 2000, existían en Portugal casi un millón y medio de personas con más de 65 años, 15% de la población, contra 11.5% en 1981, de las cuales, cerca de 250,000 viven solos (frecuentemente la vejez va del brazo de la soledad física o psicológica) (BARROS DE OLIVEIRA [1999]). En la Unión Europea se aproxima a los 60 millones el número de personas ancianas, y en el mundo son más de 400 millones.

El envejecimiento demográfico traduce el aumento del número relativo de ancianos en la población total. Este fenómeno se produce en las poblaciones de los países desarrollados como consecuencia de los procesos convergentes: la disminución de la tasa de natalidad y el descenso de la tasa de mortalidad en relación con todas las edades, lo que lleva por un lado, a una reducción de la proporción de los grupos de edades más jóvenes en la población, y por otro, alarga la vida de los individuos en los restantes grupos de edad (PÉREZ ORTIZ [1997]).

Esta autora, citando TOHARIA [1989], hace notar además que el proceso de envejecimiento demográfico está generalizado, aunque no afecte a todos los países por igual. Algunas áreas del planeta aún se encuentran en un proceso de expansión demográfica, mientras que otras están iniciando este proceso, que culminará previsiblemente hasta al año 2100 con la duplicación de la población mundial actualmente existente. Los países más desarrollados son los que registran un proceso de envejecimiento demográfico más acentuado. De ahí la necesidad de que se debata social y políticamente la cuestión del envejecimiento de la población, en la tentativa de tomar las posiciones más adecuadas, a nivel económico, social, político y ético. En las sociedades más envejecidas, las proyecciones demográficas apuntan para un rápido aumento de la proporción de los ancianos en una población que deja de crecer y, en muchos casos, se reduce año tras año. Se verifica así que el aumento de la esperanza de vida conjuntamente con la caída de la fecundidad hace con que la vejez sea un

fenómeno cada vez más visible y una etapa que la mayor parte de los individuos atravesará.

LOVESTONE & HOWARD [1997], refieren que en estudios hechos en la comunidad, se encontraron síntomas de depresión hasta 15% de los ancianos. Prevalciendo la depresión *Major* inferior a 4%, y no existiendo diferencias de la depresión *Major* en cuanto al sexo, aunque los síntomas de depresión sean considerablemente más comunes al sexo femenino. Bajo el punto de vista epidemiológico no se consiguió probar si la incidencia de la enfermedad depresiva aumenta en los ancianos. La prevalência de trastornos en los ancianos es muy semejante a la de la población más joven. Estos autores refieren también que en un estudio realizado en Inglaterra en una muestra significativa de una población mayor de 65 años se concluye que la depresión *Major* prevalece de 2 a 4% y la depresión *minor* era prevalencia un 11% en el sexo femenino y un 5% en el sexo masculino. Uno de los estudios más importantes a nivel mundial; – THE EPIDEMIOLOGIC CATCHMENT AREA (ECA) STUDY (HEITHOFF [1995; REGIER; BOYD; BURKE *et al.* [1988; SIMON & VONKORFF [1991]) – encontró que la depresión *Major* en ancianos que viven en comunidad prevalece solamente en el 1%. Otros estudios sugieren que los muy ancianos, pueden ser relativamente resistentes a enfermedades depresivas. Sin embargo se hace difícil comparar los diferentes estudios realizados por el hecho de no existir criterios generalmente aceptados para el diagnóstico de la depresión en los ancianos. La depresión es en relación más común en ancianos que reciben cuidados de salud, manifestándose sustancialmente más en los ancianos hospitalizados y en los que residen en residencias o instituciones para ancianos. En una serie de estudios se encontró que la depresión *Major* prevalece en un 20%, en ancianos residentes en dichas residencias o instituciones para ancianos, pudiendo llegar al 40% los ancianos que presentan síntomas y señales de depresión. La medición de los niveles de depresión en los ancianos hospitalizados se hace difícil debido a la coexistencia de enfermedades físicas graves, aunque algunos estudios muestran que aproximadamente la mitad de los pacientes presentan algunas señales de depresión. Para estos autores los ancianos que viven en comunidad representan una población saludable y los que viven en instituciones para ancianos representan una población seleccionada por el aumento de la enfermedad física y de la vulnerabilidad psiquiátrica, dicho de otro modo la depresión puede ser una de las razones por la que les llevaron a esas instituciones o residencias para ancianos. Sin embargo, es probable que la incremento de la depresión de los ancianos residentes en instituciones sea también una consecuencia de la salida de sus casas y de su familia.

1.1 DISEÑO METODOLÓGICO

1.1.1 objeto y tipo de investigación

El fundamento teórico presentado en la primera parte del trabajo (Capítulos I & II), nos permite suponer que la Depresión pueda ser más elevada en los ancianos que viven en instituciones que en los que no viven en instituciones, además como ya ha sido objeto de investigación en varios países, y realizados algunos trabajos de investigación abordando esta temática (véase 4.1 Algumas Conclusões Possíveis, p. 451).

Pretendemos comparar y analizar, cómo se comportan en relación a la depresión – función de un conjunto de variables o propiedades independientes que supusimos que podían tener relación con la variable dependiente, depresión – tres grupos de base: – los Ancianos que viven en instituciones, los que frecuentan Centros de día y los que viven en sus Casas.

La primera cuestión y que ha constituido la base para nuestro estudio fue:

- ¿Será que los ancianos que viven en instituciones se presentan más deprimidos que los que no viven en instituciones?

Esta cuestión se nos presenta como posible de ser investigada a través de un método exploratorio-analítico según una vía cuantitativa, aunque, dada la naturaleza de los datos en análisis, la mayoría de ellos traduzcan respuestas de tipo cualitativo y aunque haya una nítida graduación entre ellos, no podemos cuantificar lo ‘bastante’ en términos de cuántos caben en el ‘mucho’, por lo que recurrimos al Análisis Multivariado (AM) y en particular al Análisis Factorial de Correspondencias (AFC) del que hablaremos más adelante.

De acuerdo con QUIVY & CAMPENHOUDT [1998], p. 109, “el trabajo exploratorio tiene como función ensanchar la perspectiva de análisis, trabar conocimiento con el pensamiento de autores cuyas investigaciones y reflexiones pueden inspirar las del investigador, revelar facetas del problema en las cuales ciertamente no habría pensado por sí mismo y, por fin, optar por una problemática apropiada”.

En la fase de construcción del modelo de análisis, según estos autores, es cuando se deben traducir las ideas y las nuevas perspectivas en un lenguaje y en formas que las habiliten a conducir el trabajo sistemático de recogida y el análisis de datos de observación o experimentación que debe seguirse.

La conceptualización, constituye una de las principales dimensiones de la construcción del modelo de análisis; sin él, no se puede realizar un trabajo conciso, preciso y serio. Pero estos conceptos no dicen al investigador la forma de estudiar estos fenómenos. Esta importante función está asegurada por las hipótesis.

“Éstas se presentan bajo la forma de proposiciones de respuesta a las preguntas planteadas por el investigador. Constituyen, de algún modo, respuestas provisionales y relativamente sumarias que guiarán el trabajo de recogida y análisis de los datos y que tendrán, a su vez, que ser tratadas, corregidas y profundizadas por él” QUIVY & CAMPENHOUDT [1998], p. 111.

1.1.2 hipótesis de investigación

Las hipótesis surgen frecuentemente de un cuadro teórico y constituyen así una forma de establecer uniones entre la teoría y las situaciones del mundo real. Están fundamentadas en un conocimiento preparatorio del fenómeno estudiado y en una reflexión teórica (fase exploratoria), representando así como que una conjetura, sobre el comportamiento de los objetos reales estudiados.

Según POLIT & HUNGLER [1992], p. 102, “la necesidad de establecer justificación por sí mismo, obliga al investigador a pensar lógicamente, a ejercer su espíritu crítico y a relacionar datos previos de investigación”.

QUIVY & CAMPENHOUDT [1998], p. 119, defienden también que, “la organización de una investigación en torno a hipótesis de trabajo constituye la mejor forma de

conducir con orden y rigor, sin sacrificar por eso el espíritu de descubrimiento y de curiosidad que caracteriza a cualquier esfuerzo intelectual digno de este nombre. Además, un trabajo no puede ser considerado una verdadera investigación si no se estructura en torno a una o varias hipótesis”.

“La hipótesis provee a la investigación de un hilo conductor particularmente eficaz que, a partir del momento en que se formula, sustituye en esa función a la cuestión de la búsqueda, aunque ésta deba permanecer presente en nuestra mente”, QUIVY & CAMPENHOUDT [1998], pp. 119-120.

De acuerdo también con QUIVY & CAMPENHOUDT [1998], las hipótesis constituyen las bisagras y los movimientos de vaivén inherentes a una investigación, queriendo con esto decir entre una reflexión teórica y un trabajo empírico. Estas le dan la amplitud y garantizan la coherencia (interligación), entre las partes del trabajo. Estos autores, hacen notar que en la elaboración del modelo de análisis, intervienen esencialmente las lecturas profundizadas, las síntesis cuidadas de los textos estudiados y la comparación de unas con otras. Las entrevistas y las observaciones exploratorias, si están bien documentadas, proporcionarán al investigador apuntes que le ayudarán mucho.

1.2 LAS VARIABLES

Para POLIT & HUNGLER [1992], p. 27, la variable, es considerada “una entidad abstracta que adopta distintos valores”, resultando estas variables de la operacionalización de los conceptos. KERLINGER [1973], citado por estos autores, se refiere a *variables activas*, como aquellas que el investigador crea o manipula y *variables de atributo*, las características previas que el investigador simplemente observa y mide.

A pesar de habernos referido ya anteriormente, queremos resaltar de nuevo que una característica de las hipótesis de investigación es que éstas enuncien una relación prevista entre dos o más variables – La *variable independiente*, que es la causa supuesta o el antecedente, y la *variable dependiente*, ie, el efecto supuesto o el fenómeno que nos interesa de manera primaria.

POLIT & HUNGLER [1992], p. 29, escriben “el lector no debe deducir que las variables son inherentemente dependientes o independientes. Una variable que se clasifica como dependiente en un estudio, pudiera considerarse independiente en otro”.

1.2.1 la variable dependiente

De acuerdo con POLIT & HUNGLER [1992], p. 29, “La variable dependiente suele ser aquella que el investigador está interesado en comprender, explicar o predecir”, en este caso la **Depresión**.

1.2.2 las variables independientes

En este estudio, las variables independientes son en el fondo todas las que los ítems del Cuestionario abordan, más los resultados de la aplicación de las Escalas, muchas de ellas consideradas como una **escala de intervalos** (LICKERT) y muchas otras **nominales** y **ordinales**; el objetivo de este trabajo consistió en estudiar la Depresión en los ancianos, función de un conjunto de las variables que consideramos que están relacionadas con ella. En el fondo, no son más que los atributos calificadores/ cuantificadores de los individuos en el espacio **N** de las propiedades.

Las variables¹⁾, se agruparon en:

- Demográficas/ Localizadoras; Socio-profesionales; Psico-sociales; Culturales; de Enfermedad ; de Incapacidades por enfermedad física; por problemas psicológicos
...

1.3 FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS

Las hipótesis de trabajo establecidas y que la indagación bibliográfica puso de relieve son las siguientes:

- 1 - ¿Existe relación entre el envejecimiento y la Depresión?
- 2 - ¿El nivel de Depresión es más elevado en los ancianos que viven en residencias e instituciones de ancianos?
- 3 - ¿El nivel de Depresión es más elevado en los ancianos incapacitados por enfermedad física?
- 4 - ¿Los ancianos que después de la jubilación tienen otro tipo de actividad presentan niveles de Depresión menores?
- 5 - ¿El nivel de Depresión es más elevado en ancianos con un auto-concepto disminuido?
- 6 - ¿El nivel de Depresión es más elevado en ancianos del sexo femenino?
- 7 - ¿Los ancianos cuyo número de redes de apoyo es mayor presentan niveles de Depresión menores?
- 8 - ¿Existe relación entre la soledad y el aumento de la tasa de Depresión en los ancianos?
- 9 - ¿ En los ancianos sexualmente activos los niveles de Depresión son menores?
- 10 - ¿Cuáles son las variables o propiedades que más influencia tienen sobre la Depresión?

¹⁾ Para un análisis de todas las variables en juego véase a Tabela III-5 – Lista de Variáveis, modalidades e correspondentes mnemónicas

1.4 DEFINICIÓN DE LA POBLACIÓN Y SELECCIÓN DE LA MUESTRA

POLIT & HUNGLER [1992], p. 40, hacen notar que “los datos suelen recolectarse a partir de una muestra y no de una población completa”. La utilización de una muestra es más práctica y menos cara que recoger datos de toda una población. Puede no obstante correrse el riesgo de que la muestra seleccionada no refleje de manera adecuada los comportamientos, expresiones, síntomas o formas de pensar de la población. “És decir, la calidad de la muestra es una función de cuán típica y representativa es la muestra de la población con respecto a las variables de interés del estudio”. Estos autores, llaman la atención también para métodos de muestreo más refinados como el muestreo probabilístico, entre otros (véase KORN & GRAUBARD [1999]).

1.4.1 población/ muestra

La muestra está constituida por los ancianos con más de 65 años de edad residentes en el Distrito de Bragança en las **Residencias de Ancianos (LI's)**, que frecuentan los **Centros de día (CD's)** y también los ancianos **Residentes (RS's)**, en sus casas en la ciudad de Bragança.

Según los valores del último censo (2001), la población de ancianos en el distrito de Bragança por grupos de edad era de: (Tabela III-1 – Evolução da População Anos de 1999 e 2001, p. 188).

También según los valores de las proyecciones del último Censo (2001), en relación a las residencias de Ancianos del Distrito de Bragança, existen 1,548 usuarios, correspondiendo a cerca de 5% de la población en estudio, y cerca de 1,010 frequentadores de los Centros de día lo que corresponde a cerca de 3%.

De acuerdo con QUIVY & CAMPENHOUDT [1998], p. 161, “... la exigencia de representatividad es menos frecuente de lo que a veces se cree: no debe confundirse lo científico con lo representativo. Para conocer mejor grupos o sistemas de relaciones no es forzosamente pertinente, en términos sociológicos, estudiarlos como sumas de individualidades”.

La imposibilidad de cubrir exhaustivamente la *población* de ancianos, nos obligó a que estableciésemos un muestreo inicial de **30%** sobre las residencias de Ancianos (**LI's**) y Centros de día (**CD's**). El muestreo adoptado fue el **proporcional al tamaño**²⁾, donde naturalmente, los locales de mayor dimensión presentaban en principio una mayor probabilidad de ser los escogidos. Una vez definidos los locales el muestreo fue sistemático. La Tabla siguiente nos muestra esa elección, donde la columna **A** muestra el número de usuarios registrados, **B** el número real de usuarios, **C** el número de entrevistados y **D** el número de encuestas consideradas (Tabela III-1 – Evolução da População Anos de 1999 e 2001, 189).

²⁾ los Locales (LI's y CD's, independientemente) fueron ordenados por orden decreciente del número de usuarios, *ie*, las instituciones **#4** (103); **#17** (95) y **#3** (79), están situados en primer lugar. Así al primer local corresponden los números de 1 a 103, al segundo de 104 a 198, al tercero de 199 a 277 y así sucesivamente. En una tabla de números aleatorios y una vez marcado un “*seed point*”, se fueron obteniendo sucesivos números que al caer dentro de los intervalos definidos seleccionaron los locales a retener. Se paró cuando se alcanzó el porcentaje de muestreo previamente definido (30%).

Referiremos que para las residencias de Ancianos (**LI's**), y aunque las muestras tuviesen en principio el tamaño que se refirió, en la práctica, gracias a la degradación física y psíquica de algunos usuarios, la muestra efectiva acabó por reducirse drásticamente en cerca de 50% (columna D). En los Centros de día (**CD's**), este porcentaje fue menor, rondando solamente el 20%.

1.4.2 recursos utilizados/ dificultades

Las dificultades en la aplicación de los Cuestionarios³⁾ tienen que ver con el grupo de edad en causa (por encima de 65 años); presentando algún grado de **incapacidad a nivel de visión**, fue frecuente realizar la encuesta oralmente, ya que la mayor parte de ellos es de **origen rural** y **analfabetos**, habiendo sido indispensable darles también explicaciones en relación a algunas cuestiones. Todo esto consumió mucho tiempo, y la extensión del Cuestionario y de sus complementos (GDS; L&B & ACVS), aumentó hasta cerca de hora y media (94 minutos), que fue de hecho, el tiempo medio de cada entrevista.

Además de estos aspectos, hacemos énfasis también, y por experiencia vivida, que la necesidad que los encuestados presentaban de hablar era tal, que incluso aquellos que inicialmente parecían un tanto recelosos, ya sea por el hecho de ser una encuesta más, ya por el recelo de que el móvil fuese retirarles lo poco que la Pensión Social representa, participaron activamente. Añade que, aunque el Cuestionario haya considerado sólo individuos con más de 65 años, algunas veces entrevistamos a personas que no alcanzaban la franja de edad límite, pero, nos pareció conveniente no marginalizarlos⁴⁾, para que no viesen en eso una forma más de exclusión. Al final, muchos agradecían y preguntaban incluso cuánto debían por el tiempo que nos ocupó oírlos, siendo que algunos de ellos pensaban que se hubiese tratado de eso.

³⁾ Al margen, pero como elemento descriptivo del proceso, referiremos que, si inicialmente y durante cerca de dos meses, en régimen de acompañantes, se nos permitió utilizar los coches de la Seguridad Social, aprovechando todas las salidas posibles, a los locales que nos interesaban para la aplicación de los Cuestionarios en las residencias y Centros de día del distrito; al fin de ese tiempo y después de la consulta jurídica sobre la legalidad del proceso en caso de accidente, se nos canceló la autorización, lo que nos obligó al uso de vehículo propio.

⁴⁾ No cuentan como es obvio para los resultados estadísticos.

1.5 INSTRUMENTO DE RECOGIDA DE DATOS/ EL CUESTIONARIO

1.5.1 el Cuestionario

Atendiendo a las características de la población en estudio y a las condiciones que previmos disponer para la realización de este trabajo, decidimos utilizar y construir un Cuestionario de hetero- evaluación con base en el ya vasto referencial teórico y en otros estudios efectuados en el mismo ámbito. El presente Cuestionario está constituido por preguntas cerradas, abiertas y mixtas. Las preguntas tienen como objetivo caracterizar a los individuos en sus vectores personal, social, profesional, condiciones de vivienda, situación de salud, redes de apoyo social, equipamientos, sociabilidad, etc. Con él se intentó caracterizar la muestra y verificar o no, la validez de las escalas aplicadas en los grupos incluidos en el muestreo, así como, su relación con los resultados obtenidos.

Las preguntas abiertas del Cuestionario, concretamente, las nº 6 y 26, fueron redefinidas habiéndose recurrido respectivamente a la Clasificación Nacional de las Profesiones, Versión de 1994 INSTITUTO DE EMPREGO E FORMAÇÃO PROFISSIONAL *In*: GABINETE DE COMUNICAÇÃO – NÚCLEO DE INFORMAÇÃO E DOCUMENTAÇÃO [2001] (Tabela III-3 – Classificação Nacional de Profissões, on page 188) y a la Clasificación de las Enfermedades, Traumatismos y Causas de Muerte (OMS 9th Rev.) (CID-9) Lista Básica para Tabulación (INE) *In*: (INE), INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA [2002].

1.5.2 Escalas

Se utilizaron adicionalmente y como complemento al Cuestionario, las escalas,

- ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA, de YESAVAGE; BRINK; ROSE *et al.* [1982];
- ÍNDICE DE ACTIVIDADES INSTRUMENTALES, de LAWTON & BRODY [1969];
- INVENTARIO DE AUTO-CONCEPTO, de VAZ SERRA *In*: I CONGRESSO PORTUGUÊS DE TERAPIA COMPORTAMENTAL [1985];

Según SPAR & LA RUE [1998], las escalas de evaluación de síntomas no son suficientes para diagnosticar la Depresión, pueden no obstante, ayudar a identificar a individuos cuyos síntomas depresivos exceden la norma, proporcionando un medio para seguir las modificaciones relacionadas con el tratamiento, refiriendo también la utilidad clínica de las tres escalas usadas en ancianos:

- 1 - INVENTARIO DE DEPRESIÓN, de BECK; H & MENDELSON [1961];
- 2 - ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA, de YESAVAGE; BRINK; ROSE *et al.* [1982];
- 3 - ESCALA DE EVALUACIÓN, de HAMILTON [1967].

VAZ SERRA *In*: I CONGRESSO PORTUGUÊS DE TERAPIA COMPORTAMENTAL [1985], presentó el Inventario Clínico del Auto-Concepto (I.C.A.C.), que fue utilizado en diversos estudios, habiendo revelado correlaciones negativas y altamente significantes con la ansiedad social, con sentimientos depresivos en la población en general o con perturbaciones emocionales en enfermos psiquiátricos y con ansiedad, fobia, depresión y somatización.

Escala de Depresión Geriátrica

VÁZQUEZ & LOZOYA *In*: BUENDÍA, JOSÉ [1994], refiere que la “Escala de Depresión Geriátrica GERIATRIC DEPRESSION SCALE – YESAVAGE; BRINK; ROSE *et al.* [1982], fue desarrollada específicamente para ancianos. La versión original de esta prueba consta de treinta (30) ítems y su formato de respuesta es *Sí* o *No*. En su construcción inicial se emplearon cien (100) ítems, creados por personas conocedoras (peritos), que la aplicaron ya con el formato indicado, en una muestra de individuos ancianos. Después del filtrado de los ítems cuya correlación era pequeña y no significativa, se llegó a su formato actual.

Esta escala evalúa el estado de ánimo de una manera extensa, incluyendo también algunos ítems para evaluar otras áreas relevantes, como las de carácter cognitivo y comportamiento social. Fue validada con buenos resultados para dos criterios independientes: la escala de HAMILTON (HAMILTON [1967]) y la de ZUNG (ZUNG; RICHARDS & SHORT [1965]). Presenta también buenas correlaciones con el Inventario de Depresión de BECK (BDI – BECK; H & MENDELSON [1961]; BECK [1967] y FERNÁNDEZ-BALLESTEROS; IZAL; MONTORIO *et al.* [1992]). En cuanto a su sensibilidad y especificidad, los resultados parecen ser contradictorios, el mismo autor indica la existencia de resultados no homogéneos en este sentido, para ancianos con niveles medios de depresión. No obstante, LA RUE [1992], p. 262, parece más optimista señalando “una sensibilidad y especificidad relativamente altas en la identificación de ancianos con diagnóstico clínico de depresión”. En la globalidad, los datos oscilan entre 80% y 90%, indicando que no es inferior, siendo por lo menos igual o incluso superior a las restantes pruebas con las que se ha comparado. Según estos datos psicométricos, parece ser un buen instrumento.

A pesar de las escalas de evaluación de la depresión haber sido originalmente concebidas para fines de investigación, su uso en la práctica clínica puede fomentar la uniformidad y la fiabilidad de la evaluación. Las escalas de evaluación de síntomas no son suficientes para hacer el diagnóstico de depresión, pero pueden ayudar a identificar a individuos cuyos síntomas depresivos exceden la norma y proporcionar un medio para seguir las modificaciones relacionadas con el tratamiento, (SPAR & LA RUE [1998]). Estos autores verificaron que las tres escalas de depresión son clínicamente útiles en enfermos ancianos: INVENTARIO DE LA DEPRESIÓN DE BECK (IDB – BDI); ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA (EGD) y la ESCALA DE EVALUACIÓN DE HAMILTON PARA LA DEPRESIÓN (HAM–D). Mencionan también que la mayor parte de los estudios de escalas de la depresión se han basado en poblaciones predominantemente blancas, por lo que está por esclarecer si se aplican a personas de otros grupos, etnias o incluso de diferentes lenguajes. En un estudio realizado aunque en pequeña escala se encontraron *scores* de EGD, comparables en individuos de lengua inglesa y española, con o sin demencia, TAUSSIG; HENDERSON & MACK [1992], citado por estos autores. En otro estudio reciente se verificó que la EGD era ineficaz para detectar la depresión en personas negras ancianas con perturbación psiquiátrica. (BAKER; VELLI & FRIEDMAN [1995]), citados por SPAR & LA RUE [1998].

Índice de actividades instrumentales de Lawton & Brody

Este Índice, resulta de la aplicación de la Escala con el mismo nombre, fue desarrollada en el CENTRO GERIÁTRICO DE FILADÉLFIA, y publicada por LAWTON & BRODY [1969], (FERNÁNDEZ-BALLESTEROS [2000]; RAMOS & JIMÉNEZ [1999], p. 87); es una escala que procura determinar el desempeño del anciano y su deterioración funcional en relación a ocho tipos de funciones o capacidades para: 1) utilizar el teléfono; 2) ir a la compra; 3) preparar las comidas; 4) cuidar de la casa; 5) lavar la ropa; 6) utilizar medios de transporte; 7) responsabilizarse de la ingestión de la medicación; 8) gestionar el dinero.

De estas ocho capacidades, tres tienen alternativas de respuesta (cuestiones **E**, **G** y **H**), las otras tres, tienen cuatro alternativas (cuestiones **A**, **B** y **C**), y las otras dos, pueden tener una de cinco opciones de respuesta (cuestiones **D** y **F**). A pesar de que la respuesta a cada una de las cuestiones contempla 3, 4 o 5 alternativas, como referimos, las puntuaciones en cada una se sitúan solamente entre 0 y 1, una vez que varias de estas alternativas tienen la misma cotación (véase Cuadro abajo). La puntuación obtenida oscila entre un mínimo de **cero** (0) y un máximo de **ocho** (8) puntos para las mujeres y de **cinco** (5) puntos para los hombres, (se excluye la preparación de las comidas, el lavado de la ropa y las tareas domésticas), lo que corresponde al total de máxima dependencia. En relación a sus características métricas, la escala presenta una buena validez, concurriendo con otras escalas de Actividad de Vida Diaria (AVD); el índice de fiabilidad inter-observador fue de 0.85 (LAWTON & BRODY [1969]). La mayor parte de las críticas a esta escala tienen por base, por un lado, las pocas actividades posibles de la vida diaria consideradas y por otro, el excesivo número de tareas asociadas al papel femenino, por lo que será más apropiada para las mujeres que para los hombres (vease Anexo III).

Inventario clínico de auto-concepto (ICAC)

Para medir el auto-concepto usamos el Inventario Clínico de Auto-Concepto (ICAC), construido por VAZ SERRA *In: I CONGRESSO PORTUGUÊS DE TERAPIA COMPORTAMENTAL* [1985], ya validado en la población general por el autor y ampliamente usado en otros trabajos de investigación y en otras muestras. Este inventario mide las facetas emocional y social del auto-concepto, es una escala subjetiva de auto-evaluación, constituida por 20 ítems, que pueden ser clasificados según valores que van de 1 a 5. La construcción de la escala está hecha de tal manera que las puntuaciones más elevadas corresponden a un buen auto-concepto y viceversa. Este inventario presenta una buena consistencia interna y estabilidad temporal.

Según su autor, esta escala viene a revelar la importancia que factores de aceptación/ rechazo social y de auto-eficacia tienen en la definición del concepto que el individuo hace de sí mismo. Los ítems que constituyen la escala revelan un buen poder de diferenciación, no son sensibles a diferencias de sexo y, en su conjunto, muestran tener buena consistencia interna y estabilidad temporal. En relación al auto-concepto, reveló una buena correlación, altamente significativa, entre la forma como una persona se clasifica a sí misma y la nota global de auto-concepto revelada por la escala. Se llama inventario, explica el autor, por el hecho de que, además de

una nota global, permite extraer varios índices que conllevan igualmente información sobre la persona.

MARSH; SMITH & BARNES [1983], citados por VAZ SERRA [1986b], refieren que el auto-concepto como fenómeno íntimo y personal que es – las escalas que lo evalúan son necesariamente de auto-evaluación y no de evaluación por el observador. En las escalas más comunes, la persona suele clasificarse en cada ítem en un intervalo que va de cero (0) a cuatro (4) o de 1 a 5 puntos; (Anexo III).

1.5.3 límites del estudio y aspectos éticos

Los aspectos éticos relativos al desarrollo metodológico del estudio se consideraron, ya a través de las peticiones de autorización necesarios a la concretización de las varias etapas, ya a través de garantías de confidencialidad de ellas informaciones prestadas, y también en el inculcar de la consciencialización de estos aspectos a los estudiantes implicados, en el sentido de una participación consciente de la aplicación de los Cuestionarios (solamente los efectuados en la ciudad – Bragança).

1.5.4 Sobre los Cuestionarios algunas cuestiones y dificultades

La aplicación del Cuestionario es ya de por sí suficientemente consumidora de tiempo, por eso, desde el principio procuramos desarrollar un método expeditivo para la transcripción de las respuestas para una Base de datos o una Hoja de Cálculo o también, como ahora es también común, sobre el propio *software* de tratamiento de datos.

El Cuestionario fue así elaborado desde el principio, para este propósito, con las cuestiones convenientemente numeradas y usando un tipo (*font*), que traspone por simple correspondencia la numeración para un código de barras, en este caso el **Code 39**. Así, y con el auxilio de un sencillo bolígrafo óptico, se constituyó un fichero de texto donde cada **cuestión/ respuesta**, está separada de la siguiente por un carácter, por ejemplo *“tab”*, y con los individuos separados por ejemplo por un carácter de *“Return”*, este archivo se importó después para un Sistema Relacional de Base de datos para permitir una manipulación más adecuada y consulta de los datos.

A pesar del esfuerzo y la incomodidad a que sujetamos a los entrevistados, creemos que la perturbación en las vidas y en el día a día que introducimos, más que una modificación a la rutina constituyó una esperanza y un motivo de conversación en un universo infelizmente monótono e igual.

Los datos se obtuvieron a través de la aplicación de los Cuestionarios con inicio en Marzo de 2001. La verificación de los datos y su validación tuvo lugar hasta Junio de 2003.

1.6 EL TRATAMIENTO ESTADÍSTICO

1.6.1 Algunas reflexiones sobre el muestreo

El análisis de la Tabela III-1 – Evolução da População Anos de 1999 e 2001, y la lectura del párrafo que le sigue, permite observar que, haciendo fe de los datos de 2001, hay un total de **32,142 individuos con 65 años y más, o también que cerca de 92% de estos ancianos viven en sus Casas.**

Sucede que la muestra efectuada no transcribe la realidad. Fueron encuestados 537 ancianos residentes en instituciones (LP's), 97 en Centros de Día (CD's) y solamente 120 en sus Casas (RS's), en una violación evidente de las proporciones de la población que la Figura III-1 – População e Proporções da Amostragem, revela bien. El nivel de discriminación no fue el más adecuado; se perdió mucha información relevante que otras proporciones permitirían organizar en patrones, particularmente en las cuestiones descriptivas que no tratamos; sin embargo fue el estudio posible, y estamos convencidos de que otros estudios vendrán y estos datos serán parámetros limitadores para mejores muestras e interpretaciones más correctas.

1.6.2 Muestreo en la Ciudad – estratificación

En relación a los Residentes en sus casas o en las de la familia (RS's), se utilizó el siguiente proceso. Sobre la base cartográfica de la ciudad, dividida en 13 bloques, según una jerarquía definida por el ayuntamiento – A1, A2, A3, B1, B2, B3, C1, C2, C3, D1, D2, E1, E2 – (Figura V-1 – “Plots” da Amostragem na Cidade), se sobrepuso una malla cuadrada regular (cuadrícula) y utilizando una tabla de números aleatorios, se definió un esquema, un algoritmo, que permitió marcar un conjunto de puntos “seed points”, que identifican los lugares base de inicio de los recorridos, para la aplicación de las encuestas. También con recurso a las mismas tablas, se definieron recorridos ascendentes o descendentes, conforme los valores aleatorios fuesen pares o impares y también la marcación de las puertas de las casas (números de policía), donde se encuestaron de un modo sistemático a los ancianos residentes. El algoritmo termina siempre que hace salir al equipo fuera de los límites de los bloques referidos.

La muestra obtenida fue de **120** individuos.

1.7 TIPO DE ESTUDIO

Analizar los datos es una tarea compleja y tanto más que todo el trabajo fue una prosecución de las variables que explicasen la Depresión. Nos valemos de la introducción de GREENACRE [1984], p. 1-2, en una traducción libre, de modo a explicitar algunos conceptos.

– “El objeto de la estadística es sintetizar, simplificar y eventualmente explicar. Normalmente, el investigador que estudia la manifestación de un fenómeno en particular, intenta recoger y medir todos los aspectos que considera relevantes para el entendimiento de ese fenómeno. Es raro, cuando no incluso imposible, que el investigador actúe de un modo totalmente objetivo e independiente de sus ideas pre-

concebidas. El estadístico, por otro lado, tiene normalmente la ventaja de la neutralidad relativamente al estudio, y puede incluso ayudar al investigador a interpretar sus observaciones sin estar influenciado por las esperanzas y objetivos del investigador.

Además, si alguien examina el conjunto de las técnicas estadísticas convencionales en uso, resulta evidente que el estadístico por sí mismo raramente puede avanzar sin introducir un determinado grado de subjetividad en su estructura de trabajo. Frecuentemente, algunas formas generales del modelo matemático es asumido para adecuarse a los datos observados y el análisis estadístico incluye estimar una forma particular del modelo que mejor se ‘adapte’ a los datos. Debido al enorme grado de subjetividad incluido en la selección de los modelos, no es ninguna sorpresa que tal estrategia esté muchas veces cargada de controversia. Mientras algunos radicales van incluso más lejos y consideran sus modelos particulares como ‘leyes de la naturaleza’, el analista más racional admitirá que el modelo es cuando mucho, un buen sumario del conjunto de los datos a mano, simplificando los datos de un modo preconcebido por el analista e intentando una muy modesta explicación del fenómeno en estudio. Infelizmente se pone demasiado énfasis en el modelo como una representación de la realidad, la cual está normalmente injustificada, y poca o ninguna atención se dé a la habilidad, al cuidado de describir los datos extensivamente. De hecho, a toda la cuestión de la descripción de los datos no se le ha dado la atención merecida, como refiere FINCH [1982]. Frecuentemente el conjunto de datos *per se* es el único conjunto de información disponible, las ‘unidades de muestra’ constituyen la población y el estudio no se repite más. En este caso la descripción de los datos es de suprema importancia. ...”

Analizar significa sintetizar el contenido de los datos.

Como ya referimos anteriormente, el objetivo del presente trabajo consistió en estudiar los niveles de Depresión en ancianos que viven en instituciones y en los que viven en el ambiente familiar en función de las variables que consideramos que pueden tener relación con la Depresión.

Se trata de un estudio transversal, analítico, según una vía cuantitativa ; una investigación descriptiva del tipo correlacional, dado que tenemos como objetivo la caracterización y establecimiento de relaciones entre las variables.

Dada la circunstancia de haber utilizado un conjunto vasto de propiedades – Cuestionario y Escalas, el Análisis Exploratorio de los Datos, constituyó la primera fase del estudio, procurando ver la distribución de las diversas propiedades (variables categóricas) en los grupos mostrados. Recurrimos en primer lugar a un análisis univariado de las variables en juego *vs* Sexo, para después establecer algunas hipótesis de agregación en torno a los locales (CD’s, LI’s, RS’s). Continuando siempre en la perspectiva de una interacción con los datos en el sentido de dejarlos, procedemos enseguida a un análisis de Componentes Principales aunque permanezcan fuera las cuestiones que no son del tipo “escala de intervalos”, seguido de un Análisis Factorial de Correspondencias Múltiples, dado que algunas propiedades en estudio no son métricas, sino grupos de variables nominales.

Aunque hubiésemos recurrido al análisis de “clusters” (agregados, grupos), para intentar visualmente observar niveles de agregación, en el intento de discriminarlos, pero los análisis fueron infructíferos.

“... Sin embargo, es mejor pensar en formas como formas, porque así usamos las nuestras poderosas e intuitivas capacidades visuales, en cuanto que las listas complicadas de números son más adecuadas para nuestras capacidades simbólicas, más frágiles y trabajosas.” STEWART In: TEMAS E DEBATES [2003], p. 16.

Análisis Exploratorio de los Datos – Univariado

Sigue a continuación un análisis condensado de lo que anteriormente se ha documentado con gráficos, tablas y testes.

Quadro III-1 – Centros de Dia – Sexo vs Idade (2) – Existe un cierto desequilibrio en la relación Mujeres (F)/ Hombres (M), pero nada que se desvíe de los valores de los Censos (**Tabela III-1 – Evolução da População** Anos de 1999 e 2001). La *media* se aproxima a la *mediana*. En las muestras Mujeres/ Hombres, la posición de los “*box-plots*” denota una asimetría que el “*shortest half*” confirma y que se traduce en que el 50% de las Mujeres están entre los 70 y los 80 años, mientras que en los Hombres, este valor se desplaza hacia los 80 a 87 años; los “*diamond*” muestran el intervalo de confianza de 95% para la *media*.

En **Quadro III-2 – Lares de Idosos – Sexo vs Idade (2)**, de la misma forma que en los CD’s, hay un mayor número de Mujeres que de Hombres, en proporciones muy próximas de las anteriormente observadas. Aquí también los resultados son idénticos. Del mismo modo, existe una coincidencia entre la *mediana* y la *media*. En las muestras Mujeres/ Hombres, la posición de los “*box-plots*” denota una enorme semejanza que el “*shortest half*” confirma. En el **Quadro III-3 – Em Casa – Sexo vs Idade (2)**, relativamente a los valores observados ya sea en los CD’s ya en los LI’s, la proporción de Mujeres y Hombres en sus Casas (RS’s), es sustancialmente mayor (2/3 para 1/3). También aquí se nota un descenso de los valores de la *mediana* y de la *media* (75,00; 75,73). Las muestras Mujeres/ Hombres, describen una distribución poco característica, los “*box-plots*” denotan un ensanchamiento de los valores que el “*shortest half*” confirma, entre los 65 y los 75 años en las Mujeres y en los Hombres; los “*diamond*” son también más alargados. Entre sexos, los valores aún siendo diferentes, no traducen diferencias significativas.

Quadro III-4 – Centros de Dia – Sexo vs Grupos de Idade (2a) – Este análisis difiere del anterior por considerar grupos específicos de edad. La asimetría en las edades Mujeres/ Hombres es clara. En **Quadro III-5 – Lares de Idosos – Sexo vs Grupos de Idade (2a)**, existe un acentuado número de usuarios mayores de 75 años. En **Quadro III-6 – Em Casa – Sexo vs Grupos de Idade (2a)**, contrariamente a lo observado en CD’s y LI’s, la población mostrada está mayoritariamente por debajo de los 80 años, lo que está conforme con las condiciones de auto-suficiencia de los mayores “En Casa” – las “disfunciones” sólo aparecen a partir de estas edades. Entre sexos los patrones son idénticos (véase Quadro III-3).

Quadro III-7 – Centros de Dia – Sexo vs Proveniência (3), además de un acentuado predominio de lo Rural sobre lo Urbano, nótese la desproporción entre Mujeres y Hombres en la componente Rural/ Urbano.

En **Quadro III-8 – Lares de Idosos – Sexo vs Proveniência (3)**, la desproporción Rural/ Urbano es aún más acentuada, aunque haya un equilibrio Mujeres/ Hombres. En **Quadro III-9 – Em Casa – Sexo vs Proveniência (3)**, los valores se hacen más equilibrados ya sea en la proporción Rural/ Urbano, ya en la proporción Mujeres/ Hombres.

Quadro III-10 – Centros de Día – Sexo vs Estado civil: (4), los “Viudos” son la mayoría, en ambos sexos, con preponderancia para las Mujeres, los “Casados” ocupan la 2ª posición. Nótese la elevada proporción de “Viudas” en relación a los “Viudos” y la posición inversa entre “Casadas” y “Casados”.

En **Quadro III-11 – Lares de Idosos – Sexo vs Estado civil: (4)**, los “Viudos” continúan siendo la mayoría, la modalidad “Solteros” ocupa ahora la 2ª posición. La proporción de las “Viudas” en relación a los “Viudos” es sustancial, (66% vs 47%). En **Quadro III-12 – Em Casa – Sexo vs Estado civil: (4)**, los “Casados” (75%), son el grupo mayor, seguido de los “Viudos”. La desproporción “Viudas”/ “Viudos” se acentúa, en razón inversa a la de los “Casados”. Podemos inferir aunque con bastantes cuidado, que los Hombres, mientras están Casados permanecen en sus casas, mientras que cuando se quedan Viudos se mudan para Instituciones (Residencias), lo que muestra la dependencia del Hombre (véase Quadro III-45).

Existen solamente 6 Uniones de hecho, no habiéndose encontrado un tipo específico en los individuos además del hecho de que todos son usuarios de LPs y en la proporción de 5 Mujeres para 1 Hombre (#186; #242; #278; #406; #407; #533).

Quadro III-13 – Centros de Día – Sexo vs Escolaridade: (5), los Analfabetos son el mayor grupo y en estos las Mujeres son la mayoría. La proporción de Analfabetismo en las Mujeres está próxima de la obtenida por la modalidad “Primaria” en los Hombres e inversamente.

En **Quadro III-14 – Lares de Idosos – Sexo vs Escolaridade: (5)** La elevada proporción de “Analfabetos” se distribuye entre 51% en las Mujeres y 43% en los Hombres, existe para las demás modalidades una similitud en las proporciones. En **Quadro III-15 – Em Casa – Sexo vs Escolaridade: (5)**, la escolaridad “Primaria” es la modalidad mayoritaria. Las diferencias entre sexos que los otros grupos revelan se mantienen.

Quadro III-16 – Centros de Día – Sexo vs Qual a profissão que exercia ou exerce? (6), mayoritariamente “Amas de casa” en las Mujeres y profesiones asociadas a la “Agricultura” en los Hombres. Además de las diferencias ya enunciadas, hay una mayor diversidad de profesiones entre los Hombres.

En **Quadro III-17 – Lares de Idosos – Sexo vs Qual a profissão que exercia ou exerce? (6)**, las proporciones se mantienen, ensanchándose las denominaciones, como consecuencia del mayor número de entrevistados. Se mantiene entre los Hombres una mayor diversidad de profesiones. En el **Quadro III-18 – Em Casa – Sexo vs Qual a profissão que exercia ou exerce? (6)**, las proporciones se mantienen; obsérvese la profusión de las denominaciones de las profesiones de los entrevistados. Entre sexos nótese la diversidad de las profesiones entre los Hombres y la expresión monótona de “Amas de casa” entre las Mujeres.

La recodificación de las cuestiones abiertas es siempre una fuente de error, pues la precisión del significado está condicionada por el léxico del entrevistado y por la temporalidad de las respuestas; queremos también referir, que a pesar del mucho cuidado que pusimos en las entrevistas, tanto cuando fueron efectuadas por nosotros, como cuando no lo fueron, y damos fe de que se siguieron las instrucciones, sentimos que una muestra previa suficientemente extensa habría permitido una mejor y más adecuada visión de la remodificación de las cuestiones abiertas, permitiendo la construcción de “tablas de opciones” que limitasen las numerosas posibi-

lidades con que acabamos trabajando y la mayor parte de las veces se tornaron inoperantes. Sugerimos también para un futuro trabajo la formación de equipos de más de una persona que aseguren en diferentes tiempos (estructura bietápica), la aplicación del mismo cuestionario o mejor aún de un nuevo cuestionario ya depurado y reorganizado.

Quadro III-19 – Centros de Dia – Sexo vs Qual a profissão que exercia ou exerce? (6) – segundo a Classificação Nacional de Profissões, “Amas de casa” y profesiones asociadas a la “Agricultura” son las más representadas, habiendo en estas, un equilibrio entre Mujeres y Hombres.

En **Quadro III-20 – Lares de Idosos – Sexo vs Qual a profissão que exercia ou exerce? (6)– segundo a Classificação Nacional de Profissões**, “Amas de casa” y profesiones asociadas a la “Agricultura” son las más representadas, habiendo en estas, un equilibrio entre Mujeres y Hombres. En el **Quadro III-21 – Em Casa – Sexo vs Qual a profissão que exercia ou exerce? (6)– segundo a Classificação Nacional de Profissões**, entre los Hombres hay una enorme diversidad de profesiones.

Quadro III-22 – Centros de Dia – Sexo vs Qual a sua situação perante o trabalho? (7), teniendo en cuenta el hecho de que el Cuestionario ha incidido en personas mayores de 65 años, la respuesta que obtiene mayoría (más de 90%), es naturalmente la de “Jubilado/ Pensionista”, lo que reduce esta pregunta casi a la inutilidad. Las proporciones convierten la cuestión en prácticamente inútil por la falta de variabilidad. Lo mismo ocurre con LI’s y RS’s.

Quadro III-25 – Centros de Dia – Sexo vs Com que idade se reformou? (8), la Edad está básicamente centrada en valores en torno a los 65 años. No hay prácticamente diferencias entre sexos y ésta es también una cuestión poco discriminatória. Lo mismo ocurre en LI’s y RS’s.

Quadro III-28 – Centros de Dia – Sexo vs Tipo de Reforma: (9), “Limite de Edad”, “Pensión Social” y “Pensión del Cónyuge”, por este orden, son las modalidades más frecuentes. En las Mujeres, “Pensión del Cónyuge” tiene una expresión casi doble que la observada en los Hombres.

En **Quadro III-29 – Lares de Idosos – Sexo vs Tipo de Reforma: (9)**, “Pensión Social” (54%), “Limite de Edad” (27%) e “Invalidez” (12%), cubren el espectro. Con mayor expresión entre las Mujeres la “Pensión Social” (57%) es la modalidad más escogida. “Invalidez” es en los Hombres, doble de la verificada en las Mujeres; lo inverso sucede para “Pensión del Cónyuge”. En el **Quadro III-30 – Em Casa – Sexo vs Tipo de Reforma: (9)**, “Limite de Edad” (43%), “Invalidez” (25%) y “Pensión Social” (23%) reflejan esta realidad. Entre sexos, las diferencias son enormes; en las Mujeres, “Invalidez” representa 33% contra un escaso 10% en los Hombres, “Pensión Social” está equilibrada (24%, 23%) y no existe en los Hombres la modalidad “Pensión del Cónyuge”. Una vez más, los resultados reflejan la realidad ya anotada: – los Hombres residen “En sus Casas” en cuanto el cónyuge sobrevive y no sufren grandes incapacidades.

Las Jubilaciones por “Invalidez” se producen curiosamente en el mismo número para los estratos de edad por debajo y por encima de los 60 años (#331; #373; #406; #407; #680; #695; #726) No hay un patrón perceptible.

Quadro III-31 – Centros de Dia – Sexo vs Porque motivo deixou de trabalhar? (10), esta cuestión diferencia la “Enfermedad” y la “Edad” como las dos causas principales. Hay un predominio de la “Enfermedad” sobre la “Edad” en las Mujeres y una atenuación de esta situación en los Hombres.

En **Quadro III-32 – Lares de Idosos – Sexo vs Porque motivo deixou de trabalhar? (10)**, la “Enfermedad” y la “Edad” constituyen también en este grupo las dos causas principales. Entre sexos, los patrones de la “Enfermedad” y de la “Edad” están próximos. En el **Quadro III-33 – Em Casa – Sexo vs Porque motivo deixou de trabalhar? (10)**, la “Enfermedad” y la “Edad” son las dos principales modalidades. Hay un predominio acentuado de la “Enfermedad” sobre la “Edad” en las Mujeres, y una inversión de la situación en los Hombres.

Quadro III-34 – Centros de Dia – Sexo vs Nivel actual de Rendimento Mensal (€uro): (11), los Rendimientos son bajos, mayoritariamente inferiores a 250 euros. Se verifican mayores rendimientos en los Hombres que en las Mujeres, lo que no es ninguna sorpresa. Lo mismo sucede con LP's.

En el **Quadro III-36 – Em Casa – Sexo vs Nivel actual de Rendimento Mensal (€uro): (11)**, los Rendimientos son bajos, mayoritariamente menores de 250 euros, aunque de todos los grupos, éste sea el más desahogado. Obsérvese que los rendimientos por encima de los 750€ representan 10% de esta muestra, valor que excede en mucho los observados para los otros grupos. ¿El Rendimiento será un factor de independencia? Entre Mujeres y Hombres se verifican las previsibles desigualdades, – mayores rendimientos en los Hombres; y si bien cerca de 75% de los encuestados recibe valores inferiores a 250 €, este valor alcanza sólo 50% en los Hombres, que representan 20% para los rendimientos superiores a 750 €.

Quadro III-37 – Centros de Dia – Sexo vs De onde lhe vem o Rendimento? (12), hay un predominio de las respuestas “Jubilación”, seguida de “Pensión de Supervivencia/ Viudedad”. Los perfiles de las respuestas Mujeres/ Hombres para las modalidades “Pensión Social” y “Jubilación”, son inversos.

En **Quadro III-38 – Lares de Idosos – Sexo vs De onde lhe vem o Rendimento? (12)**, hay un dominio de las respuestas “Pensión Social”, seguida de “Jubilación” y “Pensión de Supervivencia/ Viudedad”. “Pensión Social” es la modalidad más frecuente; “Jubilación” y “Pensión de Supervivencia/ Viudedad” varían inversamente entre Mujeres y Hombres. En el **Quadro III-39 – Em Casa – Sexo vs De onde lhe vem o Rendimento? (12)**, básicamente las respuestas son, “Jubilación”, “Pensión Social” y “Pensión de Supervivencia/ Viudedad”, por este orden. “Jubilación” es la respuesta tipo de los Hombres. “Pensiones Sociales” y las “Jubilaciones” son en este orden, las respuestas tipo de las Mujeres.

Quadro III-40 – Centros de Dia – Sexo vs O Dinheiro chega-lhe até ao fim do Mês? (13), la respuesta es mayoritariamente “Con dificultad”. los patrones entre sexos son idénticos; “Siempre”, gana expresión en los Hombres.

En **Quadro III-41 – Lares de Idosos – Sexo vs O Dinheiro chega-lhe até ao fim do Mês? (13)**, la respuesta es mayoritariamente “Con dificultad”. Los patrones Mujeres/ Hombres son prácticamente iguales. En el **Quadro III-42 – Em Casa – Sexo vs O Dinheiro chega-lhe até ao fim do Mês? (13)**, La respuesta es mayoritariamente “Con dificultad”. Entre Mujeres/ Hombres los patrones no son idénticos.

cos; el “Siempre” gana expresión entre los Hombres, con la disminución significativa de “Con Dificultad”.

Quadro III-43 – Centros de Dia – Sexo vs Com quem vive actualmente? (14), las respuestas son mayoritariamente “Solo” (54%) – Nótese que el porcentaje de “Viudo” es de (68%), y además la proximidad de 17% para “Cónyuge/ Compañero” y de 20% para “Casado” (véase Quadro III-10 – Centros de Dia – Sexo vs Estado civil: (4)), las diferencias están diluidas en el 16% de “Hijos(as)” y en el 10% de “Institución”. Las proporciones Mujeres/ Hombres no son idénticas, nótese una vez más la inversión en los porcentajes “Cónyuge/ Compañero” y “Solo”.

En **Quadro III-44 – Lares de Idosos – Sexo vs Com quem vive actualmente? (14)**, “Institución” es, como no podía dejar de ser, la respuesta mayoritaria y de ahí la inutilidad de la cuestión. En el **Quadro III-45 – Em Casa – Sexo vs Com quem vive actualmente? (14)**, la variedad de respuestas es aquí patente, con “Cónyuge/ Compañero” la más frecuente, seguida de “Hijos(as)”. La respuesta mayoritaria es para Mujeres y Hombres la de “Cónyuge/ Compañero”. Hay, sin embargo, una enorme desproporción entre sexos, lo que confirma lo que se vio para el Estado (Quadro III-10 y siguientes).

Quadro III-46 – Centros de Dia – Sexo vs Tipo de Habitação: (15), la respuesta más frecuente es “Casa” y en los tres grupos. Los CD’s donde las personas de la tercera edad fueron encuestados, se localizan en regiones rurales, donde predominan las casas (casas) sobre los pisos. Lo mismo ocurre en los LI’s y e incluso en la propia ciudad (RS’s). La ciudad, aunque presentemente ya no sea el caso, era hasta hace muy poco tiempo atrás, un agrupamiento de casas, donde la propiedad horizontal no era la norma y la ruralidad estaba presente.

Quadro III-49 – Centros de Dia – Sexo vs Habitação: (16), “Propia” es la respuesta más frecuente y eso en los tres grupos.

Quadro III-52 – Centros de Dia – Sexo vs Condições de Habitação: (17), “Regulares” seguido de “Buenas” constituye la norma. El patrón es idéntico en LI’s. En el **Quadro III-54 – Em Casa – Sexo vs Condições de Habitação: (17)**, “Buenas” seguido de “Regulares” constituye la norma en este grupo, teniendo “Muy Buenas” aquí la máxima expresión.

Quadro III-55 – Centros de Dia – Sexo vs Durante o dia convive com outras pessoas? (18), “Frecuentemente” y “Siempre” son las modalidades más respondidas, pasando lo mismo en LI’s.

En el **Quadro III-57 – Em Casa – Sexo vs Durante o dia convive com outras pessoas? (18)**, aquí el “Raramente” es más visible y los patrones entre sexos son diferentes, el “Raramente” y el “Siempre” presentan comportamientos inversos entre Mujeres y Hombres.

Quadro III-58 – Centros de Dia – Sexo vs No seu dia a dia sente-se só? (19), “Raramente” y “Frecuentemente”, son las modalidades con porcentajes más elevados y los perfiles son próximos. A este último le corresponde aquí 38%, sube para 44% en los LI’s y baja para cerca de 25% en RS’s.

En **Quadro III-59 – Lares de Idosos – Sexo vs No seu dia a dia sente-se só? (19)**, “Frecuentemente” y “Raramente”, son las modalidades más comunes, con

perfiles inversos entre Mujeres y Hombres. En el **Quadro III-60 – Em Casa – Sexo vs No seu dia a dia sente-se só? (19)**, “Raramente”, “Nunca” y “Frecuentemente”, por este orden son las respuestas más comunes. “Frecuentemente”, es representativo en las Mujeres y es inexpresivo en los Hombres. El “Nunca” es prácticamente doble en las Mujeres.

Quadro III-61 – Centros de Dia – Sexo vs Considera que a sua família se preocupa verdadeiramente consigo? (20), las respuestas son por este orden, “Bastante”, “Poco” y “Mucho”. Las proporciones entre sexos son próximas, aunque el “Poco” tome expresión en los Hombres. Lo mismo para LI’s.

En el **Quadro III-63 – Em Casa – Sexo vs Considera que a sua família se preocupa verdadeiramente consigo? (20)**, el tipo de respuestas es diferente del verificado en los CD’s y LI’s, “Bastante”, “Mucho”, “Ni Mucho Ni Poco” y por este orden, son las modalidades más frecuentes. La proximidad de la Familia está presente pero la autonomía de las personas mayores es máxima, la interpretación podrá ser falaz, pero todo apunta para que el interés o los cuidados de los familiares se revelen en esta fase en que las personas mayores no les necesitan, siendo siempre posible especular sobre las razones.

Quadro III-64 – Centros de Dia – Sexo vs Actualmente o que é que mais o(a) preocupa? (21), la “Salud” constituye la mayor preocupación.

En el **Quadro III-66 – Em Casa – Sexo vs Actualmente o que é que mais o(a) preocupa? (21)**, la “Salud” constituye aún la mayor de las preocupaciones, pero la “Familia” y la “Soledad” pasan a tener expresión. Las proporciones entre sexos difieren, “Soledad” y “Familia” son más referidas por las Mujeres.

Quadro III-67 – Centros de Dia – Sexo vs Que tipo de Apoio considera mais importante para si? (22), “Cuidados Domésticos” y “Cuidados Personales” son las modalidades más frecuentes. Las proporciones son diferentes, ocupando los “Cuidados Domésticos” entre los Hombres una expresión mayoritaria, explicable por su dependencia en relación a las Mujeres.

En **Quadro III-68 – Lares de Idosos – Sexo vs Que tipo de Apoio considera mais importante para si? (22)**, los “Cuidados Personales” encabezan las necesidades. Las proporciones aunque diferentes traducen la misma realidad, ya referida en CD’s. En el **Quadro III-69 – Em Casa – Sexo vs Que tipo de Apoio considera mais importante para si? (22)**, la autosuficiencia de las personas mayores “En Casa” es notoria, “No necesita Apoyo” obtiene (54%). Las diferencias en las relaciones de dependencia entre Mujeres y Hombres, están muy marcadas en esta cuestión. La independencia funcional tiene una mayor expresión en las Mujeres.

Quadro III-70 – Centros de Dia – Sexo vs Quem na sua opinião pode ou deve prestar-lhe Apoio e Cuidados? (23), “Familia”, “Func. Hogar” e “Hijos(as)” son por este orden, las respuestas más frecuentes. “Cónyuge” es referido sólo por los Hombres (11%).

En **Quadro III-71 – Lares de Idosos – Sexo vs Quem na sua opinião pode ou deve prestar-lhe Apoio e Cuidados? (23)**, “Func. Lar” es previsiblemente la respuesta más frecuente. Las proporciones son idénticas, siendo de resaltar la expresión de la modalidad “Hijos(as)” en las Mujeres. En el **Quadro III-72 – Em Casa – Sexo vs Quem na sua opinião pode ou deve prestar-lhe Apoio e Cuida-**

dos? (23), “Hijos(as)” y “Familia constituyen las respuestas más frecuentes. Una vez más, la modalidad “Cónyuge” entre los Hombres, es significativa.

Quadro III-73 – Centros de Dia – Sexo *vs* Mencione o que são para si as três piores “coisas” do envelhecimento: (24a), “Enfermedad(s)”, “Incapacidades(s)” y “Soledad” son las respuestas más frecuentes. Entre sexos, y aunque en proporciones diferentes entre Mujeres y Hombres, éstas son las modalidades escogidas.

En **Quadro III-74 – Lares de Idosos – Sexo *vs* Mencione o que são para si as três piores “coisas” do envelhecimento: (24a)**, “Enfermedad(s)”, “Incapacidades(s)” y “Soledad”; “Tristeza” y “Falta de Salud” son denominaciones para la misma realidad. Entre sexos las proporciones están próximas. En el **Quadro III-75 – Em Casa – Sexo *vs* Mencione o que são para si as três piores “coisas” do envelhecimento: (24a)**, “Falta de Salud”/ “Enfermedad(s)”, “Soledad” e “Incapacidades(s)”. “Soledad” tiene más expresión entre las Mujeres, siendo prácticamente ignorada por los Hombres; por lo demás, las proporciones son idénticas.

Quadro III-76 – Centros de Dia – Sexo *vs* Mencione o que são para si as três piores “coisas” do envelhecimento: (24b), esta cuestión aborda las segundas respuestas. “Soledad”, “Incapacidad(s)” y “Tristeza”; “Enfermedad(s)” y afines son ahora modalidades periféricas. Los patrones entre sexos son semejantes.

En **Quadro III-77 – Lares de Idosos – Sexo *vs* Mencione o que são para si as três piores “coisas” do envelhecimento: (24b)**, “Soledad”, “Incapacidad(s)” y “Enfermedad”; “Tristeza”, “Pérdida de Movilidad” y “Pérdida de Salud” son cuestiones con la misma cara. “Soledad”, “Incapacidad(s)” y “Enfermedad”, son para ambos sexos, las respuestas más frecuentes. En el **Quadro III-78 – Em Casa – Sexo *vs* Mencione o que são para si as três piores “coisas” do envelhecimento: (24b)**, “Soledad”, “Enfermedad(s)”/ “Falta de Salud”, “Pérdida de Movilidad”, “Dific. Económicas” e “Incapacidad(s)”. Aunque las modalidades sean las mismas; “Soledad”, “Enfermedad(s)”/ “Falta de Salud”, “Pérdida de Movilidad”, las proporciones en que se registran son muy diferentes. Nótese como las “Dific. Económicas” son más sentidas entre los Hombres.

Quadro III-79 – Centros de Dia – Análise de Contingência: Como classifica a sua saúde física em geral? (25) *vs* Sexo, las quejas son más frecuentes entre las Mujeres (33% *vs* 9%). En LI's, los perfiles están próximos, aunque el valor para los Hombres sea el doble del verificado en CD's (37% *vs* 18%).

En el **Quadro III-81 – Em Casa – Análise de Contingência: Como classifica a sua saúde física em geral? (25) *vs* Sexo**, los perfiles son ligeramente diferentes de los observados en los grupos anteriores. Aunque la proporción de “Mala”, sea la misma entre sexos (30%), la expresión de “Buena” es mucho mayor en los Hombres (13% *vs* 20%) donde el “Excelente” tiene expresión (7.5%).

Quadro III-82 – Centros de Dia – Análise de Contingência: Tem problemas de Saúde? (26) *vs* Sexo, las proporciones aunque próximas, son distintas; hay un mayor “optimismo” entre los Hombres. Esto es verificable también para LI's y RS's.

Quadro III-85 – Centros de Dia – Sexo vs Tem problemas de Saúde? (26an), “No”, tiene expresión, aunque sólo represente 11%; Nótese las proporciones de “Hipertensión”, “Artrosis”, “Diabetes” y “ACV’s”. “Reumatismo” está olvidado entre las Mujeres, aunque la frecuencia de “Artrosis” sea significativa.

En **Quadro III-86 – Lares de Idosos – Sexo vs Tem problemas de Saúde? (26a)**, el mayor número de encuestados extiende la lista por la particularización de los casos, aunque no añade nada a la visión del conjunto; por otro lado, y como ya dijimos, hay en esta profusión, la inviabilidad de la diferenciación sin recurrir a otras variables. “Diabetes”, “Hipertensión”, “Artrosis”, “ACV’s”, “Corazón” para las Mujeres; “No”, “Hipertensión”, “Diabetes”, “Artrosis”, “ACV’s” para Hombres. Como se ha dicho anteriormente, la abundancia de quejas no permite diferenciar, sino solamente enunciar. En el **Quadro III-87 – Em Casa – Sexo vs Tem problemas de Saúde? (26a)**, “No”, representa el 15%, le siguen “Diabetes”, “Artrosis”, “Hipertensión”, “Columna”, en proporciones no muy diferentes de las verificadas en los grupos anteriores. “No”, es mayoritario en las Mujeres y en los Hombres aunque en proporciones diferentes (11% vs 23%), seguida de “Diabetes” con frecuencias semejantes para ambos sexos.

Quadro III-88 – Centros de Dia – Sexo vs Tem problemas de Saúde? (26an) y siguientes. Tratándose de otra cuestión abierta, la profusión de las respuestas fue enorme y más aún, cuando al pretender homogeneizar las respuestas, establecemos cuatro niveles jerárquicos y uno más de comentarios (como se podrá observar en la Base de Datos que se adjunta en Anexo). Como resultado, la lista se hizo tan extensa, que cada individuo es prácticamente un caso, reduciendo a la pregunta a su casi inutilidad, por la enorme variabilidad obtenida; se añade el hecho de no asociársele ningún grado de incapacidad, ni de poder decir que una enfermedad es “mayor” que otra. Planteadas estas cuestiones, presentamos además el “tratamiento” numérico de la Clasificación, INSTITUTO DE EMPREGO E FORMAÇÃO PROFISSIONAL *In*: GABINETE DE COMUNICAÇÃO – NÚCLEO DE INFORMAÇÃO E DOCUMENTAÇÃO [2001], solamente para sus grandes grupos (primeros dígitos), sin que hubiésemos obtenido resultados significativos.

Quadro III-91 – Centros de Dia – Análise de Contingência: Existência de depressões anteriores aos 65 anos? (27) vs Sexo, es patente esta afección en las Mujeres, en una proporción casi el doble que la de los Hombres.

En **Quadro III-92 – Lares de Idosos – Análise de Contingência: Existência de depressões anteriores aos 65 anos? (27) vs Sexo**, hay en este grupo una mayor incidencia. Entre sexos, las proporciones se mantienen. En el **Quadro III-93 – Em Casa – Análise de Contingência: Existência de depressões anteriores aos 65 anos? (27) vs Sexo**, hay una desproporción enorme entre sexos, “No tuvo”, representa el 60% en las Mujeres mientras que alcanza el 93% en los Hombres; se tiene la noción de que este grupo debería ser más extenso para merecer una interpretación mejor de este resultado.

Quadro III-94 – Centros de Dia – Análise de Contingência: Sente-se deprimido(a) actualmente? (28) vs Sexo, la depresión es “doble” en las Mujeres que en los Hombres.

En **Quadro III-95 – Lares de Idosos – Análise de Contingência: Sente-se deprimido(a) actualmente? (28) vs Sexo**, los valores se acentúan y las proporciones muestran que cerca de la mitad de los individuos se sienten deprimidos. En el **Quadro III-96 – Em Casa – Análise de Contingência: Sente-se deprimido(a) actualmente? (28) vs Sexo**, la mitad de los individuos se sienten deprimidos, aproximadamente el doble de Mujeres que de Hombres (39% vs 15%).

Quadro III-97 – Centros de Dia – Análise de Contingência: Frequência de queixas dolorosas? (29) vs Sexo, las Mujeres presentan un cuadro de quejas doble que el de los Hombres, verificándose lo mismo en LI's y RS's. Los tipos son semejantes entre grupos.

La inmovilidad provocada por la falta de actividad física, consecuencia de la falta de programas de ocupación de tiempos libres en los LI's y CD's, hace, en nuestra opinión, que las personas mayores tengan un tiempo excesivo para pensar en su vida y somatizar las quejas dolorosas. Los Hombres, no presentan tantas quejas, posiblemente por salir más y convivir más.

En relación a las Mujeres, nos parece que se debe poner en evidencia el hecho de sufrir más problemas de osteoporosis que los Hombres y resaltar, que esta generación, no ha hecho ninguna terapia hormonal de sustitución.

Quadro III-100 – Centros de Dia – Análise de Contingência: Intensidade das queixas dolorosas: (29.1) vs Sexo, **Quadro III-112 – Centros de Dia – Análise de Contingência: Sente-se cansado(a) e sem energia? (33) vs Sexo** las Mujeres presentan un cuadro de quejas doble del de los Hombres, verificándose lo mismo en LI's y RS's. Los tipos son semejantes entre grupos.

Quadro III-103 – Centros de Dia – Análise de Contingência: É-lhe difícil lidar com a dor ou o desconforto? (30) vs Sexo, las diferencias Mujeres/ Hombres, son visibles, la resistencia al dolor tiene mayor expresión entre los Hombres.

En **Quadro III-104 – Lares de Idosos – Análise de Contingência: É-lhe difícil lidar com a dor ou o desconforto? (30) vs Sexo**, las diferencias Mujeres/ Hombres, son visibles; la resistencia al dolor tiene mayor expresión entre los Hombres. Hay no obstante una graduación de las diferencias, posiblemente explicado por la propia situación de comodidad y de no confrontación, que el Hogar proporciona. En el **Quadro III-105 – Em Casa – Análise de Contingência: É-lhe difícil lidar com a dor ou o desconforto? (30) vs Sexo**, aunque las diferencias Mujeres/ Hombres se mantengan, y la resistencia al dolor continúe teniendo expresión entre los Hombres, las buenas condiciones de las Personas mayores “En Casa” se percibe en estos patrones.

Quadro III-109 – Centros de Dia – Análise de Contingência: Tem dificuldade em adormecer? (32) vs Sexo, el tipo general es el ya anteriormente descrito, en una cierta proximidad entre los grupos y la habitual diferencia entre Mujeres y Hombres. Lo mismo para LI's y RS's.

Quadro III-112 – Centros de Dia – Análise de Contingência: Sente-se cansado(a) e sem energia? (33) vs Sexo, la situación es idéntica al cuadro anterior. Hay no obstante una mayor eficiencia en RS's, en relación a los demás grupos.

Una vez más, podemos considerar la Inactividad generalizada en este grupo de edad y su acentuación en los LI's, como la primera justificación para las pérdidas.

Quadro III-115 – Centros de Dia – Análise de Contingência: Tem dificuldade em concentrar-se? (34) vs Sexo, el tipo general es el ya descrito anteriormente, en una cierta proximidad entre los grupos y la habitual diferencia entre Mujeres y Hombres.

En **Quadro III-116 – Lares de Idosos – Análise de Contingência: Tem dificuldade em concentrar-se? (34) vs Sexo**, el patrón general es el ya descrito anteriormente, en una cierta proximidad entre los grupos y la habitual diferencia entre Mujeres y Hombres; nótese sin embargo, la graduación entre sexos. En el **Quadro III-117 – Em Casa – Análise de Contingência: Tem dificuldade em concentrar-se? (34) vs Sexo**, el patrón general es el ya descrito anteriormente, en una cierta proximidad entre los grupos y la diferencia habitual entre Mujeres y Hombres. Curiosamente el “Siempre” gana expresión en este grupo, posiblemente por la posibilidad de enfrentamiento con la realidad, lo que no sucede en LI's.

Quadro III-118 – Centros de Dia – Análise de Contingência: Como considera a sua memória? (35) vs Sexo, globalmente, los Hombres evalúan mejor de sus capacidades. El tipo de respuestas está próximo en los tres grupos.

También la Memoria es una cara del problema de la inactividad, y los LI's priman una vez más por la ausencia de cualquier ocupación que motive y despierte a los Residentes. En sus Casas, RS's, a pesar de todo, aún se les exige alguna ocupación, y también están en interacción con otros grupos de edad. La convivencia intergeneracional es a nuestro entender uno de los factores más importantes para atenuar los efectos del envejecimiento.

De acuerdo con VEGA VEGA & BUENO MARTÍNEZ [2000], p. 178, las quejas presentadas por las personas mayores en relación a la falta de memoria, no significan que el olvido sea una consecuencia inevitable del envejecimiento. Y también el mismo autor p. 173, “Aunque muchos ancianos se quejen de que se les olvidan cosas, (dónde colocaron un objeto, una tarea que debía ser realizada, una cita, etc.), eso no significa que el olvido sea una consecuencia inevitable del envejecimiento. De hecho, en un estudio realizado en los Estados Unidos, 20 % de las personas mayores con más de 85 años indicaron que nunca tuvieron problemas de memoria. A pesar de eso, no hay duda de que el envejecimiento va acompañado generalmente de modificaciones en el sistema de memoria citando LAVIGNE & FINLEY [1990] y READ & LINDSAY [1994]” “Aunque muchas personas mayores se quejan de que olvidan cosas (dónde se ha colocado un objeto, si se tenía que hacer algo, una cita, etc.), eso no significa que el olvido sea una consecuencia inevitable del envejecimiento. De hecho, en un estudio realizado en Estados Unidos, el 20 por ciento de los ancianos con más de 85 años de edad indicó que nunca había tenido problemas con su memoria. A pesar de ello, no hay duda de que el envejecimiento va acompañado generalmente de cambios en el sistema de memoria LAVIGNE & FINLEY [1990] y READ & LINDSAY [1994]”. En el mismo sentido también CALERO GARCÍA *In*: FERNÁNDEZ-BALLESTEROS, ROCÍO [2000], p. 205, refiere que parece que en las personas mayores existen más quejas de memoria que problemas reales de memoria y que estos tienen mucho que ver con la atención, la velocidad y las estrategias de procesamiento empleados.

Lo que retuvimos de la observación coincide con el punto de vista de esta autora, cuando el asunto les interesa o tiene un significado específico, si les dan pistas, muestran una memoria como la que anteriormente evidenciaban. La falta de actividad a nivel cognitivo en este grupo de edad y principalmente en los LI's favorece este sentimiento de falta de memoria.

Los Hombres tienen la ventaja de ejercitar más la memoria con sus salidas más frecuentes, la convivencia de los amigos en los bares, el jugar a las cartas y el leer los periódicos.

Quadro III-121 – Centros de Dia – Análise de Contingência: Acontece-lhe com frequência não conseguir pensar com clareza, ou ficar confuso? (36) vs Sexo, globalmente, los Hombres evalúan mejor sus capacidades. Lo mismo sucede en LI's.

En el **Quadro III-123 – Em Casa – Análise de Contingência: Acontece-lhe com frequência não conseguir pensar com clareza, ou ficar confuso? (36) vs Sexo**, se observan los mejores resultados, aunque sea interesante notar que el “Nunca” se responde con mayor parsimonia que en los otros grupos, entre Mujeres (38%; 55%; 20%) y Hombres (66%; 63%; 33%). una vez más, nos parece que es el enfrentamiento con un día a día próximo del siempre, lo que permite la evaluación más cuidada de sus propias *performances*.

Quadro III-124 – Centros de Dia – Sexo vs Durante o dia permanece: (37), la cuestión no confiere discriminación alguna; en RS's, aunque con mayor variabilidad en las respuestas, el problema se mantiene.

Quadro III-127 – Lares de Idosos – Sexo vs Motivo de internamento: (38), La “Falta de apoyo Familiar” y la “Dificultad en auto Cuidarse” constituyen las dos mayores cuestiones, pareciéndonos que la respuesta “Prefiere la Residencia aunque tenga Familia”, constituye una cuestión enmascarada en las dos primeras. Hay una enorme semejanza en los tipos de respuesta, Mujeres/ Hombres. En los CD's, solamente seis (6) respuestas – dos (2) “Falta de apoyo Familiar” y cuatro (4) “Dific. en auto Cuidarse”, lo que no justificaba la presentación de tablas y sus correspondientes gráficos. En el grupo RS's, y por razones obvias, el cuadro es un conjunto monótono de respuestas, “No respondió”, por lo que no teniendo ninguna expresión no se incluye.

Tal vez porque los ancianos se dan cuenta de que no pueden sobrecargar a los hijos, optan por responder de esta forma. Realmente las familias tienen muy pocas opciones para cuidar de sus personas mayores, una vez que no existe un Plano Gerontológico en Portugal que atienda a las necesidades de las varias tipologías de ancianos; entonces la ida para la Residencia es la primera opción cuando debía ser la última.

Quadro III-128 – Lares de Idosos – Sexo vs Iniciativa do internamento: (39), “Iniciativa Propia” y “Traído por familiares” constituyen los dos grandes grupos de respuestas. Hay proximidad en los tipos de respuesta, Mujeres/ Hombres. Las razones enunciadas en el ítem anterior son válidas aquí del mismo modo. En la cuestión anterior ya se había verificado que la “Falta de apoyo Familiar” seguida de “Dificultad en auto Cuidarse”, son las grandes razones enunciadas como Motivo de Internamiento, de ahí que se explique que en la Iniciativa de Internamiento se refiera mayoritariamente a “Iniciativa Propia”, seguida del “Traído por Familiares”.

Las razones son las mismas ya apuntadas anteriormente, la falta de redes de apoyo, formales o informales, lleva a que realmente la institucionalización sea la primera opción pero no propiamente la voluntad de los ancianos o incluso de sus familias.

Quadro III-129 – Lares de Idosos – Sexo vs Tempo de internamento: (40), la distribución está desequilibrada, “*skewness*” (las posiciones del *box plot*, de la *mediana* y también del *shortest half*), hay ciertamente muchas razones no seleccionadas que la pueden explicar; – Residencias nuevas, fenómeno más o menos reciente y en crecimiento acentuado, etc. ... Nótese que más de 25% de los usuarios, presentan internamientos superiores a seis (6) años.

Quadro III-130 – Centros de Dia – Sexo vs Se pudesse residir num outro local, qual a sua preferência? (41), “En su Casa” es la modalidad con mayor frecuencia, aunque el nivel de las respuestas no permita elaborar consideraciones. El número de respuestas (10), no permite la interpretación de la cuestión.

En **Quadro III-131 – Lares de Idosos – Sexo vs Se pudesse residir num outro local, qual a sua preferência? (41)**, “En su Casa” y sus variantes, son las respuestas con mayor frecuencia, sin dejar gran margen para dudas. Los patrones se aproximan entre Mujeres y Hombres.

Quadro III-132 – Centros de Dia – Análise de Contingência: Considera que na Instituição se preocupam verdadeiramente consigo? (42) vs Sexo, los usuarios responden mayoritariamente “Bastante” y “Mucho”. Lo mismo para LI’s donde el “Poco” y el “Muy Poco” se acentúan.

El comentario que me asiste, evidenciado por el análisis de las respuestas es que el grado de exigencia de los ancianos es muy bajo, ya sea por el desconocimiento que tienen en relación al modo como debían ser tratados – hay una enorme carencia de equipos multidisciplinares que actúen en varias áreas – ya por el modo como sus vidas decorrieron; el simple hecho de estar alimentados, tener algo de confort e higiene les es suficiente.

Quadro III-134 – Centros de Dia – Análise de Contingência: Como considera as suas relações com os outros residentes? (43) vs Sexo, hay una aceptación generalizada de “Buenas” y “Muy Buenas” relaciones.

En **Quadro III-135 – Lares de Idosos – Análise de Contingência: Como considera as suas relações com os outros residentes? (43) vs Sexo**, hay una generalizada aceptación de ‘Buenas’ y ‘Muy Buenas’ relaciones. Ligeramente conflictividad entre las Mujeres.

Quadro III-136 – Centros de Dia – Análise de Contingência: Como considera as suas relações com o pessoal do Lar? (44) vs Sexo, el tipo de respuestas es semejante en todo al anterior.

En **Quadro III-137 – Lares de Idosos – Análise de Contingência: Como considera as suas relações com o pessoal do Lar? (44) vs Sexo**, hay una semejanza entre Mujeres y Hombres confirmada no sólo por los patrones sino también por los tests.

Quadro III-138 – Lares de Idosos – Análise de Contingência: Como avalia a sua privacidade? (45) vs Sexo, la respuesta mayoritaria es “Buena”, con valores entre 60% y 65%.

Quadro III-139 – Lares de Idosos – Análise de Contingência: Como avalia a alimentação? (46) vs Sexo, la respuesta mayoritaria es “Buena”, con valores en torno al 62%. Hay igualdad en las respuestas de las Mujeres y de los Hombres, confirmada no sólo por los patrones, aquí curiosamente igual, comprobada por los tests.

Quadro III-140 – Lares de Idosos – Análise de Contingência: A sua família costuma visitá-lo(a)? (47) vs Sexo, las respuestas traducen claramente la situación de aislamiento a que la Familia los remite. Los Hombres reflejan una situación de mayor aislamiento de la familia.

Quadro III-141 – Lares de Idosos – Análise de Contingência: Habitualmente com que frequência sai do Lar? (48) vs Sexo, la frecuencia de salida de los LI's, es mayor en los Hombres; – mayoritariamente responden “Diariamente”, mientras que para las Mujeres esta proporción es menos de la mitad (21% vs 49%).

Quadro III-142 – Centros de Dia – Análise de Contingência: Tempos Livres – Ler: (50.1) vs Sexo, aunque mayoritariamente Analfabetos, o por lo menos funcionales, mayoritariamente también, reconocen la importancia de la Lectura. Se observan diferencias significativas entre sexos. Como curiosidad, nótese la inexistencia de “Ni Mucho Ni Poco” entre los Hombres.

En **Quadro III-143 – Lares de Idosos – Análise de Contingência: Tempos Livres – Ler: (50.1) vs Sexo**, los patrones de las Mujeres y de los Hombres son idénticos. En el **Quadro III-144 – Em Casa – Análise de Contingência: Tempos Livres – Ler: (50.1) vs Sexo**, los valores están próximos de los observados en los Hombres en los CD's; Mujeres y Hombres, tienen comportamientos idénticos como lo confirman los patrones y los tests.

Quadro III-145 – Centros de Dia – Análise de Contingência: Tempos Livres – Ver televisão: (50.2) vs Sexo, la Televisión es mayoritariamente aceptada como importante. Lo mismo para LI's y RS's.

Quadro III-148 – Centros de Dia – Análise de Contingência: Tempos Livres – Ouvir música: (50.3) vs Sexo, mayoritariamente aceptado como importante. Lo mismo para LI's y RS's.

Quadro III-151 – Centros de Dia – Análise de Contingência: Tempos Livres – Passear: (50.4) vs Sexo, mayoritariamente aceptado como “Bastante” importante. Lo mismo para LI's y RS's; diferencias significativas entre sexos.

Lo que nos permitió observar que realmente no existen condiciones para dar cobertura a la ocupación de los tiempos de ocio, en el sentido de la mejoría de las condiciones de vida.

Quadro III-154 – Centros de Dia – Análise de Contingência: Tempos Livres – Fazer jardinagem: (50.5) vs Sexo, la aceptación y el no reconocimiento se equilibran. Mayor adhesión de los Hombres.

En **Quadro III-155 – Lares de Idosos – Análise de Contingência: Tempos Livres – Fazer jardinagem: (50.5) vs Sexo**, “Muy Poco” y “Poco” reconocimiento. Mayor adhesión de los Hombres. En el **Quadro III-156 – Em Casa – Análise de Contingência: Tempos Livres – Fazer jardinagem: (50.5) vs Sexo**, la aceptación y el no reconocimiento se equilibran. Mayor adhesión de los Hombres.

Quadro III-157 – Centros de Dia – Análise de Contingência: Tempos Livres – Fazer horticultura: (50.6) vs Sexo, la aceptación y el no reconocimiento se equilibran. Mayor adhesión de los Hombres. Lo mismo para LI's.

En el **Quadro III-159 – Em Casa – Análise de Contingência: Tempos Livres – Fazer horticultura: (50.6) vs Sexo**, la Jardinería y la Horticultura tienen patrones idénticos, con una ligera ventaja para la Horticultura.

Quadro III-160 – Centros de Dia – Análise de Contingência: Tempos Livres – Fazer tricô: (50.7) vs Sexo, las respuestas son diferenciadoras de los sexos. En LI's el “Muy Poco” alcanza el 47% entre las Mujeres lo que por sí sólo es un indicio de la pérdida de actividad que las Residencias normalmente traen. En RS's, los patrones se aproximan a los observados en los CD's.

Observado y mencionado por muchas ancianas, la falta de visión, es esencialmente la razón por la que muchas no hacen punto, refiérase igualmente la falta de acompañamiento médico y cómo se podrían reducir estas situaciones!

Quadro III-163 – Centros de Dia – Análise de Contingência: Tempos Livres – Jogar às cartas: (50.8) vs Sexo, las respuestas presentan una diferenciación entre sexos, inversa de la observada en la cuestión anterior

Quadro III-166 – Centros de Dia – Análise de Contingência: Tempos Livres – Conversar com amigos: (50.9) vs Sexo, “Bastante” y “Mucho” ascienden a cerca de 90% (86% y 94%). en LI's, “Bastante” y “Mucho” suman cerca de 70% (64% y 72%). En RS's, el “Mucho” se destaca, con el “Bastante”, totalizan cerca de 80%.

Quadro III-169 – Centros de Dia – Análise de Contingência: Tem alguém com quem possa falar de assuntos pessoais sempre que deseja? (51) vs Sexo, el aislamiento es patente. Los Hombres parecen estar más afectados. Lo mismo para LI's.

Los LI's constituyen aglomerados de personas mayores, desconocidas, desplazadas de su ambiente familiar y social, con vivencias diferentes, lo que les confiere una enorme diversidad y que en la mayor parte de las situaciones lo que tienen en común, además de la edad es la desinserción, el aislamiento, las incapacidades, las enfermedades, por lo que no tienen realmente con quien hacer confidencias. Los Hombres parecen ser además los más afectados posiblemente por ser más reservados.

En el **Quadro III-171 – Em Casa – Análise de Contingência: Tem alguém com quem possa falar de assuntos pessoais sempre que deseja? (51) vs Sexo**, el “Siempre” alcanza el 38% en las Mujeres y el 35% en los Hombres; el “Frecuentemente” 35% y 43% respectivamente en las Mujeres y en los Hombres. Hay indiscutiblemente una “confiabilidad” mayor que en los otros grupos.

Quadro III-172 – Centros de Dia – Análise de Contingência: Sente-se satisfeito(a) com a sua vida sexual? (52) vs Sexo, existe una insatisfacción generalizada, “Nada” alcanza 81% en las Mujeres, cerca del doble de lo obtenido en los Hombres; “Bastante” es sensiblemente el triple en los Hombres que en las Mujeres (23% vs 8%); “Mucho” no existe en las Mujeres y representa el 6% en los Hombres.

En **Quadro III-173 – Lares de Idosos – Análise de Contingência: Sente-se satisfeito(a) com a sua vida sexual? (52) vs Sexo**, “Nada” es mayoritario para las Mujeres (89% vs 73%); “Bastante” tiene expresión en los Hombres (6%); “Mucho” alcanza cerca de 2% en ambos sexos. En el **Quadro III-174 – Em Casa – Análise de Contingência: Sente-se satisfeito(a) com a sua vida sexual? (52) vs Sexo**, “Nada” es tres veces mayor en las Mujeres que en los Hombres (54% vs 18%), “Poco” es doble en los Hombres, “Bastante” es mucho mayor en los Hombres que en las Mujeres (23% vs 15%) y “Mucho” es 10% en los Hombres, el doble de la verificada en las Mujeres, 5%; este grupo es a pesar de las desproporciones referidas, el de mayor equilibrio.

Esta cuestión se entendió por los ancianos centrada en las “relaciones sexuales” y la cuestión debería haber sido planteada de otro modo de manera que se abarcara la sexualidad de la forma más amplia. De acuerdo con VEGA VEGA & BUENO MARTÍNEZ [2000], la actividad sexual cumple muchas más funciones que las meramente físicas o fisiológicas, además del contacto genital la sexualidad puede expresarse de múltiples formas; por afectos, caricias, compañía, intimidad.

Quadro III-175 – Centros de Dia – Análise de Contingência: Sente-se facilmente aborrecido(a) ou irritado(a)? (53) vs Sexo, las Mujeres entre el “Siempre y el “Frecuentemente” representan cerca de 71%, contra 54% en los Hombres; en éstos, el “Raramente” es 43% contra 25%; “Nunca” es idéntico para ambos sexos. Los patrones están muy próximos de los verificados en LP’s.

En el **Quadro III-177 – Em Casa – Análise de Contingência: Sente-se facilmente aborrecido(a) ou irritado(a)? (53) vs Sexo**, hay en relación a los otros grupos, una mejoría significativa tanto en las Mujeres como en los Hombres, aunque sea visible la mayor irritabilidad de las Mujeres; nótese no obstante como el “Nunca” es mayor entre las Mujeres (18% vs 13%).

Quadro III-178 – Centros de Dia – Análise de Contingência: Sente-se inferior aos outros? (54) vs Sexo, la autoevaluación es, a pesar de todo, elevada, “Nunca” y “Raramente” representan en conjunto cerca de 75%, donde los Hombres muestran una mayor “superioridad”. Curiosamente, las proporciones de “Siempre” y “Frecuentemente” están muy próximas en los tres grupos y son siempre superiores en las Mujeres que en los Hombres. Los perfiles son muy parecidos en los tres grupos.

Quadro III-181 – Centros de Dia – Análise de Contingência: Tem tendência para ter opinião negativa de si próprio(a)? (55) vs Sexo, la autoestima está próxima de la analizada para la cuestión anterior, a pesar de una leve inversión entre sexos. Para LI's y RS's los modelos se aproximan a los verificados en la cuestión anterior.

Quadro III-184 – Centros de Dia – Análise de Contingência: Com que frequência sente que não pode confiar na maioria das pessoas? (56) vs Sexo, la “confianza” está equilibrada con la “desconfianza”, siendo ésta más acentuada entre las Mujeres. Existe una atenuación de la “desconfianza” en los LI's.

En el **Quadro III-186 – Em Casa – Análise de Contingência: Com que frequência sente que não pode confiar na maioria das pessoas? (56) vs Sexo**, la “desconfianza” es ligeramente mayor entre los que viven “En su Casa”. acentuándose la discrepancia Mujeres/ Hombres.

Quadro III-187 – Centros de Dia – Análise de Contingência: Sente-se posto(a) à margem e excluído pelas outras pessoas? (57) vs Sexo, la aceptación es de cerca de 87% (Poco y Muy Poco) y muy próxima entre sexos (ver testes). En LI's las cuestiones son idénticas.

En el **Quadro III-189 – Em Casa – Análise de Contingência: Sente-se posto(a) à margem e excluído pelas outras pessoas? (57) vs Sexo**, la aceptación es genérica pero no tan próxima entre sexos como en los otros grupos (CD's y LI's), la función crítica es aquí mayor.

Quadro III-190 – Centros de Dia – Análise de Contingência: Sente-se como se realmente ninguém o(a) compreendesse? (58) vs Sexo, la aceptación es genérica, revelándose una mayor confianza entre los Hombres. Lo mismo para LI's.

En el **Quadro III-192 – Em Casa – Análise de Contingência: Sente-se como se realmente ninguém o(a) compreendesse? (58) vs Sexo**, la aceptación es genérica, revelándose una mayor confianza entre los Hombres. Los perfiles entre sexos están próximos entre si y diferentes de los observados en los otros grupos (CD's y LI's).

Quadro III-193 – Centros de Dia – Análise de Contingência: Acredita em Deus ou em algum Ser superior? (59) vs Sexo, la homogeneidad de las respuestas tanto en CD's, LI's o RS's, permite considerar esta cuestión como absolutamente innecesaria para la diferenciación de los grupos; hubo prácticamente una respuesta unánime (en total, solamente dos excepciones, que no presentan un perfil particular).

Análisis Exploratorio de los Datos – Multivariado

Quadro III-194 – Escala de Depressão Geriátrica vs Sexo, cuando se comparan las muestras Mujeres/ Hombres, la posición de los “*box-plots*” y sobre todo los “*shortest half*”, muestran las asimetrías en la distribución y cómo son contrarias entre sexos – valores más elevados en las Mujeres, valores inferiores en los Hombres.

Quadro III-195 – Lawton & Brody vs Sexo, las amplitudes de las muestras son diferentes, el máximo en las Mujeres es 8, en los Hombres es 5, la posición de los “*box-plots*” se aproxima.

Quadro III-196 – Auto-Conceito (Vaz Serra) vs Sexo, el análisis de las muestras Mujeres/ Hombres, denota por la posición de los “*box-plots*” una gran proximidad en las distribuciones que los “*shortest half*” confirman. Los valores medios se aproximan también mucho. Se verifican también “*out liners*” en las posiciones extremas.

Véase Figura III-2 y siguientes.

Regresión “Stepwise” – Escala de Depresión Geriátrica

Admitiendo que las variables son continuas y del mismo modo lo son los valores obtenidos para la Escala de Depresión Geriátrica (EDG), establecemos una Regresión “*Stepwise*”, con el propósito de reconocer cuáles son las más correlacionadas con los valores de la EDG, observar las variables que entran y las que salen⁵⁾, y al mismo tiempo, intentar comprender las diferencias en los patrones de las Mujeres y de los Hombres.

El análisis univariado permitió detectar en relación a la **Cuestión 28 – ¿Se siente Deprimido(a) actualmente?**, una diferencia substancial entre Mujeres y Hombres – el doble – y que los Cuadros, Quadro III-94, Quadro III-95 e Quadro III-96, muestran tan bien. Notemos que en relación a los valores obtenidos para la EDG las diferencias medias no son tan substanciales (Quadro III-194 – Escala de Depressão Geriátrica vs Sexo).

Además de las diferencias en los valores de los coeficientes de regresión entre Mujeres y Hombres, con el valor más elevado en estos (0.61 vs 0.56); se observa que es en éstos donde la regresión incide en las variables @26 Prob. Salud, @29 Frec. Q. Dol., @31 Dolor Impide *ie.* cuestiones que de algún modo están ligadas al desempeño físico, en cuanto que en las Mujeres, las variables @20 Familia se preocupa, @32 Dif. Adormecer, además de todas aquellas que son comunes a ambos grupos, atestigua otro nivel de preocupaciones.

Del mismo modo, se atiende al ‘orden de salida’ de las variables para Mujeres y Hombres que los Cuadros “*Backward*”, muestran.

Estas observaciones son simples observaciones y nada más, pero nos permiten estar más sensibilizados para lo que los análisis posteriores revelan.

Análisis de Componentes Principales (ACP)

Cuando se pretende observar el arreglo de los puntos (individuos), a través de muchas variables correlacionadas, puede usarse el Análisis de Componentes Principales (ACP), a fin de mostrar las direcciones más importantes de los datos multidimensionales. La AFC, reduce la “dimensionalidad” del conjunto de los datos. Es un modo de describir la estructura de los datos tan completamente como sea posible, usando el menor número de variables.

Lo explicado por los cuatro ejes retenidos (Figura III-15), $\approx 38\%$ – (Quadro III-224), es extraordinariamente bajo; ampliar la explicación para algunos ejes más contraría la razón de la ACP. Mantenemos así el análisis, no para explicarlo, sino solamente para percibir tendencias y/ o descortinar patrones.

⁵⁾ A pesar de haber utilizado los procesos de “*Forward*” y “*Backward*”, presentamos solamente este último por cuestiones de pura economía de espacio.

Las variables se encuentran ordenadas para el Factor 1 (Quadro III-225), para los restantes factores, los colores dan indicaciones sobre su importancia.

El análisis de los sucesivos “*Biplots*” para los Ejes P1 *vs* P2 *vs* P3, permite visualizar algunos grupos de variables que mantienen la proximidad y sus posiciones relativas en el espacio. Esta cuestión es mucho más fácil de ser observada en el *software* que hemos estado usando (JMP), del que extraje las figuras que presentamos. En efecto, sobre el *software*, tenemos la posibilidad de rodar todo el *datum* y así poder ‘mirar’ por detrás, construyendo una conceptualización tridimensional de los datos. En el modo estático, donde frecuentemente la descripción de algunas variables tapa la descripción de otras, o incluso enmascara sus posiciones reales, hay una enorme dificultad, o incluso imposibilidad de un análisis cuidado.

Los pares de variables, @31 Dol Impide; @30 Dificultad en convivir con el Dolor y @291 Intensidad de las Quejas Dolorosas; @29 Frecuencia de las Quejas Dolorosas, constituyen como un agrupamiento, aunque éstos dos subgrupos se identifiquen perfectamente.

Los vectores propios que el (Quadro III-225), muestra, corroboran esta descripción.

Con la @25 Salud Física y el @33 Cansancio, tenemos como un alineamiento en torno a R1. También aquí, los valores de los vectores propios lo confirman, del mismo modo que podemos observar la @Esc. Geriátrica en oposición a la @28 Depresión Actual y a la @53 Irritación, (más observable en el plano R1 x R3). La @35 Memoria la @34 Dif. Concentración se disponen a lo largo del eje R3, aunque con valores elevados.

El Factor 2, juega sobre todo y curiosamente con las cuestiones 501 a 509, que en el fondo traducen los deseos – los gustos. Además aquí, nótese por ejemplo la @505 Jardinería y la @506 Horticultura prácticamente colineales.

El Factor 3, aglutina como las características negativas, @54Inferioridad, @55 Negativismo, @57 Puesto al Margen, @58 Nadie lo Comprende e incluso la misma @53 Irritación.

Concluyendo, y además de lo que realmente no se explica, y para lo que creemos que contribuyó el desajuste de la muestra, de las mismas preguntas (@51 Intimidad, entre otras), de las limitaciones que la ACP encierra (referidas en p. 389), hay, a nuestro juicio, patrones que sospechábamos y que aquí están presentes.

Hay un conjunto de variables, que en el fondo se asocian como naturalmente a los ancianos y al envejecimiento, y que el Factor 1 discrimina. Hay también otras variables cuya importancia no podemos discutir aquí, la Edad, el @11 Rendimiento a las @13 Dificultades Económicas y que suponemos, nótese la hipótesis, interesantes.

El modelo percibido fue el que describimos y que no colide con las observaciones que el análisis univariado nos permitió construir. Constituyó un elemento más que pesará en el próximo análisis.

Análisis Factorial de Correspondencias Múltiples

Dada la naturaleza de los datos en análisis, traducir en gran parte, respuestas del tipo cualitativo se recurrió al Análisis Factorial de Correspondencias Múltiples (AFCM), ya que aquí los datos cualitativos – casi siempre nominales – pueden ser tratados, concretamente, la discriminación del Sexo que la ACP no nos permitió verificar en conjunto, del mismo modo que la Ruralidad y las posiciones de los individuos en los CD's, LI's y RS's. Las limitaciones que referimos en el Análisis de Componentes Principales están así sobrepasadas.

La interpretación de los sucesivos cuadros del Análisis Factorial de Correspondencias Múltiples, permite establecer el conjunto de Hipótesis/ Conclusiones, que a continuación se describen.

Las contribuciones absolutas más importantes por factor (véase Tabela III-7, Tabela III-8, Tabela III-9 e Tabela III-10), están listadas por su importancia, manteniéndose el color convencionado en las Tablas.

El Eje 1, (véase Gráfico III-1/ Gráfico III-6), opone los niveles de mayor valor de las modalidades 31@4 – Dor Impede, 30@4 – Dific. Lidar c/ Dor, 28@4 – Depressão Actual, EG21 – Escala Depressão Geriátrica, 33@4 – Cansaço, 29@4 – Freq. Queixas Dolorosas, 291@5 – Intens. Queixas Dolorosas, 19@4 – Sente-se Só, 25@3 – Saúde Física, 26@2 – Prob. Saúde, 52@3 – Satisf. Vida sexual – en su mayor parte a las más importantes contribuciones absolutas del Factor 1 (véase Tabela III-7), y que constituyen como un “cluster” (véase Gráfico III-1 e Gráfico III-2); – y también las modalidades RS2 – Em Casa (shadow), VvC2 – Vive c/ Cônjuge (shadow), VvI1 – Vive em Instituição, LI1 – Lar de Idosos, VST3 – ICAC Vaz Serra, 51@4 – Confidenciar⁶⁾, AnP2 – Apoio n Precisa (Shadow), Rur1 – Rural, ao “cluster” que reúne las modalidades, 28@2 – Depressão Actual, 19@2 – Sente-se Só, EG23 – Escala Depressão Geriátrica, e L&B1 – Lawton & Brody, Rur2 – Rural (shadow)⁷⁾, que do mesmo modo se constituem num grupo.

Opone también las Mujeres (F1) a los Hombres (M1), los Urbanos (Urb1) a los Rurales (Rur1).

El Eje 2 (véase Gráfico III-7/ Gráfico III-12), opone los extremos de menor valor de las modalidades, 36@2 – Confuso, 33@1 – Cansaço, 25@1 – Saúde Física, EG23 – Escala Depressão Geriátrica, 32@1 – Dific. Adormecer, 34@2 – Dific. Concentração, 28@1 – Depressão Actual, 31@1 – Dor Impede, 55@2 – Negatividade, 34@1 – Dific. Concentração, 53@1 – Irritação, 29@1 – Freq. Queixas Dolorosas, VST1 – ICAC Vaz Serra, y que constituyen como un “cluster” y VvI1 – Vive em Instituição, LI1 – Lar de Idosos, L&B3 – Lawton & Brody, RS2 – Em Casa (shadow), al “cluster” 30@3 – Dific. Lidar c/ Dor, 36@4 – Confuso, 31@3 – Dor Impede, ACD2 – Apoio Cuidados Domésticos (shadow).

El Eje 3 (véase Gráfico III-13 y siguientes), posibilita discriminar las zonas descritas en el espacio tridimensional donde la Figura III-28 ilustra también la posición de los individuos.

⁶⁾ Fuera de su sitio.

⁷⁾ lo mismo que Urb1.

Los resultados del Análisis de Correspondencias Múltiples, presuponen siempre, la evaluación e interpretación por parte de un “*expert*”, por lo que nuestra interpretación es una, no la definitiva.

Además de las cuestiones ya abordadas y de todas las restricciones que una afirmación categórica implica, los valores obtenidos con la EDG no nos parecen adecuados; la bibliografía refiere, que se observan el doble de casos de Depresión entre las Mujeres en relación a los Hombres, por lo que nos parece que la Escala debería considerar una diferenciación.

La Depresión

BUENDÍA & RIQUELME *In*: BUENDÍA, JOSÉ [1997], p. 235, citan TOBÍN & LIEBERMAN *In*: CRANDALL, RICHARD C. [1976] y TOBÍN *In*: MARKIDES, KYRIAKOS S & COOPER, CARY L. [1989], que se refieren a los primeros esfuerzos de adaptación al ámbito residencial como “*síndrome del primer mes*”. Según este último autor, muchos residentes recién admitidos sufren un proceso de confusión; otros, permanecen extremadamente deprimidos y presentan comportamientos extravagantes, entrando incluso en deterioración. Algunos, después de este periodo recuperan su nivel funcional anterior a la entrada para la residencia, mientras que otros, continúan a ‘deteriorarse’ hasta la muerte.

Estos autores citan también a MANN [1980]; KAY; HENDERSON; SCOTT *et al.* [1985] y LIVINGSTON; HAWKINS; GRAHAM *et al.* [1990], que realizaron varios estudios comparativos en ancianos que vivían en la comunidad y ancianos residentes en instituciones geriátricas, coincidiendo todos ellos en la revelación de tasas mayores de trastornos afectivos y manifestaciones depresivas en la población institucionalizada. Sin embargo, no quedó suficientemente claro cuáles son las variables que pueden estar implicadas en este hecho.

En otro trabajo, CLARK [1992], citado también por estos autores, revela la presencia de una historia anterior de depresión entre los ancianos internados y la permanencia de estos problemas en la residencias. Este autor refiere la necesidad de que se realicen estudios psicológicos anteriores a la admisión de los ancianos en las residencias para que se tomen así algunas medidas de manera que puedan tener asistencia de otros equipos.

BLAZER & WILLIAMS [1980] y PARMELEE; KATZ & LAWTON [1989] efectuaron investigaciones cuyos resultados revelan también la mayor incidencia de trastornos depresivos y déficit cognitivos entre ancianos institucionalizados.

HYER & BLAZER [1982], hacen notar que el 80% de los ancianos que viven en instituciones, manifiestan síntomas depresivos, resultados que coinciden también con la investigación desarrollada en España por PÉREZ; GONZÁLEZ FELIPE; MORALEDA *et al.* [1989]; RIBERA; REIG & MIQUEL [1988] y DE LAS HERAS; POLAINO; GAONA *et al.* [1990]. Estos últimos refieren que un gran número de factores: orgánicos, psicológicos, psiquiátricos y socioambientales, pueden aliarse, y particularmente en estas edades, originar altas tasas de depresión y los consecuentes suicidios. Esta situación se agrava cuando el anciano ingresa en instituciones tales como asilos, residencias psiquiátricas, residencias de ancianos, porque implica un desenraizar y un esfuerzo añadido de adaptación.

MUÑOZ TORTOSA *In*: MUÑOZ TORTOSA, JUAN [2002a], p. 152, refiere que en las personas con más de 65 años e institucionalizadas, la incidencia de depresión es mucho mayor, haciendo notar que en muchos estudios se sitúa casi en el 80% de los casos.

Dado que la depresión es un efecto secundario de muchas enfermedades propias de la vejez (demencia, algunos tipos de cáncer, enfermedades cardíacas), las tasas de este trastorno mental son muy elevadas entre ancianos hospitalizados, GURLAND *In*: SADAVOY, JOEL & AMERICAN ASSOCIATION FOR GERIATRIC PSYCHIATRY [1996], citado por BELSKY [2001], p. 277, expone que las tasas de depresión son muy elevadas entre ancianos hospitalizados y en las residencias para ancianos (PARMELEE; KATZ & LAWTON [1992a]; PARMELEE; KATZ & LAWTON [1992b]). Los estudios sugieren que de 30 a 50% de todos los residentes en instituciones de ancianos sufren síntomas depresivos en uno u otro grado, (KATZ & PARMELEE *In*: RUBINSTEIN, ROBERT L. & LAWTON, M. POWELL [1997], citados por BELSKY [2001], p. 277).

En España, un estudio realizado por MONTORIO [1990], en residencias, posiciona la tasa de incidencia en el 23% de las personas ancianas, mientras que RIBERA; REIG & MIQUEL [1988], la sitúa en el 25% y PÉREZ; GONZÁLEZ FELIPE; MORALEDA *et al.* [1989], con la GERIATRIC DEPRESSION SCALE (GDS), en el 70%, de los cuales, 16% de los sujetos podrían diagnosticarse como depresivos severos. También MUÑOZ TORTOSA *In*: MUÑOZ TORTOSA, JUAN [2002a], p. 152, concluye que uno de los principales problemas con que se tropieza al establecer la incidencia de la depresión geriátrica es que aún no se tiene una definición clara y operativa de la depresión.

BELSKY [2001], p. 276, afirma que la depresión es el único trastorno emocional importante que no es característico de la juventud.

El Estudio Epidemiológico de la Zona de Captación (ACE), fue el primer estudio sobre los trastornos mentales en los Estados Unidos, donde equipos de investigadores examinaron 20,000 personas residentes en Baltimore, Los Angeles, New Haven, San Luis, Durham y en Carolina del Norte. Estos cinco lugares fueron seleccionados con todo rigor para que constituyesen una mezcla racial y socioeconómica típica del país en su conjunto, MYERS; WEISSMAN; TISCHLER *et al.* [1984], reveló que las personas con más de 65 años son menos propensas a padecer depresión que los adultos más jóvenes (WEISSMAN; MYERS; TISCHLER *et al.* [1985]).

ROBERTS; KAPLAN; SHEMA *et al.* [1997], referidos por esta misma autora, hacen notar que una década después, el Estudio de Alameda, (este estudio es considerado el más sólido y demuestra que el estilo de vida afecta a la longevidad; fue una investigación prospectiva de grandes proporciones que se inició en 1965 en el Condado de Alameda, California. Fueron encuestados 1,000 residentes de una zona suburbana de S. Francisco sobre sus enfermedades, sus condiciones de salud y su salud mental. BERKMAN & BRESLOW [1983], obtuvieron resultados idénticos, lo que llevó a los investigadores a afirmar categóricamente que **las personas ancianas sanas no tienen mayor propensión a deprimirse que otra persona cualquiera** (BELSKY [2001], p. 87).

Otros gerontólogos dicen que estas afirmaciones son engañosas, por el hecho de que muchas personas ancianas presentan señales de depresión pero cuyos síntomas, por el hecho de ser menores, no permiten que sean diagnosticados como trastornos psiquiátricos según los criterios del DSM (BLAZER; HUGHES & GEORGE [1987]; GEORGE [1993]).

En esta edad, la depresión puede manifestarse solamente a través de pérdidas de memoria y de achaques, de ahí el nombre que se le ha dado: depresión enmascarada, porque el problema aparece como cognitivo y físico y no como psicológico.

□ Depresión

□ En la p. 168, § ROTH & REHM [1980], referidos pela mesma autora, ...

□ Depresión *Major* –

□ En la p. 171, § LOVESTONE & HOWARD [1997], referem que ...

□ Depresión – Instituciones & Ambulatorio

□ En la p. 173, § PFITZENMEYR; MANIER & GAMUS [1999], referem que ...

□ BUENDÍA & RIQUELME *In*: BUENDÍA, JOSÉ [1997], p. 235, citan a TOBÍN & LIEBERMAN *In*: CRANDALL, RICHARD C. [1976] y TOBÍN *In*: MARKIDES, KYRIAKOS S & COOPER, CARY L. [1989], que se refieren a los primeros esfuerzos de adaptación al ámbito residencial como “*síndrome del primer mes*”. Según este último autor, muchos residentes recién admitidos sufren un proceso confuso, entretanto otros permanecen extremadamente deprimidos, presentan comportamientos extravagantes entrando incluso en deterioración. Algunos, después de este período, recuperan su nivel funcional anterior a la entrada a la residencia, otros continúan a deteriorarse hasta la muerte.

□ Depresión – EGD

□ En la p. 176, § ANDRÉS NAVIA & BAS RAMALHO *In*: MONTORIO, IGNACIO & IZAL, MARÍA [2000], referem ...

□ Depresión – & Somatización

□ En la p. 184, § PAÚL & FONSECA [1999b], p. 357, citam ...

□ Depresión & Stress

□ En la p. 174, § Associadas à depressão existem uma série ...

Depresión – Sexo

WEISSMAN & KLERMAN [1977], citados por MUÑOZ TORTOSA *In*: MUÑOZ TORTOSA, JUAN [2002a], pp. 152-153, observan en relación con la depresión en personas ancianas una enorme diferencia entre sexos y demuestran que existen dos veces más mujeres depresivas que hombres.

BELSKY [2001], p. 257, algunos *experts* dicen que es un error colocar a todas las personas mayores de 65 años en el mismo saco. Las tasas de depresión bajan entre los 60 y los 70 años y suben en edades por encima de los 70 años (KESSLER; FOSTER;

WEBSTER *et al.* [1992]; MIROWSKY & ROSS [1992]). También podría ser un error juntar hombres y mujeres. De hecho, el más sorprendente de la depresión es su relación con el sexo, y no con la edad.

En todas las culturas, las mujeres tienen una tendencia a sufrir este problema aproximadamente dos veces superior a la de los hombres. Para sufrir esta diferencia los *experts* imputan la responsabilidad a factores hormonales, al *stress* de la vida, al temperamento y también a otras circunstancias (MCGRATH & AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION [1990]).

Depresión – Viudos *vs* Viudas

BELSKY [2001], pp. 277-278, hace referencia a un estudio epidemiológico que demostró que la diferencia de género es evidente cuando concluyó que los viudos de cualquier raza presentaron más del doble de probabilidades de sufrir una depresión grave que las viudas (WILLIAMS; TAKEUCHI & ADAIR [1992]).

Depresión & Luto

En la p. 135, § De acordo com REICH; ZAUTRA & GUARNACCIA [1989], ...

Depresión Sexo y síntomas

En la p. 172, § KIVELA & PAHKALA [1988a; b; [1989], citados por ...

Depresión & Enfermedad

TURNER & NOH [1988], apuntan que el riesgo de padecer depresión es tres veces más elevado en los individuos que presentan incapacidad física, y que la enfermedad o su tratamiento pueden dar origen a este trastorno en las personas de edad. A este respecto, GURLAND *In*: SADAVOY, JOEL & AMERICAN ASSOCIATION FOR GERIATRIC PSYCHIATRY [1996], nos indica que la enfermedad y las incapacidades físicas, no sólo pueden ser la causa como también la consecuencia de la depresión (citados por MUÑOZ TORTOSA *In*: MUÑOZ TORTOSA, JUAN [2002a], p. 157).

En la p. 183, § De qualquer forma a relação depressão dor, é um tema polémico. TURK; OKIFUJI & SCHARFF [1995], citados ...

Instituciones & Incapacidades

En la p. 151, § STREIM & KATZ *In*: BUSSE, EWALD W & BLAZER, DAN G. [1999], ...

Depresión & Edad

GALLAGHER & THOMPSON *In*: LEWINSOHN, PETER M & TERI, LINDA [1983], afirman que como criterio general, se admite que entre 4 y 7% de la población de más de 65 años padece depresión y que independientemente de otras variables – institucionalización, instrumentos de medida utilizados, etc. – las diferencias encontradas en las diversas investigaciones pueden ser debidas a determinadas variables como el sexo, la edad, la salud física, la situación económica, etc.; además de esto, muchos investigadores consideran el envejecimiento como la causa de estados depresivos y por consiguiente, postulan que el grupo de personas ancianas es más vulnerable a la depresión que el grupo de sujetos más jóvenes.

Es aceptado que el porcentaje de las personas que sufren depresión grave aumenta alrededor de los 65 años , aunque algunos trabajos de campo no parezcan confirmar esta idea (MUÑOZ TORTOSA *In*: MUÑOZ TORTOSA, JUAN [2002a], p. 152).

De acuerdo con BLAZER; HUGHES & GEORGE [1987]; BLAZER [1989b]; BLAZER [1989a] y BLAZER; WOODBURY; HUGHES *et al.* [1989], solamente el 1% de las personas con más de 60 años presentan estados severamente depresivos. Apunta también para otra hipótesis de trabajo, según la cual, la diferencia de las tasas de incidencia de la depresión entre los jóvenes y las personas ancianas puede explicarse por un efecto de “*caborte*” o de generación. Además, algunos estudios indican que la actual “*caborte*” de personas ancianas está relativamente inmunizada contra la depresión, contraponiendo que el número de personas consultadas por depresión aumentó por el hecho de que el número global de personas ancianas también ha aumentado considerablemente (citados en MUÑOZ TORTOSA *In*: MUÑOZ TORTOSA, JUAN [2002a], p. 152).

Depresión, Soledad & ICAC

En la p. 133, § Os diversos estudos realizados com a aplicação do Inventário Clínico de Auto-conceito ...

En la p. 133, § Torna-se lógico admitir que ...

En la p. 134, § O Inventário Clínico de Auto-Conceito (ICAC) ...

Auto-estima & Soledad

En la p. 137, § BARROS DE OLIVEIRA [1999], cita ...

Auto-estima & Incapacidades,

En la p. 183, § Segundo WILLIAMSON & SCHULZ [1992], citados por ...

Auto-estima & Stress,

En la p. 134, § TUBESING; TUBESING; CHRISTIAN *et al.* [1983], ...

Soledad en Viudos *vs* viudas

BERG; MELLSTROM; PERSSON *et al.* [1981], citados por M. MOTTE & MUÑOZ TORTOSA *In*: MUÑOZ TORTOSA, JUAN [2002], p. 105, hacen notar que la soledad está presente en el 25% de las mujeres y en sólo el 12% de los hombres, y también, que la situación familiar es una variable que presenta una correlación alta con el apareamiento del sentimiento de soledad; de la muestra estudiada, sólo el 6% de los hombres casados y 15% de las mujeres casadas experimentaban este sentimiento, contra 69% de la muestra de hombres y 54% de la muestra de mujeres que viven solos . Además, el estudio sugiere que la mujer a medida que envejece se torna más vulnerable a sufrir el sentimiento de soledad y que el *status* de casada o vivir con atenúa esos efectos; si bien que los individuos que viven en compañía de otras personas no están necesariamente inmunizados contra el apareamiento de este sentimiento.

LOPATA *In*: PEPLAU, LETITIA ANNE & PERLMAN, DANIEL [1982], y DE GRÂCE [1987], en los estudios que realizaron identificaron la viudedad como variable de riesgo y la satisfacción conyugal como variable que amortiza el sentimiento de soledad.

Soledad & Incapacidades

Otros estudios también sobre esta temática llevados a cabo por otros autores indican que las personas de edad muy avanzada sufren un aumento del sentimiento de soledad provocado por las incapacidades que las impiden realizar sus desplazamientos – movilidad, autonomía – (KAUFMAN & ADAMS [1987]). TUNSTALL [1966], encontró problemas de soledad en 13% de la población autónoma y 43% en el colectivo de personas que presentaban pérdidas de autonomía.

Soledad & El Estado de Salud

El estado de salud es otro hecho que influye de forma determinante en el individuo si se siente sólo y cuanto más grave es el estado de salud física más agudo es el sentimiento de soledad y aparece con mayor frecuencia (MULLINS; MUSHEL; COOK *et al.* [1994]).

Soledad & Aislamiento – Edad

TRIADO & VILAR [1997], hacen referencia a estudios sobre la soledad en la vejez, como el de RANE-SZOSTAK & HERTH [1995], donde se refiere que “la persona mayor tiene la experiencia del abandono y necesita más que nunca de afecto y apoyo. La persona a brazos con la soledad siente que nadie la escucha o ama y por eso se desvaloriza a sí misma y baja su auto-estima – ‘no valgo nada’. Se siente en la tierra de nadie y que está demás; por eso, se interesa de la vida entrando en sufrimiento íntimo y dejándose morir poco a poco hasta incluso, atentando contra la vida” (BARROS DE OLIVEIRA [1999], p. 329).

M. MOTTE & MUÑOZ TORTOSA *In*: MUÑOZ TORTOSA, JUAN [2002], p. 104, refieren un estudio de FISCHER & PHILLIPS *In*: PEPLAU, LETTIA ANNE & PERLMAN, DANIEL [1982], que evidencia que el 23% de las mujeres ancianas y el 33% de los hombres ancianos manifestaron que se encontraban aislados en su ambiente socio-familiar.

En otra investigación, realizada con más de 1,000 personas con más de 60 años, se concluyó que solamente el 3% de los encuestados manifestaron sufrir sentimientos de aislamiento y soledad (KAUFMAN & ADAMS [1987], citados por M. MOTTE & MUÑOZ TORTOSA *In*: MUÑOZ TORTOSA, JUAN [2002], p. 104).

En el medio rural, un estudio de KIVETT [1979], descubrió que 16% de los inquiridos verbalizaron que sufrían con frecuencia sentimientos de soledad.

En el Reino Unido un estudio mostró que 73% de personas ancianas dijeron que no sufrían de soledad, 7% reveló encontrarse solos la mayor parte del tiempo y 20% afirmaron sentirse solos esporádicamente (FIDLER [1976]). En el mismo país, otra investigación reveló que el 23% de las personas de más de 85 años afirmaron encontrarse solas la mayor parte del tiempo y el 25% sólo algunas veces; el 52% de la muestra estudiada nunca habían experimentado el sentimiento de soledad (BOWLING; BURKEY & CITY AND HACKNEY [1989]).

En Suiza, un estudio realizado por BERG; MELLSTROM; PERSSON *et al.* [1981], mostró que el 19% del grupo de ancianos con más de 70 años se encontraban frecuentemente solos. Otro, realizado en Suecia por MULLINS; MUSHEL; COOK *et al.* [1994], detectó que 40% de individuos entre los 55 y los 74 años refirieron que se encontraban solos casi siempre o algunas veces.

En España, un estudio realizado por SÁEZ NARRO; ALEIXANDRE; VICENTE *et al.* [1993] reveló que al preguntar a los ancianos los problemas propios de su edad y más relevantes, la 'soledad' era la variable por la que se sentían más afectados el 59% de los inquiridos (citados por M. MOTTE & MUÑOZ TORTOSA *In: MUÑOZ TORTOSA, JUAN* [2002], p. 104).

Muchos otros estudios podrían ser citados pues este tema reveló mucho interés por parte de los investigadores, sin embargo puede concluirse que todos los estudios realizados sobre la soledad (transversales), revelaron resultados contradictorios y en la actualidad no se dispone de datos empíricos que indiquen claramente la dimensión de este problema y los efectos que produce.

A pesar de esto no se pueden rechazar los resultados de las investigaciones que confirman el estereotipo envejecimiento/ soledad y que afecta especialmente a las mujeres ancianas.

Perlman *In: Milardo, Robert M. & National Council on Family Relations* [1988], analizó que la situación familiar no incide sobre el sentimiento de soledad cuando la persona está en instituciones. Este autor, también en relación a este sentimiento, subraya que la edad avanzada no genera sentimiento de soledad, por el contrario verificó que la soledad encuentra su punto más alto durante la adolescencia y después disminuye (M. Motte & Muñoz Tortosa *In: Muñoz Tortosa, Juan* [2002], p. 105).

Soledad en las Instituciones

En la p. 137, § LOWENTHL *In: NEUGARTEN, BERNICE LEVIN* [1968], citado ...

Factores que influyen en el sentimiento de Soledad

En la p. 136, § MUÑOZ TORTOSA [2002], p. 105, refiere ...

Soledad – Relación Amistades

ARLING [1976], encontró que el relacionarse con amigos atenúa el apareamiento del sentimiento de soledad y en este sentido; DE GRÂCE [1987], comprobó que el hecho de tener pocos amigos, pocos amigos íntimos y pocos contactos con los amigos, está correlacionada con el apareamiento del sentimiento de soledad. Los resultados de esta investigación confirman que muchas personas ancianas se encuentran más satisfechas con las relaciones que establecen con sus amigos que con las relaciones que establecen en el ambiente familiar – hijos y nietos – (M. MOTTE & MUÑOZ TORTOSA *In: MUÑOZ TORTOSA, JUAN* [2002], p. 105-108).

Soledad – Instrucción

El nivel de instrucción se correlaciona inversamente con el sentimiento de soledad. Las personas con mayor nivel académico participan más en actividades que las pueden enriquecer (KAUFMAN & ADAMS [1987]).

Soledad – Recursos Económicos

BERG; MELLSTROM; PERSSON *et al.* [1981], al analizar los recursos económicos de los individuos, observó que no existe correlación alguna entre el nivel de recursos económicos y el apareamiento del sentimiento de soledad.

Sexualidad – Sexualidad

MASTERS; JOHNSON & REPRODUCTIVE BIOLOGY RESEARCH FOUNDATION (U.S.) [1966], refieren que en un estudio realizado con personas de más de 80 años, 20% de esa población manifestó desear mantener relaciones sexuales con cierta frecuencia

En una investigación posterior, BRECHER & CONSUMERS UNION OF UNITED STATES [1984], se comparó una muestra de hombres y mujeres entre 50 y 60 años, con otra entre 60 y 70 años y una tercera con más de 70 años y los resultados fueron respectivamente: – 75, 67 y 59%, de las mujeres mostraron interés por el sexo. En los hombres, se encontraron valores más elevados alcanzando los porcentajes de: 94, 88 y 75% en esos mismos grupos de edades. Puede inferirse que los deseos de actividad sexual descienden con el avance de la edad y de forma más pronunciada en las mujeres que en los hombres.

STARR & WEINER [1981], revela en otro estudio, dos de cada tres hombres manifiestan tener deseo de mantener relaciones sexuales aunque consideran muy difícil llegar a la erección. En este mismo estudio, las mujeres activas sexualmente, manifiestan tener menos dificultad para experimentar el orgasmo (MUÑOZ TORTOSA *In*: MUÑOZ TORTOSA, JUAN [2002b], pp. 123-126).

PORTO [1987], señala que el 48% de los hombres entre los 75 y 92 años dicen tener una vida sexual activa. El análisis de los resultados del grupo de mujeres de este grupo de edades revela que sólo el 20% mantiene actividad sexual.

Los resultados de las investigaciones relatadas anteriormente y de muchas más que se podrían también referir, deben ser interpretadas con cautela, una vez que muchos datos resultan de estudios transversales, por lo que pueden contener algunas deformaciones producidas por el efecto *cohorte*. En muchos casos, los ancianos de la muestra padecen mayor inhibición en el momento de responder al cuestionario de evaluación, debido a su concepción más rígida de la sexualidad, la influencia de la educación recibida y la presión social (MUÑOZ TORTOSA *In*: MUÑOZ TORTOSA, JUAN [2002b], p. 154).

Cada sexo tiene su representación social de la sexualidad y esto es importante cuando se evalúan los resultados de las investigaciones mencionadas, en efecto, se comprueba claramente que los hombres hablan con mucha más facilidad de su actividad sexual que las mujeres, o la enmascaran.

Los estereotipo de la Sexualidad en los Mayores

En la p. 141, § Segundo STARR [1985], ...

Salud & Jubilación

MILES [1954], demostró en los estudios que realizó que la mortalidad aumenta durante los dos años que siguen a la jubilación y disminuyen posteriormente.

STREIB & SCHNEIDER [1971], al estudiar los descensos que sufre la salud durante la jubilación, concluyeron que la deterioración de la salud se debe al proceso de envejecimiento y no al hecho de que las personas se jubilen. POINTRENEAUD & VALLERY-MASSON [1987], en un estudio longitudinal llegaron a la misma conclusión.

TYHURST & SALK [1957], refieren que en el 40% de los sujetos de la muestra evaluada se verificó una mejoría sensible en el estado de salud tanto antes como des-

pués de la jubilación, sin embargo, en el 37% no se halló mejoría ni deterioración en el estado de salud.

EKERDT & BOSSE [1982], refieren que los efectos positivos que la jubilación produce en la salud de los individuos se explican por el hecho de abandonar un trabajo insatisfactorio y encontrar un estilo de vida más sano y de mayor bienestar (PRADOS CUERTA & MUÑOZ TORTOSA *In*: MUÑOZ TORTOSA, JUAN [2002], p. 112).

Estudios longitudinales también subrayan que la situación de jubilado no influye en la percepción negativa de la satisfacción vital de los individuos (PALMORE; FILLERBAUM & GEORGE [1984]; CROWLEY [1986]). estos autores, concluyen por tanto, que el estereotipo tan difundido de que la jubilación desencadena mayores índices de morbilidad y de mortalidad nunca se confirmaron (PRADOS CUERTA & MUÑOZ TORTOSA *In*: MUÑOZ TORTOSA, JUAN [2002], p. 112).

Salud & Mortalidad

HAYNES & MATTHEWS *In*: HOUSTON, B. KENT & SNYDER, C. R. [1988], al comparar un grupo de personas ancianas jubiladas con otro que continuaba a trabajar, detectó que la mortalidad aumentaba solamente en el grupo de individuos que sufrían más problemas de salud. Por lo que declaró que la variable salud es el factor que determina el índice de mortalidad y no la jubilación como algunos autores intentaron demostrar.

Apoyo Informal y Ayuda

En la p. 145, § A investigação realizada em Espanha ...

En la p. 144, § Após uma investigação realizada em 1995, ...

Estereotipos – Factores Cognitivos

Los factores cognitivos en la vejez pueden ser favorecidos por una visión negativa y por determinados estereotipos sociales llevando a personas de edad a sentirse fracasadas, decepcionadas, o con sentimientos de culpa por las cosas malas que les suceden. (GALLAGHER & THOMPSON *In*: LEWINSOHN, PETER M & TERI, LINDA [1983], citados por MUÑOZ TORTOSA *In*: MUÑOZ TORTOSA, JUAN [2002a], p. 157).

En la p. 115, § SPAR & LA RUE [1998], defendem que ...

En la p. 116, § YANGUAS; LETURIA; LETURIA *et al.* [1998], mencionam que ...

En la p. 117, § Os estudos realizados sobre ...

Bien Estar, ‘satisfacción con la vida’ & ‘sabiduría’

BARROS DE OLIVEIRA [1999], p. 330, se refiere a las investigaciones realizadas por ARDELT [1997], – “las condiciones objetivas de la vida, tales como la salud, el estatus socioeconómico, la situación financiera, el ambiente físico y social no explican totalmente el bien estar en las personas mayores”; y cita FISHER [1992], que afirma que ancianos con edades comprendidas entre los 62 y los 85 años expresaron satisfacción con la vida en términos de expectativas pasadas y circunstancias presentes. También FISHER [1995], recuerda que diversas variables pueden contribuir para una vejez de ‘éxito y entre ellas, la ‘satisfacción con la vida’.

DIENER & SUH *In*: SCHAIE, K. WARNER & LAWTON, M. POWELL [1998], creen que la satisfacción con la vida no disminuye con la edad, siempre que se mantengan las condiciones suficientes para el bienestar del anciano.

Otra variable considerada por algunos autores cuando estudian la vejez es la '**sabiduría**'; ARDELT [1997], hizo un estudio introduciendo la variable '**sabiduría**' y concluye que ésta (que tiene una dimensión cognitiva, reflexiva y afectiva), ejerce una profunda influencia positiva en la satisfacción con la vida, además de las circunstancias objetivas. GROSS; CARSTENSEN; PASUPATHI *et al.* [1997], concluyen, a partir de cuatro muestras interculturales, que las personas más ancianas con mayor sabiduría, relatan menos experiencias emocionales negativas y muestran un mayor control emotivo (BARROS DE OLIVEIRA [1999], p. 330).

Resumo

O estudo da Depressão é já há alguns anos objecto de investigação em vários países. A pesquisa bibliográfica efectuada permitiu-nos considerar que a Depressão possa ser mais elevada nos idosos institucionalizados que nos não institucionalizados.

Pretendemos comparar e analisar, como se comportam relativamente à Depressão – função de um conjunto de variáveis ou propriedades independentes que supusemos poderem ter relação com ela – três grupos de base: – os Idosos Institucionalizados (LI's), os que frequentam Centros de Dia (CD's) e os que vivem em suas Casas (RS's).

Esta questão, apresenta-se como possível de ser investigada através de um método exploratório-analítico, segundo uma via quantitativa, embora, dada a natureza dos dados em análise, a maioria deles traduzam à partida respostas do tipo qualitativo, pelo que recorreremos à Análise Multivariada (AM) e em particular, à Análise Factorial de Correspondências Múltiplas (AFCM) – método de redução de dados “não numéricos”, usado para converter grupos de variáveis categóricas (nominais) em contínuas. É usado intensamente de gráficos que o “*expert*” interpreta, baseado normalmente em heurísticas (Gráfico III-1, p, 426 e seguintes).

A Análise Exploratória dos Dados (AED), constituiu a primeira fase do estudo, procurando observar-se a distribuição das diversas propriedades nos grupos amostrados. A análise univariada das propriedades *vs* Sexo, possibilitou estabelecermos algumas hipóteses iniciais de agregação em tornos dos locais (CD's, LI's e RS's). Continuando sempre na perspectiva de uma interacção com os dados, no sentido de os “*deixar falar*”, procedemos de seguida, a uma Análise de Componentes Principais (ACP), ainda que, dado a natureza do método, ficassem de fora algumas das propriedades em estudo por não serem métricas.

Embora as escalas de avaliação de sintomas não sejam suficientes para fazer o diagnóstico da Depressão, podem no entanto, ajudar a identificar indivíduos cujos sintomas depressivos excedem a norma, proporcionando um meio para seguir as modificações relacionadas com o tratamento (SPAR & LA RUE [1998] p. 49)

No presente trabalho utilizámos adicionalmente e como complemento ao Questionário elaborado para o efeito, as escalas,

- ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA, de YESAVAGE; BRINK; ROSE *et al.* [1982];
- ÍNDICE DE ACTIVIDADES INSTRUMENTAIS, de LAWTON & BRODY [1969];
- INVENTÁRIO DE AUTO-CONCEITO, de VAZ SERRA *In: I CONGRESSO PORTUGUÊS DE TERAPIA COMPORTAMENTAL* [1985]

A aplicação do Questionário e das três escalas referidas, sobre uma amostra de 744 indivíduos de ambos os sexos com mais de 65 anos de idade, residentes no Distrito de Bragança, em **Lares de Idosos** (LI's), **Centros de Dia** (CD's) e ainda **Residentes** (RS's), nas suas casas na cidade de Bragança, constituiu o *datum* analisado.

Na impossibilidade de cobrirmos exaustivamente a *população* de idosos, estabelecemos uma amostragem inicial de **30%**, proporcional ao tamanho, nos Lares de Idosos (LI's) e Centros de Dia (CD's). Relativamente aos Residentes em suas casas ou nas da família (RS's), utilizámos a base cartográfica da cidade (Figura V-1 – “Plots” da Amostragem na Cidade), tendo estabelecido sobre uma quadricula sobreposta àquela, uma amostragem segundo um dado algoritmo que garantiu a aleatoriedade do processo.

Inquiriram-se 537 idosos institucionalizados (LI's), 97 em Centros de Dia (CD's) e 120 em suas Casas (RS's). Embora a amostragem não traduza a realidade, dado não termos respeitado as proporções da população, o que a Figura III-1 – População e Proporções da Amostragem, revela, foi o estudo possível. Estamos convictos que o nível de discriminação não foi o mais adequado, mas sabemos também que outros estudos virão e estes dados serão parâmetros balizadores para melhores amostragens e interpretações mais correctas.

O Questionário e as Escalas foram elaborados de início, no propósito da sua leitura automática, pelo que as todas as questões foram numeradas, usando um tipo (“font”), que transpõe por simples correspondência a numeração para um código de barras – **Code 39**. A leitura por recurso a uma vulgar caneta óptica, permitiu a construção de um ficheiro de texto, posteriormente importado para um Sistema Relacional de Base de Dados a fim de permitir uma mais conveniente manipulação e consulta dos dados.

Embora não tenhamos concluído de uma forma absoluta – em parte pelas razões já invocadas – sobre a diferenciação dos níveis de Depressão nos diversos locais considerados, ainda que os testes nos indiquem que a suposição inicial está correcta; o estudo possibilitou-nos isolar um conjunto restrito de variáveis que supomos muito relacionadas com a Depressão: – A Dor, a Dificuldade em lidar com a Dor, as Queixas Dolorosas, o Sentir-se Só entre outras, e ainda, observar as diferenças tão profundas entre Mulheres e Homens, bem como identificar alguns padrões que naturalmente serão objecto de novos estudos ou mesmo como proposta para uma nova escala.

Abstract

For several years there has been widespread research in many a country on the subject of Depression. A bibliographic survey has led us to consider that Depression may be much higher in the elder groups confined to third age institutions than in those who are not.

Our purpose is to compare and analyse their behaviour in regards to Depression – as a function of a group of variables or independent proprieties, which we assumed could be correlated – three basic groups: – Institutionalized Elders (LI's), those who attend Day Care Centres (CD's) and those who live at home (RS's).

This question can be researched using an exploratory-analytical methodology, by means of a quantitative approach, although the data being analysed implies mostly qualitative replies. We have thus used a Multivariate Analysis (MA) and especially the Factorial Analysis of Correspondences (FAC) – Multiple Correspondence Analysis (MCA), as data reduction method over “non-metric” data; it was used to convert groups of categorical (nominal) variables into continuous measures. It uses intensely a graphical “mapping”, so the expert can make an interpretation based in heuristics (Gráfico III–1, p, 426).

We have used the Data Exploratory Analysis (DEA), in an initial stage, in order to try and find the various characteristics of the sampled groups. The Univariate Analysis of characteristics *vs.* Sex allowed us to establish some starting aggregation hypotheses regarding location (CD's, LI's, RS's). Our approach was one of interaction with the data provided, letting it “*speak for itself*”. The Principal Components' Analysis (PCA) was the second stage of our methodology, whilst such method implied discarding some non-metric characteristics.

Although these evaluating scales are not enough to diagnose Depression, they may help us to identify individuals with above-the-norm depressive symptoms, providing means to follow changes related to treatment (SPAR & LA RUE [1998] p. 49)

Additionally, for this work, we used the following scales as a questionnaire complement:

- GERIATRIC DEPRESSION SCALE, YESAVAGE; BRINK; ROSE *et al.* [1982];
- INSTRUMENTAL ADL SCALE, LAWTON & BRODY [1969];
- INVENTÁRIO DE AUTO-CONCEITO, VAZ SERRA *In: I CONGRESSO PORTUGUÊS DE TERAPIA COMPORTAMENTAL* [1985]

The analysed *datum* was based upon the questionnaire and the abovementioned scales, on a sampling of 774 individuals, both sexes, over the age of 65, resident in the Bragança District, being **Institutionalized Elders** (LI's), those who attend **Day Care Centres** (CD's) and those who live at **Home** (RS's).

Since it was not possible to comprehensively cover the whole universe of elders, we established an initial sampling of **30%**. This is proportional to the size of the sampling for Institutionalised Elders (LI's), and those who attend Day Care Centres (CD's). For those who live at home (RS's), we used a cartographic map of the city (Figura V-1 – “Plots” da Amostragem na Cidade), having superimposed on it a grid, according to an algorithm which warrants its random variability.

We sampled 537 Institutionalised Elders (LI's), 97 of those attending Day Care Centres (CD's) and 120 of those who live at home (RS's). Whilst this sample does not equate with the real image, since we did not abide by the proportion of population, a Figura III-1 – População e Proporções da Amostragem, shows what was possible to measure. Although the discrimination level used was not the most appropriate, we are certain that future studies will be forthcoming and this data will define boundaries and parameters for improved sampling and more correct interpretation.

The questionnaire and scales were initially designed to provide an automatic reading, with all questions being numbered, using a *font* which translates numbering - by simple correspondence - into a bar code – **Code 39**. Reading with a portable optical pen scanner enabled the building up of a text file, later imported into a Database Relational System which allows for a more convenient handling and data consultation.

Although we could not reach a definite conclusion – partially due to the aforementioned reasons – on the different levels of depression on the various sampled locations, the results point out that the initial assumption is correct, and this study has provided us the means to set apart a restrict group of variables which we assume are deeply related with Depression.: – The Pain, Difficulty in dealing with pain, Pain Complaints, Feeling Lonely in the midst of other people, and, furthermore, we were also able to observe the deep differentiation between Men and Women and to identify some patterns which obviously will be further studied.

INTRODUÇÃO

“A tendência para colocar uma ênfase especial ou organizar a juventude nunca me foi cara; para mim, a noção de pessoa velha ou nova só se aplica às pessoas vulgares. Todos os seres humanos mais dotados e mais diferenciados são ora velhos ora novos, do mesmo modo que ora são tristes ora alegres.” (HESSE [2002], p. 49)

ELIE METCHNIKOFF (1845-1916), prémio Nobel e professor do INSTITUTO PASTEUR de Paris, propôs no início do século uma nova ciência, a **gerontologia**, num contexto de que a ciência pode melhorar a natureza dos seres humanos (FERNÁNDEZ-BALLESTEROS [2000]). Nos primeiros cinquenta anos do século XX a gerontologia desenvolveu-se através de estudos que foram realizados no âmbito do envelhecimento nas suas vertentes biológica, psicológica e social. Pode assim dizer-se, que a gerontologia é multidisciplinar e tem distintos objectos de estudo: o velho, a velhice e o envelhecimento. Para além disso, esta ciência é claramente interventiva, preocupa-se em melhorar as condições de vida das pessoas idosas nos contextos públicos e privados.

Para TIBBITTS *In*: TIBBITTS, CLARK [1960], o gerontólogo social deve ter um conhecimento biológico e psico-social da velhice e do envelhecimento, de forma a compreender o fenómeno desde uma perspectiva social até à aplicação desses conhecimentos, no sentido de beneficiar as pessoas de idade, sendo necessário aqui a consideração de políticas e planificação social, a arquitectura, legislação, etc. (FERNÁNDEZ-BALLESTEROS [2000]).

A gerontologia social, segundo a mesma autora, será a especialidade da gerontologia que para além de se ocupar do estudo das bases biológicas, psicológicas e sociais da velhice e do envelhecimento, está especialmente dedicada ao impacto das condições socioculturais e ambientais no processo do envelhecimento e na velhice, nas consequências sociais desse processo, assim como nas acções sociais que podem associar-se para “melhorar” os processos de envelhecimento.

A geriatria será um ramo da medicina cujo objecto epistémico são as doenças que ocorrem na velhice, embora tendo um interesse lógico pelos processos de envelhecimento básicos.

Apesar de distintas, a estas duas disciplinas interessa-lhes a mútua colaboração (FERNÁNDEZ-BALLESTEROS [1997]). CALKINS & KARUZA *In*: SONTZ, ANN H. L. & OSGOOD, NANCY J. [1989], citados por FERNÁNDEZ-BALLESTEROS [2000], declaram que não deve existir possível confusão entre gerontologia e geriatria, embora existam laços entre ambas as disciplinas, que levarão à colaboração e incorporação de uma na outra.

Segundo esta autora, as designações de velho, velhice e envelhecimento, em princípio, dizem respeito a uma condição temporal, mais concretamente, têm em conta o tempo e a consequência do tempo no indivíduo, ou seja, a idade.

MISHARA & RIEDEL [1986], referem que em termos gerais é certo que com o passar do tempo o organismo é menos eficiente, apesar de existirem certos padrões de estabilidade e de mudança. Relativamente à idade física, podem estabelecer-se os seguintes postulados:

- 1 - no todas las personas envejecen o cambian físicamente al mismo ritmo;
- 2 - el entrenamiento y el cuidado del cuerpo pueden llevar a que las personas de más edad estén físicamente mejor que otras más jóvenes y, en este mismo sentido;

- 3 - existen personas de edad que tienen mejor salud que otras más jóvenes y existe una enorme variabilidad entre personas de edad en cuanto a enfermar”, (FERNÁNDEZ-BALLESTEROS [2000], p. 39-40).

Um estereótipo muito comum, é aquele que distingue o velho do jovem pela rigidez da sua personalidade, a lentidão das suas execuções, os seus problemas de memória e a sua falta de espontaneidade. Pode dizer-se que o envelhecimento psicológico resulta de um equilíbrio entre a estabilidade e a mudança e também, entre o crescimento e o declínio, ou seja, existem algumas funções que a partir de determinada idade se estabilizam (por exemplo, a maior parte das variáveis da personalidade), outras que na ausência de doença apresentam crescimento em todo o ciclo da vida (por exemplo, a experiência ou os conhecimentos), e por fim outras que declinam e se comportam isomorficamente, como a *idade física* (por exemplo, a inteligência fluída ou o tempo de reacção).

A *idade social*, tem a ver com os papéis que a sociedade estabelece para as distintas idades da vida. Assim se estabelece a educação obrigatória, se regula a idade de matrimónio, a idade laboral, etc.

Neste sentido, a velhice está regulada com base na idade laboral, pois considera-se que a velhice começa com a reforma (FERNÁNDEZ-BALLESTEROS [2000]).

RUIZ-TORRES [1989], referido pela mesma autora, considera ainda uma *idade funcional*, que é caracterizada por um conjunto de indicadores que predizem um envelhecimento satisfatório como, a elasticidade cutânea, o equilíbrio estático, a força, a capacidade vital, o consumo de oxigénio, o tempo de reacção, as habilidades funcionais, as redes sociais, etc.

A velhice tem sido classificada por vários autores com base na idade cronológica, assim NEUGARTEN [1975], estabelece duas categorias de velhice: os *joventes-velhos* dos 55 aos 75 anos e os *velhos-velhos*, situar-se-iam a partir dos 75 anos.

RILEY In: SCHAIE, K. WARNER; NATIONAL INSTITUTE ON AGING; BEHAVIORAL AND SOCIAL RESEARCH PROGRAM *et al.* [1988], modifica os intervalos de idade destas duas categorias e considera os *joventes-velhos*, entre os 65 e 74 anos e os *velhos-velhos* situados entre os 75 e os 85 anos, considerando os *velhos mais velhos* a partir dos 85 anos. De salientar que as classificações baseadas na idade cronológica dizem muito pouco a respeito da forma de envelhecimento. Torna-se muito mais interessante saber a forma como se envelhece e que estará muito mais ligada à idade funcional.

FERNÁNDEZ-BALLESTEROS [2000], cita BUSSE & PFEIFFER In: BUSSE, EWALD W & PFEIFFER, ERIC [1969], que conceptualizou dois tipos de envelhecimento: o *envelhecimento primário*, que tem a ver com as mudanças características do processo de envelhecimento e o *envelhecimento secundário*, relativo a mudanças causadas pela doença que são reversíveis ou que, em si mesmas, não são causadas pela idade, mas por uma co-variante desta.

O interesse pela vida e pelo envelhecimento tem sido uma constante na história da humanidade, como o demonstram numerosos escritos procedentes de diversas áreas como a Medicina, a Teologia, a Filosofia ou a Literatura. Uma boa amostra destas obras está recolhida no livro de FREEMAN [1979], cujo título é “*Aging, its history and literature*”, onde se encontram textos que abrangem desde a Bíblia, até aos princípios do nosso século. Dentro do interesse geral pelo envelhecimento ao longo

da história salientam-se duas aspirações constantes através das diversas culturas e momentos históricos: a imortalidade e a procura da longevidade (FORTEZA [1993], citado por IZAL & MONTORIO [1999]). Diferentes mitos como o “*elixir da vida*”, a “*fonte da vida*” procurada pelos alquimistas, estiveram presentes nas diversas culturas (hebraica, grega, romana). Desde a antiguidade até aos nossos dias a preocupação pelo prolongamento da vida tem sido bem evidente. Certos vestígios destes mitos permanecem na sociedade actual: o consumo de vitaminas, os tratamentos termais anti-envelhecimento, as dietas especiais, os programas de exercício físico intensivo, etc., constituem exemplos da preocupação e são parte dos métodos que se propõem para melhorar a vitalidade e a longevidade.

Para LEAF [1982], citado pelos mesmos autores, este interesse pela longevidade também tem sido demonstrado pela curiosidade em volta das populações “centenárias” ou grupos geograficamente localizados aos quais se atribui uma excepcional longevidade: os “*Velhos*” de VILCABAMBA, no Equador, os habitantes de ABKHAZIA, na Georgia, e os de HUNZA, no Paquistão. O aumento da longevidade tem estado muito ligado a outra aspiração da humanidade que é o prolongamento da juventude. Esta ideia aparece expressa na mitologia grega na fábula de TITHONIO. “El joven troyano TITHONIO era amado por EOS, diosa de la aurora, EOS pidió a ZEUS que concediera la inmortalidad a TITHONIO pero se olvidó de pedir para él la eterna juventud. Según TITHONIO fue envejeciendo y se fue haciendo más débil, la diosa perdió su interés por él y le encerró en numa habitación, aunque continuó alimentándole com ambrosía. Finalmente, sólo se oía su voz procedente de la habitación suplicando su muerte” (IZAL & MONTORIO [1999], p. 20). Estes autores descrevem uma série de obras que traduzem a curiosidade pelo envelhecimento e pela velhice, a saber: O livro “*La curación de la vejez y la preservación de juventud*”, escrito por ROGER BACON [1236] e o manuscrito de “*Gerontocomía*”, de GABRIEL ZERBIS, publicado em latim em [1489], considerado o primeiro manual prático sobre os problemas da velhice, onde já se destaca a explicação do processo de envelhecimento como o resultado de múltiplos factores “*intrínsecos*” e “*extrínsecos*” que actuam entre si (LIND; ZERBIS & MAXIMIANUS [1988]), referido ainda pelos mesmos autores. Estas obras podem considerar-se precursoras de importantes obras de carácter aplicativo que se prolongaram até finais do século XIX, momento próximo da constituição das disciplinas científicas dedicadas à velhice e ao envelhecimento, a gerontologia e a geriatria, cujo aparecimento surge apenas no início do século XX.

VEGA VEGA & BUENO MARTÍNEZ [2000], descrevem que nascer e morrer são actos universais de todas as espécies. O envelhecimento, constitui pois uma experiência universal que afecta todas as pessoas e consequentemente a sociedade. O conhecimento sobre o envelhecimento deverá ser transmitido a toda a sociedade, de forma a desenvolver-se uma cultura da velhice, baseada na qualidade e no bem estar, através das organizações, universidades, serviços de segurança social, sector da saúde, equipas multidisciplinares, etc.

PAÚL [1997], cita SCHROOTS & BIRREN *In: INTERNATIONAL CENTER OF SOCIAL GERONTOLOGY* [1980], que menciona três vectores do envelhecimento: 1) o processo de envelhecimento biológico que resulta da vulnerabilidade crescente de uma maior probabilidade de morrer, a que se chama senescência, 2) um envelhecimento social, relativo aos papéis sociais, apropriado às expectativas da sociedade para este

nível etário e 3) o envelhecimento psicológico, sendo definido pelo tomar decisões e opções, de forma a adaptar-se ao processo de senescência e envelhecimento.

Esta autora, considera três tipos de idades, podendo ser maiores ou menores que a idade cronológica dos indivíduos: 1) a idade biológica, medida pelas capacidades funcionais ou vitais e pelo limite de vida dos sistemas orgânicos, que vão perdendo a sua capacidade de adaptação e auto-regulação, 2) a idade social, que se reporta aos papéis e hábitos que o indivíduo assume na sociedade e mostra os comportamentos esperados pela sua cultura, num processo de envelhecimento dinâmico e finalmente, 3) a idade psicológica que se refere às capacidades comportamentais do indivíduo em se adaptar ao meio. Esta idade é influenciada pelos factores biológicos e sociais, envolvendo ainda capacidades como a memória, a aprendizagem, a inteligência, as habilidades, os sentimentos, as motivações e as emoções, exercendo controlo comportamental ou de auto-regulação. Refere, ainda que um dos aspectos mais ventilados na literatura sobre o envelhecimento é a perda de capacidades cognitivas dos idosos. Este aspecto será tratado mais profundamente em capítulo próprio.

BIRREN & CUNNINGHAM *In*: BIRREN, JAMES E & SCHAIK, K. WARNER [1985], citados por PAÚL [1997], referem que a forma como envelhecemos tem a ver com a forma como nos desenvolvemos, querendo com isto dizer que a senescência é uma função do meio físico e social em que o organismo se desenvolve e envelhece, o envelhecimento é a contrapartida do desenvolvimento. Dizem ainda, que a psicologia do envelhecimento tem como objecto as diferenças de comportamento com a idade e os padrões de comportamento exibidos por pessoas de diferentes idades, em diferentes períodos de tempo. Alguns autores lembram, ao estudar o envelhecimento, a divisão entre o envelhecimento primário, sendo caracterizado por normal e sem doenças, o secundário, em que já se relaciona com a doença e o terciário, relativo a um período, mais ou menos longo, próximo da morte, em que há uma deterioração, de aspectos geralmente considerados como invariantes com a idade, para níveis anteriores de desempenho. Assim, enquanto no envelhecimento primário, o aspecto do funcionamento intelectual mais afectado seria a velocidade perceptiva, no secundário para além dessa, seria o raciocínio, implicando a capacidade indutiva e no terciário, a compreensão verbal, envolvendo todo o processamento de informação.

Um outro aspecto que não podemos deixar de referir é o da relação existente entre senescência e doença que tem sido estudado pela biologia. Assim, KOHN *In*: A., JOHNSON HORTON & ASSOCIATION, AMERICAN AGING [1985], mencionado por RIBEIRO [1996], propõe uma taxonomia aplicável às doenças: 1) com a idade surgem doenças que são universais, progressivas e irreversíveis (ex. aterosclerose), 2) há doenças que são comuns ao processo de senescência mas não são universais nem inevitáveis (ex. o cancro estaria neste grupo), 3) nesta classe estariam as doenças que não estão necessariamente relacionadas com a idade, mas que podem ter efeitos mais negativos nos idosos. KOHN propõe assim, um conjunto de critérios para se considerar um processo normal de envelhecimento de um sistema: o processo deve ser universal, progressivo e irreversível. Não podendo ser secundário a qualquer outro processo, ou reversível, ou modificável quando esse processo muda. RIBEIRO [1996], refere que o organismo humano do ponto de vista dinâmico pode-se considerar que está em entropia ou em desordem, mas que através das proprie-

dades que são próprias dos sistemas vivos, tende a organizar-se e a reconstruir-se para logo entrar em desordem. Este processo tem-se mantido ao longo dos últimos bilhões de anos na terra. A evolução é consequência da interacção do indivíduo com o meio, e devido às propriedades de sistema aberto dos organismos vivos – auto-organização e autoconstrução, significando a existência de um processo constante de restauração de equilíbrio entre os diferentes componentes do sistema. Essas mudanças até certa altura resultavam em aumento da capacidade funcional, posteriormente passam a ser mais qualitativas. O processo de restabelecimento de equilíbrio não é um processo homeostático, pois que a manutenção de um estado estável que é designado por **homeostasia**, é evidente e essencial em determinados sistemas biológicos, tais como o nível do pH ou da temperatura corporais. Assim, o conceito de homeostasia proposto por CANNON [1939], foi preterido a favor do conceito de **homeoesia** proposto por WADDINGTON *In: H, WADDINGTON C. & SCIENCES, INTERNATIONAL UNION OF BIOLOGICAL* [1968], significando o restabelecimento de equilíbrio, não a um nível absoluto, mas a num nível mais adequado ou mais complexo. Uma reacção homeorética tende a seguir uma via apropriada de desenvolvimento, qualquer organismo que, devido a uma qualquer influência externa, se tivesse desviado dessa via. A homeoesia, salienta a constância de uma trajectória, um fluxo em vez de um estado. Para este autor o desenvolvimento deve ser assim, entendido como a restauração da homeoesia entre todos os componentes do sistema de vida, quer os pessoais, quer os ambientais e sociais. Hoje sabe-se qual a direcção das mudanças a realizar com o objectivo de promover a saúde em todas as idades. A investigação recente que pendente sobre a saúde, mostra que há um conjunto de comportamentos, que integrados no estilo de vida, são promotores de saúde. O “Estudo Alameda” de BERKMAN & BRESLOW [1983], citados por RIBEIRO [1996], revelou a existência de um conjunto de comportamentos que levam a uma boa saúde e a uma maior longevidade: dormir sete a oito horas por noite; tomar o pequeno almoço todos os dias; evitar comer entre as refeições; manter o peso à volta do que seria desejável para a sua altura e sexo, praticar actividade física; beber bebidas alcoólicas moderadamente e não fumar. A preocupação da saúde das pessoas mais velhas só recentemente é que teve mais importância pelo crescente aumento da percentagem deste grupo etário na sociedade.

VASCO URIBE [1999], menciona que o conceito de saúde tem que ser alterado, entendendo-o como um processo no qual as pessoas vivem, trabalham, descansam, desfrutam, adoecem e morrem. É neste contexto que a doença é considerada uma das expressões dessa forma de vida, que apesar de ser um aspecto negativo, a perda de um estado de perfeição, não pode de nenhuma forma contribuir para que o cidadão perca a sua condição de pessoa com deveres e direitos.

Relativamente à depressão que é um transtorno mental, podendo afectar qualquer indivíduo, era no passado considerada o problema psiquiátrico mais frequente nos idosos, tem-se hoje vindo a pôr em causa essa ideia, considerando-se mesmo a taxa de prevalência da depressão nos idosos baixa, principalmente nos residentes na comunidade (YESAVAGE; BRINK; ROSE *et al.* [1982], citados por PAÚL [1993]).

BUENDÍA & RIQUELME *In: BUENDÍA, JOSÉ* [1994], referem que a depressão nos idosos é mal conhecida e um assunto controverso. Numa revisão feita dos principais trabalhos desenvolvidos neste âmbito, a relação velhice/ depressão, verificou-se que havia uma grande disparidade de resultados. Em alguns deles verificou-se

uma associação positiva entre envelhecimento e depressão, noutros encontrou-se a existência de uma relação negativa e ainda num outro grupo de trabalhos não se verificaram resultados significativos da idade na depressão. Estes autores revelam alguns resultados de trabalhos realizados em Espanha por diferentes investigadores como KRIEF [1982], que aplicaram a escala de ZUNG, obtiveram 7.3% de idosos com elevados níveis de sintomatologia depressiva, 54.4% com níveis intermédios e 36.3% sem sintomas depressivos; um outro estudo mais recente de CID SANZ *In*: SALGADO, A; GUILLÉN, F & DÍAZ, J. [1986], demonstrou que mais de um terço das pessoas com mais de 65 anos em Espanha, apresentam perturbações psiquiátricas, das quais 60 a 65%, são de estados depressivos visíveis ou encobertos. Muitos outros poderiam ser mencionados com resultados próximos. No entanto, não podemos deixar de destacar a especial prevalência da depressão em idosos residentes em lares, chegando a ser de 80%, que segundo HYER & BLAZER [1982], estes resultados vieram a coincidir com os de outros trabalhos realizados mais recentemente também em Espanha: RIBERA; REIG & MIQUEL [1988]; PÉREZ; GONZÁLEZ FELIPE; MORALEDA *et al.* [1989]; DE LAS HERAS; POLAINO; GAONA *et al.* [1990], entre outros citados ainda por BUENDÍA & RIQUELME *In*: BUENDÍA, JOSÉ [1994].

A depressão tem a sua origem em mecanismos genéticos que mediante determinadas circunstâncias podem ser activados, prolongando-se a sua sintomatologia por alguns meses ou mesmo anos, sem alteração da personalidade mas apenas do ânimo e modificação das perspectivas pessoais, levando o indivíduo a recordar apenas os aspectos negativos da sua vida com desvalorização pessoal e sentimentos de incapacidade, acompanhados por alterações do sono, apetite, variações diurnas do humor e da libido (VAZ SERRA [1989]).

O envelhecimento, como já referido, é um processo contínuo e está associado a determinadas mudanças, que são geradoras de *stress*, isto acontece precisamente numa altura em que as pessoas apresentam uma maior vulnerabilidade ao *stress*. Estas mudanças têm a ver com a modificação da capacidade de rendimento (perdas sensoriais, lentidão motora, dificuldade para a realização de novas aprendizagens, etc.); com as mudanças no seio familiar (abandono do lugar pelos filhos, morte de pessoas queridas, etc.) e com as mudanças a nível social (ruptura com o mundo do trabalho, perda do poder de aquisição, aumento do tempo de ócio, etc.) (BUENDÍA *In*: BUENDÍA, JOSÉ [1993], citado por BUENDÍA & RIQUELME *In*: BUENDÍA, JOSÉ [1994]).

O presente trabalho tem como objectivos principais: identificar o nível de depressão nos idosos institucionalizados, frequentadores de centros de dia e a residir com a família e identificar ainda, alguns factores que influenciam a depressão no idoso.

O trabalho está dividido em três partes fundamentais: a primeira é dedicada ao enquadramento teórico, a segunda, corresponde à descrição da metodologia usada como uma tentativa de identificar e quantificar a depressão, a terceira é a apresentação e discussão dos resultados.

Capítulo I O ENVELHECIMENTO HUMANO

“À medida que conquistamos a maturidade tornamo-nos mais jovens. Comigo passa-se isso mesmo ... pois mantive sempre o mesmo sentimento perante a vida desde os anos de rapaz: nunca deixei de encarar a minha vida adulta e o envelhecimento como uma espécie de comédia”. (HESSE [2002], p. 7).

1.1 ENVELHECIMENTO DEMOGRÁFICO: TENDÊNCIAS.

MORAGAS MORAGAS [1991], descreve que a esperança de vida tem aumentado de uma forma sensacional no século XX, passando em Espanha dos 34 anos em 1900, para os 77 anos em 1990. Nos países industrializados a proporção da população com mais de sessenta e cinco anos será de 15%, no ano **2000**, prevendo-se que nas primeiras décadas do século XXI possa chegar a constituir uma quarta parte da sua população. Este excesso de população anciã, começa a preocupar os países com limitações territoriais como é o caso do Japão, que já começou a transladar os idosos para países com melhor clima e disponibilidade territorial, dando origem a migrações incomparáveis na história da humanidade, as da população passiva. Do ponto de vista biológico o prolongamento da vida é um facto populacional positivo, pois traduz uma melhoria das condições de vida das populações quer a nível da alimentação, da higiene, quer a nível económico, chegando-se hoje a idades que há uns anos era privilégio dos mais fortes biologicamente e com melhores oportunidades de vida.

WICKENS [1998], refere que o aumento da longevidade tem sido atribuído aos avanços da medicina e à melhoria das condições de vida, no entanto diz-nos que a principal razão do aumento dramático da esperança de vida é o declínio progressivo da mortalidade infantil. Este autor assinala ainda: “... em Inglaterra, em 1841, um homem que tivesse sobrevivido até à idade de 65 anos tinha a probabilidade média de viver mais 10.9 anos. No momento actual um homem que chegue aos 65 anos tem a probabilidade de viver mais 14.3 anos, que são apenas mais 3.4 anos do que há um século e meio atrás”. e ainda, “Na verdade um certo número de pessoas será capaz de viver e até ultrapassar os 75 anos com um notável grau de vitalidade. Mas, por cada um que triunfa, há um que perde. De facto, cerca de metade das pessoas não chegará nem sequer perto desta idade”. Segundo VAZ SERRA *In*: CONGRESSO “O IDOSO NO ANO 2000” [2000], o risco de morrer vai aumentando progressivamente com a idade. Cerca de 60% da população tende a morrer entre os 60 e os 80 anos.

VEGA VEGA & BUENO MARTÍNEZ [2000], mencionam três conceitos básicos que fazem referência ao tempo que vive uma pessoa: o limite máximo de vida, a expectativa de vida e a longevidade. O limite máximo de vida de uma espécie refere-se ao número máximo de anos que já viveu algum indivíduo da espécie e que muitas vezes é também designado por período da vida ou expectativa de vida máxima potencial. O potencial máximo de sobrevivência da espécie humana parece situar-se nos

115 anos. A expectativa de vida de uma pessoa, refere-se ao número de anos que se calcula que vá viver a partir de cada idade exacta, será o tempo de sobrevivência de 50% dos indivíduos de uma população, também se pode designar por esperança de vida e se for referida como expectativa média de vida é porque foi estimada para a média das pessoas de uma população. A expectativa média de vida das pessoas de uma população pode ir mudando ao longo da história, pois depende dos factores ambientais, incidência de enfermidades, avanços médicos e tecnológicos, etc. A longevidade é a característica que define as pessoas que vivem muitos anos. Poderá aplicar-se às pessoas que superam a expectativa média de vida.

NAZARETH [1994], refere que foi sobretudo a partir da segunda metade do século XX, que emergiu um novo fenómeno nas sociedades desenvolvidas, trata-se por conseguinte do envelhecimento demográfico, ou seja, uma simples constatação quantitativa, que traduz o aumento preocupante do número de pessoas idosas. Esta problemática do envelhecimento despertou o interesse de numerosos investigadores de todas as áreas científicas na procura de uma caracterização deste fenómeno, determinando as causas e as consequências deste processo, a identificação das assimetrias espaciais importantes, o estabelecimento da cronologia do processo e da provável ligação com um outro processo igualmente importante que é a transição demográfica e a determinação de envelhecimentos diferenciados por sexo, classe social, e estado civil, na tentativa de encontrar soluções e de prever a evolução futura. Segundo este autor existem dois tipos de envelhecimento: o envelhecimento na base, que ocorre quando a percentagem de jovens começa a diminuir de tal forma que a base da pirâmide de idades reduz bastante e o do envelhecimento no topo ocorrendo quando a percentagem de idosos aumenta fazendo com que a parte superior da pirâmide de idades comece a alargar. A diminuição percentual do grupo de jovens implica um aumento proporcional nos outros dois grupos de idades, particularmente nos idosos. Este autor nota ainda que não foi o declínio da mortalidade o principal responsável pelo surgimento do processo de envelhecimento das populações verificado no mundo desenvolvido em geral e na Europa em particular. O declínio da natalidade, traduzido pela redução no número de nascimentos é o principal factor natural responsável por este fenómeno. Esta redução produz na estrutura etária de uma população uma diminuição progressiva dos efectivos mais jovens (envelhecimento na base) e conseqüentemente um aumento da importância relativa dos mais idosos (envelhecimento no topo). Assim, o envelhecimento demográfico do continente europeu é uma consequência directa do acentuado declínio de fecundidade analisada nas últimas dezenas de anos. Menciona ainda este autor, que, embora este fenómeno seja o resultado da dinâmica entre a mortalidade e a natalidade, existe no entanto um outro dado que são as migrações, estas produzem impactos estruturais importantes. Se um país ou uma região, recebe população, os potencialmente activos aumentam, o que implica uma diminuição proporcional nos outros dois grupos de idades, os jovens diminuem de onde resulta um envelhecimento na base e os idosos diminuem também, levando a um rejuvenescimento no topo e como consequência temos uma diminuição do aumento da importância dos idosos. Inversamente, num país exportador tradicionalmente de mão-de-obra, a tendência natural, para o aumento de importância da população idosa conseqüente ao declínio da fecundidade, é acentuada pelos movimentos migratórios. Encontramo-nos assim perante uma contradição, de uma população poder ao mesmo tempo

envelhecer e rejuvenescer. Considera este autor um outro aspecto do envelhecimento demográfico relativamente às diferenças de sexo. Sendo relacionado com a maior mortalidade masculina, existente em todas as idades, produzindo um intenso desequilíbrio entre os sexos sobretudo nos últimos grupos etários. Assim, numa população sujeita apenas a movimentos naturais as mulheres idosas são, em geral o dobro, ou o triplo dos idosos do sexo masculino.

Para finalizar, um outro aspecto do envelhecimento demográfico diz respeito ao progressivo aumento dos efectivos nas idades mais avançadas, onde se encontra o maior número de idosos dependentes, em relação ao grupo total de idosos. Este fenómeno é observável exclusivamente nos países onde a esperança de vida é bastante elevada.

FERNANDES [1997], refere que a passagem do século XIX para o século XX, coincide com a transição demográfica, fenómeno este que representa a passagem de uma situação de taxas elevadas de mortalidade e natalidade para a situação em que estas se reequilibram ainda que a níveis muito mais baixos. Esta alteração do regime demográfico ofereceu às populações dos nossos dias o benefício de um significativo aumento da esperança de vida, pese a acentuada diminuição da fecundidade ter conduzido a um gradual envelhecimento das populações.

Esta autora menciona ainda que o envelhecimento das populações tem preocupado, cientistas e governantes pelas dificuldades relacionadas com o encargo dos idosos para as gerações futuras, os custos que representam, a falência dos sistemas de reforma, a falta de vitalidade e energia que o envelhecimento ocasiona para as sociedades de um futuro próximo. Relativamente às previsões demográficas, as opiniões oscilam entre dois extremos: por um lado, os alarmistas que não acreditam nas possibilidades de reequilíbrio posterior, admitindo mesmo que a população vai continuar a envelhecer até ao seu desaparecimento e com ela a própria civilização ocidental e no outro extremo encontram-se os moderados que se limitam a esperar pelo desenrolar dos acontecimentos, já que é difícil prever com veracidade a evolução dos fenómenos demográficos sobretudo no que respeita á fecundidade.

O envelhecimento demográfico, refere ainda FERNANDES [1997], p. 5, “apreendido enquanto fenómeno resultante do aumento da proporção de pessoas com mais de 60 ou 65 anos de idade e pelo alongamento das suas vidas para além do período de actividade e da diminuição da proporção de pessoas com menos de 15 ou 19 anos de idade, é um processo irreversível ao longo dos próximos anos nos países industrializados”.

O declínio da mortalidade, a partir dos finais do século passado, levou a um rejuvenescimento, da população, já que afectou todas as classes etárias, particularmente os grupos mais jovens, favorecendo, embora indirectamente, a natalidade. Por outro lado a baixa da mortalidade, principalmente a infantil, acabou por contribuir para a descida da fecundidade e promover a redução do número dos mais jovens e aumento das pessoas idosas. Os demógrafos foram os que deram o alerta relativamente ao envelhecimento das populações e aos problemas daí decorrentes. A análise demográfica permite, com bastante certeza, prever os contornos das estruturas demográficas futuras, através da simulação de cenários variados nos quais se faz intervir factores socioeconómicos susceptíveis de influenciar o comportamento das seguintes variáveis: a fecundidade, a mortalidade e os movimentos migratórios. O

problema do envelhecimento não se coloca de momento nos países em desenvolvimento devido aos altos níveis de fecundidade e de uma mortalidade ainda elevada, mas algumas projecções apresentadas dizem-nos que a partir do ano **2000** este problema se colocará também, nesses países e nada se podendo fazer no sentido da sua prevenção.

Relativamente a Portugal, inserido no contexto europeu refere esta autora, que a estrutura demográfica, medida através das proporções de jovens e idosos, é considerada uma situação intermédia face ao envelhecimento, juntamente com outros países como Espanha, Itália e Grécia que pertencem à mesma região demográfica. No nosso país a proporção é de 21% de jovens para 13% de idosos, situação esta muito diferente de alguns países como a Albânia, que apresenta 33% de jovens e 5% de idosos, ou ainda o caso da Suécia que é o oposto, apresentando uma população bastante envelhecida, 19% de jovens para 18% de idosos. Esta diversidade de estruturas demográficas é o reflexo de estruturas políticas e históricas muito diferentes e regimes demográficos que evoluem a ritmos variados. A tendência da população portuguesa, à semelhança dos outros países da Europa do sul, é o envelhecimento na base. Quanto ao envelhecimento no topo, existe uma grande diversidade de situações, com bastantes diferenças regionais comparativamente aos países da Comunidade, de acordo com ROCHA *In*: INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA, (INE) [1995], citada por FERNANDES [1997].

NAZARETH [1994]; NAZARETH [1999], refere que em 1960, as gerações com menos de 15 anos de idade entre 1945 e 1960 na totalidade dos países da União Europeia, totalizavam no seu conjunto 90 milhões de jovens, enquanto as gerações com mais de 65 anos, nascidas antes de 1895 totalizavam 50 milhões. Assim, no total de 360 milhões de habitantes, as gerações mais novas tinham 40 milhões a mais. Nos nossos dias, num total de 370 milhões de habitantes, as gerações mais novas passaram de 90 para 60 milhões, enquanto que as gerações de idade mais avançada passaram de 50 para 70 milhões. Hoje em dia temos mais 10 milhões de pessoas nas gerações mais idosas do que nas gerações que nasceram de 1985 até aos nossos dias. Portugal num total de cerca de 10 milhões de habitantes, diminui em cerca de 40 anos de 3 milhões de jovens com menos de 14 anos para cerca de 2 milhões, enquanto que as gerações com mais de 65 anos no mesmo período duplicaram de 1 para 2 milhões.

Refere ainda este autor, que é possível identificar um conjunto de factores globais que influenciaram o declínio secular da fecundidade: a passagem de uma economia agrícola para uma economia industrial e de serviços; a passagem de um modo de vida rural para um modo de vida urbano, a emergência do individualismo, o aumento do nível educacional, a mudança do papel da mulher na sociedade, os modernos meios de contracepção, etc. Os países que têm, no momento, os níveis mais baixos de fecundidade do mundo, são a Alemanha, Espanha, Itália e Portugal. Este, irá conhecer um acelerar do processo de envelhecimento nos próximos anos, segundo previsões só em meados do próximo século é que entrará num processo de estabilização. Não se pode dizer que estamos perante uma “calamidade imediata”, mas perante um processo que nos obriga a adoptar as medidas necessárias para reduzir os riscos da desagregação social e da saudável convivência entre gerações. Uma das medidas possíveis é o retardar a idade da reforma.

Em Portugal, “entre 1960 e 1991 a percentagem da população com 65 anos e mais passou de 8.0% para 13.6%, do total da população residente. Por outro lado, a análise da evolução dos muito idosos revela que o grupo dos de 75 e mais anos apresenta um crescimento superior a 100%, representando as mulheres, em 1991, 61.7% deste grupo e tendo a percentagem das pessoas com 80 e mais anos relativamente à população total passado de 1.2%, em 1960 para 2.6% em 1991” ((DGAS) [1998], em PIMENTEL [2000]).

As projecções do INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA prevêem que em 2055 o número de idosos varie entre 23 a 26% da população residente em Portugal. Para 2015 estima-se a existência de cerca de 1,760,000 portugueses com 65 anos ou mais, e em 2020 serão cerca de 1,830,000. Em 2000, existiam em Portugal quase um milhão e meio de pessoas com mais de 65 anos, 15% da população, contra 11.5% em 1981, das quais, cerca de 250,000 vivem sós (frequentemente a velhice anda de braço dado com a solidão física ou psicológica) (BARROS DE OLIVEIRA [1999]). Na União Europeia aproximam-se dos 60 milhões o número de pessoas idosas, e no mundo são mais de 400 milhões.

O envelhecimento demográfico traduz o aumento do número relativo de anciãos na população total. Este fenómeno, produz-se nas populações dos países desenvolvidos como consequência de dois processos convergentes: a diminuição da taxa de natalidade e o decréscimo da taxa de mortalidade relativa a todas as idades, o que leva por um lado, a uma redução da proporção dos grupos de idades mais jovens na população, e por outro, alarga a vida dos indivíduos nos restantes grupos etários (PÉREZ ORTIZ [1997]).

Esta autora acrescenta ainda, citando TOHARIA [1989], que o processo de envelhecimento demográfico é generalizado, embora não afecte todos os países igualmente. Algumas áreas do planeta ainda se encontram num processo de expansão demográfica, enquanto que outras estão a iniciar este processo, que culminará previsivelmente até ao ano 2100 com a duplicação da população mundial actualmente existente. Os países mais desenvolvidos são os que registam um processo de envelhecimento demográfico mais acentuado. Daí a necessidade de se debater social e politicamente a questão do envelhecimento da população, na tentativa de tomar as posições mais adequadas, a nível económico, social, político e ético. Nas sociedades mais envelhecidas, as projecções demográficas apontam para um rápido aumento da proporção dos anciãos numa população que deixa de crescer e, em muitos casos, se reduz ano após ano. Verifica-se assim que o aumento da esperança de vida conjuntamente com a queda da fecundidade faz com que a velhice seja um fenómeno cada vez mais visível e uma etapa que a maior parte dos indivíduos atravessará.

Cada um dos factores que determinam a estrutura das idades e a dinâmica geral das populações que segundo esta mesma autora são, a fertilidade, a mortalidade e os movimentos migratórios, alimenta o processo do envelhecimento de uma forma distinta. Assim, a redução das taxas de fecundidade produz um envelhecimento na base da pirâmide populacional, enquanto que a baixa da mortalidade afecta fundamentalmente os grupos etários mais jovens, não produzindo o envelhecimento demográfico, mas sim o efeito contrário. Será, pois, o decréscimo da mortalidade nas idades mais avançadas que contribui para o envelhecimento da população observável na parte superior da pirâmide populacional, JOHNSON & FALKINGHAM [1992], citado por PÉREZ ORTIZ [1997].

PAÚL [1997], atribui ao declínio da fecundidade a responsabilidade pelo envelhecimento das populações, provocando um envelhecimento na base, resultante do aumento da importância relativa dos mais idosos e daí a inversão da pirâmide de idades. No nosso país este fenómeno acentua-se, pelo facto de ser exportador de mão-de-obra. Actualmente, 13.6% da população portuguesa residente no Continente, Madeira e Açores, tem 65 anos e há regiões como o Alentejo em que essa percentagem sobe para 19.3% (PAÚL [1994]). Esta realidade demográfica vai aparentemente manter-se ou mesmo agravar-se, apesar das características socioeconómicas da população não permanecerem as mesmas. SEROW & SLY [1988], citado por esta autora, realizou uma projecção até ao ano 2020, para a população americana referindo que o crescimento do grupo de idosos com mais de 85 anos se verificava a uma velocidade ainda maior do que a dos outros idosos. Referindo ainda que para além do número crescente, esta população vai ser muito diferente no futuro relativamente a algumas variáveis como o estado civil, a educação e o nível de rendimento.

As grandes certezas e tendências relativamente a este assunto analisadas por NAZARETH [1994], em relação ao envelhecimento demográfico, é que é um processo que significa a diminuição relativa do peso dos jovens e o aumento da importância relativa dos idosos. Trata-se de um fenómeno que, em termos absolutos e relativos, atinge a totalidade do mundo industrializado e também já começa a atingir em número crescente os países não industrializados, continuará então a ser um processo em expansão nas próximas dezenas de anos. No ano 2020, prevê-se uma diminuição da população total na Europa dos “Doze” de 329 milhões de habitantes no momento actual para 325 milhões em 2020, a população de idosos com mais de 65 anos, irá aumentar no mesmo período de 47 milhões para 65 milhões. Portugal, no mesmo período, numa base de cerca de 10 milhões de habitantes, terá perto de mais 2 milhões de idosos no ano 2020. Uma outra tendência e ao mesmo tempo certeza é o aumento do peso dos idosos de idade avançada, ou seja mais de 75 anos em relação ao total de idosos, de 60% actualmente passará para mais de 75% no ano 2020, o que significa termos cerca de 46 milhões na Europa dos doze e um milhão e meio de pessoas em Portugal com mais de 75 anos.

HALL, MACLENNAN & LYE [1997], referem que as mais elevadas proporções de idosos podem ser encontradas nos países ditos desenvolvidos, situados, na sua maioria, no hemisfério norte. Torna-se importante salientar, que o crescimento do número de idosos será mais rápido do que o de qualquer outra faixa etária (incluindo as crianças) na África, América Latina e sudoeste Asiático, durante as próximas duas décadas. Em todo o mundo, o número de pessoas com mais de 60 anos crescerá cerca de 100% durante este período. Esta alteração da estrutura da população, não é devida somente ao aumento da longevidade, mas principalmente devido ao decréscimo da mortalidade entre jovens e adultos de meia idade. Na viragem do século, a população mundial com mais de 60 anos de idade terá alcançado 580 milhões, que corresponde a um aumento de 60% num período de 25 anos. As consequências socioeconómicas desta situação são tão proeminentes, como aquelas que se relacionam com o planeamento e prestação de serviços de saúde.

Segundo o (INE) [2002], p. 7, “O envelhecimento pode ser analisado sob duas grandes perspectivas: **Individualmente** o envelhecimento assenta na maior longevidade dos indivíduos, ou seja, o aumento da esperança de vida; o **envelhecimento**

demográfico, por seu turno, define-se pelo aumento da proporção das pessoas idosas na população total”.

O conceito de **envelhecimento** individual, de acordo com o mesmo autor, está condicionado pelo envelhecimento biológico que é definido pela comunidade médica, “como a alteração progressiva das capacidades de adaptação do corpo verificando-se, conseqüentemente, um aumento gradual das probabilidades de morrer devido a determinadas doenças que podem precipitar o fim da vida”.

Saliente-se ainda as alterações a nível psicológico que se podem observar nas pessoas idosas, como as perdas de memória ou a maior dificuldade de raciocínio. Por outro lado, os idosos são alvos de discriminação social muitas vezes assente apenas na idade e ainda porque constituem um dos grupos sociais mais vulneráveis à pobreza, a determinadas doenças físicas e relações familiares ou sociais deficitárias. Neste contexto, surge frequentemente o isolamento de uma grande parte dos idosos condicionando o desenvolvimento de uma sociedade onde o envelhecimento possa ser vivido com maior qualidade de vida.

O fenómeno do envelhecimento deve-se à transição demográfica, ou seja a passagem de um modelo demográfico de fecundidade e mortalidade elevados para um modelo em que ambos os fenómenos atingem níveis baixos, levando ao estreitamento da base da pirâmide de idades, com diminuição de efectivos populacionais jovens e o alargamento do topo, com acréscimos de efectivos populacionais idosos.

Em Portugal, as alterações na estrutura demográfica podem ser observadas na comparação das pirâmides de idades em 1960 e 2000.

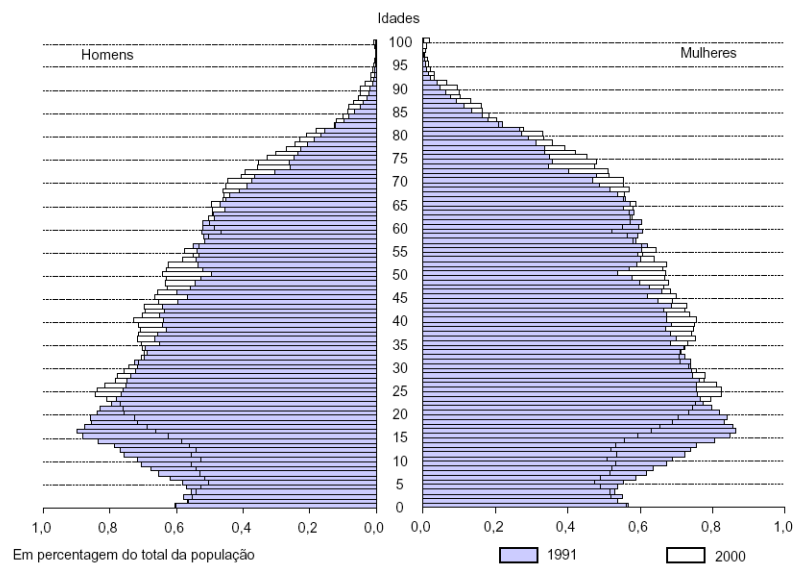


Figura I-1 – Pirâmide de Idades – Portugal 1991 – 2000 (INE)

A Depressão no Idoso

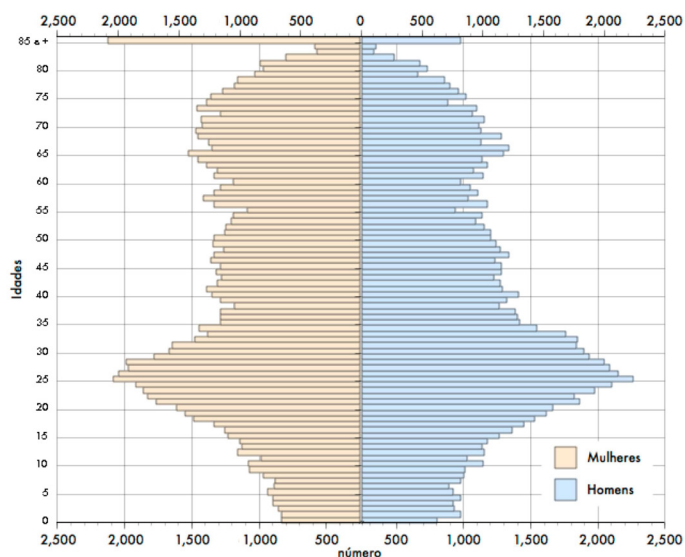


Figura I-2 – Pirâmide de Idades – Portugal 2001 – Alto Trás-os-Montes (INE)

Como já referido por outros autores, este fenómeno ocorreu em todos os países desenvolvidos e verifica-se actualmente com maior intensidade nos países em desenvolvimento.

Entre 1960 e 2000 a proporção de jovens (0-14 anos) diminuiu de cerca de 37% para 30%. Pelo contrário, a proporção da população mundial com 65 ou mais anos revela uma tendência crescente, aumentando de 5.3% para 6.9% do total da população e de 15.6% para o ano de 2050, segundo as projecções das NAÇÕES UNIDAS.

Entre 1960 e 2001 o fenómeno do envelhecimento demográfico traduziu-se por um decréscimo de cerca de 36% na população jovem e um aumento de 140% da população idosa.

A proporção da população idosa, que em 1960, representava 8% do total, aumentou para mais do dobro, passando para 16,4% em 2001, data do último Recenseamento da População. Em valores absolutos a população aumentou quase um milhão de indivíduos, passando de 708,570 em 1960, para 1,702,120 em 2001, dos quais 715,073 homens e 987,047 mulheres.

“Assiste-se assim, ao fenómeno de envelhecimento da própria população idosa. A proporção da população com 75 e mais anos aumentou de 2.7% para 6.7% do total da população, entre 1960 e 2000 e a população de 85 e mais anos aumentou de 0.4% para 1.5%, no mesmo período” (INE) [2002], p. 11).

A Figura I-2, mostra a desproporção crescente entre Mulheres e Homens a partir dos 50 anos; não deixa de ser relevante o número de Mulheres acima dos 85 anos comparados com os Homens (2,124 e 983 – 2.16 vezes).

1.2 CONCEITO E CARACTERÍSTICAS DO ENVELHECIMENTO HUMANO

O envelhecimento, refere REIS JR. [1996], foi durante muito tempo considerado como um fenómeno patológico, resultado da “usura do organismo” por um lado e, da acumulação de sequelas de doenças e acidentes da infância e da idade adulta, por outro. Refere ainda, que esta etapa se caracteriza pelo aparecimento de um grande número de doenças degenerativas, escleroses de todos os tipos de onde resultava mais tarde ou mais cedo a morte; comenta que o envelhecimento é um fenómeno normal e quase universal, intimamente ligado aos processos de diferenciação e crescimento, sendo geneticamente determinado e característico de cada espécie; no entanto, a velocidade a que se desenrola é profundamente influenciada por toda uma série de factores endógenos e exógenos e uma vez iniciado este processo de envelhecimento fisiológico, não evolui a um ritmo uniforme para todas as funções sendo, algumas delas, mais sensíveis que outras.

A maioria dos gerontologistas, segundo CARVALHO FILHO & GARCIA DE ALENCER *In*: CARVALHO FILHO, EURICO THOMAZ & PAPALÉO NETTO, MATHEUS [1994], definem o envelhecimento como a redução da capacidade de sobreviver. Referem ainda que se pode conceitualizar o envelhecimento como um processo dinâmico e progressivo, onde surgem modificações morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas, que determinam a progressiva perda da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, tornando-o mais vulnerável e expondo-o a um maior número de doenças que normalmente o conduzem à morte. Estas manifestações somáticas são bem evidentes podendo ser facilmente observadas, embora se saiba pouco sobre a origem deste fenómeno que é comum a todos os seres vivos, mas sobre o qual há muita discordância quanto à dinâmica do mesmo.

Para MILLER *In*: HAZZARD, WILLIAM R; BIERMEN, E. L; BLASS, J. P *et al.* [1994], o envelhecimento é um processo que torna os adultos saudáveis em pessoas fracas, com uma diminuição de reservas na maioria dos sistemas fisiológicos e com uma vulnerabilidade que aumenta exponencialmente para um grande número de doenças e para a morte.

MAYORAL *In*: VEGA VEGA, JOSÉ LUIS & BELÉN BUENO, MARIA [1996], realça que na infância e juventude o ser humano caminha até um futuro, considerando uma progressão positiva. Enquanto que a velhice é conhecida como uma etapa na qual progressivamente se vai perdendo tudo o que de bom se foi adquirindo até então e que vai terminar na morte. Esta visão social da velhice, está apenas baseada nos processos de mudança próprios da idade, que são a nível biológico, fisiológico, psíquico e que ainda é mais reforçado pelo envelhecimento associado à doença. Por outro lado não nos podemos esquecer que cada vez mais é maior o número de pessoas que gozam de um envelhecimento saudável embora associado às mudanças normais que são próprias da idade. Este facto leva-nos a pensar no envelhecimento como um fenómeno positivo e não somente baseado na doença e reforma das pessoas. Este autor refere ainda que o processo de envelhecimento começa desde o momento do nascimento e vai-se construindo passando pelas várias etapas do desenvolvimento humano até á velhice. É dentro da velhice que se encontram todas essas fases e converge a curiosidade, a surpresa, a admiração, que formaram a infância; o entusiasmo, a generosidade e o ímpeto que fizeram parte da juventude; a reflexão, a ponderação e serenidade que constituíram a maturidade. Neste sentido

diz-nos esta mesma autora que o envelhecimento traz consigo sabedoria, experiência acumulada com os anos e uma imensa fonte de recursos humanos e sociais, sendo tudo isto que confere ao idoso habilidades, conhecimentos e flexibilidade para se adaptar a novas circunstâncias como seja a reforma e outras mudanças na vida. É tudo isto que produz maturidade, que podemos dizer, a acumulação do saber do tempo vivido.

A velhice, refere MINOIS [1999], p. 11, “É um termo que quase sempre causa calafrios, uma palavra carregada de inquietude, de fraqueza e por vezes de angústia. É no entanto um termo impreciso, uma palavra cujo sentido continua a ser vago, uma realidade difícil de vencer”. Este autor refere ainda que qualquer que tenha sido a evolução das sociedades, elas eram alicerçadas na força física e no vigor corporal. Estas sociedades que cultivam a beleza física são levadas a desprezar a velhice e isso acontece na Grécia e durante o Renascimento, enquanto que nas sociedades cujo ideal estético é de carácter mais abstracto e mais simbólico, como acontece na Idade Média, mostram-se menos afectadas perante os rostos enrugados e os cabelos brancos. A velhice pode também ser um tempo da acumulação de riqueza, garantindo a segurança material e o prestígio dos velhos das classes dominantes. Em Roma, no fim da idade Média e do Renascimento, sociedades em que a riqueza mobiliária representava um grande papel e como era de carácter essencialmente individual, permitiu a muitos velhos aceder a um estatuto superior nos meios mercantis e banqueiros. Essa concentração de riquezas nas mãos dos velhos, levou ao ciúme raivoso dos jovens. Diz ainda este autor que em cada época a atmosfera geral em relação aos velhos assumiu um carácter particular em cada categoria social. Vale mais ser velho e rico do que velho e pobre, já que neste último caso o melhor que se pode esperar é a caridade, em que a dependência em relação aos outros é total.

Perspectivas diferentes sobre o envelhecimento são-nos dadas por outros autores dizendo que, o envelhecer é caminhar com o olhar em frente com a firme convicção que muitas coisas ficam por fazer, no entanto decidem firmemente terminá-las com tranquilidade e calma, MIRAS MARTÍNEZ; MERCADER RUBIO & LUCAS ACIÉN *In*: RUBIO HERRERA, RAMONA; OSORIO GUILLÓN, LUIS; VILLAVARDE GUTIÉRREZ, MARÍA DEL CARMEN *et al.* [1997].

SÁEZ NARRO *In*: SÁEZ NARRO, N; RUBIO HERRERA, RAMONA & DOSIL MACEIRA, A. [1996], menciona que o envelhecimento é também o processo psicológico de ir buscar o definitivo, de ir ficando com as essências da própria existência, vencendo as eventualidades e o accidental; é ir ficando cada vez mais disponível para contemplar, pensar e amar; permanecendo mais livres para a contemplação mais livres para amar.

O Envelhecimento da população é um fenómeno que nos deveria trazer um certo grau de satisfação, pelo facto de ser prova da evolução e desenvolvimento das sociedades modernas, que se reflecte num crescente grau de bem estar que tem sido alcançado e que está fundamentalmente baseado, segundo MOYA MATEO *In*: RUBIO HERRERA, RAMONA; BAURA ORTEGA, JOSÉ CARLOS; VILLAVARDE GUTIÉRREZ, MARÍA DEL CARMEN *et al.* [1996] – no desenvolvimento da ciência médica permitindo melhorar o estado de saúde e a conseqüente baixa das taxas de mortalidade, no desenvolvimento económico da nossa sociedade devido ao aumento da renda per capita, um incremento da qualidade de vida dada pela melhoria das condições

sociais, de trabalho e culturais e o crescimento da esperança de vida que é o resultado de tudo o que foi dito anteriormente.

De acordo com YANGUAS; LETURIA; LETURIA *et al.* [1998], o envelhecimento é o efeito da passagem do tempo sobre as pessoas e sobre as coisas. As pessoas, os grupos, as sociedades e as culturas, desenvolvem-se com o tempo. Comungando da mesma opinião que os autores do parágrafo anterior, refere que o tempo não passa igualmente para todos os indivíduos, nem em cada um de nós. As nossas capacidades são afectadas diferentemente pelo tempo. Diz-nos ainda que o envelhecimento é um processo multifactorial, pelo facto de para além do factor genético haver muitos outros factores que influenciam este processo, e diferencial, porque afecta em tempos diferentes os indivíduos e o próprio indivíduo. Este mesmo autor menciona ainda que a acção do tempo sobre os vários parâmetros leva às seguintes idades: a idade cronológica, relativa ao número de anos, a idade humana será a própria da pessoa, a biológica, referente ao organismo, a idade psicológica, diz respeito à personalidade e a social afecta à componente social.

Segundo REIS JR. [1996], o processo de envelhecimento deve ser encarado de uma forma muito pessoal e individual, pois que a velhice como qualquer outra etapa da vida não surge fatalmente segundo o mesmo horário e da mesma maneira em cada um de nós. Pode-se iniciar prematuramente levando rapidamente a uma senilidade precoce ou por outro lado produzir-se mais lentamente permitindo ao idoso uma vida regrada e com qualidade, embora dentro das limitações próprias da idade. Não podendo ser encarada como se de um marco se tratasse na vida das pessoas. A nossa vida deverá ser entendida como um processo de contínuo desenvolvimento e mudança.

MAYORAL *In*: VEGA VEGA, JOSÉ LUIS & BELÉN BUENO, MARIA [1996], refere que é a própria biologia do envelhecimento, as condições particulares de saúde, a sucessão dos acontecimentos vividos, as expectativas relacionadas com o futuro, que determinam de forma específica a velhice de cada pessoa.

SPAR & LA RUE [1998], assinalam que há uma maior variabilidade em muitas medidas biológicas e psicológicas nos indivíduos idosos que entre adultos mais novos. Estes mesmos autores defendem que quando consideramos cada pessoa em particular, não devemos atribuir muita importância à idade cronológica, sendo melhor considerar que a um indivíduo podem corresponder idades diferentes, de natureza biológica psicológica e social. Desta forma uma pessoa pode ser considerada um velho em determinado parâmetro, enquanto que noutra identificada como uma jovem.

MATOS & AVELAR [2000], referem que um dos problemas que tem preocupado mais os biólogos e os biólogos evolutivos, em particular é a senescência ou o envelhecimento. A questão por eles colocada e que constitui motivo de curiosidade científica, qual a razão porque um organismo, após se desenvolver, de forma tão espantosa, no que concerne à sua capacidade de responder aos desafios do meio, a partir da altura que exprime todas as suas potencialidades, sobretudo as reprodutivas, começa, gradualmente a perder as funções vitais, a tornar-se incapaz de realizar a sua manutenção completamente, declina e morre, mesmo sem aparentes factores externos nocivos.

ROSE [1991], referido por estas autoras, define o envelhecimento como a deterioração endógena, irreversível, das capacidades funcionais básicas do organismo. Outros autores têm defendido a ideia que o envelhecimento é um fenómeno inevitável, inseparável à vida, equivalente à fase final de um “programa” de desenvolvimento e diferenciação. Diz ainda que esta teoria está em contradição com os factos, pois que nem todos os organismos envelhecem. A maior parte das bactérias não envelhece, ao dividir-se em duas, não se pode determinar qual é a “progenitora” e qual a “descendente”. Este processo pode ser irrelevante para os organismos multicelulares, no entanto há organismos multicelulares que também não envelhecem é o caso de algumas anémonas do mar e alguns vermes poliquetas (parentes marinhos das minhocas), que se reproduzem de forma vegetativa, dividindo-se em dois. Desde que não haja separação entre a linha germinativa (tecidos exclusivamente programados para a reprodução) e a linha somática (tecidos cuja função é manter o organismo vivo), não há envelhecimento. Em organismos que envelhecem, a linhagem só subsiste ao longo das gerações se houver um tecido preservado do envelhecimento – a linha germinativa. Um outro aspecto é a enorme variação na taxa de envelhecimento entre espécies, é o caso de alguns morcegos insectívoros que vivem mais de 20 anos enquanto que as moscas da fruta (*Drosophila melanogaster*) vive cerca de 30 a 40 dias e os ratos de laboratório vivem menos de 3 anos. Assim a longevidade máxima não depende do tamanho, pode variar entre populações da mesma espécie vivendo em ambientes diferentes e entre indivíduos da mesma população – nos seres humanos. Uma das teorias mais antigas foi formulada em 1891 por AUGUST WEISMANN, biólogo alemão, citado por estas mesmas autoras, defende que: os organismos envelhecem para dar lugar aos mais novos, que são mais aptos. Sendo esta substituição vista como necessária, trata-se de um processo circular. Na natureza, na grande maioria dos casos, os organismos não morrem de velhos, mas sim devido a causas extrínsecas (fome, predação, parasitismo, etc.). O envelhecimento só é observado frequentemente nos seres humanos, e em animais domésticos ou mantidos em cativeiro.

MORIN [1970] e RUFFIÉ [1986], referidos por estas autoras, retomaram recentemente a ideia segundo a qual o envelhecimento e a morte existem pelas vantagens que trazem à espécie, pois permitem que novos indivíduos surjam. Estas explicações pressupõem que a selecção natural actua “para o bem” da espécie. Esta teoria é oposta à de DARWIN, defendendo que a selecção favorece o processo reprodutor individual, mas não adaptativa, o que quer dizer que não explica a existência do envelhecimento como trazendo vantagens, antes como um resultado não adaptativo dos processos selectivos.

PIMENTEL [2000], refere que o fenómeno do envelhecimento, tratando-se de um fenómeno relativamente recente, constitui um problema social, pelo facto de a ele estarem ligados uma série de factores que agravam as condições de vida do idoso: 1) a crise dos sistemas de protecção social que se reflecte na dificuldade de melhorar os actuais sistemas de reforma e em financiar os equipamentos sociais; 2) a crescente instabilidade das formas familiares e a frequente indisponibilidade da família para dar um apoio permanente aos seus idosos; 3) a despersionalização das relações sociais e a ocorrência de graves situações de isolamento; 4) a rápida evolução das fontes e das formas de conhecimento que põe em causa a continuidade cultural que ligava as gerações. Estes são os factores que agravam as condições de vida dos mais

velhos, excluem-nos dos sectores produtivos da sociedade e enviam-nos para uma posição social desfavorável. Refere ainda esta autora que os muito idosos, que são os que têm mais de 75 anos, por inerência, perderão a sua autonomia, tornando-se dependentes de terceiros. Esta tem sido a grande preocupação, não só pela procura social e a sobrecarga dos sistemas de protecção social, mas também pela tomada de consciência de que uma parte significativa da população idosa está sujeita a graves situações de exclusão e a condições de vida precárias, devidas aos baixos rendimentos económicos, degradação das condições de habitação, privação do convívio social e familiar, isolamento e privação do exercício de direitos.

Foi neste contexto, que a ASSEMBLEIA GERAL DAS NAÇÕES UNIDAS decidiu que o ano de 1999 fosse o Ano Internacional das Pessoas Idosas e que fosse adoptado como lema a expressão “**Por uma sociedade para todas as idades**”, o que pressupõe a participação dos idosos na vida da comunidade, em todas as suas vertentes; económica, social, cultural, política, em comunhão com todas as outras gerações, dando importância aos seus espaços relacionais, garantindo a continuidade dos laços sociais e familiares. Este aspecto pode ser conseguido através de programas inter-geracionais e multidisciplinares.

Neste sentido, a ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU) *In*: RAPORT DU SECRÉTAIRE GÉNÉRAL [1999], citada pela mesma autora, retoma um conjunto de princípios, que já tinha defendido em 16 de Dezembro de 1991, na resolução 46/91, pretendendo que os diferentes governos introduzam nos seus programas nacionais, que podem constituir cinco áreas: Independência; participação; cuidados; crescimento pessoal e dignidade.

LIMA [2000], descreve que o processo de envelhecimento, entendido como mudança ou diferenciação, após a idade de maturação física, com redução nas funções ou reorganização das estruturas, bem como o desenvolvimento ou seja o aumento em tamanho, forma e função e à diferenciação do organismo até à idade da maturação física, dificilmente pode ser abordado olhando apenas para um dos seus componentes. Sendo assim o idoso ao ser estudado, tem que se ter atenção às alterações psicofisiológicas e modificações sociais com o tempo, de contrário pode-se correr o risco de não compreender alguns aspectos fundamentais do objecto que está a estudar.

Esta autora, menciona que “o modelo do desenvolvimento coextensivo à duração da vida”, ou do ciclo da vida, concebe o desenvolvimento como um processo:

- Que começa com a concepção e termina com a morte;
- Resultante da interacção dinâmica entre o indivíduo e os seus contextos, passando o comportamento por processos de transformação devido às mudanças exteriores (físicas ou sociais) e interiores (biológicas e psicológicas);
- Plural, uma vez que nem todo o comportamento se modifica, progride, estabiliza ou declina ao mesmo ritmo, no mesmo momento e pelas mesmas causas. As mudanças, são segundo esta perspectiva, consideradas multidimensionais (o comportamento é encarado como uma multiplicidade de elementos) e multidireccionais (esses elementos podem seguir trajectórias de desenvolvimento diferentes);
- Contínuo e descontínuo, ou seja, considerando que as modificações são quantitativas e qualitativas;

- Com progressos e retrocessos, em que há crescimento e declínio em todas as idades, e em que o declínio não é necessariamente o acompanhante do envelhecimento (BALTES & SHAIE [sd]; HULTSCH & DEUTSCH [1981]; KIMMEL [1980] e LERNER & HULTSCH [1983], referenciados por LIMA [2000];
- HAYSLIP & PANEK [1989], mencionados pela mesma autora, sublinham que a idade cronológica deve ser encarada apenas como um dos factores descritivos do desenvolvimento. Podemos então apreciar o processo do envelhecimento no contexto da acção de muitas outras variáveis, culturais, biológicas e psicológicas, que ao influenciar o indivíduo o tornam único em qualquer idade;
- Consequência de mudanças normativas, relacionadas com a história e com a idade e não normativas. Esta perspectiva propõe que as intervenções com adultos se centrem sobretudo na prevenção e no enriquecimento pessoal e vez de remediar e de reabilitar.

Esta autora nota que a gerontopsicologia, enquanto disciplina, tem vindo a evidenciar que o envelhecimento é uma experiência mais positiva do que a sociedade contemporânea pressupunha que fosse.

Diz ainda que com o aumento da idade existe, pelo menos, o potencial para um maior auto-conhecimento e desenvolvimento mais complexo do *Self*.

DAMÁSIO [2000], faz notar que a palavra *Self*, não tem tradução em português, mas que o *si* traduz a ideia de forma inequívoca por ele assumido é um componente crítico da consciência. A consciência corresponde à capacidade que temos de integrar todas as imagens e saber que elas nos pertencem. Essa capacidade é a capacidade de definir um dono para a consciência, que é o *si*.

KNIGHT [1986], citado por LIMA [2000], sugere a uso da psicoterapia nos idosos. Os exemplos com psicoterapia individual realizados com sujeitos idosos parece ter tido sucesso, apesar de serem muito poucos os que dela beneficiam. As possibilidades de desenvolvimento do sujeito idoso são ainda uma área a precisar de investigação mais sólida, consistente e frequente.

Menciona ainda esta autora que se reconhece a necessidade de formação e a educação de forma a divulgar as conclusões da investigação gerontológica ajudando a dissipar os estereótipos do idoso enquanto ser frágil, dependente, pobre, assexuado, esquecido e infantil e o conseqüente poder das nossas expectativas na intervenção com sujeitos desta faixa etária. As “ideias que temos” poderão ser então, reflecte a autora, promotoras de qualidade de vida, reforço das nossas competências e da nossa auto-estima, integradoras e guias de projectos e de percursos para o idoso “que somos” ou que seremos.

1.3 TEORIAS DO ENVELHECIMENTO

Múltiplas teorias têm sido propostas para explicar o envelhecimento. Algumas delas não têm qualquer base científica e muitas ainda não foram testadas. O envelhecimento estuda-se a partir de teorias biológicas, psicológicas e sociais. Podendo ser definido como idade biológica, idade psicológica e idade social. Trata-se portanto de um fenómeno muito complexo que pretende considerar a pessoa que envelhece como um todo em relação com o seu ambiente.

Segundo BARROS DE OLIVEIRA [1999], não há consenso científico entre os especialistas quanto às teorias sobre o envelhecimento, sobre a verdadeira natureza do processo de senescência. Uns insistem mais em factores genéticos e outros nas alterações citológicas e fisiológicas (alterações bioquímicas e funcionais que se verificam nas células dos diversos órgãos). Assim os que defendem os factores genéticos, colocam a hipótese de pequenos erros aleatórios no fluxo da informação genética provocarem a redução da função correcta da célula, outros, fundamentam-se no chamado “efeito de HAYFLICK” (HAYFLICK [1965] e HAYFLICK [1985], citados por ROBERT [1995]), que demonstrou que as células são apenas capazes de um número limitado de divisões antes de morrerem, sugerindo que o envelhecimento está programado nas células (isto explicaria as expectativas de idade nas diversas espécies). Sendo assim a longevidade seria determinada por um conflito de genes reguladores. As diversas teorias não se contradizem totalmente, mas complementam-se, STAAB & HODGES *In*: STAAB, ANGELA SIMON & HODGES, LINDA COMPTON [1997], mencionam que as teorias biológicas do envelhecimento tentam explicar os processos fisiológicos e as alterações estruturais dos organismos vivos que determinam as mudanças evolutivas mentais, a longevidade e a morte. As teorias psicológicas tentam descrever e explicar a conduta do idoso relacionando-a com a das outras pessoas. Pensa-se que factores biológicos e ambientais influenciam o processo de mudança de conduta. O desenvolvimento da teoria relacionada com os aspectos sociológicos do envelhecimento orientou-se em grande parte ao modo como os idosos se adaptavam durante a última etapa da vida e sobre o seu *status* como grupo em comparação com outros grupos de idade desta sociedade.

Teorias Biológicas do Envelhecimento

De acordo com CACABELOS GARCÍA *In*: FERNÁNDEZ-BALLESTEROS, ROCÍO [2000], envelhecer nos organismos vivos, refere-se de uma forma geral, aos efeitos adversos da passagem do tempo, embora esporadicamente se possa referir aos processos positivos de maturação ou aquisição de uma qualidade desejável. O envelhecimento biológico não está obrigatoriamente circunscrito aos últimos anos de vida, já que algumas perdas ou diminuições começam com a concepção.

Geralmente o envelhecimento biológico aplica-se para designar as alterações físicas que se desenvolvem na idade adulta e que resultam numa diminuição da eficiência do funcionamento e que terminam na morte. A idade cronológica de uma pessoa é com frequência avaliada por alterações na aparência e pela capacidade do indivíduo para realizar tarefas relacionadas com actividades da vida diária e do trabalho. Este autor refere ainda que, à medida que os humanos envelhecem, a pele fica enrugada e seca, os cabelos tornam-se grisalhos e mais escassos, os dentes ficam com problemas e caem, a altura e a postura são afectadas por alterações músculo-esqueléticas o peso diminui, contrariamente a cavidade torácica e a abdominal aumentam, as orelhas ficam mais compridas e o nariz alarga. As células de gordura invadem os músculos e a força muscular diminui, a densidade óssea, que é influenciada pelo sexo e raça, diminui com a idade. A nível cerebral, este autor refere que os neurónios diminuem e muitos perdem-se, as sinapses e redes neuronais sofrem também alterações. Estas mudanças biológicas verificadas com o tempo, afectam

praticamente todos os componentes dos sistemas vivos desde o nível molecular até a todo o organismo.

As teorias biológicas como já referenciámos, tentam explicar os processos fisiológicos que se produzem independentemente de influências externas ou patológicas, de forma gradual e que são automáticas e universais, STAAB & HODGES *In*: STAAB, ANGELA SIMON & HODGES, LINDA COMPTON [1997], descrevem seis teorias biológicas que passamos a mencionar:

Teoria do envelhecimento programado – Envelhecimento celular de HAYFLICK [1965]

Esta teoria defende que as manifestações das mudanças da senescência são o resultado de programas genéticos que contêm “genes de envelhecimento” responsáveis pelas transformações senis que produzem a incapacidade e a morte do organismo. Pelo que a informação está no código genético celular programando então o envelhecimento celular normal.

Teoria do enlace cruzado, de ROCKSTEIN & SUSSMAN [1979]

É uma teoria genética que incute que a formação dos enlaces químicos potentes entre as moléculas orgânicas do corpo, causam um aumento da rigidez, instabilidade química e a insolubilidade do tecido conectivo e do ADN. Esta teoria está baseada na velocidade de reparação do ADN, na medida está relacionada com a duração da vida das espécies. A velocidade de reparação do ADN diminui à medida que as células envelhecem, isto verificou-se nas células humanas em cultura.

Teoria da deterioração aleatória ou (dos radicais livres) de HARMAN [1981]

Trata-se também de uma teoria genética que se baseia nas reacções dos radicais livres, que são moléculas com um electrão livre ou não aparelhado. Quando os radicais livres atacam as moléculas, lesionam as membranas celulares. De acordo com VEGA VEGA & BUENO MARTÍNEZ [2000], este radical livre reduz a eficácia celular e causa a acumulação de produtos de degradação na célula. Os radicais livres podem ser produzidos pela radiação, o calor extremo ou por reacções oxidantes, mas também podem criar-se em pequenas quantidades, fazendo parte do metabolismo normal da célula. A acumulação de radicais livres danifica a membrana e os outros componentes da célula acelerando o processo de envelhecimento e produzindo uma morte prematura no organismo. Os radicais livres são destruídos rapidamente por um sistema protector de enzimas, a superoxidodismutasa. Certos produtos químicos denominados de anti-oxidantes têm-se utilizado para desarmar os radicais livres, como estes se produzem no processo do metabolismo, o que inibir o metabolismo irá afectar a produção de radicais livres. Ainda segundo estes autores, é possível que a regulação deste enzima se encontre debaixo do controlo dos mesmos genes que determinam o ciclo vital de uma espécie em particular. A inclusão de anti-oxidantes na dieta dos animais tem originado uma perda de peso e um prolongamento do ciclo vital, diminuindo a probabilidade do aparecimento de tumores. A vitamina E é um anti-oxidante muito conhecido, não existe, no entanto uma certeza de que esta vitamina e outros anti-oxidantes possam prevenir o cancro e prolongar a vida humana.

Teoria imunológica (teoria da autoimunidade)

Com a idade diminui de forma quantitativa e qualitativa, a capacidade do sistema imunológico para produzir anticorpos, as manifestações auto-ímmunes aumentam pelo facto de se dar um declínio das respostas imunitárias. O sistema imunitário vai perdendo a sua capacidade de distinguir entre o próprio e o alheio, o que leva a uma enorme quantidade de doenças auto-ímmunes. Os defensores desta teoria, sustentam que a maior parte das doenças do idoso ou da última etapa da vida surgem mais frequentemente na velhice e se caracterizam por um certo grau de disfunção imunitária.

BERGER & MAILLOUX-POIRIER [1995], referem que vários investigadores defendem que transformações a nível do sistema imunitário podem ter um papel etiológico no envelhecimento. FREEDMAN; KAPLAN & SADOCK [1975], citado por estes autores refere que segundo esta teoria, o envelhecimento resulta da formação de anticorpos que atacam as células sãs do organismo. A disfunção gradual ou a falha do sistema imunitário origina o envelhecimento. A base da imunidade é o reconhecimento de uma substância estranha feito através das células que são responsáveis pela resposta imunitária, estas devem não só reconhecer o que é específico de um organismo, ou seja, as suas componentes normais, o “eu”, mas também identificar as macromoléculas do invasor, o “não eu”, estranhas ao organismo. Num organismo em envelhecimento, o sistema imunitário parece deixar de ser capaz de distinguir o “eu” do “não eu”. Neste caso, o sistema imunitário ataca certas partes do corpo como se fossem invasores. A perda da imunidade provoca pois um descontrolo por parte dos vírus patentes, ou uma desordem originada com origem por fenómenos de auto-imunidade.

DE LAUNIÈRE [1985], nota que esta teoria não pode no entanto explicar todos os fenómenos complexos do envelhecimento, mas tem a vantagem de ser compatível com a ideia da existência de relógios internos responsáveis por accionar o processo do envelhecimento e sendo assim as transformações do sistema imunitário poderiam depender de causas genéticas (BERGER & MAILLOUX-POIRIER [1995])

VEGA VEGA & BUENO MARTÍNEZ [2000], mencionam que o sistema imunitário começa a diminuir logo após a puberdade. A produção de anticorpos atinge o seu máximo durante a adolescência e posteriormente começa a declinar. O sistema imunitário preserva o organismo de invasores e de mutações atípicas nas células que se podem formar no corpo. Assim a deterioração do sistema imunológico pode afectar o envelhecimento das seguintes formas: uma incapacidade para reconhecer os ligeiros desvios na estrutura molecular e celular características, isto significa que as células que sofrem mutação e que habitualmente eram destruídas, não são reconhecidas pelo que crescem em detrimento do organismo; um desenvolvimento de anticorpos que afectam as células normais, pela incapacidade de reconhecimento. Estes anticorpos reagem com as células normais do corpo e destroem-nas. Isto acontece como já referimos pela incapacidade de reconhecer as células normais e por se desenvolverem erros na formação dos anticorpos, de tal forma que reagem tanto com células normais como com as patológicas; a incapacidade de produzir a quantidade necessária de anticorpos. Referem ainda estes autores que o sistema imunitário da pessoa idosa podia ser beneficiado por injeção de células de animais jovens. Esta é uma hipótese que no caso de se vir a confirmar permitiria desenvol-

ver métodos que poderiam influenciar favoravelmente o envelhecimento do seres humanos.

Stress e Teorias virais

Existem várias teorias baseadas no *stress* e de base viral. A *teoria do desgaste natural*, concebe que as estruturas corporais deixam de funcionar devido ao desgaste provocado pelo uso excessivo, HAYFLICK [1988]. Quando as células se esgotam, o corpo passa a não funcionar bem. Pensa-se que a lesão ou a agressão repetida dos tecidos e o uso demasiado favorecem o processo de envelhecimento. As teorias virais dizem que no organismo existe, um vírus lento ou um vírus comum que pode fazer parte do processo do envelhecimento. Parte do princípio que o vírus está presente no corpo aquando do nascimento e cresce à medida que vai envelhecendo.

Teoria de adaptação ao stress de SELYE [1976]

Esta teoria alega que os efeitos de uma lesão residual secundária ao *stress* se acumulam, e o corpo perde a sua capacidade de resistir ao *stress* e morre. As respostas ao *stress* produzem alterações na estrutura e as substâncias químicas produzidas podem causar lesões irreversíveis no organismo. A teoria engloba agentes *stressantes* internos e externos da vida; os físicos, os psicológicos, os sociais e os ambientais.

Teoria neuroendócrina

Os seguidores desta teoria, justificam que as neuronas e as hormonas, têm uma função importante na regulação do processo de envelhecimento. Nenhuma parte do corpo actua isolada dos sistemas neurológico e endócrino. Estas teorias ligam o envelhecimento a um controlo centralizado no encéfalo, mais especificamente no hipotálamo, na hipófise e no sistema imunitário.

SOLOMON & DAVIS [1981], citados por BERGER & MAILLOUX-POIRIER [1995], mencionam que vários investigadores defendem que o envelhecimento é causado pelo fracasso ou insuficiência do sistema endócrino no que se refere à coordenação das diferentes funções do corpo. O sistema endócrino funciona em harmonia com o sistema nervoso mantendo a homeostase. O controlo endócrino assenta em mensageiros químicos chamados hormonas que participam na regulação de diferentes fenómenos como o crescimento, a homeostase sanguínea, o metabolismo dos glúcidos, etc.

Todos os autores referenciados por BERGER & MAILLOUX-POIRIER [1995], defendem que todas as teorias biológicas do envelhecimento, apenas nos informam parcialmente, estando longe de compreender com precisão os múltiplos factores e processos de deterioração implicados no fenómeno multidimensional do envelhecimento, reconhecendo portanto que o fenómeno depende de um contrato genético.

KANE; OUSLANDER & ABRASS [1984], referem que a maior parte das funções neuro-endócrinas parecem diminuir com a idade. Segundo esta teoria, a regulação do envelhecimento celular e fisiológica está ligada às mudanças neuro-endócrinas. GAUVREAU *In*: ARCAND, M; HÉBERT, RÉJEAN & FÉDÉRATION DES MÉDECINS OMNIPRATICIENS DU QUÉBEC [1987], refere que para alguns autores a longevidade seria regulada por um relógio que agiria nas glândulas endócrinas sobretudo na hi-

pófise, a fim de provocar a falha dos sistemas imunitário e circulatório. Estes relógios hipofisários ou celulares desencadeariam os grandes processos humanos como o crescimento, a puberdade, a menopausa e o envelhecimento.

VEGA VEGA & BUENO MARTÍNEZ [2000], referem-se à classificação de FREEDMAN; KAPLAN & SADOCK [1975], que divide as teorias do envelhecimento em biológicas ou celulares e fisiológicas, para uma melhor compreensão, já que são numerosas as teorias formuladas em volta dos factores e as causas porque envelhecemos. As teorias biológicas centram-se no funcionamento das diferentes partes e elementos das células. As teorias fisiológicas têm como visam o funcionamento dos órgãos ou sistemas, supõem que o processo do envelhecimento tem lugar a nível de órgãos e de tecidos. Defendem ainda que todas as teorias biológicas do envelhecimento têm uma base genética e que a vida do indivíduo vem determinada por processos que têm lugar na célula e por um programa que reside nos genes da espécie. O limite máximo da vida de uma espécie encontra-se programado geneticamente e, esta informação encontra-se nas moléculas de DNA dos genes do indivíduo. As diversas teorias biológicas diferem na forma em que o envelhecimento se encontra geneticamente programado nas células, ou seja a nível da membrana plasmática, no citoplasma e no núcleo.

HAYFLICK [1965], demonstrou que culturas de células *in vitro*, se dividem num número fixo de vezes e logo morrem. O número de divisões que sofre uma célula antes de morrer é no entanto menor, de referir ainda que as células nervosas e as musculares, não se dividem na idade adulta, demonstrando deterioração com o envelhecimento. As células anormais como as do cancro, dividem-se indefinidamente.

Teoria do “Soma Descartável”, ROBERT [1995]

Refere a *teoria do soma* (ou corpo), *descartável* (*Disposable Soma Theory*), foi proposta em 1991-1992, por TOM KIRKWOOD, professor de gerontologia em Manchester. Esta teoria situa-se sob o ponto de vista da economia fisiológica e tende a responder à questão: – como é que o organismo poderia permitir organizar a energia que é capaz de produzir, face às variadas necessidades fisiológicas? A energia produzida a partir dos alimentos deve ser utilizada de uma forma óptima para as necessidades do crescimento da reprodução e da manutenção do corpo (soma). A limitação da energia total disponível obriga o organismo a otimizar a sua distribuição entre essas necessidades.

PAÚL & FONSECA [1999b], p. 349, citam YATES *In*: SCHROOTS, JOHANNES [1993], que definiu o envelhecimento como um “processo termodinâmico de quebra de energia geneticamente determinado e condicionado ambientalmente deixando resíduos que aumentam progressivamente a probabilidade de ocorrência de muitas doenças, de acidentes e calamidades e de instabilidades que por fim resultam na morte. O envelhecimento manifesta-se pelo declínio da integridade funcional de um órgão, tecido ou células particulares, ou é inespecífico como uma falha de cooperação entre componentes biológicos ou ainda pelo aumento, com a idade, da associação entre funções que causam instabilidade dinâmica. Assim, mesmo num processo de envelhecimento primário, a probabilidade de adoecer/ morrer aumenta com a idade cronológica”.

Teoria da gerodinâmica, de YATES In: BIRREN, JAMES E; BENGTON, VERN L & DEUTCHMAN, DONNA E. [1988]

Mencionada por VEGA VEGA & BUENO MARTÍNEZ [2000], é uma aproximação alternativa às teorias anteriores. Esta teoria não limita o âmbito das teorias celulares, mas, somente se refere a todo o envelhecimento biológico em geral. Segundo esta teoria o envelhecimento poderia explicar-se pela acumulação de entropia, ou seja a desordem perante a ordem. O envelhecimento, definido desta forma é um processo oposto ao desenvolvimento. A desestruturação, desorganização, o desequilíbrio, etc., não se estruturam, organizam, ou equilibram, como acontece com o desenvolvimento, mas, acumulam-se. Esta acumulação de desordem é uma força, uma energia negativa que constituiria a base do envelhecimento.

ROBERT [1995], refere que os princípios incompatíveis de causalidade e de incerteza geram os dois grandes tipos de teorias sugeridas para explicar o envelhecimento, as teorias deterministas e estocásticas.

Teorias Deterministas

Defendem que os mecanismos do envelhecimento são controlados pelo genoma, assim como os mecanismos do desenvolvimento e da maturação do óvulo fecundado. As manipulações do genoma permitem imortalizar células em cultura, fenómeno que se produz de maneira espontânea nos roedores, cujas células se transformam espontaneamente em cultura contrariamente às do homem que apenas o fazem na presença de certos genes de vírus oncogénicos de ADN. Certas radiações ou substâncias químicas capazes de modificar o ADN podem ter efeito sobre a longevidade. Mutações espontâneas ou induzidas do genoma podem levar a uma aceleração espectacular do envelhecimento.

Teorias Estocásticas

São bem ilustradas pela expressão “desgaste e ruptura” e admitem uma resistência limitada dos tecidos do organismo ao desgaste fisiológico. A *teoria dos radicais livres*, atribuída a HARMAN In: EMERIT, INGRID & CHANCE, BRITTON [1992], e a da *pontagem* de VERZAR [1963], são do tipo estocástico.

No primeiro caso trata-se de uma extrapolação da *teoria das pontagens crescentes* das fibras de colagénio para explicar o envelhecimento do organismo, de facto uma versão moderna e experimental da antiga teoria do envelhecimento proposta por DESCARTES, em que fazia a comparação entre organismos e uma máquina cujas engrenagens usadas e gripadas acabassem por lhe bloquear o funcionamento.

Com os radicais livres acontece o mesmo. O ataque destes ao ADN mitocondrial foi considerado como a primeira causa possível do envelhecimento das células mitóticas, nas últimas décadas surgiram numerosos argumentos a favor do papel dos radicais livres nos fenómenos ligados ao envelhecimento, no entanto sabe-se que o organismo está dotado de meios eficazes de reparação e de protecção anti-radicais.

ROBERT [1995], menciona o esboço de um novo conceito referente às teorias descritas, após tecer uma crítica dessas mesmas teorias e fazer notar que as teorias apresentadas, salvo raras excepções, contêm, as marcas do estado de avanço da genética, da biologia celular e molecular. O efeito mutagénico das radiações ionizantes está na origem da maior parte das teorias estocásticas. Outras teorias são plagiadas

de um tipo de reacção química e propõem-se explicar todo o envelhecimento a partir destas reacções.

O Conceito evolucionista

Não se trata de uma nova teoria, como o faz notar o autor (ROBERT [1995]), mas a tentativa de compreender um conjunto de factos bem fundamentados adquiridos da biologia e da patologia do envelhecimento e integrá-los no quadro mais vasto dos nossos conhecimentos biológicos, sem ideias pré-concebidas, sobre determinado mecanismo particular. O que pretende defender é que os constrangimentos da evolução da vida na Terra impuseram a todas as macromoléculas (ADN, ARN, proteínas) um limite de fiabilidade às suas funções e estrutura. Nada no cosmos, ou na natureza, pode assumir uma situação estável a longo prazo.

Teoria de “usar y tirar”

KIRKWOOD [2000], refere que a teoria de “usar y tirar”, elaborada no início do século XX que assenta no princípio de que o envelhecimento é inevitável, defende que o envelhecimento acontece porque os organismos são complexos e as coisas complexas acabam por se “desconsertar”. Estaríamos então a falar do segundo princípio da termodinâmica que se refere à entropia, ou desordem, e que diz que a entropia aumenta nos sistemas fechados. Segundo a teoria de “usar y tirar”, nos organismos vivos a entropia também aumenta irremediavelmente. O problema é que para este autor a questão é falsa, porque não tem em atenção que o segundo princípio da termodinâmica se aplica a sistemas fechados, onde nada sai e nada entra. O Ser humano é um sistema aberto, já que entram coisas que são processadas, e ao fazê-lo, retira algo ao que o envolve, por exemplo energia, para combater a entropia.

Teorias Psicológicas e Sociais do Envelhecimento

STAAB & HODGES *In*: STAAB, ANGELA SIMON & HODGES, LINDA COMPTON [1997], referem que alguns investigadores sublinham que o código genético e os factores fisiológicos não são os determinantes primários da longevidade. Propõem que o estilo de vida, a personalidade e os factores ambientais são mais importantes.

Teoria da Desvinculação de CUMMING & HENRY [1961]

Esta teoria afirma que ultrapassada uma determinada idade é normal que as pessoas vão limitando os papéis mais activos, procurando outros de menor actividade, também vão reduzindo a intensidade e frequência das interacções sociais e orientam-se cada vez mais para a sua vida interior (referida por RODRÍGUEZ *In*: BUENDÍA, JOSÉ [1994] e STAAB & HODGES *In*: STAAB, ANGELA SIMON & HODGES, LINDA COMPTON [1997]).

De acordo com esta teoria, as pessoas que vão substituindo progressivamente os papéis de maior actividade por outros mais calmos, como familiares e de amizade, são as que conservarão a sua autodefinição positiva, mantendo por conseguinte uma imagem verdadeira de si mesmas, devem corresponder às expectativas da sociedade e, neste sentido, as pessoas que já não são competitivas, deixam de ser produtivas, então retiram-se. Este abandono mútuo, é natural e de carácter adaptativo,

entendendo-se que é a forma correcta de envelhecer. Esta teoria, apenas tem em conta a classe média assalariada, não explicando o que acontece com outras actividades profissionais, como por exemplo, as liberais e a académica. Também não tem em conta a influência do tipo de personalidade, nem explica a quantidade de idosos que permanecem activos e criativos até á morte, nem a insatisfação dos que são convidados a retirar-se das suas obrigações sociais. A desvinculação que se produz com o afastamento da pessoa idosa, acontece desta forma, porque a sociedade fracassou na medida em que não criou papéis socialmente úteis e válidos, que podiam ser a ocupação de grande parte dos anos que o idoso tem após a reforma. Nos países com economia avançada, a reforma acontece por volta dos sessenta e cinco anos.

MUÑOZ TORTOSA [2002], refere-se à *teoria da desvinculação*, surgida do estudo realizado pelos autores CUMMING & HENRY [1961], cujos resultados sugerem que de uma forma geral os indivíduos entre os quarenta e cinquenta anos apresentam um bom estado emocional, posteriormente surge um período de crise entre os sessenta e sessenta e cinco anos, para se seguir um período de satisfação relativa até aos setenta anos, a partir desta idade é característico um estado de ânimo positivo até uma idade bastante avançada. Foi com estes dados que esta teoria, defende que o processo normal de envelhecimento é caracterizado por um desprender inevitável associado a uma diminuição das interações entre a pessoa que envelhece e as pessoas que fazem parte do sistema social a que pertencem. Os autores desta teoria concluem que a desvinculação criada entre o indivíduo e o seu sistema social está associada a um bom estado emocional ou melhor a um envelhecimento satisfatório. Referem ainda que essa desvinculação é recíproca e universal, já que por um lado é o idoso que se retira da sociedade, e por outro, a sociedade responsabiliza-se pela parte económica, sanitária e social para responder às necessidades dessas pessoas.

Esta teoria pretende ser universal, pois os seus autores dizem que todas as pessoas e em todas as sociedades passam pelo processo de desvinculação porque existe uma componente psicológica interna própria do indivíduo e uma outra componente sociológica caracterizada pela influência que o ambiente exerce sobre ele. A desvinculação processa-se de uma forma consciente, uma vez que a força e energia vão diminuindo e o idoso sente necessidade de se retirar para viver tranquilamente.

VICENTE DE CASTRO *In*: IV CONGRESSO LUSO-ESPANHOL [2000], refere que à chamada *teoria da desvinculação*, rapidamente se opuseram as teorias do apego e a da actividade, dentro das quais se coloca um novo desafio – a educação para o envelhecimento, sendo preciso esclarecer que a actividade não significa sempre assegurar trabalho. A *teoria da desvinculação* ou do isolamento da sociedade, defende que é um facto que o envelhecimento implica um afastamento mútuo do idoso em relação à sociedade e desta para com o velho.

O mesmo autor, refere-se à *teoria da actividade*, como um novo horizonte, acrescentando que a actividade significa poder fazer frente a acções, embora diferente de outras épocas, significa encarar tarefas, intercâmbio de aprendizagem, de recriação, de ensino, de gozar ou desfrutar o uso do tempo livre em proveito de si mesmo e solidário com outros.

Esta actividade tem como meta uma busca de satisfação e de uma melhor qualidade de vida e talvez não tanto uma produtividade e uma remuneração, podendo envol-

ver uma actividade de voluntariado. Neste sentido a *teoria da actividade* defende que a satisfação vital se vincula com os papéis familiares, laborais, sociais, etc., da pessoa, e de tal forma, que quantos mais elos se perdem na velhice, independentemente da causa, menor será o espírito o ânimo e a satisfação do indivíduo.

Teoria da Actividade de HAVIGHURST & ALBRECHT [1953]

Referida por MUÑOZ TORTOSA [2002], p. 97, é a teoria psicossocial mais antiga e fundamenta-se na seguinte hipótese: “la realización de un elevado número de roles sociales o interpersonales correlaciona de forma significativa con un elevado nivel de adaptación y satisfacción vital percibido por la persona mayor”. Neste sentido, o idoso tem de ser produtivo e útil no sentido material. De contrário, será invadido pela desgraça e o descontentamento, a sensação de inutilidade e inadaptação. Assim, o estilo de vida activo e cheio de papéis, mantém os idosos social e psicologicamente adaptados.

Segundo esta teoria o indivíduo consegue uma velhice satisfatória quando descobre e realiza novos papéis ou conserva os que já vinha a desempenhar. A *teoria da actividade* sustenta a ideia de que as pessoas idosas, bem como os adultos jovens, têm as mesmas necessidades psicológicas e sociais de manter-se activos. A actividade faz com que o indivíduo se sinta feliz satisfeito e adaptado. Para verificar esta hipótese os autores desta teoria aplicaram inquéritos numa amostra de 100 indivíduos de uma população de 670 de 65 e mais anos. Os resultados verificaram que existe uma correlação positiva entre o número de actividades realizadas e a adaptação sentida pelos indivíduos, pelo que os autores concluíram que as pessoas idosas que são mais activas vivenciam a sua velhice com maior adaptação e bem estar. É uma teoria do senso comum ou profana, que fala a favor de um ajuste positivo do papel ao envelhecimento, reflectindo-se na legislação, na imprensa e nos programas científicos.

RODRÍGUEZ *In*: BUENDÍA, JOSÉ [1994], nota que esta teoria é na realidade a consequência necessária e evidente da *teoria dos papéis*, em que o auto-conceito, a auto-estima das pessoas depende das actividades ou dos papéis que são característicos da idade madura São esses papéis próprios da idade que dão prestígio, poder e independência. Pelo que a pessoa que deixa de exercer tais funções verá desaparecer a sua imagem, o seu prestígio e o seu poder.

YANGUAS; LETURIA; LETURIA *et al.* [1998], menciona a *teoria da actividade* de TARTLER [1961], e MADDOX & CLARK [1992], defende que para envelhecer bem é preciso continuar activo e assumir compromissos. As pessoas com um nível intelectual mais elevado são as mais activas e estão mais satisfeitas. A actividade leva à secreção de endorfinas que proporcionam uma sensação de bem estar.

Teoria do Apego de KALISH & KNUTSON [1976]

Referida por YANGUAS; LETURIA; LETURIA *et al.* [1998], alega que o ‘Apego’, é como um compromisso afectivo com os objectos ou indivíduos que se desenvolvem através de atenção mútua e uma retroalimentação autoproduzida. Estes compromissos, produzem uma sensação de domínio sobre o mundo, análogo ao *locus* de controlo, que nos idosos pode estar diminuído devido à perda dos primeiros produtores do apego, por uma relação de atendimento e dependência. Uma adequada uti-

lização do reforço social pode ser eficaz, influenciando a conduta do idoso. Sendo este facto um dos problemas principais nas depressões nesta idade.

Teoria da Continuidade de HAVIGHURST; NEUGARTEN & TOBIN *In:* HANSEN, P. FROM; GERANTOLOGY, INTERNATIONAL CONGRESS OF & GERONTOLOGY, INTERNATIONAL ASSOCIATION OF [1964]

Descrita por RODRÍGUEZ *In:* BUENDÍA, JOSÉ [1994], e por STAAB & HODGES *In:* STAAB, ANGELA SIMON & HODGES, LINDA COMPTON [1997], esta teoria refere que à medida que vamos envelhecendo, nos tornamos cada vez mais aquilo que já éramos. Por outras palavras, pode-se dizer que a pessoa desde que nasce estabelece hábitos, compromissos, preferências e uma série de tendências ou inclinações que se transformam em parte da sua personalidade, à medida que se torna adulta.

Assim, a pessoa que durante a vida tenha sido activa, continuará a sê-lo na velhice, embora vá substituindo os papéis perdidos por outros novos, mantendo desta forma a continuidade psicológica e o seu comportamento externo. As pessoas menos activas seguirão essa mesma orientação no seu envelhecimento. De acordo com RODRÍGUEZ *In:* BUENDÍA, JOSÉ [1994], os traços e as características centrais da personalidade vão-se acentuando cada vez mais, os valores previamente mantidos ganham mais peso. Quando tal acontece o indivíduo conseguiu uma adequada adaptação ao envelhecimento, o que o tornará mais satisfeito na sua vida de ancião.

MUÑOZ TORTOSA [2002], p. 99, refere que a *teoria da continuidade* desenvolvida por NEUGARTEN *In:* NEUGARTEN, BERNICE LEVIN [1968], fundamenta os seus princípios no seguinte postulado: “a medida que el individuo va avanzando en determinados estadios, va desarrollando nuevos valores, actitudes, hábitos, conductas y metas que posteriormente retiene, en cierta medida, durante la vejez”. Esta teoria tenta explicar a adaptação do indivíduo a este período, analisando as suas atitudes e traços de personalidade. Nesta perspectiva, todas as experiências e papéis sociais que tenham sido assumidos pelo indivíduo, ao longo da sua existência terão influência e ajudarão a adaptar-se melhor ao último período da vida.

ATCHLEY [1989], citado por MUÑOZ TORTOSA [2002], p. 99, nota que a nova situação por que passa a pessoa idosa e que é a da reforma, pode provocar uma certa descontinuidade, mas apesar disso acaba por usar os recursos e os contactos que utilizou ao longo da sua vida. “Por tanto, el postulado central de esta teoría se fundamenta en que tanto los adultos como las personas mayores tienden a proteger y a mantener sus estructuras internas y externas, y utiliza esta continuidad para conseguir sus objetivos. De esta forma, las experiencias pasadas sirven de base para la elaboración física y mental en el presente y futuro”.

Teoria Interaccionista de LEMON; BENGTON & PETERSON [1972]

Descrita por STAAB & HODGES *In:* STAAB, ANGELA SIMON & HODGES, LINDA COMPTON [1997], alvitra que as mudanças relacionadas com a idade são secundárias a uma interacção entre as características biológicas e psicológicas pessoais, as características da pessoa, as circunstâncias sociais e a história dos tipos de interacção social do idoso. Esta teoria, designa por carreira profissional, os papéis que a pessoa representa durante a vida. Sendo a tendência da pessoa manter o equilíbrio dos seus papéis.

Teoria dos papéis de BURGESS [1960]

Descrita por RODRÍGUEZ *In*: BUENDÍA, JOSÉ [1994], diz-nos que ao longo da vida desempenhamos um grande número de papéis, que nos demarcam pessoal e socialmente. O nosso auto-conceito e auto-estima, dependem do tipo de papéis que desempenhamos e do grau com que correspondemos às expectativas relacionadas com eles.

O grau de adaptação do indivíduo ao processo de envelhecimento depende da maneira como vai construindo a aceitação das mudanças correspondentes aos papéis que as crenças sociais vão atribuindo segundo a sua idade, e a forma como cumprem as expectativas do papel. Tudo isto se apoia no processo de socialização pelo qual o indivíduo passa desde que nasce até que morre, adaptando-se interactivamente às solicitações do meio: vai-se adaptando aos novos papéis que a idade traz consigo, a esta aceitação dos papéis correspondentes à idade, chama-se envelhecer. Este autor refere ainda que não está somente em causa a aceitação social dos papéis, mas também as alterações particulares que acontecem nas idades do indivíduo e a própria natureza das coisas: papéis como os de filho, esposo, padre, amigo, etc., vão aparecendo e desaparecendo à medida que aparece ou desaparece a parte oposta do papel final. O autor desta teoria diz ainda que o velho, por vezes adquire alguns papéis novos, no entanto o envelhecimento é, entre outras coisas, um trilho de perda de papéis, até que com a idade do recolhimento, a pessoa adquire um último papel que é: o da pessoa que não tem papéis. A *teoria da actividade*, desenvolvida por HAVIGHURST *In*: WILLIAMS, RICHARD H; TIBBITTS, CLARK & DONAHUE, WILMA [1963], HAVIGHURST [1968], já referida no texto é na realidade a consequência necessária e evidente desta teoria dos papéis: o auto-conceito, a auto-estima das pessoas depende das actividades que são típicas da “*idade madura*” (que quer dizer, da plenitude de forças de pleno rendimento); são as actividades próprias dessa idade as que dão prestígio, poder, independência. Por conseguinte, a pessoa que deseja exercer tais actividades verá desaparecer a sua imagem, o seu prestígio, o seu poder, daí a necessidade que as pessoas têm de continuar a ser activas, desenvolvendo actividades típicas da idade madura.

Teoria da estratificação por idades de RILEY & FONER [1968]; RILEY; JOHNSON; FONER *et al.* [1972], e *mais tarde* FONER [1975]

Descrita por RODRÍGUEZ *In*: BUENDÍA, JOSÉ [1994], tem como base a *teoria dos papéis*, no entanto defende que para fazer a análise da população idosa tem que se utilizar um marco conceptual semelhante ao que a sociologia utiliza para analisar a sociedade em geral, tomando-se para critério de estratificação, o dos papéis associados às categorias de idade: jovens, adultos, idosos e velhos. Com efeito esta teoria diz que os papéis sociais se distribuem aos indivíduos em função do grupo etário ao qual pertencem. Devendo acrescentar-se que a idade é considerada um critério universal pelo qual se distribuem os papéis dos direitos e privilégios (RILEY; JOHNSON; FONER *et al.* [1972]).

O prestígio do grupo etário e a auto-estima de cada um dos seus membros), está em função do valor social que se atribui ao conjunto de papéis desempenhados de forma característica pelo respectivo grupo: Os jovens são preferidos porque são muito mais produtivos e a produtividade é um valor muito apreciado na sociedade actual. Sabe-se que o envelhecimento é afectado por algumas variáveis: físicas, psi-

cológicas sociais etc. e portanto os grupos etários diferem nas respectivas capacidades relacionadas com esses factores.

Teoria do grupo minoritário de ROSE [1962]

Referida por STAAB & HODGES *In*: STAAB, ANGELA SIMON & HODGES, LINDA COMPTON [1997], sugere que os anciãos são um grupo minoritário, não em termos quantitativos mas pelo facto de ao descreverem-se as características visíveis do envelhecimento biológico, o ancião torna-se mais susceptível a ser discriminado tal como a discriminação que afecta os grupos minoritários raciais ou sexuais.

Teoria da subcultura

Esta teoria sustenta que as pessoas de idade avançada têm tendência para conviver mais entre si, que com outros grupos etários. Desta forma, os idosos entendem-se melhor entre eles pelo facto de terem em comum uma experiência histórica e social e problemas semelhantes. Servem-se uns dos outros como ponto de referência e comparação para validar os próprios valores e opiniões. Esta teoria, coincide em alguns dos seus elementos com os da teoria da comparação social de FESTINGER [1954]. Os idosos formariam uma subcultura, uma minoria social, que os ajudaria a manter a sua identidade e uma auto-estima positiva, pois podem estabelecer comparações entre si mesmos e as outras pessoas que estão em situação idêntica à sua. Essa consciência de subgrupo permite que tenham um potencial de influência política e social cada vez maior pois cada vez são mais numerosos, podendo assim defender os seus interesses. Neste ponto de vista, o grupo minoritário das pessoas de idade, assemelha-se a outros grupos sociais minoritários (como os étnicos), com quem partilham as desvantagens de um baixo estatuto social e económico, escassas oportunidades, especialmente de emprego, em suma uma maior discriminação.

Teoria das necessidades humanas de MASLOW [1954]

Descrita por STAAB & HODGES *In*: STAAB, ANGELA SIMON & HODGES, LINDA COMPTON [1997], realça o conceito de motivação e necessidades humanas, organizando uma hierarquia de necessidades fisiológicas, de segurança e de protecção, de amor e pertença, de auto-estima e actualização do eu. O idoso deve ser uma pessoa totalmente madura que tem autonomia, criatividade, independência e uma relação positiva com a família e a sociedade.

Modelos de ajuste ambiental

Descritos por YANGUAS; LETURIA; LETURIA *et al.* [1998], são quatro e têm a ver com a interacção do indivíduo idoso estabelece com o ambiente: o modelo de congruência de KAHANA & KAHANA [1975], segundo o qual o comportamento das pessoas idosas, está em função da interacção entre as suas necessidades e as possibilidades que o ambiente tem para as satisfazer. Procuram-se ambientes coerentes com essas necessidades de tal forma que produzam satisfação.

Modelo ecológico de competência de LAWTON In: KENT, D. P; KASTEMBAUM & SHERWOOD, S. [1972]

Este autor defende que o comportamento é o produto da relação entre ambientes e a competência das pessoas. De acordo com este modelo, as exigências do ambiente

devem estar ao nível de competência do indivíduo de forma a que não haja sobreposição destas, o que poderia levar ao *stress* e risco de fobia do ambiente nem que fiquem por baixo, podendo levar o indivíduo à desmotivação e diminuição do nível de competência, por falta de prática. O sujeito interaccua com o ambiente e modifica-o para o adequar às suas necessidades e desejos (STAAB & HODGES *In*: STAAB, ANGELA SIMON & HODGES, LINDA COMPTON [1997]).

Modelo ecológico social de MOOS [1984]

Os sistemas ambiental e pessoal interaccuam entre si e influenciam a saúde e o bem estar do sujeito a través da valorização cognitiva e a maneira como o indivíduo reage às situações vitais *stressantes*.

Modelo ecológico comportamental de FERNÁNDEZ-BALLESTEROS [2000]

Defende que as variáveis ambientais interaccuam com as pessoais, no passado, e influenciam nas variáveis contextuais e pessoais que interaccuam, no presente, condicionando a saúde e comportamento (YANGUAS; LETURIA; LETURIA *et al.* [1998]).

De acordo com RODRÍGUEZ *In*: BUENDÍA, JOSÉ [1994], há um grupo de teorias que têm em comum o facto de se basearem em postulados do interaccionismo simbólico, estando de certo modo bastante próximas da compreensão da teoria das representações sociais. Todas elas pretendem que com a idade as pessoas se vão adaptando às sucessivas exigências que a sociedade lhes estabelece, e só se mantiverem o ritmo de adaptação a essas novas petições é que podem desfrutar de uma auto imagem positiva.

Segundo a *perspectiva simbólica*, o processo de envelhecimento é muito influenciado pela forma como interaccuam os factores subjacentes com os ambientais e, os indivíduos entre si. Às vezes, os resultados de tal interacção atribuem-se exclusivamente a mudanças subjectivas dentro do indivíduo, ou seja, a mudanças induzidas pelo envelhecimento. Assim, determinados comportamentos e reacções do idoso interpretam-se com frequência como sinais de senilidade, quando na realidade podem ser formas temporais ou de carácter de adaptação ao meio ambiente. O inverso pode também acontecer, o idoso faz interpretações incorrectas do comportamento dos outros, pela perda de possibilidades que até então tinha e que vai vendo desaparecer, como sejam, a actividade física, mental, afectiva, entre outras, mas também é verdade que se abrem outras novas perspectivas a outras formas de se realizarem a si mesmos.

Teoria da etiqueta

Em que a pessoa é basicamente referenciada como que uma etiqueta que se lhe atribui, é um bom exemplo da tese central que se pretende sustentar, de que a representação social na velhice é uma profecia ou conjectura que se auto cumpre. Assim, é suficiente que nos vejam de uma determinada forma para que acabemos por nos perceber a nós próprios, como os outros nos percebem. Uma vez que o indivíduo é percebido como velho, os seus comportamentos serão interpretados através do estereótipo social de como se comporta uma pessoa velha daí, o indivíduo acabará por assumir essa imagem social que os outros lhe transmitiram dele mesmo, e como tal, assim se comportará.

Teoria do intercâmbio social, segundo RODRÍGUEZ In: BUENDÍA, JOSÉ [1994]

Pretende explicar a desigualdade estrutural que existe entre o grupo dos “velhos” e os outros grupos, em prejuízo para o primeiro. O autor cita DOWD [1980], que observa que na análise da situação dos idosos na sociedade, a variável “poder” condiciona o acesso aos recursos valiosos e, determina o ‘*status*’ e as oportunidades sociais que o indivíduo goza no grupo. A classe social determina os recursos que cada um vai a dispor na velhice a nível individual. Quanto mais alto for o ‘*status*’, tanto mais poder terá o indivíduo nas suas relações com os outros, dependendo disso da quantidade de recursos valiosos que estão à sua disposição.

A interacção do indivíduo com os outros terminará, perdendo aquele o poder social, logo que a esperança de obtenção de benefícios dessa interacção desapareça.

Adoptando os postulados da *teoria da desvinculação*, (com a idade o indivíduo vai-se retirando dos seus compromissos sociais), DOWD [1975], tenta dar uma explicação da desvinculação em termos do intercâmbio social: a diminuição da actividade social é imposta ao ancião pela sociedade através das instituições, que lhe vão retirando progressivamente os recursos necessários para as relações sociais. Quando o idoso não tem nada a oferecer começa a isolar-se e fica sem poder. Os únicos recursos socialmente apreciados que lhe restam são o respeito, o apoio, a aprovação social, o reconhecimento, a compreensão; são no entanto recursos que a nossa sociedade não valoriza muito e por conseguinte, dão muito pouco poder.

1.4 O ENVELHECIMENTO NORMAL. TENDÊNCIAS GERAIS

“A amizade é a única anarquia do mundo. Vive-se e mais nada. Diz-se e ouve-se e faz-se tudo. O resto da existência é um constrangimento constante. Uma das poucas vantagens do envelhecimento é reduzir esses bocado de vida, essa chatice, a um mínimo, de maneira a passarmos a maior parte do nosso tempo sozinhos, ou com as pessoas que amamos ou com os amigos.” ESTEVES CARDOSO [2001], p. 187.

O envelhecimento é um fenómeno natural que traz consigo certas consequências, sendo recomendáveis algumas atitudes. A primeira é de aceitar, que há modificações que são inevitáveis com o desenrolar dos anos e compreender ao mesmo tempo que todos os períodos da vida podem ter aspectos agradáveis. Aprender a descobri-los é uma arte que deve ser cultivada. Se não se aguenta o ruído de 60 ou mais decibéis de uma discoteca, talvez a pessoa possa descobrir que determinado tipo de desporto poderá ser agradável, ou estabelecer e cultivar amizades com outras pessoas, no fundo conhecer novos e diferentes aspectos da vida. Um outro aspecto será a prevenção, para o que será preciso estar atento às mudanças e tentar corrigir as limitações que vão aparecendo a nível dos órgãos dos sentidos ou de aparelhos de sistemas orgânicos importantes para o funcionamento humano. Devem-se ainda ir incrementando actividades paralelas para além do trabalho principal, para que aquando da reforma, se possam manter tarefas que lhe permitam continuar a ter objectivos na vida (VAZ SERRA In: CONGRESSO “O IDOSO NO ANO 2000” [2000]). SPIRDUSO [1980], mencionado por VAZ SERRA In: CONGRESSO “O IDOSO NO ANO 2000” [2000], mediu em indivíduos entre os 50 e 70 anos que praticavam *squash*, o tempo de reacção a um estímulo visual que aparecia ocasionalmente num ecrã de um monitor de computador. O resultado obtido foi semelhante ao encontrado num grupo de jovens adultos entre 20 e 30 anos, que não praticavam habitualmente desporto. Nos idosos que não praticavam qualquer exercício físico regular, o tempo de resposta era muito mais lento. O tempo de reacção que é definido como a forma de medir a velocidade de condução nervosa, daí que parece ser compreensível que os idosos que praticam exercício físico regular, adequado à sua idade

possam ter um bom desempenho a nível intelectual. Será pois recomendável a prática regular de exercício físico adequado à idade e condição do indivíduo, pois que para além de melhorar o funcionamento cardiovascular melhora significativamente as funções intelectuais. Um outro aspecto recomendável é desenvolver a independência relativamente aos aspectos de arranjo pessoal e as actividades do dia a dia em casa. O facto de ter responsabilidades a cumprir, dá maior sentido à vida e evita o desgaste.

Ainda dentro deste contexto FRIES & CRAPO [1981], citados por VAZ SERRA *In*: CONGRESSO “O IDOSO NO ANO 2000” [2000], compararam dois grupos de idosos residentes num lar que recebiam cuidados semelhantes por parte da equipa de enfermagem. Um dos grupos foi incentivado a ser independente e a tomar decisões pessoais, o outro grupo serviu para termos comparativos, como grupo de controlo. Ao fim de 18 meses de evolução 15% dos indivíduos do primeiro grupo tinha falecido. Do grupo de controlo, a taxa era mais elevada, correspondendo a 30%, daqui pode-se concluir que incentivar a independência e as tomadas de decisão pessoais ajuda a prolongar a vida.

Mudanças a nível psicológico

Sob o ponto de vista psicológico, o envelhecimento, será a passagem do tempo sobre as diferentes funções psicológicas. A psicologia refere YANGUAS; LETURIA; LETURIA *et al.* [1998], é a forma como percebemos e entendemos a realidade, a forma como sentimos e valorizamos esta relação com os outros e com o que nos rodeia e finalmente como nos comportamos dentro dessa mesma realidade.

Segundo estes mesmos autores a personalidade, as funções cognitivas, a capacidade sensorio-perceptiva e psicomotora, a capacidade de aprendizagem, a criatividade, a comunicação, a interacção social com os nossos semelhantes e a psico-afectividade, serão, alguns dos componentes principais do ser humano em qualquer dos momentos do ciclo da vida. Refere ainda este autor que deve haver uma unidade entre a capacidade psicológica e a cerebral, assim como entre a orgânica e funcional e a sua base biológica.

De acordo com SPAR & LA RUE [1998], O envelhecimento normal, é acompanhado por declínios cognitivos que muitas vezes, tornam mais difíceis o diagnóstico das perturbações mentais orgânicas. Um erro bastante comum é o frequente diagnóstico de demência, particularmente em idosos com pouca instrução. Em idosos saudáveis e com boa instrução, o rastreio cognitivo breve, pode falhar na detecção da deficiência cerebral focal ou de demência em estados iniciais. Segundo estes autores um em cada três pacientes idosos com doença de Alzheimer ligeira, saudáveis noutros aspectos e pelo menos com um nível liceal de escolaridade poderá ter um “score” dentro de um intervalo normal em testes breves para rastreio cognitivo. Isto leva-nos a concluir que o estado mental cognitivo em pessoas idosas tem que ser cautelosamente interpretado e nos idosos que têm “scores” fora do intervalo normal a avaliação deve ser mais completa. Mudanças bruscas das funções cognitivas, justificam sempre atendimento médico, bem como declínios mais graduais durante um ou dois anos, podem ser um aviso precoce da doença oculta, pelo que devem ser cautelosamente acompanhados. A personalidade e as emoções não têm sido tão profundamente estudadas na terceira idade como os aspectos cognitivos. No cam-

po da personalidade algumas investigações descritas e referentes a idosos das sociedades actuais, urbanas e ocidentais, sugerem que os traços pessoais mais básicos como a introversão, a extroversão, ritmo psicológico, assertividade, a hostilidade, são estáveis durante toda a vida adulta. Estas disposições da personalidade, segundo BUTCHER; ALDWIN; LEVENSON *et al.* [1991], citados por estes autores, formam-se cedo na vida de um indivíduo e permanecem constantes quanto à sua supremacia relativa no seu modo de ser, apesar das diversificadas experiências da vida ao longo dos anos. A personalidade do indivíduo sofre influências várias: o relógio social, defendido por NEUGARTEN [1970], citado por SPAR & LA RUE [1998], define o ritmo para o desenvolvimento psicossocial no seio de uma determinada geração, oferecendo um marco que os indivíduos poderão interiorizar como ciclo de vida normal e previsível; ATCHLEY [1989], refere-se ao desejo da continuidade, que é considerada uma estratégia importante de adaptação, promovida pela escolha pessoal e reforçada pela aprovação social esta busca da continuidade poderá ser a parte essencial da lembrança indecisa que ocorre em todas as idades e do processo de recapitulação da vida tão frequente nos adultos e idosos.

Referem, que alguns aspectos da inteligência permanecem estáveis durante a maior parte da vida adulta, enquanto que outros diminuem mais cedo e mais rapidamente nos últimos anos. A aptidão para definir e usar o vocabulário é uma capacidade relativamente estável, assim como a capacidade de informação no sentido de anuir a conhecimentos de cultura geral e o talento para se envolverem em raciocínios práticos e sociais revelando a capacidade que têm de compreensão. A execução de tarefas perceptivo-motoras novas e rápidas pelo contrário, podem começar a diminuir cerca dos 50/60 anos.

Estes autores relativamente à atenção, definem-na como o processo pelo qual dirigimos ou redirigimos as energias mentais, considerando que a atenção é condição prévia para um adequado desempenho de todas as aptidões cognitivas superiores. Tanto as pessoas de idade como os indivíduos novos têm competências semelhantes para dirigir e manter a atenção sobre um único tema ou acontecimento, no entanto os adultos idosos executam menos bem tarefas que exijam a filtração de informação estranha, têm ainda dificuldade de repartir a atenção por várias tarefas ou desviar a atenção rapidamente de um assunto para o outro. A comunicação através da linguagem mantém-se bem ao longo da vida adulta, apesar da compreensão de mensagens longas ou complexas a recuperação e produção rápida de termos específicos ou nomes se tornar em média, mais difícil nos idosos do que nas pessoas mais novas, LA RUE [1992], citado por SPAR & LA RUE [1998]. O discurso dos indivíduos idosos é muitas vezes longo e mesmo repetitivo contrariamente ao dos indivíduos de meia idade, podendo este facto ser atribuído a problemas de memória a curto prazo, diminuição da inibição, mas também pelas reduzidas ocasiões de estabelecer diálogo com outrém. Algumas das habilidades visuo-espaciais mantidas nos idosos são; o reconhecimento de lugares e caras familiares, a identificação, reprodução de formas geométricas vulgares, apresentando no entanto já certa dificuldade no reconhecimento e reprodução de configurações mais complexas ou então não familiares. Ainda de acordo com estes mesmos autores relativamente às funções de execução que incluem a aptidão para planear, executar e avaliar sequências complexas do comportamento, nota-se muitas vezes que os jovens ficam em vantagem aos idosos com ligeiras modificações, no caso de se tratar de idosos instruídos e por

volta dos 60/70 anos. Os indivíduos idosos executam pior que os indivíduos mais novos tarefas que exijam rapidez, a lentidão afecta os processos perceptuais, relativos à memória e cognitivos e ainda as funções motoras.

TEIXEIRA [1997], refere que os conceitos de aprendizagem e memória são muito latos e abrangem um grande número de aspectos. Ainda que passe a definir duas formas distintas de aprendizagem e memória, podendo ser utilizadas conjuntamente: aprendizagem e memória motora, referindo-se à aprendizagem de todos os movimentos precisos e aprendizagem e memória cognitiva, que abarcam a percepção, ideias e expressões linguísticas. Aborda por conseguinte a aprendizagem e memória de uma forma particular, considerando-as como a capacidade que possuem os organismos vivos de adquirir, reter e utilizar um conjunto de informações ou de conhecimentos. Distinguindo ainda a aprendizagem da memória. De uma forma resumida afirma que a aprendizagem se refere ao processo de adaptação do comportamento à experiência e a memória refere-se aos registos permanentes que estão na base desta adaptação.

SPAR & LA RUE [1998], p. 16 referem que, “Alguns especialistas do envelhecimento cognitivo defendem que a lentidão é o fenómeno central deste processo e que as outras alterações aparentemente mais específicas da memória, do raciocínio ou das funções de execução podem indiciar perda de rapidez na realização das operações mentais componentes de tarefas complexas”. De acordo com estes autores a memória a curto prazo ou imediata mantém-se estável ou diminui muito pouco nas pessoas idosas, a título de exemplo, as pessoas no início dos 70 anos o intervalo de dígitos em contagem crescente é em média de 6, mais ou menos dois e para indivíduos nos 30 ou início dos 40 anos é cerca de 7, mais ou menos dois. Noutra tipo de testes mais exigentes da memória de curto prazo, como por exemplo recordar informação depois de uma mensagem de interferência, o idoso apresenta mais dificuldade que o jovem. Curiosamente, a memória remota ou de longo prazo está bem conservada no idoso. Outro tipo de memória que se altera num grau mínimo ou moderado com a idade é a recordação implícita ou incidental. Factos ou traços incidentais podem ser recordados com igual precisão por jovens e idosos (por exemplo a cor do vestido de alguém).

De acordo com MAYORAL *In*: VEGA VEGA, JOSÉ LUIS & BELÉN BUENO, MARIA [1996], a capacidade de aprendizagem não tem limite de idade. Se o indivíduo se mantiver aberto, se cuidar da sua saúde e se tiver uma visão optimista da realidade da vida, terá maior probabilidade de desenvolver as suas habilidades, em qualquer momento da sua vida esteja ou não reformado. Alguns dos factores que influenciam o processo de aprendizagem são a motivação, a tendência a reaprender, a associação, a repetição e o esforço, a transferência.

As funções cognitivas são as funções e processos pelos quais o indivíduo recebe, armazena e processa informação, relacionada consigo mesmo, com os outros e com o que o circunda. De acordo com YANGUAS; LETURIA; LETURIA *et al.* [1998], entre estas funções destacam-se: A atenção, a percepção, a memória, a orientação e o juízo, sendo a memória a função cognitiva mais importante, pois está relacionada com as mudanças globais e intelectuais das pessoas idosas. A memória tem um papel cada vez mais importante, é básica para a resolução de problemas e para a adaptação ao meio. Segundo este autor há vários tipos de memória: – a memória primária; a secundária; a memória a curto prazo; a memória a longo prazo; a memória sensorial

e a metamemória. A memória primária tem a ver com os momentos, em que o sentido, o percebido e o experimentado estão na atenção consciente, não há deterioração com a idade. Na memória secundária intervém após o momento em que já se processou informação e se pretende recuperar, requer um processamento mais profundo, com a idade torna-se mais difícil. A memória a curto prazo com a idade apresenta mais deterioração, encontram-se problemas no registo e no processamento de informação. A memória sensorial armazena a muito curto prazo, recolhe a informação a um nível perceptual, sensorial, visual, auditivo, este tipo de memória mantém-se durante mais tempo no jovem. A metamemória refere-se à forma como cada pessoa percebe a sua memória, nas pessoas mais idosas, ocorre um fenómeno de retroalimentação ou de “*feedback*” e auto justificação das dificuldades na execução.

Estes autores mencionam ainda que a memória é uma capacidade não estável e influenciada por factores educacionais, emocionais, contextuais entre outros e que é possível treiná-la, potencializá-la e optimizá-la, sendo ainda dominada pelo grau de motivação, estado afectivo, emotivo e pelo grau de inibição do sujeito, está ligada ao grau de atenção e percepção e também com o nível de inteligência e imaginação. Referem ainda que a memória, a aprendizagem, e a função cognitiva são determinadas pelas alterações nas células cerebrais. O cérebro de uma pessoa idosa terá menos 10% do peso que aos 20 anos, apesar de as alterações não parecem afectar todas as zonas cerebrais de igual forma. As principais mudanças são a redução do volume e o estreitamento das circunvalações, a perda de neurónios corticais, das conexões, dos dendritos, o que supõe uma diminuição das sinapses, com as respectivas consequências na área cognitiva. Apresentando uma maior lentidão na resolução de problemas, na elaboração de informações e no tempo de reacção perante tarefas, a capacidade verbal diminui menos que a psicomotora. Por outro lado o pensamento é mais reflexivo, mantendo-se a compreensão, a capacidade de juízo, o vocabulário, os conhecimentos gerais. Havendo no entanto diminuição da memória, da atenção, da concentração, da rapidez de reacção e da assimilação. As mudanças rápidas no rendimento cognitivo são um indicador significativo de deterioração física e psíquica, exigindo uma avaliação e exploração especial. A nível psicomotor também se verificam mudanças destacando-se: o retardamento, diminuição dos reflexos, perturbações do equilíbrio, do conhecimento do próprio corpo e ainda alterações da escrita.

MORAGAS MORAGAS [1991], refere-se à importância da memória para a aprendizagem, já que o que não se pode recordar não existe, seja para resolver um problema ou para proporcionar segurança ao auto-conceito. A memória tem-se considerado com frequência como um instrumento da inteligência ou uma qualidade psíquica de segundo nível, atitude mecânica para oferecer o material sobre o qual trabalha a inteligência. Esta concepção não é correcta já que a memória não tem somente a capacidade mecânica de reprodução da informação, à semelhança da memória de um computador, mas sim um complexo processo no qual os dados entram como imagens, relacionando-os com os sucessos ou não, que o indivíduo experimenta e com a capacidade de discriminação subjectiva segundo a experiência placentária. Recordam-se mais as experiências agradáveis que as desagradáveis, assim como se recorda melhor o que nos afecta pessoalmente do que o que nos é indiferente. Menciona ainda que a memória se classifica segundo a proximidade dos acontecimentos com o pre-

sente, como **imediate** ou primária (até trinta segundos), **recente** (vários dias), remota ou secundária (passado longínquo recordado), velha ou terciária (passado longínquo não recordado). Afirmou-se que na velhice se recordam melhor os factos distantes que os próximos (ou memória retrógrada), este aspecto não deixa de ser verdade, mas requer que se analisem as condições em que se produziu a aprendizagem. Torna-se inteligível que se recorde melhor o primeiro dia de trabalho que os tempos anteriores à reforma, uma vez que o indivíduo estabelece mecanismos de defesa para esquecer estes últimos (principalmente se ocorreram experiências desagradáveis).

A respeito dos efeitos do envelhecimento sobre a memória, as investigações mais recentes indicam que, contrariamente aos saberes populares sobre a sua perda, esta não é inevitável nem irreversível KALISH [1983], citado por este autor. As causas pelas quais se produz a perda da memória são complexas, existindo uma base biológica (mudanças ou perda de células cerebrais) e outros factores psicossociais, provavelmente mais importantes que as limitações somáticas, dos quais se destacam: nível baixo de inteligência (recordam melhor os mais inteligentes); falta de hábito de recordar (rotina no trabalho ou na vida em geral); falta de motivação, etc. Do exposto, entende-se que a perda de memória poderá ser evitada, pelo menos retardada, através de mecanismos preventivos, como o prolongamento do processo de aprendizagem entre outros, no entanto, o que se torna mais importante é informar o indivíduo que a perda de memória é evitável e que possuem a capacidade de recordar em qualquer idade se a exercitarem.

Factores que influenciam o envelhecimento cognitivo

CACABELOS GARCÍA *In*: RUBIO HERRERA, RAMONA; OSORIO GUILLÓN, LUIS; VILLAVERDE GUTIÉRREZ, MARÍA DEL CARMEN *et al.* [1997], descreve que as modificações moleculares, morfológicas e neuroquímicas, determinam uma diminuição da eficiência dos sistemas que regulam as actividades superiores do sistema nervoso central dando origem a alterações na função músculo-esquelética, somatosensorial e cognitiva (memória e aprendizagem). Em condições normais o sistema nervoso da espécie humana está preparado para sobreviver os 100 anos sem haver deterioração cognitiva.

O aparecimento de uma alteração da memória na velhice é manifestação de um processo patológico que está por de trás e que é independente do processo fisiológico. Na velhice encontram-se algumas perturbações da memória como: esquecimentos benignos, distúrbios da memória imediata (disfunções ligadas a mecanismos auditivos e verbais por lesão na região presilviana posterior esquerda, surdez por lesão do lóbulo temporal superior esquerdo); amnésia por falha na codificação e evocação; amnésia retrógrada quando há lesão por neurocirurgia, encefalites, traumatismo craniano, doença de Alzheimer e outras formas de demência; perturbações específicas das memórias recente e remota. Todas estas formas de disfunção cognitiva não são típicas da velhice, tendo, como já foi descrito anteriormente, por baixo, processos patológicos que podem ser de origem vascular, degenerativa, traumática, infecciosa, metabólica ou tumoral.

SPAR & LA RUE [1998], defendem que há um conjunto de características e experiências que influenciam o grau de alteração cognitiva à medida que os indivíduos

envelhecem e que o efeito cumulativo destes factores, actuando ao longo de toda a vida, pode ser responsável, pela crescente inconstância do desempenho cognitivo em idades avançadas. Alguns desses factores são: os genéticos – que representam cerca de 50% da variabilidade cognitiva na terceira idade; a saúde – idosos de óptima saúde ultrapassam em muitos os testes cognitivos dos que têm doenças do foro médico; a instrução – explica até 30% da variabilidade cognitiva no idoso; a actividade mental – actividades mentalmente estimulantes estão em correlação com melhor desempenho cognitivo; a actividade física – está relacionada com um melhor desempenho cognitivo da terceira idade; o sexo – não influencia as tendências cognitivas no envelhecimento; com significado, apenas pequenas diferenças em termos de défices em tarefas especiais, acontecem na mulher, numa idade inferior à dos homens, estes, por seu lado, podem apresentar algumas deficiências em tarefas verbais, numa idade inferior à da mulher.

YANGUAS; LETURIA; LETURIA *et al.* [1998], mencionam que os resultados obtidos em diferentes investigações consideram que são factores influentes no funcionamento intelectual: a escolarização, o treino profissional, os estímulos circundantes, o estado de saúde psíquica e física, as perdas sensoriais, os aspectos biográficos e da personalidade, a motivação, etc. Com a idade diminui a inteligência fluida, isto é, a agilidade mental, a capacidade mental, a capacidade de resolução de situações novas, a muito curto prazo. No entanto, a inteligência cristalizada melhora, pois baseia-se nos conhecimentos adquiridos, na experiência e na capacidade de juízo.

CALERO GARCÍA *In*: FERNÁNDEZ-BALLESTEROS, ROCÍO [2000], refere que nos últimos anos muito se tem falado da diminuição intelectual na velhice, apesar de não estar claro em que termos e com que limites tal se pode estabelecer. A posição assumida pela autora é aberta e multidimensional, relativamente ao fim do funcionamento intelectual.

Sabe-se que os idosos têm problemas de audição, começando a diminuir por volta dos trinta anos, e mais nos homens que nas mulheres, há perda de tons, diminuindo a sensibilidade para as altas frequências, o que dificulta a percepção das consoantes, a diferenciação de ruídos de fundo e a velocidade de processamento, pelo que com a idade aumenta a inteligibilidade quando os estímulos são mais rápidos (POON; RUBIN & WILSON [1989]).

A nível de visão, existem também problemas de sensibilidade da iluminação, manifestando-se por dificuldade de visão em lugares pouco iluminados, dificuldade em distinguir cores, (verde e azul, principalmente), problemas de focalização a diferentes distâncias, e ainda défices na percepção espacial, o que vai influenciar o tempo para identificar estímulos visuais, sendo por isso necessário aumentar o tempo para realizar tarefas perceptivas; é aqui que existe grande diferença relativamente aos jovens (POON; RUBIN & WILSON [1989]; FOZARD *In*: BIRREN, JAMES E & SCHAIK, K. WARNER [1990]; BELSKY [2001]).

Como conclusão, pode dizer-se que a percepção e a atenção apresentam certos défices relacionados com a idade que afectam a execução nas pessoas idosas a dois níveis: 1) o tempo requerido para processar um estímulo e, 2) o grau de vigilância (atenção mantida), que é capaz de manter quando tem que realizar uma tarefa (CALERO GARCÍA *In*: FERNÁNDEZ-BALLESTEROS, ROCÍO [2000]).

Estes dois efeitos são muito importantes, devendo terem-se em conta quando se fala de funcionamento cognitivo, pois tem influência na fase inicial do confronto do sujeito com o problema, que pretende ver resolvido.

E ainda esta autora refere que a memória é a função superior mais largamente estudada no âmbito do envelhecimento normal, em alguns aspectos a memória deteriora-se com o passar dos anos, outros no entanto, ficam bem preservados.

Após vários estudos realizados neste domínio, tudo indica que no idoso existem mais queixas que problemas reais de memória e quando existem, têm mais a ver com a atenção, com a velocidade e as estratégias de processamento. Assim, à luz dos estudos revistos pode afirmar-se que o grau de deterioração registado tem relação com o tipo de material utilizado na sua avaliação, o seu grau de novidade e a metodologia que é exigida para ser recordado, o que leva a crer e como já foi descrito, que a deterioração se deve mais a problemas de atenção e de aprendizagem que a alterações específicas. Ainda de salientar, que quando o assunto lhes interessa ou tem significado, voltam a mostrar uma memória similar à identificada anteriormente.

CALERO GARCÍA *In*: FERNÁNDEZ-BALLESTEROS, ROCÍO [2000], nota que em idades muito avançadas, a competência intelectual pode diminuir, se bem que antes dos 80 anos parecem estar bem conservadas aquelas capacidades que têm relação com a prática quotidiana de cada indivíduo em particular.

Segundo o ponto de vista da autora, pode fazer-se uma diferenciação entre os idosos de 60 a 75 anos que, em condições de vida e de saúde normais, podem ter a maioria das capacidades bem conservadas, excepto as muito influenciadas pela percepção ou motivação – que podem estar afectadas – e idosos a partir dos 75 anos, nos quais, podem começar a diminuir determinadas capacidades de solução de problemas ou de processamento mnemónico, este declinar parece ter relação, como a seguir passamos a descrever, com outros factores, tais como a hereditariedade, a saúde, a história de vida, a educação, a motivação ou a prática.

Alguns trabalhos foram desenvolvidos no sentido de se poder fazer uma análise mais crítica sobre o declínio intelectual na velhice, tentando examinar a relação entre o funcionamento cognitivo e os outros factores, tanto socioeconómicos e educativos como de género e saúde e inclusivamente a influência de variáveis da personalidade na execução.

Os estudos realizados sobre a evolução da execução cognitiva de (BALTES & BALTES *In*: BALTES, P. B. [1997]); sobre a velhice com êxito de (ROWE & KAHN [1997]); ou sobre a predição de demências de (PLASSMAN; WELSH; HELMS *et al.* [1995]), determinaram quatro variáveis sócio-biográficas positivamente relacionadas com a inteligência de uma forma geral na velhice. Entre elas, a educação é o factor de maior peso, não só pelo efeito directo sobre o cérebro, mas também porque implica a possibilidade do indivíduo realizar uma maior quantidade de actividades que favorecem a manutenção intelectual. A segunda variável, e que está relacionada com a anterior, é o prestígio ocupacional. A terceira variável é a actividade física, (ROWE & KAHN [1997]), tem a ver com um maior fluxo de oxigénio, importante para a actividade neural. O quarto factor determinado, foi o estilo de vida.

Pelo que a saúde subjectiva, a independência, o sentimento de auto-eficácia e o autocontrolo, relacionam-se de uma forma significativa com a saúde mental e a manu-

tenção cognitiva na velhice. As variáveis da personalidade, tais como a introversão e “*locus controllo interno*” e ainda aqueles estilos de vida que implicam estratégias positivas de aproximação e satisfação, parecem ser bons prognósticos do funcionamento intelectual, estando associados à execução de uma forma positiva. Por outro lado, a ansiedade, a impulsividade, a perda da sensação de controlo sobre a situação, associam-se negativamente.

Neste sentido, fala-se inclusivamente que o declínio nas relações sociais que se dá na velhice, pode ser em parte responsável pelos défices no funcionamento cognitivo, entre outras coisas, porque diminuem a frequência de novas experiências de aprendizagem, o que leva a pessoa a esquecer-se de aprender.

PERLMUTER & MONTY *In*: POON, LEONARD W; RUBIN, DAVID C & WILSON, BARBARA A. [1989], citados por CALERO GARCÍA *In*: FERNÁNDEZ-BALLESTEROS, ROCÍO [2000], centraram-se no estudo de variáveis associadas à aprendizagem e determinaram como a motivação é uma variável fundamental.

Nesta mesma linha de investigação, outros autores comprovaram através dos seus estudos, a hipótese de que a diminuição na execução, relacionada com a idade avançada pode dever-se ao significado que os estímulos utilizados podem ter para os diferentes grupos e a sua percepção de controlo sobre a tarefa; pelo que a execução nas pessoas idosas pode aumentar-se, incrementando a participação activa na aprendizagem da tarefa (CHARNESS [1985], referido pela autora supra citada).

Mudanças associadas ao funcionamento físico

BELSKY [2001], refere-se à variabilidade como o sinal característico do envelhecimento normal, sendo facilmente comprovado com a simples observação da aparência e a forma de actuar de indivíduos da mesma idade. A velocidade do envelhecimento apresenta diferenças individuais extraordinárias. Assim alguns indivíduos de 60 anos aparentam fisicamente ter apenas 40 anos, sendo o contrário também verdadeiro. Estas diferenças do aspecto externo reflectem-se nas provas fisiológicas. De tal forma que capacidades tão diferentes como a função pulmonar, a força de pegar, o metabolismo da glicose variam largamente entre indivíduos da mesma idade (MADDOX & CLARK [1992]; SHOCK; GREULICH; ANDRES *et al.* [1984]), citados por esta autora. Torna-se importante pois, quando se descrevem indivíduos de idade avançada atender à diversidade e às diferenças individuais. Refere ainda esta autora que embora se produzam perdas com o envelhecimento, uma série de mecanismos incorporados compensam fisiologicamente o declínio. Como exemplo disto é o que acontece com o cérebro que com o passar dos anos se perdem neurónios continuamente; no entanto como resposta a esta erosão, as células que permanecem, crescem com maior robustez, acrescentando novos dendritos e estabelecendo-se novas conexões entre os neurónios, que contribui para a preservação do pensamento e da memória. Pode-se concluir daqui que seria um erro acreditar na visão tradicional do envelhecimento como simplesmente irreversível. Apesar desta informação optimista, não nos podemos esquecer que há perdas à medida que envelhecemos, embora e por sorte, a maior parte dos sistemas orgânicos possuam uma capacidade de reserva adicional, razão porque as ditas transformações internas só são evidentes, quando se esforça até ao limite físico, ou se progrediram tanto que

interferiram com a vida diária (JOHNSON & AMERICAN AGING ASSOCIATION [1985], referido por BELSKY [2001]).

VAZ SERRA *In*: CONGRESSO “O IDOSO NO ANO 2000” [2000], refere que o declínio das diversas funções não é uniforme, nem no mesmo indivíduo nem de indivíduo para indivíduo. Razão pela qual dentro do grupo das pessoas idosas, é costume considerar um todo contínuo por onde se distribuem *os jovens velhos*, *os meios-velhos* até chegar aos *velhos-velhos*. O que quer dizer que *o grupo não é homogêneo em termos de resposta funcional e autonomia*. Este facto, constitui uma consequência de natureza *biológica* que nos dá a conhecer as limitações, que são progressivamente crescentes com o avançar da idade. Não só decorrentes do envelhecimento cerebral como já falámos no ponto anterior, mas também a nível dos órgãos dos sentidos, das articulações, dos músculos, dos ossos, etc.

Relativamente aos órgãos dos sentidos que são muito importantes não só para a vida de relação de um indivíduo, mas para dar qualidade à sua existência, o declínio da visão e da audição, é o que traz mais problemas para o indivíduo, uma vez que estes dois sentidos são os que maior importância têm na adaptação à vida diária e de igual forma ao convívio social. A incidência dos problemas visuais e da cegueira aumenta progressivamente com a idade.

De acordo com HEATH [1992]⁸⁾, citado por VAZ SERRA *In*: CONGRESSO “O IDOSO NO ANO 2000” [2000], 50% dos indivíduos a partir dos 40 anos apresenta sinais de começarem a desenvolver cataratas. Este autor cita HULL *In*: HULL, RAYMOND H; GRIFFIN, KATHLEEN M; UNIVERSITY OF MICHIGAN *et al.* [1989], que refere que 92% das pessoas idosas usam óculos com a finalidade de lutar contra todas estas alterações da visão.

HALL; MACLENNAN & LYE [1997], menciona que com o envelhecimento, há uma deterioração da visão, cujas alterações da elasticidade e translucidez do cristalino assumem um papel importante. A redução da elasticidade interfere com o fenómeno de acomodação, de forma que, apesar de ver bem ao longe, o idoso tem a visão turva ao perto. Esta alteração desenvolve-se rapidamente a partir do início da meia idade. As cataratas podem ser uma consequência da opacificação do cristalino, que pode ser consequência directa do envelhecimento, mas que podem ser aceleradas com o aparecimento de algumas doenças (por exemplo, diabetes *mellitus*). As alterações da retina tornam difícil a adaptação do idoso às situações de grande claridade ou escuridão, criando problemas relacionados com o passear ou conduzir de noite, ou em situações em que exista uma iluminação inadequada (natural ou artificial) da habitação. A parte da retina responsável pela focagem de pormenores (*mácula*), uma vez destruída, provoca nos idosos uma dificuldade em ver os objectos com clareza.

VAZ SERRA *In*: CONGRESSO “O IDOSO NO ANO 2000” [2000], cita PLOMP [1978], que refere no que respeita à audição, que 50% das pessoas acima dos 75 anos tem perda da acuidade auditiva. Segundo NADOL [1993], referido ainda por este autor, o declínio da audição é determinado por factores genéticos e pela exposição que ocorreu ao longo da vida ao ruído excessivo e a substâncias ototóxicas. A pessoa

⁸⁾ citado por RUBERT, M. P; EISDORFER, C & LOWENSTEIN, D. A. [1996] – *Normal Aging: Changes in Sensory/ perceptual and Cognitive Abilities*. *In*: Sadavoy; Lazarus; Jarvik *et al.* (Eds.); *Comprehensive Review of Geriatric Psychiatry – II*. 2nd ed.; pp. 113-134; Cap. 114; xiii, 770 p. Washington DC: American Psychiatric Press, Inc.

vai perdendo a percepção às frequências elevadas, à capacidade de localizar sinais sonoros, de discriminar sinais diferentes e de compreender o discurso das outras pessoas. Quando há barulho envolvente a audição ainda fica mais prejudicada. A audição é um sentido extremamente importante, pois permite não só comunicar adequadamente com as pessoas, como escutar sinais de alarme, como determinados barulhos que detectados a tempo podem evitar acidentes, o contacto com os netos bem como o desenvolvimento de outras actividades gratificantes.

Relativamente ao olfacto e ao paladar, também a idade acentua as perdas, o que dificulta apreciar os sabores da comida e das bebidas e o detectar de cheiros, tais como o fumo ou odores de comida e que podem ser orientadores de acções importantes, SHIP & WEIFFENBACH [1993], citados por VAZ SERRA *In: CONGRESSO “O IDOSO NO ANO 2000”* [2000]. Este autor cita ainda NELSON & FRANZI [1989]⁹⁾, que referem que as pessoas idosas apresentam uma atrofia das papilas gustativas, determinando uma diminuição da salivação, que impede que os alimentos se espalhem pela boca, reduzindo a percepção do sabor.

No que respeita ao tacto é sabido que a partir dos 60 a 70 anos, perdem sensibilidade na palma das mãos e na planta dos pés. STURGIS; DOLEE & DICKERSON *In: CARSTENSEN, LAURA L & EDELSTEIN, BARRY A. [1987]*, comprovaram que com a idade, se altera a percepção da dor e dos estímulos dolorosos, SKINNER & VAUGHAN [1983]; SKINNER & VAUGHAN [1986], pelas suas experiências, referem que se alguém pretender avaliar como se sente uma pessoa idosa, deve calçar uns sapatos demasiado largos que lhe prejudique o equilíbrio, colocar tampões de algodão nos ouvidos para ouvir pior, usar óculos de lentes embaciadas para ter dificuldade em ver e andar de luvas calçadas para perder a sensação do tacto, citados por VAZ SERRA *In: CONGRESSO “O IDOSO NO ANO 2000”* [2000].

GARCÍA ARROYO [1995], menciona que com a idade o corpo sofre uma série de modificações fruto do processo natural do envelhecimento, levando a uma série de alterações que se manifestam tanto nas estruturas externas como internamente. Começando pelas alterações na aparência física, refere a deformação das articulações, os cabelos brancos, a calvície, o aparecimento de rugas na pele e menor elasticidade da mesma, acumulação de gorduras, rigidez articular, deformações da coluna, das mãos e pés. O corpo envelhecido demonstra fragilidade.

HALL; MACLENNAN & LYE [1997], referem que no envelhecimento ósseo (osteoporose), nas mulheres após a menopausa, existe uma perda rápida da massa óssea, devido à deficiência de estrogénios, com uma diminuição da secreção de calcitonina, levando a um equilíbrio negativo do cálcio ósseo. Este autor faz notar ainda que a diminuição da taxa de reprodução de células epiteliais provoca uma redução da espessura da epiderme e uma redução das glândulas sudoríferas e da secreção do suor, o que torna a pele do idoso seca e frágil e mais vulnerável ao aparecimento de variadas perturbações.

⁹⁾ citados por *Ibid.*– *In.*

Mudanças na área social

A Reforma

“O envelhecer é um processo complexo de evolução biológica dos organismos vivos, mas também um processo psicológico e social do desenvolvimento do ser humano. Face a um corpo que muda e vai sofrendo alterações funcionais e de papéis sociais, é necessário uma adaptação constante, na busca de novos equilíbrio internos e externos.” (PAÚL & FONSECA [1999b], p. 349).

MINOIS [1999], menciona que no século VI, inicia-se o processo de retirada dos velhos, assinalando assim uma viragem na história da velhice, cujo sinónimo é de cessação de actividades e de ruptura com o mundo profissional. O termo reforma vai a pouco e pouco adquirindo vários sentidos.

Os velhos romanos, retiravam-se por vezes para as suas terras e aí acabavam tranquilamente a vida. Esta retirada era no entanto parcial, pois mantinham o contacto com os amigos e a família, continuando a ter uma vida social, conservando a sua actividade como proprietários rurais, dirigindo as suas explorações e permanecendo na própria casa, rodeados da sua família ou frequentemente visitados pelos familiares. Nos séculos VIII e IX, este processo de retirada dos velhos para os mosteiros foi ampliado com a multiplicação dos grandes mosteiros, tratando-se de uma ruptura completa com a sociedade; os velhos isolavam-se do mundo. A preocupação principal desta retirada dos velhos para os mosteiros era a de assegurar a sua própria salvação.

Até ao século XIX a retirada voluntária dos velhos foi apanágio das classes privilegiadas, os pobres tinham que continuar a trabalhar, enquanto as forças o permitissem, posteriormente a comunidade familiar iria protegê-lo, mas se por infortúnio vivia sozinho, passava para a classe dos mendigos que era composta pelos fracos, doentes, órfãos, loucos, velhos e pedintes.

VEGA VEGA & BUENO MARTÍNEZ [2000], mencionam que sob o ponto de vista objectivo a velhice não é um período totalmente mau, nem tão pouco uma maravilha. Como todas as etapas da vida têm os seus problemas e as suas possibilidades de alegria e de realização. O ser humano quando envelhece não sofre só perdas, também usufrui de ganhos, como por exemplo ganha ternura, compreensão, serenidade, educação, torna-se mais calmo menos ambicioso e competitivo.

VEGA VEGA & BUENO MARTÍNEZ [2000], p. 323, referem que “la jubilación es un símbolo social de transición a la vejez. Constituye un signo para el individuo y para la sociedad de que algo importante ha cambiado. A veces, se ha visto el envejecimiento y la jubilación como dos aspectos convergentes”. Isto não é totalmente verdade na medida em que nem todas as pessoas se reformam ao mesmo tempo, outras há que nem se chegam a reformar e outras que voltam a trabalhar depois de se reformar. A reforma pode definir-se de muitas formas: uma ausência da participação no trabalho; a aceitação de uma pensão; uma redução das horas de trabalho; a percepção subjectiva de reformado e um abandono permanente do trabalho ou da própria carreira profissional. A reforma nos últimos tempos tornou-se um factor de organização social e de controlo do emprego e da produtividade. A reforma pode ainda ser voluntária e involuntária, antecipada ou no momento próprio e parcial ou completa.

YANGUAS; LETURIA; LETURIA *et al.* [1998], refere que apesar de a reforma ser um estádio da vida devidamente consolidado, não significa que se considere uma transição agradável. Persiste a ideia que a reforma é prejudicial sob o ponto de vista emocional e também fisicamente. É entendida ainda como uma perda da posição

social, inactividade forçada que provoca doença e antecipa a morte. Todavia um outro conceito diz-nos que a reforma é entendida como libertação do *stress* provocado muitas vezes pelo facto de ter obrigatoriedade de trabalhar. Nesta perspectiva relatam estes mesmos autores que grande parte dos jovens trabalhadores e também adultos esperam ansiosamente e com certa ilusão essa etapa da vida. Actualmente, debate-se sobre a conveniência ou não do possível atraso da idade da reforma por todas as vantagens que parece ter a pessoa manter-se activa.

MORAGAS MORAGAS [1991], nota que para a maioria da população activa, a reforma, define legal e convencionalmente, a entrada na velhice, embora muitos conceitos relacionados com a reforma estejam a mudar na sociedade contemporânea. A solução para os problemas dos reformados actualmente consiste em converter o “papel sem papel”, na sociedade industrial para o “papel com papel”, de maneira a dar-lhes responsabilidades, *status* e prestígio social. Para que o tempo livre se torne numa actividade socialmente relevante, é necessário que se formem profissionais através da organização de cursos, se faça investigação psicossocial e que a sociedade considere que o ócio possa ser uma actividade tão válida como o trabalho produtivo, para os que ficam sem possibilidade de trabalho, embora o tenham desempenhado durante décadas. A reforma deixou de ser um acontecimento regular que se alcançava ao cumprir a idade cronológica de sessenta e cinco anos, para se tornar um fenómeno que apresenta alguma variedade dependendo das condições do posto de trabalho, económicas e do próprio sujeito. Pode-se então considerar a reforma voluntária se for por liberdade do indivíduo, ocorrendo quando a pessoa decide o momento, embora como com outros acontecimentos da vida há sempre determinados condicionalismos que influenciam a decisão individual, como seja a situação da segurança social quanto às cotizações, o estado de saúde da pessoa, as expectativas de outras actividades, a influência familiar, o exemplo de colegas já reformados, entre outros factores que intervêm na tomada de decisão da pessoa se reformar. Quanto à reforma forçada, o indivíduo fica sem alternativa possível, por ter cumprido a idade regulamentar, é o caso dos funcionários públicos, quando a empresa fecha, no caso de reestruturação social, etc. Este autor menciona ainda que, a gerontologia analisou em diversos países o papel do reformado defendendo a criação de um papel significativo para este grupo crescente de cidadãos. A inflexibilidade das leis sobre a reforma faz com que muitos idosos, ainda capazes, sejam obrigados a entregar-se ao ócio, levando a um desperdício de recursos humanos, entre outros prejuízos. As leis em Espanha e em Portugal, continuam a ter um peso importante neste aspecto, sendo incompatível a reforma com o trabalho. No entanto, a realidade vai sempre à frente da lei e o trabalho aparece junto do reformado de diferentes formas. Não se pode impedir que pessoas aos cinquenta anos, ainda com óptimas faculdades físicas e mentais e com pensões reduzidas, renunciem a desempenhar contribuições produtivas para a sociedade aumentando assim o seu bem-estar físico, económico e psíquico, só porque a lei não o permite na função que desempenhavam anteriormente. Para o século XXI, atendendo às novas realidades, prevê-se uma mudança nos aspectos que envolvem a problemática da reforma, tendo em conta a visão económico-produtiva e a visão psicossocial, de forma a que se passe do “papel sem papel” a “um papel diferente” que reconheça que, para além do papel laboral de trabalhador activo, podem existir outros papéis relevantes socialmente para o reformado.

BUENDÍA & RIQUELME *In*: BUENDÍA, JOSÉ [1994], descrevem que a reforma vai ter diferentes significados, dependendo de atitudes, crenças e circunstâncias pessoais. Entretanto, em alguns casos vai significar, maior disponibilidade de tempo para o idoso fazer o que pretende, libertando-se de algumas actividades laborais menos agradáveis. Noutros casos, a reforma vai ser entendida como a perda de um papel activo na sociedade com todas as consequências que daí advêm e o surgir de um tempo vazio, que se torna difícil de preencher. A *teoria da desvinculação*, de CUMMING & HENRY [1961], por um lado e a *teoria dos papéis*, de BURGESS [1960], por outro, tentam explicar qual é o procedimento mais adequado para envelhecer bem. A diminuição de compromissos sociais e o abandono da competitividade, surge como uma consequência lógica da diminuição de capacidades e habilidades próprias do envelhecimento. Mas a perda de papéis pode levar a uma desorientação e a um sentimento de desvalorização e de inutilidade.

FERNANDES [1997], citando GUILLEMARD [1972], atribui à reforma um duplo significado. Por um lado, representa o afastamento do circuito de produção em que o indivíduo estava envolvido e por outro, oferece a contrapartida do direito a um repouso remunerado. A passagem à reforma, corresponde a um momento de grande importância de reestruturação dos papéis sociais. O meio familiar e o do trabalho são dois mundos onde se desenrolam os principais desempenhos durante a vida, pelo que, o afastamento da actividade laboral, representa uma perda importante relativamente a uma função profissional e às relações daí decorrentes. Quando se dá a reforma, os papéis sociais dentro da vida familiar, adquirem outra importância, as relações familiares intensificam-se em alguns casos, noutros surge o isolamento. A mesma autora, faz a sua análise em três níveis, relacionados com o significado dos vários agentes que intervêm na reforma: 1) os papéis sociais, cujo objectivo é avaliar a perda de importância do papel profissional, perante os outros sistemas de papéis (o social, o familiar, etc.), na rede de comunicações que o indivíduo reformado estabelece; 2) tipos de estrutura da personalidade, aqui pretende perceber as transformações da personalidade nas suas relações com a sociedade global; 3) as respostas possíveis face à evolução das estruturas sociais, relaciona os tipos de condutas com certos modelos sociais dominantes por reconstituição, a partir das práticas dos modelos orientadores que lhes são subjacentes.

IZAL & MONTORIO [1999], alegam, que a sociedade mantém expectativas diferentes acerca do *status* e dos papéis sociais que as pessoas de diferentes idades devem desempenhar. A limitação dos papéis sociais que desempenha um indivíduo, é definida pela formação de estratos por idade (modelo de estratificação por idades). Evidentemente que a idade não é o único factor que define a posição social e o papel que desempenha a pessoa idosa, pois as características pessoais (por exemplo o nível intelectual, o estado de saúde), a estrutura social, os recursos económicos, e o conjunto de pertenças são igualmente importantes, originando assim uma ampla variabilidade inter-individual do desempenho social entre as pessoas idosas. A velhice caracteriza-se principalmente por uma mudança de papéis e frequentemente por perda de alguns deles, sendo o mais saliente, a perda do papel profissional, ocorrendo no momento da reforma. Estas e outras mudanças nas relações interpessoais têm interferência no âmbito laboral, familiar e social do idoso. Para estes mesmos autores, a reforma implica para além da perda do papel profissional, uma diminuição das receitas económicas, uma perda de oportunidades de contacto social que

derivavam do trabalho, devendo estas ser substituídas por outras e uma maior quantidade de tempo livre. A adaptação a esta nova situação, mediante a tomada de novas rotinas e actividades pode ser satisfatória. De entre os factores que favorecem a adaptação do idoso encontram-se; um bom estado de saúde, receitas económicas suficientes e uma sólida rede social. A insatisfação com a reforma acontece quando esta surge de uma forma inesperada ou coincide com algum acontecimento negativo (por exemplo, a doença do cônjuge). De acordo ainda com estes autores, os achados empíricos a respeito das consequências negativas da reforma sobre a saúde são inconsistentes, se bem que a maior parte dos estudos indiquem que é o estado de saúde precário que leva à saída do trabalho e não o contrário, de tal modo que, frequentemente, o estado de saúde melhora após a reforma. Torna-se importante referir que quanto ao bem estar pessoal após a reforma apenas se encontram efeitos negativos com a saída do trabalho. Entretanto constata-se efeitos positivos sobre a satisfação auto-informada acerca da vida, as relações com o companheiro e as amigadas, assim como sobre o próprio estado de saúde.

PAÚL & FONSECA [1999a], descrevem que a passagem à reforma é um acontecimento de vida, que tem implicações na estrutura psicológica dos indivíduos, embora não haja ideias idênticas quanto a essas implicações, há anuência no que respeita ao facto de esta transição ser composta de ganhos e perdas e cujo resultado final de adaptação do indivíduo, dependerá muito de factores marcadamente pessoais.

BIRREN & SCHAIE [1996], referidos por estes autores, aludem que para a conceptualização deste tema têm-se adoptado múltiplas abordagens, quer sob o ponto de vista teórico, quer sob o ponto de vista metodológico. Mencionam no entanto ser possível agrupar essas abordagens em quatro modelos de análise numa perspectiva do ciclo de vida, salientando a variabilidade inter-individual, na resposta às situações de vida diária, que qualquer um destes modelos destaca e valoriza: 1) satisfação de vida, bem-estar psicológico e envelhecimento bem sucedido; 2) transições desenvolvimentistas *stress, coping*¹⁰ e adaptação; 3) sentido de controlo e objectivos pessoais; 4) desenvolvimento educacional.

ATCHLEY [1989], também referido pelos mesmos autores, tem concluído que a “passagem à reforma”, não é um acontecimento único, isolado, mas um processo que decorre ao longo de uma série de fases por meio das quais o indivíduo procura ajustar-se à nova condição de vida e acrescentar qualquer coisa de novo à sua existência quotidiana. Referem ainda que a “passagem à reforma”, é uma ocorrência tão individual como individuais foram as anteriores experiências de vida de cada um, com a dificuldade acrescida da não existência de modelos em volta, que ajudem a encarar essa transição e a prepará-la adequadamente. Para que a “passagem à reforma”, ultrapasse o aspecto sombrio de que é revestida, pelo sentimento de menos valia que lhe está associado, poderão ser tomadas algumas medidas das quais se destacam: 1) inventar novas formas de prolongar e enriquecer a actividade que antes se desenvolvia; 2) manter e aprofundar o sentimento de utilidade para a própria pessoa e para as outras que a rodeiam; 3) combater o risco de isolamento e, 4) acreditar que o melhor está ainda para acontecer. Estas medidas e ainda outras que se poderiam acrescentar parecem ser estratégias de *coping* adequadas.

¹⁰ Para uma definição de *Coping*, veja-se § 2.5 *Stress* e Depressão, p. 181.

Transição e etapas do processo de reforma

De acordo com PIMENTEL [2000], o grupo de cidadãos que são abrangidos pelas situações de pré-reforma ou que cessam a sua actividade profissional logo que atingem a idade legal de reforma, mas que não se enquadram na tradicional e redutora imagem do idoso reformado, não só pelas capacidades que ainda conservam e que ainda podem valorizar, mas também pelo tempo que potencialmente ainda têm para viver. Estes cidadãos têm que ser incentivados à participação e à vivência de uma velhice activa. O idoso pode ser um agente dinamizador da comunidade, com capacidade para intervir e de ter uma postura reivindicativa que lhe permita assumir o papel de actor social que muitas vezes lhe é negado. Pode assim através do desempenho de tarefas que facilitem o dia a dia e melhorem o bem estar dos familiares como por exemplo contribuir para a educação dos netos, apoiar as tarefas domésticas, dar continuidade ao nível das relações familiares. Algumas das formas utilizadas para garantir a inserção dos idosos na sociedade são: a passagem gradual à reforma, a manutenção das actividades profissionais a tempo parcial, a dedicação a actividades lúdicas e ao desenvolvimento de capacidades artísticas, o investimento em formação académica, etc.

A pessoa reformada não passa directamente de uma situação de trabalho para a reforma, existe um período de transição. Assim, a reforma deve ser entendida como um processo contínuo no tempo e que compreende, segundo VEGA VEGA & BUENO MARTÍNEZ [2000], três etapas fundamentais nas quais a pessoa passa por uma série de fases: a de pré-reforma, a de tomada de decisão da reforma e a de reforma propriamente dita. Na fase de pré reforma, a pessoa orienta-se em direcção a si mesma, começa por amadurecer a palavra reforma, cria fantasias relacionadas com esta fase, começa a planear qual será a melhor altura para se reformar, pondera uma série de factores de origem pessoal relacionados com a sua saúde, a situação económica e outros de âmbito social. Quanto à segunda etapa é importante saber o que se vai fazer depois da reforma, têm que se tomar decisões importantes pelo que se deve fazer uma correcta preparação. Na fase de reforma, segundo estes mesmos autores, pode-se experimentar três tipos de vivências alternativas que são consequência da reforma e que é importante conhecer para se poderem prevenir. A primeira corresponde à situação de lua de mel, é uma vivência optimista, uma fase de agitação, correspondente a uma libertação das actividades laborais, a pessoa tenta fazer tudo o que não conseguiu fazer até então; férias, viagens, etc. Depois, entra-se na rotina da reforma, principalmente quando se têm grupos e actividades estáveis, corresponde a uma fase de descanso. A terceira etapa, pode ser de desencanto e de depressão, pelo facto de a pessoa se perceber que as fantasias que criou relativas a esta fase não se concretizaram. Então, procura outras actividades às quais imprime um horário, em busca de uma regularidade na sua vida, apercebe-se que é um reformado e periodicamente torna-se depressivo, podendo influenciar a sua relação com a família e a sua auto-estima.

De acordo com MAYORAL *In*: VEGA VEGA, JOSÉ LUIS & BELÉN BUENO, MARIA [1996], após esta fase alguns indivíduos passam a uma outra fase chamada de reorientação, fazem como que uma reavaliação da situação e tentam construir ideias mais realistas. Muitas vezes, como consequência desta actuação podem desenvolver um estilo de vida rotineiro que resolve muitas vezes este problema de adaptação à

reforma, se as pessoas construíram uma rotina de jubilação satisfatória, estando conscientes das suas limitações e das suas incapacidades, assumindo assim o seu papel de jubilado. A etapa final deste processo, pode dar-se em duas vertentes; uma delas será o abandono do papel de reformado por parte da pessoa que volta a trabalhar, a outra que é a mais provável com o avançar da idade é a passagem do indivíduo à condição de doente, apesar de hoje em dia estas pessoas apresentarem um melhor estado de saúde. Isto deve-se ao progresso socioeconómico, científico e social que por sua vez levaram em boa parte a uma promoção em saúde e alimentação, assim como na educação, na cultura e também no rendimento intelectual. Todas as mudanças realizadas nos programas de intervenção sanitária, educativa e social, são responsáveis pela melhoria dos indicadores biológicos e antropométricos e intelectuais da população.

BUENDÍA & RIQUELME *In*: BUENDÍA, JOSÉ [1994], assinalam que a transição de trabalhador a reformado é uma das mudanças mais importantes que acontece nos últimos anos da vida e define legal e convencionalmente a entrada na velhice. Isto para a maioria da população activa. As pessoas que tenham desempenhado uma actividade laboral cessam essa actividade ao chegar aos 65 anos de idade, dependendo no entanto da profissão, passando então a depender economicamente de pensões, da própria reforma, de seguros, economias, etc. Este autor refere ainda que o trabalho fixava a posição do indivíduo na estrutura social e as relações que estabelecia com as outras pessoas. Quando chega a altura da reforma produz-se uma ruptura e o esquema de relação com o grupo de trabalho altera-se com a própria sociedade em geral, pelo que não admira que nesta transição se produzam problemas psicológicos e mesmo alterações da saúde física dependendo de algumas variáveis como, nível económico, de actividade, personalidade e apoio social.

A imagem social das pessoas idosas

“A idade não é pior que a juventude, do mesmo modo que Lao-Tsé não é pior que Buda e o azul não é pior que o vermelho. A idade só perde o valor quando quer fingir ser juventude.” (HESSE [2002], p. 46).

As definições e conceitos de estereótipos são fastidiosas e multi-unívocas, sendo necessário encontrar um conceito que englobe as descrições dos vários autores. Neste sentido e de acordo com VICENTE DE CASTRO; DÍAZ DÍAZ & VEGA VEGA [1999], p. 65, a definição dada por TAJFEL [1984], é a mais consensual e que sintetiza a grande quantidade de definições existentes: “Estereotipo es una imagen mental muy simplificada (por lo general) de alguna categoría de personas, institución ó acontecimiento que es compartida, en sus características esenciales, por gran número de personas. Las categorías pueden ser amplias (judíos, gentiles, blancos y negros) ó estrechas (feministas, hijas de la revolución americana), ... Los estereotipos van frecuentemente, aunque no necesariamente, acompañados de prejuicios, es decir, de una predisposición favorable o desfavorable hacia cualquier miembro de la categoría en cuestión”. VICENTE DE CASTRO; DÍAZ DÍAZ & VEGA VEGA [1999], refere ainda que os estereótipos enquanto manifestação do conhecimento vulgar e acrítico, opõem-se ao conhecimento científico, caracterizado pela crítica e pelo rigor, concluindo que os elementos essenciais que procedem à construção da definição de estereótipo, são os seguintes:

- 1 - Imagem simplificada (acrítica);
- 2 - Imagem simplificada, associada a uma categoria;

- 3 - Imagem simplificada, associada a uma categoria, compartilhada por um grande número de pessoas;
- 4 - Imagem simplificada, associada a uma categoria, compartilhada por um grande número de pessoas, que podem ter ou não um núcleo de verdade;
- 5 - Imagem simplificada, associada a uma categoria, compartilhada por um grande número de pessoas, que podem ter ou não um núcleo de verdade, cuja origem assenta em tradições culturais;
- 6 - Imagem simplificada, associada a uma categoria, compartilhada por um grande grupo de pessoas, que podem ter ou não um núcleo de verdade, cuja origem assenta em tradições culturais, que podem ser acompanhadas de uma predisposição favorável ou não à categoria em questão;
- 7 - Imagem simplificada, associada a uma categoria, compartilhada por um grande grupo de pessoas, que podem ter ou não um núcleo de verdade, cuja origem assenta em tradições culturais, que podem ser acompanhadas de uma predisposição favorável ou não à categoria em questão e que tendem a manter-se estáveis;
- 8 - Imagem simplificada, associada a uma categoria, compartilhada por um grande grupo de pessoas, que podem ter ou não um núcleo de verdade, cuja origem assenta em tradições culturais, que podem ser acompanhadas de uma predisposição favorável ou não à categoria em questão e que tendem a manter-se estáveis e que portanto permitem fazer « predições probabilísticas baseadas na informação de pertença grupal»;
- 9 - Imagem simplificada, associada a uma categoria, compartilhada por um grande grupo de pessoas, que podem ter ou não um núcleo de verdade, cuja origem assenta em tradições culturais, que podem ser acompanhadas de uma predisposição favorável ou não à categoria em questão e que tendem a manter-se estáveis e que portanto permitem fazer « predições probabilísticas baseadas na informação de pertença grupal e que têm como função justificar (racionalizar) a nossa conduta em relação a essa categoria» por sobrevalorização ou hostilidade em relação ao endogrupo ou exogrupo.

IZAL & MONTORIO [1999], mencionam que os estereótipos sobre os idosos, se referem fundamentalmente à sua inutilidade, incapacidade, deficiente estado de saúde, inactividade, inflexibilidade, entre outros. Estes autores citam LEHR [1988], que defende que os estereótipos negativos sobre a velhice são realçados por várias vias: contos populares, livros de texto, meios de comunicação, anúncios dirigidos aos idosos, cuja maioria se relaciona com a indústria farmacêutica, alguns dados estatísticos que sobrevalorizam a prevalência da doença nesta idade, dos problemas depressivos, de sentimentos de inutilidade, ou ainda interpretações políticas acerca do impacto negativo do envelhecimento populacional, sobre as economias nacionais.

BELSKY [1996], refere-se a alguns estereótipos relacionados com os idosos nas áreas; física, cognitiva, emocional e social. Supõe-se que os idosos são débeis fisicamente, cognitivamente impedidos, emocionalmente perturbados, têm necessidades económicas e estão isolados do mundo (BUTLER [1980a]; BUTLER [1980b]). Estas são imagens imprecisas, no entanto ainda muito entranhadas e divulgadas na so-

cidade. Desde muito pequenas as crianças descrevem os idosos como dependentes, pouco atractivos e débeis.

Esta autora, descreve que a maioria das pessoas com mais de 65 anos são activas, apenas 5% dos idosos dos Estados Unidos vivem em lugares de velhos e inclusive, a maioria dos que têm mais de 80 anos vivem independentes, e embora possam ter algum tipo de incapacidade, não necessitam de cuidados de instituições. Nestas idades, produzem-se mudanças a nível de memória, no entanto, a maioria funciona bem intelectualmente e só uma pequena minoria sofre afecções cognitivas graves que se relacionam com a velhice.

Num estudo realizado nos anos 90 pela ASOCIACIÓN AMERICANA DE PERSONAS JUBILADAS, revelou que a maioria dos entrevistados referiram que o idoso típico não era incapacitado física e/ ou emocionalmente e que podiam desfrutar de diversas actividades, incluindo as relações sexuais e o trabalho. Apesar de se manifestarem mais pessimistas relativamente aos aspectos emocionais e sociais que perante os físicos e os cognitivos, acreditam erradamente, que a angústia psicológica, o isolamento interpessoal e os problemas económicos graves eram situações endémicas entre as pessoas de idade (SPEAS & OBENSHAIN [1995], referidos por BELSKY [2001]).

A mesma autora alude que as pessoas idosas desafiam os estereótipos que estão generalizados a este grupo etário. Muitos dos idosos são activos, trabalhadores e competentes embora outros possam estar doentes e débeis, uns gozam de todas as suas capacidades, outros estão em declínio. É na diversidade que se tem que insistir, as diferenças individuais são a essência do cidadão idoso.

Estes estereótipos podem ou não influenciar o próprio conceito que a pessoa idosa tem de si mesma constituindo uma barreira nas relações com outras pessoas, incluindo os próprios profissionais. A velhice, neste sentido, é objecto de falsas crenças e juízos de valor concebidos antecipadamente pelo que o simples facto de envelhecer pode ser bastante influenciado por profecias levando o idoso a autculpar-se, tornando-se vítima de ideias preconcebidas a respeito de como devem actuar e o que se espera delas; (BALTES; NEUMANN & ZANK [1994], citados pelos mesmos autores). No entanto, as imagens negativas das pessoas idosas podem ser modificadas mediante a comunicação de informação adequada do processo de envelhecimento. Actualmente assiste-se, ao desenvolvimento de inclinações mais positivas relacionadas com a imagem da velhice, opondo-se aos estereótipos negativos que anteriormente lhe eram atribuídos e à excessiva valorização das qualidades da juventude. Por outro lado, as pessoas idosas apresentam uma imagem corporal que não se ajusta à imagem da juventude (pele enrugada, perda de mobilidade), traduzem um sentimento de estarem presas dentro de um “corpo envelhecido” Esta sensação tem sido descrita como “a máscara do envelhecimento”, termo este que se reporta ao não acompanhamento do envelhecimento do corpo da experiência subjectiva. Querendo dizer com isto que o corpo envelhece, no entanto, o “eu” mostra-se e sente-se sem idade ou então fixa-se num momento anterior da vida (FEATHERSTONE & WERNICK [1995]). De acordo com estes mesmos autores existem duas razões para esta nova dualidade que parece reflectir uma imagem mais positiva da velhice: 1) o progresso das sociedades, a ciência e a tecnologia, que atrasam as consequências do envelhecimento e 2) e a consciência que se vive num mundo diversificado, multicultural, no qual os valores e as crenças a respeito das pessoas de

idade se misturam, mas ao mesmo tempo estas contribuem para melhorar a sua posição e influência social.

FERNÁNDEZ-BALLESTEROS; IZAL; MONTORIO *et al.* [1992], faz notar que as concepções que um determinado sector da população tem sobre a velhice dependem, em certa medida, do conceito multidimensional e heterogéneo que se supõe a velhice. Grande parte desses conceitos procedem, de informações falsas ou incompletas, de informações de mensagens mal percebidas, assim como associações estabelecidas ao longo da vida entre os estímulos que compõem a velhice e outros estímulos como a dor ou a morte que produzem respostas internas de desgosto. Convém no entanto salientar, diz o mesmo autor, que qualquer concepção sobre a velhice tem, em maior ou menor medida, componentes sócio-históricas, querendo com isto dizer que a experiência acumulada sobre um fenómeno se transmite de geração em geração e inclusivamente, actua, apesar de parte dos seus condicionamentos anteriores já não existirem. Deste modo a projecção mais exacta sobre o que ocorrerá nas próximas décadas sobre este amplo fenómeno da velhice e do envelhecimento, tem por base a experiência anterior acumulada pelas gerações precedentes, é o que acontece na actualidade. As crenças, os estereótipos e as atitudes que um grupo social mantém sobre um fenómeno, são sensivelmente mais difíceis de modificar que os dados e factos que as apoiam. Pode-se falar a título de exemplo, no declínio intelectual que aparece a partir dos 70 anos: na verdade, a idade é um factor determinante no entanto sofre inflexões pelas condições ambientais, como por exemplo, a educação; as pessoas com nível de educação mais alto apresentam em menor proporção tal diminuição. O que se pretende evidenciar é a importância de conhecer os conceitos sociais sobre a velhice na realidade para poder actuar sobre ela.

Por crença entende-se, o conhecimento que se tem de um fenómeno, sendo a sua veracidade facilmente contrastável, pode-se assim manter a crença de que as pessoas têm uma maior probabilidade de morrer ao reformar-se (é uma crença falsa), ou que ao envelhecer, há um retardamento do funcionamento motor (trata-se de uma crença correcta). Estereótipos, são falsas concepções ou crenças, que actuam de uma forma nociva em volta de um fenómeno, grupo social ou objecto. Enquanto que as crenças podem ser exactas ou não, os estereótipos são, pela própria definição, inexactos, embora não sejam inevitavelmente negativos, podendo ser, ainda que a muito custo, transformados pela acção social interventiva, se assim o pretender.

Um estereótipo social muito generalizado é a rigidez de carácter, que não é tanto um ímpeto característico da velhice, mas um mecanismo de fazer frente a dificuldades defrontadas pelas mudanças YANGUAS; LETURIA; LETURIA *et al.* [1998].

De acordo com o mesmo autor, a Psicologia das pessoas idosas entendia-se nessa altura como uma psicologia da deterioração, via-se tudo como uma decadência final, centrando-se nas perdas próprias desta etapa da vida, deixando de parte qualquer outra perspectiva. Estes autores salientam ainda que se encontravam semelhanças entre os depressivos e as pessoas idosas ambos os grupos de pessoas tinham padrões semelhantes de confronto com a morte. A depressão seria a perturbação mais frequente entre os idosos. Esta visão negativa era conhecida pela “tríade de BECK”, pelo facto de ser relativa ao mundo, a todos os indivíduos e ao próprio futuro. Estudos actuais, RODRÍGUEZ & SANCHO [1995] e MONTORIO & IZAL [1997], citados por estes autores, revelam que uma grande parte de idosos, sentem-

se bem, a vida é agradável e são capazes de fazer frente às exigências do meio, de uma forma adequada. No entanto, pode-se estabelecer como situações especialmente críticas para o bem estar, a percepção de que se está a envelhecer querendo dizer com isto que mudanças negativas relativas à auto-imagem, auto-estima, sensação de desprezo social, as possíveis perdas, a solidão, o sentimento de inutilidade e o confronto com a aproximação da morte. Ainda um dos problemas principais referidos é o sentimento de tristeza e depressão, especialmente entre as mulheres.

Adaptação à velhice

RUBIO HERRERA; OSORIO GUILLÓN; VILLAVERDE GUTIÉRREZ *et al.* In: RUBIO HERRERA, RAMONA; OSORIO GUILLÓN, LUIS; VILLAVERDE GUTIÉRREZ, MARÍA DEL CARMEN *et al.* [1997], consideram a adaptação à velhice como um dos problemas centrais de todo o ser vivo, esta adaptação no caso particular da espécie humana supõe um processo mais complexo uma vez que o homem está enraizado no ambiente ecológico, psíquico, social, cultural, económico, político, ideológico, etc.

A adaptação humana é influenciada pela evolução sociocultural, levando a um resultado totalmente diferente ao da evolução puramente biológica na medida em que funciona reciprocamente entre as estruturas económicas da sociedade, as relações sociais, o desenvolvimento do conhecimento científico, alcançando a evolução social um nível qualitativamente diferente ao da evolução biológica. Assim, no processo de adaptação humana é preciso ter em conta que os determinantes da mudança em geral e do desenvolvimento individual em particular, não só estão no próprio indivíduo como também no contexto social, daí que a consistência e a mudança bio-cultural marcam o indivíduo como um ambiente macro-ecológico. Sendo assim, é completamente abstracto falar de uma adaptação biológica, psíquica, social de forma separada, já que todos estes elementos constituem uma única realidade, integrada e inseparável. Todo o estudo gerontológico deve ter em conta a existência dos sistemas de mudança: indivíduo e sociedade com o propósito de compreender a verdadeira natureza da mudança humana. A própria velhice e morte são processos inscritos no código genético da espécie, se bem que os processos individuais do envelhecimento e da morte resultem de um conjunto de variáveis a que cada indivíduo está sujeito no contexto ambiental, do seu estilo de vida, das suas expectativas, entre outras características pontuais. Estes autores salientam ainda que através de um marco histórico designado por “*Modelo de optimização selectiva com compensação*”, partindo de supostos básicos: a variabilidade inter-individual. e a plasticidade através dos quais se pode explicar como os idosos se podem adaptar satisfatoriamente ao contexto ambiental e pessoal, apesar dos défices biológicos, psicológicos das mudanças sociais que acontecem na última fase do ciclo vital. Este modelo está baseado nas pedras angulares nas quais se vem a insistir constantemente na literatura gerontológica proveniente da escola que defende a variabilidade interindividual e a plasticidade. “*O modelo de optimização selectiva com compensação*”, tenta ainda articular por um lado, essa interacção dinâmica entre ganhos e perdas e por outro, a tal plasticidade em relação à idade. Trata-se de um modelo que descreve um processo geral de adaptação, se bem que possa dar-se ao longo de todo o ciclo vital, na terceira idade adquire umas características peculiares, os idosos podem adaptar-se satisfatoriamente ao contexto ambiental e pessoal apesar dos défices biológicos, psicológi-

cos e das mudanças sociais. Neste modelo existem três elementos e processos interactivos:

- 1 - **Seleção**, que no fundo é uma forma de adaptabilidade que se dá no indivíduo e na própria sociedade centrando-se nos caminhos que são prioritários e que levam a uma redução no número de domínios e conseqüentemente a uma redução e mudança nas metas da vida;
- 2 - **Optimização**, que se refere à plasticidade ou potencial de adaptação;
- 3 - **Compensação**, processo ligado ao da seleção, são aqueles comportamentos que se perdem e se reduzem devido ao envelhecimento e que devem ser compensados com outros aspectos, fazendo-se um esforço psíquico compensatório o qual pode ser conseguido através da tecnologia, de determinadas estratégias, por exemplo perante a perda da memória começam-se a utilizar novas estratégias mnemónicas que resolvem essa perda.

Estes autores consideram a adaptação como um dos problemas centrais de todo o ser vivo, e no caso particular da espécie humana, esta adaptação supõe um processo complexo, na medida em que o homem está envolvido no ambiente ecológico, psíquico, social, cultural, económico, político, ideológico. O ser humano vai reorganizando e redefinindo a sua vida, porque o seu contexto biológico, os seus aspectos cognitivos e afectivos, determinados acontecimentos pontuais, etc., e o próprio contexto social estão em constante transformação, pelo que a estrutura da personalidade e as metas fixadas ao longo do ciclo vital devem ir-se modificando de tal forma que possam assimilar novas transformações das características pessoais e sociais e gerar novos processos de adaptação.

YANGUAS; LETURIA; LETURIA *et al.* [1998], menciona os factores que favorecem o bem estar e a satisfação na velhice: a actividade, os recursos positivos, a liberdade sobre os estilos de vida, as atitudes realistas sobre as mudanças físicas e psíquicas, a aceitação de si mesmo, a participação continuada em actividades gratificantes, a aceitação por parte do grupo social, a saúde e economia satisfatórias, ausência de preocupações e o contacto intergeracional. A partir dos anos 80 começou-se a falar de um novo conceito “a velhice com êxito” como sendo uma combinação de vitalidade pessoal, resistência, flexibilidade adaptativa, autonomia e controle, integridade e um bom ajuste da pessoa com o meio ambiente; outros autores sugerem a inclusão de indicadores do funcionamento biológico, (longevidade e saúde biológica), do funcionamento psicológico, (saúde mental) e aspectos positivos do ser humano (eficácia cognitiva, competência social, satisfação com a vida, etc.); outros autores ainda propuseram unicamente critérios individuais de velhice com êxito a ausência de deterioração cognitiva, a independência de terceiras pessoas para o funcionamento na vida diária ou a não utilização de serviços de apoio.

DAVID & GODINHO [1995], dissertam sobre a importância de conhecer o idoso que existe dentro da nossa sociedade lembrando que as diferenças encontradas são geneticamente determinadas e directamente influenciadas por vários aspectos tais como a qualidade da nutrição, o estilo de vida e o ambiente em que este se insere. Designam ainda por “quinteto geriátrico” o conjunto de cinco problemas mais usuais no idoso: Comprometimento da cognição; da mobilidade; da homeostasia; doença iatrogénica e incontinência. A interacção destes problemas permite uma avalia-

ção multidisciplinar, que vai por conseguinte analisar o comprometimento de várias áreas da vida do idoso que estão intimamente ligadas aos vários graus de disfunção psicológica e física. Estas alterações eram anteriormente atribuídas ao envelhecimento, hoje são justificadas embora em segundo plano por doenças inter-correntes, pela acção de medicamentos e/ ou aspectos ligados à maneira de sentir. As alterações biológicas do envelhecimento vão levar a mudanças a nível psicológico e social. O meio sociocultural é um factor importante que intervém na reorganização de algumas dimensões da personalidade, podendo acontecer modificações que dificultam o processo de adaptação ao envelhecimento. As alterações preceptivas e as da capacidade física, originam dificuldades crescentes na interacção com o meio e na integração social. À medida que os défices e dificuldades apresentadas pelo idoso vão surgindo ou se vão agravando, a resistência à mudança, que é um processo gradativo, também vai evoluindo, do mesmo modo que as expectativas em relação à vida se vão alterando com a perda das capacidades intelectuais e físicas. O idoso está condenado ao isolamento pela resistência à mudança e pelas dificuldades de adaptação que lhe são inerentes (fazer novas amizades, alterar os hábitos, a morte de familiares e amigos, a saída dos filhos de casa etc.).

Para além destes aspectos é de salientar que o estado de saúde, o sexo, o *status* socioeconómico e a personalidade, afectam e condicionam o modo como os idosos se vêem a si próprios e como são avaliados pelos outros inclusive pelos profissionais de saúde. Estas condições são factores relevantes para o aparecimento de doenças e para o curso e recuperação das mesmas.

O declínio da função intelectual traduz-se por vezes, na dificuldade de exprimir a informação recebida e em se adaptar a tarefas novas e mais complicadas, todavia, o idoso revela que é muitas vezes capaz de as realizar eficazmente.

Auto-conceito

GECAS [1982], citado por VAZ SERRA [1986a], define auto conceito, como o conceito que o indivíduo faz de si próprio como um ser físico, social espiritual ou moral. Para a sua formação intervêm vários factores, entre os quais se enumeram: 1) as avaliações que os outros fazem de um indivíduo; as observações e os resultados do próprio comportamento; 2) as comparações que o indivíduo, faz entre o seu comportamento e o comportamento considerado desejável por grupos normativos; 3) as comparações que o indivíduo estabelece entre o seu comportamento e o dos seus pares.

O ajustamento do indivíduo ao meio ambiente em que se encontra, é pois, influenciado pelo resultado final dos juízos de valor, relativos.

VAZ SERRA [1986a], refere FITTS [1972], que afirma que quanto melhor é o auto-conceito, melhor é o desempenho de um indivíduo desde que esteja em pé de igualdade, em termos de capacidades, com outros que lhe sirvam de comparação.

SHAVELSON & BOLUS [1982], citados por VAZ SERRA [1988], mencionam que o auto-conceito, é um conceito geral, estável e multifacetado. As facetas que o constituem reflectem, o sistema de categorias adoptado por um dado indivíduo e/ ou compartilhado por um grupo. Estas categorias, quando se formam, tornam-se mediadoras do ajustamento do indivíduo ao meio, podendo facilitá-lo ou dificultá-lo.

Os diversos estudos realizados com a aplicação do Inventário Clínico de Auto-conceito (VAZ SERRA *In: I CONGRESSO PORTUGUÊS DE TERAPIA COMPORTAMENTAL* [1985]), revelam a relação entre um bom auto-conceito e expectativas positivas em relação ao ambiente, e um mau auto-conceito e sintomas depressivos na população em geral, e ainda entre auto-conceito, pensamentos disfuncionais e sintomas depressivos (PINTO GOUVEIA *et al.* [1986]).

SHAVELSON; HUBNER & STANTON [1976], referem que a um auto-conceito geral ligam-se diversos tipos de auto-conceitos. Podendo ser divididos em quatro tipos diferentes: 1) académico; 2) social; 3) emocional; 4) físico, cada um deles é significativo em áreas diferentes.

Torna-se lógico admitir que as pessoas com um bom auto-conceito apresentem mecanismos adequados de lidar com os estados de tensão e, por sua vez, tenham menor tendência para o isolamento, já que o auto-conceito é tão importante para o bom ajustamento do indivíduo. É de salientar que as pessoas com bom auto-conceito considerem os acontecimentos em geral, como menos ameaçadores e, por sua vez tenham uma tendência menor para a solidão (VAZ SERRA [1988]).

O auto-conceito depende, na sua formação, das avaliações reflexivas dos outros, da comparação do comportamento do indivíduo com as normas de grupos de referência, das atribuições feitas ao comportamento observável e ainda de outras influências socioculturais. (VAZ SERRA [1986a]; VAZ SERRA [1986b]; VAZ SERRA; ANTUNES & FIRMINO [1986]). A formação do auto-conceito é um fenómeno que tem muito de interpessoal, uma vez que é influenciado, não só pelos pensamentos, sentimentos e acções do próprio indivíduo, como também pelos pensamentos, sentimentos e acções dos parceiros de interacção pessoal. Os mesmos autores referem que o processamento do *feedback* social é feito através de táticas cognitivas por meio das quais o indivíduo procura obter confirmação e avaliação externa para o seu auto-conceito (VAZ SERRA [1986a]). Este autor reporta-se à época de JAMES [1910], para referir que desde essa época, o auto-conceito tem ligados a si aspectos cognitivos, afectivos e motores, que o definem. A formação do auto-conceito indica a capacidade do ser humano para se constituir como objecto da própria observação e abstrair dos seus comportamentos específicos de todos os dias e também dos comportamentos dos outros em relação a si. A constituição do auto-conceito não decorre da simples enumeração de comportamentos observáveis, trata-se antes de um processo simbólico, em que uma determinada estrutura pessoal se forma com auxílio da linguagem, que atribui designações a classes de comportamentos, procurando-as definir e englobar. Neste sentido o auto-conceito é, pois, um *constructo hipotético*, inferido ou construído a partir de acontecimentos pessoais. Contudo torna-se útil para poder descrever, explicar e prever o comportamento humano, e conhecer como a pessoa se percebe e considera a si própria (WELLS & MARWELL [1976]), citados por VAZ SERRA [1986a].

Desde que um indivíduo esteja em pé de igualdade, em termos de competências, com outros com os quais se compara o seu desempenho é tanto maior quanto melhor for o seu auto-conceito. O auto-conceito é um factor de ajustamento do indivíduo ao meio. Verificou-se que o auto-conceito, em estudos realizados, se correlaciona negativamente com a ansiedade social, sentimentos depressivos na população em geral, em doentes com distúrbios emocionais e com a ansiedade, fobia, depressão e somatização. Correlaciona-se positivamente e de forma significativa com as

expectativas gerais e atribuições de circunstâncias de resultados exteriores positivos e auto-afirmação e com as estratégias de *coping* (VAZ SERRA [1988]; VAZ SERRA [1989]; VAZ SERRA; FIRMINO; BARREIRO *et al.* [1989]).

O Inventário Clínico de Auto-Conceito (ICAC) de VAZ SERRA *In: I CONGRESSO PORTUGUÊS DE TERAPIA COMPORTAMENTAL* [1985], tem sido usado em diversos estudos onde tem revelado correlações negativas e altamente significantes com a ansiedade social, com sentimentos depressivos na população em geral ou com perturbações emocionais em doentes psiquiátricos e com ansiedade, fobia, depressão e somatização. Trabalhos mais recentes realizados com esta escala, revelaram existir uma influência específica das relações com os pais e um bom auto-conceito. Este está dependente de um bom ambiente familiar em geral e de uma relação positiva com o pai e com a mãe e ainda uma relação de tolerância, de compreensão, de ajuda e de incentivo para vencer as dificuldades por parte de ambos os progenitores, relacionam-se igualmente com um bom auto-conceito. Estes factos revelam a importância dos factores de educação na sua génese VAZ SERRA; FIRMINO & MATOS [1987].

BANDURA [1977]; BANDURA *In: FRANKS, CYRIL M & WILSON, G. TERENCE* [1978], citado por VAZ SERRA [1986a], menciona que todo aquele que tem a crença de poder executar com êxito o comportamento requerido para produzir dados resultados, desenvolve boas expectativas de eficácia. O sentir-se eficaz e competente na percepção de si próprio constitui uma condição necessária para um bom funcionamento pessoal e para a resolução de tarefas.

A auto-estima, está ligada a aspectos avaliativos e emocionais do auto-conceito e também está ligada a aspectos motivacionais. Para WELLS & MARWELL [1976], referidos ainda por VAZ SERRA [1986a], existem duas grandes subdivisões da auto-estima: 1) a auto-estima baseada num sentido de competência, poder ou eficácia e, 2) a auto-estima baseada num sentido de virtude ou de valor moral. A auto-estima baseada num sentido de competência, está intimamente ligada à execução eficaz aos processos de auto-atribuição e de comparação social. A auto-estima baseada na virtude, considerada representativa do valor pessoal, está ligada às normas e valores respeitantes ao comportamento pessoal e interpessoal, em termos de justiça, reciprocidade e de honra.

TUBESING; TUBESING; CHRISTIAN *et al.* [1983], citados por VAZ SERRA [1999], descrevem que a auto-estima deve ser considerada como um ponto crucial em relação ao *stress*. Para estes autores um indivíduo com uma boa auto-estima tende a aceitar-se como realmente é, e a sentir que tem valor pessoal, direito ao respeito e à amizade dos outros. Acredita mais em si do que naquilo que os outros pensam a seu respeito. Tem maior capacidade de lidar com o *stress*, não só pela autoconfiança que lhe é característica, mas também porque encara os acontecimentos desagradáveis mais como um desafio que é preciso resolver do que como uma ameaça. Contrariamente, um indivíduo com uma auto-estima baixa, julga não ser capaz de viver com as situações desagradáveis, pelo que reage mal às críticas, fica perturbado quando o rejeitam, adopta uma atitude passiva perante a vida e sente-se inferior perante os outros. Quando tem êxitos atribui-os a factores externos como a sorte ou o acaso, e o fracasso, a factores internos bem como as aptidões pessoais, sente-se inferiorizado em relação às outras pessoas, podendo mesmo vir a ter inveja dos seus bens e aptidões, estatutos ou recursos sociais. Uma outra característica é o ser

possessivo relativamente aos amigos e familiares o que provoca da parte destes, muitas vezes, afastamento. Também não reconhece facilmente os erros, mesmo os mais evidentes, mas por outro lado, sente-se inseguro nas responsabilidades que tem de enfrentar; são pessoas pouco espontâneas, pelo facto já referido, relativamente à crítica, a qual receiam.

ZIMBARD [1972], citado por VAZ SERRA [1988], nota que a auto-estima pode ser melhorada através de algumas medidas tais como: a) reconhecer os pontos fracos e os fortes; b) não procurar as causas do seu comportamento em deficiências da sua personalidade, mas sim em aspectos físicos, sociais, económicos ou políticos; c) não dizer coisas irreversíveis e negativas a seu respeito, (com por exemplo, sou um “estúpido”, “sou feia”, “sou um fracassado” ou “não tenho solução”); d) não tolerar pessoas, empregos ou situações que o façam sentir-se inapto. Se os não puder modificar em seu proveito, evite-os ou afaste-se deles definitivamente; e) estabeleça objectivos a longo prazo para a sua vida, subdividindo-os em tarefas muito específicas a curto prazo; f) faça um inventário das personagens que tem dentro de si, actualize-as de acordo com o espaço psicológico em que de momento se encontra, de forma a poder chegar onde quer.

Perdas e viuvez/ Solidão e isolamento

De acordo com YANGUAS; LETURIA; LETURIA *et al.* [1998], nesta etapa da vida aumenta significativamente a possibilidade de ocorrerem perdas vitais importantes incluindo a viuvez, que constitui a crise mais nociva do ciclo vital. Dão-se então perdas reais como a viuvez, a perda de amigos, a perda física do emprego, como a reforma, mas também se dão perdas simbólicas, como a perda do papel profissional, levando à saída do mercado do trabalho. O ser humano perante estas perdas reage através do processo designado por luto, que é o mecanismo pelo qual supera a dor e o impacto psicológico provocado pela perda. O luto pode ser normal ou patológico distinguindo-se pelos sintomas que passamos a descrever:

De acordo com REICH; ZAUTRA & GUARNACCIA [1989], citados por IZAL & MONTORIO [1999], a reacção emocional perante a morte do cônjuge é complexa e pode incluir sentimentos de ira, negação, alívio e culpa. Levando com frequência ao aparecimento de uma sintomatologia depressiva, que tende no entanto a desaparecer no prazo de um a dois anos desde o falecimento do(a) esposo(a).

A solidão é sentida pelo ser humano em qualquer que seja o lugar que habite, trata-se de um fenómeno complexo, e ao pretender-se compreendê-lo e estudá-lo é-se confrontado com diversas abordagens teóricas e metodológicas.

WEISS *In*: PEPLAU, LETITIA ANNE & PERLMAN, DANIEL [1982], citado por MUÑOZ TORTOSA *In*: MUÑOZ TORTOSA, JUAN [2002b], distingue duas formas de solidão, uma relacionada com o isolamento social (ausência de grupo ou lugar onde o indivíduo se relaciona compartilhando os seus interesses e afinidades), a outra provocada por perdas afectivas e emocionais que dão segurança (a perda do companheiro ou de um amigo, etc.).

A solidão é caracterizada por uma experiência que é difícil de suportar produzindo na pessoa sentimentos de baixa auto-estima, alienação, marginalização, ansiedade e insatisfação quando realiza interacções sociais (KURDEK & SCHMITT [1985]), citado

pelo mesmo autor, que refere que este sentimento de solidão, embora de carácter transitório, pode adquirir uma dimensão crónica.

Constata-se que com o passar dos anos o ser humano tem maiores probabilidades de sofrer desajustes físicos, psicológicos e sociais, apontando para determinados acontecimentos que surgem durante este período da vida tais como algumas incapacidades psíquicas e físicas, perda do cônjuge, saída dos filhos de casa “*nido vacío*” (MUÑOZ TORTOSA [2002], p. 104). Tudo, isto faz com que a pessoa de idade se afaste das suas redes sociais e conseqüentemente sofra de isolamento e solidão. Ainda de salientar, o individualismo e a não solidariedade intergeracional que caracterizam a nossa sociedade e que agravam a situação dos mais velhos que se sentem sós e marginalizados.

Este autor refere no entanto, alguns estudos que contradizem esta situação de solidão como característica dos idosos, embora outros estudos realizados provem o contrário. Um estudo de FISCHER & PHILLIPS *In*: PEPLAU, LETITIA ANNE & PERLMAN, DANIEL [1982], concluiu que 23% das mulheres idosas e 33% dos homens manifestaram encontrar-se isolados do seu ambiente sócio-familiar. Outra investigação realizada por KAUFMAN & ADAMS [1987], detectou que só 3% dos entrevistados com mais de sessenta anos manifestaram sofrer de sentimentos de isolamento e solidão. Estudos realizados por REVENSON & JOHNSON [1984], indicam que o sentimento de solidão aparece com menor frequência nas pessoas idosas que nos adultos jovens e de meia idade. Um outro estudo, indica que os adolescentes constituem o grupo mais vulnerável a contrair a solidão e que o binómio envelhecimento/ solidão constitui um mito, mais que uma realidade contrastada empiricamente (REVENSON & JOHNSON [1984]). Pode verificar-se que os estudos transversais realizados no estudo da solidão apresentaram resultados contraditórios, isto leva-nos a pensar na possibilidade da metodologia empregue neste tipo de investigação conter enviesamentos que contaminam os resultados.

MUÑOZ TORTOSA [2002], p. 105, refere que “Es difícil identificar cuáles son los factores que desencadenan el sentimiento de soledad en las personas mayores. Para su estudio, la mayoría delas investigaciones analizan variables como: estado civil, edad, sexo, recursos económicos, nivel educativo, relaciones con el entorno, etc. Otros investigadores, indican que son, las características personales (timidez, habilidades sociales, etc.), la situación de vivir solo y los valores culturales como el individualismo las variables que inciden de forma determinante en la aparición del sentimiento de soledad”.

YANGUAS; LETURIA; LETURIA *et al.* [1998], nota que numa perspectiva psicossocial, o isolamento e a solidão constituem um dos principais problemas, se bem que a solidão não seja considerada pelas pessoas idosas, como um problema grave. BERGMAN [1978], citado por estes autores refere-se à necessidade de estabelecer a diferença entre solidão e isolamento, pelo facto de verificar que pessoas com poucos contactos sociais não se sentem sós, enquanto que pessoas com mais contactos se sentiam sós. Assim, descreve como integração social objectiva; a quantidade, participação frequência e integração social subjectiva; a qualidade, sentimento de solidão e existência de confidente.

Muitas pessoas idosas vivem sós, estão viúvas e sofrem de perda de autonomia o que leva a que se tenha a ideia que o envelhecimento e a solidão são variáveis que coabitam.

MUÑOZ TORTOSA [2002], refere que os resultados de investigações empíricas questionam a veracidade deste estereótipo, já que alguns estudos demonstram que idosos rodeados por familiares e amigos sofrem de solidão e que, por outro lado, existem idosos que não usufruem deste convívio social e familiar e não sofrem desse sentimento.

PEPLAU & PERLMAN [1982], citados ainda pelo mesmo autor, referem que a causa que provoca o sentimento de solidão é a discordância que existe entre os contactos sociais que o indivíduo tem e os que gostaria de ter.

LOWENTHL *In*: NEUGARTEN, BERNICE LEVIN [1968], citado por PAÚL [1997], ao estudar a incidência da solidão numa amostra de utentes internados numa unidade psiquiátrica de um hospital nos (USA), verificou diferenças significativas entre os níveis de solidão desses idosos comparativamente com um grupo de idosos a residir na comunidade.

MONK [1988], citado pela mesma autora, refere que uma categoria particular de isolados “*os invisíveis*”, habitam normalmente pensões baratas e degradadas ou quartos alugados (arrendados) nos centros das cidades e lutam para manter a sua independência; apesar das suas dificuldades, têm reduzidos contactos sociais, mas parece não se incomodarem com isso, mantendo um anonimato tão grande que correm o risco de se tornarem virtualmente “*invisíveis*” ao mundo externo. Esta categoria, é muito idêntica à que BENNETT [1980], designou de *isolados de longa data*. Esta autora descreveu quatro tipos de isolamento, desde o isolamento até à integração, são eles: – 1) *o isolamento involuntário* ou *recente* que por motivos não controlados como a saúde, os indivíduos ficam incapazes de manter o seu envolvimento social e sofrem uma acentuada diminuição dos seus níveis de funcionamento nomeadamente cognitivo; 2) *o isolamento voluntário de longa data*, os indivíduos levaram uma vida inactiva e pobre do ponto de vista social, podem contudo não apresentar perturbações psicológicas; 3) *o isolamento precoce*, definido como o corte da participação social que acontece em estádios precoces de desenvolvimento, estes indivíduos formam um grupo bastante homogêneo, são solteiros, activos e independentes; 4) *os indivíduos socialmente integrados*.

A solidão é uma condição emocional inerente à disposição biológica do homem, que faz com que haja uma tendência para manter a proximidade de outros e evitar o isolamento, aumentando o sentido de segurança e identidade pessoal (BOWLBY [1969], citado por PAÚL [1991]). De acordo com MONK [1988], citado por esta mesma autora, a solidão dos idosos tem na sua base factores demográficos, como resultado da diminuição simultânea das taxas de fertilidade e de morbilidade: 1) uma esperança de vida maior; 2) maior sobrevivência do grupo de pessoas com mais de 75 anos; 3) as mulheres vivem mais tempo que os homens e 4) mais idosos a viver sozinhos.

BARROS DE OLIVEIRA [1999], cita RANE-SZOSTAK & HERTH [1995], que nos estudos realizados sobre a solidão e a velhice revelaram que o idoso faz a experiência de abandono, precisando mais do que nunca de afecto e apoio. A pessoa que sente solidão refere que ninguém a escuta ou ama e por isso desvaloriza-se a si mesma e

baixa a sua auto estima, sente que está a mais, desinteressa-se entrando em sofrimento íntimo e deixando-se morrer aos poucos ou mesmo tentando o suicídio. Cerca de 30% dos suicídios em Portugal em 1998 foram de pessoas já na fase de reforma.

Sexualidade

RODRÍGUEZ CARRAJO [1999], p. 101, conceptualiza a sexualidade “como el conjunto de excitaciones e actos que están en relación con tensiones orgánicas y que, mediante su distensión, producen placer”.

MANUBENS *In*: AVENI CASUCCI, M. A. ET AL. [1989], citado por este autor, afirma que “la sexualidad es una función del organismo que no debe confundirse con la reproducción. No se trata de una función vital, pero es una dimensión de la personalidad que refleja el bienestar de cada individuo en su rol de hombre o mujer y la necesidad de compartir una serie de vivencias, ya sean físicas, emocionales o intelectuales con otros seres humanos, tanto social como privadamente”.

O mesmo autor, cita GOMÁ *In*: AVENI CASUCCI, M. A. ET AL. [1989], que diz que “la sexualidad no equivale a genitales. La genitalidad se refiere sólo a la actividad sexual primaria efectuada por los órganos sexuales que condicionan la reproducción”.

A sexualidade não é privilégio de uma determinada idade, mas abrange todas as idades da pessoa, assim também na velhice o homem sente desejos de amar, de sentir-se amado, de continuar a receber atenções e afecto. As relações sexuais acontecem entre as pessoas idosas, a não ser que as suas funções vitais estejam afectadas, ou alguma doença impeça ou limite a expressão da sua conduta sexual.

CALVO *In*: AVENI CASUCCI, M. A. ET AL. [1989], refere que “La capacidad para el placer sexual se inicia con el nacimiento, para no concluir hasta la muerte; sin duda, la edad modela la expresión de esta sexualidad, al igual que modela nuestra forma de relacionarnos en otros órdenes de la vida. Sin duda, pues, cada uno expresa y vivencia su sexualidad en función de variables varias y, entre ellas, la de la edad.”, citado por (RODRÍGUEZ CARRAJO [1999], p. 104).

VEGA VEGA & BUENO MARTÍNEZ [2000], p. 306, afirmam, “El estereotipo de que las personas mayores ni tienen vida sexual ni deben tenerla, y que los que la tengan son unos pervertidos, no se ajusta a la evidencia científica de que disponemos en neste momento. Los seres humanos somos sexuales desde el nacimiento hasta la muerte.”.

Estes autores referem que actualmente sabe-se que há um rico panorama de experiências sexuais na idade adulta e na velhice. A actividade sexual pode manter-se indefinidamente se bem que seja diferente na juventude, na idade adulta e na velhice. Os homens idosos não sentem tanta tensão sexual, têm relações com menos frequência e experimentam alguma diminuição na intensidade da relação. Um idoso saudável tem níveis mais baixos de testosterona que um homem são de 20 anos. Os homens mais velhos necessitam de mais tempo para obter uma erecção e para ejacular, também os sinais fisiológicos que ocorrem com a excitação são menos intensos.

Nas mulheres a resposta sexual também está afectada. O endurecimento dos seios, a erecção dos mamilos, a tensão muscular do clítoris, dos lábios genitais e outros

sinais de excitação são menos intensos que antes. No entanto podem alcançar o orgasmo se foram activas sexualmente ao longo da vida.

A actividade sexual pode permanecer relativamente estável entre os 46 e os 71 anos, conclusão a que chegou um estudo longitudinal depois de ter entrevistado, cada seis anos, os indivíduos de uma amostra representativa. Apenas 20% dos entrevistados dizem ter diminuído a frequência das suas relações sexuais (MUÑOZ TORTOSA *In*: MUÑOZ TORTOSA, JUAN [2002b], citando GEORGE & WEINER [1981]).

Todos os investigadores consideram a masturbação como uma actividade sexual e que segundo alguns autores, também diminui com a idade, referindo valores de 53% dos homens de 60 anos que praticam a masturbação, descendo para 46% nas idades compreendidas entre os 80 e 91 anos. Nas mulheres, os valores encontrados são respectivamente, 47 e 34 por cento, para as idades referidas (STARR & WEINER [1993]) citados por MUÑOZ TORTOSA *In*: MUÑOZ TORTOSA, JUAN [2002a].

Segundo o mesmo autor e de acordo com os resultados das investigações realizadas, comprova-se que cada sexo tem uma representação social da sexualidade. Os homens declaram mais facilmente a sua actividade sexual que as mulheres.

Confirma ainda este autor que com o envelhecimento, o desejo e a frequência das relações sexuais, tanto no homem, como na mulher diminuem, sendo as causas de origem biológica, psicológica e social influenciando diferentemente em cada indivíduo.

Pode-se concluir que a sexualidade, o prazer e o desejo não se interrompem com a idade, sendo componentes muito importantes na vida das pessoas idosas. Os estereótipos negativos que a sociedade criou relativamente aos idosos, incluindo a vulgarização dos seus défices sexuais, contribuem para reforçar a visão negativa e desvalorização do processo de envelhecimento e da velhice, que é assumida pelos próprios idosos e que nada contribui para o seu conforto, pois sabe-se que a sexualidade tem um papel muito importante na adaptação das pessoas idosas ao processo de envelhecimento, facilitando o seu bem-estar, auto-realização e integração social.

Os profissionais desta área, psicólogos, psico-gerontologistas e os próprios idosos estão de acordo quanto à importância da sexualidade na vida das pessoas idosas e em todo o processo de envelhecimento

Segundo MUÑOZ TORTOSA *In*: MUÑOZ TORTOSA, JUAN [2002b], devido ao aumento progressivo do número de idosos, na nossa sociedade, a sexualidade e envelhecimento é um tema de actualidade onde estão em contradição aspectos inerentes ao ser humano: por um lado, o prazer, e por outro, a regressão que se traduz muitas vezes em incapacidades que a pessoa sofre com o passar dos anos.

CANHÃO [1997], refere que com o passar dos anos, existe um declínio na sexualidade, quer no homem, quer na mulher. Embora esta diminuição possa variar bastante de pessoa para pessoa, com as mudanças no estado de saúde e características sociais do grupo etário. A sexualidade tem cada vez mais importância na manutenção das relações e qualidade de vida no idoso. Muito embora as alterações fisiológicas possam ser diferentes de pessoa para pessoa, sendo difícil prever o início do envelhecimento sexual, alguns factos podem ser indicados no início do processo: uma maior demora para conseguir a erecção; os estímulos eróticos não funcionam tão rapidamente, parece haver uma quebra entre a erecção mental e a física.; a secreção do muco pré-ejaculatório diminui; é necessário mais tempo para atingir o clímax e a ejaculação, etc. segundo estudos médicos efectuados, um homem saudável, com ati-

tude positiva perante o seu envelhecimento, pode ter uma vida sexual activa até aos 80 anos ou mesmo ultrapassando esta idade. (FREEMAN [1961], RUBIN [1965], WEINBERG *In*: FREEDMAN, ALFRED M; KAPLAN, HAROLD I & SADOCK, BENJAMIN J. [1975] e WEIZMAN & HART [1987]), citados por este autor, mostram que a maior parte dos homens saudáveis são sexualmente competentes e mantêm um relacionamento sexual regular. Um dos factores apontados para explicar este facto é de ter mantido uma vida sexual regular, em comparação com outros indivíduos que tenham passado longos períodos de abstinência.

Na mulher há dois acontecimentos que marcam decisivamente a sua vida sexual, que são a puberdade-menarca e o climatério-menopausa. Estas épocas são normalmente consideradas épocas de crise, o que não quer dizer necessariamente que originem problemas emocionais, as mulheres jovens facilmente se ajustam à puberdade, assim como uma maior parte das mulheres aceita bem a menopausa, considerando-a uma transformação natural.

CONFORT *In*: BIRREN, JAMES E & SLOANE, R. BRUCE [1980], citado por YANGUAS; LETURIA; LETURIA *et al.* [1998], diz que a resposta sexual humana é normal na velhice desde que não esteja afectada por uma doença psíquica, ansiedade ou expectativas sociais, que constitui o principal factor de diminuição do comportamento sexual. Sendo uma das variáveis mais relevantes no comportamento sexual e afectivo a disponibilidade do parceiro, principalmente nas mulheres, nestas é preciso destacar as mudanças hormonais, que provocam diminuição da lubrificação, sendo mais difícil a penetração, não há no entanto mudanças no orgasmo. No homem, existe um retardamento na erecção. A sexualidade é no entanto algo mais abrangente que a genitalidade, deve ser potencializado o aspecto da comunicação e afectivo na relação íntima na idade avançada. De salientar ainda que em qualquer época da vida a sexualidade constitui um aspecto muito importante para os seres humanos e as modificações fisiológicas e as expectativas sociais não devem ser obstáculo para reduzir um aspecto tão importante na vida afectiva dos idosos. Alguns mitos sobre a sexualidade nos idosos são descritos por estes autores: “o sexo não é importante nos idosos. Não se deve mostrar interesse”; “As pessoas de idade não são sexualmente desejáveis”; “As pessoas idosas não têm desejo sexual”; “As pessoas idosas não são sexualmente capazes”.

RAMOS & GONZÁLEZ *In*: BUENDÍA, JOSÉ [1994], referem que a sociedade tem sustentado uma série de tabus e estereótipos negativos, relativamente à sexualidade na velhice, tornando-se muito difícil um estudo sério sobre o tema. As investigações sobre o assunto são escassas pelas dificuldades conceptuais e metodológicas que implicam.

As mudanças fisiológicas do idoso serviram erradamente de desculpa e entrave para negar a sua actividade sexual, embora havendo algumas limitações, a actividade sexual na velhice é satisfatória.

STARR [1985], referenciado por estes autores, descreve que por outro lado, a mudança de atitudes rumo a uma sociedade mais permissiva, está a fazer com que os estudos sobre a sexualidade sejam mais numerosos, o que levará sem dúvida a favorecer o desenvolvimento e a optimização das possibilidades dos idosos no âmbito das relações sexuais, programas educativos, de intervenção e sobretudo a dar-nos modelos de como distinguir e compreender os novos problemas derivados dessa

maior liberdade e do progressivo crescimento da população idosa na nossa sociedade.

SCHNEIDER & ROWE [1990], referidos ainda pelos mesmos autores, declaram que não há uma idade real que sirva de fronteira para separar os adultos e os idosos, o processo de envelhecimento sexual inicia-se muito antes, tendo uma evolução lenta e contínua, mas com uma grande variabilidade individual.

CONFORT *In*: BIRREN, JAMES E & SLOANE, R. BRUCE [1980], referenciado ainda por estes autores, nota que são numerosos os estudos que demonstram que a actividade sexual continua na velhice, inclusive em idades muito avançadas. No entanto, torna-se importante que os idosos conheçam bem essas mudanças. A atrofia da mucosa vaginal acompanhada da diminuição da lubrificação, causa em algumas mulheres dor na relação “coital”, embora hoje em dia este problema pode ser contornado com a administração sistemática de estrogénios (LANG & APONTE [1967]). TAVRIS & SADD [1977], citados pelos mesmos autores, referem que investigadores encontraram uma resposta sexual na mulher igual ou mesmo superior depois da menopausa.

RAMOS & GONZÁLEZ *In*: BUENDÍA, JOSÉ [1994], mencionam KOLODNY; MASTERS & BIGGS [1979], que afirma que no homem, a insegurança e a ansiedade são os aspectos que mais interferem na sua actividade sexual, o que revela uma falta de conhecimento e/ ou não aceitação dos processos de envelhecimento. No homem de 65 anos, que leva mais tempo a alcançar a erecção, pode atribuir estas mudanças a uma falta de potência, quando é somente uma mudança fisiológica do envelhecimento não mais nem menos surpreendente que o facto de não ter a mesma força física que tinha aos vinte e cinco anos. Torna-se importante que os pares não se sintam limitados sexualmente e que conheçam outras técnicas. As relações sexuais exigirão mais tempo, mais compenetração o que não deve constituir problema pois pode até ser uma vantagem, uma vez que alarga o tempo de prazer, a comunicação e a interdependência. Todas estas mudanças fisiológicas na velhice requerem uma readaptação e assimilação na qual estão implicadas outras variáveis.

PFEIFFER *In*: BUSSE, EWALD W & PFEIFFER, ERIC [1969], citado por estes mesmos autores, refere que a sociedade tem alimentado uma série de tabus e falsas crenças no que concerne ao sexo na velhice, possivelmente pelo facto de a procriação ser concebida como o único fim da sexualidade. Estes tabus embora careçam de uma base sólida, têm provocado no idoso a interiorização dessas ideias erróneas, tornando-se receoso e pouco cooperativo quando chega o momento de falar sobre a sua sexualidade.

Segundo STARR [1985], o modelo de sexualidade baseado no jovem, responde ao conceito tradicional e dominante de sexualidade, em que se identifica a sexualidade com a “coitalidade”. O verdadeiro problema, surge quando as pessoas idosas interiorizam e limitam a sua sexualidade devido a estas falsas ideias. No ancião, um decréscimo na resposta de erecção juntamente com uma forte ansiedade pelo medo do fracasso, pode dar origem ao abandono do desejo e da actividade sexual. Esta perda do interesse leva a consequências sociais e pessoais. Daí que a velhice se converta numa etapa de declínio e o idoso tenha uma baixa da auto-estima, maior vulnerabilidade para perturbações mentais (ansiedade, depressão, etc.), maior frustração e uma percepção negativa da sua vida o que leva ao isolamento e solidão.

O outro modelo de sexualidade é baseado no prazer, segundo LAURY [1981], referido ainda por RAMOS & GONZÁLEZ *In*: BUENDÍA, JOSÉ [1994], os idosos podem sentir prazer e chegar à ejaculação sem ter erecção. A sexualidade é igual a prazer sexual, através de beijos, carícias, sexo “coital”, masturbação, auto-erotismo. A excitação apesar de ser lenta não provoca ansiedade, mas alarga o prazer. Esta atitude positiva leva a que o idoso tire proveito da sexualidade, o que leva a que a nível social apareça um novo estereótipo do idoso, livre na sua actividade sexual, o que leva contrariamente ao modelo anterior a uma elevada auto-estima equilibrada, maturidade, saúde física, mental e percepção positiva da vida.

1.5 AS REDES DE APOIO SOCIAL

O ritmo de vida dos tempos de hoje afasta as famílias, dos idosos, que por sua vez se sentem mais isolados e desintegrados do mundo que os rodeia, perdendo a sua identidade, neste sentido torna-se urgente incrementar as redes de apoio ao idoso.

PAÚL [1997], refere que a questão das redes sociais de apoio, começou a surgir pelo facto de terem um papel positivo relativamente às situações de *stress* que o idoso enfrenta. Segundo esta mesma autora as redes sociais de apoio a idosos podem ser divididas em dois grupos importantes: redes de apoio formal e redes de apoio informal. O apoio que estas redes desempenham é fundamentalmente de dois tipos: o apoio psicológico que está ligado à satisfação de vida e ao bem-estar psicológico, e o apoio instrumental, que tem a ver com a ajuda física em situações de diminuição das capacidades funcionais dos idosos e perda da autonomia física que pode ser temporária ou permanente. No grupo formado pelas redes de apoio formal, incluem-se os serviços estatais de segurança social e os organizados pelo poder local, a nível de concelho ou de freguesia, com a finalidade de servir a população idosa, é o caso dos lares, serviços de apoio domiciliário, centros de dia ou centros de convívio. Podem ainda incluir-se neste grupo as instituições privadas de solidariedade social, cuja maioria estão ligadas quer directa, quer indirectamente, à Igreja Católica. Existem outras que pertencem a associações profissionais, embora todas elas beneficiem de algum apoio do Estado. Todas elas promovem a maior parte dos serviços de apoio à terceira idade no nosso país. Recentemente têm surgido algumas instituições privadas com fins lucrativos, muitas das quais de qualidade duvidosa que florescem devido à generalizada falta de estruturas formais de apoio aos idosos do nosso país PAÚL [1997]. Relativamente às redes de apoio informal ao idoso podem também dividir-se segundo a mesma autora em dois grandes grupos: as constituídas pela família do próprio idoso e as formadas pelos amigos e vizinhos. O papel das redes familiares sempre foi conhecido, prestando os cuidados necessários aos idosos a partir do momento em que as suas capacidades funcionais ficavam diminuídas e consequentemente a perda da autonomia. Com a evolução da sociedade, o papel da família tem vindo a reduzir-se e a tornar-se cada vez mais difícil de conciliar o trabalho feminino fora do lar e ainda o problema da restrição do espaço físico. Apesar disso, as famílias ainda têm um papel muito importante no apoio instrumental ao idoso e por conseguinte no seu bem-estar psicológico. As redes dos amigos que como já tivemos oportunidade de falar pertencentes também a este mesmo grupo de apoio informal, estão ainda pouco estudadas, no entanto, parecem desempenhar um papel de relevo no apoio à velhice, nomeadamente do ponto de vis-

ta emocional, mas também da ajuda instrumental, verificando-se esta última, mais na ausência dos familiares. “No sentido de estudar o apoio, faz-se uma análise das redes sociais, considerando os seguintes aspectos: 1) o conteúdo dos laços, apoio ou não apoio, o seu carácter voluntário; 2) a força dos laços, (a intensidade com que manifestam o seu conteúdo específico) e a simetria; 3) a estrutura dos laços, o seu conjunto, densidade, complexidade, numa visão integrada e/ ou sistémica, dessas redes, que não se limita a considerar dados discretos, como a frequência e duração do encontro entre duas pessoas, etc.” (WELLMAN *In*: GOTTLIEB, BENJAMIN H. [1981], citado por PAÚL [1997], pp. 93-94).

SLUZKI [1996], menciona que a rede social pessoal pode ser registada em forma de mapa mínimo que inclui todos os indivíduos com os quais determinada pessoa interactua. O mapa pode ser sistematizado em quatro quadrantes, a saber: 1) um círculo interior de relações íntimas constituído por familiares directos com contacto diário e amigos próximos; 2) um círculo intermédio de relações pessoais com menor grau de compromisso, do qual fazem parte as relações sociais ou profissionais com contacto pessoal, no entanto sem intimidade, “amizades sociais”, e familiares intermédias e 3) círculo externo de conhecidos e relações ocasionais, das quais fazem parte conhecidos de escola ou trabalho, bons vizinhos, familiares distantes. O conjunto de habitantes desse mapa mínimo, constitui a rede social pessoal do informador. Este mapa representa o registo estático do momento que se evidencia ou de algum momento do passado, reconstruído pelo informador.

A rede tem características estruturais sendo designadas por este autor por: tamanho; densidade; composição e distribuição; dispersão; homogeneidade ou heterogeneidade demográfica; atributos de vínculos específicos e tipos de funções. Relativamente às funções da rede, que são determinadas pelo tipo prevalente de intercâmbio interpessoal entre os seus membros, podemos destacar algumas como: companhia social, apoio emocional, guia cognitivo e aconselhamento, regulação social, ajuda material e de serviços, acesso a novos contactos, etc.

BRONFENBRENNER [1979], citado por este autor, propõe um mapa de rede que segue eixos mais tradicionais: um círculo interior *microsistémico*, correspondente à família, um círculo intermédio ou *mesosistémico*, correspondente à rede social pessoal, e um círculo externo ou *macrosistémico*, correspondente à sociedade, incluindo os valores de cultura, o poder político e económico, etc.

IZAL & MONTORIO [1999], faz notar que comparativamente com outras idades, as redes sociais das pessoas idosas tendem a ser mais reduzidas, e a frequência dos seus contactos interpessoais diminuem. Nesta idade também parecem ter uma maior importância as relações íntimas, tendo a figura do “confidente” especial valor para o bem estar da pessoa idosa. Este papel é desempenhado em primeiro lugar pelo cônjuge seguido de amigos, filhos e irmãos. A principal função destes elementos é proporcionar apoio emocional que influencie a manutenção da auto-estima durante a velhice, tendo uma possível função “amortizadora” em relação com as perdas físicas e sociais (DÍAZ-VEIGA *In*: FERNÁNDEZ-BALLESTEROS, ROCÍO ET AL. [1987], referido por estes autores).

Segundo o INSTITUTO NACIONAL DE SERVIÇOS SOCIAIS EM ESPANHA – INSER-SO [1995a], todos os seres humanos precisam desde o nascimento até à morte de uma série de interacções pessoais capazes de proporcionar diferentes tipos de ajuda

de carácter emocional ou material, que vêm das suas redes sociais próximas. A carência de apoio social pode levar a privações de todo o tipo e até à morte da pessoa afectada. A importância do apoio social mútuo tem aspectos tão essenciais para o bem estar pessoal como o sentido de reconhecimento, certeza nas expectativas de aquisição de bens necessários, como a alimentação, a segurança, o cuidado na doença, estas são questões que têm sido bastante tratadas na literatura das ciências sociais e do comportamento, no decorrer de todo o século XX. As três categorias fundamentais de apoio fornecidas pelas redes sociais são as seguintes: – 1) Apoio emocional, que trata do intercâmbio permanente de sentimentos e expressões de afecto, sentindo-se as pessoas compreendidas e queridas, reforçando o seu sentido de permanência e de auto-estima; 2) Apoio informal ou estratégico, que se traduz no fornecimento de ajuda para a resolução de problemas concretos e enfrentar as situações difíceis em determinados contextos; 3) Apoio material ou instrumental, consistindo este na prestação de ajuda realizada por serviços em situações que não podem ser resolvidas pela pessoa. É o caso de empréstimo de dinheiro para fazer frente às despesas extraordinárias, e ainda a ajuda nas actividades de vida diária (cuidado pessoal, tarefas diárias, sair à rua, gestão do dinheiro, etc.). Este apoio social que os idosos recebem depende muito das características das redes de cada indivíduo, entre as quais se podem citar: o tamanho, a densidade, a frequência de contactos, o grau de intimidade conseguido, a percepção subjectiva sobre a sua qualidade, etc. Torna-se importante referir ainda que é a família dentro do conjunto de redes sociais e de acordo com o que já foi colocado em relevo na bibliografia existente, a que confere maior quantidade de apoio social de tipo material ou instrumental, entretanto as amígdalas e os vizinhos praticam melhor os outros tipos de apoio mencionados. A família como rede social primária, desempenha um papel primordial em todas as etapas da vida humana, produzindo-se no seu interior um intercâmbio contínuo de todas as categorias de apoio referidas. No entanto, torna-se importante referir que a instituição familiar sofre grandes transformações e que é dentro dela que ocorrem muitas vezes nas relações familiares casos de violência e de maus tratos em determinadas situações de fragilidade e necessidade consequente de cuidados a pessoas de idade (ROSENMARYR *In*: UNCCASAF [1992] e SIMEONI *In*: [1989]); referidos pelo INSERSO [1995b].

Após uma investigação realizada em 1995, pelo INSTITUTO NACIONAL DE SERVIÇOS SOCIAIS, (INSERSO), com o objectivo de conhecer o alcance e características do apoio informal em Espanha, para assim poder planificar programas e medidas de actuação de acordo com o diagnóstico real da situação, chegou-se a resultados de 25.6%, como a percentagem das pessoas de mais 65 anos que residem em viviendas, e dizem precisar de ajuda para a realização de alguma ou algumas actividades básicas da vida diária, o que significa, segundo a mesma fonte, que cerca de um milhão e meio de pessoas, das quais 650 mil têm mais de 80 anos. As actividades para as quais precisam de ajuda com maior frequência são: tomar banho, cerca de 14.2%; executar tarefas domésticas, 11.2%; subir ou descer escadas, 9%. Quanto ao perfil das pessoas que necessitam de ajuda, é claro um predomínio feminino, (66% com mais de 65 anos e 73% com mais de 80 anos, são mulheres). A dependência parece que se acentua em relação com o nível de estudos (92% das pessoas dependentes têm falta de estudos ou só alcançaram o nível primário). As tendências que apontam para o futuro, desenharam um incremento nítido da procura de cuidados

durante a velhice, quer devido à evolução demográfica, quer pelo contínuo crescimento da morbilidade em idades avançadas.

A investigação realizada em Espanha demonstrou que a grande maioria dos cuidados que precisam as pessoas idosas dependentes são assumidos pelos familiares ou substitutos (86.5% do total que recebem cuidados), querendo isto dizer que é o apoio informal que realiza esses cuidados. Os serviços sociais assumem 3.8% dos cuidados.

ORNELAS [1996], cita HAMMER; MAKIESKY-BARROW & GUTWIRTH [1978], que consideram as *redes sociais de apoio*, como grupos de suporte, este conceito surgiu em estudos epidemiológicos da doença mental, relacionados com as migrações, a marginalização social, o isolamento, a classe social, o estado civil, o emprego, o género, a idade ou a etnia. Outros trabalhos são citados por este autor: PATTISON; DEFRANCISCO; WOOD *et al.* [1975]; TOLSDORF [1976]; HAMMER [1963]; WOLF [1981]; GARRISON [1978]; BROWN [1973]; BROWN & HARRIS [1978]; MOXLEY [1988], cujas investigações revelam a importância das redes sociais de apoio, designadas ainda por; grupos de suporte, sistemas de suporte, redes sociais de suporte para o doente mental.

A investigação de HAMMER [1981], refere que a rede social, *à priori*, não é positiva ou negativa, apresenta-se, como alargada ou restrita, densa ou dispersa antiga ou recente e provavelmente composta por membros da família, amigos, vizinhos, colegas de trabalho, parceiros de internamento, membros de uma igreja ou de um clube, afirmando que todos os indivíduos dispõem de uma rede social e segmentos diferenciados dessa rede podem ser relevantes em determinados momentos ou de acordo com os objectivos específicos.

PATTISON; DEFRANCISCO; WOOD *et al.* [1975], verificou nos seus estudos que, as redes sociais dos doentes mentais esquizofrénicos eram mais pequenas e densas que as do seu grupo de controlo, composto por pessoas sem história de problemas relacionados com a saúde mental. Verificou ainda que os doentes mentais dispunham de redes sociais compostas por 8 a 12 pessoas, normalmente, incluindo pessoas com quem não estabeleciam relacionamentos de longo prazo; um colega de internamento, a enfermeira do serviço, um conhecido recente. As suas redes sociais eram caracterizadas por ambivalência emocional, assimetrias e sem trocas recíprocas, apresentando um sistema fechado.

TOLSDORF [1976], verificou que os internados por doença física, apresentavam uma maior proporção de ligações multidimensionais, enquanto que os doentes mentais esquizofrénicos, apresentavam uma proporção de ligações unidimensionais. Para os internados por doença física, a quantidade de suporte fornecido e recebido era simétrica, para os doentes mentais esquizofrénicos o suporte era assimétrico, apresentando estes últimos um menor número de recursos, e utilizavam os recursos disponíveis com menor frequência.

O estudo de BROWN & HARRIS [1978], sobre diferentes tipos de doenças mentais, realça que aspectos diferentes do suporte social, funcionam de forma diferente, consoante a problemática estudada. No seu trabalho sobre a depressão num grupo de mulheres, verificou que a presença de um confidente, seja ele o cônjuge, o namorado ou o amigo, pode desempenhar um papel protector. Contrariamente as mulheres que utilizavam serviços de saúde mental ou de acompanhamento nesta

área, eram menos sensíveis ao suporte social que aquelas que não haviam recorrido a qualquer tipo de tratamento.

A investigação em suporte social aplicada à população doente mental, está geralmente relacionada com variáveis de competência e funcionamento social, pelo que nestes estudos, se devem observar as dimensões da estrutura da rede social, o tamanho, a densidade a multidimensionalidade dos laços, a frequência dos contactos, a diversidade das fontes que contribuem para o desenvolvimento das ligações, acesso aos recursos, formais e informais, atitudes e o clima dos núcleos relacionais. Estes estudos demonstram, no seu conjunto, que a investigação das relações entre o suporte social e o percurso da doença nos indivíduos doentes mentais de longa duração é uma área que exige o desenvolvimento de métodos para a definição das variáveis mais relevantes para se poder realizar a medição e intervenção no suporte social desta população. A intervenção no suporte social, torna-se relevante quando verificamos a existência de doentes mentais que conseguem ultrapassar situações de crise sem recorrer ao internamento, através do suporte de um amigo, um familiar, ou por um técnico de acompanhamento.

Os direitos específicos dos idosos

NUNO GRANDE [2001], p. 18, descreve que “Os direitos específicos dos idosos inscrevem-se em cinco dimensões: Autonomia, participação, prestação de cuidados, auto-realização e dignidade”.

Assim a **autonomia** tem a ver com a criação de condições para que o idoso goze de bens materiais, meios de remuneração pelo trabalho ou por aplicação de rendimentos próprios, que garantam independência relativa face às exigências sociais. Também está ainda incluído neste direito, o de se manter no meio ambiental onde vive habitualmente, enquanto o desejar e for possível a manutenção das condições de sanidade. O direito de **participação social**, articula-se com o anterior e deve permitir que o idoso permaneça em contacto e tenha uma participação activa quer no seio da família quer noutros grupos sociais e intergeracionais, acesso às fontes de conhecimento novo, desde que adequado às capacidades e ao desenvolvimento intelectual de cada idoso. A garantia de acesso aos **cuidados de saúde, sociais e jurídicos** de forma a que possa ser mantida a sua autonomia e bem estar, constitui um dos direitos mais significativos para os idosos. A **auto-realização** tem a ver com o direito à vida privada, às memórias, aos sonhos, e às crenças constitui uma manifestação de individualidade, que exige um respeito absoluto. Assim a única forma de garantir a dignidade “é dimensionar a importância de cada vida para a vida de todos” (NUNO GRANDE [2001], p. 19).

Este autor refere ainda, que no nosso país, o respeito pelos direitos dos idosos é ainda muito pouco claro, só em 1943 é que pela primeira vez se fala, num regime de pensões de sobrevivência da função pública. A criação do Ministério da Saúde em substituição da Secretaria de Estado do Ministério do Interior, foi um passo fundamental na definição de novas políticas sociais, que ainda não diferenciavam o papel do idoso. Com a revolução de 1974, surge o direito à Segurança Social a todos os portugueses. No início deste milénio segundo este autor não é possível prever em que sentido se fará o desenvolvimento dos direitos dos idosos. A sociedade actual está assente na competitividade e em falsas necessidades, promovendo estraté-

gias de lucro que não têm consideração pelas reais carências dos velhos. O mesmo autor afirma que a sua convicção é “de que a inteligência vencerá a ambição e a mediocridade” (NUNO GRANDE [2001], p. 21).

1.6 PARTICIPAÇÃO DA FAMÍLIA NO APOIO SOCIAL

BARROS DE OLIVEIRA [1999], p. 323, refere que já nos finais do século passado VICTOR HUGO, escrevia, “a miséria de uma criança interessa à mãe, a miséria de um rapaz interessa à rapariga, a miséria de um velho não interessa a ninguém.”

Os idosos tendem a ter redes sociais mais reduzidas que os adultos mais jovens e os contactos interpessoais são menos frequentes. Os idosos dependem mais dos familiares e das amizades antigas com as quais contam para falarem dos assuntos mais importantes e que os preocupam. Os indivíduos à medida que tomam consciência que estão a envelhecer, as relações com os irmãos adquirem maior importância, tendo as irmãs um papel particularmente activo na manutenção das redes de parentesco. Grande valor também podem ter para o bem estar e saúde mental na terceira idade as relações íntimas com confidentes (SPAR & LA RUE [1998]).

Nas pessoas de 85 anos ou mais a diminuição da capacidade funcional é o maior entrave para continuar as amizades de toda uma vida ou de fazer novos amigos. Num estudo recente mais de 50% dos indivíduos disseram ter um ou mais amigos íntimos e 75% tinham contacto semanal com pessoas reconhecidas como amigas (JOHNSON & TROLL [1994], citados por SPAR & LA RUE [1998]). Segundo SUGISAWA; LIANG & LIU [1994], referidos ainda pelos mesmos autores, estar socialmente envolvido e dependente doutros parece ser importante para se envelhecer com sucesso tanto subjectiva como objectivamente. O desempenho de múltiplos papéis sociais como trabalhador, cônjuge, prestador de cuidados, avô, tem sido associado a uma maior satisfação com a vida e a sentimentos de auto-eficácia nos americanos idosos, tanto brancos como negros. Entre residentes idosos do Japão, a participação em organizações sociais foi associada a uma menor mortalidade durante um período de seguimento de 3 anos, quando se controlaram outros factores como a saúde.

YANGUAS; LETURIA; LETURIA *et al.* [1998], esclarece que as relações familiares constituem um papel fundamental no sentimento de bem estar psicológico. Nas pessoas idosas, dá-se um processo de reestruturação familiar que é originado pela saída dos filhos de casa, pela reforma, introdução de novos membros ou perdas. Hoje em dia a estrutura da instituição familiar está a sofrer grandes alterações, havendo uma grande diversidade: famílias monoparentais motivadas pela separação, divórcio, aumento de pessoas sós, etc.

BELSKY [2001], menciona ALZEMBERG & TREAS *In*: BIRREN, JAMES E & SCHAIK, K. WARNER [1985], que referem que em 1900, as possibilidades de que os quatro avós de um recém-nascido estivessem vivos, era somente de $1/4$. O facto de ser avô significava poder desfrutar dos netos, se o indivíduo era suficientemente afortunado para ser testemunha do nascimento da terceira geração. No entanto, em 1976, este privilégio tornou-se norma, já que as possibilidades de os quatro avós estarem vivos no momento do nascimento de um neto tinham aumentado para quase $2/3$. À medida que a família envelhece, a missão de educar os filhos, é fundamental, no entanto deixa de ser a única função da vida familiar. Têm pois, surgido novas preocupações: entender as prolongadas décadas da fase do matrimónio quando os filhos abandonam a casa e cuidar durante anos dos pais idosos e idosos frágeis. A socióloga ETHEL SHANAS, (SHANAS [1984]), citada por BELSKY [2001], nota que as fa-

mílias vão enfrentar relações geracionais desconhecidas, têm assim que se moldar a novos papéis, colocando as perguntas; como é que uma filha de 65 anos se relaciona com uma mãe de 90 anos?, como será uma avó de 40 anos, chefe de uma família? ...

Estas questões e outras fizeram com que nesta última década se produzisse um aumento do interesse pela família que envelhece, as relações familiares converteram-se numa das áreas da investigação mais explorada na gerontologia. Os próprios gerontólogos que estudam a família que envelhece também são pioneiros.

1.7 O IDOSO E O SEU AMBIENTE RESIDENCIAL

PAÚL [1996], alerta para a necessidade de reflectir sobre os vários aspectos relacionados com a problemática de isolar os idosos em ambientes preservados que podem ser instituições, residências ou as próprias casas, onde possam envelhecer e morrer com dignidade. É importante que se analisem os factores ligados às capacidades funcionais do idoso, à qualidade e adequação do seu ambiente residencial, ao sentir do idoso e ao seu bem-estar subjectivo. Para a maior parte das situações, a manutenção dos idosos na comunidade será a opção mais correcta, embora implique a criação de serviços próprios e activação do apoio informal por parte das instituições existentes e a criar.

De acordo com BELANDO & SARLLET *In*: BUENDÍA, JOSÉ [1997], um dos primeiros objectivos de qualquer plano de actuação dirigido às pessoas idosas é o de possibilitar a permanência no seu ambiente habitual e integrados no seu meio familiar e sócio-comunitário, desejo este que é também o dos próprios idosos. Em Espanha dentro da área dos serviços sociais do Plano Gerontológico, faz-se especial referência a este objectivo que para poder ser concretizado é necessário entre outros aspectos que a habitação do idoso reúna as condições necessárias de acesso e habitabilidade e o serviço de apoio ao domicílio se alargue.

Todos os países europeus acreditam nas vantagens da permanência do idoso na sua residência habitual, no seu meio. É neste sentido que as residências colectivas para idosos deixaram de ter prioridade. Estes autores afirmam ainda que o ingresso em instituições leva a um desenraizar do meio ambiente, levando em muitos casos a problemas psicológicos de interacção social e perda de autonomia. Para além destas razões ainda há outras de natureza económica, provocadas pelo aumento do gasto público. Assim, os países com menos recursos como a Itália, a Grécia e a Irlanda, apoiam o sistema domiciliário, recorrendo à solidariedade familiar intergeracional e à colaboração dos vizinhos. Esta política europeia considerou várias categorias de apoio no sentido de atingir o seu objectivo, “*estar em casa*”: – 1) serviços de ajuda domiciliária ; 2) cuidados de enfermagem; 3) o tele-alarme; 4) a distribuição de comida ao domicílio; 5) a terapia ocupacional; 6) a companhia para: passeios, higiene, correspondência, assistência para movimentos administrativos, empréstimo de livros, etc.

A solução institucional que também não pode ser dispensada, ficaria apenas para situações problemáticas de desintegração social e para grandes dependentes. O incremento destas proposições que são consensuais, não é completamente pacífica. A complexidade e a diversidade da relação do idoso com o meio residencial justifica

que a discussão deste problema seja alargada a outras áreas como sejam os aspectos ecológicos e que forneçam dados sobre a relação entre o ambiente residencial e o desempenho dos idosos. A mesma autora refere ainda que a diminuição das capacidades de adaptação do idoso, torna-o mais sensível ao meio ambiente, convertendo-se este, num importante elemento facilitador ou um entrave para a sua vida. WERNER *et al.* [1988], citado por esta autora, mencionam os aspectos seculares da casa de cada um, referindo três processos gerais pelos quais as pessoas podem estar ligadas às suas casas: os papéis e relações sociais; o livre arbítrio, ou seja os objectos e o meio são percebidos de acordo com a sua função utilitária e os procedimentos de apropriação, a pessoa apropria-se do seu meio, porque o controla, o torna familiar, cuida dele, formando-se uma unidade transaccional entre a pessoa e o ambiente. Assim como a localização da casa no espaço envolvente, influencia as relações interpessoais, também a organização do uso do espaço dentro da casa dá origem a diferentes tipos de comunicações e significado para os residentes. As pessoas também estão ligadas às suas casas por laços afectivos, concedendo-lhes um valor simbólico, por associação a memórias do passado. As casas reflectem valores culturais pessoais e sociais. O lar de cada pessoa que adquire um significado psicológico único para aquela pessoa deve ser preservado no sentido de que o idoso se mantenha nele poupando-lhe a separação que no caso deste ser obrigado a ir para um lar lhe trará todos os problemas ligados não só às perdas, mas a toda uma adaptação que terá que fazer a um novo ambiente, numa idade em que se sabe que as mudanças se tornam mais difíceis, trazendo por vezes consequências graves. De acordo com PAÚL [1996], das várias entrevistas realizadas, a escolha de um novo local para o idoso residir está limitado pelos baixos rendimentos, tornando a institucionalização um recurso que não pode ser considerado voluntário, já que na maioria das vezes é a única escolha possível. Quando se pretende que o idoso permaneça na sua própria residência, deve colocar-se o problema da adaptação das casas às necessidades e incrementar estratégias de apoio domiciliário. Relativamente às, por vezes necessárias, alterações a fazer nas casas, verificou-se que a maior parte dos idosos de mais de 74 anos, a residir na comunidade não faz essas alterações, nem no interior nem no exterior, não pensa em mudanças futuras, no caso de ter que mudar preferia um domicílio idêntico ao que habita. Tal atitude é porque consideram que a sua casa é confortável, parece aceitar as suas circunstâncias talvez por haver uma certa reacção à mudança.

UILLEMARD [1992], distingue quatro categorias de instrumentos utilizados para manter os idosos no domicílio, durante a maior parte do tempo possível, desde que não tenham sofrido perdas excessivas de autonomia: – 1) ajudas ao domicílio; 2) melhoria das condições de vida; 3) centros de assistência médica de dia, hospitalização no domicílio e 4) centros de sociabilidade.

1.8 AS INSTITUIÇÕES DE IDOSOS. LARES, CENTROS DE DIA

“Muitas civilizações antigas com culturas de ouro (gold standard cultures) usavam jovens (guerreiros) na guerra e trabalhos pesados, reservando os idosos (senadores, etimologicamente senescentes) para funções de aconselhamento. Os idosos são os sábios e fiéis depositários da tradição.” (SILVA [2001], p. 24).

Uma forma de promover a sabedoria dos mais velhos e tentar recuperar tradições, seria segundo este autor, “a criação de lares de idosos paredes meias com infantários e jardins-escola”. Os idosos não se sentiriam isolados. Teriam a oportunidade de interagir com as crianças podendo contar histórias, recuperando assim as tradições e mantendo-se activos, desempenhando o papel de avós. Tanto os lares como os infantários seriam locais de encontro e de construção, onde ‘avós’ e ‘netos’, estariam apenas quando os familiares não pudessem estar com eles, por razões de força maior.

HALL; MACLENNAN & LYE [1997], dividem as residências dos bairros sociais especialmente para idosos em: Categoria 1, que consiste numa habitação architectada e construída para o idoso e a Categoria 2, da qual fazem parte pequenos apartamentos ou partes de casa arrendadas, que se congregam sob a supervisão de um responsável. Reconhece-se recentemente, que a prestação de suporte adicional, com ajuda dos serviços social e de saúde, é possibilitado aos idosos mais frágeis e dependentes, neste segundo esquema, evitando por conseguinte que o idoso vá para um lar de terceira idade.

Para estes autores, apenas um pequeno número de idosos não consegue manter-se na comunidade, mesmo em habitações muito protegidas, necessitando de lares residenciais, com todo o apoio de hotelaria, os quais são fornecidos pelo departamento de serviços sociais das autarquias locais.

As instituições de velhice contribuem grandemente para o reforço de uma imagem social da velhice com grandes necessidades de apoio material, social, médico, afectivo e psicológico. As instituições utilizam métodos pelos quais a conduta humana é padronizada, obrigada a seguir por caminhos considerados desejáveis pela sociedade. A identidade não é algo preexistente, é atribuída em actos de reconhecimento social. “Somos aquilo que os outros crêem que sejamos” (BERGER [1986], citado por FERNANDES [1997]).

As trajectórias individuais que levam ao asilo, e hoje a instituições afins, têm em comum uma situação de marginal e a atitude comum de recusa de laços de apoio que quando associados às instabilidades da velhice como a loucura, a doença, a pobreza, a solidão, a auto-rejeição, têm no asilo a garantia da sobrevivência (TROVÃO [1988]), referida pela mesma autora.

FERNANDES [1997], menciona que os asilos desapareceram na nossa sociedade com esta designação, mas persistem, em alguns casos, no que concerne às características da população albergada. Em seu lugar surgem os “Centros de Dia”, os “Centros de Convívio”, as “Residências ou Lares de Terceira Idade”, a Universidade de Terceira Idade, a organização de serviços de “Apoio domiciliário”, entre outras iniciativas. Ainda de referir que as residências de que falámos têm a particularidade de acolherem casais. Desde o início da década de setenta que as políticas sociais da velhice decretaram que as instituições criadas, fossem orientadas pelos princípios de prevenção, da dependência e integração das pessoas idosas na comunidade. Mais recentemente foram criadas instituições que têm por princípio a manutenção dos idosos no seu próprio domicílio. São os centros de dia, os centros de convívio e os serviços de apoio domiciliário. Estas modalidades de gestão pública da velhice são preferidas por se considerar que têm maior respeito pela dignidade das

peessoas idosas, mas ainda porque são soluções economicamente menos dispendiosas que as de alojamento.

STREIM & KATZ *In*: BUSSE, EWALD W & BLAZER, DAN G. [1999], referem que de acordo com o “Levantamento Nacional sobre Asilos de 1985” (NATIONAL CENTER FOR HEALTH STATISTICS [1987]), aproximadamente 5% dos americanos de 65 anos e mais – 1.5 milhões de pessoas – residia em mais de 20 000 serviços de cuidados a longo prazo; 88% de todos os residentes em asilos tinham 65 anos de idade ou mais. As pessoas que vivem nessas instituições tendem a ser muito incapacitadas; 91% delas precisam de ajuda no banho; 78% para se vestirem; 63% para os hábitos de higiene pessoal e locomoção e 40% necessitam de ajuda para comer. Um total de 55% dos residentes em asilos eram incontinentes.

Apenas 8% desses residentes era independente em todas as actividades da vida diária e o tempo médio de permanência num asilo era de dois anos e meio.

BARROS DE OLIVEIRA [1999], p. 326, refere que com o fenómeno da solidão, relacionado com vários factores, põe-se o problema do alojamento dos idosos que tem sido muito debatido nos últimos tempos em Portugal. A questão é permanecer em casa ou ir para um lar?. “Com a fragmentação da família, os idosos deixaram de conviver com os mais novos. Os “lares para idosos” e os “centros de dia” proliferaram, a maior parte sem alvará e muitas vezes sem o mínimo de qualidade material e humana, visando apenas o lucro fácil. Pode haver lares bons, mas ainda assim o ideal seria que o idoso ficasse na família, no seu lugar natural, salvo excepções”.

Em Portugal os centros de dia que foram criados depois de 1976, são instituições de acolhimento parcial, contrariamente aos lares e residências, que são instituições totais, cujo incremento não se enquadra na filosofia de abertura e humanização e que apresentam um crescimento mais lento. Por último foram criados os centros de convívio e o serviço de apoio domiciliário, ambos em franco desenvolvimento. De salientar que em qualquer dos três casos, relativos às novas instituições, centros de dia e de convívio e serviços de apoio domiciliário, existe um princípio básico de respeito pelo meio de integração. Estas instituições são dirigidas às pessoas que têm mais de 60 ou 65 anos e mais, ou ser já reformado pelo que integra a categoria social à qual são destinados.

TROVÃO [1988], referido por FERNANDES [1997], faz notar que os lares ou residências para idosos são estabelecimentos de alojamento definitivo, cuja imagem que deles se tem é quase sempre negativa, porque remete para uma velhice triste, pobre e solitária. Estes estabelecimentos podem ser públicos, semi-públicos, privados com fins sociais e lucrativos. A maior parte dos seus *bóspedes* não têm descendentes directos e entram nestas instituições quando se torna impossível viver noutros lugares.

Para SAN MARTÍN; PASTOR & ALDEGUER [1990], citados por BELANDO & SARLLET *In*: BUENDÍA, JOSÉ [1997], as políticas sociais para a velhice devem ter como objectivo central o processo natural do envelhecimento das populações e dos indivíduos que as constituem, o que implica o correcto financiamento para que os objectivos sejam cumpridos.

Os objectivos segundo os autores, que as políticas para a velhice devem incluir são: 1) O objectivo central, produzir condições para o bem-estar social dos idosos com a participação activa destes; 2) proteger a saúde dos idosos; 3) prolongar a longevidade.

dade individual; 4) prolongar a vida activa dos indivíduos; 5) distribuir papéis sociais concretos aos idosos normais e autónomos, para que continuem a sua vida social activa, dando-lhes ainda o cargo social dos anciãos dependentes e incapacitados.

GUILLEMARD [1992], relativamente a esta problemática do envelhecimento faz a sua proposta em volta de quatro amplas orientações políticas com a finalidade de resolver os problemas acarretados pelo envelhecimento demográfico das sociedades europeias:

- 1 - Devem centrar-se no bem-estar material e psicossocial, dando relevada importância ao incremento da actividade das pessoas de idade avançada;
- 2 - Desenvolver as potencialidades de cada um em todas as idades para prevenir a perda de autonomia e a desintegração social, e desenvolver as políticas sociais em função das necessidades;
- 3 - Incrementar uma política de envelhecimento e não de velhice, sendo para isso necessário uma visão ampla a médio e a curto prazo, incidindo na prevenção;
- 4 - Deve contar com a participação de entidades de solidariedade sociais e não somente com as estatais e ainda com a participação das pessoas de idade, nas decisões dos assuntos que lhes dizem respeito.

1.9 EVOLUÇÃO DOS SISTEMAS DE ATENDIMENTO GERONTOLÓGICO

REIS JR. [2000], refere que toda a sociedade foi concebida em função da produção e dirigida para um adulto jovem, em estado de saúde, de forma a que cumpra a função da produtividade. Todos os equipamentos arquitectónicos, sociais, administrativos, gestão de tempo, gestão de espaço, ritmo de vida, estruturas económicas são elaboradas tendo em vista esse adulto e visando um projecto bem determinado – a produção. Este objectivo adapta-se mal à criança e ao adolescente, chegando mesmo a deformá-los, e à pessoa idosa, pois que estes equipamentos não estão adequados às suas necessidades e funções, e muitas vezes, promoveu o próprio envelhecimento da pessoa antes de tempo.

Este autor refere ainda que esta sociedade gerida por adultos especializou-se para adultos, e isto explica as diferenças e dificuldades que se encontram na elaboração duma política social para o envelhecimento, isto deve-se à incapacidade de se adaptarem esses esquemas concebidos para adultos aos problemas e às soluções particulares que interessam ao envelhecimento. Segundo uma perspectiva de desenvolvimento, no fim da vida far-se-á o balanço, sendo nesta altura que se contabilizam e se pagam os erros, os maus funcionamentos, os desregramentos que se vão manifestar sob três formas: – 1) a geriatria, que engloba o envelhecimento e a patologia que lhe é inerente; 2) o envelhecimento prematuro que corresponde ao preço que se tem de pagar por uma sociedade inadequada e 3) o envelhecimento dito “normal” que não se sabe muito bem aonde o situar, uma vez que não se tem a possibilidade de comparar a evolução de um universo de homens não industrializados com um universo de homens industrializados.

A grande variedade e complexidade dos elementos em causa, as suas evoluções diversas, a sua dinâmica e o seu modo de acção leva-nos a pensar que o envelheci-

mento é um sistema complicado que segundo a *teoria geral dos sistemas*, trata-se de um sistema aberto, embora auto-regulado, pois possui a sua própria entidade, mas também regulado por tudo o que o precedeu.

O objectivo da geriatria será o de aperfeiçoar o funcionamento deste sistema, corrigindo as inadaptações e ainda fazendo uma retrospectiva para tentar ligar certos efeitos a certas causas tarefa esta que segundo o mesmo autor é revestida de dificuldade.

SANCHO & RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ *In*: IZAL, MARÍA & MONTORIO, IGNACIO [1999], referem que em Espanha, na década de 80 e os primeiros anos de 90, implantou-se o actual modelo de serviços sociais de atendimento aos idosos. Produziu-se um considerável incremento dos recursos sociais mais tradicionais (lugares e clubes de reformados, residências, atendimento domiciliário), pondo-se ao mesmo tempo em marcha uma ampla gama de serviços de carácter mais inovador (centros de dia, tele-assistência, sistemas alternativos de alojamento, etc.). O desenvolvimento de uns e de outros fez com que se observassem mudanças qualitativas importantes nos princípios ideológicos e filosóficos. Naquela época, o objectivo prioritário dos serviços sociais públicos centrava-se na construção de residências dirigidas fundamentalmente para idosos com bom nível de autonomia funcional, mas com importantes problemas socioeconómicos.

Na actualidade a prioridade é para a planificação de serviços de atendimento para pessoas com mais de 65 anos de idade que lhes favoreçam a permanência em suas casas, no seu meio habitual, dando especial importância ao atendimento domiciliário. Segundo esta nova concepção, as residências e outros serviços institucionais ficam reservados para as pessoas, geralmente com mais de 80 anos, com problemas de dependência funcional e cognitiva de tal forma graves, que lhes impossibilite de viver no seu meio habitual com níveis mínimos de bem estar.

O Plano Gerontológico (INSERSO [1993]), dá relevo a 5 grandes áreas: Pensões, Saúde e Assistência Sanitária, Serviços Sociais, Cultura e Ócio e Participação.

Para cada uma delas se estabeleceram as grandes linhas de actuação bem como objectivos e medidas de complementaridade, assim como os organismos responsáveis para dar cumprimento.

Este plano tem uma perspectiva de globalidade que lhe permite atender ao conjunto de necessidades que podem experimentar as pessoas idosas e as suas famílias – desde as pensões até ao reconhecimento do seu papel social – bem como aos profissionais e ao conjunto da comunidade científica relacionada com a gerontologia, passando pela própria sociedade, que deve adaptar-se às transformações inerentes à mudança demográfica.

Os autores supra citados, referem-se ainda aos programas dentro das novas tendências de actuação, dividindo-os em dois grandes blocos: – os **assistenciais**, provenientes dos serviços sociais e sanitários e os programas de **participação social**.

Estes programas assistenciais vieram superar os antigos, oferecendo um modelo de atendimento que integra os serviços no ambiente comunitário próximo, respondendo de uma forma mais adequada e dentro de uma concepção sistémica de intervenção, às necessidades e solicitações das pessoas idosas e dos seus familiares. Nesta perspectiva, o próprio atendimento institucional não poderá ficar de fora deste

âmbito comunitário, já que ocupa um lugar importante apresentando-se como uma alternativa de qualidade para determinados perfis de pessoas idosas.

O outro grupo de programas referido pelos autores, tem a ver com projectos no âmbito da ocupação e do tempo livre para este grupo etário, incrementando assim a presença de maiores de 65 anos nas universidades, museus, aulas culturais, etc.

O plano gerontológico, INSERSO [1993], como foi referido pelos mesmos autores, e que abrange as cinco áreas já descritas, obedece a princípios e critérios de intervenção gerontológica, de modo a poderem garantir que os cuidados e atendimento, não se convertem em imposições dogmáticas que actuam contra a dignidade individual. Assim, passamos a citar os **princípios básicos**:

- a) a possibilidade de decidir entre diversas opções a que melhor se adequa às características individuais;
- b) respeito pela autonomia;
- c) participação;
- d) continuidade;
- e) integridade.

Quanto aos **critérios** apresentados são:

- a) diversidade;
- b) prevenção e reabilitação;
- c) interdisciplinaridade;
- d) coordenação e complementaridade;
- e) convergência.

PIMENTEL [2000], refere que a temática do discurso sobre as formas mais proveitosas de responder às necessidades dos idosos, tem sido dominada pelo apelo à não institucionalização e seguindo-se naturalmente o desenvolvimento de serviços de âmbito comunitário que permitam adequar a actuação dos profissionais institucionais com a permanência do idoso no seu meio. Sendo necessário reforçar a responsabilidade e comprometimento de agentes informais, de forma a garantir com maior ou menor intensidade, a continuidade dos elos relacionais e dos espaços de solidariedade. Esta complementaridade pode ser realizada com a interligação de três importantes actuações:

- 1 - **revitalização** das solidariedades informais com o envolvimento da família e vizinhança na prestação de cuidados e no acompanhamento do idoso. No entanto, refere a autora que tem havido um certo idealismo e moralismo nesses discursos, uma vez que essa articulação e complementaridade entre as redes de apoio formal e as redes de apoio informal, que estão na base das actuais políticas sociais neste contexto nem sempre são fáceis de concretizar. Tem-se verificado que a acção da família e as relações dentro da família têm desempenhado um papel importante compensando as insuficiências e desajustamentos da

assistência formal. Vários estudos realizados neste âmbito, têm demonstrado que a família continua a ser o principal pilar no apoio concedido ainda que de uma forma condicional e sujeita a diversas discontinuidades. De acordo com MARTIN [1995], citado por esta autora a sociabilidade, a interajuda, o apoio dos conhecidos ou a amizade dos parentes transformaram-se, assim, em novas perspectivas para as políticas públicas;

- 2 - **melhoria** de medidas que possibilitem a permanência do idoso no seu meio. Aqui é importante evidenciar a crescente diversidade de medidas e de respostas concretas que têm sido criadas no sentido de tornar o dia a dia do idoso mais facilitado e proporcionar um conjunto de serviços, comunitários e domiciliários, que atrasem o recurso ao internamento em instituições. Segundo a (DGAS) [1998], referida por esta autora, os serviços e equipamentos, nomeadamente: lares, centros de dia, centros de convívio, serviços de apoio domiciliário, acolhimento familiar e estruturas para pessoas em situação de grande dependência, apresentam uma evolução significativa, sobretudo ao nível dos centros de dia e serviços de apoio domiciliário, os quais de 1981 a 1995, passaram de 145 a 1,055 e de 28 a 992, respectivamente. Nos últimos anos desenvolveram-se, assim, os serviços de proximidade como os centros de dia, centros de convívio e apoio domiciliário, sendo este a grande prioridade a nível nacional e internacional. É desenvolvido por ajudantes familiares que, em articulação com instituições de suporte, prestam um conjunto de serviços que não podem ser continuados pelo idoso ou por familiares, como por exemplo, o fornecimento de refeições, higiene pessoal e de habitação, acompanhamento ao médico ou a realização de pequenas tarefas. Este serviço pressupõe, contudo, a co-responsabilização de vários agentes formais e informais, uma vez que a sua filosofia de base assenta na complementaridade e não na substituição. Como complemento de todas estas respostas tem sido colocado ao serviço de bem-estar dos idosos um conjunto de novas iniciativas que vão desde o desenvolvimento de programas de lazer e de turismo, à possibilidade de adquirir formação e de desenvolver potencialidades através das denominadas Universidades para a Terceira Idade, até à utilização de medidas e novas tecnologias para diminuir o isolamento de alguns idosos que, por diversos motivos têm dificuldade em manter contacto com outros indivíduos da comunidade. O telealarme, constitui um sistema de telecomunicação que, liga a pessoa a uma central, permitindo uma intervenção relativamente rápida em situações de emergência;
- 3 - **promoção** e aproveitamento das dinâmicas locais. Neste âmbito é importante destacar a importância que hoje se dá ao estabelecimento de parceria, ao aparecimento de novos agentes na produção e distribuição do apoio social e à nova atribuição de competências e tarefas entre o público e o privado, não numa perspectiva de oposição, mas numa linha de continuidade e de cooperação. Isto implica um envolvimento real de todos os parceiros, um esforço conjunto para intervir na gestão social, com diferentes responsabilidades mas complementares. A autora termina, sugerindo que a próxima iniciativa de âmbito internacional sobre a velhice e o envelhecimento fosse orientada para uma real e séria identificação das condições dos idosos nos lares e para a sen-

sibilização e formação de todos os agentes envolvidos (formais ou informais), com o objectivo que nesses espaços, os cidadãos idosos sejam igualmente tratados, reconhecidos e respeitados.

REIS & SILVA [2000], descrevem que a assistência domiciliária, que como já se referenciou anteriormente, faz parte das redes de apoio social, baseia-se num trabalho de conjunto, em equipa multidisciplinar de saúde, constituída por médico e enfermeiro, em colaboração com outros profissionais de saúde (assistente social, etc.) que têm como principais objectivos: potencializar o auto-cuidado do paciente, promover o envolvimento da família, melhoria do controlo da doença, a prevenção de complicações e a redução da morbilidade.

Em Portugal, como foi referido no XXIII Congresso Português de Geriatria, não existe nenhum Plano Gerontológico como também não há especialidade de Gerontologia/ Geriatria, e a nível de infra-estruturas as carências são várias: “não temos hospitais geriátricos e só existe um departamento de geriatria em Ponte de Lima” MAGRO *In*: XXIII CONGRESSO PORTUGUÊS DE GERIATRIA [2002]. Este autor, também condenou a discriminação dos idosos no acesso aos cuidados de saúde, declarando que; “o velho, de um modo geral, é muitas vezes excluído dos tratamentos de ponta”.

PEREIRA *In*: XXIII CONGRESSO PORTUGUÊS DE GERIATRIA [2002], anunciou na sessão de abertura do referido congresso a proposta formulada pela Direcção – Geral da Saúde colocada à apreciação do Ministro da Saúde que assenta basicamente em quatro vertentes: – 1) promoção do envelhecimento activo ao longo de toda a vida; 2) maior adequação dos cuidados de saúde às necessidades específicas das pessoas idosas; 3) promoção e desenvolvimento intersectorial de ambientes capacitadores de autonomia e independência dos idosos e, finalmente, 4) uma atenção especial às pessoas idosas mais frágeis e vulneráveis.

Relativamente ao primeiro ponto o documento ainda contempla as estratégias de intervenção: “informar e formar as pessoas idosas sobre a actividade física moderada e as melhores formas de a praticar, ainda estimulação das funções cognitivas, a gestão do ritmo sono/ vigília, a nutrição, hidratação, a eliminação, a manutenção do envelhecimento activo, nomeadamente na fase da reforma.”.

Quanto à adaptação dos cuidados de saúde, o mesmo autor, que sendo o responsável pelos mesmos, referiu: “há necessidade de identificar os determinantes de saúde da população de idosos e as dificuldades mais frequentes de acesso dos idosos aos serviços de saúde e cuidados de saúde”. Também é preciso fazer “um rastreio dos critérios de fragilidade, através do exame periódico de saúde, informar a população idosa e suas famílias sobre a utilização correcta dos recursos necessários à saúde” e “abordar as situações mais frequentes de dependência, nomeadamente défices motores, sensoriais, cognitivos, ambientais e sócio-familiares”. Nesta área, as estratégias delineadas abrangem igualmente uma abordagem das “situações demenciais, em especial a doença de Alzheimer, assim como a prevenção da depressão e do luto patológico”. É ainda importante intervir ao nível “da incontinência, saúde oral, prevenção dos efeitos adversos da automedicação e da polimedicação e ainda, na “prestação de cuidados domiciliários a pessoas idosas doentes ou com dependência.”.

O segundo eixo de acção deste plano será: 1) a orientação técnica dos prestadores de cuidados sobre os tipos e adequação das ajudas técnicas; 2) a abordagem das patologias incapacitantes mais frequentes; 3) a melhoria da acessibilidade à informação sobre medicamentos; 4) e informação da fase final da vida e do luto.

O terceiro aspecto contempla a informação dos indivíduos sobre a detecção e eliminação de barreiras arquitectónicas bem como das tecnologias disponíveis precursoras de segurança e independência como o Tele-alarme. Importa ainda, prevenir acidentes no domicílio e em espaços de lazer, detecção e encaminhamento de casos de violência, abuso ou negligência.

1.10 PROBLEMAS SOCIAIS DO IDOSO

Para HALL; MACLENNAN & LYE [1997], p. 73, “Um problema social pode definir-se como uma dificuldade que surge devido à permanência continuada do idoso na sua comunidade, com o aparecimento de algum stress social, o qual é tido como inaceitável para todos os envolvidos na prestação de cuidados ao idoso, ou é o próprio idoso porque não está receptivo ou satisfeito com o tratamento médico”. O idoso é normalmente rotulado como “problema social” pelos médicos, uma vez que sentem que estes doentes no futuro serão mais da responsabilidade dos serviços sociais do que dos serviços médicos. Estes consideram que o doente idoso necessita apenas de alguém que cuide das suas necessidades e mantenha algumas actividades do dia a dia. O problema social ocorre habitualmente na sequência da perda de capacidade do idoso para a execução das tarefas da vida diária, essenciais à manutenção da sua autonomia, sem constituir um risco ou perigo para o próprio e para os outros. Dizem estes autores ainda que, se os problemas “sociais” são considerados problemas de “desempenho”, a sua resolução será mais fácil; através do contributo social, com esquemas de trabalho e auto-ajuda; contributo médico-social, com auxílio adequado, suporte, refeições, habitação e transporte. São diversas as causas desses problemas sociais, podendo ir desde a incapacidade física, incapacidade mental, inadaptação social, personalidades difíceis, até ao comportamento anti-social.

De acordo com VICENTE DE CASTRO *In*: IV CONGRESSO LUSO-ESPANHOL [2000], os novos desafios e algumas novas propostas de realização activa para as pessoas idosas são:

- A mudança de estereótipos relativamente às pessoas de idade;
- Novo horizonte cultural de recuperação de tradições;
- Novo horizonte social, papel activo na família;
- Novo horizonte de modificação urbana, residências adaptadas às pessoas idosas;
- Novo horizonte relativo ao ócio e tempo livre.

A questão que este autor coloca é: o que fazer? – A esta questão a resposta é de actuar, rompendo com os mitos, com os estereótipos, pré-juízos e ideias erradas acerca do envelhecimento e da velhice.

- Actuar aprendendo e reconstruindo a tradição;
- Actuar obrigando a modificar o que nos cerca, a cidade. Fazer cidades habitáveis e acessíveis pois é benefício para todos;
- Actuar proporcionando novos espaços de ócio e de tempo livre.

Após romper com os mitos negativos, passa-se à recuperação de papéis: o papel activo de aprender, o papel activo de implicação reconstruindo o passado, a tradição, o papel activo de aprender a utilizar o tempo livre e o papel de exigência social de modificar a sociedade e a cidade.

PAÚL & FONSECA [1999b], p. 350, referem que “o drama do envelhecimento e talvez também a esperança é que o processo não é único e a escolha é feita ao longo de todo o percurso”. Quando a conjuntura é desfavorável e o envelhecimento tende para o pólo patológico, torna-se necessário intervir na optimização do meio, estando atento às queixas psicológicas do idoso, responsáveis por uma grande parte do mal estar por ele sentido e que não são seguramente intrínsecas ao envelhecimento. Torna-se então indispensável “trabalhar o paradigma da salutogénese, invertendo a lógica miserabilista relativa aos idosos”, formando equipas pluridisciplinares que actuariam a nível biológico, psicológico, social, etc., de forma a que os idosos viessem a ter um envelhecimento óptimo.

1.11 PROGRAMAS INTERGERACIONAIS

VEGA VEGA & BUENO MARTÍNEZ [1996] e VEGA VEGA & BUENO MARTÍNEZ [2000], referem-se aos programas inter-geracionais como uma nova metodologia de acção social. Um programa define-se como inter-geracional quando une várias gerações em actividades planeadas com o objectivo de desenvolver novas relações e alcançar objectivos específicos. Preconiza-se que diferentes gerações possam trabalhar juntas, permitindo-lhes beneficiar e aprender umas com as outras. Estes programas segundo os mesmos autores podem considerar-se como veículos de educação cívica, que não só afectam as pessoas que participam neles, como também se propagam a todo o sistema social.

Paralelamente pode definir-se um novo campo de serviços sociais, através de programação e intercâmbio inter-geracional, esta será uma nova forma de realizar acções. O modelo a incrementar será o da solidariedade, uma vez que a estrutura e as características da família actual, fazem com que seja necessário reforçar o intercâmbio entre gerações na comunidade.

Estes programas seguem a metodologia geral do desenvolvimento e evolução de qualquer programa de intervenção, tendo no entanto alguns aspectos específicos, pois vão de encontro à solução de problemas sociais reais. Estes programas surgiram com o envelhecimento da população como uma forma de mostrar a utilidade e a capacidade de actuação das “pessoas maiores”, levam a que se faça uma avaliação global da situação, uma vez que implicam vários grupos sociais, centros, vários programas e problemas específicos. Pelo que só analisando globalmente os problemas é que se pode fazer uma ampla cobertura. Referem ainda estes autores que cada geração põe em jogo os recursos de que dispõe, quer sejam económicos, de tempo, sociais, etc., estes recursos, que habitualmente permanecem ocultos, só se activam

quando várias gerações se dispõem a trabalhar juntas. Nestes programas intergeracionais todas as gerações trazem algo, o intercâmbio não é unidireccional nem passivo, aproveitam-se os recursos de toda a sociedade, sendo um dos objectivos destes programas explorar as dependências mútuas e não somente juntar as pessoas, promovem directamente a solidariedade entre diferentes gerações, realçando as estratégias e os valores da família tradicional, também incentivam a auto-estima e auto conceito dos que neles participam, assim como a consciência do valor de cada geração. Constituem assim um marco adequado para desenvolver a solidariedade e a interdependência entre gerações.

Estes autores fazem notar ainda que o panorama sócio-demográfico actual nos coloca frente a uma nova situação que requer uma análise adequada e consequentemente o encontrar novos programas de acção social.

Capítulo II ALTERAÇÕES COMPORTAMENTAIS

2.1 PERTURBAÇÕES DO HUMOR

BLATT [1991], citado por CAMPOS [2000], refere que algumas das abordagens recentes da psicopatologia, são baseadas em sintomas, tentando estabelecer classificações nosológicas descritivas que possam ajudar o clínico e o investigador na elaboração de diagnósticos. No entanto, torna-se difícil testar a validade deste método.

BLATT & MAROUDAS [1992], citados pelo mesmo autor, referem-se à dificuldade de estabelecer tipos de depressão com base nas expressões sintomáticas, devido à grande variedade de sintomas.

CAMPOS [2000], faz referência a BLATT & HOMANN [1992], que defendem a importância de observar até que ponto as experiências precoces podem criar predisposições para que determinados indivíduos se tornem vulneráveis a estados afectivos disfóricos profundos em consequência de factores actuais, como problemas de perdas relacionais, ou insucessos pessoais. Na infância acontece que as relações com as figuras parentais são difundidas em representações mentais e que uma relação perturbada pode criar vulnerabilidade à depressão, através da acção dessas representações. Mais tarde as representações mentais interagem com acontecimentos perturbadores internos ou externos precipitando a doença depressiva – “Mas foi em última instância, a impossibilidade de estabelecer boas relações e níveis de representação adequados, que originou uma vulnerabilidade à depressão” (BLATT; WEIN; CHEVRON *et al.* [1979]), mencionado por CAMPOS [2000], p. 315.

O modelo de BLATT assenta na ideia de que vários factores contribuem para a ocorrência de depressão, nomeadamente aspectos de temperamento, características e estilos parentais, de vinculação, acontecimentos externos traumáticos na infância e factores precipitantes actuais, sendo importante a sua interacção, que neste caso é de incompatibilidade entre as características do temperamento da criança e as dos pais (BLATT & HOMANN [1992]).

O autor supra citado, descreve ainda que os pais, especialmente a mãe, com uma atitude inconsciente, descuidada, desligada ou superprotectora, pode criar uma vulnerabilidade interpessoal, com dependência, instabilidade afectiva, preocupações com as relações e uso de defesas, do tipo fuga como a negação. Na idade adulta, em presença de experiências de perda, abandono, de rejeição ou de desamparo pode acontecer uma *depressão de dependência*, com sentimentos de desamparo, tristeza, solidão, abandono, desamor e uma procura desesperada de um objecto de substituição que possa proporcionar amor. Normalmente estes sentimentos são acompanhados de perturbações somáticas.

Em oposição, um estilo parental intrometido, controlador e crítico, de ambos os pais, pode gerar uma vulnerabilidade auto-avaliativa, onde estão presentes sentimentos de desvalorização e culpa e uma atitude de autocrítica e de procura de realizações como mecanismo compensatório. Pode ao mesmo tempo haver sentimento de oposição, crítica e raiva para com os outros. Na presença de experiências de insucesso nas realizações pessoais, culpabilização, ridicularização, ou depreciação, por parte dos outros e/ou perda de controlo sobre o ambiente pode desenvolver-se

uma depressão de *autocriticismo*, onde se encontram sentimentos fortes de desvalorização e de culpa, uma forte autocrítica e tentativas desesperadas de realização para compensar esses sentimentos. Podem ocorrer comportamentos auto e hetero-agressivos (BLATT; QUINLAN; CHEVRON *et al.* [1982]).

BLATT [1974], citado ainda pelo mesmo autor, distingue uma *depressão anaclítica simples* ou de dependência de uma *depressão Introjectiva* ou de autocriticismo. Assim os sentimentos centrais na *depressão anaclítica* são, o desamparo, a fraqueza e o não se sentir amado, pelo que existem desejos marcados de ser cuidado protegido e amparado. Têm dificuldades em suportar a espera, buscam desesperadamente a satisfação, necessidade intensa em ser amado e lutam desesperadamente pelo contacto directo com o objecto gratificante. O indivíduo com este tipo de depressão tem um grande medo de ser abandonado e de não ser amado. Sendo pouco reflexivo e muito exigente no relacionamento com os outros, provoca sentimentos de raiva e a rejeição que tanto teme.

Por outro lado na *depressão Introjectiva* encontra-se sentimentos de desvalorização, de culpa e de não ter vivido, à altura das expectativas, encontra-se um super-eu severo, uma forte moralidade com uma constante auto-avaliação.

BLATT [1974], p. 118, refere que, “podem encontrar-se reacções maníacas em ambos os tipos de depressão. Na depressão anaclítica estas reacções consistirão sobretudo numa intensa procura e ligação a vários objectos. Na depressão introjectiva, registar-se-ão tentativas frenéticas de demonstração de força, de poder, de atractividade física ou de capacidades intelectuais, ou ainda tentativas frenéticas de realização pessoal”.

BLATT & SHICHMAN [1983], referenciados por CAMPOS [2000], p. 313, escrevem, “Nesta forma de depressão existe uma excessiva necessidade de perfeccionismo, uma tendência para assumir a responsabilidade e o sentimento de não conseguir aceitação e reconhecimento. Há uma constante preocupação em ser punido. A presença do objecto é necessária não tanto para proporcionar gratificação, mas sim aprovação”.

O envolvimento em muitas actividades pelo indivíduo introjectivo pode ser visto como um mecanismo de compensação de sentimentos de desvalorização e culpa. Este sentimento de culpa e vergonha por não corresponder às expectativas tem interiorizado as atitudes críticas e primitivas das figuras parentais. Estes indivíduos fazem tentativas de realização pessoal com bons resultados para obterem o reconhecimento e compensar os sentimentos de inadequação (BLATT & MAROUDAS [1992]), citados ainda pelo mesmo autor.

Este autor cita ainda BLATT [1974], que refere que as reacções maníacas podem estar presentes em ambos os tipos de depressão. Na *depressão anaclítica* estas reacções consistem sobretudo numa intensa ligação a vários objectos. Na *depressão introjectiva* verificam-se tentativas exageradas de demonstração de força, de poder, de atractividade física ou de capacidades intelectuais, ou ainda tentativas persistentes de realização pessoal. Segundo este autor, estes dois tipos de perturbações depressivas, podem ser relativamente moderados ou atingir níveis bastante graves.

CAMPOS [2000], refere que se pode concluir que o modelo de BLATT, define a depressão com base em factores de personalidade, distinguindo tipos de depressão através da natureza das experiências mais importantes para os indivíduos e que po-

dem contribuir para a ocorrência de episódios repetidos. Tendo o modelo ainda uma componente de diátese ou seja, a personalidade predisponente interage com acontecimentos perturbadores para originar a depressão. Assim, os dois tipos de depressão teriam origem em perturbações específicas do desenvolvimento, manifestando-se em resposta a acontecimentos específicos, mais tarde no ciclo da vida, e expressando-se através de padrões de sintomas diferentes.

As alterações do estado de ânimo, segundo DUBOVSKY & BUZAN *In*: HALES, ROBERT E; YUDOFKY, STUART C & TALBOTT, JOHN A [2000], não são doenças isoladas, mas síndromas complexos com várias etiologias, diferentes evoluções e respostas aos tratamentos. Fazendo-se uma análise mais alargada e pormenorizada poder-se-á entender melhor. O facto de se fazer a descrição mais completa de um episódio afectivo em determinado momento não capta completamente o quadro de uma perturbação do estado de ânimo na sua evolução temporal. Pois que, os transtornos do estado de ânimo não são quadros estáticos, mas sim dinâmicos nos quais cada novo episódio está relacionado com os episódios anteriores (POST [1992 b]), citado por estes autores.

De acordo com a classificação da AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION [1996], as Perturbações do Humor dividem-se em: perturbações depressivas (*depressão unipolar*); perturbações bipolares e em duas perturbações baseadas na etiologia que são: perturbações do humor devida a um estado físico geral e perturbação do humor induzida por substância. As perturbações depressivas (*depressão unipolar*): perturbação depressiva *Major*, perturbação distímica e perturbação depressiva sem outra especificação, distinguem-se das perturbações bipolares pela ausência de história de episódio maníaco, misto ou hipomaníaco. As perturbações bipolares: bipolar I; bipolar II; ciclotímica e bipolar sem outra especificação, implicam a presença ou história de episódios maníacos, mistos ou hipomaníacos e habitualmente acompanhados de presença ou história de episódios depressivos *Major*.

BLAZER & KOENIG *In*: BUSSE, EWALD, W & BLAZER, DAN G. [1999], mencionam que a depressão pode ser explicada de pelo menos três maneiras: – 1) a depressão pode ser vista como um **fenómeno unitário**, com as várias manifestações de depressão. As listas de sintomas de depressão, tais como a Escala de Auto-avaliação de Depressão de ZUNG (ZUNG; RICHARDS & SHORT [1965]) e a Escala de Depressão Geriátrica (YESAVAGE; BRINK; ROSE *et al.* [1982]), seriam úteis na determinação até que ponto um indivíduo sofre de depressão na velhice; 2) os modernos investigadores fazem uma **abordagem categórica**, da depressão, como é exemplificada no DSM-IV (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION [1996]), tem sido de maior interesse para os clínicos modernos. Considerando-se os transtornos afectivos como um grupo de entidades distintas ou síndromas independentes, o diagnóstico e a manipulação da depressão ficam associados ao modelo médico tradicional. Este modelo foi adoptado pela maioria dos psiquiatras geriátricos e, 3) a terceira abordagem é **funcional**, os sintomas depressivos tornam-se suficientemente severos a ponto de serem identificados como um caso digno de atenção clínica quando a função está prejudicada. Principalmente a função social, o desempenho de papéis de responsabilidade, que para a família, a função é um elemento crítico, assim um idoso que dorme, tem melhor apetite e deixa de pensar em suicídio, pode ser considerado pelo médico como melhor, mas para a família pode não ser significativa essa

melhoria caso persistam o isolamento e o desinteresse pelo ambiente social depois da terapia adequada.

2.2 PERTURBAÇÃO DEPRESSIVA MAJOR

A perturbação Depressiva *Major* é caracterizada por um ou mais episódios depressivos *Major* ou seja, pelo menos duas semanas de humor depressivo, ou perda de interesse, acompanhado pelo menos de quatro sintomas adicionais de depressão. (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION [1996]).

SPAR & LA RUE [1998], citam HEITHOFF [1995], que afirma que a depressão *Major* é a forma mais grave de perturbação de humor no idoso, ocorrendo em cerca de 1% dos indivíduos com mais de 65 anos e é o motivo de mais de 60% das admissões em unidades de psiquiatria geriátrica.

Características do Episódio Depressivo *Major*

De acordo com DSM-IV, AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION [1996], p. 328, "... a característica essencial de um Episódio Depressivo *Major* é um período de pelo menos de duas semanas durante o qual existe ou humor depressivo ou perda de interesse em quase todas as actividades. Em crianças e adolescentes o humor pode ser irritável em vez de triste. O sujeito deve igualmente experimentar pelo menos quatro sintomas adicionais de uma lista que inclui alterações no peso; sono; actividade psicomotora; diminuição da energia; sentimentos de desvalorização pessoal ou culpa; dificuldades de concentração ou em tomar decisões; pensamentos recorrentes a propósito da morte ou planos, tentativas ou ideação suicida." Para que o sintoma seja distinguido como sintoma de um Episódio Depressivo *Major*, deve estar presente há pouco tempo ou ter piorado claramente em comparação com o estado da pessoa antes do episódio. Os sintomas devem perdurar durante a maior parte do dia, quase todos os dias, durante pelo menos duas semanas consecutivas. O episódio deve ser acompanhado por mal-estar clinicamente significativo ou com problemas no funcionamento social, ocupacional ou noutras áreas importantes. Para alguns indivíduos com episódios ligeiros o funcionamento pode parecer normal, mas requer um notável aumento de esforço. A avaliação de Episódio Depressivo *Major* em indivíduos segue os critérios descritos no DSM-IV, AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION [1996], p. 335, que se passam a citar:

A. Estão presentes cinco (ou mais) dos seguintes sintomas durante o mesmo período de duas semanas e representam uma alteração do funcionamento prévio, pelo menos um dos sintomas é: 1) humor depressivo ou 2) perda de prazer ou interesse. “

1 - humor depressivo durante a maior parte do dia, quase todos os dias, indicados ou pelo relato subjectivo (por exemplo, sente-se triste ou vazio) ou pela observação de outros (por exemplo, parece choroso);

Nota: Em crianças e adolescentes o humor pode ser irritável.

- 2 - diminuição clara do interesse ou prazer em todas, ou quase todas, as actividades durante a maior parte do dia, quase todos os dias (indicado pelo relato subjectivo ou pela descrição de outros);
- 3 - perda de peso quando não está a fazer dieta, ou aumento de peso significativo (por exemplo, uma alteração de mais de 5% do peso corporal num mês), ou diminuição ou aumento do apetite quase todos os dias;
Nota: Em crianças, deve-se considerar o não atingir os aumentos esperados de peso.
- 4 - insónia ou hipersónia quase todos os dias;
- 5 - agitação ou inibição psicomotora quase todos os dias (observável por outros, e não meramente pelo relato subjectivo de se sentir agitado ou lento);
- 6 - fadiga ou perda de energia quase todos os dias;
- 7 - sentimentos de desvalorização ou culpa excessiva ou inapropriada (quase pode ser delirante) quase todos os dias (não meramente autocensura ou sentimentos de culpa por estar doente);
- 8 - diminuição da capacidade de pensamento ou concentração, ou indecisão, quase todos os dias (ou pelo relato ou pela observação de outros);
- 9 - pensamentos recorrentes acerca da morte (não somente acerca do medo de morrer), ideação suicida recorrente sem um plano específico, ou uma tentativa de suicídio ou um plano específico para cometer suicídio”.

- B. Os sintomas não preenchem os critérios para Episódio Misto.
- C. Os sintomas causam mal-estar clinicamente significativo ou deficiência no funcionamento social ocupacional ou qualquer outra área importante”.
- D. Os sintomas não são provocados pelo efeito fisiológico directo de uma substância (por exemplo, abuso de droga, medicação) ou um estado físico geral (por exemplo, hipotiroidismo)”.
- E. Os sintomas não são melhor explicados por **luto**, isto é, depois da perda de um ente querido, os sintomas persistem por mais de dois meses ou são caracterizados por uma marcada deficiência funcional, preocupação mórbida com sentimentos de desvalorização pessoal, ideação suicida, sintomas psicóticos ou inibição psicomotora”.

A Perturbação Depressiva *Major* grave está associada a uma elevada mortalidade, podendo a taxa de suicídio ir até 15%, sendo quatro vezes maior em sujeitos com esta perturbação que têm mais de 55 anos. Idosos internados em lares com esta patologia têm uma probabilidade de morte muito mais aumentada, durante o primeiro ano. Os idosos consultados em clínicas de cuidados de saúde primários com Perturbação Depressiva *Major* têm mais dores, mais doenças físicas e diminuições no funcionamento físico e social.

2.3 DEPRESSÃO BIPOLAR OU MANÍACO DEPRESSIVA

PIO ABREU [2001], p. 83, refere-se à depressão bipolar, a que opta por chamar psicose maníaco depressiva, como a doença que afectou alguns génios criadores como SCHUMAN, BEETHOVEN, BALZAC, HEMINGWAY, ANTERO DE QUENTAL, entre outros e comenta, “não é só doença dos génios; é também a doença que confere a genialidade criativa”.

De acordo com o DSM-IV, AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION [1996], p. 341, os **critérios para Episódio Maníaco são:**

- A.** Um período distinto de humor anormal e persistentemente elevado, expansivo ou irritável, que dura pelo menos uma semana (ou qualquer duração se for necessária hospitalização).
- B.** Durante o período de perturbação de humor, três (ou mais) dos seguintes sintomas persistem (quatro se o humor for somente irritável) e estiveram presentes em grau significativo:
 - 1 -** auto-estima aumentada ou grandiosidade;
 - 2 -** diminuição da necessidade de dormir (por exemplo sente-se descansado depois de somente três horas de sono);
 - 3 -** mais falador que o habitual e pressão para continuar a falar;
 - 4 -** fuga de ideias ou experiência subjectiva de aceleração de pensamento;
 - 5 -** distractibilidade (isto é, a atenção é facilmente desviada para estímulos externos irrelevantes);
 - 6 -** aumento da actividade dirigida para determinados objectivos (quer sociais, no emprego ou na escola, quer sexuais) ou agitação psicomotora;
 - 7 -** envolvimento excessivo em determinadas actividades agradáveis que potencialmente podem ter consequências desagradáveis (isto é envolve-se em gastos extravagantes, comportamentos sexuais indiscretos ou investe em negócios sem valor);
- C.** Os sintomas não preenchem os critérios para episódio misto.
- D.** A perturbação do humor é suficientemente intensa para provocar uma deficiência marcada no funcionamento ocupacional ou qualquer outra actividade social ou relacionamento com outros, ou necessitar de hospitalização para prevenir danos para o próprio ou outros, ou existem características psicóticas.
- E.** Os sintomas não são provocados pelo efeito fisiológico directo duma substância (por exemplo, abuso de droga, medicação ou outro tratamento) ou um estado físico geral (por exemplo hipotiroidismo)”.

Os critérios para Episódio Misto são os seguintes:

Um Episódio Misto é caracterizado por um período de tempo (com a duração de pelo menos uma semana) no qual estão preenchidos os critérios para Episódio Maníaco e para Episódio Depressivo *Major* quase todos os dias. O sujeito experimenta alterações de humor de modo rápido (tristeza, irritabilidade, euforia) acompanhadas por sintomas de Episódio Maníaco e o Episódio Depressivo *Major*.

O quadro sintomático inclui frequentemente agitação, insónia, desregulação do apetite, características psicóticas e ideação suicida. A perturbação tem de ser suficientemente intensa para provocar uma clara deficiência no funcionamento social ou ocupacional ou requerer hospitalização, ou ser considerado por características psicóticas (critério B). A perturbação não é provocada pelos efeitos fisiológicos directos de uma substância ou de um estado físico geral (critério C).

Os Episódios Mistos podem desenvolver-se a partir de um Episódio Maníaco ou de um Episódio Depressivo *Major* ou podem desencadear-se sem uma história prévia. Os Episódios Mistos podem durar de algumas semanas a vários meses e podem entrar em remissão com ou sem sintomas ou evoluírem para um Episódio Depressivo *Major*. Sendo muito menos frequente um Episódio Misto evoluir para um Episódio Maníaco.

Coincidências e discrepâncias no estudo da depressão.

MAIA [2000], refere que a depressão terá constituído a primeira perturbação a ser explicada a partir dos desvios de processamento de informação, quando BECK [1963]; BECK [1964], citado por esta autora, concebeu a depressão como uma perturbação do pensamento explicitando os erros cognitivos cometidos pelos indivíduos deprimidos.

Os conteúdos do pensamento dos deprimidos foram bem resumidos por BECK [1963]; BECK [1967] e BECK [1970], na sua célebre “tríade cognitiva”, onde afirma que os pensamentos dos deprimidos são caracterizados por uma visão negativa de si próprio, do mundo e do futuro. Estes conteúdos são visíveis numa auto-imagem depreciada, dominada pela ideia de que se é indigno, inadequado ou indesejável; enquanto o meio ambiente se apresenta cheio de obstáculos intransponíveis que conduzirão necessariamente ao fracasso. O futuro é percebido num cenário negro, em que os esforços desenvolvidos serão insuficientes para mudar um curso de vida condenado à derrota. Para além das dimensões incluídas na “tríade cognitiva”, e que se tornaram uma referência clássica para descrever os conteúdos do pensamento na depressão, os clínicos reconhecem igualmente que na depressão há um domínio dos temas de fracasso pessoal, perda e privação ou abandono.

A nível da atenção, a observação dos deprimidos levou vários autores a concluir que eles tendem a ter a atenção selectiva para acontecimentos negativos, ao mesmo tempo que dão uma atenção especial às críticas e às punições. (REHM [1977]; REHM *In*: KAROLY, PAUL & KANFER, FREDERICK H. [1982]; BANDURA [1986]; ELLIS [1987]; BECK [1963]; BECK [1967]), referidos por MAIA [2000]. Quanto aos processos de recordação, alguns autores salientam a distorção da memória das suas realizações no sentido negativo, subestimando e desvirtuando a sua competência REHM [1977]; REHM *In*: KAROLY, PAUL & KANFER, FREDERICK H. [1982] e BANDURA

[1986]), enquanto outros salientam que os deprimidos recordam particularmente as perdas e os fracassos (BECK [1963]; BECK [1967]).

Esta autora refere-se ainda ao estudo da autodescrição que consiste em apresentar ao sujeito uma série de adjectivos, sendo-lhe pedido para seleccionar aqueles que melhor o descrevem, tendo-se verificado nestes estudos que os deprimidos consideram como descritivos de si próprios, adjectivos mais negativos do que os sujeitos com humor normal (ROTH & REHM [1980]; BRADLEY & MATHEWS [1983]; CLIFFORD & HEMSLEY [1987]; DERRY & KUIPER [1981]; TEASDALE & DENT [1987]; DOBSON & SHAW [1987]; GREENBERG & ALLOY [1989]; SEGAL; HOOD; SHAW *et al.* [1988]; SEGAL & VELLA [1990]).

ROTH & REHM [1980], referidos pela mesma autora, realizaram outros estudos que procuraram avaliar outras áreas dos pensamentos dos deprimidos, encontrando resultados que permitem igualmente diferenciar deprimidos de não deprimidos acerca da concepção que fazem de si próprios: os deprimidos tendem a sobrestimar os comportamentos negativos e subestimar os positivos quando observam o seu próprio comportamento em interacções sociais.

Segundo RIZLEY [1978]; KLEIN; FENCIL-MORSE & SELIGMAN [1976]; TEASDALE & FOGARTY [1979]; KUIPER [1978]; SELIGMAN; ABRAMSON; SEMMEL *et al.* [1979], os deprimidos atribuem os seus insucessos à incompetência (atribuição interna, global e estável), enquanto que os não deprimidos os atribuem à dificuldade da tarefa (atribuição externa, específica, instável); e os sucessos à facilidade da tarefa (externa, específica, instável), enquanto que os não deprimidos atribuíram o sucesso à habilidade (interna, global, estável).

A conceptualização que os deprimidos fazem do mundo e do futuro revela igualmente conteúdos cognitivos mais negativos do que os sujeitos não deprimidos: avaliam o futuro com adjectivos mais negativos do que os sujeitos não deprimidos (BRADLEY & MATHEWS [1983]; DERRY & KUIPER [1981] e DUNBAR & LISHMAN [1984]), citados por MAIA [2000], que refere que os resultados sobre os conteúdos cognitivos dos sujeitos deprimidos permitiram concluir pelo predomínio das avaliações mais negativas de si próprio e das suas vidas quando comparada com os sujeitos de humor normal. Descreve ainda esta autora que os vários estudos de investigação desenvolvidos no âmbito do estudo do efeito da depressão ou humor depressivo sobre a memória autobiográfica sugere a existência de uma congruência entre o humor experimentado pelo sujeito e o tipo de memórias evocadas, estando o humor depressivo associado a um mais fácil acesso às experiências negativas previamente vividas.

VAZ SERRA [1989], descreve que os doentes deprimidos apresentam um processamento falseado da informação caracterizado por desvios dos processos lógicos de pensamento. Identificando os seguintes: “

- **inferência arbitrária:** quando é retirada uma conclusão específica de um determinado acontecimento, na ausência de dados que a suportem, ou mesmo, quando os dados são contrários a essa conclusão. Ex.: “Não me lembro do número de telefone do meu melhor amigo!. Estou a ficar senill!”;

- **pensamento dicotómico:** refere-se à tendência para classificar as situações ou acontecimentos, em categorias extremas e opostas do tipo bom/ mau. Ex.: “Se não posso voltar a ser jovem e saudável, então vale mais não fazer nada”;
- **personalização:** consiste na tendência para relacionar consigo os acontecimentos externos quando, na realidade, não existe uma base lógica para estabelecer essa ligação. Ex.: “se não me vêm visitar é porque os incomodo ... a culpa é minha !”;
- **magnificação e minimização:** refere-se à avaliação do significado ou magnitude de um acontecimento, aumentando a importância dos acontecimentos negativos e minimizando a importância dos acontecimentos positivos. Ex.: “O que é que interessa ter conseguido sair de casa, afinal esqueci-me da carteira!?”;
- **sobregeneralização:** tendência para elaborar uma regra ou uma conclusão geral com base em um ou mais acontecimentos isolados e explicar essa regra a situações relacionadas ou não. Ex.: “tudo o que faço está errado”;
- **abstracção selectiva:** consiste em focar a atenção num pormenor do contexto e conceptualizar toda a experiência com base nesse detalhe, ignorando outros mais significativos. Ex.: “Hoje em dia nada me dá prazer”.

Intervenções psicoterapêuticas na depressão: A abordagem cognitivo-comportamental da depressão.

AMARO [1998], refere que com os recentes desenvolvimentos dentro do modelo cognitivo, um importante factor predisponente para a depressão é a presença de **esquemas cognitivos maladaptativos** aprendidos cedo na vida. Os seres humanos aprendem cedo a perceber a realidade através das primeiras experiências de contacto com o mundo, especialmente a relação com as pessoas significativas. Por vezes na infância, uma pessoa pode desenvolver o esquema cognitivo de que a sua *performance* nunca é suficientemente boa, é o caso de pais que puniram sistematicamente o desempenho do filho independentemente do grau de sucesso atingido. Este esquema pode permanecer “adormecido”, até que um acontecimento de vida (ex.: despedimento), o desperte. Uma vez activo, o doente selecciona e codifica a informação de forma a que o esquema maladaptativo, “sou um fracasso, um incompetente”, seja mantido.

Os esquemas cognitivos conduzem aos erros lógicos referidos atrás e estes, por sua vez, a produtos cognitivos disfuncionais: os **pensamentos automáticos negativos**. Estas cognições são do tipo “ninguém gosta de mim”, “não tenho qualquer valor”, “mais vale morrer”, que obviamente, influenciam o comportamento da pessoa. O ciclo vicioso entre cognições, afectos e comportamentos, vai-se encarregar de despoletar e posteriormente de manter o distúrbio depressivo.

A intervenção terapêutica cognitivo-comportamental tem como objectivos a remissão da sintomatologia, por um lado, e por outro, a desactivação dos esquemas depressiogénicos prevenindo, assim, futuras recaídas, propõe-se para tal, reestruturar o sistema de crenças ou esquemas disfuncionais do doente, substituindo-os por outros adaptativos. Aplicam-se um conjunto de técnicas que conduzem o doente na identificação: teste de correcção das conceptualizações distorcidas, bem como das crenças disfuncionais subjacentes a essas disfunções. As principais estratégias terapêuticas utilizadas pela terapia cognitivo-comportamental são: – **1) cognitivas**, téc-

nicas de distração e de identificação do pensamento; **2) comportamentais**, consistem na auto-monitorização de actividades com grau de Mestria e de prazer, listagem de actividades e atribuição de tarefas graduadas; **3) cognitivo-comportamentais**, análise dos pensamentos automáticos negativos, desafio dos pensamentos automáticos negativos e testes, comportamentais; **4) prevenção da recaída**, identificação de crenças disfuncionais, desafio das crenças disfuncionais, antecipação de situações problemáticas e revisão das aptidões e técnicas aprendidas. Cada uma destas técnicas tem objectivos diferenciados e é aplicada em função de diversas variáveis como sejam as características do doente, o grau de severidade da depressão e o ponto em que a terapia se encontra.

Esta autora, menciona que um vasto conjunto de **conceptualizações maladaptativas**, constituem parte integrante das dificuldades que a maioria dos doentes idosos manifestam ao enfrentarem e procurarem combater os problemas do mundo real. Estas conceptualizações incluem baixa auto-estima, baixa competência auto-percebida, desespero, percepções distorcidas do ambiente e das relações interpessoais, atribuições erradas às causas dos problemas e o conceito que ser “velho” envolve, inevitavelmente a perda de valor e prazer. Os vários investigadores salientam que relativamente à intervenção psicoterapêutica em idosos deprimidos, a necessidade de esta ter por base um conhecimento profundo deste período da vida, e dos problemas com que as pessoas nesta fase se confrontam muitas das perturbações psicológicas que surgem no idoso, incluindo a depressão, relacionam-se com temas mais ou menos comuns a saber: doença física ou incapacidade; expectativas perante a morte, como o receio de morrer só, e em sofrimento ; perda do cônjuge, familiares, amigos; declínio das aptidões cognitivas; dependência; reforma; perda de papéis sociais; perda de poder económico; restrições do tecido social e das fontes de gratificação; conflitos sociais.

Estes serão os factores que maior sofrimento psicológico causam ao idoso, sendo geradores de *stress*. Um aspecto importante a referir é que nesta fase da vida, não basta ter a história clínica do doente, é necessário conhecer bem a sua história e cultura, conhecer e compreender bem o seu passado e estar preparado para lidar com as suas influências. Consequentemente, um dos passos a dar, consiste em ajudar o idoso a fazer uma nova conceptualização das suas dificuldades numa base, mais psicológica sendo de crucial importância o estabelecimento da relação ou aliança terapêutica, que inclui demonstrar respeito pelo doente idoso, evitando paternalizar, infantilizar ou assumir uma atitude de condescendência.

Esta autora, faz notar que a nível de técnicas, a maioria não difere das utilizadas com adultos mais jovens, no entanto existem algumas que são específicas da terapêutica com idosos. Uma das mais úteis é a **técnica da revisão da vida**, esta técnica envolve a realização pelo idoso de uma autobiografia que pode consistir na recolha de livros antigos, álbuns de fotografias, organização de um registo de histórias familiares, contacto com familiares e amigos distantes, regresso a lugares onde esteve no passado e a apresentação desses registos e informações às gerações mais novas. Os objectivos desta técnica usada pelos terapeutas é essencialmente de ajudar o idoso a formar uma perspectiva positiva da sua vida, identificar necessidades e desenvolver um sentimento de realização e orgulho ao reconhecer que enfrentou enormes problemas no passado. Por outro lado esta actividade de revisão de vida pode suscitar na família uma maior admiração e interesse por ele. Saliente-se no en-

tanto que esta técnica constitui um suplemento e não uma intervenção primária, não deve ser empregue em doentes que resistam à revisão do seu passado ou que foram vidas que na maioria tiveram acontecimentos desagradáveis e disfuncionais quer do ponto de vista psicológico, quer social.

2.4 PERTURBAÇÕES DEPRESSIVAS NO IDOSO

VAZ SERRA [1999], p. 330, descreve que “as depressões surgem do entrecruzamento de predisponentes e precipitantes que afectam a pessoa no seu todo: organismo, estado de humor, pensamentos, perspectivas pessoais, vida social, familiar e profissional. É útil considerarmos as depressões neste sentido amplo. É que um quadro depressivo, que parece ser apenas de natureza psicológica, pode ter repercussões não só na saúde física como nos aspectos sociais.”

Os *predisponentes* correspondem a mecanismos de natureza genética ou a vulnerabilidades psicológicas que facilitam o desprender do quadro clínico. Os *precipitantes* referem-se às circunstâncias do meio ambiente que são capazes de activar as fragilidades do indivíduo, quer sob o ponto de vista genético, quer psicológico. As *alterações orgânicas* correspondem às disfunções que a depressão origina podendo levar a conseqüências na saúde física. O transtorno prolongado do humor é a característica psicológica mais significativa, que influencia a vida psíquica e o comportamento do indivíduo. A alteração nas perspectivas pessoais, identifica-se pela tendência que o deprimido tem em recordar selectivamente aspectos negativos da sua vida e em distorcer a sua relação com o passado, presente e o futuro. De acordo com PERREZ & REICHERTS *In*: PERREZ, MEINRAD & REICHERTS, MICHAEL [1992], referidos por VAZ SERRA [1999], os deprimidos tendem a mostrar-se rígidos relativamente à avaliação do controlo dos acontecimentos, demonstrando uma débil inclinação para se envolverem em actividades que levem à resolução de problemas e ainda que os deprimidos têm maior dificuldade do que os não deprimidos em lidar com situações de perda e de fracasso.

LOVESTONE & HOWARD [1997], referem que em estudos feitos na comunidade, encontraram-se sintomas de depressão até 15% dos idosos. Sendo a prevalência da depressão *Major* inferior a 4%, não havendo diferenças da depressão *Major* quanto ao sexo, embora os sintomas de depressão sejam consideravelmente mais comuns no sexo feminino. Sob o ponto de vista epidemiológico não se conseguiu provar se a incidência da doença depressiva aumenta nos idosos. A prevalência de transtornos nos idosos é muito semelhante à da população mais jovem. Estes autores referem ainda que num estudo realizado em Inglaterra numa amostra significativa de uma população acima dos 65 anos conclui-se que a prevalência da depressão *Major* era de 2 a 4% e a prevalência da depressão *minor* era de 11% no sexo feminino e de 5% no sexo masculino. Um dos estudos mais importantes a nível mundial; – THE EPIDEMIOLOGIC CATCHMENT AREA (ECA) STUDY (HEITHOFF [1995; REGIER; BOYD; BURKE *et al.* [1988; SIMON & VONKORFF [1991]) – encontrou uma prevalência de depressão *Major* em idosos que vivem em comunidade de apenas 1%. Outros estudos sugerem que os muito idosos, podem ser relativamente resistentes a doenças depressivas. No entanto torna-se difícil comparar os diferentes estudos realizados pelo facto de não haver critérios comumente aceites para o diagnóstico da depressão nos idosos. A depressão é relativamente mais comum em idosos que

recebem cuidados de saúde, manifestando-se substancialmente mais nos idosos hospitalizados e nos que residem em lares ou instituições para idosos. Numa série de estudos encontrou-se uma prevalência de depressão *Major*, cerca de 20%, em idosos residentes nesses lares ou instituições para idosos, podendo ir até aos 40% dos idosos que apresentam sintomas e sinais de depressão. A medição dos níveis de depressão nos idosos hospitalizados torna-se difícil devido à coexistência de doenças físicas graves, embora alguns estudos mostram que aproximadamente metade dos pacientes, apresentam alguns sinais de depressão. Para estes autores os idosos que vivem em comunidade representam uma população saudável e os que vivem em instituições para idosos representam uma população seleccionada pelo aumento da doença física e da vulnerabilidade psiquiátrica, por outras palavras a depressão pode ser uma das razões porque foram colocados nessas instituições ou lares para idosos. Contudo, é provável que a prevalência crescente da depressão dos idosos residentes em lares, seja também uma consequência da saída das suas casas da sua família.

PAÚL [1993], considera que a depressão tem na sua origem mecanismos genéticos que com intervenção de determinadas circunstâncias do meio ambiente, podem ser activados, a sua sintomatologia prolonga-se por alguns meses ou mesmo anos, sem alterações da personalidade mas somente do estado de ânimo trazendo no entanto consigo uma alteração das perspectivas pessoais, ou seja, levando o indivíduo a recordar apenas os aspectos negativos da sua vida, modificando as perspectivas passadas presentes e futuras, com uma desvalorização pessoal sentimentos de incapacidade. Tudo isto acompanhado por modificações do sono, peso, variações diurnas do humor e da libido (energia fundamental do ser vivo que se manifesta através da sexualidade). KIVELA & PAHKALA [1988a; b; 1989], citados por PAÚL [1993], observam que os sintomas da depressão mais frequentes, avaliados por clínicos, nos homens e mulheres idosos são as alterações do sono, o cansaço, a perda de interesse, o humor depressivo, a perda de actividade, dores, pessimismo e sentimento de inutilidade. As mulheres relativamente aos homens apresentavam com mais frequência preocupação, choro, sentimentos de desesperança, solidão, ideias suicidas, dores e uma postura parada. Nos homens observava-se uma lentidão no discurso e movimentos em ambos os sexos era de notar uma expressão de tristeza um sinal comum da depressão.

O diagnóstico de depressão *Major* no idoso segundo SPAR & LA RUE [1998], começa por uma história pormenorizada da doença actual, estando atento a mudanças relativamente súbitas de uma ou mais funções neurovegetativas, o doente pode referir por exemplo que o seu padrão de sono insatisfatório piorou bastante mais ou menos na altura em que os sentimentos de desesperança e apatia foram experimentados pela primeira vez. O mesmo pode acontecer relativamente ao apetite que em tais casos diminui.

CAINE; LYNESS & KING *In*: SCHNEIDER, LON S; REYNOLDS, C. F. III & LEBOWITZ, B. D. ET AL. [1994], citados pelos mesmos autores esclarecem que a depressão *Major* afecta os idosos de muitas maneiras, tal como os adultos e os jovens, no entanto nos idosos prevalecem as queixas somáticas como a anorexia, perda de peso, anomalias psicomotoras, comportamento suicida e doenças do foro médico. A detecção da depressão *Major* no idoso pode constituir um desafio pelo facto de as

várias características do envelhecimento normal se sobrepõem às queixas de depressão.

A apresentação da depressão em pessoas idosas pode ser menos evidente que nas pessoas mais jovens. Os idosos queixam-se menos frequentemente de depressão, mas os sintomas somáticos e hipocondríacos atribuídos a insuficiência física são vistos mais frequentemente do que em pessoas mais novas. Nos jovens os sintomas depressivos são evidentes; as perturbações cognitivas estão presentes; as queixas somáticas são menos comuns; as pseudo-demências são raras; a insónia menos comum; a agitação menor; os pensamentos suicidas mais frequentes e expressos mas menos consumados. Nos idosos as queixas de estado depressivo podem estar ausentes mas a perda de alegria estar presente; as perturbações cognitivas são sérias as queixas somáticas como já foi referido são frequentes especialmente a dor e fadiga; têm frequentemente dificuldade em memorizar; as insónias são comuns; a agitação é mais frequente e grave; os pensamentos suicidas menos frequentemente expressos mas mais comumente consumados. As características comuns à doença física e à depressão são: perturbação do sono; dor; diminuição do apetite; fadiga; ansiedade pensamentos de morte (KATONA & LIVINGSTON *In: EDUCATION, RELIEVING DEPRESSION THROUGH* [1997]).

BUENDÍA *In: BUENDÍA, JOSÉ* [1994], mencionam que de entre os principais aspectos que caracterizam a depressão em idade avançada são: episódios alargados e resistentes ao tratamento farmacológico; existência frequente de delírios e alucinações psicóticas na Depressão *Major*; risco de suicídio, principalmente nos homens e quando vivem sós; frequente agitação psicomotora acompanhada de ansiedade, ou então inibição psicomotora intensa e atípica; alterações do sono e frequentes somatizações ansiosas.

PFITZENMEYR; MANIER & GAMUS [1999], referem que a prevalência da depressão na pessoa idosa varia de 3 a 5% numa população ambulatória, chegando no entanto aos 40 a 45% numa população institucionalizada ou hospitalizada (CLÉMENT; PAULIN & LÉGER *In: LEMPERIÈRE, T.* [1996]), citados por estes autores. Descrevem ainda que a semiologia, desta patologia é insidiosa, atípica, por vezes mascarada ou sobreposta a um síndrome orgânico, uma das razões porque é difícil de diagnosticar e o idoso não é convenientemente tratado, apesar de se tratar de uma patologia perfeitamente curável, é responsável por uma morbilidade e mortalidade elevadas na população de idosos. As interpretações erradas, acontecem frequentemente atribuindo ao envelhecimento toda a responsabilidade, acrescidas ainda dos aspectos culturais, relacionados com este grupo etário. O próprio doente recusa com frequência entender que pode estar deprimido, e disfarça ou encobre parte dos sinais psíquicos e afectivos por trás de uma somatização. Defendem ainda estes autores que na prática será preferível procurar uma semiologia articulada em torno de dois aspectos fundamentais, que são a *tristeza patológica* e a *lentidão psicomotora*. *A tristeza patológica*, abrange as perturbações da vida afectiva, muitas vezes traduzidas por uma falta de interesse, também o pessimismo, o sentimento de desvalorização, auto-depreciação, a ruminação e os pensamentos de morte e de suicídio, fazem muitas vezes parte deste quadro e ainda pensamentos de auto-acusação, de incurabilidade e um desinteresse, associado a um grande vazio interior vivido com uma intensa solidão. *A lentidão psicomotora*, está associada a um défice de antecipação no plano motor ou no cognitivo (incapaz de se projectar no futuro). Outro sinal constante é a aste-

nia matinal. Esta inibição psicomotora, revela-se por uma diminuição de autonomia, podendo evoluir até à situação de acamado.

SPAR & LA RUE [1998], citando KIELHOLZ [1973], notam que a literatura tem reflectido desde há muito o conhecimento pelos clínicos de que a depressão no idoso pode ser “mascarada”, por queixas físicas.

CAINE; LYNESS & KING *In*: SCHNEIDER, LON S; REYNOLDS, C. F. III & LEBOWITZ, B. D. ET AL. [1994], citados pelos mesmos autores referem ainda que a depressão *Major* afecta os idosos de muitas maneiras, tal como os adultos e os jovens, no entanto, nos idosos prevalecem as queixas somáticas como a anorexia, perda de peso, anomalias psicomotoras, comportamento suicida e doenças do foro médico. A detecção da depressão *Major* no idoso pode constituir um desafio pelo facto de as várias características do envelhecimento normal se sobreporem às queixas de depressão.

Associadas à depressão existem uma série de situações *stressantes* no grupo da população idosa das quais apenas se mencionam as mais relevantes de acordo com ANDRÉS NAVIA & BAS RAMALHO *In*: MONTORIO, IGNACIO & IZAL, MARÍA [2000], que passamos a descrever:

- 1 - maior frequência de situações de aversão ou factores sociais adversos;
- 2 - doença física, incapacidade funcional, dores fortes e dificuldade em controlar a dor e a saúde física;
- 3 - viuvez e perda de familiares ou amigos e ainda uma doença grave no círculo de amigos íntimos;
- 4 - problemas relacionados com o sono e com a função cognitiva;
- 5 - dificuldades económicas; falta de apoio social, viver só, passar o dia só, falta de um confidente íntimo, falta de apoio familiar e ou institucional;
- 6 - incapacidade para manter as actividades principais da sua vida, perda das suas capacidades para o trabalho e para se manter fisicamente activo;
- 7 - cuidar de um familiar doente, sendo o principal responsável (por exemplo com uma demência);
- 8 - problema com amigos ou com a pessoa querida.

Estes factores de *stress* podem actuar como precipitadores do desenvolvimento do episódio de depressão em sujeitos especialmente vulneráveis.

A investigação efectuada sobre a velhice, revela-nos que 40 a 60% dos pacientes deprimidos sofrem pelo menos uma ocorrência negativa da vida no ano anterior ao aparecimento da sintomatologia depressiva, esta taxa é duas a três vezes superior à encontrada nos grupos de indivíduos não deprimidos (WOLFE; MARROW & FREDERIKSON *In*: CARSTENSEN, LAURA L; EDELSTEIN, BARRY A & DORNBRAND, LAURIE [1996]), citados por estes autores. Por outro lado é de todo o interesse avaliar as variáveis cognitivas ou comportamentais associadas à depressão neste grupo segundo diferentes investigações. BAS *In*: CARO, I. [1997]; EMERY *In*: EMERY, GARY; HOLLON, STEVEN D & BEDROSIAN, RICHARD C. [1981]; KLEFTARAS [1991] e PERRIS [1990], citados por ANDRÉS NAVIA & BAS RAMALHO *In*: MONTORIO, IGNACIO & IZAL, MARÍA [2000], descrevem um conjunto de variáveis cognitivas e

comportamentais associadas à depressão das quais apenas salientamos as mais significativas:

- 1 - pouca frequência de acontecimentos agradáveis, juntamente com menor capacidade de apreciar e conseguir reforço com eles;
- 2 - percepção negativa de saúde e incapacidade física;
- 3 - pensamentos automáticos, atitudes disfuncionais e distorções cognitivas referentes a várias situações da vida (por exemplo atitudes disfuncionais sobre as implicações da idade; a reforma, as relações familiares, problemas de saúde, etc.);
- 4 - atribuições inadequadas da sua doença;
- 5 - incremento da auto-atenção negativa devido à solidão e a problemas físicos, sociais ou económicos.

LOVESTONE & HOWARD [1997], mencionam que o conjunto de sintomas clínicos característicos da depressão precoce também ocorre nos idosos. No entanto sublinham, nos idosos o reconhecimento da depressão requer experiência e conhecimentos específicos, pela dificuldade que há em distinguir entre, as sequelas psicológicas dos problemas físicos e da doença depressiva, bem como entre os sintomas somáticos e os efeitos da doença sistémica. O grande desafio que se coloca na psiquiatria geriátrica é que tudo pode acontecer num só indivíduo (DSM-IV AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION [1996]). O idoso com depressão pode queixar-se de mau humor, com frequente perda de energia, tristeza, insónia, dores e “achques”, uma mudança recente de uma sensação constante de cansaço ou inércia mesmo quando em repouso, são indicadores úteis. A perda de alegria nos idosos não é normal apesar dos preconceitos dos mais jovens.

Na versão “clássica” da depressão mascarada as queixas subjectivas de alterações do humor propriamente ditas são substituídas por queixas somáticas múltiplas, que no decorrer do diagnóstico e tratamentos médicos se verifica que estas queixas não se acompanham de anomalias anatómicas ou fisiológicas ou então são desproporcionadas relativamente à gravidade de tais anomalias. A detecção desta síndrome é especificamente difícil quando ocorre em doentes com queixas somáticas associadas a causas físicas evidentes. Os critérios do DSM-IV (1996), são em geral adequados para diagnosticar tais formas de apresentação, precisando o clínico estar muito atento a indicadores objectivos do humor deprimido e proceder à execução de um exame cuidadoso, para assim poder apreciar aspectos neurovegetativos associados de depressão *Major*. O aumento relativamente rápido do número e gravidade de queixas físicas na altura ou próximo do início de sinais neurovegetativos ou o aparecimento de sintomas físicos pouco lógicos ou ligados a ‘*stressores*’ sociais tipicamente associados a mudanças de humor podem avisar o clínico para a possibilidade de se tratar de uma depressão *Major* “encoberta.”. Uma versão talvez mais comum deste síndrome, mostra uma exacerbação aguda de queixas físicas, acompanhadas de um significativo sofrimento psíquico (podem ser queixas de depressão e ansiedade).

SIMON & VONKORFF [1991], referem que nesta forma de apresentação, o síndrome depressivo é só, parcialmente mascarado pela insistência do doente em que o sofrimento psíquico é causado pelas queixas físicas (SPAR & LA RUE [1998]).

Assim uma abordagem diagnóstica razoável será usar os critérios do DSM-IV para perturbação depressiva *Major*, modificando o critério A da seguinte forma:

Cinco (ou mais) dos seguintes sintomas têm existido durante um mesmo período de duas semanas e representam mudança de funcionamento anterior; pelo menos um dos sintomas é: 1) humor deprimido, 2) perda de interesse ou de prazer ou 3) sintomas físicos persistentes que não podem ser explicados por patologia orgânica ou funcional ou que têm uma qualidade claramente bizarra ou inabitual não compatível com qualquer diagnóstico médico conhecido.

PFITZENMEYR; MANIER & GAMUS [1999], citam KRAMER-GINSBERG; GREENWALD; AISEN *et al.* [1989], que descrevem a queixa somática como a que substitui facilmente as perturbações do humor e da vida afectiva. O doente é apoderado por uma procura hipocondríaca, sendo a maior parte das vezes o disfarce ou a justificação de uma restrição ou de um desinteresse afectivo. A ansiedade está muitas vezes em primeiro plano, e acompanha-se de um conjunto de queixas físicas: astenia, dores abdominais, obstipação, cefaleias, perturbações atípicas do equilíbrio com pseudovertigens. De onde concluem que todo o estado hipocondríaco de aparecimento recente e brusco numa pessoa idosa deve suspeitar-se de uma depressão.

Os idosos com depressão mascarada podem evidenciar diferenças importantes quanto à sua preocupação melancólica com os sintomas físicos. Assim, podem estar ao mesmo tempo incapacitados devido aos seus sintomas, mas relativamente indiferentes a eles, enquanto que por outro lado poderão estar convencidos de uma forma quase delirante que os sintomas reflectem uma doença com perigo de vida, associada a níveis de sofrimento psíquico adequado, o que os leva muitas vezes a um estilo de vida com uma procura repetida de médicos e uma repetição de exames complementares de diagnóstico.

Referem ainda, que os idosos com perturbações mentais constituem um subgrupo considerável da população da terceira idade. REGIER; BOYD; BURKE *et al.* [1988], citados por SPAR & LA RUE [1998], descrevem que pelo menos 12% dos adultos mais velhos na comunidade têm perturbações mentais diagnosticáveis. Entre os doentes idosos hospitalizados as estimativas são muito superiores, devido a situações do foro médico, 40% a 50% têm problemas psiquiátricos (RAPP; PARISI & WALSH [1988] e SMALL & FAWZY [1988]), citados pelos mesmos autores. Os mesmos autores citam ROVNER; KAFONEK; FILIPP *et al.* [1986], que referem que 70% a 90% dos residentes em instituições de cuidados a longo prazo, têm perturbações mentais. De uma forma geral estima-se que 15% a 25% dos americanos com mais de 65 anos têm problemas significativos de saúde mental e que em hospitais psiquiátricos estatais, 27% dos doentes têm pelo menos 65 anos, (U.S. SENATE SPECIAL COMMITTEE ON AGING AMERICAN, 1987-1988), referido ainda por SPAR & LA RUE [1998]. Os doentes idosos estão sujeitos ao mesmo amplo espectro de perturbações mentais que os adultos mais novos se bem que certos estados são mais característicos da terceira idade, devido quer a uma maior prevalência, quer a uma alta morbilidade. São muitas as causas de possíveis défices cognitivos em doentes idosos.

ANDRÉS NAVIA & BAS RAMALHO *In*: MONTORIO, IGNACIO & IZAL, MARÍA [2000], referem que a depressão nas pessoas idosas, foi esquecida na literatura durante algum tempo, isto porque, os sintomas de depressão, justificavam-se pelos

problemas físicos, económicos, de isolamento social, entre outros, que esta população podia apresentar. No entanto os dados epidemiológicos apresentados por GALLAGHER & THOMPSON *In*: LEWINSOHN, PETER M & TERI, LINDA [1983], citados por estes autores, justificavam o estudo desta psicopatologia na população. Segundo estes autores, entre 7 a 11% das pessoas idosas sofrem de um transtorno de depressão. Em Espanha, encontram-se valores até 25% de pessoas idosas institucionalizadas, comentando-se que estas pessoas idosas apresentam taxas de prevalência mais altas em comparação a outras populações (MONTORIO [1990] e RIBEIRA; REIG & MIQUEL [1988]), referidos ainda por estes autores. Ainda 80% chegam a atingir uma pontuação limite na Escala de Depressão Geriátrica (GDS) – YESAVAGE; BRINK; ROSE *et al.* [1982], que avalia o grau de severidade do transtorno. De acordo com FRANCO & MONFORTE *In*: CALCEDO, A. [1996], citados também por estes mesmos autores o transtorno afecta 10% dos idosos que vivem na comunidade, entre 15 a 355 dos que vivem em centros residenciais, entre 10 a 20% dos que são hospitalizados e cerca de 40% dos que sofrem um problema somático e estão em tratamento, finalmente alcançam 50% de todas as hospitalizações em unidades psiquiátricas e dos hospitais gerais.

2.5 STRESS E DEPRESSÃO

PAÚL & FONSECA [1999b], p. 355, referem que “uma das hipóteses mais estimulantes para estudar a relação entre os aspectos psicológicos e biológicos do ser humano, e que tem vindo a ser amplamente estudada é a regulação do sistema imunológico através de mecanismos psicológicos, ou seja, através da afectividade e da cognição”.

Estes autores citam SHAVIT *In*: ADER, ROBERT; FELTEN, DAVID L. & COHEN, NICHOLAS [1991], que considera que o *stress* tem um papel importante na regulação imunológica através da alteração dos níveis de neurotransmissores, neuropeptídeos e hormonas no plasma e no cérebro. A corticotrofina do hipotálamo, a adrenocorticotrofina da pituitária anterior e os glucocorticoides do córtex adrenal, são neurohormonas que resultam na supressão da função celular imune.

LOCKE & KRAUS *In*: M., LEVY SANDRA; CANCER, SYMPOSIUM ON BEHAVIORAL BIOLOGY AND HEALTH, NATIONAL INSTITUTES OF [1982], referem que fracas capacidades de *coping* reduzem a actividade das células NK (*natural killer*). Pensa-se que estados emocionais negativos, produzem, através das respostas psicológicas ao *stress*, um aumento de incidência de infecções, doenças auto-imunes e cancro, embora escreva: “As evidências empíricas não são ainda suficientemente conclusivas” (KIECOLT-GLASER & GLASER *In*: ADER, ROBERT; FELTEN, DAVID L. & COHEN, NICHOLAS [1991], citados por PAÚL & FONSECA [1999b], p. 356).

Quando não há um motivo específico para justificar uma perturbação psicológica, o clínico pensa na presença de uma causa genética que provoque no indivíduo a predisposição para ter tais crises, ou então em certas circunstâncias uma causa orgânica. Se bem que a situação mais frequente corresponde a um leque variado que pode ir, desde a morte de um familiar, a um problema conjugal, com um filho, uma quebra de um laço afectivo, um acidente grave de viação ou do trabalho, uma dificuldade com os estudos ou uma questão no emprego. A primeira vez que o *stress* foi considerado oficialmente como uma causa determinante de um transtorno psiquiá-

trico, ocorreu em 1980, na terceira revisão do “Manual Estatístico de Diagnóstico” das doenças mentais, da Associação de Psiquiatria Americana, usualmente designada por DSM-III. Este manual introduziu uma classificação multiaxial das perturbações psiquiátricas. Ao eixo I corresponde o diagnóstico da entidade clínica, ao eixo II, os distúrbios de personalidade e o atraso mental, ao eixo III, as condições médicas gerais e ao eixo IV, a “gravidade dos acontecimentos sociais indutores de *stress*”. A DSM-IV continua a valorizar, no eixo IV, o registo da presença de “Problemas psicossociais e ambientais”. Correspondendo a este eixo as situações que podem afectar o diagnóstico, o tratamento e o prognóstico das doenças mentais (VAZ SERRA [1999]). Para este autor, é frequente existir um factor de *stress* a desencadear uma depressão, é pois um factor precipitante e a vulnerabilidade, o predisponente.

MAZURE & DRUSS *In*: MAZURE, CAROLYN M. [1995], citados por VAZ SERRA [1999], defendem que apesar de haver um consenso geral relativamente à contribuição dos acontecimentos indutores de *stress* para o desenvolvimento de uma depressão, há ainda questões que ainda não foram respondidas no que respeita à universalidade e intensidade desses acontecimentos como agentes causais. Nem todas as depressões são originadas por acontecimentos reveláveis, há indivíduos que sendo submetidos a acontecimentos de vida desagradáveis não desenvolvem uma depressão. Notam ainda estes autores, que embora o primeiro episódio possa surgir após um acontecimento de vida significativo, os episódios que se seguem, surgem após acontecimentos insignificantes ou mesmo sem um precipitante claro; VAZ SERRA [1999], p. 333, citando POST [1992], “referia que os acontecimentos de vida têm uma importância menor para além do primeiro episódio na medida em que um episódio inicial torna os indivíduos mais vulneráveis para depressões decorrentes”.

COYNE & WHIFFEN [1995] citados por VAZ SERRA [1999], comentam que a maior parte das pessoas não fica deprimida mesmo quando se confronta com circunstâncias indutoras de *stress* que são verdadeiramente graves.

- recursos aprendidos elevados;
- uma marcada competência social de que o próprio tenha percepção;
- uma frequência acentuada de acontecimentos agradáveis;
- disponibilidade de um confidente próximo e íntimo.

HAMMEN *In*: MAZURE, CAROLYN M. [1995], citado por VAZ SERRA [1999], menciona que a maioria dos quadros depressivos é antecedida pelo surgir de acontecimentos de vida negativos, mas apenas alguns indivíduos se deprimem logo após a exposição a ocorrências graves indutoras de *stress*.

Esta autora descreve três factores que têm sido referidos para explicar as diferenças individuais: – 1) *o processo de avaliação*, que leva a que a pessoa reconheça quais são os factores que ultrapassam, em termos de exigência, a sua capacidade de resposta, quer em termos de aptidões e recursos pessoais, quer em termos de recursos sociais; 2) *o contexto* em que o acontecimento ocorre, é também muito importante, incluindo as circunstâncias envolventes. Pois ao ser conhecido todo o contexto de informação compreende-se melhor o impacto que o facto pode ter no indivíduo; 3) *as aptidões de coping* e os recursos que se têm. Os recursos pessoais e sociais revelam se a pessoa utiliza ou não habitualmente estratégias para resolver o problema, ou ape-

nas focadas na emoção, se pode contar com um confidente e familiares que a ajudem e se tem recursos que atenuem ou não os efeitos da ocorrência 'aversiva'. Para este autor quando há um episódio de depressão, o risco de recorrência é menor de 50%, subindo até 90% a partir de dois episódios e para cima de 90% quando acontecem três ou mais episódios. Acrescenta ainda que se o episódio de depressão não for tratado eficazmente, o risco de recorrência é maior, bem como o intervalo entre eles tende a ser cada vez mais curto à medida que os episódios aumentam o número. Refere ainda que a depressão unipolar tende a ser menos recorrente do que o transtorno bipolar, aumentando no entanto o risco se existir comorbilidade ou existência de sintomas afectivos crónicos. BRILEY [1998], citado por este autor descreve que a presença de sintomas residuais pós-tratamento e história familiar de depressão estão associados com recorrência. “Segundo BROWN & HARRIS [1978], pelo menos três quartos dos acontecimentos de vida graves que levam a uma depressão representam uma perda. Pode relacionar-se com a perda de alguém (por morte, separação, divórcio, ou quebra de um elo afectivo), a perda de recursos (perda de emprego, de bens de fortuna, da saúde física, de oportunidades de carreira) ou perda de um valor que se aprecia (por exemplo, a felicidade do cônjuge, a posição na hierarquia social ou ser atraente)”, citado por VAZ SERRA [1999], p. 341. A presença de episódios anteriores de depressão deve ser considerado um factor que mais contribui para o aparecimento de novos episódios depressivos. Sendo as circunstâncias graves e incontroláveis, associadas a um fraco apoio social, susceptíveis de gerar um estado depressivo.

Recursos e estratégias para lidar com o stress – Coping

VAZ SERRA [1999], p. 365, refere que “Na literatura anglo-saxónica existe um termo que não tem tradução fácil para português e que se designa por “*coping*”. Esta expressão não é mais que um galicismo introduzido e assimilado pela língua inglesa desde há longa data, na medida em que “*coping*” deriva do francês “*couper*”.

Esta circunstância deve-se ao facto da língua francesa ter sido o idioma culto da corte inglesa até meados do século XVI. Na Idade Média, “*couper*” tinha o significado de **bater** ou de **atingir**. Actualmente, quando se emprega, o termo *coping* tem um significado preciso: refere-se às estratégias que são utilizadas pelo ser humano para lidar com as ocorrências indutoras de stress”.

LAZARUS & FOLKMAN [1984], citados por VAZ SERRA [1999], referem que coping significa os esforços cognitivos e comportamentais que o indivíduo executa para lidar com exigências específicas, internas ou externas, que são avaliadas como ultrapassando os seus recursos SNYDER & DINOFF *In*: SNYDER, C. R. [1999], citado ainda por este autor, mencionam que as estratégias de coping correspondem às respostas, dadas pelo indivíduo que têm por finalidade diminuir a carga física, emocional e psicológica ligada aos acontecimentos indutores de *stress*.

Para VAZ SERRA [1999], estas estratégias de lidar com situações indutoras de *stress* têm modalidades diferentes. Algumas vezes são orientadas pelo próprio indivíduo para a resolução directa do problema, outras vezes para a amenização das emoções sentidas e ainda noutras ocasiões, para a procura de apoio social. Podendo surgir de forma isolada ou acompanhadas. Se têm êxito, o *stress* reduz-se, se são ineficazes o *stress* mantém-se, sendo o grau de eficácia determinado pelo tipo de recursos que o

indivíduo apresenta, bem como pelo tipo de problema com que se depara. Nota ainda que há estratégias de *coping* que são superiores a outras desde que usadas no momento certo pela pessoa adequada, tendo presente a circunstância específica que induz o *stress*; pelo que uma dada estratégia nem sempre é eficaz em todas as circunstâncias.

As estratégias de lidar com o *stress* focadas no problema visam estabelecer um plano de acção e segui-lo até eliminar de vez a causa do *stress*. Evitam que um estado desagradável se prolongue e se possa tornar prejudicial para a saúde e bem-estar da pessoa. Estas estratégias focadas na resolução do problema são sempre aconselhadas uma vez que removem o problema ou a fonte de perturbação. O indivíduo utiliza-as quando o *stress* é sentido como pouco intenso e a situação tida como controlável e resolúvel. No entanto quando o *stress* é sentido como mais grave a orientação é no sentido de controlo das emoções.

As situações de *stress* fazem-se acompanhar frequentemente como já foi referido de emoções desagradáveis, que se atingem uma intensidade maior são difíceis de aguentar, desorganizam as rotinas do indivíduo e interferem fortemente com o seu bem-estar.

Alguns indivíduos procuram fugir no tempo e no espaço optando por viajar de forma a que temporariamente os afaste do local que lhes recorda os acontecimentos penosos. Outras pessoas tentam actuar directamente sobre a emoção, fumando, ingerindo álcool ou alimentos em excesso, praticando ioga, fazendo relaxamento ou exercício físico ou ainda recorrendo a calmantes com regularidade.

Existem outros processos mais elaborados que evitam que a emoção se torne avassaladora para o indivíduo, verificando-se quando este manifesta o que se costuma designar por *controlo perceptivo da situação*.

PEARLIN & SCHOOLER [1978], especificam que o *controlo perceptivo* se pode efectuar por vários processos. Sendo um deles através da *neutralização da ameaça*, em que o indivíduo faz comparações positivas do problema em relação a outros, comentando que “poderia ser pior”. Um outro, através da *ignorância selectiva*, “Isto não tem importância nenhuma”, em que a ocorrência é minimizada. O *adiamento do confronto* é um outro processo “Mais vale não fazer nada porque o tempo ajuda a resolver o problema ...” e finalmente um outro que é o *evitamento activo* da situação: “Mas para que me hei-de preocupar com isto se não é um problema que me diz verdadeiramente respeito ...” citados por (VAZ SERRA [1999] p. 387).

As estratégias focadas na inter-acção social segundo DELONGIS & NEWTH In: FRIEDMAN, HOWARD S. [1998], citados pelo mesmo autor referem-se à forma como a pessoa lida e mantém o relacionamento social com as outras pessoas em situação de *stress*.

MEICHENBAUM [1983], citado por VAZ SERRA [1999], refere ainda a este respeito que as estratégias de lidar com o *stress* são usualmente aprendidas por *osmose*, isto significa que o indivíduo faz o que vê fazer a pessoas representativas do meio ambiente com as quais se identifica. Se o *modelo* é bom e se aprende as aptidões que precisa para lidar adequadamente com a vida, então sai-se bem. Se pelo contrário o modelo é mau, é natural que passe a ter dificuldades quando se depara com certas circunstâncias.

Para além destes factores de *aprendizagem vicariante* em que se aprende observando, há outras variáveis que influenciam a aquisição destas estratégias. Entre elas, refere o autor supra citado, estão os condicionamentos clássicos e operante, os factores cognitivos (o modo como o indivíduo se habituou a pensar) e a personalidade.

VAZ SERRA [1999], refere que muita da aprendizagem do indivíduo é feita por observação de modelos durante o seu desenvolvimento. Entre estes contam-se os pais, os irmãos, os professores, as crianças da mesma idade, os heróis de ficção ou as pessoas. De todos os modelos possíveis os pais são considerados os mais importantes.

A influência dos progenitores sobre o comportamento do filho é exercida através de alguns mecanismos como: a *modelação*, em que a criança é levada a imitar o modelo com que melhor se identifica; outro, o *reforço positivo* ou a *punição* aplicados de forma contingente em relação a determinadas condutas manifestadas pelo descendente; outro ainda, a *explicação* que é dada sobre as razões porque determinadas maneiras de actuar devem ser ou não seguidas.

SNYDER & DINOFF In: SNYDER, C. R. [1999], p. 13, referidos pelo autor supra citado, declaram: “As diferenças individuais partem do pressuposto de que há dimensões importantes da personalidade ao longo das quais as pessoas podem ser classificadas ou medidas e que essa informação é crucial para compreender as suas estratégias subsequentes de *coping*”. Acrescentam ainda: “... o estudo da personalidade e do *coping* promovem de forma notória o impacto das diferenças individuais em termos de exposição, reactividade e disponibilidade de estratégias, bem como da predição que podem ter em relação ao bem-estar psicológico e saúde física do indivíduo”.

O mesmo autor cita WATSON; DAVID & SULLS In: SNYDER, C. R. [1999], p. 120-121, que referem um parecer direccionado no mesmo sentido “... torna-se actualmente claro que o comportamento de *coping* apresenta as características clássicas de estabilidade e consistência próprias de um *traço* de personalidade ...”.

VAZ SERRA [1999], declara que devemos acrescentar ao que está atrás descrito que, actualmente, se reconhece que a forma como alguém lida com o *stress* não depende somente das estratégias de *coping* mas igualmente dos *recursos* de que o indivíduo dispõe.

MOOS & SCHAEFER In: GOLDBERGER, LEO & BREZNITZ, SHLOMO [1993], p. 234, assinalam que os *recursos* se referem “aos factores pessoais e sociais, relativamente estáveis, que influenciam a forma como os indivíduos tentam lidar com as transições e as crises de vida”. As *estratégias de coping* dizem respeito “aos esforços cognitivos e de conduta que os indivíduos utilizam em circunstâncias específicas indutoras de *stress*”.

Os *recursos* que alguém possui são relativos a aspectos muito diversos, entre os quais se incluem a experiência da pessoa, as características da sua forma de ser, a sua capacidade económica ou, simplesmente, a possibilidade de apoio por parte da rede social onde está inserida. Quanto maior é o número do *recursos* menos relevante e perturbadora se torna a situação (VAZ SERRA [1999]).

A personalidade relaciona-se com a maneira de ser habitual do indivíduo. É considerada uma estrutura estável que influencia a forma como o ser humano reage perante as ocorrências da vida.

KOBASA [1979]; KOBASA; MADDI & KAHN [1982]; KOBASA; MADDI & PUCETTI [1982] e KOBASA & PUCETTI [1983], citados pelo mesmo autor referem que há um tipo de personalidade particularmente resistente ao *stress*. Sendo descrita como correspondendo a pessoas confiantes, que acreditam em si e no que são capazes de fazer. Têm tendência a revelar percepção de controlo sobre o que lhes acontece, aceitando mudanças e, por isso, consideram as situações de *stress* como um desafio e uma oportunidade de crescimento pessoal.

YOUNKIN & BETZ *In*: MILLER, THOMAS W. [1996], referem que o conceito de “*hardiness*” proposto por Kobasa tem mérito lógico e validade facial. Estas cientistas propuseram que em lugar de uma conceptualização multidimensional de *hardiness* fosse antes estabelecido um conceito unidimensional, baseado no seu significado léxico.

O termo tem como sinónimo **resiliência**, que pode ser definida como “a aptidão para recuperar rapidamente da doença, da depressão, da adversidade ou de fenómenos semelhantes”. Estas autoras construíram a “PSYCHOLOGICAL HARDINESS SCALE” que foi confrontada com outras escalas em que os resultados encontrados permitiram-lhes concluir que há uma evidência forte, tanto sob o ponto de vista psicométrico como preditivo, para aceitar a *personalidade resiliente* como correspondente a um conceito unidimensional.

SPAR & LA RUE [1998], p. 24, referem que os adultos mais velhos tendem a lidar com acontecimentos stressantes de maneiras diferentes dos adultos mais novos, os idosos dependem mais frequentemente de formas de *coping* centradas na emoção e não de estratégias de resolução de problemas, o que implica, segundo os autores supra citados mais passividade que confrontação, “é mais individual do que interpessoal e mais orientado para controlar sentimentos de sofrimento do que para alterar situações stressantes”. O distanciamento do problema, a aceitação da responsabilidade pelo problema e a reavaliação do problema de uma forma positiva, são exemplos dados pelos autores deste tipo de *coping* centrado na emoção. Os idosos tendem a ver as suas situações com menos possibilidade de mudança do que os adultos mais novos e, “na medida em que isto é verdade, poderão ser altamente adaptativas as formas de *coping* preferidas por pessoas idosas”.

Segundo ALDWIN; SUTTON; CHIARA *et al.* [1996], citado por BARROS DE OLIVEIRA [1999], o *stress* nas pessoas idosas, é um tema muito abordado, apesar de haver discordância entre os autores sobre a influência da idade no *stress* e nos processos de *coping* . Estes autores no estudo que realizaram não encontraram diferenças significativas conforme a idade na percepção da carga *stressante* dos problemas, uma explicação para esta situação pode residir no facto de a natureza do *stress* mudar, conforme a idade de episódico para crónico, o que por sua vez afectaria os processos de *coping* e de avaliação da situação.

2.6 DEPRESSÃO E DOENÇA FÍSICA

PAÚL & FONSECA [1999b], descrevem que a grande questão é compreender como e quais os aspectos psicológicos e sociais que fazem variar, e variam com, a saúde e bem estar do idoso. Uma vez conhecidos então poder-se-á instituir políticas de intervenção preventivas e que optimizem um envelhecimento bem sucedido. Referem ainda que a doença é influenciada pelas características psicológicas do idoso, o seu estilo de vida, e tudo aquilo que o rodeia, bem como os recursos de *coping* do indivíduo e ainda a interferência da própria doença com o estado de ânimo do idoso, as suas actividades de vida diária, as actividades instrumentais e ainda as actividades valorizadas pelo próprio e que ficaram afectadas pela doença.

De acordo com KATONA & LIVINGSTON *In: EDUCATION, RELIEVING DEPRESSION THROUGH* [1997], a coexistência da depressão com a doença física pode ser uma coincidência; a depressão pode levar à doença física, e a doença física pode levar à depressão, ou pode ainda haver uma interacção nos dois sentidos. Os sintomas depressivos podem ser uma resposta adequada, aos sintomas desagradáveis da doença física, ou à perda de saúde e ameaça de morte que a doença na velhice pode implicar. Em muitos casos, no entanto, poderão ser precisos apenas cuidados de apoio. Contudo em muitos casos os sintomas persistem por um período alargado, e são suficientemente graves para interferir com a recuperação, a reabilitação, o funcionamento social ou até com os cuidados básicos consigo próprio. Poderia, no entanto, esperar-se que a depressão estivesse relacionada com a gravidade da doença; particularmente com o facto de esta ser ou não mortal, mas a experiência sugere que este não é o principal factor, enquanto que outros tais como: a personalidade do doente, a experiência de vida estão relacionados com a vulnerabilidade, são as perdas, que parecem ser particularmente importantes para desencadear a depressão; perdas de independência, perda de controlo, perdas de mobilidade, perdas do papel. O reconhecimento e gestão destes sintomas depressivos persistentes, prevalentes e graves, que são indicadores de depressão, são importantes e podem dar um contributo considerável para a melhoria da recuperação física dos doentes, bem como o alívio do sofrimento do indivíduo. Nem todas as pessoas idosas com doenças físicas ficam deprimidas. Os principais factores relacionados com um risco aumentado de depressão são: – 1) *factores directos* – enfarte do miocárdio, trombose e doença de Parkinson; 2) *factores indirectos* – gravidade da doença, a dor e complicações pós-operatórias; 3) *factores de vulnerabilidade* – perdas, história de problemas psiquiátricos, género feminino, problemas cognitivos mau estado funcional anterior. Os factores de vulnerabilidade são influenciados pelos dois factores anteriores e todos eles levam à *depressão* que por sua vez vai influenciar os factores indirectos daí a interactividade referida por estes autores inicialmente.

Segundo WILLIAMSON & SCHULZ [1992], citados por MONTORIO & IZAL [2000], a incapacidade funcional afecta a auto-estima, os sentimentos de dependência e as relações sociais, que muitas vezes estão afectadas pela escassa actividade do paciente. Uma consequência da diminuição da actividade física e a paralela redução de acontecimentos quer positivos quer negativos levam o indivíduo a centrar a sua atenção nos sintomas, aumentando por sua vez a percepção de dor o que reduz ainda mais a actividade criando-se assim uma espiral que se retroalimenta. De qualquer forma a relação depressão dor, é um tema polémico. TURK; OKIFUJI & SCHARFF [1995], ci-

tados pelos mesmos autores, declaram que os resultados de um estudo longitudinal por eles realizado com pessoas que sofrem de dores músculo-esqueléticas, encontraram relação em ambas as direcções, tal relação parece poder variar com a idade, não existindo nos indivíduos jovens, uma relação directa entre dor e depressão enquanto que em pessoas de idade aparece uma relação positiva e directa entre as variáveis dor e depressão.

PAÚL & FONSECA [1999b], p. 357, citam LEVENTHAL; HANSELL; DIEFENBACH *et al.* [1996], que notam que o afecto negativo (depressão e ansiedade), está associado ao relato de sintomas físicos. As possíveis hipóteses explicativas desta constatação é que os indivíduos que têm um elevado nível de afecto negativo têm mais activação somática, correspondendo a um maior número de sintomas, ou maior concentração neles o que aumenta a sua percepção.

O *stress* só é nocivo quando é intenso, repetitivo e prolongado. A maior parte dos indivíduos pode suportar situações de *stress* bastante tempo sem lhes acontecer qualquer consequência desagradável. As pessoas com melhores aptidões, recursos pessoais e sociais são as que estão melhor preparadas para enfrentar circunstâncias aversivas (VAZ SERRA [1999]).

Este autor cita COTTON [1990], que refere que sob o ponto de vista fisiológico é aceite que um indivíduo pode ter uma predisposição para desenvolver determinado tipo de doença. Podendo esta predisposição ser congénita, hereditária, aprendida ou a consequência de uma doença ou lesão prévias. Contudo a doença surge quando esta predisposição inter-actua com a resposta do *stress*.

De acordo com VAZ SERRA [1999], na predisposição para a doença entram vários factores, entre os quais a idade, o património genético, acontecimentos *in útero* ou ao nascer, vulnerabilidades adquiridas ao longo da evolução pessoal, a prática de exercício físico regular entre outras.

Este autor cita KRANTZ; GRUNBERG & BAUM [1985], que exprimem a opinião de que haja três tipos de mecanismos pelos quais o *stress* pode induzir uma doença. Um deles é relativo à activação vegetativa e endócrina que o *stress* determina. Um outro, relaciona-se com as alterações em comportamento e em hábitos, induzidos pelo *stress*, que podem prejudicar o estado de saúde. O terceiro, refere-se à atribuição que o indivíduo faz aos sintomas e ao modo como lida com a própria doença.

VAZ SERRA [1999], refere ainda que as doenças cardiovasculares têm sido muito estudadas na sua relação com o *stress*. Este tem importância na doença cardíaca coronária, na hipertensão, nas arritmias cardíacas e no aparecimento de lesões patológicas no sistema cardiovascular.

Ainda a importância que o stress tem no eventual aparecimento de úlceras pépticas, na evolução das crises asmáticas, diabetes *mellitus*, formações cancerosas e em algumas doenças auto-imunes, doenças da pele e alergias.

Capítulo III O OBJECTO DE ESTUDO

3.1 DESENHO METODOLÓGICO

3.1.1 objecto e tipo de investigação

Com este trabalho, pretendemos dar o nosso contributo, verificando como se comportam os idosos residentes no Distrito de Bragança relativamente a esta problemática. A escolha desta zona correspondeu ao facto de por um lado ser o nosso distrito de residência, onde exercemos a actividade profissional e por isso inscrever-se numa área que conhecemos bem, e por outro, permitir adequar-se aos recursos de que dispúnhamos, tendo sido assim, a solução que nos pareceu ser mais exequível para a sua concretização.

Um outro objectivo deste trabalho que lhe está subjacente e que gostaríamos de atingir é o de poder contribuir de alguma forma, para a mudança dos estereótipos associados às pessoas idosas, recuperando-lhes assim, o desempenho de um papel mais activo, nas várias áreas de conhecimentos de que são portadores, e concomitantemente, prevenindo desta forma a Depressão.

A fundamentação teórica apresentada na primeira parte do trabalho (Capítulos I & II), permite-nos supor que a Depressão possa ser mais elevada nos idosos institucionalizados que nos não institucionalizados, aliás como tem sido já objecto de investigação em vários países, e realizados alguns trabalhos de investigação abordando esta temática (veja-se 4.1 Algumas Conclusões Possíveis, p. 451).

Pretendemos comparar e analisar, como se comportam relativamente à depressão – função de um conjunto de variáveis ou propriedades independentes que supusemos poderem ter relação com a variável dependente, depressão – três grupos de base: – os Idosos Institucionalizados, os que frequentam Centros de Dia e os que vivem em suas Casas.

A questão primeira e que constituiu a base para o nosso estudo foi:

- será que os idosos institucionalizados se apresentam mais deprimidos que os não institucionalizados?

Esta questão apresenta-se-nos como possível de ser investigada através de um método exploratório-analítico segundo uma via quantitativa, embora, dada a natureza dos dados em análise, a maioria deles traduzam respostas do tipo qualitativo e se bem que haja uma nítida gradação entre eles, não podemos quantificar o ‘bastante’ em termos de quantos cabem no ‘muito’, pelo que recorreremos à Análise Multivariada (AM) e em particular à Análise Factorial de Correspondências (AFC) de que falaremos mais adiante.

De acordo com QUIVY & CAMPENHOUDT [1998], p. 109, “o trabalho exploratório tem como função alargar a perspectiva de análise, travar conhecimento com o pensamento de autores cujas investigações e reflexões podem inspirar as do investigador, revelar facetas do problema nas quais não teria certamente pensado por si próprio e, por fim, optar por uma problemática apropriada”.

Segundo estes autores é na fase de construção do modelo de análise que se devem traduzir as ideias e as novas perspectivas numa linguagem e em formas que as habilitem a conduzir o trabalho sistemático de recolha e análise de dados de observação ou experimentação que deve seguir-se.

A conceptualização, constitui uma das principais dimensões da construção do modelo de análise, sem ela, não se pode realizar um trabalho conciso, preciso e sério. Mas estes conceitos não dizem ao investigador a forma de estudar estes fenómenos. Esta importante função é assegurada pelas hipóteses.

“Estas apresentam-se sob a forma de proposições de resposta às perguntas postas pelo investigador. Constituem, de algum modo, respostas provisórias e relativamente sumárias que guiarão o trabalho de recolha e análise dos dados e que terão, por sua vez, de ser tratadas, corrigidas e aprofundadas por ele” QUIVY & CAMPENHOUDT [1998], p. 111.

3.1.2 hipóteses de investigação

As hipóteses surgem frequentemente de um quadro teórico e constituem assim uma forma de estabelecer ligações entre a teoria e as situações do mundo real. Elas estão fundamentadas num conhecimento preparatório do fenómeno estudado e numa reflexão teórica (fase exploratória), representando assim como que uma conjectura, sobre o comportamento dos objectos reais estudados.

Segundo POLIT & HUNGLER [1992], p. 102, “a necessidade de estabelecer justificação por si mesmo, obriga o investigador a pensar logicamente, a exercer o seu espírito crítico e a relacionar dados prévios de investigação”.

QUIVY & CAMPENHOUDT [1998], p. 119, defendem ainda que, “a organização de uma investigação em torno de hipóteses de trabalho constitui a melhor forma de a conduzir com ordem e rigor, sem por isso sacrificar o espírito de descoberta e de curiosidade que caracteriza qualquer esforço intelectual digno deste nome. Além disso, um trabalho não pode ser considerado uma verdadeira investigação se não se estrutura em torno de uma ou de várias hipóteses”.

“A hipótese fornece à investigação um fio condutor particularmente eficaz que, a partir do momento em que ela é formulada, substitui nessa função a questão da pesquisa, mesmo que esta deva permanecer presente na m nossa mente”, QUIVY & CAMPENHOUDT [1998], pp. 119-120.

De acordo ainda com QUIVY & CAMPENHOUDT [1998], as hipóteses constituem as charneiras dos movimentos de vaivém inerentes a uma investigação, querendo com isto dizer entre uma reflexão teórica e um trabalho empírico. Elas dão-lhe a amplitude e garantem a coerência (ligação), entre as partes do trabalho. Estes autores, notam que na elaboração do modelo de análise, intervêm essencialmente as leituras aprofundadas, as sínteses cuidadas dos textos estudados e a comparação de umas com as outras. As entrevistas e as observações exploratórias, se forem bem documentadas fornecem ao investigador apontamentos que o ajudarão em muito.

3.2 AS VARIÁVEIS

Para POLIT & HUNGLER [1992], p. 27, a variável, é considerada “*uma entidade abstracta que adopta distintos valores*”, resultando estas variáveis da operacionalização dos conceitos. KERLINGER [1973], citado por estes autores, refere-se a *variáveis activas*, como aquelas que o investigador cria ou manipula e *variáveis de atributo*, as características prévias que o investigador simplesmente observa e mede.

Apesar de já referido anteriormente, salientamos de novo que uma característica das hipóteses de investigação é que estas enunciem uma relação prevista entre duas ou mais variáveis – A *variável independente*, que é a causa suposta ou o antecedente, e a *variável dependente*, ie, o efeito suposto ou o fenómeno que nos interessa de maneira primária.

POLIT & HUNGLER [1992], p. 29, escrevem “o lector no debe deducir que as variables son inherentemente dependientes o independientes. Una variable que se clasifica como dependiente en un estudio, pudiera considerarse independiente en otro”.

3.2.1 a variável dependente

De acordo com POLIT & HUNGLER [1992], p. 29, “La variable dependiente suele ser aquella que ele investigador está interesado em comprender, explicar ou predecir”, no caso a **Depressão**.

3.2.2 as variáveis independentes

Neste estudo, as variáveis independentes são no fundo todas as que os itens do Questionário abordam, mais os resultados da aplicação das Escalas, muitas delas consideradas como uma **escala de intervalos** (LICKERT) e muitas outras **nominais** e **ordinais**; O objectivo deste trabalho consistiu em estudar a Depressão nos idosos, função de um conjunto das variáveis que considerámos estarem com ela relacionadas. No fundo, mais não são que os atributos qualificadores/ quantificadores dos indivíduos no espaço **N** das propiedades.

As variáveis¹⁾, foram agrupadas em:

- Demográficas/ Localizadoras; Socioprofissionais; Psicossociais; Culturais; de Doença; de Incapacidades por doença física; por problemas psicológicos ...

3.3 FORMULAÇÃO DE HIPÓTESES

As hipóteses de trabalho estabelecidas e que a pesquisa bibliográfica pôs em destaque são as seguintes:

- 1 – Existe relação entre o envelhecimento e a Depressão?
- 2 – O nível de Depressão é mais elevado nos idosos residentes em lares e instituições de idosos?

¹⁾ Para uma análise de todas as variáveis em jogo veja-se a Tabela III-5 – Lista de Variáveis, modalidades e correspondentes mnemónicas

- 3 - O nível de Depressão é mais elevado nos idosos incapacitados por doença física?
- 4 - Os idosos que após a reforma têm outro tipo de actividade apresentam níveis de Depressão menores?
- 5 - O nível de Depressão é mais elevado em idosos com um auto-conceito diminuído?
- 6 - O nível de Depressão é mais elevado em idosos do sexo feminino?
- 7 - Os idosos cujo número de redes de apoio é maior apresentam níveis de Depressão menores?
- 8 - Existe relação entre a solidão e o aumento da taxa de Depressão nos idosos?
- 9 - Nos idosos sexualmente activos os níveis de Depressão são menores?
- 10 - Quais as variáveis ou propriedades que mais influenciam a Depressão?

3.4 DEFINIÇÃO DA POPULAÇÃO E SELECÇÃO DA AMOSTRA

POLIT & HUNGLER [1992], p. 40, fazem notar que “los datos suelen recolectarse a partir de una muestra y no de una población completa”. A utilização de uma amostra é mais prática e menos dispendiosa que recolher dados de toda uma população. Pode no entanto correr-se o risco de a amostra seleccionada não reflectir de maneira adequada os comportamentos, expressões, sintomas ou formas de pensar da população. “És decir, la calidad de la muestra es una función de cuán típica e representativa es la muestra da población con respecto a las variables de interés del estudio”. Estes autores, chamam ainda a atenção para métodos de amostragem mais refinados como a amostragem probabilística, entre outros (veja-se KORN & GRAUBARD [1999]).

3.4.1 população/ amostra

A amostra é constituída pelos idosos com mais de 65 anos de idade residentes no Distrito de Bragança nos **Lares de Idosos (LI's)**, que frequentam os **Centros de Dia (CD's)** e ainda os idosos **Residentes (RS's)**, nas suas casas na cidade de Bragança.

Segundo os valores do ultimo censo (2001), a população de idosos no distrito de Bragança por grupo etário era de:

Tabela III-1 - Evolução da População Anos de 1999 e 2001

Idades	1999	2001
65 – 69	(9,240)	9,214
70 – 74	(8,610)	8,704
75 – 79	(6,970)	
80 – 84	(3,610)	
> 85	(2,050)	
> 75	(12,630)	14,224

(entre parêntesis referem-se as projecções de 1999)

Também segundo os valores das projecções do último Censo (2001), relativamente aos Lares de Idosos do Distrito de Bragança, existem 1,548 utentes, correspondendo a cerca de 5% da população em estudo, e cerca de 1,010 frequentadores dos Centros de Dia o que corresponde a cerca de 3%.

De acordo com QUIVY & CAMPENHOUDT [1998], p. 161, "... a exigência de representatividade é menos frequente do que por vezes se julga: não deve confundir-se cientificidade com representatividade. Para conhecer melhor grupos ou sistemas de relações não é forçosamente pertinente, em termos sociológicos, estudá-los como somas de individualidades".

A impossibilidade de cobrir exaustivamente a *população* de idosos, obrigou-nos a que estabelecêssemos uma amostragem inicial de **30%** sobre os Lares de Idosos (**LI's**) e Centros de Dia (**CD's**). A amostragem adoptada foi a **proporcional ao nho**¹², onde naturalmente, os locais de maior dimensão apresentavam à partida uma maior probabilidade de serem os escolhidos. Uma vez definidos os locais a amostragem foi sistemática. A Tabela seguinte dá conta dessa escolha, onde a coluna **A** mostra o número de utentes registados, **B** o número real de utentes, **C** o número de entrevistados e **D** o número de inqueritos considerados.

Tabela III-2 - Listagem das Instituições sobre as quais recaiu a amostragem

#Id	Instituições sobre as quais recaiu a amostragem	Local	A	B	C	D
1	L.I. Fundação Betânia de Samil	Bragança	55	59	32	32
2	L.I. Lar de Santa Isabel de Bragança	Bragança	55	79	83	42
3	L.I. Lar da Imaculada Conceição de Bragança	Bragança	79			41
4	L.I. Lar de N. Sr. ^a da Paz de Mirandela	Mirandela	103	100	55	54
5	L.I. da Misericórdia de Macedo de Cavaleiros	Macedo de Cavaleiros	76	78	38	36
6	L.I. da Misericórdia de Vinhais	Vinhais	42	42	20	22
7	L.I. Casa de Repouso de N. Sr. ^a Graças de Carção	Carção	12	12	8	8
8	L.I. Lar de Santa Ana de Mirandela	Mirandela	31	31	7	7
9	L.I. da Misericórdia de Mogadouro	Mogadouro	77	79	50	50
10	L.I. Santo Cristo de Outeiro	Bragança	52	49	19	19
11	L.I. da Misericórdia de Vimioso	Vimioso	62	64	40	38
12	L.I. da Misericórdia de Torre de Moncorvo	Torre de Moncorvo				0
13	L.I. Fundação António Meireles	Torre de Moncorvo	43	42	21	21
14	L.I. Centro Social e Paroquial de Cerejais	Alfândega da Fé	28	27	17	17
15	L.I. da Misericórdia de Alfândega da Fé	Alfândega da Fé	65	66	31	32
16	L.I. da Misericórdia de Algosó	Vimioso	18	18	16	17
17	L.I. da Misericórdia de Miranda do Douro	Miranda do Douro	95	79	41	41
18	L.I. da Misericórdia de Santulhão	Vimioso	18			12
19	L.I. Lar de N. Sr. ^a das Dores de Argozelo	Argozelo	19			16
20	L.I. da Misericórdia de Freixo de Espada à Cinta	Freixo de Espada à Cinta	62			35

¹² Os Locais (LI's e CD's, independentemente) foram ordenados por ordem decrescente do número de utentes, *ie*, as instituições #4 (103); #17 (95) e #3 (79), veem colocados em primeiro lugar. Assim ao primeiro local correspondem os números de 1 a 103, ao segundo de 104 a 198, ao terceiro de 199 a 277 e assim sucessivamente. Numa tabela de números aleatórios e uma vez marcado um "seed point", foram-se obtendo sucessivos números que ao cair dentro dos intervalos definidos seleccionaram os locais a reter. Parou-se quando se atingiu percentagem de amostragem previamente definida (30%).

A Depressão no Idoso

21	L.I. Centro Social e Paroquial de Alfândega da Fé	Alfândega da Fé	16			0
22	L.I. da Misericórdia de Alfândega da Fé	Alfândega da Fé	6			0
23	L.I. Centro Social e Paroquial de Sambade	Alfândega da Fé	11			0
24	L.I. Mini-Lar de Valpereiro	Alfândega da Fé	4			0
25	L.I. Mini-Lar de Vilarchão	Alfândega da Fé	7			0
26	L.I. Mini-Lar de Vilarelhos	Alfândega da Fé	13			0
27	L.I. Lar de Santa Teresa D'Ávila de Bragança	Bragança	46			0
28	L.I. Centro Social e Paroquial de Quintanilha	Bragança	18			0
29	L.I. Centro Social e Paroquial de Fontelonga	Carrazeda de Ansiães	16			0
30	L.I. da Misericórdia de Mogos	Carrazeda de Ansiães	46			0
31	L.I. Centro Social e Paroquial de Mogos	Carrazeda de Ansiães	11			0
32	L.I. Centro Social e Paroquial de Vilarinho da Castanheira	Carrazeda de Ansiães	16			0
33	L.I. da Misericórdia de Freixo de Espada à Cinta	Freixo de Espada à Cinta	11			0
34	L.I. Monsenhor Martins de Ligares	Freixo de Espada à Cinta	35			0
35	L.I. Centro Social e Paroquial de Grijó	Macedo de Cavaleiros	9			0
36	L.I. Mini-Lar de Palaçoulo	Miranda do Douro	16			0
37	L.I. S. João Baptista de Picote	Miranda do Douro	20			0
38	L.I. Centro Social e Paroquial de Torre de D. Chama	Mirandela	25			0
39	L.I. Associação Humanitária de Mogadouro	Mogadouro	9	4		0
40	L.I. Centro Social e Paroquial de Carviçais	Torre de Moncorvo	23			0
41	L.I. Centro Social e Paroquial de Felgueiras	Torre de Moncorvo	35			0
42	L.I. Centro Social e Paroquial de Larinho	Torre de Moncorvo	14			0
43	L.I. Associação Bem Fazer de Mós	Torre de Moncorvo	15			0
44	L.I. Centro Social e Paroquial de Peredo dos Castelhanos	Torre de Moncorvo	15			0
45	L.I. Mini-Lar de Freixiel	Vila Flor	19			0
46	L.I. Mini-Lar de Sta Comba de Vilaça	Vila Flor	12			0
47	L.I. N. Sra dos Remédios de Vila Flor	Vila Flor	10			0
48	L.I. N. Sra da Lapa de Vila Flor	Vila Flor	45			0
49	L.I. Santa Eulália de Pinelo	Vímioso	17			0
50	L.I. Lar de S. Mamede de Agrochão	Vinhais	16			0
51	C.D. Centro Social e Paroquial de Cerejais	Alfândega da Fé	15			0
52	C.D. Centro Social e Paroquial de Picões	Alfândega da Fé	20			0
53	C.D. da Misericórdia de Vilarchão	Alfândega da Fé	10			0
54	C.D. Associação de Socorros Mútuos dos Artistas	Bragança	20			0
55	C.D. Santo Condestável de Bragança	Bragança	20		17	17
56	C.D. da Misericórdia de Bragança	Bragança	20	3	3	3
57	C.D. Santos Mártires de Bragança	Bragança	15			9
58	C.D. Santo Estevão de Espinhosela	Bragança	10			0
59	C.D. Centro Social e Paroquial de França	Bragança	15			0
60	C.D. S. Lourenço de Lapaças	Bragança	25			0
61	C.D. Santo Cristo de Outeiro	Bragança	10			1
62	C.D. Centro Social e Paroquial de Parada	Bragança	10			0
63	C.D. Centro Social e Paroquial de Pinela	Bragança	10			0
64	C.D. Centro Social e Paroquial de Quintanilha	Bragança	10			0
65	C.D. S. Roque de Salsas	Bragança	16			0
66	C.D. Casa de Religiosas N. Sr.ª Graças de Carção	Carção	10	10	6	6
67	C.D. da Misericórdia de Carrazeda de Ansiães	Carrazeda de Ansiães	10			0
68	C.D. Centro Social e Paroquial de Fontelonga	Carrazeda de Ansiães	10			0
69	C.D. Centro Social e Paroquial de Mogos	Carrazeda de Ansiães	5			0
70	C.D. Centro Social e Paroquial de Vil. Castanheira	Carrazeda de Ansiães	10			0
71	C.D. Centro Social e Paroquial de Fornos	Freixo de Espada à Cinta	5			0
72	C.D. da Misericórdia de Freixo de Espada à Cinta	Freixo de Espada à Cinta	25			0
73	C.D. Monsenhor Martins de Ligares	Freixo de Espada à Cinta	9			0
74	C.D. Centro Social e Paroquial de Poiares	Freixo de Espada à Cinta	15			0
75	C.D. Santo Geraldo de Carrapatas	Macedo de Cavaleiros	15			0
76	C.D. Fundação António Maria da Costa de Chacim	Macedo de Cavaleiros	10			0
77	C.D. Centro Social e Paroquial de Grijó	Macedo de Cavaleiros	20			0
78	C.D. N. Sra de Fátima de Lagoa	Macedo de Cavaleiros	20			0
79	C.D. da Misericórdia de Macedo de Cavaleiros	Macedo de Cavaleiros	10			8
80	C.D. Santo André de Morais	Macedo de Cavaleiros	15			0
81	C.D. Centro Social e Paroquial de Talhas	Macedo de Cavaleiros	15			0
82	C.D. N. Sra do Monte de Duas Igrejas	Miranda do Douro	10			0

83	C.D. da Misericórdia de Miranda Douro	Miranda do Douro	10			0
84	C.D. da Misericórdia de Paloçoulo	Miranda do Douro	7			0
85	C.D. S. João Baptista de Picote	Miranda do Douro	14			0
86	C.D. Centro Social e Paroquial de S. Martinho de Angueira	Miranda do Douro	17			7
87	C.D. Casa da Criança de Sendim	Miranda do Douro	5			0
111	C.D. da Misericórdia de Mirandela	Mirandela	120			16
112	C.D. Casa Menino Jesus de Mirandela	Mirandela	20			0
113	C.D. Centro Social e Paroquial de Torre de D. Chama	Mirandela	10			0
114	C.D. Centro Social e Paroquial de Bemposta	Mogadouro	20	26		0
115	C.D. da Misericórdia de Bruçó	Mogadouro	8			0
116	C.D. da Misericórdia de Mogadouro	Mogadouro	15			1
117	C.D. Centro Social Cultural e Recreativo de Travanca	Mogadouro	10			0
118	C.D. Associação Humanitária de Urros	Mogadouro	10			0
119	C.D. Centro Social e Paroquial de Sta Comba de Rossas	Sta Comba de Rossas	15			0
120	C.D. Centro Social e Paroquial de Carviçais	Torre de Moncorvo	30			0
121	C.D. Associação Sócio Cultural e Recreativa	Torre de Moncorvo	15			0
122	C.D. Centro Social e Paroquial de Felgueiras	Torre de Moncorvo	5			0
123	C.D. Centro Social e Paroquial de Larinho	Torre de Moncorvo	10			0
124	C.D. Associação Bem Fazer de Mós	Torre de Moncorvo	12			0
125	C.D. Associação Sócio Cultural de Peredo dos Castelhanos	Torre de Moncorvo	4			0
126	C.D. da Misericórdia de Torre de Moncorvo	Torre de Moncorvo	35	20	14	14
127	C.D. da Misericórdia de Freixiel	Vila Flor	20			0
128	C.D. da Misericórdia de Nabo	Vila Flor	15			0
129	C.D. da Misericórdia de Samões	Vila Flor	15			0
130	C.D. da Misericórdia de Seixo Manhoses	Vila Flor	15			0
131	C.D. da Misericórdia de Sta Comba da Vilarça	Vila Flor	20			0
132	C.D. da Misericórdia de Valtorno	Vila Flor	15			0
133	C.D. da Misericórdia de Vila Flor	Vila Flor	5			0
134	C.D. da Misericórdia de Vilas Boas	Vila Flor	15			0
135	C.D. da Misericórdia de Algoso	Vimioso	6	6	4	1
136	C.D. Centro Social e Paroquial de Argozelo	Vimioso	7			0
137	C.D. Centro Social e Paroquial de Avelanoso	Vimioso	5			0
138	C.D. Santa Eulália de Pinelo	Vimioso	3			0
139	C.D. da Misericórdia de Santulhão	Vimioso	20			5
140	C.D. da Misericórdia de Vimioso	Vimioso	6			1
141	C.D. da Misericórdia de Agrochão	Vinhais	6			0
142	C.D. da Misericórdia de Vinhais	Vinhais	5			0

Refira-se que para os Lares de Idosos (**LI's**), e embora as amostras tivessem à partida o tamanho que se referiu, na prática, mercê da degradação física e psíquica de alguns utentes, a amostra efectiva acabou por se reduzir drasticamente em cerca de 50% (coluna D). Nos Centros de Dia (**CD's**), esta percentagem foi menor, rondando apenas os 20%.

3.4.2 recursos utilizados/ dificuldades

As dificuldades na aplicação dos Questionários¹³⁾ têm a ver com o grupo etário em causa (acima de 65 anos); apresentando algum grau de **incapacidade a nível de visão**, foi frequente questioná-los oralmente, já que a maior parte deles é de **origem**

¹³⁾ À margem, mas como elemento descritivo do processo, refira-se que, se inicialmente e durante cerca de dois meses, em regime de boleia, nos foi permitida a utilização dos carros da Segurança Social, aproveitando todas as saídas possíveis, para os locais que nos interessavam para a aplicação dos Questionários nos Lares e Centros de Dia do distrito; ao fim desse tempo e após consulta jurídica sobre a legalidade do processo em caso de acidente, foi-nos cancelada a autorização, obrigando-nos ao uso de veículo próprio.

rural e analfabetos, tendo sido indispensável dar-lhes ainda explicações relativamente a algumas questões. Tudo isto consumiu muito tempo, e a extensão do Questionário e dos seus complementos (GDS; L&B & ACVS), alargou-se para cerca de hora e meia (94 minutos), que foi de facto, o tempo médio de cada entrevista. Para além destes aspectos, enfatizamos ainda, e de experiência vivida, que a necessidade que os inquiridos apresentavam de falar era tal, que mesmo aqueles que inicialmente pareciam um tanto receosos, quer pelo facto de ser mais um inquirido, quer ainda pelo receio de que o móbil fosse retirar-lhes o pouco que a Pensão Social representa, participaram activamente. Acresce, que embora o Questionário tenha considerado apenas indivíduos com mais de 65 anos, algumas vezes entrevistámos pessoas que não atingiam a faixa etária limite, mas, pareceu-nos conveniente não os marginalizar¹⁴, para que não vissem nisso mais uma forma de exclusão. No fim, muitos agradeciam e perguntavam mesmo quanto deviam pelo tempo que nos ocuparam em ouvi-los, sendo que para alguns deles tivesse sido disso que se tratou.

3.5 INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS/ O QUESTIONÁRIO

3.5.1 o Questionário

Atendendo às características da população em estudo e às condições que previmos dispor para a realização deste trabalho, decidimos utilizar e construir um Questionário de hetero-avaliação com base no já vasto referencial teórico e em outros estudos efectuados no mesmo âmbito. O presente Questionário é constituído por questões fechadas, abertas e mistas. As questões têm como objectivo caracterizar os indivíduos nos seus vectores pessoal, social, profissional, condições de habitação, situação de saúde, redes de apoio social, equipamentos, sociabilidade, etc. Com ele procurou-se caracterizar a amostra e verificar ou não, a validade das escalas aplicadas nos grupos amostrados, e bem assim, a sua relação com os resultados obtidos.

As questões abertas do Questionário, concretamente, as nº 6 e 26, foram recodificadas tendo-se recorrido respectivamente à Classificação Nacional das Profissões, Versão de 1994 INSTITUTO DE EMPREGO E FORMAÇÃO PROFISSIONAL *In*: GABINETE DE COMUNICAÇÃO – NÚCLEO DE INFORMAÇÃO E DOCUMENTAÇÃO [2001] (Tabela III-3 – Classificação Nacional de Profissões, p. 220) e à Classificação das Doenças, Traumatismos e Causas de Morte (OMS 9th Rev.) (CID-9) Lista Básica para Tabulação (INE) *In*: (INE), INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA [2002].

3.5.2 as Escalas

Utilizaram-se adicionalmente e em complementaridade ao Questionário, as escalas,

- ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA, de YESAVAGE; BRINK; ROSE *et al.* [1982];
- ÍNDICE DE ACTIVIDADES INSTRUMENTAIS, de LAWTON & BRODY [1969];
- INVENTÁRIO DE AUTO-CONCEITO, de VAZ SERRA *In*: I CONGRESSO PORTUGUÊS DE TERAPIA COMPORTAMENTAL [1985];

¹⁴ Não contam como é óbvio para os resultados estatísticos.

Segundo SPAR & LA RUE [1998], p. 49, as escalas de avaliação de sintomas não são suficientes para fazer o diagnóstico de Depressão, mas podem no entanto, ajudar a identificar indivíduos cujos sintomas depressivos excedem a norma, proporcionando um meio para seguir as modificações relacionadas com o tratamento, referindo ainda a utilidade clínica das três escalas usadas em idosos:

- 1 - INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO, de BECK; H & MENDELSON [1961];
- 2 - ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA, de YESAVAGE; BRINK; ROSE *et al.* [1982];
- 3 - ESCALA DE AVALIAÇÃO, de HAMILTON [1967].

VAZ SERRA *In:* I CONGRESSO PORTUGUÊS DE TERAPIA COMPORTAMENTAL [1985], apresentou o Inventário Clínico do Auto-Conceito (I.C.A.C.), que foi utilizado em diversos estudos, tendo revelado correlações negativas e altamente significativas com a ansiedade social, com sentimentos depressivos na população em geral ou com perturbações emocionais em doentes psiquiátricos e com ansiedade, fobia, depressão e somatização.

Escala de Depressão Geriátrica

VÁZQUEZ & LOZOYA *In:* BUENDÍA, JOSÉ [1994], refere que a “Escala de Depressão Geriátrica GERIATRIC DEPRESSION SCALE – YESAVAGE; BRINK; ROSE *et al.* [1982], foi desenvolvida especificamente para idosos. A versão original desta prova consta de trinta (30) itens e o seu formato de resposta é *Sim* ou *Não*. Na sua construção inicial empregaram-se cem (100) itens, criados por pessoas conhecedoras (peritos), que a aplicaram já com o formato indicado, numa amostra de indivíduos idosos. Após uma filtragem dos itens cuja correlação era pequena e não significativa, chegou-se ao seu formato actual.

Esta escala avalia o estado de ânimo de uma maneira extensa, incluindo também alguns itens para avaliar outras áreas relevantes, como as de carácter cognitivo e comportamento social. Foi validada com bons resultados para dois critérios independentes: a escala de HAMILTON (HAMILTON [1967]) e a de ZUNG (ZUNG; RICHARDS & SHORT [1965]). Apresenta também boas correlações com o Inventário de Depressão de BECK (BDI – BECK; H & MENDELSON [1961]; BECK [1967] e FERNÁNDEZ-BALLESTEROS; IZAL; MONTORIO *et al.* [1992]). Quanto à sua sensibilidade e especificidade, os resultados parecem ser contraditórios, o mesmo autor indica a existência de resultados não homogéneos neste sentido, para idosos com níveis médios de depressão. No entanto, LA RUE [1992], p. 262, parece mais optimista assinalando “uma sensibilidade e especificidade relativamente altas na identificação de idosos com diagnóstico clínico de depressão”. Na globalidade, os dados oscilam entre 80% e 90%, indicando que não é inferior, sendo pelo menos igual ou mesmo superior às restantes provas com que tem sido comparada. Segundo estes dados psicométricos, parece ser um bom instrumento.

Apesar de as escalas de avaliação da depressão terem sido originalmente concebidas para fins de investigação, o seu uso na prática clínica pode fomentar a uniformidade e a fiabilidade da avaliação. As escalas de avaliação de sintomas não são suficientes para fazer o diagnóstico de depressão, mas podem ajudar a identificar indivíduos cujos sintomas depressivos excedem a norma e proporcionar um meio para seguir

as modificações relacionadas com o tratamento, (SPAR & LA RUE [1998]). Estes autores verificaram que as três escalas de depressão são clinicamente úteis em doentes idosos: INVENTÁRIO DA DEPRESSÃO DE BECK (IDB – BDI); ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA (EGD) e a ESCALA DE AVALIAÇÃO DE HAMILTON PARA A DEPRESSÃO (HAM–D). Mencionam ainda que a maior parte dos estudos de escalas da depressão têm-se baseado em populações predominantemente brancas, pelo que está por esclarecer se são aplicadas a pessoas de outros grupos, etnias ou mesmo de diferentes linguagens. Num estudo realizado embora em pequena escala encontraram-se *scores* de EGD, comparáveis em indivíduos de língua inglesa e espanhola, com ou sem demência, TAUSSIG; HENDERSON & MACK [1992], citado por estes autores. Noutro estudo recente verificou-se que a EGD era ineficaz para detectar a depressão em pessoas negras idosas com perturbação psiquiátrica. (BAKER; VELLI & FRIEDMAN [1995]), citados por SPAR & LA RUE [1998].

Índice de actividades instrumentais de Lawton & Brody

Este Índice, resulta da aplicação da Escala com mesmo nome, foi desenvolvida no CENTRO GERIÁTRICO DE FILADÉLFIA, e publicada por LAWTON & BRODY [1969], (FERNÁNDEZ-BALLESTEROS [2000]; RAMOS & JIMÉNEZ [1999], p. 87); é uma escala que procura determinar o desempenho do idoso e a sua deterioração funcional relativamente a oito tipos de funções ou capacidades para: 1) utilizar o telefone; 2) ir às compras; 3) preparar as refeições; 4) cuidar da casa; 5) lavar a roupa; 6) utilizar meios de transporte; 7) responsabilizar-se pela ingestão da medicação; 8) gerir o dinheiro.

Destas oito capacidades, três têm três alternativas de resposta (questões **E**, **G** e **H**), as três outras, têm quatro alternativas (questões **A**, **B** e **C**), e as restantes duas, podem ter uma de cinco opções de resposta (questões **D** e **F**). Apesar de a resposta a cada uma das questões contemplar **3**, **4** ou **5** alternativas, como referimos, as pontuações em cada uma situam-se apenas entre **0** e **1**, uma vez que várias destas alternativas têm a mesma cotação (veja-se Quadro abaixo). A pontuação obtida oscila entre um mínimo de **zero** (0) e um máximo de **oito** (8) pontos para as mulheres e de **cinco** (5) pontos para os homens, (excluem-se a preparação das refeições, a lavagem das roupas e as tarefas domésticas), o que corresponde ao total de máxima dependência. Relativamente à suas características métricas a escala apresenta uma boa validade, concorrendo com outras escalas de Actividade de Vida Diária (AVD); o índice de fiabilidade inter-observador foi de 0.85 (LAWTON & BRODY [1969]). A maior parte das críticas a esta escala têm por base, por um lado, as poucas actividades possíveis da vida diária consideradas e por outro, o excessivo número de tarefas associadas ao papel feminino, pelo que será mais apropriada para as mulheres que para os homens (Veja-se Anexo III).

inventário clínico de auto-conceito (ICAC)

Para medir o auto-conceito usámos o Inventário Clínico de Auto-Conceito (ICAC), construído por VAZ SERRA *In: I CONGRESSO PORTUGUÊS DE TERAPIA COMPORTAMENTAL* [1985], já validado na população geral pelo autor e largamente usado em outros trabalhos de investigação e em outras amostras. Este inventário mede as facetas emocional e social do auto-conceito, é uma escala subjectiva de auto-avaliação, constituída por **20** itens, que podem ser classificados segundo valores que vão de **1** a **5**. A construção da escala está feita de tal maneira que as pontuações mais elevadas correspondem a um bom auto-conceito e vice-versa. Este inventário apresenta uma boa consistência interna e estabilidade temporal.

Segundo o seu autor, esta escala vem revelar a importância que factores de aceitação/ rejeição social e de auto-eficácia têm na definição do conceito que o indivíduo faz de si próprio. Os itens que constituem a escala revelam um bom poder discriminatório, não são sensíveis a diferenças de sexo e, no conjunto, mostram ter boa consistência interna e estabilidade temporal. Relativamente ao auto-conceito, revelou uma boa correlação, altamente significativa, entre a forma como uma pessoa se classifica a si própria e a nota global de auto-conceito revelada pela escala. É chamado de inventário, explica o autor, pelo facto de, para além de uma nota global, permite extrair vários índices que trazem consigo igualmente informação sobre a pessoa.

MARSH; SMITH & BARNES [1983], citados por VAZ SERRA [1986b], referem que o auto-conceito como fenómeno íntimo e pessoal que é – as escalas que o avaliam são necessariamente de auto-avaliação e não de avaliação pelo observador. Nas escalas mais comuns, a pessoa costuma classificar-se em cada item num intervalo que vai de zero (0) a quatro (4) ou de 1 a 5 pontos; (Anexo III).

3.5.3 limites do estudo e aspectos éticos

Os aspectos éticos relativos ao desenvolvimento metodológico do estudo foram considerados, quer através dos pedidos de autorização necessários à concretização das várias etapas, quer através de garantias de confidencialidade das informações prestadas, e ainda no inculcar da consciencialização destes aspectos aos estudantes envolvidos, no sentido de uma participação consciente da aplicação dos Questionários (apenas os efectuados na cidade – Bragança).

3.5.4 sobre os Questionários algumas questões e dificuldades

A aplicação do Questionário é já por si suficientemente consumidora de tempo, por isso, desde o início procurámos desenvolver um método expedito para a transcrição das respostas para uma Base de Dados ou uma Folha de Cálculo ou ainda como é agora também comum sobre o próprio *software* de tratamento de dados.

O Questionário foi assim elaborado de início, para este propósito, com as questões convenientemente numeradas e usando um tipo (“font”), que transpõe por simples correspondência a numeração para um código de barras, no caso o **Code 39**. Assim, e com um auxílio de uma vulgar caneta óptica, constituiu-se um ficheiro de texto onde cada **questão/ resposta**, está separada da seguinte por um carácter, por exemplo “*tab*”, e com os indivíduos separados por exemplo por um carácter de “*Re*”

turn”, este ficheiro foi depois importado para um Sistema Relacional de Base de Dados para permitir uma mais conveniente manipulação e consulta dos dados.

Pese embora o esforço e o incómodo a que sujeitámos os entrevistados, cremos que o distúrbio nas vidas e no dia a dia que introduzimos, mais que uma alteração à rotina constituiu uma esperança e um motivo de conversas num universo infelizmente monótono e igual.

Os dados foram obtidos através da aplicação dos Questionários com início em Março 2001. A verificação dos dados e a sua validação decorreu até Junho de 2003.

3.6 O TRATAMENTO ESTATÍSTICO

3.6.1 Algumas reflexões sobre a amostragem

A análise da Tabela III-1 – Evolução da População Anos de 1999 e 2001, e a leitura do parágrafo que se lhe segue, permite observar que, a fazer fé nos dados de 2001, há um total de **32,142 indivíduos com 65 anos e mais**, e que **cerca de 92% (29,584) destes idosos vivem nas suas Casas** (1,548 em LI's – 4.8%; 1,010 em CD's – 3.1%).

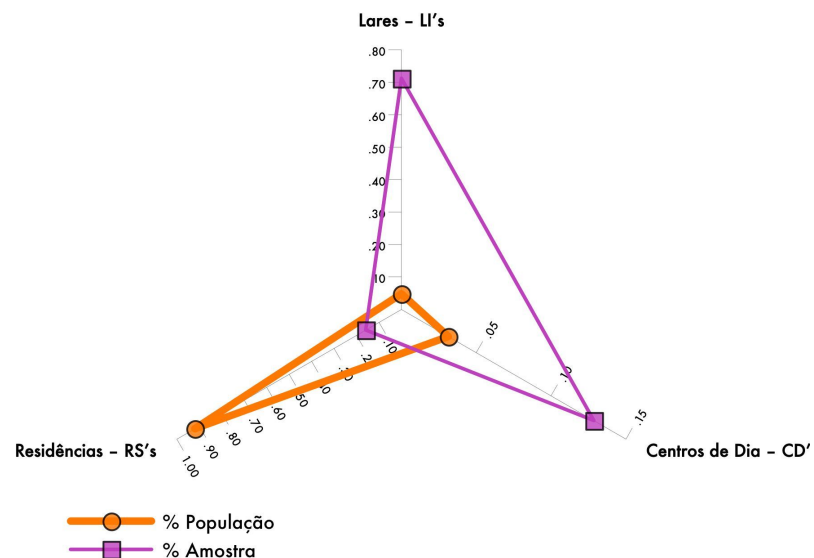


Figura III-1 – População e Proporções da Amostragem

Acontece que a amostragem efectuada não reflecte a realidade. Inquiriram-se 537 idosos institucionalizados (LI's – 71%), 97 em Centros de Dia (CD's – 13%) e apenas 120 em suas Casas (RS's – 16%), numa nítida violação das proporções da população que a Figura III-1 – População e Proporções da Amostragem, bem revela. O nível de discriminação não foi o mais adequado; perdeu-se muita informação relevante que outras proporções permitiriam padronizar, particularmente nas questões descritivas que não tratámos; mas foi o estudo possível, e estamos convictos que outros estudos virão e estes dados serão parâmetros balizadores para melhores amostragens e interpretações mais correctas.

3.6.2 amostragem na Cidade – estratificação

Relativamente aos Residentes em suas casas ou nas da família (RS's), utilizou-se o seguinte processo. Sobre a base cartográfica da cidade, dividida em 13 blocos, segundo uma hierarquia definida pela autarquia – A1, A2, A3, B1, B2, B3, C1, C2, C3, D1, D2, E1, E2 – (Figura V-1 – “Plots” da Amostragem na Cidade), sobrepôs-se uma malha quadrada regular (quadrícula) e utilizando uma tabela de números aleatórios, definiu-se um esquema, um algoritmo, que permitiu marcar um conjunto de pontos “*seed points*”, que identificam os lugares base de início dos percursos, para a aplicação dos inquéritos. Também por recurso às mesmas tabelas, definiram-se percursos ascendentes ou descendentes, conforme os valores aleatórios eram pares ou ímpares e ainda a marcação das portas das casas (números de polícia), onde se inquiriram de um modo sistemático os idosos residentes. O algoritmo termina sempre que faz sair a equipa para fora dos limites dos blocos referidos.

A amostra obtida foi de **120** indivíduos.

3.7 TIPO DE ESTUDO

Analisar os dados é uma tarefa complexa e tanto mais quanto todo este trabalho foi uma prossecução das variáveis que explicassem a Depressão. Socorremo-nos da introdução de GREENACRE [1984], p. 1-2, numa tradução livre, de modo a explicitar alguns conceitos.

– “O objecto da estatística é sumarizar, simplificar e eventualmente explicar. Normalmente, um investigador que estude a manifestação de um fenómeno específico, tenta recolher ou medir todos os aspectos que considere relevantes para um entendimento desse fenómeno. É raro, se não mesmo impossível, que o investigador actue de um modo totalmente objectivo e seja independente das suas ideias preconcebidas. O estatístico, por outro lado, tem normalmente a vantagem da neutralidade relativamente ao estudo, e pode mesmo ajudar o investigador a interpretar as suas observações sem ser influenciado pelas esperanças e objectivos do investigador.

Para além disto, se alguém examinar o conjunto das técnicas estatísticas convencionais hoje em uso, torna-se claro que o estatístico por si mesmo raramente pode avançar sem introduzir um dado grau de subjectividade na sua própria estrutura de trabalho. Frequentemente, uma forma geral do modelo matemático é suposta adequar-se aos dados observados e a análise estatística consiste em estimar a forma particular do modelo que ‘melhor se adapta’ aos dados. Devido ao enorme grau de subjectividade envolvido na selecção dos modelos, não é surpresa que tal estratégia

seja a mais das vezes carregada de controvérsia. Enquanto alguns radicais vão mesmo mais longe e consideram os seus modelos particulares como ‘leis da natureza’, o analista mais racional admitirá que o modelo é quanto muito, um bom sumário do conjunto dos dados ‘à mão’, simplificando os dados de um modo pré-concebido pelo analista e fornecendo uma muito modesta tentativa de explicação do fenómeno em estudo. Infelizmente, põe-se demasiado ênfase no modelo como uma representação da realidade, o que é normalmente injustificado, e pouca ou nenhuma atenção ao cuidado de descrever os dados extensivamente. De facto, toda a questão da descrição dos dados não tem sido olhada com a atenção merecida, como o refere FINCH [1982]. Frequentemente o conjunto de dados *per se* é o único conjunto de informação disponível, as ‘unidades de amostragem’ constituem a população e o estudo não é mais repetido. Neste caso, a descrição dos dados é de suprema importância. ...”

Analisar significa sintetizar o conteúdo dos dados.

Como já anteriormente referimos, o objectivo do presente trabalho consistiu em estudar os níveis de Depressão em idosos institucionalizados e os que vivem no ambiente familiar, em função das variáveis que considerámos poderem ter relação com a Depressão.

Trata-se de um estudo transversal, analítico, segundo uma via quantitativa; uma pesquisa descritiva do tipo correlacional, dado termos como objectivo a caracterização e estabelecimento de relações entre as variáveis.

Na circunstância de termos utilizado um conjunto vasto de propriedades – Questionário e Escalas, a Análise Exploratória dos Dados, constituiu a primeira fase do estudo, procurando ver-se a distribuição das diversas propriedades (variáveis categóricas) nos grupos amostrados. Socorremo-nos em primeiro lugar de uma análise univariada das variáveis *vs* Sexo, para depois estabelecermos algumas hipóteses de agregação em torno dos locais (CD’s, LI’s, RS’s). Continuando sempre na perspectiva de uma interacção com os dados no sentido de os “deixar falar”, procedemos de seguida a uma Análise de Componentes Principais (ACP), embora ficassem de fora as questões que não são do tipo “escala de intervalos”, seguida de uma Análise Factorial de Correspondências Múltiplas (AFCM), dado algumas das propriedades em estudo não serem métricas, mas grupos de variáveis nominais.

Embora tivéssemos também recorrido à análise de “clusters” (agregados, grupos), para visualmente tentarmos observar níveis de agregação, na tentativa de os discriminar, as análises foram infrutíferas.

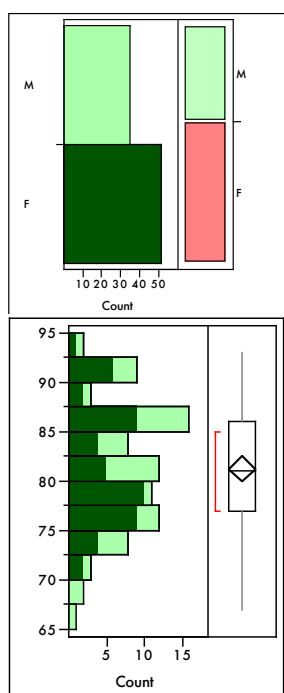
“... Contudo, é melhor pensar em formas como *formas*, porque assim se faz uso das nossas poderosas e intuitivas capacidades visuais, enquanto as listas complicadas de números são mais adequadas para as nossas capacidades simbólicas, mais fracas e trabalhosas.” STEWART *In*: TEMAS E DEBATES [2003], p. 16.

3.8 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Análise Univariada dos Resultados

A análise exhaustiva do Questionário está traduzida nos quadros, figuras e comentários que se seguem e mais não é que a análise univariada do “datum”. Embora possa parecer exagerada por demasiado extensa, esta análise permite escapelizar os dados e tomar em conta pequenas subtilezas da amostra, reconhecer padrões, confirmar hipóteses e sobretudo, possibilita familiarizarmo-nos com a realidade. O tipo de representação escolhida recaiu sobre o “mosaico”, pela facilidade de discriminar as proporções e concomitantemente, a importância relativa dos grupos e variáveis em jogo.

Quadro III-1 – Centros de Dia – Sexo vs Idade (2)



Frequências¹⁵⁾

Nível	Casos	Probab.
F	52	0.59770
M	35	0.40230
Total	87	1.00000

Há um certo desequilíbrio na relação Mulheres (F)/ Homens (M), mas nada que se desvie dos valores dos Censos (Tabela III-1 – Evolução da População Anos de 1999 e 2001).

Percentis

100.0%	máximo	93.000
99.5%		93.000
75.0%	quartil	86.000
50.0%	mediana	81.000
25.0%	quartil	77.000
0.5%		67.000
0.0%	mínimo	67.000

Momentos

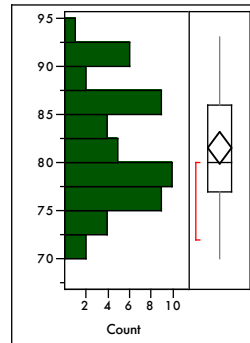
média	81.275862
Desv. Padrão	6.2406948
Erro Quad. médio	0.6690727
acima 95% média	82.605935
abaixo 95% média	79.94579
N	87

A média está próxima da mediana.

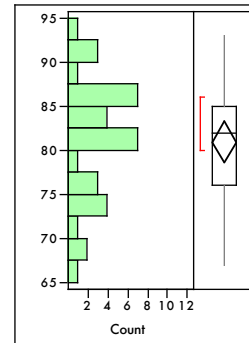
¹⁵⁾ O facto dos quadros apresentarem um dado número de algarismos significativos, não significa que lhes esteja associada a correspondente precisão, mas apenas o facto de o *software* estar parametrizado para esse formato. Sempre que se inferir a partir destes valores, usar-se-ão os adequados algarismos significativos.

A Depressão no Idoso

Mulheres



Homens



Percentis

Percentil	Descrição	Valor
100.0%	máximo	93.000
99.5%		93.000
90.0%		90.000
75.0%	quartil	86.000
50.0%	mediana	80.000
25.0%	quartil	77.000
10.0%		74.000
0.5%		70.000
0.0%	mínimo	70.000

Percentis

Percentil	Descrição	Valor
100.0%	máximo	93.000
99.5%		93.000
90.0%		91.000
75.0%	quartil	85.000
50.0%	mediana	82.000
25.0%	quartil	76.000
10.0%		70.200
0.5%		67.000
0.0%	mínimo	67.000

Momentos

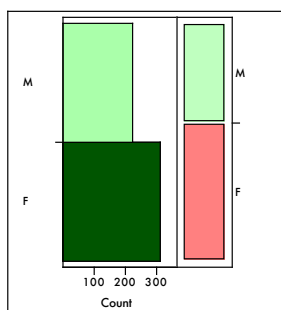
média	81.5
Desv. Padrão	5.8460645
Erro Quad. médio	0.8107033
acima 95% média	83.127555
abaixo 95% média	79.872445
N	52

Momentos

média	80.942857
Desv. Padrão	6.8596984
Erro Quad. médio	1.1595007
acima 95% média	83.299246
abaixo 95% média	78.586468
N	35

Nas amostras Mulheres/ Homens, a posição dos "box-plots" denota uma assimetria que o "shortest half" confirma e que traduz que 50% das Mulheres estão entre os 70 e os 80 anos, enquanto nos Homens, este valor está deslocado para os 80 a 87 anos; os "diamond" mostram o intervalo de confiança de 95% para a média.

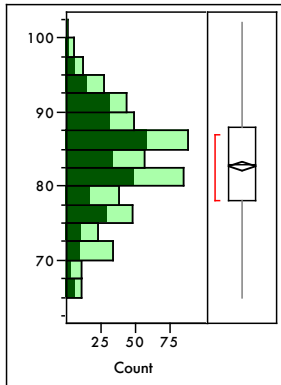
Quadro III-2 - Lares de Idosos - Sexo vs Idade (2)



Frequências

Nível	Casos	Probab.
F	314	0.58473
M	223	0.41527
Total	537	1.00000

Da mesma forma que nos CD's, há um maior número de Mulheres que de Homens, em proporções muito próximas das anteriormente observadas.



Percentis

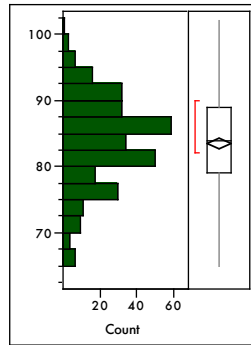
100.0%	máximo	102.00
99.5%		98.31
75.0%	quartil	88.00
50.0%	mediana	83.00
25.0%	quartil	78.00
0.5%		65.00
0.0%	mínimo	65.00

Momentos

média	82.679702
Desv. Padrão	7.1785476
Erro Quad. médio	0.3097772
acima 95% média	83.288228
abaixo 95% média	82.071176
N	537

Também aqui os resultados são idênticos. Do mesmo modo, há uma coincidência entre a *mediana* e a *média*.

Mulheres



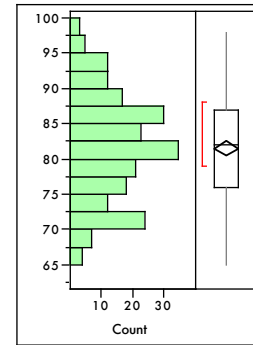
Percentis

100.0%	máximo	102.00
99.5%		100.28
90.0%		92.00
75.0%	quartil	89.00
50.0%	mediana	84.00
25.0%	quartil	79.00
10.0%		74.00
0.5%		65.00
0.0%	mínimo	65.00

Momentos

média	83.503185
Desv. Padrão	6.8876184
Erro Quad. médio	0.3886908
acima 95% média	84.267962
abaixo 95% média	82.738408
N	314

Homens



Percentis

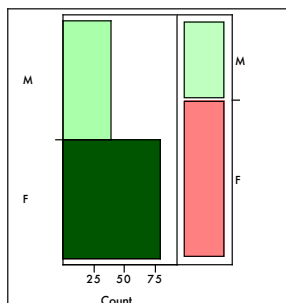
100.0%	máximo	98.000
99.5%		98.000
90.0%		92.000
75.0%	quartil	87.000
50.0%	mediana	82.000
25.0%	quartil	76.000
10.0%		71.000
0.5%		65.000
0.0%	mínimo	65.000

Momentos

média	81.520179
Desv. Padrão	7.4312644
Erro Quad. médio	0.4976343
acima 95% média	82.500871
abaixo 95% média	80.539488
N	223

Nas amostras Mulheres/ Homens, a posição dos "box-plots" denota uma enorme semelhança que o "shortest half" confirma.

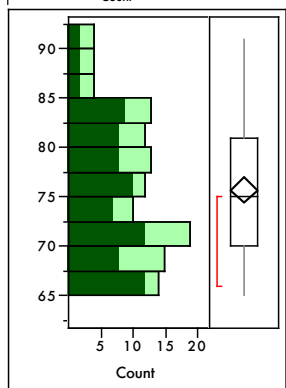
Quadro III-3 - Em Casa - Sexo vs Idade (2)



Frequências

Nível	Casos	Probab.
F	80	0.66667
M	40	0.33333
Total	120	1.00000

Relativamente aos valores observados quer nos CD's, quer nos LI's, a proporção de Mulheres e Homens em suas Casas (RS's), é substancialmente maior (2/3 para 1/3).



Percentis

100.0%	máximo	91.000
99.5%		91.000
75.0%	quartil	81.000
50.0%	mediana	75.000
25.0%	quartil	70.000
0.5%		65.000
0.0%	mínimo	65.000

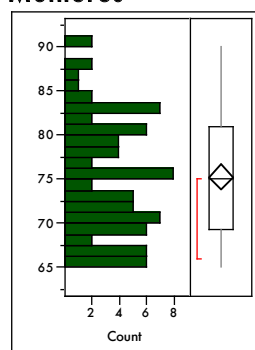
Momentos

média	75.733333
Desv. Padrão	6.8461279
Erro Quad. médio	0.6249631
acima 95% média	76.970823
abaixo 95% média	74.495844
N	120

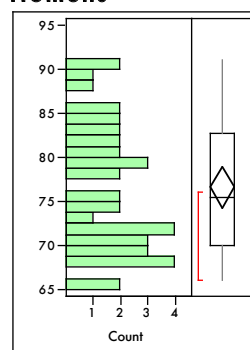
Também aqui se nota um abaixamento dos valores da mediana e da média (75.00; 75.73).

As amostras Mulheres/ Homens, descrevem uma distribuição incaracterística, os "box-plots" denotam um alargamento dos valores que o "shortest half" confirma, entre os 65 e os 75 anos nas Mulheres e nos Homens; os "diamond" são também mais alongados.

Mulheres



Homens



Percentis

100.0%	máximo	90.000
99.5%		90.000
90.0%		83.900
75.0%	quartil	81.000
50.0%	mediana	75.000
25.0%	quartil	69.250
10.0%		67.000
0.5%		65.000
0.0%	mínimo	65.000

Percentis

100.0%	máximo	91.000
99.5%		91.000
90.0%		87.800
75.0%	quartil	82.750
50.0%	mediana	75.500
25.0%	quartil	70.000
10.0%		68.000
0.5%		66.000
0.0%	mínimo	66.000

Momentos

média	75.3
Desv. Padrão	6.6244656
Erro Quad. médio	0.7406378
acima 95% média	76.774203
abaixo 95% média	73.825797
N	80

Momentos

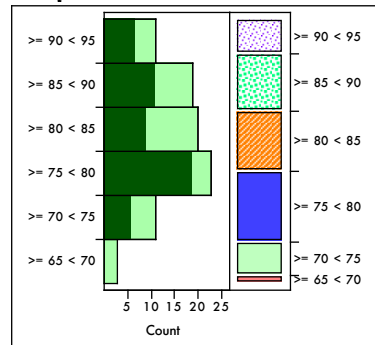
média	76.6
Desv. Padrão	7.277644
Erro Quad. médio	1.1506966
acima 95% média	78.927503
abaixo 95% média	74.272497
N	40

Os valores embora diferentes, não traduzem diferenças significativas.

Quadro III-4 - Centros de Dia - Sexo vs Grupos de Idade (2a)

Esta análise difere da anterior por considerar grupos específicos de idade, como indicados.

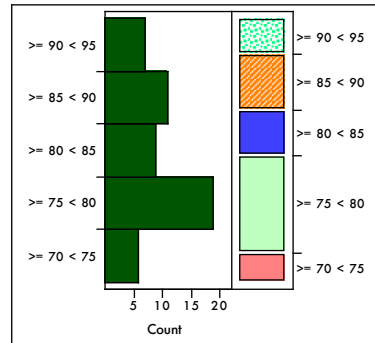
Grupos de Idades



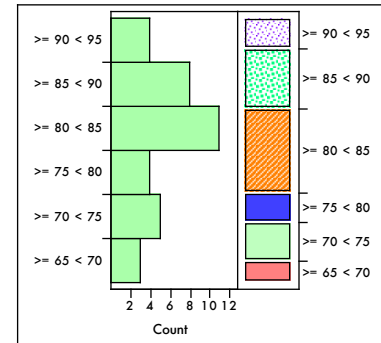
Frequências

Nível	Casos	Probab.
>= 65 < 70	3	0.03448
>= 70 < 75	11	0.12644
>= 75 < 80	23	0.26437
>= 80 < 85	20	0.22989
>= 85 < 90	19	0.21839
>= 90 < 95	11	0.12644
Total	87	1.00000

Mulheres



Homens



Frequências

Nível	Casos	Probab.
>= 70 < 75	6	0.11538
>= 75 < 80	19	0.36538
>= 80 < 85	9	0.17308
>= 85 < 90	11	0.21154
>= 90 < 95	7	0.13462
Total	52	1.00000

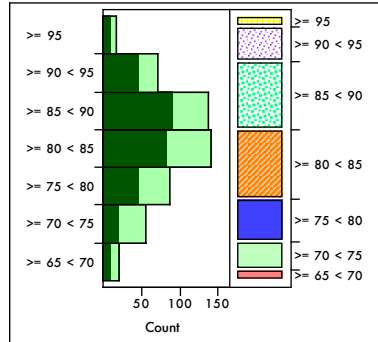
Frequências

Nível	Casos	Probab.
>= 65 < 70	3	0.08571
>= 70 < 75	5	0.14286
>= 75 < 80	4	0.11429
>= 80 < 85	11	0.31429
>= 85 < 90	8	0.22857
>= 90 < 95	4	0.11429
Total	35	1.00000

A assimetria nas idades Mulheres/ Homens é clara.

Quadro III-5 - Lares de Idosos - Sexo vs Grupos de Idade (2a)

Grupos de Idades

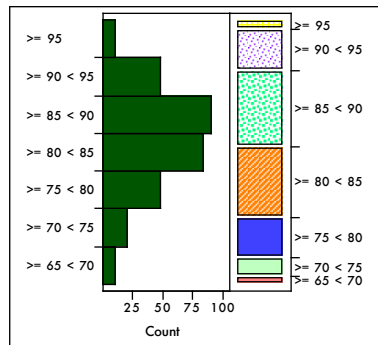


Frequências

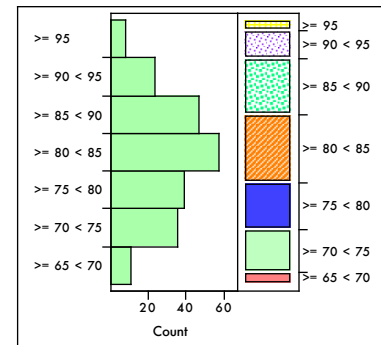
Nível	Casos	Probab.
>= 65 < 70	22	0.04097
>= 70 < 75	57	0.10615
>= 75 < 80	87	0.16201
>= 80 < 85	142	0.26443
>= 85 < 90	138	0.25698
>= 90 < 95	72	0.13408
>= 95	19	0.03538
Total	537	1.00000

Há um acentuado número de utentes acima dos 75 anos.

Mulheres



Homens



Frequências

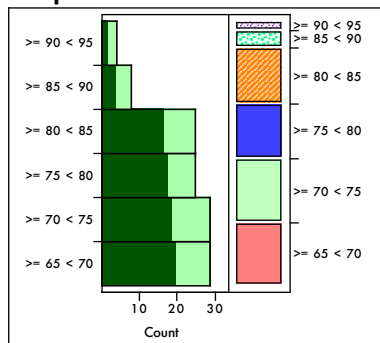
Nível	Casos	Probab.
>= 65 < 70	11	0.03503
>= 70 < 75	21	0.06688
>= 75 < 80	48	0.15287
>= 80 < 85	84	0.26752
>= 85 < 90	91	0.28981
>= 90 < 95	48	0.15287
>= 95	11	0.03503
Total	314	1.00000

Frequências

Nível	Casos	Probab.
>= 65 < 70	11	0.04933
>= 70 < 75	36	0.16143
>= 75 < 80	39	0.17489
>= 80 < 85	58	0.26009
>= 85 < 90	47	0.21076
>= 90 < 95	24	0.10762
>= 95	8	0.03587
Total	223	1.00000

Quadro III-6 - Em Casa - Sexo vs Grupos de Idade (2a)

Grupos de Idades

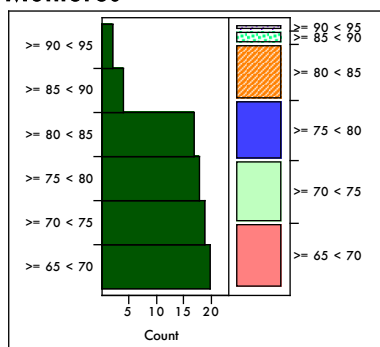


Frequências

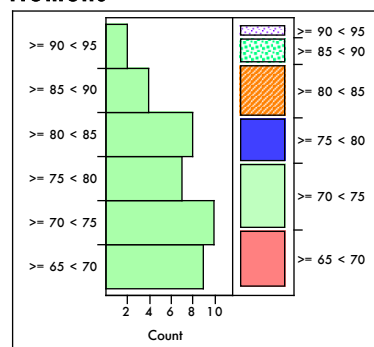
Nível	Casos	Probab.
>= 65 < 70	29	0.24167
>= 70 < 75	29	0.24167
>= 75 < 80	25	0.20833
>= 80 < 85	25	0.20833
>= 85 < 90	8	0.06667
>= 90 < 95	4	0.03333
Total	120	1.00000

Contrariamente ao observado em CD's e LI's, a população amostrada está maioritariamente abaixo dos 80 anos, o que é conforme com as condições de auto-suficiência dos idosos "Em Casa" - as "disfunções" só aparecem a partir destas idades.

Mulheres



Homens



Frequências

Nível	Casos	Probab.
>= 65 < 70	20	0.25000
>= 70 < 75	19	0.23750
>= 75 < 80	18	0.22500
>= 80 < 85	17	0.21250
>= 85 < 90	4	0.05000
>= 90 < 95	2	0.02500
Total	80	1.00000

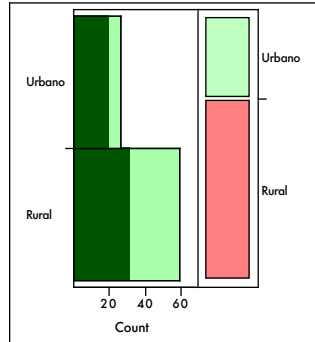
Frequências

Nível	Casos	Probab.
>= 65 < 70	9	0.22500
>= 70 < 75	10	0.25000
>= 75 < 80	7	0.17500
>= 80 < 85	8	0.20000
>= 85 < 90	4	0.10000
>= 90 < 95	2	0.05000
Total	40	1.00000

Os padrões são idênticos (veja-se Quadro III-3).

Quadro III-7 - Centros de Dia - Sexo vs Proveniência (3)

Proveniência

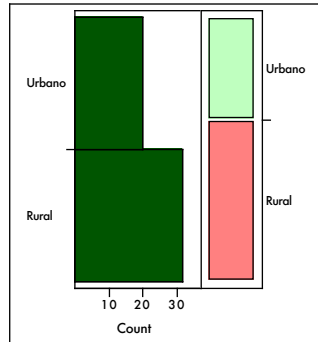


Frequências

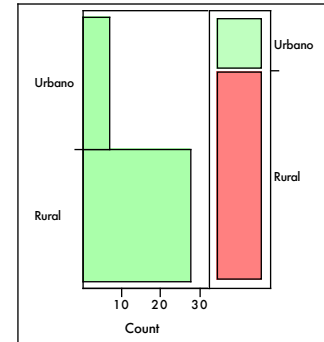
Nível	Casos	Probab.
Rural	60	0.68966
Urbano	27	0.31034
Total	87	1.00000

Há um acentuado predomínio do Rural sobre o Urbano.

Mulheres



Homens



Frequências

Nível	Casos	Probab.
Rural	32	0.61538
Urbano	20	0.38462
Total	52	1.00000

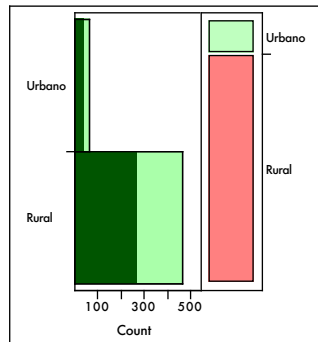
Frequências

Nível	Casos	Probab.
Rural	28	0.80000
Urbano	7	0.20000
Total	35	1.00000

Note-se a desproporção entre Mulheres e Homens na componente Rural/ Urbano.

Quadro III-8 - Lares de Idosos - Sexo vs Proveniência (3)

Proveniência

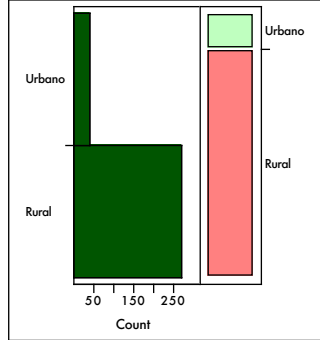


Frequências

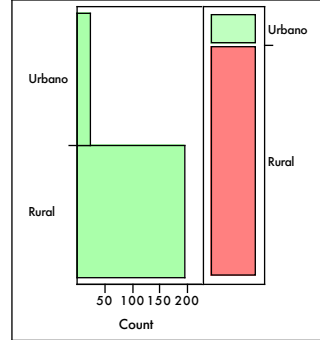
Nível	Casos	Probab.
Rural	469	0.87337
Urbano	68	0.12663
Total	537	1.00000

A desproporção Rural/ Urbano é ainda mais acentuada que em CD's.

Mulheres



Homens



Frequências

Nível	Casos	Probab.
Rural	272	0.86624
Urbano	42	0.13376
Total	314	1.00000

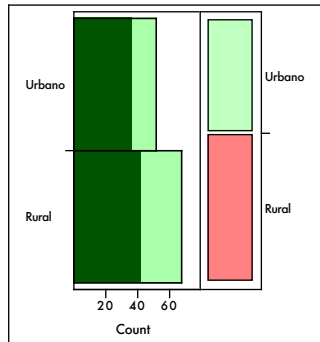
Frequências

Nível	Casos	Probab.
Rural	197	0.88341
Urbano	26	0.11659
Total	223	1.00000

As proporções Rural/ Urbano estão equilibradas entre Mulheres e Homens.

Quadro III-9 - Em Casa - Sexo vs Proveniência (3)

Proveniência

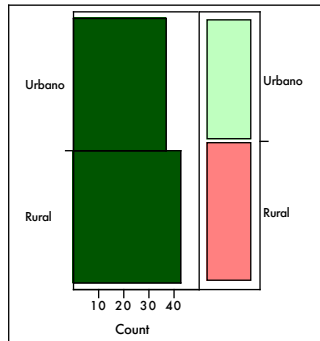


Frequências

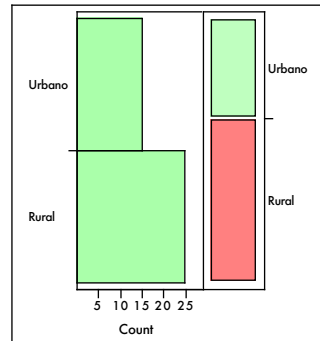
Nível	Casos	Probab.
Rural	68	0.56667
Urbano	52	0.43333
Total	120	1.00000

Os valores tornam-se equilibrados na proporção Rural/ Urbano.

Mulheres



Homens



Frequências

Nível	Casos	Probab.
Rural	43	0.53750
Urbano	37	0.46250
Total	80	1.00000

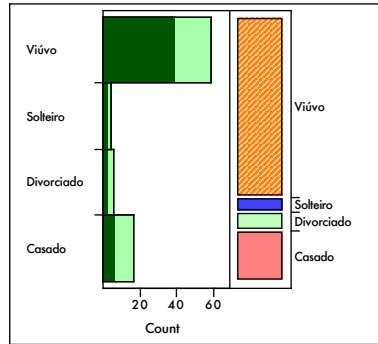
Frequências

Nível	Casos	Probab.
Rural	25	0.62500
Urbano	15	0.37500
Total	40	1.00000

Há equilíbrio nas proporções entre os sexos.

Quadro III-10 – Centros de Dia – Sexo vs Estado civil: (4)

Estado

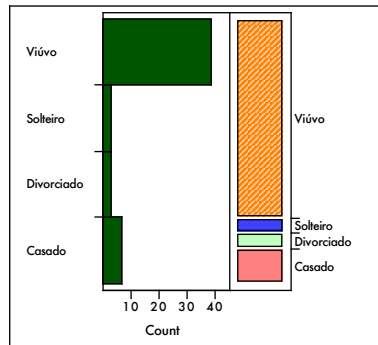


Frequências

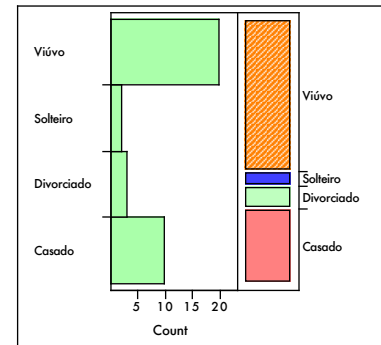
Nível	Casos	Probab.
Casado	17	0.19540
Divorciado	6	0.06897
Solteiro	5	0.05747
Viúvo	59	0.67816
Total	87	1.00000

Os “Viúvos” são a maioria, em ambos os sexos, com preponderância para as Mulheres, os “Casados” ocupam a 2ª posição.

Mulheres



Homens



Frequências

Nível	Casos	Probab.
Casado	7	0.13462
Divorciado	3	0.05769
Solteiro	3	0.05769
Viúvo	39	0.75000
Total	52	1.00000

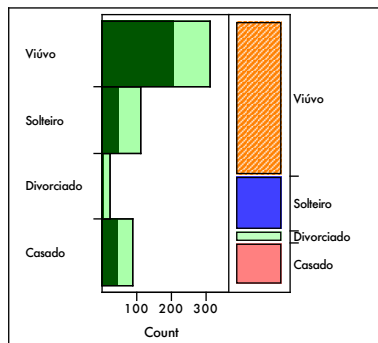
Frequências

Nível	Casos	Probab.
Casado	10	0.28571
Divorciado	3	0.08571
Solteiro	2	0.05714
Viúvo	20	0.57143
Total	35	1.00000

Note-se a elevada proporção de “Viúvas” relativamente aos “Viúvos” e a posição inversa entre “Casadas” e “Casados”.

Quadro III-11 - Lares de Idosos - Sexo vs Estado civil: (4)

Estado

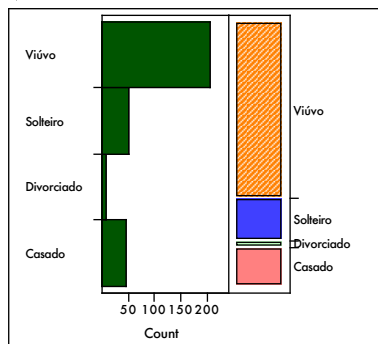


Frequências

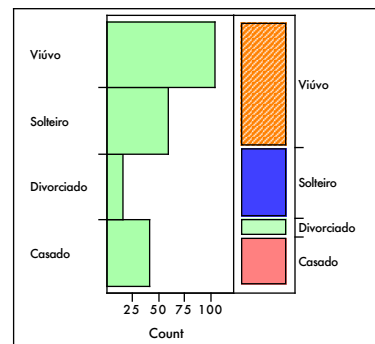
Nível	Casos	Probab.
Casado	88	0.16387
Divorciado	24	0.04469
Solteiro	112	0.20857
Viúvo	313	0.58287
Total	537	1.00000

Os "Viúvos" continuam a ser a maioria, a modalidade "Solteiros" ocupa agora a 2ª posição.

Mulheres



Homens



Frequências

Nível	Casos	Probab.
Casado	46	0.14650
Divorciado	8	0.02548
Solteiro	52	0.16561
Viúvo	208	0.66242
Total	314	1.00000

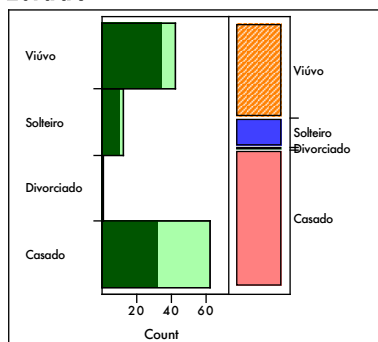
Frequências

Nível	Casos	Probab.
Casado	42	0.18834
Divorciado	16	0.07175
Solteiro	60	0.26906
Viúvo	105	0.47085
Total	223	1.00000

A proporção das "Viúvas" relativamente aos "Viúvos" é substancial, (66% vs 47%).

Quadro III-12 - Em Casa - Sexo vs Estado civil: (4)

Estado

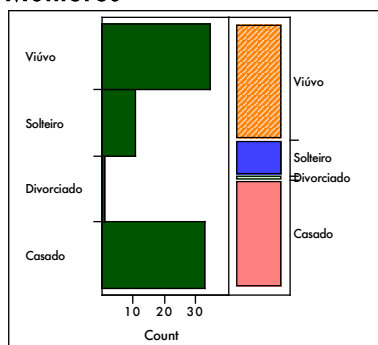


Frequências

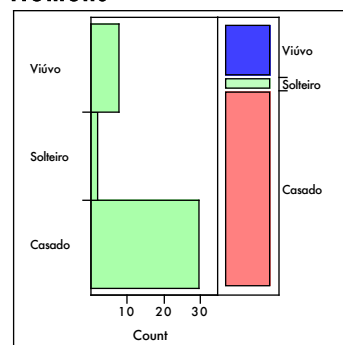
Nível	Casos	Probab.
Casado	63	0.52500
Divorciado	1	0.00833
Solteiro	13	0.10833
Viúvo	43	0.35833
Total	120	1.00000

Os "Casados" são o maior grupo, seguido dos "Viúvos".

Mulheres



Homens



Frequências

Nível	Casos	Probab.
Casado	33	0.41250
Divorciado	1	0.01250
Solteiro	11	0.13750
Viúvo	35	0.43750
Total	80	1.00000

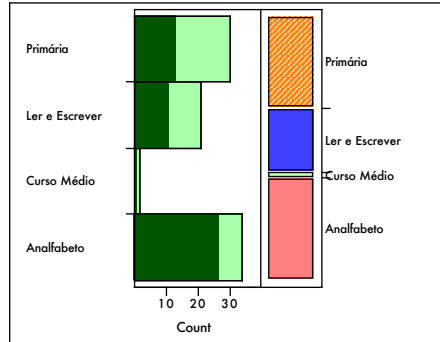
Frequências

Nível	Casos	Probab.
Casado	30	0.75000
Solteiro	2	0.05000
Viúvo	8	0.20000
Total	40	1.00000

A desproporção "Viúvas"/ "Viúvos" acentua-se, na razão inversa da dos "Casados". Há algumas interpretações que abordaremos mais tarde (veja-se Quadro III-45).

Quadro III-13 - Centros de Dia - Sexo vs Escolaridade: (5)

Escolaridade

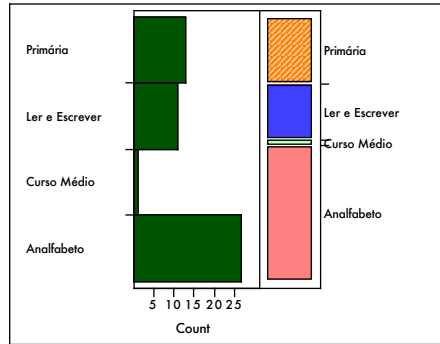


Frequências

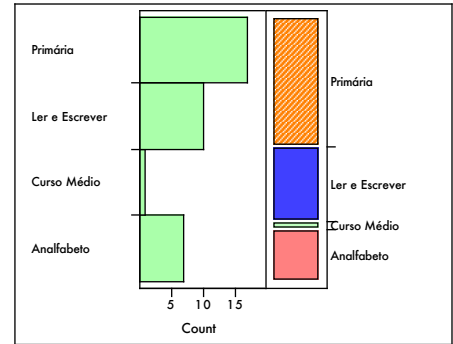
Nível	Casos	Probab.
Analfabeto	34	0.39080
Curso médio	2	0.02299
Ler e Escrever	21	0.24138
Primária	30	0.34483
Total	87	1.00000

Os "Analfabetos" são o maior dos grupos e nestes, as Mulheres são maioritárias.

Mulheres



Homens



Frequências

Nível	Casos	Probab.
Analfabeto	27	0.51923
Curso médio	1	0.01923
Ler e Escrever	11	0.21154
Primária	13	0.25000
Total	52	1.00000

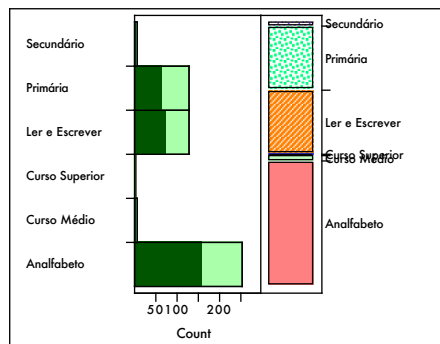
Frequências

Nível	Casos	Probab.
Analfabeto	7	0.20000
Curso médio	1	0.02857
Ler e Escrever	10	0.28571
Primária	17	0.48571
Total	35	1.00000

A proporção de Analfabetismo nas Mulheres é próxima da obtida pela modalidade de "Primária" nos Homens e inversamente.

Quadro III-14 - Lares de Idosos - Sexo vs Escolaridade: (5)

Escolaridade



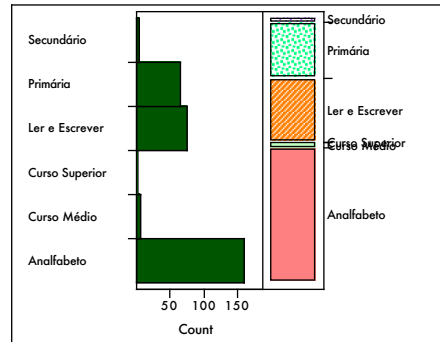
Frequências

Nível	Casos	Probab.
Analfabeto	257	0.47858
Curso médio	9	0.01676
Curso Superior	3	0.00559
Ler e Escrever	130	0.24209
Primária	131	0.24395
Secundário	7	0.01304
Total	537	1.00000

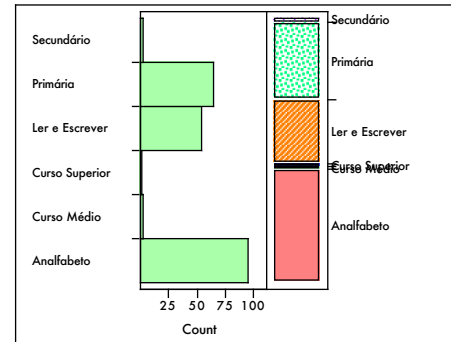
A Depressão no Idoso

Verificar-se uma elevada proporção de "Analfabetos".

Mulheres



Homens



Frequências

Nível	Casos	Probab.
Analfabeto	161	0.51274
Curso médio	6	0.01911
Curso Superior	1	0.00318
Ler e Escrever	76	0.24204
Primária	66	0.21019
Secundário	4	0.01274
Total	314	1.00000

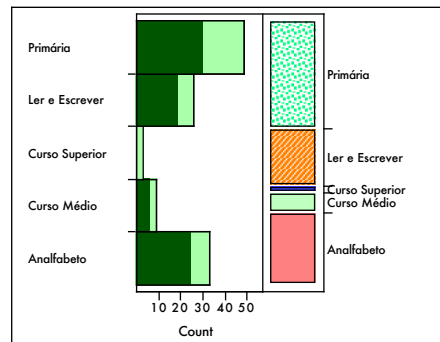
Frequências

Nível	Casos	Probab.
Analfabeto	96	0.43049
Curso médio	3	0.01345
Curso Superior	2	0.00897
Ler e Escrever	54	0.24215
Primária	65	0.29148
Secundário	3	0.01345
Total	223	1.00000

Apesar dos "Analfabetos" representarem 51% nas Mulheres e 43% nos Homens, existe para as demais modalidades uma similitude nas proporções.

Quadro III-15 - Em Casa - Sexo vs Escolaridade: (5)

Escolaridade

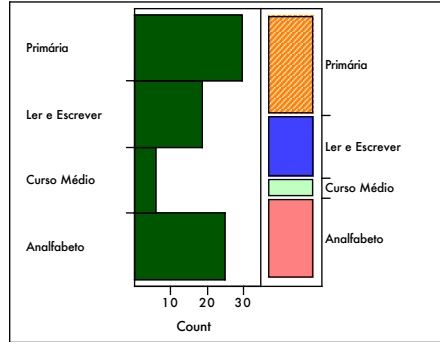


Frequências

Nível	Casos	Probab.
Analfabeto	33	0.27500
Curso médio	9	0.07500
Curso Superior	3	0.02500
Ler e Escrever	26	0.21667
Primária	49	0.40833
Total	120	1.00000

A escolaridade "Primária" é a modalidade maioritária.

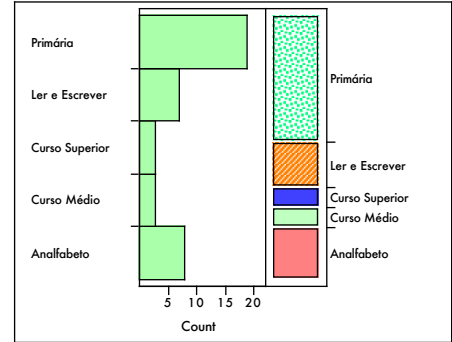
Mulheres



Frequências

Nível	Casos	Probab.
Analfabeto	25	0.31250
Curso médio	6	0.07500
Ler e Escrever	19	0.23750
Primária	30	0.37500
Total	80	1.00000

Homens

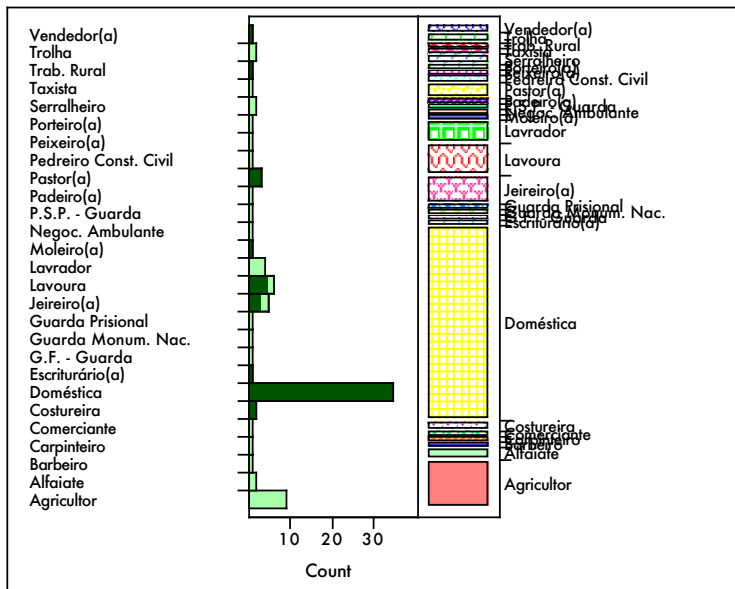


Frequências

Nível	Casos	Probab.
Analfabeto	8	0.20000
Curso médio	3	0.07500
Curso Superior	3	0.07500
Ler e Escrever	7	0.17500
Primária	19	0.47500
Total	40	1.00000

Entre sexos, as diferenças que os outros grupos revelam mantêm-se.

Quadro III-16 - Centros de Dia - Sexo vs Qual a profissão que exercia ou exerce? (6)



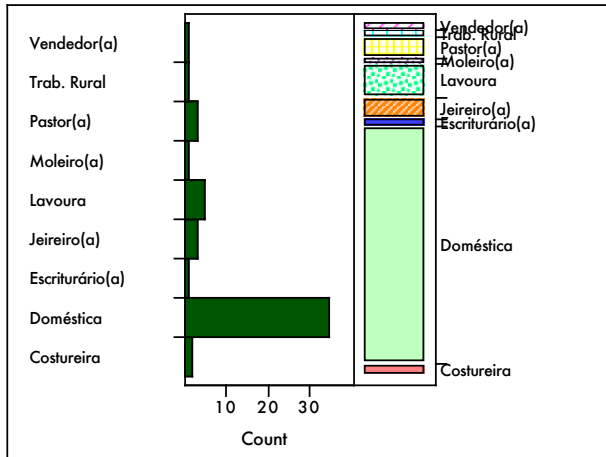
Frequências

Nível	Casos	Probab.
Agricultor	9	0.10345
Alfaiate	2	0.02299
Barbeiro	1	0.01149
Carpinteiro	1	0.01149
Comerciante	1	0.01149
Costureira	2	0.02299
Doméstica	35	0.40230
Escriturário(a)	1	0.01149
G.F. - Guarda	1	0.01149
Guarda Monum. Nac.	1	0.01149
Guarda Prisional	1	0.01149
Jeireiro(a)	5	0.05747
Lavoura	6	0.06897
Lavrador	4	0.04598
Moleiro(a)	1	0.01149
Negoc. Ambulante	1	0.01149
P.S.P. - Guarda	1	0.01149
Padeiro(a)	1	0.01149
Pastor(a)	3	0.03448
Pedreiro Const. Civil	1	0.01149
Peixeiro(a)	1	0.01149
Porteiro(a)	1	0.01149
Serralheiro	2	0.02299
Taxista	1	0.01149
Trab. Rural	1	0.01149
Trolha	2	0.02299
Vendedor(a)	1	0.01149
Total	87	1.00000

A Depressão no Idoso

Maioritariamente “Domésticas” nas Mulheres e profissões associadas à “Agricultura” nos Homens.

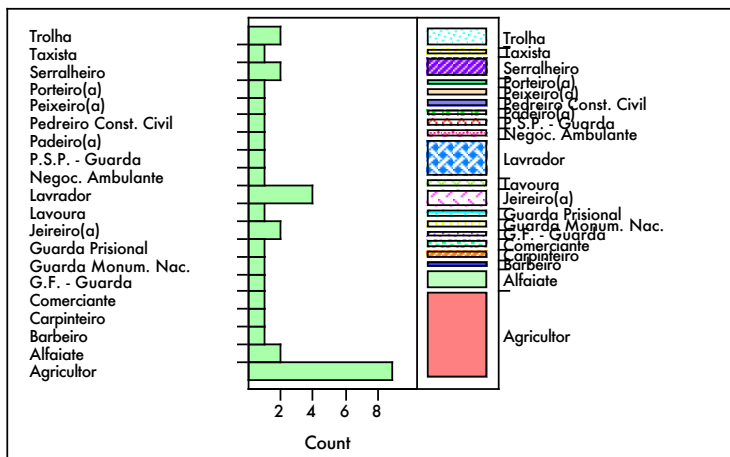
Mulheres



Frequências

Nível	Casos	Probab.
Costureira	2	0.03846
Doméstica	35	0.67308
Escriturário(a)	1	0.01923
Jeireiro(a)	3	0.05769
Lavoura	5	0.09615
Moleiro(a)	1	0.01923
Pastor(a)	3	0.05769
Trab. Rural	1	0.01923
Vendedor(a)	1	0.01923
Total	52	1.00000

Homens

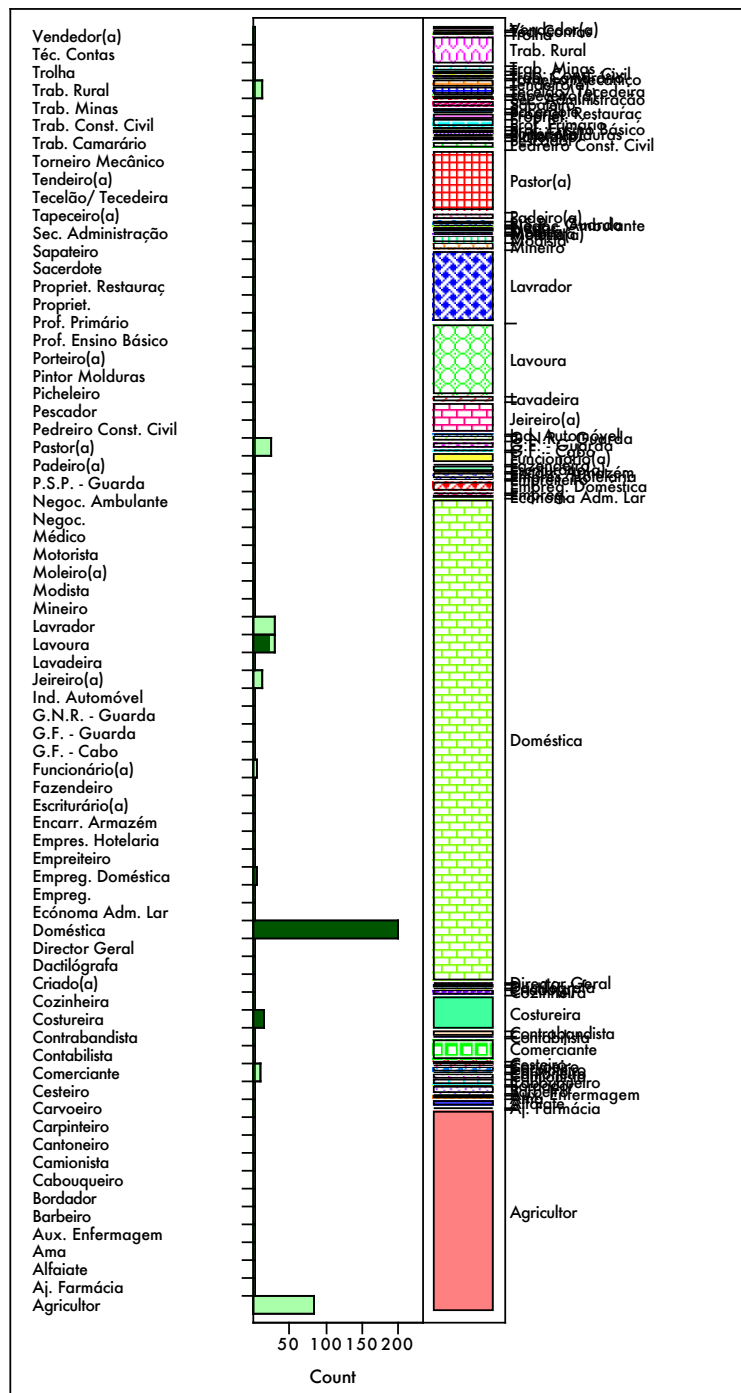


Frequências

Nível	Casos	Probab.
Agricultor	9	0.25714
Alfaiate	2	0.05714
Barbeiro	1	0.02857
Carpinteiro	1	0.02857
Comerciante	1	0.02857
G.F. - Guarda	1	0.02857
Guarda Monum. Nac.	1	0.02857
Guarda Prisional	1	0.02857
Jeireiro(a)	2	0.05714
Lavoura	1	0.02857
Lavrador	4	0.11429
Negoc. Ambulante	1	0.02857
P.S.P. - Guarda	1	0.02857
Padeiro(a)	1	0.02857
Pedreiro Const. Civil	1	0.02857
Peixeiro(a)	1	0.02857
Porteiro(a)	1	0.02857
Serralheiro	2	0.05714
Taxista	1	0.02857
Trolha	2	0.05714
Total	35	1.00000

Para além das diferenças já enunciadas, entre os Homens há uma maior diversidade de profissões.

Quadro III-17 - Lares de Idosos - Sexo vs Qual a profissão que exercia ou exerce? (6)



Frequências

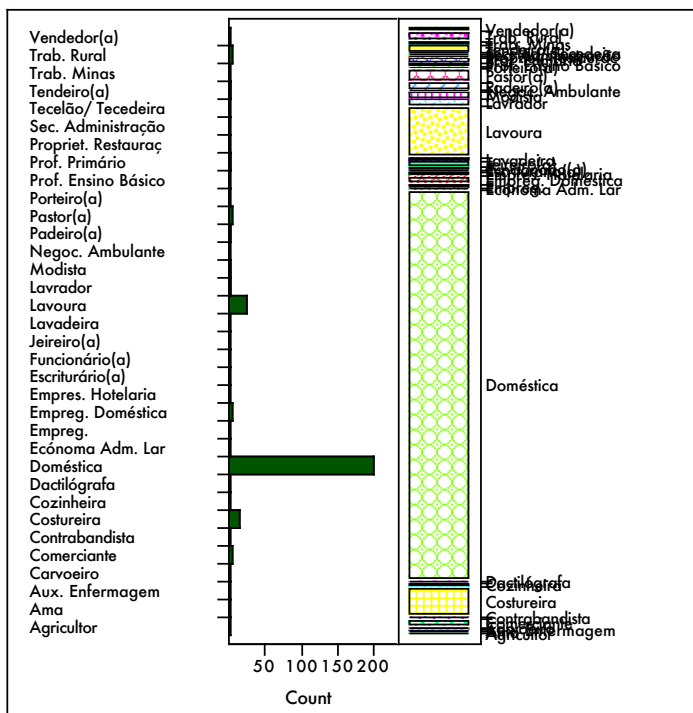
Nível	Casos	Probab.
Agricultor	85	0.15858
Aj. Farmácia	1	0.00187
Alfaiate	4	0.00746
Ama	1	0.00187
Aux. Enfermagem	1	0.00187
Barbeiro	3	0.00560
Bordador	1	0.00187
Cabouqueiro	2	0.00373
Camionista	2	0.00373
Cantoneiro	1	0.00187
Carpinteiro	2	0.00373
Carvoeiro	1	0.00187
Cesteiro	1	0.00187
Comerciante	10	0.01866
Contabilista	1	0.00187
Contrabandista	2	0.00373
Costureira	15	0.02799
Cozinheira	2	0.00373
Criado(a)	1	0.00187
Dactilógrafa	1	0.00187
Director Geral	1	0.00187
Doméstica	202	0.37687
Ecónoma Adm. Lar	1	0.00187
Empreg.	1	0.00187
Empreg. Doméstica	5	0.00933
Empreiteiro	1	0.00187
Empres. Hotelaria	2	0.00373
Encarr. Armazém	1	0.00187
Escriturário(a)	2	0.00373
Fazendeiro	1	0.00187
Funcionário(a)	5	0.00933
G.F. - Cabo	1	0.00187
G.F. - Guarda	4	0.00746
G.N.R. - Guarda	2	0.00373
Ind. Automóvel	1	0.00187
Jeireiro(a)	13	0.02425
Lavadeira	2	0.00373
Lavoura	31	0.05784
Lavrador	30	0.05597
Mineiro	3	0.00560
Modista	3	0.00560
Moleiro(a)	1	0.00187
Motorista	1	0.00187
Médico	1	0.00187
Negoc.	1	0.00187
Negoc. Ambulante	1	0.00187
P.S.P. - Guarda	1	0.00187
Padeiro(a)	4	0.00746
Pastor(a)	26	0.04851
Pedreiro Const. Civil	4	0.00746
Pescador	1	0.00187
Picheleiro	1	0.00187
Pintor Molduras	1	0.00187
Porteiro(a)	1	0.00187
Prof. Ensino Básico	2	0.00373

A Depressão no Idoso

Prof. Primário	3	0.00560
Proprietário(a)	2	0.00373
Propriet. Restauraç.	1	0.00187
Sacerdote	1	0.00187
Sapateiro	4	0.00746
Sec. Administração	1	0.00187
Tapeceiro(a)	1	0.00187
Tecelão/ Tecedeira	3	0.00560
Tendeiro(a)	3	0.00560
Torneiro Mecânico	1	0.00187
Trab. Camarário	1	0.00187
Trab. Const. Civil	2	0.00373
Trab. Minas	2	0.00373
Trab. Rural	13	0.02425
Trolha	1	0.00187
Téc. Contas	1	0.00187
Vendedor(a)	1	0.00187
Total	536	1.00000

As proporções mantêm-se, alargando-se as designações das profissões, decorrente do maior número de entrevistados.

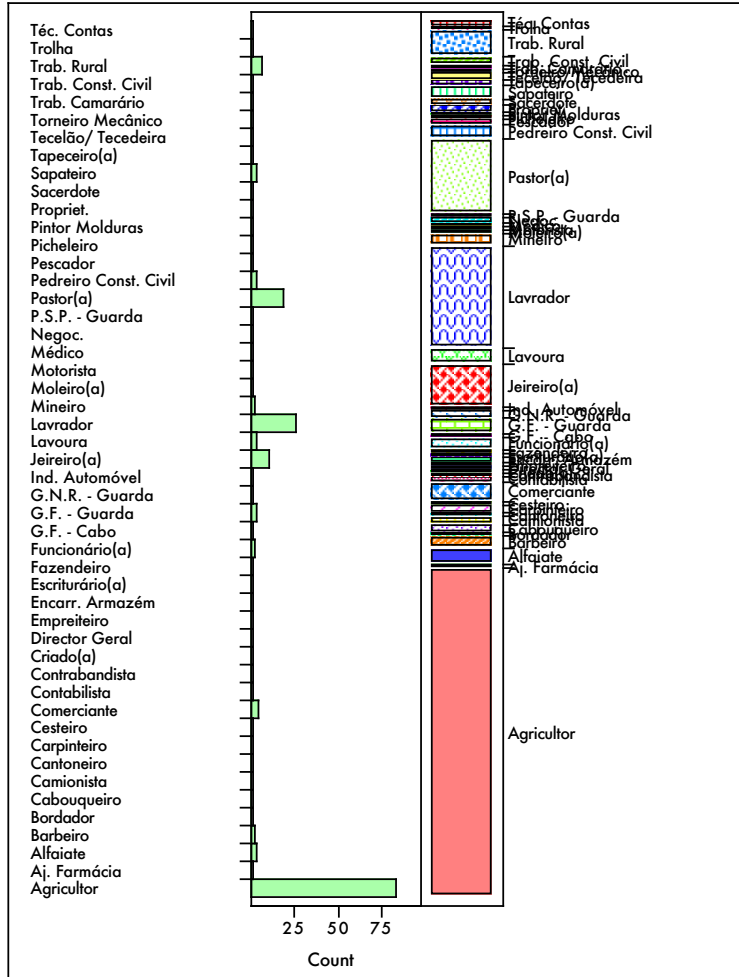
Mulheres



Frequências

Nível	Casos	Probab.
Agricultor	1	0.00319
Ama	1	0.00319
Aux. Enfermagem	1	0.00319
Carveiro	1	0.00319
Comerciante	5	0.01597
Contrabandista	1	0.00319
Costureira	15	0.04792
Cozinheira	2	0.00639
Dactilógrafa	1	0.00319
Doméstica	202	0.64537
Ecónoma Adm. Lar	1	0.00319
Empreg.	1	0.00319
Empreg. Doméstica	5	0.01597
Empres. Hotelaria	2	0.00639
Escriturário(a)	1	0.00319
Funcionário(a)	2	0.00639
Jeireiro(a)	2	0.00639
Lavadeira	2	0.00639
Lavoura	27	0.08626
Lavrador	4	0.01278
Modista	3	0.00958
Negoc. Ambulante	1	0.00319
Padeiro(a)	4	0.01278
Pastor(a)	7	0.02236
Porteiro(a)	1	0.00319
Prof. Ensino Básico	2	0.00639
Prof. Primário	3	0.00958
Propriet. Restauraç.	1	0.00319
Sec. Administração	1	0.00319
Tecelão/ Tecedeira	1	0.00319
Tendeiro(a)	3	0.00958
Trab. Minas	2	0.00639
Trab. Rural	6	0.01917
Vendedor(a)	1	0.00319
Total	313	1.00000

Homens

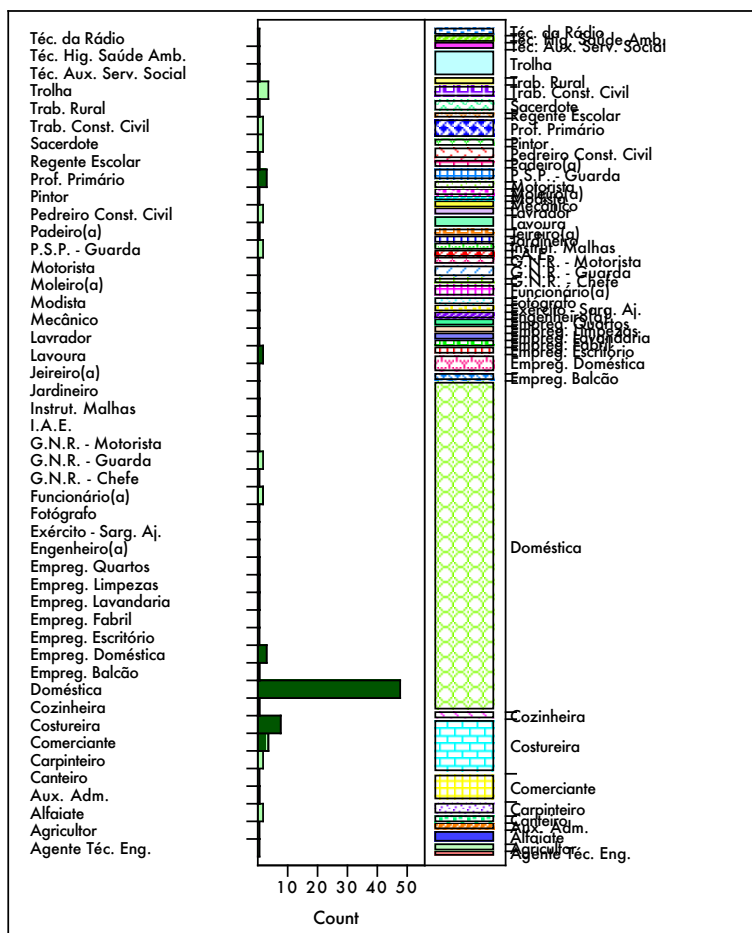


Frequências

Nível	Casos	Probab.
Agricultor	84	0.37668
Aj. Farmácia	1	0.00448
Alfaiate	4	0.01794
Barbeiro	3	0.01345
Bordador	1	0.00448
Cabouqueiro	2	0.00897
Camionista	2	0.00897
Cantoneiro	1	0.00448
Carpinteiro	2	0.00897
Cesteiro	1	0.00448
Comerciante	5	0.02242
Contabilista	1	0.00448
Contrabandista	1	0.00448
Criada(a)	1	0.00448
Director Geral	1	0.00448
Empreiteiro	1	0.00448
Encarr. Armazém	1	0.00448
Escriturário(a)	1	0.00448
Fazendeiro	1	0.00448
Funcionário(a)	3	0.01345
G.F. - Cabo	1	0.00448
G.F. - Guarda	4	0.01794
G.N.R. - Guarda	2	0.00897
Ind. Automóvel	1	0.00448
Jeireiro(a)	11	0.04933
Lavoura	4	0.01794
Lavrador	26	0.11659
Mineiro	3	0.01345
Moleiro(a)	1	0.00448
Motorista	1	0.00448
Médico	1	0.00448
Negoc.	1	0.00448
P.S.P. - Guarda	1	0.00448
Pastor(a)	19	0.08520
Pedreiro Const. Civil	4	0.01794
Pescador	1	0.00448
Picheleiro	1	0.00448
Pintor Molduras	1	0.00448
Proprietário(a)	2	0.00897
Sacerdote	1	0.00448
Sapateiro	4	0.01794
Tapeceiro(a)	1	0.00448
Tecelão/ Tecedeira	2	0.00897
Torneiro Mecânico	1	0.00448
Trab. Camarário	1	0.00448
Trab. Const. Civil	2	0.00897
Trab. Rural	7	0.03139
Trolha	1	0.00448
Téc. Contas	1	0.00448
Total	223	1.00000

Para além das diferenças já enunciadas, entre os Homens há uma maior diversidade de profissões.

Quadro III-18 - Em Casa - Sexo vs Qual a profissão que exercia ou exerce? (6)

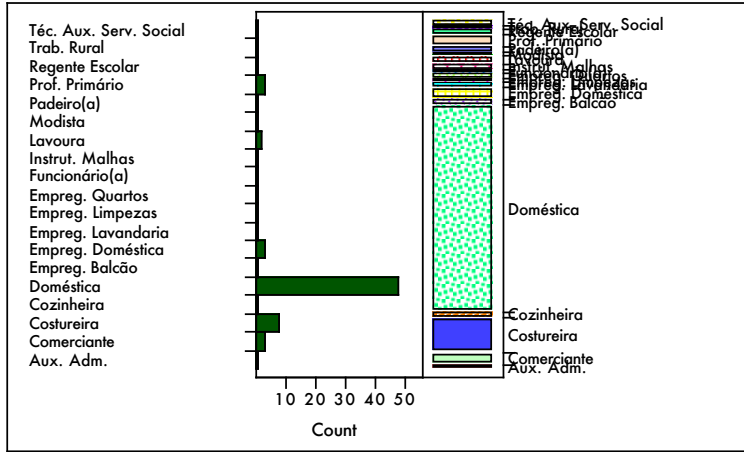


Frequências

Nível	Casos	Probab.
Agente Téc. Eng.	1	0.00833
Agricultor	1	0.00833
Alfaiate	2	0.01667
Aux. Adm.	1	0.00833
Canteiro	1	0.00833
Carpinteiro	2	0.01667
Comerciante	4	0.03333
Costureira	8	0.06667
Cozinheira	1	0.00833
Doméstica	48	0.40000
Empreg. Balcão	1	0.00833
Empreg. Doméstica	3	0.02500
Empreg. Escritório	1	0.00833
Empreg. Fabril	1	0.00833
Empreg. Lavandaria	1	0.00833
Empreg. Limpezas	1	0.00833
Empreg. Quartos	1	0.00833
Engenheiro(a)	1	0.00833
Exército - Sarg. Aj.	1	0.00833
Fotógrafo	1	0.00833
Funcionário(a)	2	0.01667
G.N.R. - Chefe	1	0.00833
G.N.R. - Guarda	2	0.01667
G.N.R. - Motorista	1	0.00833
I.A.E.	1	0.00833
Instrut. Malhas	1	0.00833
Jardineiro	1	0.00833
Jeireiro(a)	1	0.00833
Lavoura	2	0.01667
Lavrador	1	0.00833
Mecânico	1	0.00833
Modista	1	0.00833
Moleiro(a)	1	0.00833
Motorista	1	0.00833
P.S.P. - Guarda	2	0.01667
Padeiro(a)	1	0.00833
Pedreiro Const. Civil	2	0.01667
Pintor	1	0.00833
Prof. Primário	3	0.02500
Regente Escolar	1	0.00833
Sacerdote	2	0.01667
Trab. Const. Civil	2	0.01667
Trab. Rural	1	0.00833
Trolha	4	0.03333
Téc. Aux. Serv. Social	1	0.00833
Téc. Hig. Saúde Amb.	1	0.00833
Téc. da Rádio	1	0.00833
Total	120	1.00000

As proporções mantêm-se; observe-se a profusão das designações das profissões dos entrevistados.

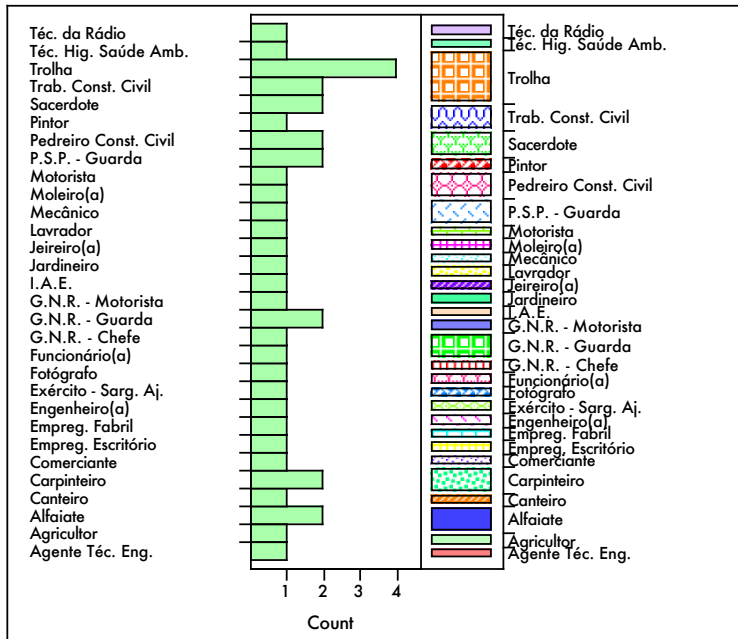
Mulheres



Frequências

Nível	Casos	Probab.
Aux. Adm.	1	0.01250
Comerciante	3	0.03750
Costureira	8	0.10000
Cozinheira	1	0.01250
Doméstica	48	0.60000
Empreg. Balcão	1	0.01250
Empreg. Doméstica	3	0.03750
Empreg. Lavandaria	1	0.01250
Empreg. Limpezas	1	0.01250
Empreg. Quartos	1	0.01250
Funcionário(a)	1	0.01250
Instrut. Malhas	1	0.01250
Lavoura	2	0.02500
Modista	1	0.01250
Padeiro(a)	1	0.01250
Prof. Primário	3	0.03750
Regente Escolar	1	0.01250
Trab. Rural	1	0.01250
Téc. Aux. Serv. Social	1	0.01250
Total	80	1.00000

Homens



Frequências

Nível	Casos	Probab.
Agente Téc. Eng.	1	0.02500
Agricultor	1	0.02500
Alfaiate	2	0.05000
Canteiro	1	0.02500
Carpinteiro	2	0.05000
Comerciante	1	0.02500
Empreg. Escritório	1	0.02500
Empreg. Fabril	1	0.02500
Engenheiro(a)	1	0.02500
Exército - Sarg. Aj.	1	0.02500
Fotógrafo	1	0.02500
Funcionário(a)	1	0.02500
G.N.R. - Chefe	1	0.02500
G.N.R. - Guarda	2	0.05000
G.N.R. - Motorista	1	0.02500
I.A.E.	1	0.02500
Jardineiro	1	0.02500
Jeireiro(a)	1	0.02500
Lavrador	1	0.02500
Mecânico	1	0.02500
Moleiro(a)	1	0.02500
Motorista	1	0.02500
P.S.P. - Guarda	2	0.05000
Pedreiro Const. Civil	2	0.05000
Pintor	1	0.02500
Sacerdote	2	0.05000
Trab. Const. Civil	2	0.05000
Trolha	4	0.10000
Téc. Hig. Saúde Amb.	1	0.02500
Téc. da Rádio	1	0.02500
Total	40	1.00000

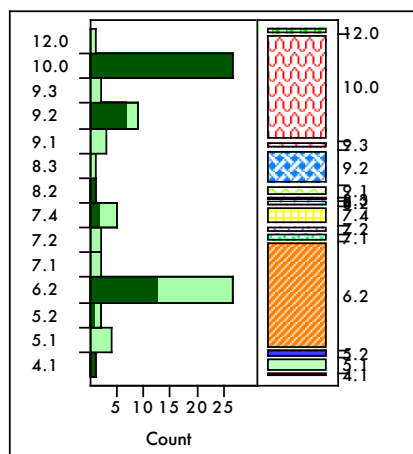
Note-se a diversidade das profissões entre os Homens e a expressão monótona de "Domésticas" entre as Mulheres.

Quadro III-19 - Centros de Dia - Sexo vs Qual a profissão que exercia ou exerce? (6) - segundo a Classificação Nacional de Profissões

A tabela seguinte, corresponde à Classificação Nacional de Profissões, as linhas a vermelho referem itens não contemplados pela classificação referida, mas que por conveniência nossa, acrescentámos.

Tabela III-3 - Classificação Nacional de Profissões

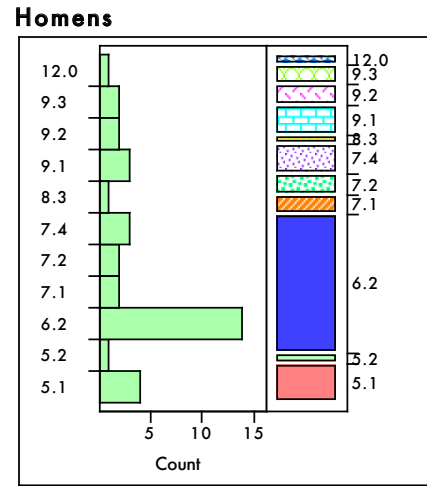
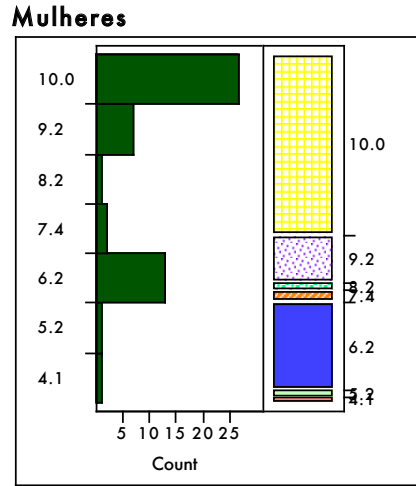
Classificação Nacional de Profissões v. 1994	
0	Forças Armadas e paramilitares
1	Quadros Superiores da Administração Pública, Dirigentes e Quadros Superiores de Empresas
2	Especialistas das Profissões Intelectuais e Científicas
3	Técnicos e Profissionais de Nível Intermédio
4	Pessoal Administrativo e Similares
5	Pessoal das Serviços e Vendedores
6	Agricultores e Trabalhadores Qualificados da Agricultura e Pesca
7	Operários, Artífices e Trabalhadores Similares
8	Operadores de Instalações e Máquinas e Trabalhadores de Montagem
9	Trabalhadores não Qualificados
10	<i>Domésticas</i>
12	<i>Comerciantes</i>
13	<i>Empreiteiros</i>



Frequências

Nível	Casos	Probab.
4.1	1	0.01149
5.1	4	0.04598
5.2	2	0.02299
6.2	27	0.31034
7.1	2	0.02299
7.2	2	0.02299
7.4	5	0.05747
8.2	1	0.01149
8.3	1	0.01149
9.1	3	0.03448
9.2	9	0.10345
9.3	2	0.02299
10.0	27	0.31034
12.0	1	0.01149
Total	87	1.00000

“Domésticas” e profissões ligadas à “Agricultura” são as mais representadas, havendo nestas, um equilíbrio entre Mulheres e Homens.



Frequências

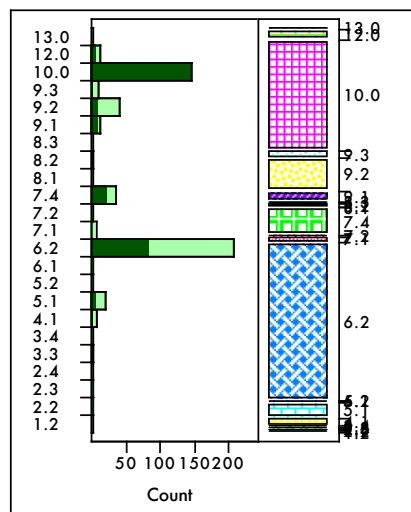
Nível	Casos	Probab.
4.1	1	0.01923
5.2	1	0.01923
6.2	13	0.25000
7.4	2	0.03846
8.2	1	0.01923
9.2	7	0.13462
10.0	27	0.51923
Total	52	1.00000

Frequências

Nível	Casos	Probab.
5.1	4	0.11429
5.2	1	0.02857
6.2	14	0.40000
7.1	2	0.05714
7.2	2	0.05714
7.4	3	0.08571
8.3	1	0.02857
9.1	3	0.08571
9.2	2	0.05714
9.3	2	0.05714
12.0	1	0.02857
Total	35	1.00000

As "Domésticas" e as profissões ligadas à "Agricultura", são as mais representadas, havendo nestas, um equilíbrio entre Mulheres e Homens.

Quadro III-20 - Lares de Idosos - Sexo vs Qual a profissão que exercia ou exerce? (6) - segundo a Classificação Nacional de Profissões



Frequências

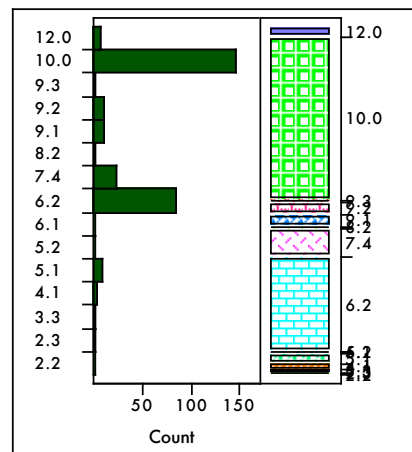
Nível	Casos	Probab.
1.2	1	0.00187
2.2	2	0.00373
2.3	2	0.00373
2.4	1	0.00187
3.3	3	0.00560
3.4	2	0.00373
4.1	9	0.01679
5.1	21	0.03918
5.2	1	0.00187
6.1	2	0.00373
6.2	209	0.38993
7.1	8	0.01493
7.2	1	0.00187
7.4	37	0.06903
8.1	1	0.00187
8.2	4	0.00746
8.3	3	0.00560
9.1	14	0.02612

A Depressão no Idoso

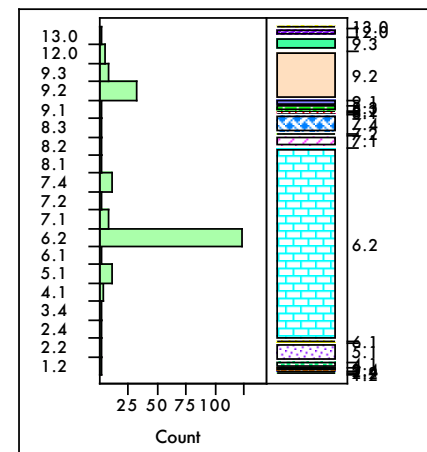
9.2	43	0.08022
9.3	11	0.02052
10.0	147	0.27425
12.0	13	0.02425
13.0	1	0.00187
Total	536	1.00000

Os grandes grupos são aqui, "6.2", "10.0", "9.2", "7.4", assim ordenados pelas suas frequências.

Mulheres



Homens



Frequências

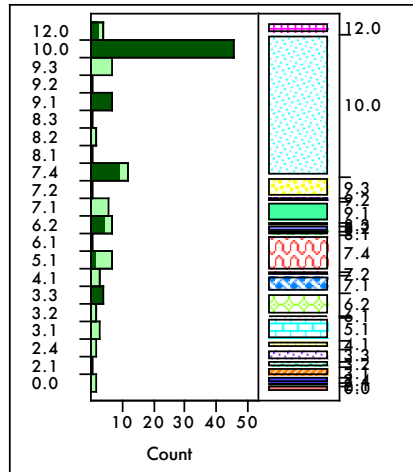
Nível	Casos	Probab.
2.2	1	0.00319
2.3	2	0.00639
3.3	3	0.00958
4.1	5	0.01597
5.1	9	0.02875
5.2	1	0.00319
6.1	1	0.00319
6.2	85	0.27157
7.4	25	0.07987
8.2	2	0.00639
9.1	11	0.03514
9.2	11	0.03514
9.3	2	0.00639
10.0	147	0.46965
12.0	8	0.02556
Total	313	1.00000

Frequências

Nível	Casos	Probab.
1.2	1	0.00448
2.2	1	0.00448
2.4	1	0.00448
3.4	2	0.00897
4.1	4	0.01794
5.1	12	0.05381
6.1	1	0.00448
6.2	124	0.55605
7.1	8	0.03587
7.2	1	0.00448
7.4	12	0.05381
8.1	1	0.00448
8.2	2	0.00897
8.3	3	0.01345
9.1	3	0.01345
9.2	32	0.14350
9.3	9	0.04036
12.0	5	0.02242
13.0	1	0.00448
Total	223	1.00000

"Domésticas" e profissões ligadas à "Agricultura" são as mais representadas, havendo nestas, um equilíbrio entre Mulheres e Homens.

Quadro III-21 - Em Casa - Sexo vs Qual a profissão que exercia ou exerce? (6) - segundo a Classificação Nacional de Profissões

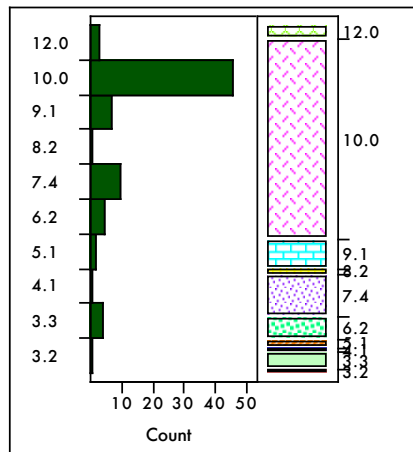


Frequências

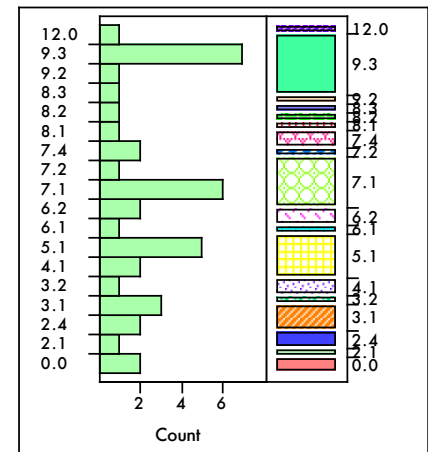
Nível	Casos	Probab.
0.0	2	0.01667
2.1	1	0.00833
2.4	2	0.01667
3.1	3	0.02500
3.2	2	0.01667
3.3	4	0.03333
4.1	3	0.02500
5.1	7	0.05833
6.1	1	0.00833
6.2	7	0.05833
7.1	6	0.05000
7.2	1	0.00833
7.4	12	0.10000
8.1	1	0.00833
8.2	2	0.01667
8.3	1	0.00833
9.1	7	0.05833
9.2	1	0.00833
9.3	7	0.05833
10.0	46	0.38333
12.0	4	0.03333
Total	120	1.00000

As "Domésticas" são a maior representada das modalidades.

Mulheres



Homens



Frequências

Nível	Casos	Probab.
3.2	1	0.01250
3.3	4	0.05000
4.1	1	0.01250
5.1	2	0.02500
6.2	5	0.06250
7.4	10	0.12500
8.2	1	0.01250
9.1	7	0.08750
10.0	46	0.57500
12.0	3	0.03750

Frequências

Nível	Casos	Probab.
0.0	2	0.05000
2.1	1	0.02500
2.4	2	0.05000
3.1	3	0.07500
3.2	1	0.02500
4.1	2	0.05000
5.1	5	0.12500
6.1	1	0.02500
6.2	2	0.05000
7.1	6	0.15000

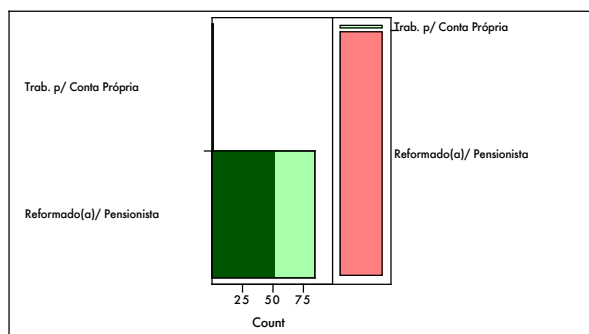
A Depressão no Idoso

Total	80	1.00000
-------	----	---------

7.2	1	0.02500
7.4	2	0.05000
8.1	1	0.02500
8.2	1	0.02500
8.3	1	0.02500
9.2	1	0.02500
9.3	7	0.17500
12.0	1	0.02500
Total	40	1.00000

Como já havíamos referido, há uma maior diversidade de profissões entre os Homens.

Quadro III-22 - Centros de Dia - Sexo vs Qual a sua situação perante o trabalho? (7)

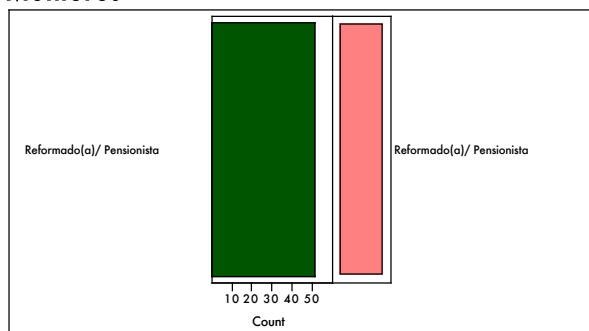


Frequências

Nível	Casos	Probab.
Reformado(a)/ Pensionista	85	0.97701
Trab. p/ Conta Própria	2	0.02299
Total	87	1.00000

Tendo em conta o facto de o Questionário ter incidido em maiores de 65 anos, a resposta que obtém maioria (mais de 90%), é naturalmente a de "Reformado/ Pensionista", o que remete esta pergunta para a sua quase inutilidade.

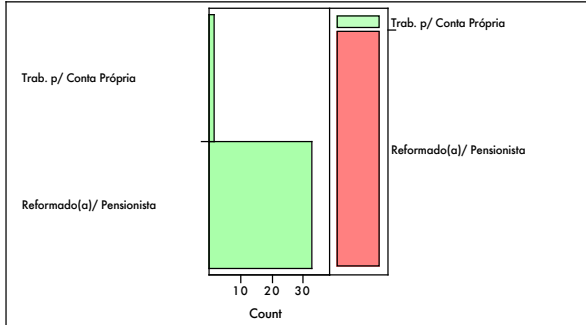
Mulheres



Frequências

Nível	Casos	Probab.
Reformado(a)/ Pensionista	52	1.00000
Total	52	1.00000

Homens

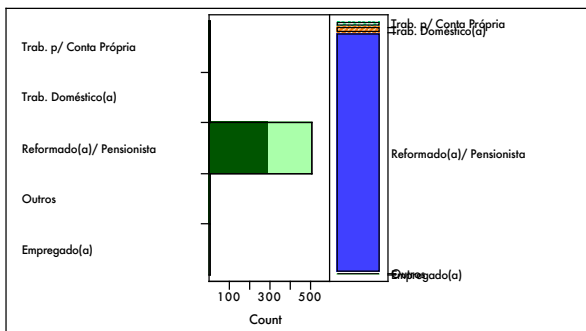


Frequências

Nível	Casos	Probab.
Reformado(a)/ Pensionista	33	0.94286
Trab. p/ Conta Própria	2	0.05714
Total	35	1.00000

As proporções tornam a questão praticamente inútil pela falta de variabilidade.

Quadro III-23 - Lares de Idosos - Sexo vs Qual a sua situação perante o trabalho? (7)

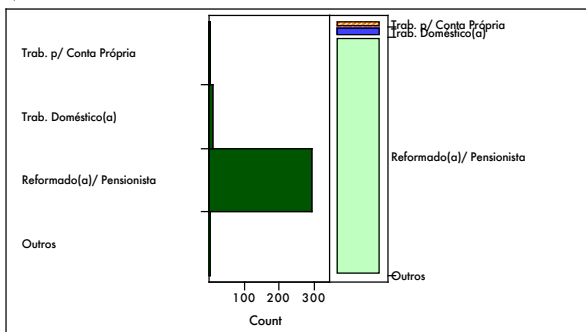


Frequências

Nível	Casos	Probab.
Empregado(a)	1	0.00186
Outros	2	0.00372
Reformado(a)/ Pensionista	511	0.95158
Trab. Doméstico(a)	12	0.02235
Trab. p/ Conta Própria	11	0.02048
Total	537	1.00000

As proporções tornam a questão praticamente inútil pela falta de variabilidade.

Mulheres

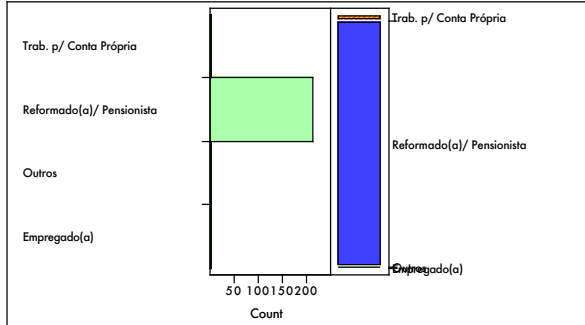


Frequências

Nível	Casos	Probab.
Outros	1	0.00318
Reformado(a)/ Pensionista	295	0.93949
Trab. Doméstico(a)	12	0.03822
Trab. p/ Conta Própria	6	0.01911
Total	314	1.00000

A Depressão no Idoso

Homens

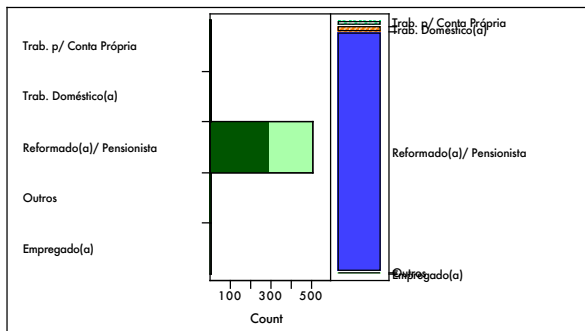


Frequências

Nível	Casos	Probab.
Empregado(a)	1	0.00448
Outros	1	0.00448
Reformado(a)/ Pensionista	216	0.96861
Trab. p/ Conta Própria	5	0.02242
Total	223	1.00000

As proporções tornam a questão praticamente inútil pela falta de variabilidade.

Quadro III-24 - Em Casa - Sexo vs Qual a sua situação perante o trabalho? (7)

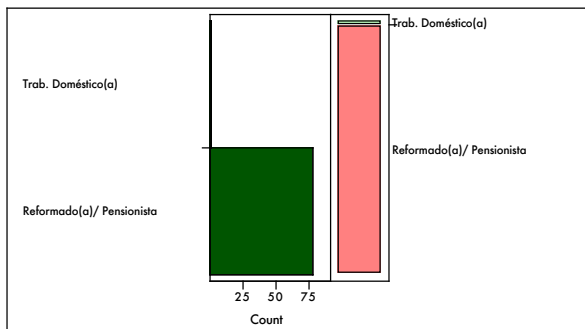


Frequências

Nível	Casos	Probab.
Empregado(a)	1	0.00186
Outros	2	0.00372
Reformado(a)/ Pensionista	511	0.95158
Trab. Doméstico(a)	12	0.02235
Trab. p/ Conta Própria	11	0.02048
Total	537	1.00000

As proporções tornam a questão praticamente inútil pela falta de variabilidade.

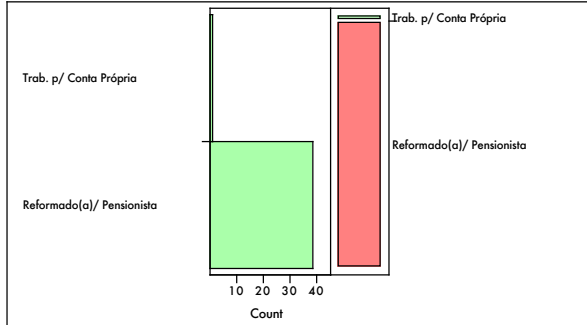
Mulheres



Frequências

Nível	Casos	Probab.
Reformado(a)/ Pensionista	79	0.98750
Trab. Doméstico(a)	1	0.01250
Total	80	1.00000

Homens

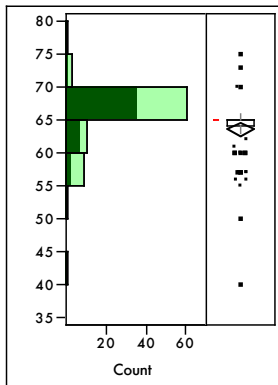


Frequências

Nível	Casos	Probab.
Reformado(a)/ Pensionista	39	0.97500
Trab. p/ Conta Própria	1	0.02500
Total	40	1.00000

As proporções tornam a questão praticamente inútil pela falta de variabilidade.

Quadro III-25 - Centros de Dia - Sexo vs Com que idade se reformou? (8)



Percentis

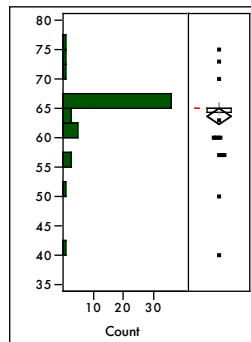
100.0%	máximo	75.000
99.5%		75.000
90.0%		65.000
75.0%	quartil	65.000
50.0%	mediana	65.000
25.0%	quartil	64.000
10.0%		57.000
0.5%		40.000
0.0%	mínimo	40.000

Momentos

média	63.528736
Desv. Padrão	4.4508663
Erro Quad. médio	0.477183
acima 95% média	64.477344
abaixo 95% média	62.580127
N	87

A Idade está basicamente centrada em valores em torno dos 65 anos.

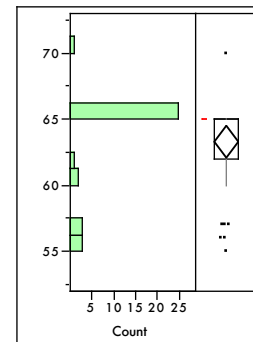
Mulheres



Percentis

100.0%	máximo	75.000
99.5%		75.000
90.0%		65.000
75.0%	quartil	65.000
50.0%	mediana	65.000
25.0%	quartil	64.250
10.0%		57.900
0.5%		40.000
0.0%	mínimo	40.000

Homens



Percentis

100.0%	máximo	70.000
99.5%		70.000
90.0%		65.000
75.0%	quartil	65.000
50.0%	mediana	65.000
25.0%	quartil	62.000
10.0%		56.600
0.5%		55.000
0.0%	mínimo	55.000

A Depressão no Idoso

Momentos

média	63.673077
Desv. Padrão	4.9930193
Erro Quad. médio	0.6924072
acima 95% média	65.063142
abaixo 95% média	62.283011
N	52

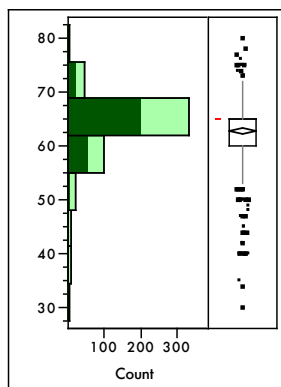
Momentos

média	63.314286
Desv. Padrão	3.5543795
Erro Quad. médio	0.6007998
acima 95% média	64.535258
abaixo 95% média	62.093314
N	35

Não há praticamente diferenças entre sexos.

Esta é também uma questão pouco discriminante.

Quadro III-26 - Lares de Idosos vs Sexo vs Com que idade se reformou? (8)



Percentis

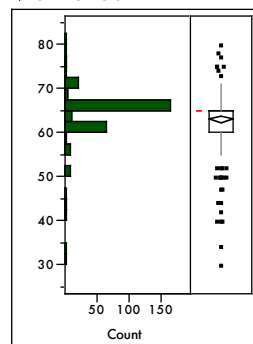
100.0%	máximo	80.000
99.5%		77.330
90.0%		68.000
75.0%	quartil	65.000
50.0%	mediana	65.000
25.0%	quartil	60.000
10.0%		55.000
0.5%		34.670
0.0%	mínimo	30.000

Momentos

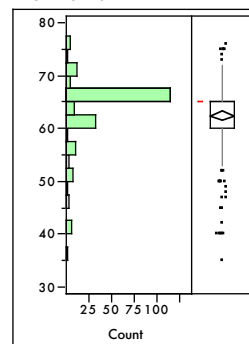
média	62.776735
Desv. Padrão	6.3495355
Erro Quad. médio	0.2750289
acima 95% média	63.317011
abaixo 95% média	62.23646
N	533

A Idade está basicamente centrada em valores em torno dos 65 anos. Aqui a distribuição é mais "normal", fruto do elevado número de casos deste grupo.

Mulheres



Homens



Percentis

100.0%	máximo	80.000
99.5%		78.880
90.0%		68.000
75.0%	quartil	65.000
50.0%	mediana	65.000
25.0%	quartil	60.000
10.0%		57.200
0.5%		32.240
0.0%	mínimo	30.000

Percentis

100.0%	máximo	76.000
99.5%		75.885
90.0%		68.000
75.0%	quartil	65.000
50.0%	mediana	65.000
25.0%	quartil	60.000
10.0%		53.000
0.5%		35.575
0.0%	mínimo	35.000

Momentos

média	63.057878
-------	-----------

Momentos

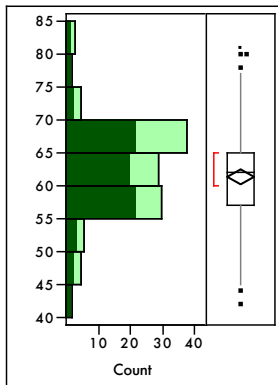
média	62.382883
-------	-----------

Desv. Padrão	6.0431134
Erro Quad. médio	0.3426735
acima 95% média	63.732138
abaixo 95% média	62.383618
N	311

Desv. Padrão	6.7497126
Erro Quad. médio	0.453011
acima 95% média	63.275657
abaixo 95% média	61.490109
N	222

Não há praticamente diferenças entre sexos.
Esta é também uma questão pouco discriminante.

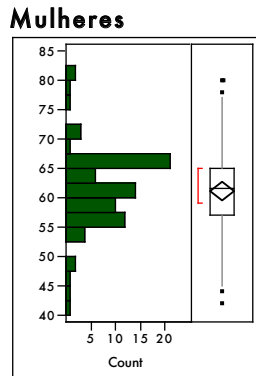
Quadro III-27 - Em Casa - Sexo vs Com que idade se reformou? (8)



Percentis		
100.0%	máximo	81.000
99.5%		81.000
90.0%		68.800
75.0%	quartil	65.000
50.0%	mediana	62.000
25.0%	quartil	57.000
10.0%		54.000
0.5%		42.000
0.0%	mínimo	42.000

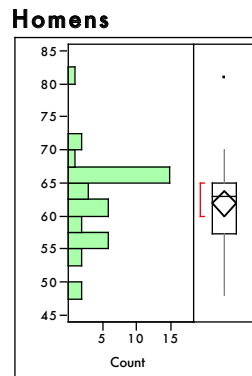
Momentos	
média	61.366667
Desv. Padrão	6.7150068
Erro Quad. médio	0.6129935
acima 95% média	62.580455
abaixo 95% média	60.152878
N	120

Embora centrada nos valores em torno dos 65 anos, a variável apresenta um Desvio Padrão mais elevado e um padrão de distribuição um pouco diferente.



Percentis		
100.0%	máximo	80.000
99.5%		80.000
90.0%		68.800
75.0%	quartil	65.000
50.0%	mediana	61.500
25.0%	quartil	57.000
10.0%		54.000
0.5%		42.000
0.0%	mínimo	42.000

Momentos	
média	61.1125
Desv. Padrão	6.9682712
Erro Quad. médio	0.7790764
acima 95% média	62.663213
abaixo 95% média	59.561787
N	80



Percentis		
100.0%	máximo	81.000
99.5%		81.000
90.0%		68.800
75.0%	quartil	65.000
50.0%	mediana	63.000
25.0%	quartil	57.250
10.0%		54.100
0.5%		48.000
0.0%	mínimo	48.000

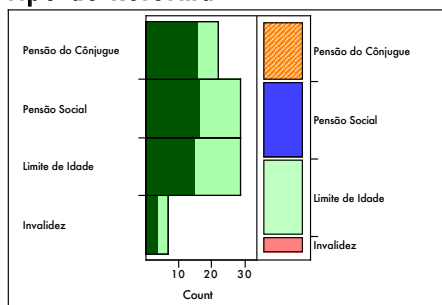
Momentos	
média	61.875
Desv. Padrão	6.2313825
Erro Quad. médio	0.9852681
acima 95% média	63.867893
abaixo 95% média	59.882107
N	40

A Depressão no Idoso

Não há praticamente diferenças entre sexos.
Esta é também uma questão pouco discriminante.

Quadro III-28 – Centros de Dia – Sexo vs Tipo de Reforma: (9)

Tipo de Reforma

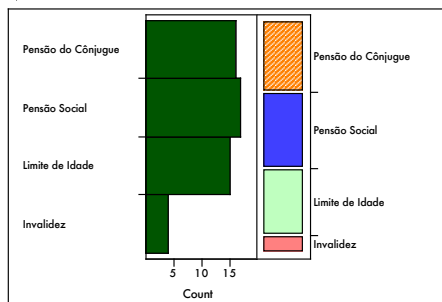


Frequências

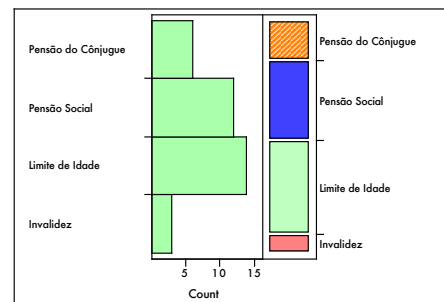
Nível	Casos	Probab.
Invalidez	7	0.08046
Limite de Idade	29	0.33333
Pensão Social	29	0.33333
Pensão do Cônjuge	22	0.25287
Total	87	1.00000

“Limite de Idade”, “Pensão Social” e “Pensão do Cônjuge”, por esta ordem, são as modalidades mais frequentes.

Mulheres



Homens



Frequências

Nível	Casos	Probab.
Invalidez	4	0.07692
Limite de Idade	15	0.28846
Pensão Social	17	0.32692
Pensão do Cônjuge	16	0.30769
Total	52	1.00000

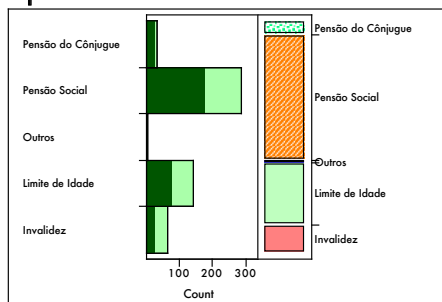
Frequências

Nível	Casos	Probab.
Invalidez	3	0.08571
Limite de Idade	14	0.40000
Pensão Social	12	0.34286
Pensão do Cônjuge	6	0.17143
Total	35	1.00000

Nas Mulheres, “Pensão do Cônjuge” tem uma expressão quase dupla da observada nos Homens.

Quadro III-29 – Lares de Idosos – Sexo vs Tipo de Reforma: (9)

Tipo de Reforma

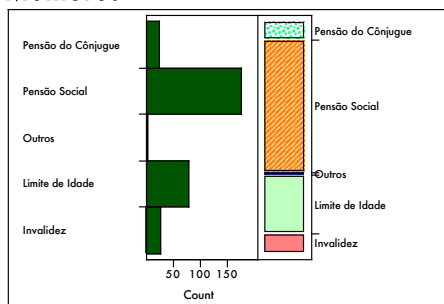


Frequências

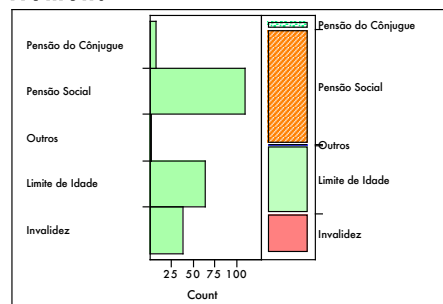
Nível	Casos	Probab.
Invalidez	66	0.12291
Limite de Idade	145	0.27002
Outros	4	0.00745
Pensão Social	290	0.54004
Pensão do Cônjuge	32	0.05959
Total	537	1.00000

“Pensão Social” (54%), “Limite de Idade” (27%) e “Invalidez” (12%), cobrem o espectro em LI’s.

Mulheres



Homens



Frequências

Nível	Casos	Probab.
Invalidez	27	0.08599
Limite de Idade	80	0.25478
Outros	3	0.00955
Pensão Social	179	0.57006
Pensão do Cônjuge	25	0.07962
Total	314	1.00000

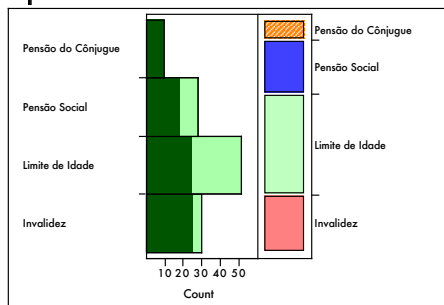
Frequências

Nível	Casos	Probab.
Invalidez	39	0.17489
Limite de Idade	65	0.29148
Outros	1	0.00448
Pensão Social	111	0.49776
Pensão do Cônjuge	7	0.03139
Total	223	1.00000

Com maior expressão entre as Mulheres a “Pensão Social” (57%) é a modalidade mais escolhida. “Invalidez” é nos Homens, dupla da verificada nas Mulheres; o inverso acontece para “Pensão do Cônjuge”.

Quadro III-30 - Em Casa - Sexo vs Tipo de Reforma: (9)

Tipo de Reforma



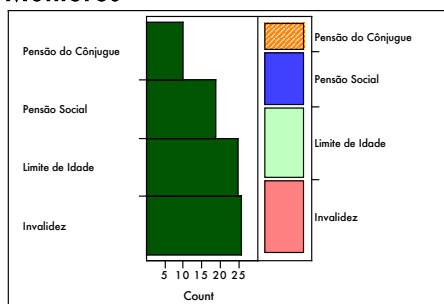
Frequências

Nível	Casos	Probab.
Invalidez	30	0.25000
Limite de Idade	52	0.43333
Pensão Social	28	0.23333
Pensão do Cônjuge	10	0.08333
Total	120	1.00000

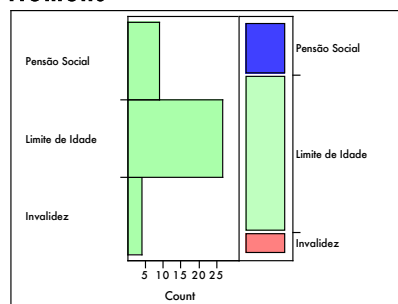
A Depressão no Idoso

“Limite de Idade” (43%), “Invalidez” (25%) e “Pensão Social” (23%) espelham a realidade dos RS’s.

Mulheres



Homens



Frequências

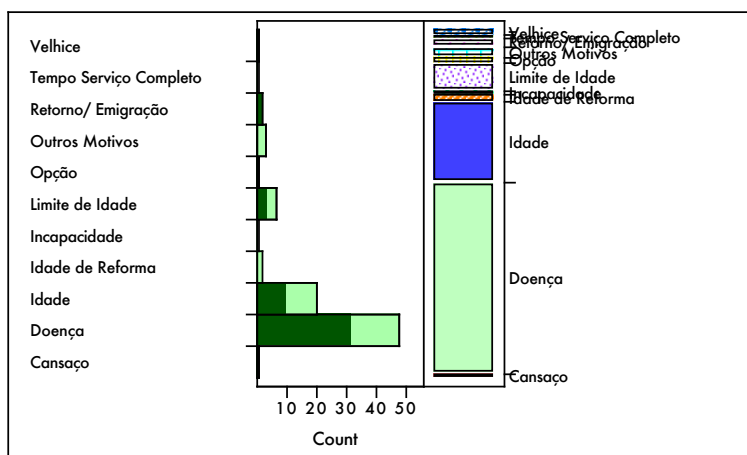
Nível	Casos	Probab.
Invalidez	26	0.32500
Limite de Idade	25	0.31250
Pensão Social	19	0.23750
Pensão do Cônjuge	10	0.12500
Total	80	1.00000

Frequências

Nível	Casos	Probab.
Invalidez	4	0.10000
Limite de Idade	27	0.67500
Pensão Social	9	0.22500
Total	40	1.00000

Entre sexos, as diferenças são imensas; nas Mulheres, “Invalidez” representa 33% contra uns escassos 10% nos Homens, “Pensão Social” está equilibrada (24%; 23%) e não há nos Homens a modalidade “Pensão do Cônjuge”. Uma vez mais, os resultados reflectem a realidade já notada: – Os Homens residem “Em suas Casas” enquanto o cônjuge sobrevive e não sofre de grandes incapacidades.

Quadro III-31 – Centros de Dia – Sexo vs Porque motivo deixou de trabalhar? (10)

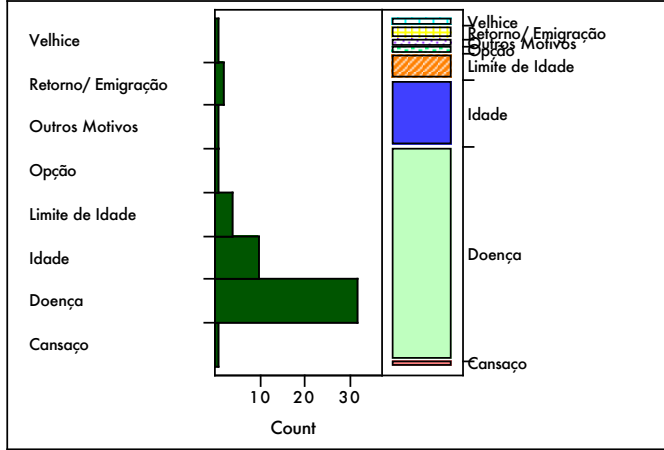


Frequências

Nível	Casos	Probab.
Cansaço	1	0.01149
Doença	48	0.55172
Idade	20	0.22989
Idade de Reforma	2	0.02299
Incapacidade	1	0.01149
Limite de Idade	7	0.08046
Opção	1	0.01149
Outros Motivos	3	0.03448
Retorno/ Emigração	2	0.02299
Tempo Serviço Completo	1	0.01149
Velhice	1	0.01149
Total	87	1.00000

Esta questão discrimina a “Doença” e a “Idade” como as duas principais causas.

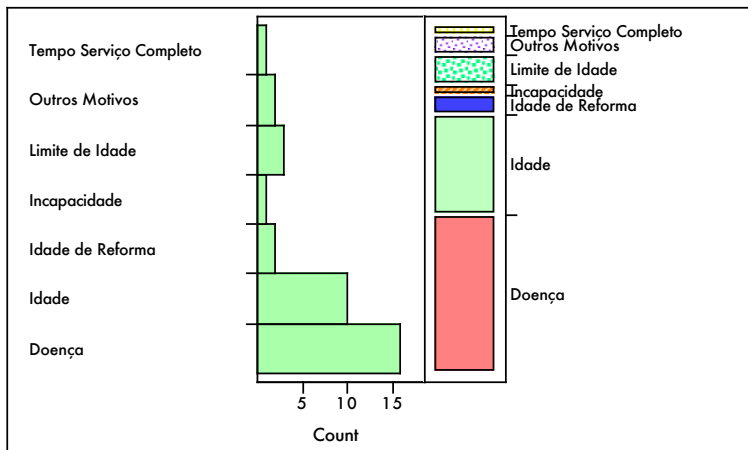
Mulheres



Frequências

Nível	Casos	Probab.
Cansaço	1	0.01923
Doença	32	0.61538
Idade	10	0.19231
Limite de Idade	4	0.07692
Opção	1	0.01923
Outros Motivos	1	0.01923
Retorno/ Emigração	2	0.03846
Velhice	1	0.01923
Total	52	1.00000

Homens

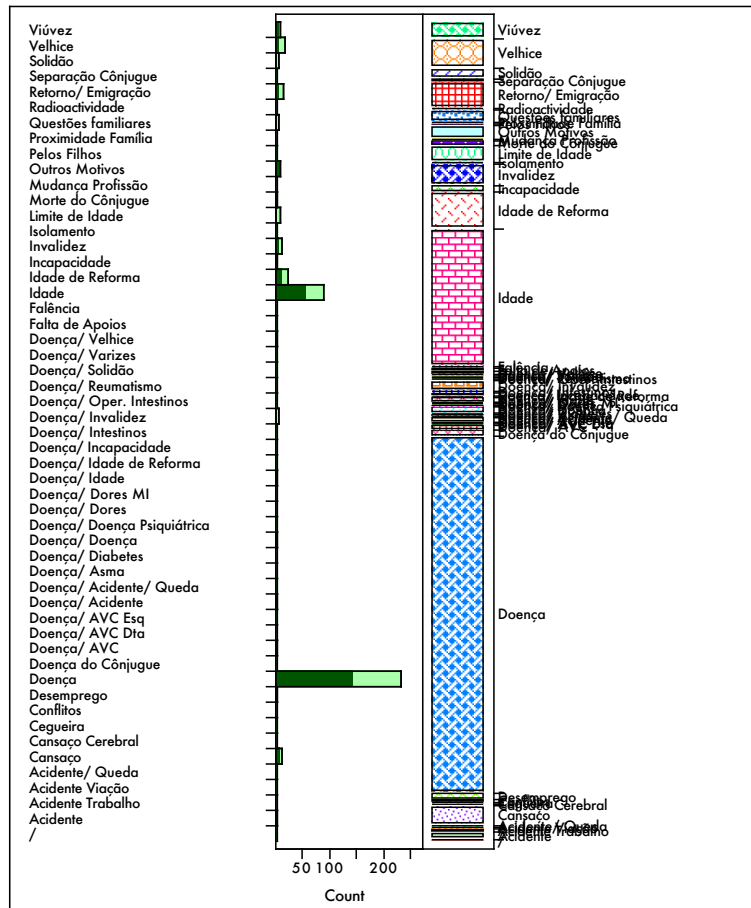


Frequências

Nível	Casos	Probab.
Doença	16	0.45714
Idade	10	0.28571
Idade de Reforma	2	0.05714
Incapacidade	1	0.02857
Limite de Idade	3	0.08571
Outros Motivos	2	0.05714
Tempo Serviço Completo	1	0.02857
Total	35	1.00000

Há um predomínio da "Doença" sobre a "Idade" nas Mulheres e uma atenuação desta situação nos Homens.

Quadro III-32 - Lares de Idosos - Sexo *vs* Porque motivo deixou de trabalhar? (10)

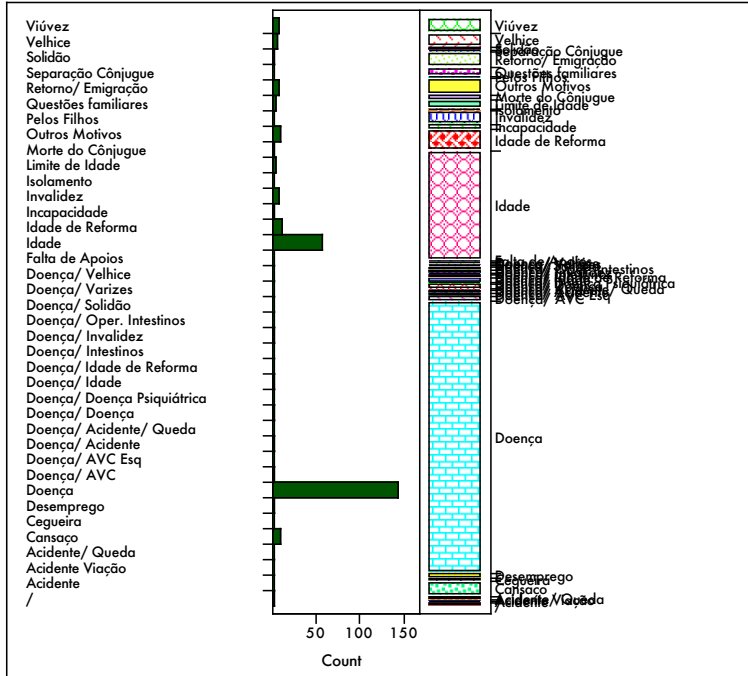


Frequências

Nível	Casos	Probab.
Acidente	5	0.00931
Acidente Trabalho	2	0.00372
Acidente Viação	1	0.00186
Acidente/ Queda	1	0.00186
Cansaço	13	0.02421
Cansaço Cerebral	1	0.00186
Cegueira	1	0.00186
Conflitos	2	0.00372
Desemprego	4	0.00745
Doença	234	0.43575
Doença do Cônjuge	4	0.00745
Doença/ AVC	3	0.00559
Doença/ AVC Dta	1	0.00186
Doença/ AVC Esq.	1	0.00186
Doença/ Acidente	3	0.00559
Doença/ Acidente/ Queda	1	0.00186
Doença/ Asma	1	0.00186
Doença/ Diabetes	1	0.00186
Doença/ Doença	4	0.00745
Doença/ Doença Psiquiátrica	1	0.00186
Doença/ Dores	1	0.00186
Doença/ Dores MI	1	0.00186
Doença/ Idade	3	0.00559
Doença/ Idade de Reforma	1	0.00186
Doença/ Incapacidade	2	0.00372
Doença/ Intestinos	1	0.00186
Doença/ Invalidez	7	0.01304
Doença/ Oper. Intestinos	1	0.00186
Doença/ Reumatismo	1	0.00186
Doença/ Solidão	1	0.00186
Doença/ Varizes	1	0.00186
Doença/ Velhice	3	0.00559
Falta de Apoios	2	0.00372
Falência	1	0.00186
Idade	90	0.16760
Idade de Reforma	24	0.04469
Incapacidade	4	0.00745
Invalidez	14	0.02607
Isolamento	1	0.00186
Limite de Idade	11	0.02048
Morte do Cônjuge	3	0.00559
Mudança Profissão	1	0.00186
Outros Motivos	10	0.01862
Pelos Filhos	1	0.00186
Proximidade Família	1	0.00186
Questões familiares	8	0.01490
Radioactividade	1	0.00186
Retorno/ Emigração	17	0.03166
Separação Cônjuge	2	0.00372
Solidão	7	0.01304
Velhice	19	0.03538
Viuvez	11	0.02048
/	2	0.00372
Total	537	1.00000

A "Doença" e a "Idade" constituem também neste grupo as duas principais causas.

Mulheres

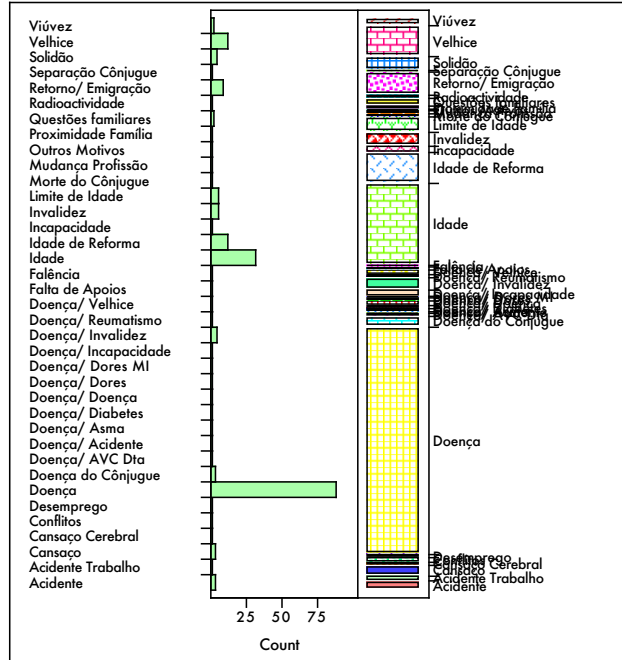


Frequências

Nível	Casos	Probab.
Acidente	1	0.00318
Acidente Viação	1	0.00318
Acidente/ Queda	1	0.00318
Cansaço	9	0.02866
Cegueira	1	0.00318
Desemprego	3	0.00955
Doença	145	0.46178
Doença/ AVC	3	0.00955
Doença/ AVC Esq.	1	0.00318
Doença/ Acidente	2	0.00637
Doença/ Acidente/ Queda	1	0.00318
Doença/ Doença	2	0.00637
Doença/ D. Psiquiátrica	1	0.00318
Doença/ Idade	3	0.00955
Doença/ Idade de Reforma	1	0.00318
Doença/ Intestinos	1	0.00318
Doença/ Invalidez	2	0.00637
Doença/ Oper. Intestinos	1	0.00318
Doença/ Solidão	1	0.00318
Doença/ Varizes	1	0.00318
Doença/ Velhice	1	0.00318
Falta de Apoios	1	0.00318
Idade	58	0.18471
Idade de Reforma	12	0.03822
Incapacidade	2	0.00637
Invalidez	8	0.02548
Isolamento	1	0.00318
Limite de Idade	5	0.01592
Morte do Cônjuge	2	0.00637
Outros Motivos	9	0.02866
Pelos Filhos	1	0.00318
Questões familiares	5	0.01592
Retorno/ Emigração	8	0.02548
Separação Cônjuge	1	0.00318
Solidão	2	0.00637
Velhice	7	0.02229
Viuvez	8	0.02548
/	2	0.00637
Total	314	1.00000

A Depressão no Idoso

Homens

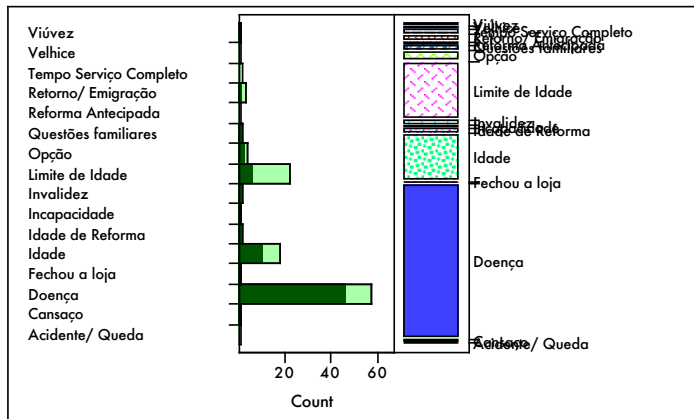


Frequências

Nível	Casos	Probab.
Acidente	4	0.01794
Acidente Trabalho	2	0.00897
Cansaço	4	0.01794
Cansaço Cerebral	1	0.00448
Conflitos	2	0.00897
Desemprego	1	0.00448
Doença	89	0.39910
Doença do Cônjuge	4	0.01794
Doença/ AVC Dta	1	0.00448
Doença/ Acidente	1	0.00448
Doença/ Asma	1	0.00448
Doença/ Diabetes	1	0.00448
Doença/ Doença	2	0.00897
Doença/ Dores	1	0.00448
Doença/ Dores MI	1	0.00448
Doença/ Incapacidade	2	0.00897
Doença/ Invalidez	5	0.02242
Doença/ Reumatismo	1	0.00448
Doença/ Velhice	2	0.00897
Falta de Apoios	1	0.00448
Falência	1	0.00448
Idade	32	0.14350
Idade de Reforma	12	0.05381
Incapacidade	2	0.00897
Invalidez	6	0.02691
Limite de Idade	6	0.02691
Morte do Cônjuge	1	0.00448
Mudança Profissão	1	0.00448
Outros Motivos	1	0.00448
Proximidade Família	1	0.00448
Questões familiares	3	0.01345
Radioatividade	1	0.00448
Retorno/ Emigração	9	0.04036
Separação Cônjuge	1	0.00448
Solidão	5	0.02242
Velhice	12	0.05381
Viuvez	3	0.01345
Total	223	1.00000

Os padrões da "Doença" e da "Idade" são aqui próximos.

Quadro III-33 - Em Casa - Sexo vs Porque motivo deixou de trabalhar? (10)

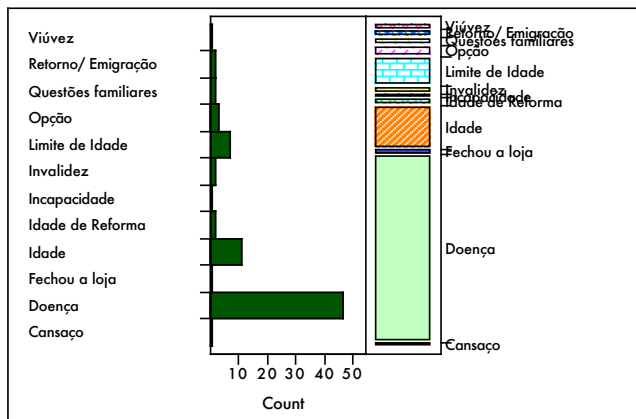


Frequências

Nível	Casos	Probab.
Acidente/ Queda	1	0.00833
Cansaço	1	0.00833
Doença	58	0.48333
Fechou a loja	1	0.00833
Idade	18	0.15000
Idade de Reforma	2	0.01667
Incapacidade	1	0.00833
Invalidez	2	0.01667
Limite de Idade	22	0.18333
Opção	4	0.03333
Questões familiares	2	0.01667
Reforma Antecipada	1	0.00833
Retorno/ Emigração	3	0.02500
Tempo Serviço Completo	2	0.01667
Velhice	1	0.00833
Viuvez	1	0.00833
Total	120	1.00000

A "Doença" e a "Idade" são as duas principais modalidades.

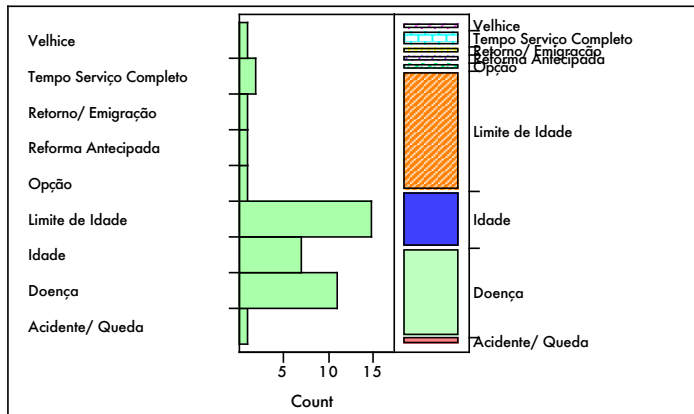
Mulheres



Frequências

Nível	Casos	Probab.
Cansaço	1	0.01250
Doença	47	0.58750
Fechou a loja	1	0.01250
Idade	11	0.13750
Idade de Reforma	2	0.02500
Incapacidade	1	0.01250
Invalidez	2	0.02500
Limite de Idade	7	0.08750
Opção	3	0.03750
Questões familiares	2	0.02500
Retorno/ Emigração	2	0.02500
Viuvez	1	0.01250
Total	80	1.00000

Homens



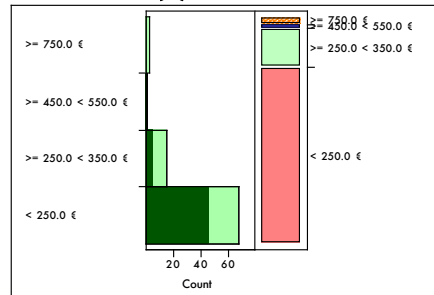
Frequências

Nível	Casos	Probab.
Acidente/ Queda	1	0.02500
Doença	11	0.27500
Idade	7	0.17500
Limite de Idade	15	0.37500
Opção	1	0.02500
Reforma Antecipada	1	0.02500
Retorno/ Emigração	1	0.02500
Tempo Serviço Completo	2	0.05000
Velhice	1	0.02500
Total	40	1.00000

Há um predomínio acentuado da "Doença" sobre a "Idade" nas Mulheres, e uma inversão da situação nos Homens.

Quadro III-34 – Centros de Dia – Sexo vs Nível actual de Rendimento Mensal (€uro):
(11)

Rendimento(s)

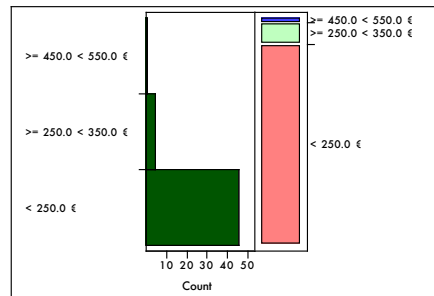


Frequências

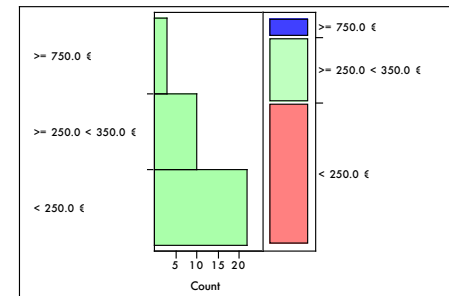
Nível	Casos	Probab.
< 250.0 €	68	0.78161
>= 250.0 < 350.0 €	15	0.17241
>= 450.0 < 550.0 €	1	0.01149
>= 750.0 €	3	0.03448
Total	87	1.00000

Os Rendimentos são baixos, maioritariamente menores que 250 €uro.

Mulheres



Homens



Frequências

Nível	Casos	Probab.
< 250.0 €	46	0.88462
>= 250.0 < 350.0 €	5	0.09615
>= 450.0 < 550.0 €	1	0.01923
Total	52	1.00000

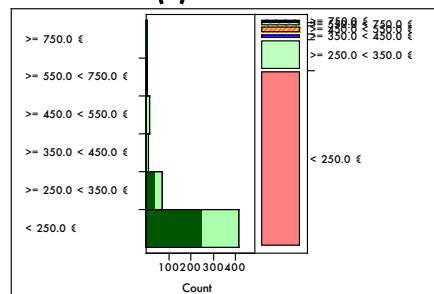
Frequências

Nível	Casos	Probab.
< 250.0 €	22	0.62857
>= 250.0 < 350.0 €	10	0.28571
>= 750.0 €	3	0.08571
Total	35	1.00000

Verificam-se maiores rendimentos nos Homens que nas Mulheres, o que não constitui surpresa.

Quadro III-35 – Lares de Idosos – Sexo vs Nível actual de Rendimento Mensal (€uro):
(11)

Rendimento(s)

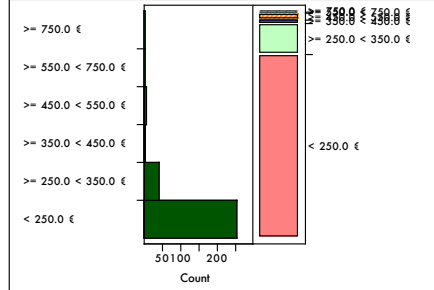


Frequências

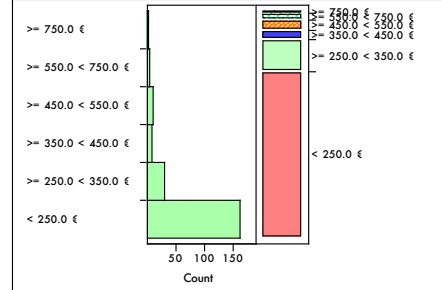
Nível	Casos	Probab.
< 250.0 €	419	0.78026
>= 250.0 < 350.0 €	73	0.13594
>= 350.0 < 450.0 €	14	0.02607
>= 450.0 < 550.0 €	20	0.03724
>= 550.0 < 750.0 €	8	0.01490
>= 750.0 €	3	0.00559
Total	537	1.00000

Os Rendimentos são baixos, maioritariamente menores que 250 €uro.

Mulheres



Homens



Frequências

Nível	Casos	Probab.
< 250.0 €	255	0.81210
>= 250.0 < 350.0 €	42	0.13376
>= 350.0 < 450.0 €	5	0.01592
>= 450.0 < 550.0 €	9	0.02866
>= 550.0 < 750.0 €	2	0.00637
>= 750.0 €	1	0.00318
Total	314	1.00000

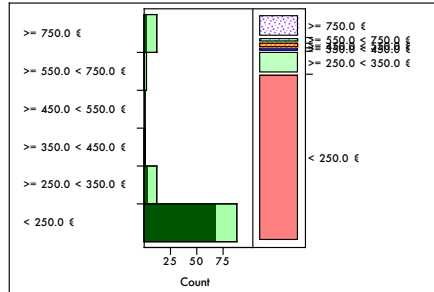
Frequências

Nível	Casos	Probab.
< 250.0 €	164	0.73543
>= 250.0 < 350.0 €	31	0.13901
>= 350.0 < 450.0 €	9	0.04036
>= 450.0 < 550.0 €	11	0.04933
>= 550.0 < 750.0 €	6	0.02691
>= 750.0 €	2	0.00897
Total	223	1.00000

Previsivelmente, verificam-se maiores rendimentos nos Homens que nas Mulheres.

Quadro III-36 – Em Casa – Sexo vs Nível actual de Rendimento Mensal (€uro): (11)

Rendimento(s)



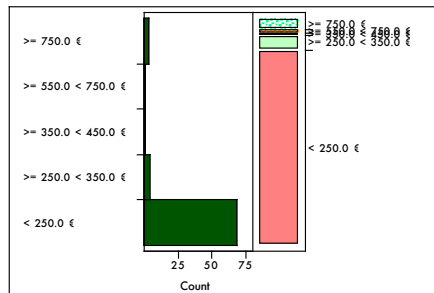
Frequências

Nível	Casos	Probab.
< 250.0 €	89	0.74167
>= 250.0 < 350.0 €	12	0.10000
>= 350.0 < 450.0 €	2	0.01667
>= 450.0 < 550.0 €	2	0.01667
>= 550.0 < 750.0 €	3	0.02500
>= 750.0 €	12	0.10000
Total	120	1.00000

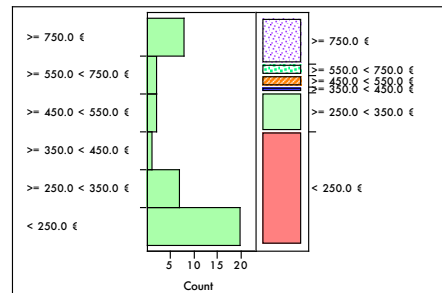
Os Rendimentos são baixos, maioritariamente menores que 250 €uro, embora de todos os grupos este é o de maior desafogo. Repare-se que os rendimentos acima dos 750€ representam 10% desta amostra, valor que excede em muito os observados para os outros grupos.

O Rendimento será um factor de independência?

Mulheres



Homens



A Depressão no Idoso

Frequências

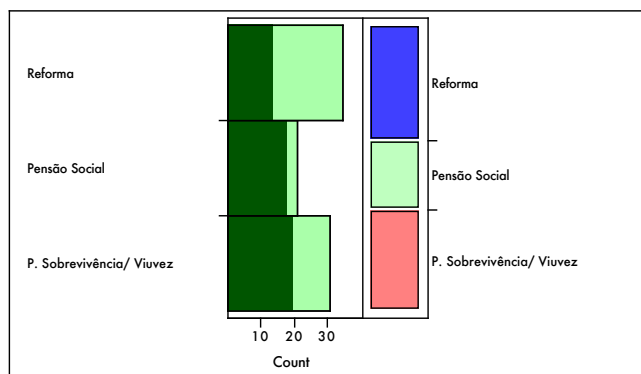
Nível	Casos	Probab.
< 250.0 €	69	0.86250
>= 250.0 < 350.0 €	5	0.06250
>= 350.0 < 450.0 €	1	0.01250
>= 550.0 < 750.0 €	1	0.01250
>= 750.0 €	4	0.05000
Total	80	1.00000

Frequências

Nível	Casos	Probab.
< 250.0 €	20	0.50000
>= 250.0 < 350.0 €	7	0.17500
>= 350.0 < 450.0 €	1	0.02500
>= 450.0 < 550.0 €	2	0.05000
>= 550.0 < 750.0 €	2	0.05000
>= 750.0 €	8	0.20000
Total	40	1.00000

Entre Mulheres e Homens verificam-se as previsíveis desigualdades, - maiores rendimentos nos Homens; e se bem que cerca 75% dos inquiridos auferam valores menores que 250€, este valor atinge apenas 50% nos Homens, que representam 20% para os rendimentos acima de 750€.

Quadro III-37 - Centros de Dia - Sexo vs De onde lhe vem o Rendimento? (12)

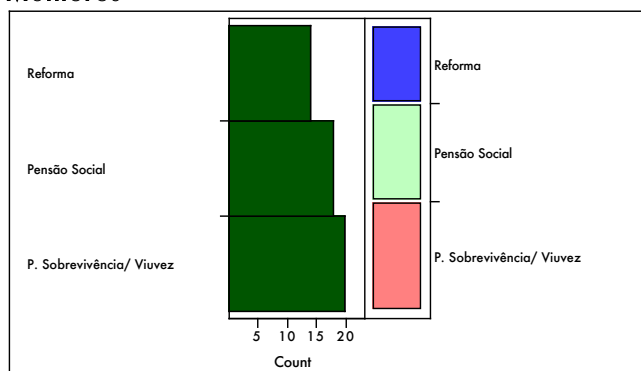


Frequências

Nível	Casos	Probab.
P. Sobrevivência/ Viuvez	31	0.35632
Pensão Social	21	0.24138
Reforma	35	0.40230
Total	87	1.00000

Há um predomínio das respostas "Reforma", seguida de "Pensão de Sobrevivência/ Viuvez".

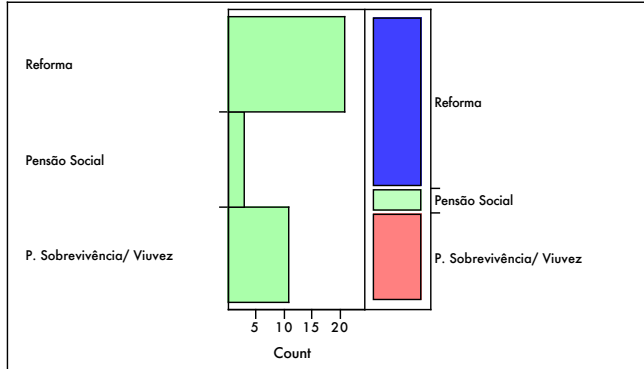
Mulheres



Frequências

Nível	Casos	Probab.
P. Sobrevivência/ Viuvez	20	0.38462
Pensão Social	18	0.34615
Reforma	14	0.26923
Total	52	1.00000

Homens

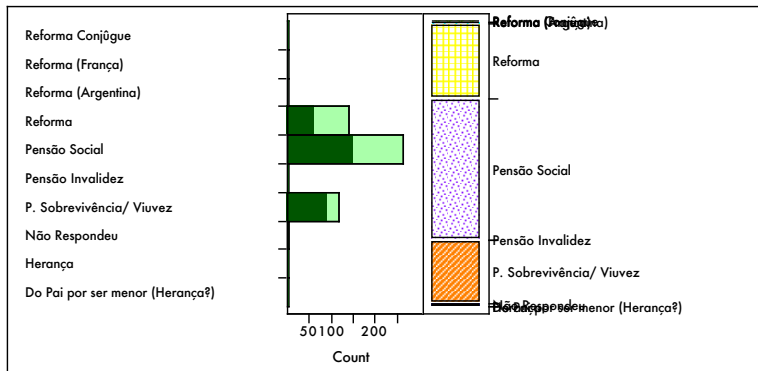


Frequências

Nível	Casos	Probab.
P. Sobrevivência/ Viuvez	11	0.31429
Pensão Social	3	0.08571
Reforma	21	0.60000
Total	35	1.00000

Os perfis das respostas Mulheres/ Homens para as modalidades "Pensão Social" e "Reforma", são inversos.

Quadro III-38 - Lares de Idosos - Sexo vs De onde lhe vem o Rendimento? (12)

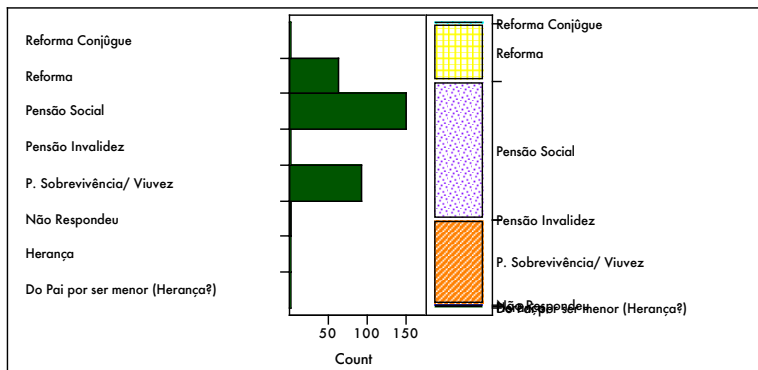


Frequências

Nível	Casos	Probab.
Do Pai p/ menor (Herança?)	1	0.00186
Herança	1	0.00186
NR	4	0.00745
P. Sobrevivência/ Viuvez	119	0.22160
Pensão Invalidez	1	0.00186
Pensão Social	267	0.49721
Reforma	141	0.26257
Reforma (Argentina)	1	0.00186
Reforma (França)	1	0.00186
Reforma Cônjuge	1	0.00186
Total	537	1.00000

Há um domínio das respostas "Pensão Social", seguida de "Reforma" e "Pensão de Sobrevivência/ Viuvez".

Mulheres

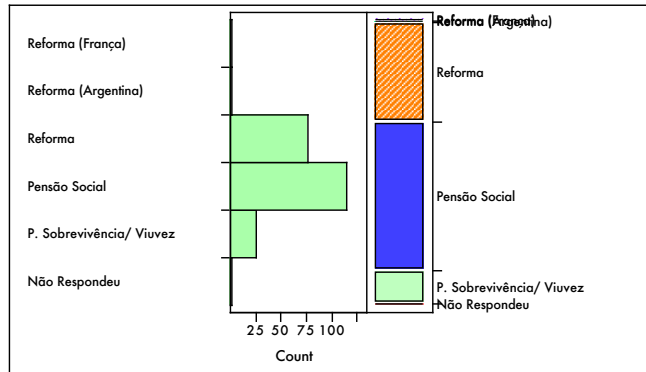


Frequências

Nível	Casos	Probab.
Do Pai p/ menor (Herança?)	1	0.00318
Herança	1	0.00318
NR	2	0.00637
P. Sobrevivência/ Viuvez	93	0.29618
Pensão Invalidez	1	0.00318
Pensão Social	151	0.48089
Reforma	64	0.20382
Reforma Cônjuge	1	0.00318
Total	314	1.00000

A Depressão no Idoso

Homens

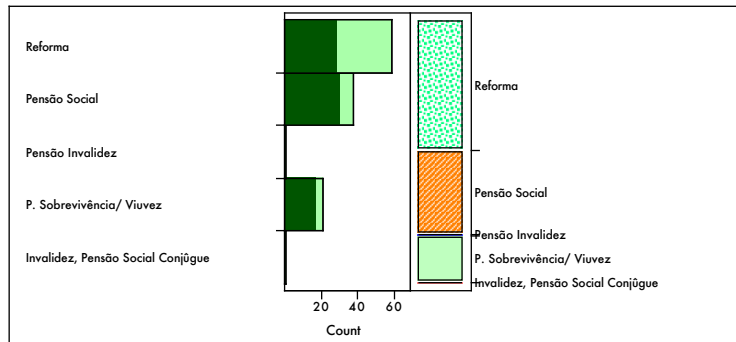


Frequências

Nível	Casos	Probab.
NR	2	0.00897
P. Sobrevivência/ Viuvez	26	0.11659
Pensão Social	116	0.52018
Reforma	77	0.34529
Reforma (Argentina)	1	0.00448
Reforma (França)	1	0.00448
Total	223	1.00000

“Pensão Social” é a modalidade mais frequente; “Reforma” e “Pensão de Sobrevivência/ Viuvez” variam inversamente.

Quadro III-39 – Em Casa – Sexo vs De onde lhe vem o Rendimento? (12)

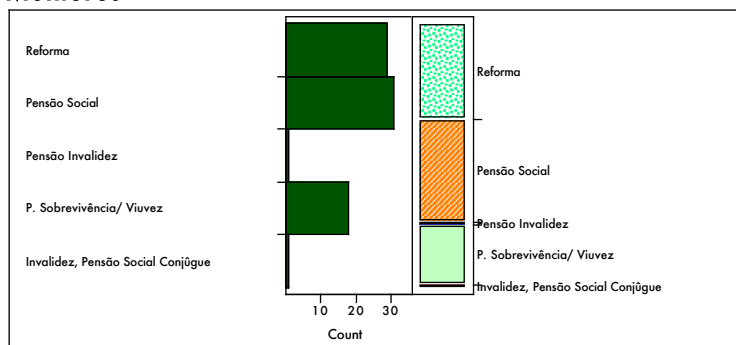


Frequências

Nível	Casos	Probab.
Invalidez, P. Social Cônjuge	1	0.00833
P. Sobrevivência/ Viuvez	21	0.17500
Pensão Invalidez	1	0.00833
Pensão Social	38	0.31667
Reforma	59	0.49167
Total	120	1.00000

Basicamente as respostas são, “Reforma”, “Pensão Social” e “Pensão de Sobrevivência/ Viuvez”, nesta ordem.

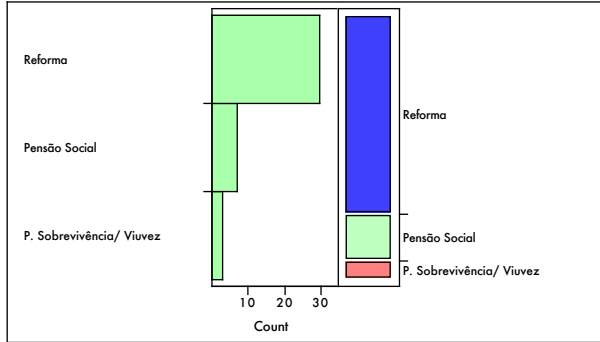
Mulheres



Frequências

Nível	Casos	Probab.
Invalidez, P. Social Cônjuge	1	0.01250
P. Sobrevivência/ Viuvez	18	0.22500
Pensão Invalidez	1	0.01250
Pensão Social	31	0.38750
Reforma	29	0.36250
Total	80	1.00000

Homens



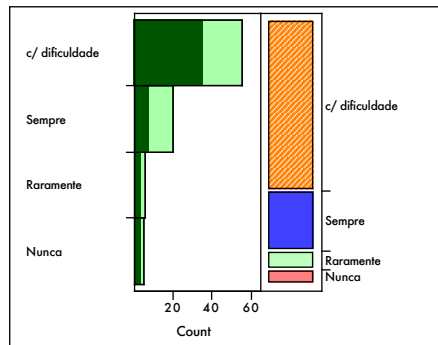
Frequências

Nível	Casos	Probab.
P. Sobrevivência/ Viuvez	3	0.07500
Pensão Social	7	0.17500
Reforma	30	0.75000
Total	40	1.00000

“Reforma” é a resposta tipo dos Homens. “Pensões Sociais” e as “Reformas” são nesta ordem, as respostas tipo das Mulheres.

Quadro III-40 - Centros de Dia - Sexo vs O Dinheiro chega-lhe até ao fim do Mês? (13)

O dinheiro chega-lhe até ao fim do mês?

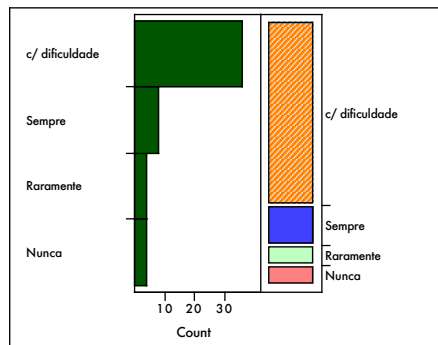


Frequências

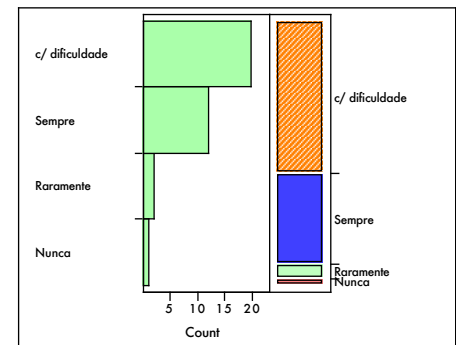
Nível	Casos	Probab.
Nunca	5	0.05747
Raramente	6	0.06897
Sempre	20	0.22989
c/ dificuldade	56	0.64368
Total	87	1.00000

A resposta é maioritariamente “Com dificuldade”.

Mulheres



Homens



Frequências

Nível	Casos	Probab.
Nunca	4	0.07692
Raramente	4	0.07692
Sempre	8	0.15385
c/ dificuldade	36	0.69231
Total	52	1.00000

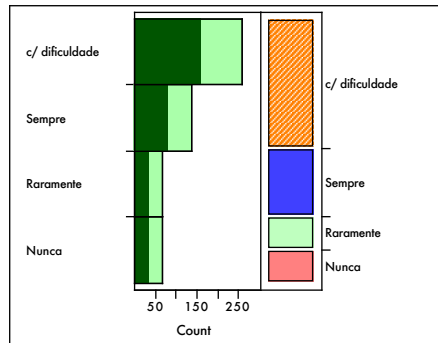
Frequências

Nível	Casos	Probab.
Nunca	1	0.02857
Raramente	2	0.05714
Sempre	12	0.34286
c/ dificuldade	20	0.57143
Total	35	1.00000

Os padrões entre sexos são idênticos; "Sempre", ganha expressão nos Homens.

Quadro III-41 - Lares de Idosos - Sexo vs O Dinheiro chega-lhe até ao fim do Mês? (13)

O dinheiro chega-lhe até ao fim do mês?

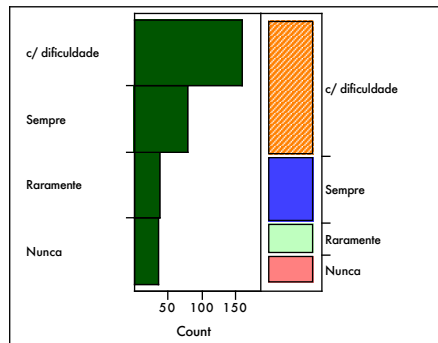


Frequências

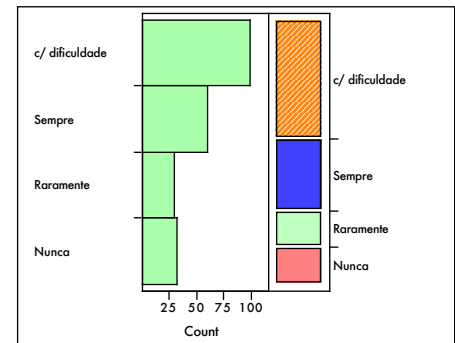
Nível	Casos	Probab.
Nunca	68	0.12663
Raramente	68	0.12663
Sempre	140	0.26071
c/ dificuldade	261	0.48603
Total	537	1.00000

A resposta é maioritariamente "Com dificuldade".

Mulheres



Homens



Frequências

Nível	Casos	Probab.
Nunca	36	0.11465
Raramente	38	0.12102
Sempre	79	0.25159
c/ dificuldade	161	0.51274
Total	314	1.00000

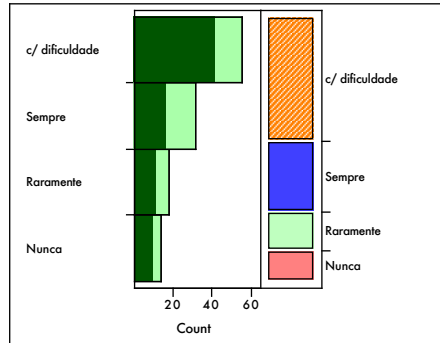
Frequências

Nível	Casos	Probab.
Nunca	32	0.14350
Raramente	30	0.13453
Sempre	61	0.27354
c/ dificuldade	100	0.44843
Total	223	1.00000

Os padrões Mulheres/ Homens são praticamente iguais.

Quadro III-42 - Em Casa - Sexo vs O Dinheiro chega-lhe até ao fim do Mês? (13)

O dinheiro chega-lhe até ao fim do mês?

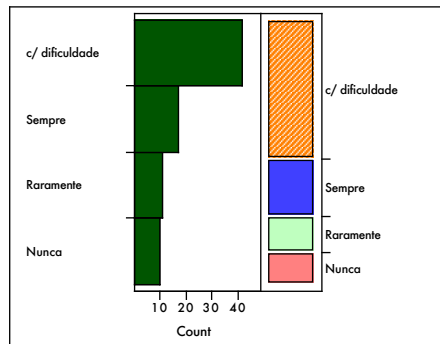


Frequências

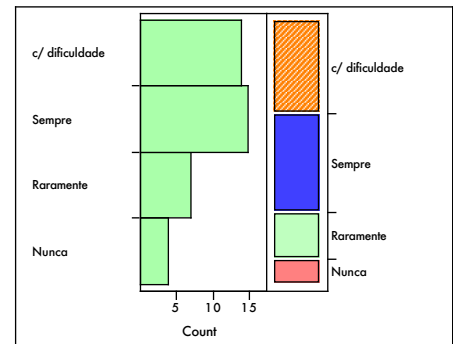
Nível	Casos	Probab.
Nunca	14	0.11667
Raramente	18	0.15000
Sempre	32	0.26667
c/ dificuldade	56	0.46667
Total	120	1.00000

A resposta é maioritariamente "Com dificuldade".

Mulheres



Homens



Frequências

Nível	Casos	Probab.
Nunca	10	0.12500
Raramente	11	0.13750
Sempre	17	0.21250
c/ dificuldade	42	0.52500
Total	80	1.00000

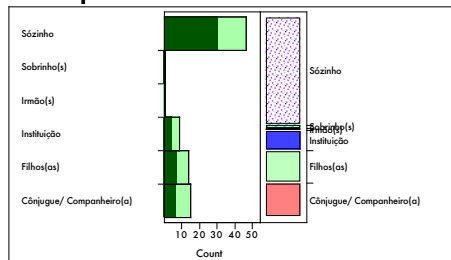
Frequências

Nível	Casos	Probab.
Nunca	4	0.10000
Raramente	7	0.17500
Sempre	15	0.37500
c/ dificuldade	14	0.35000
Total	40	1.00000

Os padrões Mulheres/ Homens não são idênticos; o "Sempre" ganha expressão entre os Homens, com a diminuição significativa de "Com Dificuldade".

Quadro III-43 - Centros de Dia - Sexo vs Com quem vive actualmente? (14)

Com quem vive actualmente?

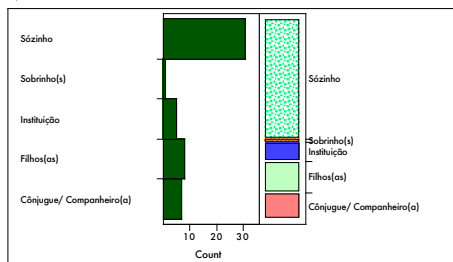


Frequências

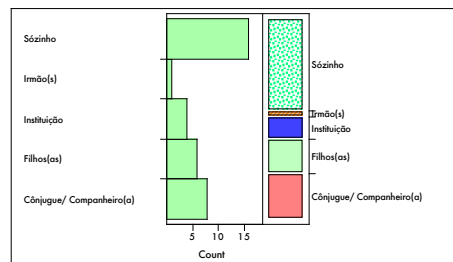
Nível	Casos	Probab.
Cônjuge/ Companheiro(a)	15	0.17241
Filhos(as)	14	0.16092
Instituição	9	0.10345
Irmão(s)	1	0.01149
Sobrinho(s)	1	0.01149
Sózinho	47	0.54023
Total	87	1.00000

As respostas são maioritariamente "Sozinho" (54%) – Note-se que a percentagem de "Viúvo" é de (68%), e ainda a proximidade de 17% para "Cônjuge/ Companheiro" e de 20% para "Casado" (veja-se Quadro III-10 – Centros de Dia – Sexo vs Estado civil: (4)), as diferenças estão diluídas nos 16% de "Filhos(as)" e 10% "Instituição".

Mulheres



Homens



Frequências

Nível	Casos	Probab.
Cônjuge/ Companheiro(a)	7	0.13462
Filhos(as)	8	0.15385
Instituição	5	0.09615
Sobrinho(s)	1	0.01923
Sozinho	31	0.59615
Total	52	1.00000

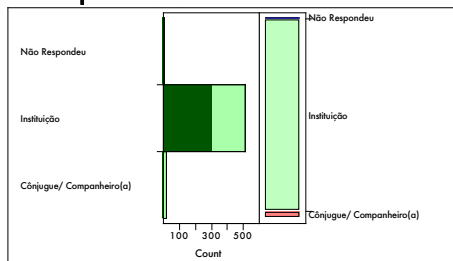
Frequências

Nível	Casos	Probab.
Cônjuge/ Companheiro(a)	8	0.22857
Filhos(as)	6	0.17143
Instituição	4	0.11429
Irmão(s)	1	0.02857
Sozinho	16	0.45714
Total	35	1.00000

As proporções Mulheres/ Homens não são idênticas, note-se uma vez mais a inversão nas percentagens "Cônjuge/ Companheiro" e "Sozinho".

Quadro III-44 – Lares de Idosos – Sexo vs Com quem vive actualmente? (14)

Com quem vive actualmente?

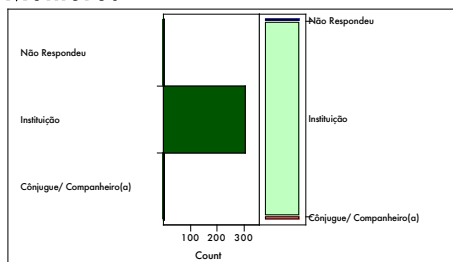


Frequências

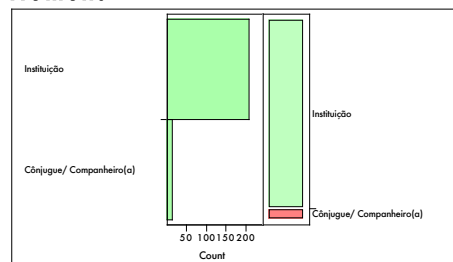
Nível	Casos	Probab.
Cônjuge/ Companheiro(a)	19	0.03538
Instituição	516	0.96089
NR	2	0.00372
Total	537	1.00000

"Instituição" é como não podia deixar de ser, a resposta maioritária.

Mulheres



Homens



Frequências

Nível	Casos	Probab.
-------	-------	---------

Frequências

Nível	Casos	Probab.
-------	-------	---------

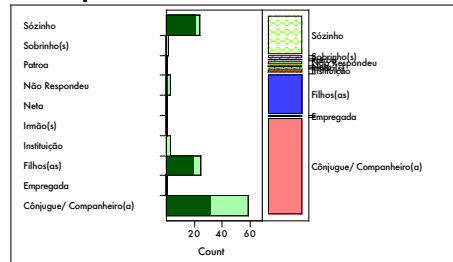
Cônjuge/ Companheiro(a)	6	0.01911
Instituição	306	0.97452
NR	2	0.00637
Total	314	1.00000

Cônjuge/ Companheiro(a)	13	0.05830
Instituição	210	0.94170
Total	223	1.00000

A inutilidade da questão é óbvia.

Quadro III-45 - Em Casa - Sexo vs Com quem vive actualmente? (14)

Com quem vive actualmente?

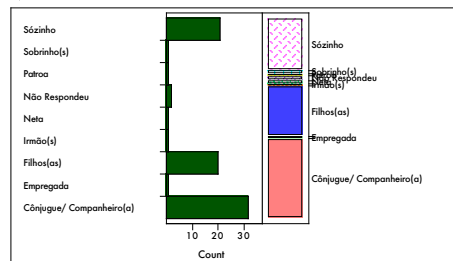


Frequências

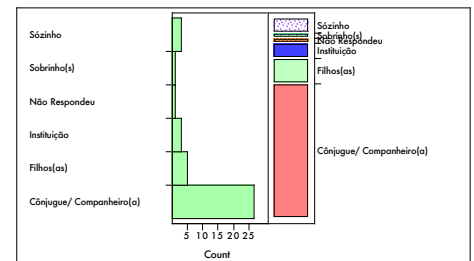
Nível	Casos	Probab.
Cônjuge/ Companheiro(a)	59	0.49167
Empregada	1	0.00833
Filhos(as)	25	0.20833
Instituição	3	0.02500
Irmão(s)	1	0.00833
Neta	1	0.00833
NR	3	0.02500
Patroa	1	0.00833
Sobrinho(s)	2	0.01667
Sozinho	24	0.20000
Total	120	1.00000

A variedade de respostas é aqui patente, com “Cônjuge/ Companheiro” a mais frequente, seguida de “Filhos(as)”.

Mulheres



Homens



Frequências

Nível	Casos	Probab.
Cônjuge/ Companheiro(a)	32	0.40000
Empregada	1	0.01250
Filhos(as)	20	0.25000
Irmão(s)	1	0.01250
Neta	1	0.01250
NR	2	0.02500
Patroa	1	0.01250
Sobrinho(s)	1	0.01250
Sozinho	21	0.26250
Total	80	1.00000

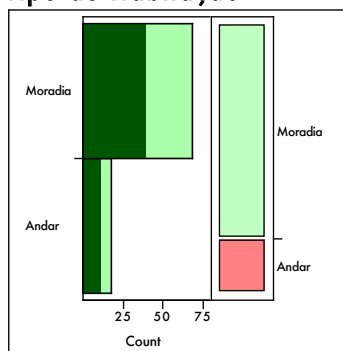
Frequências

Nível	Casos	Probab.
Cônjuge/ Companheiro(a)	27	0.67500
Filhos(as)	5	0.12500
Instituição	3	0.07500
NR	1	0.02500
Sobrinho(s)	1	0.02500
Sozinho	3	0.07500
Total	40	1.00000

A resposta maioritária é para Mulheres e Homens a de “Cônjuge/ Companheiro”. Há no entanto, uma enorme desproporção entre sexos, o que confirma o que se viu para o Estado (Quadro III-10 e seguintes).

Quadro III-46 - Centros de Dia - Sexo vs Tipo de Habitação: (15)

Tipo de Habitação

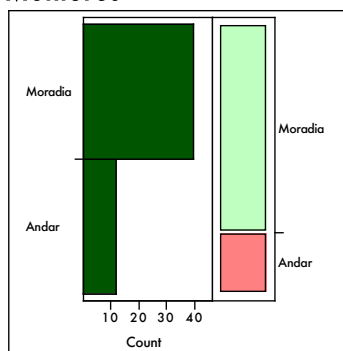


Frequências

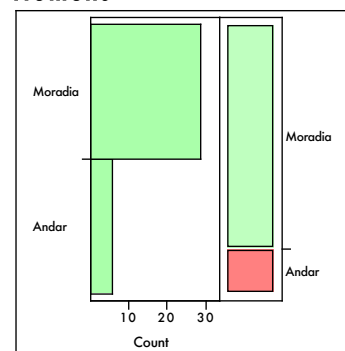
Nível	Casos	Probab.
Andar	18	0.20690
Moradia	69	0.79310
Total	87	1.00000

A resposta mais frequente é "Moradia".

Mulheres



Homens



Frequências

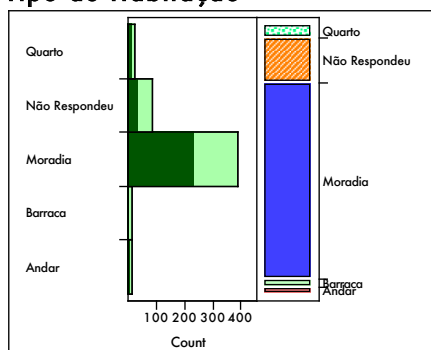
Nível	Casos	Probab.
Andar	12	0.23077
Moradia	40	0.76923
Total	52	1.00000

Frequências

Nível	Casos	Probab.
Andar	6	0.17143
Moradia	29	0.82857
Total	35	1.00000

Quadro III-47 - Lares de Idosos - Sexo vs Tipo de Habitação: (15)

Tipo de Habitação

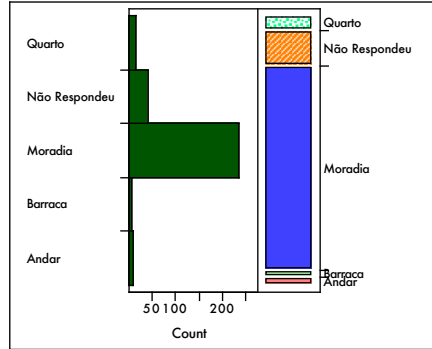


Frequências

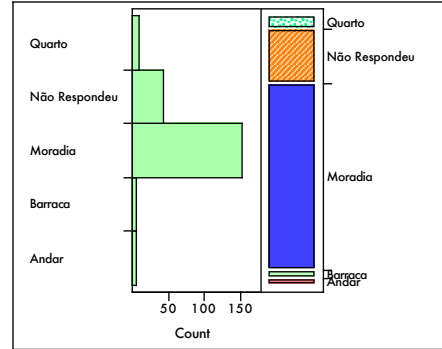
Nível	Casos	Probab.
Andar	16	0.02980
Barraca	15	0.02793
Moradia	392	0.72998
NR	87	0.16201
Quarto	27	0.05028
Total	537	1.00000

A resposta mais frequente é "Moradia".

Mulheres



Homens



Frequências

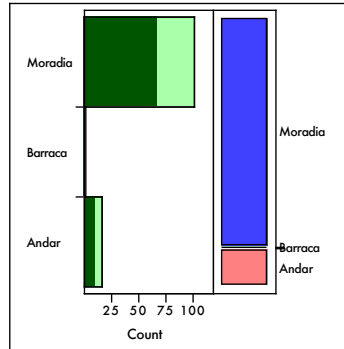
Nível	Casos	Probab.
Andar	10	0.03185
Barraca	8	0.02548
Moradia	238	0.75796
NR	42	0.13376
Quarto	16	0.05096
Total	314	1.00000

Frequências

Nível	Casos	Probab.
Andar	6	0.02691
Barraca	7	0.03139
Moradia	154	0.69058
NR	45	0.20179
Quarto	11	0.04933
Total	223	1.00000

Quadro III-48 - Em Casa - Sexo vs Tipo de Habitação: (15)

Tipo de Habitação

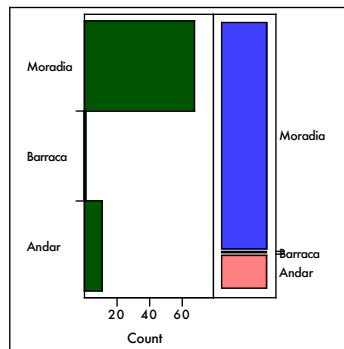


Frequências

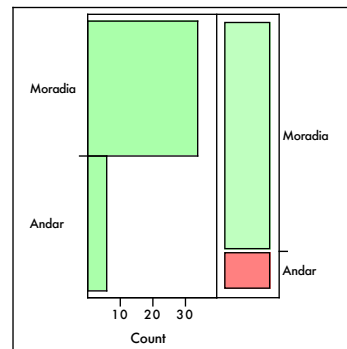
Nível	Casos	Probab.
Andar	17	0.14167
Barraca	1	0.00833
Moradia	102	0.85000
Total	120	1.00000

A resposta mais frequente é "Moradia".

Mulheres



Homens



Frequências

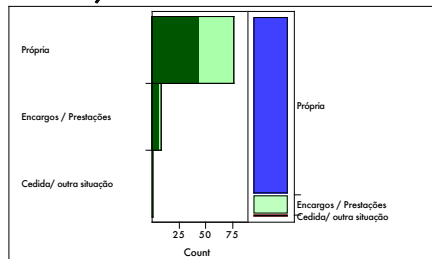
Nível	Casos	Probab.
Andar	11	0.13750
Barraca	1	0.01250
Moradia	68	0.85000
Total	80	1.00000

Frequências

Nível	Casos	Probab.
Andar	6	0.15000
Moradia	34	0.85000
Total	40	1.00000

Quadro III-49 – Centros de Dia – Sexo vs Habitação: (16)

Habitação

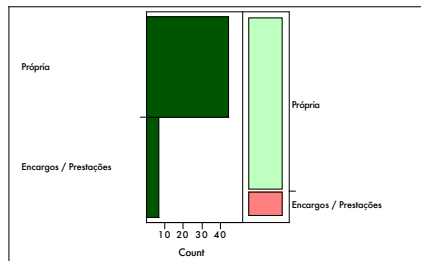


Frequências

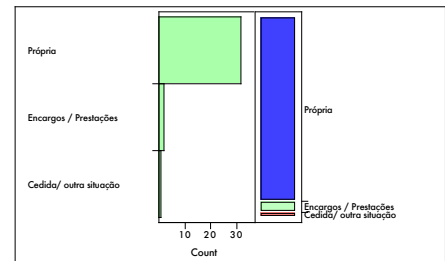
Nível	Casos	Probab.
Cedida/ outra situação	1	0.01149
Encargos / Prestações	9	0.10345
Própria	77	0.88506
Total	87	1.00000

“Própria” é a resposta mais frequente.

Mulheres



Homens



Frequências

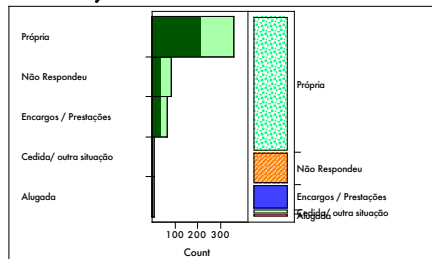
Nível	Casos	Probab.
Encargos / Prestações	7	0.13462
Própria	45	0.86538
Total	52	1.00000

Frequências

Nível	Casos	Probab.
Cedida/ outra situação	1	0.02857
Encargos / Prestações	2	0.05714
Própria	32	0.91429
Total	35	1.00000

Quadro III-50 – Lares de Idosos – Sexo vs Habitação: (16)

Habitação

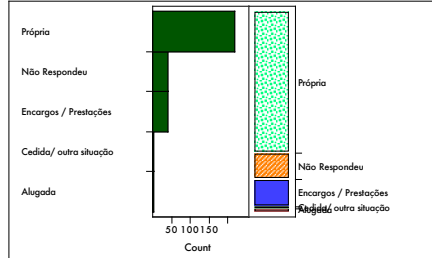


Frequências

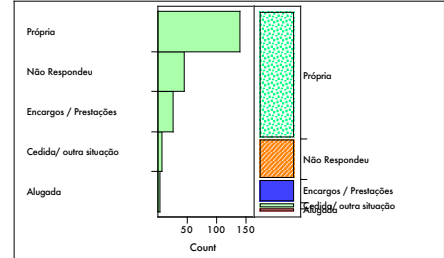
Nível	Casos	Probab.
Arrendada	9	0.01676
Cedida/ outra situação	10	0.01862
Encargos / Prestações	69	0.12849
NR	87	0.16201
Própria	362	0.67412
Total	537	1.00000

“Própria” é a resposta mais frequente.

Mulheres



Homens



Frequências

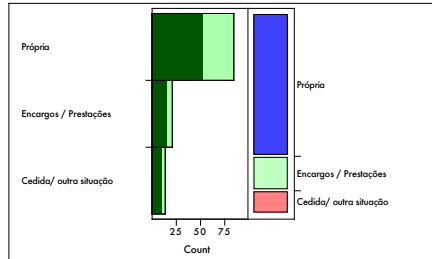
Nível	Casos	Probab.
Arrendada	5	0.01592
Cedida/ outra situação	3	0.00955
Encargos / Prestações	43	0.13694
NR	42	0.13376
Própria	221	0.70382
Total	314	1.00000

Frequências

Nível	Casos	Probab.
Arrendada	4	0.01794
Cedida/ outra situação	7	0.03139
Encargos / Prestações	26	0.11659
NR	45	0.20179
Própria	141	0.63229
Total	223	1.00000

Quadro III-51 - Em Casa - Sexo vs Habitação: (16)

Habitação

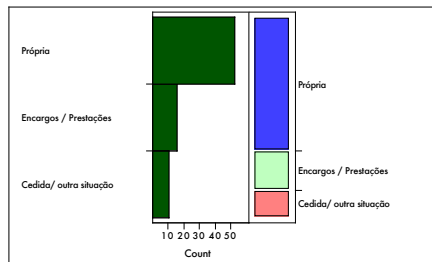


“Própria” é a resposta mais frequente.

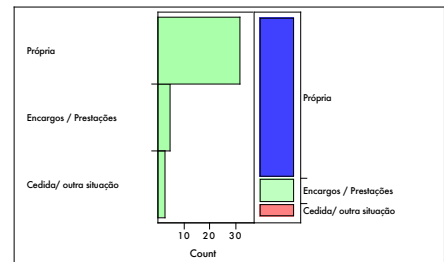
Frequências

Nível	Casos	Probab.
Cedida/ outra situação	14	0.11667
Encargos / Prestações	21	0.17500
Própria	85	0.70833
Total	120	1.00000

Mulheres



Homens



Frequências

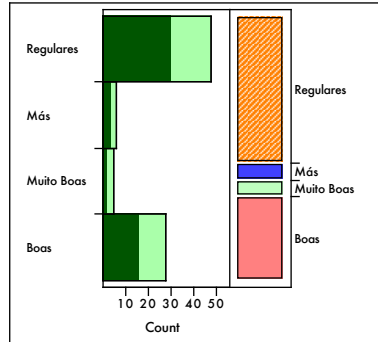
Nível	Casos	Probab.
Cedida/ outra situação	11	0.13750
Encargos / Prestações	16	0.20000
Própria	53	0.66250
Total	80	1.00000

Frequências

Nível	Casos	Probab.
Cedida/ outra situação	3	0.07500
Encargos / Prestações	5	0.12500
Própria	32	0.80000
Total	40	1.00000

Quadro III-52 – Centros de Dia – Sexo vs Condições de Habitação: (17)

Condições de Habitação

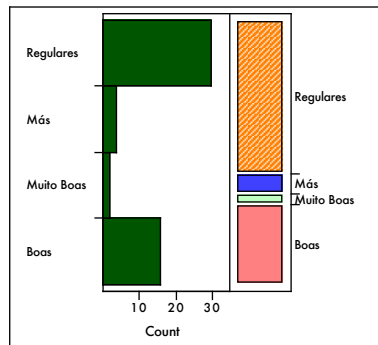


Frequências

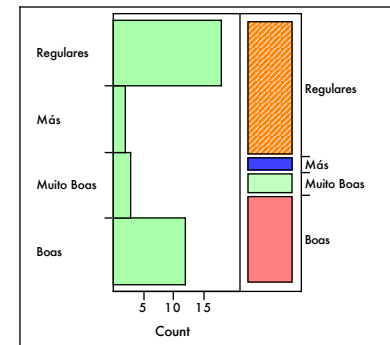
Nível	Casos	Probab.
Boas	28	0.32184
Muito Boas	5	0.05747
Más	6	0.06897
Regulares	48	0.55172
Total	87	1.00000

"Regulares" seguido de "Boas" constitui a norma.

Mulheres



Homens



Frequências

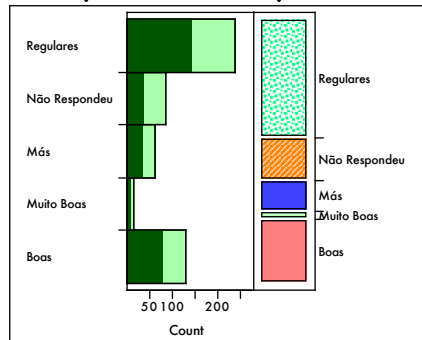
Nível	Casos	Probab.
Boas	16	0.30769
Muito Boas	2	0.03846
Más	4	0.07692
Regulares	30	0.57692
Total	52	1.00000

Frequências

Nível	Casos	Probab.
Boas	12	0.34286
Muito Boas	3	0.08571
Más	2	0.05714
Regulares	18	0.51429
Total	35	1.00000

Quadro III-53 – Lares de Idosos – Sexo vs Condições de Habitação: (17)

Condições de Habitação

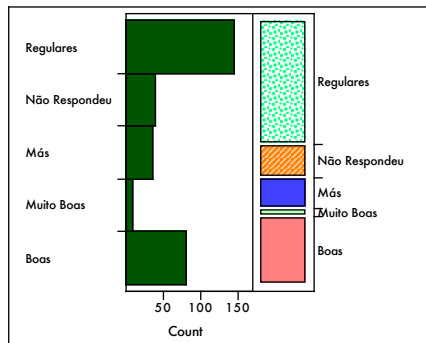


Frequências

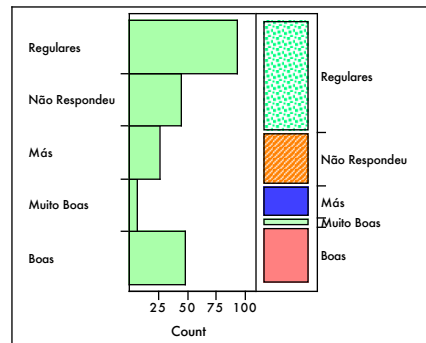
Nível	Casos	Probab.
Boas	131	0.24395
Muito Boas	17	0.03166
Más	63	0.11732
NR	86	0.16015
Regulares	240	0.44693
Total	537	1.00000

"Regulares" seguido de "Boas" constitui a norma.

Mulheres



Homens



Frequências

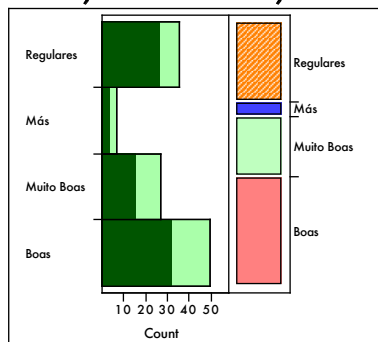
Nível	Casos	Probab.
Boas	82	0.26115
Muito Boas	9	0.02866
Más	36	0.11465
NR	41	0.13057
Regulares	146	0.46497
Total	314	1.00000

Frequências

Nível	Casos	Probab.
Boas	49	0.21973
Muito Boas	8	0.03587
Más	27	0.12108
NR	45	0.20179
Regulares	94	0.42152
Total	223	1.00000

Quadro III-54 - Em Casa - Sexo vs Condições de Habitação: (17)

Condições de Habitação



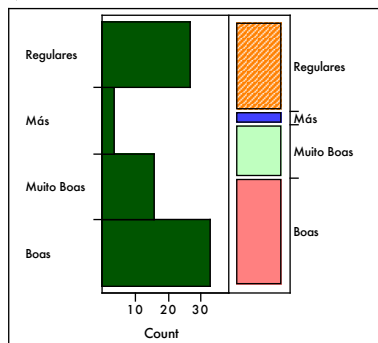
Frequências

Nível	Casos	Probab.
Boas	50	0.41667
Muito Boas	27	0.22500
Más	7	0.05833
Regulares	36	0.30000
Total	120	1.00000

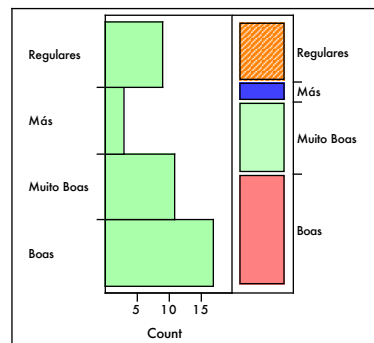
“Boas” seguido de “Regulares” constitui a norma neste grupo.

“Muito Boas” tem aqui a máxima expressão.

Mulheres



Homens



Frequências

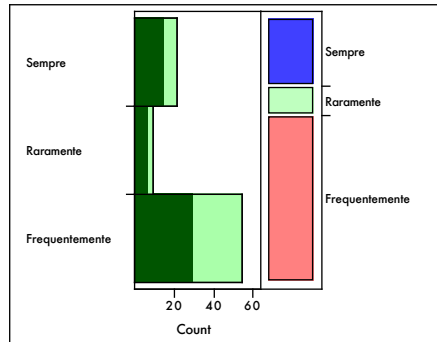
Nível	Casos	Probab.
Boas	33	0.41250
Muito Boas	16	0.20000
Más	4	0.05000
Regulares	27	0.33750
Total	80	1.00000

Frequências

Nível	Casos	Probab.
Boas	17	0.42500
Muito Boas	11	0.27500
Más	3	0.07500
Regulares	9	0.22500
Total	40	1.00000

Quadro III-55 - Centros de Dia - Sexo vs Durante o dia convive com outras pessoas? (18)

Durante o dia convive c/ out. pessoas?

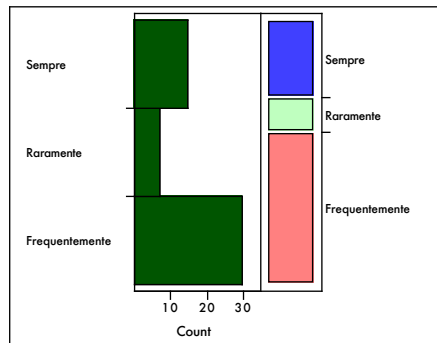


Frequências

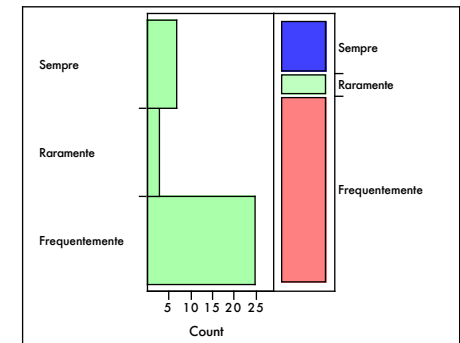
Nível	Casos	Probab.
Frequent.	55	0.63218
Raramente	10	0.11494
Sempre	22	0.25287
Total	87	1.00000

“Frequentemente” e “Sempre” são as modalidades mais respondidas.

Mulheres



Homens



Frequências

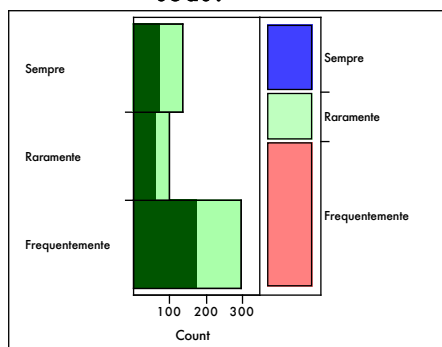
Nível	Casos	Probab.
Frequent.	30	0.57692
Raramente	7	0.13462
Sempre	15	0.28846
Total	52	1.00000

Frequências

Nível	Casos	Probab.
Frequent.	25	0.71429
Raramente	3	0.08571
Sempre	7	0.20000
Total	35	1.00000

Quadro III-56 - Lares de Idosos - Sexo vs Durante o dia convive com outras pessoas? (18)

Durante o dia convive c/ out. pessoas?

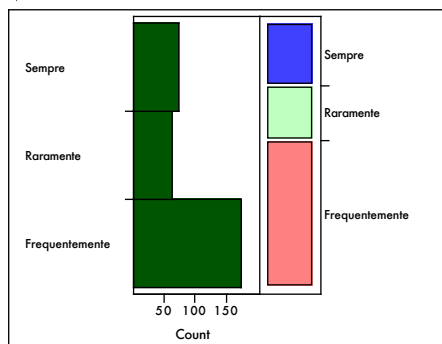


Frequências

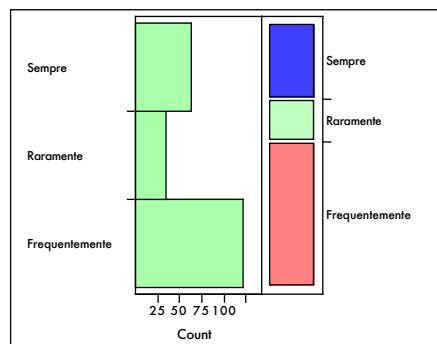
Nível	Casos	Probab.
Frequent.	299	0.55680
Raramente	100	0.18622
Sempre	138	0.25698
Total	537	1.00000

"Frequentemente" e "Sempre" são as modalidades mais respondidas.

Mulheres



Homens



Frequências

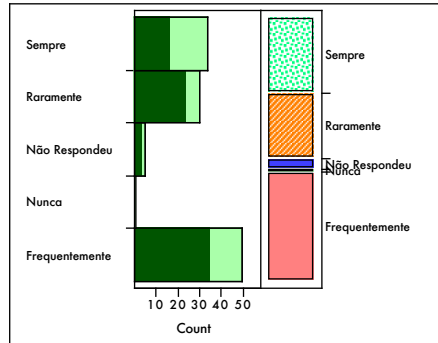
Nível	Casos	Probab.
Frequent.	176	0.56051
Raramente	64	0.20382
Sempre	74	0.23567
Total	314	1.00000

Frequências

Nível	Casos	Probab.
Frequent.	123	0.55157
Raramente	36	0.16143
Sempre	64	0.28700
Total	223	1.00000

Quadro III-57 - Em Casa - Sexo vs Durante o dia convive com outras pessoas? (18)

Durante o dia convive c/ out. pessoas?

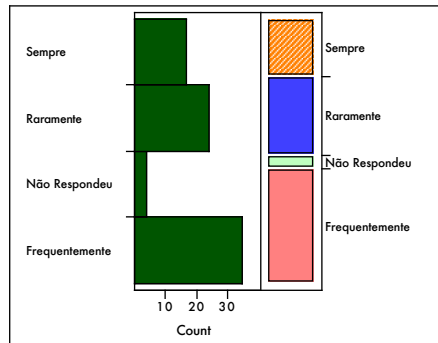


Frequências

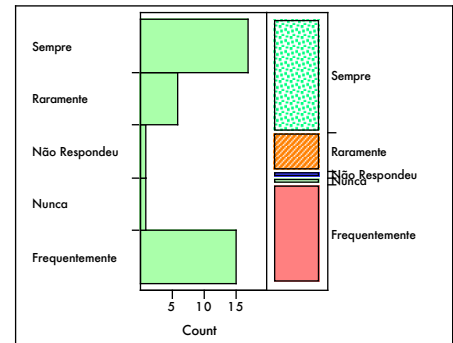
Nível	Casos	Probab.
Frequent.	50	0.41667
Nunca	1	0.00833
NR	5	0.04167
Raramente	30	0.25000
Sempre	34	0.28333
Total	120	1.00000

"Frequentemente" e "Sempre" são as modalidades mais respondidas, embora aqui o "Raramente" seja mais visível.

Mulheres



Homens



Frequências

Nível	Casos	Probab.
Frequent.	35	0.43750
NR	4	0.05000
Raramente	24	0.30000
Sempre	17	0.21250
Total	80	1.00000

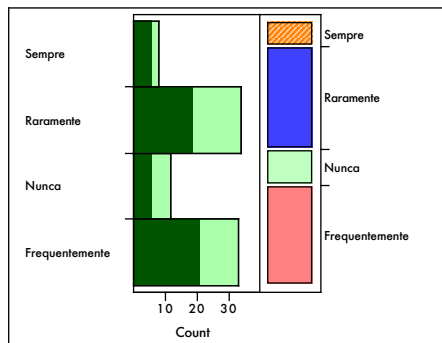
Frequências

Nível	Casos	Probab.
Frequent.	15	0.37500
Nunca	1	0.02500
NR	1	0.02500
Raramente	6	0.15000
Sempre	17	0.42500
Total	40	1.00000

Aqui, os padrões são diferentes, o "Raramente" e o "Sempre" apresentam comportamentos inversos entre Mulheres e Homens.

Quadro III-58 - Centros de Dia - Sexo vs No seu dia a dia sente-se só? (19)

No seu dia a dia sente-se só?

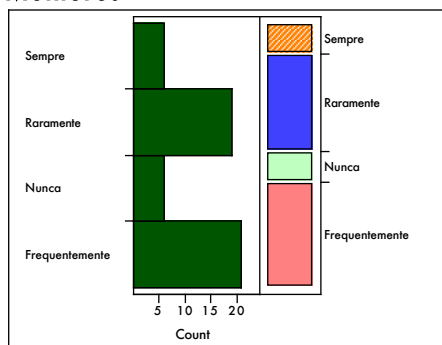


Frequências

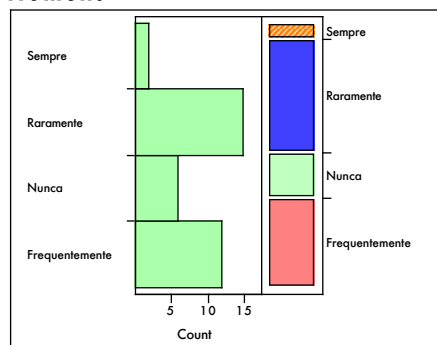
Nível	Casos	Probab.
Frequent.	33	0.37931
Nunca	12	0.13793
Raramente	34	0.39080
Sempre	8	0.09195
Total	87	1.00000

"Raramente" e "Frequentemente", são as modalidades com percentagens mais elevadas.

Mulheres



Homens



Frequências

Nível	Casos	Probab.
Frequent.	21	0.40385
Nunca	6	0.11538
Raramente	19	0.36538
Sempre	6	0.11538
Total	52	1.00000

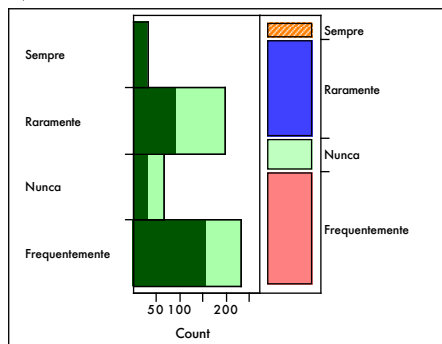
Frequências

Nível	Casos	Probab.
Frequent.	12	0.34286
Nunca	6	0.17143
Raramente	15	0.42857
Sempre	2	0.05714
Total	35	1.00000

Os perfis são próximos.

Quadro III-59 - Lares de Idosos - Sexo vs No seu dia a dia sente-se só? (19)

No seu dia a dia sente-se só?



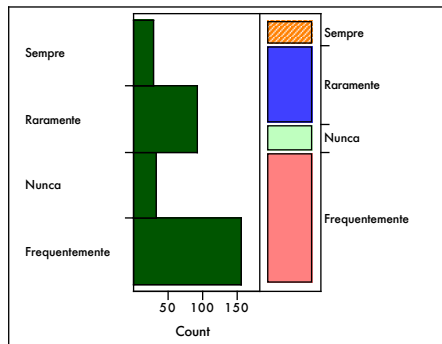
Frequências

Nível	Casos	Probab.
Frequent.	235	0.43762
Nunca	67	0.12477
Raramente	201	0.37430
Sempre	34	0.06331
Total	537	1.00000

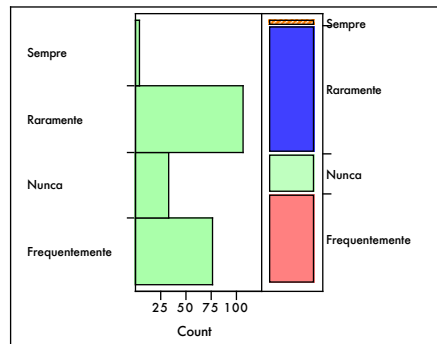
A Depressão no Idoso

“Frequentemente” e “Raramente”, são as modalidades mais comuns.

Mulheres



Homens



Frequências

Nível	Casos	Probab.
Frequent.	158	0.50318
Nunca	33	0.10510
Raramente	93	0.29618
Sempre	30	0.09554
Total	314	1.00000

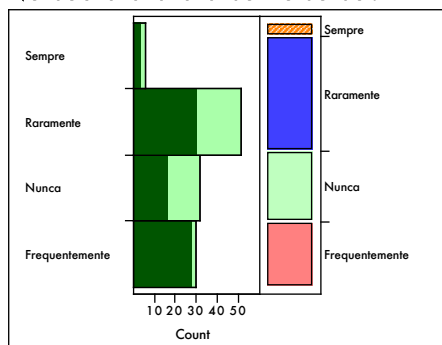
Frequências

Nível	Casos	Probab.
Frequent.	77	0.34529
Nunca	34	0.15247
Raramente	108	0.48430
Sempre	4	0.01794
Total	223	1.00000

As proporções de “Frequentemente” e “Raramente”, são inversas entre Mulheres e Homens.

Quadro III-60 – Em Casa – Sexo vs No seu dia a dia sente-se só? (19)

No seu dia a dia sente-se só?

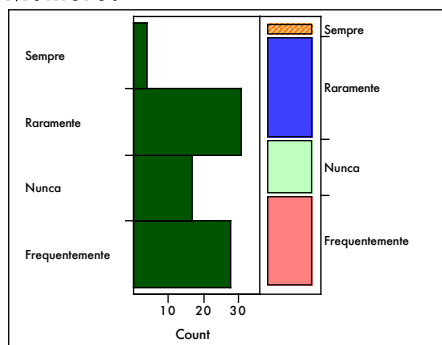


Frequências

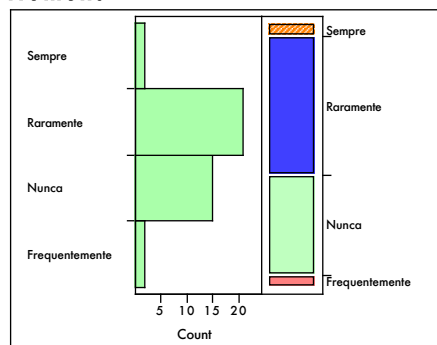
Nível	Casos	Probab.
Frequent.	30	0.25000
Nunca	32	0.26667
Raramente	52	0.43333
Sempre	6	0.05000
Total	120	1.00000

“Raramente”, “Nunca” e “Frequentemente”, nesta ordem são as respostas mais comuns.

Mulheres



Homens



Frequências

Nível	Casos	Probab.
Frequent.	28	0.35000
Nunca	17	0.21250
Raramente	31	0.38750
Sempre	4	0.05000
Total	80	1.00000

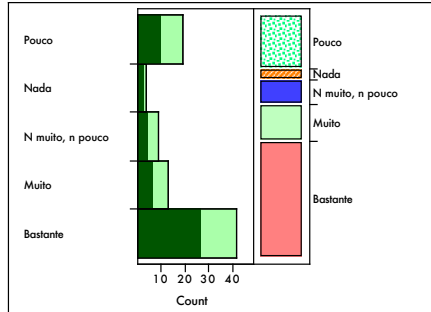
Frequências

Nível	Casos	Probab.
Frequent.	2	0.05000
Nunca	15	0.37500
Raramente	21	0.52500
Sempre	2	0.05000
Total	40	1.00000

“Frequentemente”, tem expressão nas Mulheres e é inexpressivo nos Homens.
 “Nunca” é praticamente duplo nas Mulheres.

Quadro III-61 - Centros de Dia - Sexo vs Considera que a sua família se preocupa verdadeiramente consigo? (20)

... família se preocupa consigo?

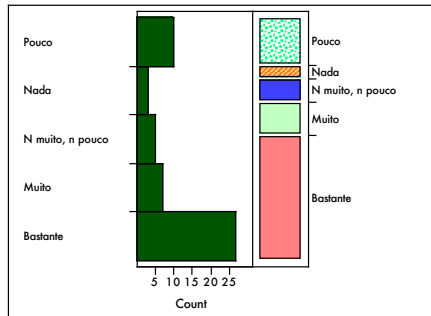


Frequências

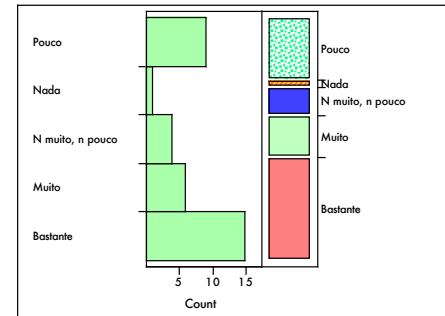
Nível	Casos	Probab.
Bastante	42	0.48276
Muito	13	0.14943
N muito, n pouco	9	0.10345
Nada	4	0.04598
Pouco	19	0.21839
Total	87	1.00000

As respostas são e nesta ordem, “Bastante”, “Pouco” e “Muito”.

Mulheres



Homens



Frequências

Nível	Casos	Probab.
Bastante	27	0.51923
Muito	7	0.13462
N muito, n pouco	5	0.09615
Nada	3	0.05769
Pouco	10	0.19231
Total	52	1.00000

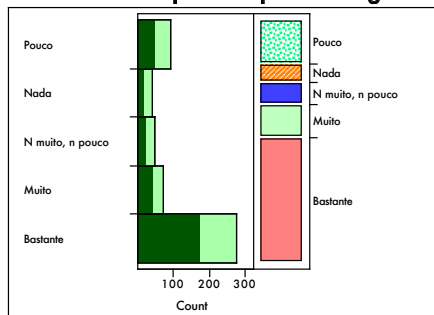
Frequências

Nível	Casos	Probab.
Bastante	15	0.42857
Muito	6	0.17143
N muito, n pouco	4	0.11429
Nada	1	0.02857
Pouco	9	0.25714
Total	35	1.00000

As proporções são próximas, embora o “Pouco” tome expressão nos Homens.

Quadro III-62 – Lares de Idosos – Sexo vs Considera que a sua família se preocupa verdadeiramente consigo? (20)

... família se preocupa consigo?

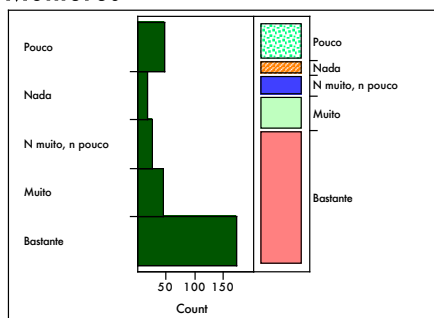


Frequências

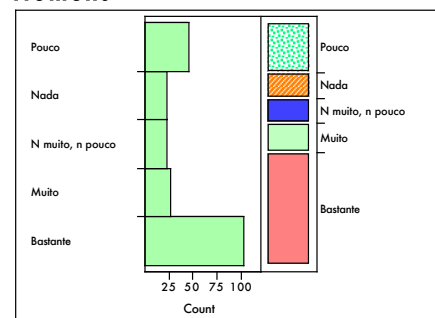
Nível	Casos	Probab.
Bastante	279	0.51955
Muito	72	0.13408
N muito, n pouco	49	0.09125
Nada	42	0.07821
Pouco	95	0.17691
Total	537	1.00000

O padrão de respostas é em tudo idêntico ao anterior.

Mulheres



Homens



Frequências

Nível	Casos	Probab.
Bastante	175	0.55732
Muito	45	0.14331
N muito, n pouco	26	0.08280
Nada	19	0.06051
Pouco	49	0.15605
Total	314	1.00000

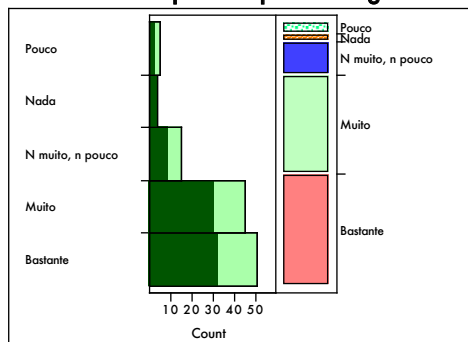
Frequências

Nível	Casos	Probab.
Bastante	104	0.46637
Muito	27	0.12108
N muito, n pouco	23	0.10314
Nada	23	0.10314
Pouco	46	0.20628
Total	223	1.00000

As proporções são próximas, embora o "Pouco" tome expressão nos Homens.

Quadro III-63 – Em Casa – Sexo vs Considera que a sua família se preocupa verdadeiramente consigo? (20)

... família se preocupa consigo?

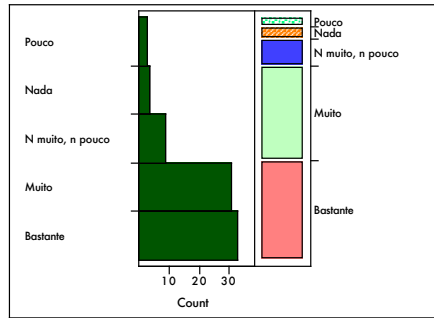


Frequências

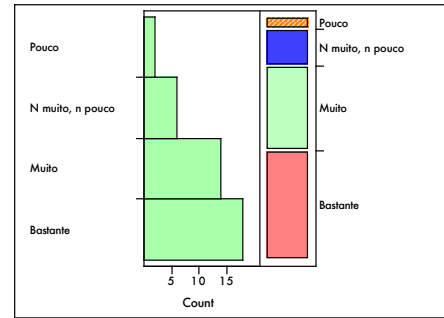
Nível	Casos	Probab.
Bastante	51	0.42500
Muito	45	0.37500
N muito, n pouco	15	0.12500
Nada	4	0.03333
Pouco	5	0.04167
Total	120	1.00000

O padrão de respostas é diferente do verificado nos CD's e LI's, "Bastante", "Muito", "Nem Muito Nem Pouco" e nesta ordem, são as modalidades mais frequentes. A proximidade da Família é presente, mas a autonomia dos idosos é máxima (????), sendo sempre possível especular sobre estas razões.

Mulheres



Homens



Frequências

Nível	Casos	Probab.
Bastante	33	0.41250
Muito	31	0.38750
N muito, n pouco	9	0.11250
Nada	4	0.05000
Pouco	3	0.03750
Total	80	1.00000

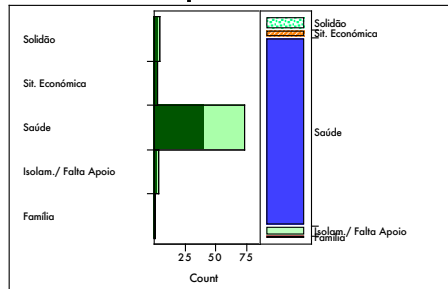
Frequências

Nível	Casos	Probab.
Bastante	18	0.45000
Muito	14	0.35000
N muito, n pouco	6	0.15000
Pouco	2	0.05000
Total	40	1.00000

As proporções são próximas.

Quadro III-64 - Centros de Dia - Sexo vs Actualmente o que é que mais o(a) preocupa? (21)

Actualmente o que mais o(a) preocupa?

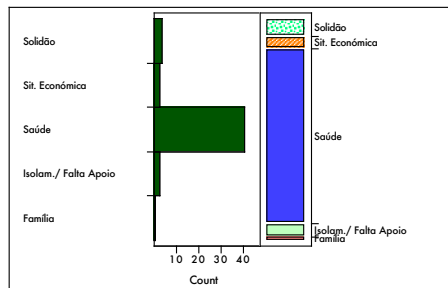


Frequências

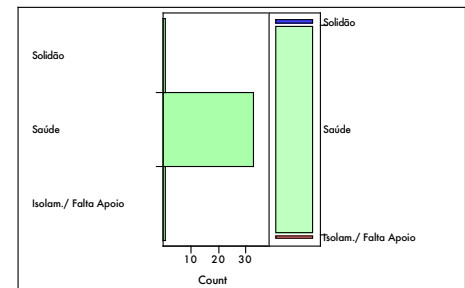
Nível	Casos	Probab.
Família	1	0.01149
Isolam./ Falta Apoio	4	0.04598
Saúde	74	0.85057
Sit. Económica	3	0.03448
Solidão	5	0.05747
Total	87	1.00000

A "Saúde" constitui a maior preocupação.

Mulheres



Homens



A Depressão no Idoso

Frequências

Nível	Casos	Probab.
Família	1	0.01923
Isolam./ Falta Apoio	3	0.05769
Saúde	41	0.78846
Sit. Económica	3	0.05769
Solidão	4	0.07692
Total	52	1.00000

Frequências

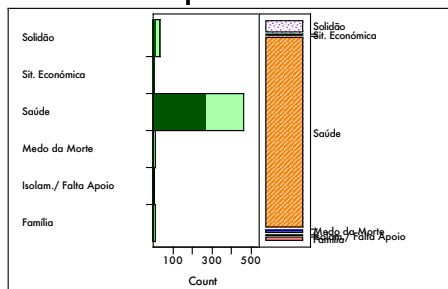
Nível	Casos	Probab.
Isolam./ Falta Apoio	1	0.02857
Saúde	33	0.94286
Solidão	1	0.02857
Total	35	1.00000

As proporções Mulheres/ Homens são idênticas.

Note-se que a discriminação desta questão é mínima.

Quadro III-65 - Lares de Idosos - Sexo vs Actualmente o que é que mais o(a) preocupa? (21)

Actualmente o que mais o(a) preocupa?

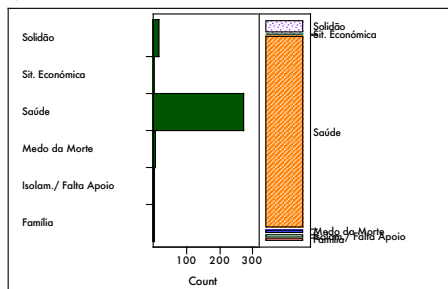


Frequências

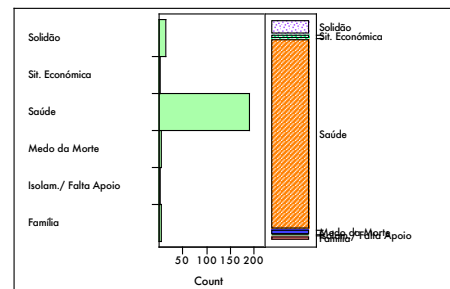
Nível	Casos	Probab.
Família	12	0.02235
Isolam./ Falta Apoio	6	0.01117
Medo da Morte	12	0.02235
Saúde	467	0.86965
Sit. Económica	5	0.00931
Solidão	35	0.06518
Total	537	1.00000

A "Saúde" constitui a maior preocupação.

Mulheres



Homens



Frequências

Nível	Casos	Probab.
Família	6	0.01911
Isolam./ Falta Apoio	5	0.01592
Medo da Morte	7	0.02229
Saúde	275	0.87580
Sit. Económica	1	0.00318
Solidão	20	0.06369
Total	314	1.00000

Frequências

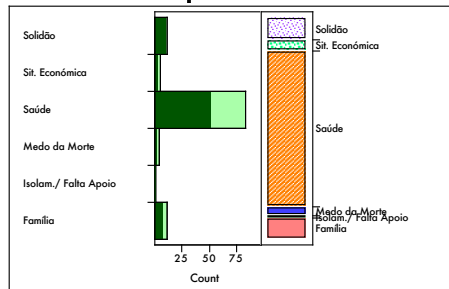
Nível	Casos	Probab.
Família	6	0.02691
Isolam./ Falta Apoio	1	0.00448
Medo da Morte	5	0.02242
Saúde	192	0.86099
Sit. Económica	4	0.01794
Solidão	15	0.06726
Total	223	1.00000

As proporções Mulheres/ Homens são idênticas.

Note-se que a discriminação desta questão é mínima.

Quadro III-66 - Em Casa - Sexo vs Actualmente o que é que mais o(a) preocupa? (21)

Actualmente o que mais o(a) preocupa?

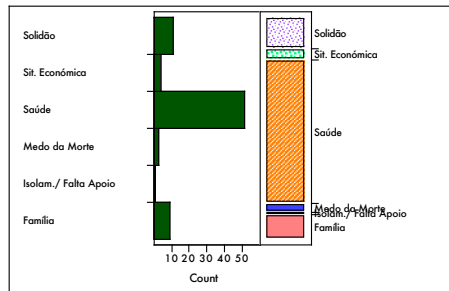


Frequências

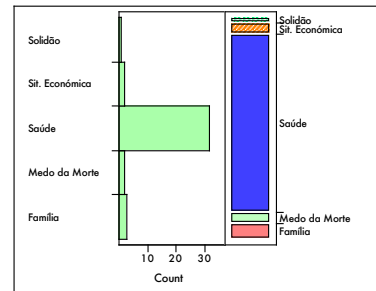
Nível	Casos	Probab.
Família	12	0.10000
Isolam./ Falta Apoio	1	0.00833
Medo da Morte	5	0.04167
Saúde	84	0.70000
Sit. Económica	6	0.05000
Solidão	12	0.10000
Total	120	1.00000

A "Saúde" constitui ainda a maior das preocupações, mas a "Família" e a "Solidão" passam a ter expressão.

Mulheres



Homens



Frequências

Nível	Casos	Probab.
Família	9	0.11250
Isolam./ Falta Apoio	1	0.01250
Medo da Morte	3	0.03750
Saúde	52	0.65000
Sit. Económica	4	0.05000
Solidão	11	0.13750
Total	80	1.00000

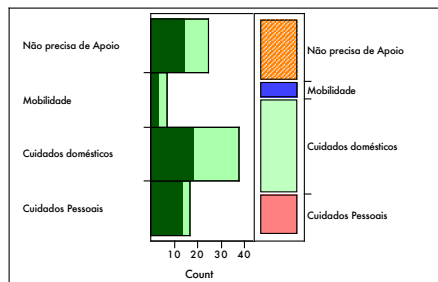
Frequências

Nível	Casos	Probab.
Família	3	0.07500
Medo da Morte	2	0.05000
Saúde	32	0.80000
Sit. Económica	2	0.05000
Solidão	1	0.02500
Total	40	1.00000

As proporções diferem, "Solidão" e "Família" são mais referidas pelas Mulheres.

Quadro III-67 - Centros de Dia - Sexo vs Que tipo de Apoio considera mais importante para si? (22)

... Apoio considera mais importante?

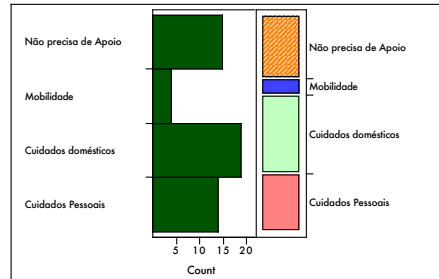


Frequências

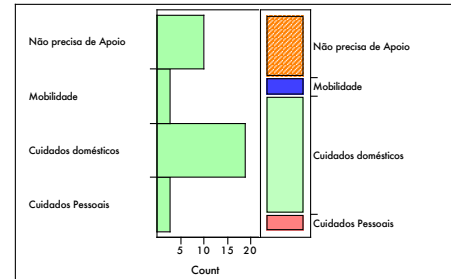
Nível	Casos	Probab.
Cuidados Pessoais	17	0.19540
Cuidados domésticos	38	0.43678
Mobilidade	7	0.08046
Não precisa de Apoio	25	0.28736
Total	87	1.00000

“Cuidados Domésticos” e “Cuid. Pessoais” são os modalidades mais frequentes.

Mulheres



Homens



Frequências

Nível	Casos	Probab.
Cuidados Pessoais	14	0.26923
Cuidados domésticos	19	0.36538
Mobilidade	4	0.07692
Não precisa de Apoio	15	0.28846
Total	52	1.00000

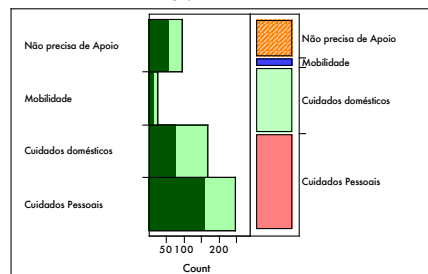
Frequências

Nível	Casos	Probab.
Cuidados Pessoais	3	0.08571
Cuidados domésticos	19	0.54286
Mobilidade	3	0.08571
Não precisa de Apoio	10	0.28571
Total	35	1.00000

As proporções são diferentes, ocupando os “Cuidados Domésticos” entre os Homens uma expressão maioritária, explicável pela sua dependência das Mulheres.

Quadro III-68 – Lares de Idosos – Sexo vs Que tipo de Apoio considera mais importante para si? (22)

... Apoio considera mais importante?

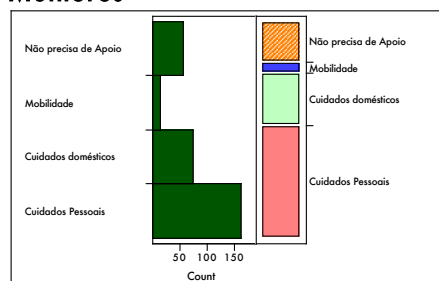


Frequências

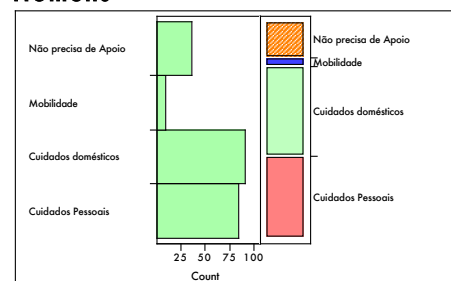
Nível	Casos	Probab.
Cuidados Pessoais	249	0.46369
Cuidados domésticos	168	0.31285
Mobilidade	25	0.04655
Não precisa de Apoio	95	0.17691
Total	537	1.00000

Os “Cuidados Pessoais” encabeçam as necessidades.

Mulheres



Homens



Frequências

Nível	Casos	Probab.
Cuidados Pessoais	164	0.52229
Cuidados domésticos	76	0.24204
Mobilidade	16	0.05096

Frequências

Nível	Casos	Probab.
Cuidados Pessoais	85	0.38117
Cuidados domésticos	92	0.41256
Mobilidade	9	0.04036

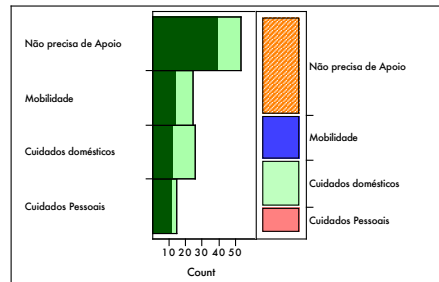
Não precisa de Apoio	58	0.18471
Total	314	1.00000

Não precisa de Apoio	37	0.16592
Total	223	1.00000

A proporções ainda que diferentes traduzem a mesma realidade, já referida na questão anterior.

Quadro III-69 - Em Casa - Sexo vs Que tipo de Apoio considera mais importante para si? (22)

... Apoio considera mais importante?

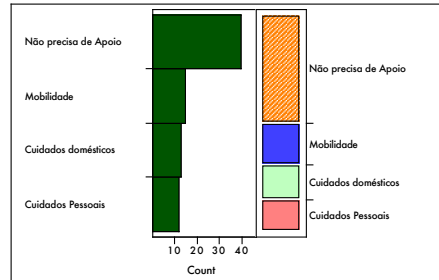


Frequências

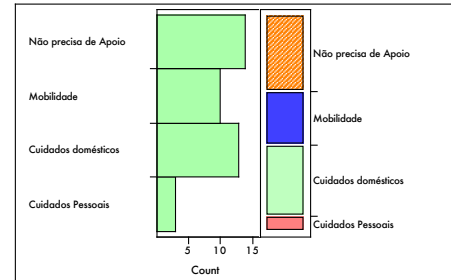
Nível	Casos	Probab.
Cuidados Pessoais	15	0.12500
Cuidados domésticos	26	0.21667
Mobilidade	25	0.20833
Não precisa de Apoio	54	0.45000
Total	120	1.00000

A auto-suficiência dos Idosos "Em Casa" é notória, "Não precisa de Apoio" (54%).

Mulheres



Homens



Frequências

Nível	Casos	Probab.
Cuidados Pessoais	12	0.15000
Cuidados domésticos	13	0.16250
Mobilidade	15	0.18750
Não precisa de Apoio	40	0.50000
Total	80	1.00000

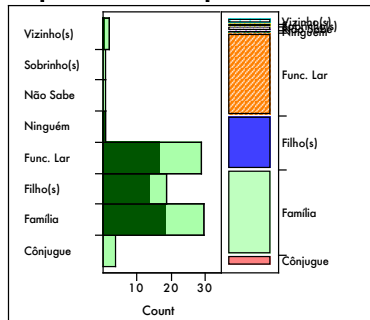
Frequências

Nível	Casos	Probab.
Cuidados Pessoais	3	0.07500
Cuidados domésticos	13	0.32500
Mobilidade	10	0.25000
Não precisa de Apoio	14	0.35000
Total	40	1.00000

As diferenças nas relações de dependência entre os Mulheres e Homens, estão bem marcadas nesta questão.

Quadro III-70 – Centros de Dia – Sexo vs Quem na sua opinião pode ou deve prestar-lhe Apoio e Cuidados? (23)

... prestar-lhe Apoio ou Cuidados?

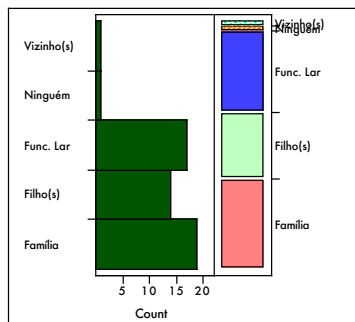


Frequências

Nível	Casos	Probab.
Cônjuge	4	0.04598
Família	30	0.34483
Filho(s)	19	0.21839
Func. Lar	29	0.33333
Ninguém	1	0.01149
Não sabe	1	0.01149
Sobrinho(s)	1	0.01149
Vizinho(s)	2	0.02299
Total	87	1.00000

“Família”, “Func. Lar” e “Filhos(as)” são por esta ordem, as respostas mais frequentes.

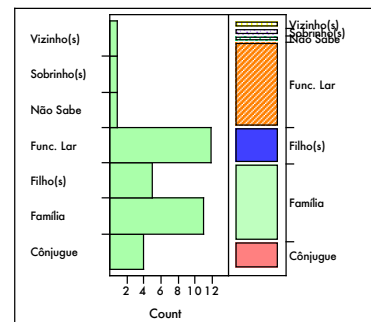
Mulheres



Frequências

Nível	Casos	Probab.
Família	19	0.36538
Filho(s)	14	0.26923
Func. Lar	17	0.32692
Ninguém	1	0.01923
Vizinho(s)	1	0.01923
Total	52	1.00000

Homens



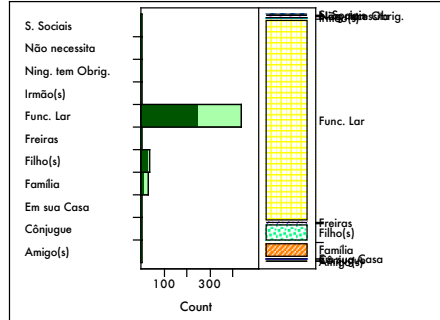
Frequências

Nível	Casos	Probab.
Cônjuge	4	0.11429
Família	11	0.31429
Filho(s)	5	0.14286
Func. Lar	12	0.34286
Não sabe	1	0.02857
Sobrinho(s)	1	0.02857
Vizinho(s)	1	0.02857
Total	35	1.00000

“Cônjuge” é referido apenas pelos Homens (11%).

Quadro III-71 - Lares de Idosos - Sexo vs Quem na sua opinião pode ou deve prestar-lhe Apoio e Cuidados? (23)

... prestar-lhe Apoio ou Cuidados?

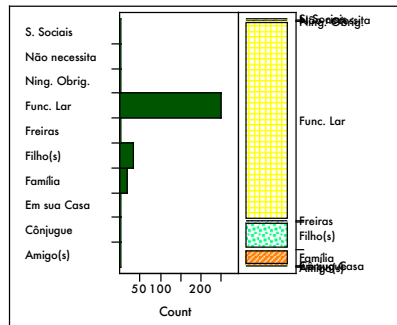


Frequências

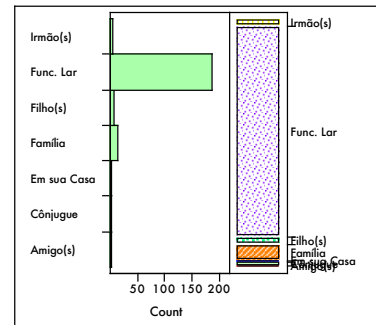
Nível	Casos	Probab.
Amigo(s)	3	0.00559
Cônjuge	4	0.00745
Em sua Casa	2	0.00372
Família	35	0.06518
Filho(s)	42	0.07821
Freiras	2	0.00372
Func. Lar	440	0.81937
Irmão(s)	6	0.01117
Ning. tem Obrig.	1	0.00186
Não necessita	1	0.00186
S. Sociais	1	0.00186
Total	537	1.00000

"Func. Lar" é previsivelmente a resposta mais frequente.

Mulheres



Homens



Frequências

Nível	Casos	Probab.
Amigo(s)	1	0.00318
Cônjuge	1	0.00318
Em sua Casa	1	0.00318
Família	20	0.06369
Filho(s)	35	0.11146
Freiras	2	0.00637
Func. Lar	251	0.79936
Ning. Obrig.	1	0.00318
Não necessita	1	0.00318
S. Sociais	1	0.00318
Total	314	1.00000

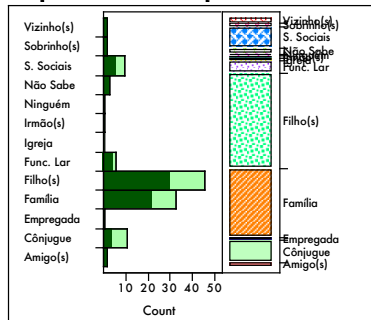
Frequências

Nível	Casos	Probab.
Amigo(s)	2	0.00897
Cônjuge	3	0.01345
Em sua Casa	1	0.00448
Família	15	0.06726
Filho(s)	7	0.03139
Func. Lar	189	0.84753
Irmão(s)	6	0.02691
Total	223	1.00000

As proporções são idênticas, sendo de notar a expressão da modalidade "Filhos(as)" nas Mulheres.

Quadro III-72 - Em Casa - Sexo vs Quem na sua opinião pode ou deve prestar-lhe Apoio e Cuidados? (23)

... prestar-lhe Apoio ou Cuidados?

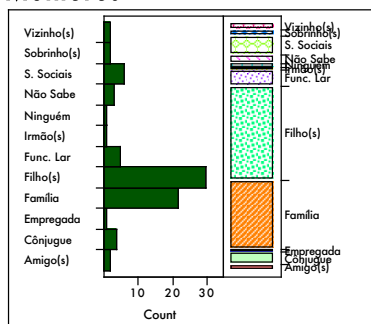


Frequências

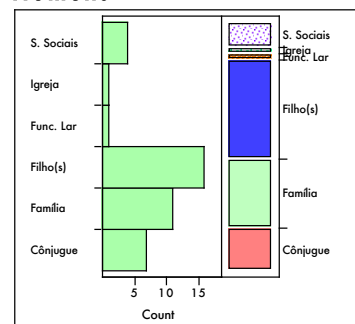
Nível	Casos	Probab.
Amigo(s)	2	0.01681
Cônjuge	11	0.09244
Empregada	1	0.00840
Família	33	0.27731
Filho(s)	46	0.38655
Func. Lar	6	0.05042
Igreja	1	0.00840
Irmão(s)	1	0.00840
Ninguém	1	0.00840
Não sabe	3	0.02521
S. Sociais	10	0.08403
Sobrinho(s)	2	0.01681
Vizinho(s)	2	0.01681
Total	119	1.00000

“Filhos(as)” e “Família” constituem as respostas mais frequentes.

Mulheres



Homens



Frequências

Nível	Casos	Probab.
Amigo(s)	2	0.02532
Cônjuge	4	0.05063
Empregada	1	0.01266
Família	22	0.27848
Filho(s)	30	0.37975
Func. Lar	5	0.06329
Irmão(s)	1	0.01266
Ninguém	1	0.01266
Não sabe	3	0.03797
S. Sociais	6	0.07595
Sobrinho(s)	2	0.02532
Vizinho(s)	2	0.02532
Total	79	1.00000

Frequências

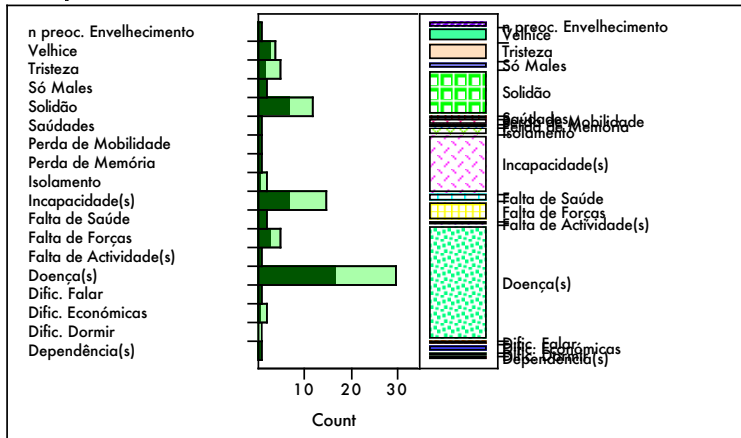
Nível	Casos	Probab.
Cônjuge	7	0.17500
Família	11	0.27500
Filho(s)	16	0.40000
Func. Lar	1	0.02500
Igreja	1	0.02500
S. Sociais	4	0.10000
Total	40	1.00000

Uma vez mais, a modalidade “Cônjuge” entre os Homens, é significativa.

Quadro III-73 - Centros de Dia - Sexo vs Mencione o que são para si as três piores "coisas" do envelhecimento: (24a)

Nesta série de quadros, analisam-se as primeiras respostas.

Três piores "coisas" do envelhecimento - a):

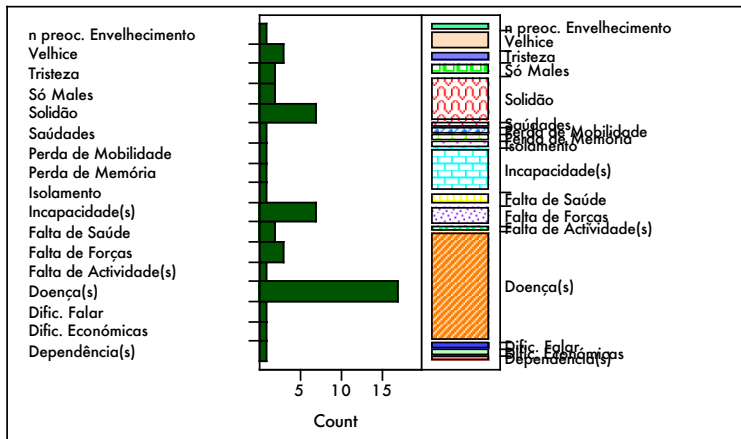


Frequências

Nível	Casos	Probab.
Dependência(s)	1	0.01149
Dific. Dormir	1	0.01149
Dific. Económicas	2	0.02299
Dific. Falar	1	0.01149
Doença(s)	30	0.34483
Falta de Actividade(s)	1	0.01149
Falta de Forças	5	0.05747
Falta de Saúde	2	0.02299
Incapacidade(s)	15	0.17241
Isolamento	2	0.02299
Perda de Memória	1	0.01149
Perda de Mobilidade	1	0.01149
Saúdaes	1	0.01149
Solidão	12	0.13793
Só Males	2	0.02299
Tristeza	5	0.05747
Velhice	4	0.04598
n precoc. Envelhecimento	1	0.01149
Total	87	1.00000

"Doença(s)", "Incapacidades(s)" e "Solidão".

Mulheres

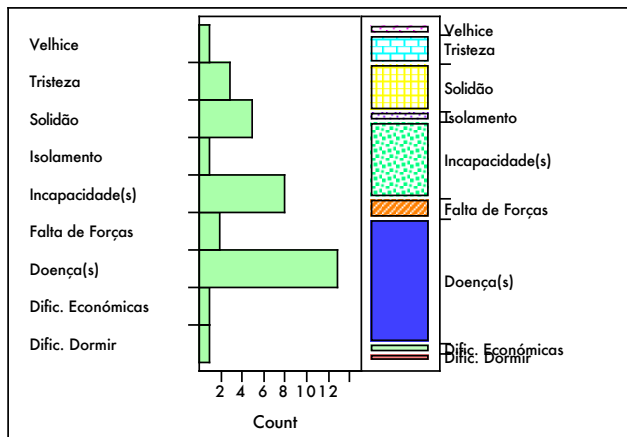


Frequências

Nível	Casos	Probab.
Dependência(s)	1	0.01923
Dific. Económicas	1	0.01923
Dific. Falar	1	0.01923
Doença(s)	17	0.32692
Falta de Actividade(s)	1	0.01923
Falta de Forças	3	0.05769
Falta de Saúde	2	0.03846
Incapacidade(s)	7	0.13462
Isolamento	1	0.01923
Perda de Memória	1	0.01923
Perda de Mobilidade	1	0.01923
Saúdaes	1	0.01923
Solidão	7	0.13462
Só Males	2	0.03846
Tristeza	2	0.03846
Velhice	3	0.05769
n precoc. Envelhecimento	1	0.01923
Total	52	1.00000

A Depressão no Idoso

Homens



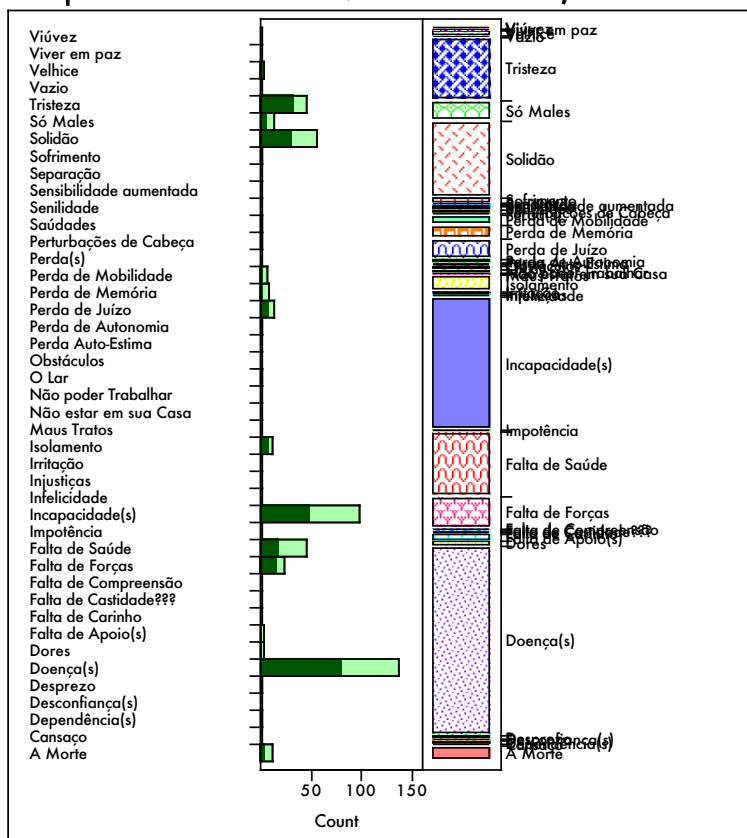
Frequências

Nível	Casos	Probab.
Dific. Dormir	1	0.02857
Dific. Económicas	1	0.02857
Doença(s)	13	0.37143
Falta de Forças	2	0.05714
Incapacidade(s)	8	0.22857
Isolamento	1	0.02857
Solidão	5	0.14286
Tristeza	3	0.08571
Velhice	1	0.02857
Total	35	1.00000

Ainda que em proporções diferentes, "Doença(s)", "Incapacidades(s)" e "Solidão", constituem as modalidades mais frequentes.

Quadro III-74 - Lares de Idosos - Sexo vs Mencione o que são para si as três piores "coisas" do envelhecimento: (24a)

Três piores "coisas" do envelhecimento - a):



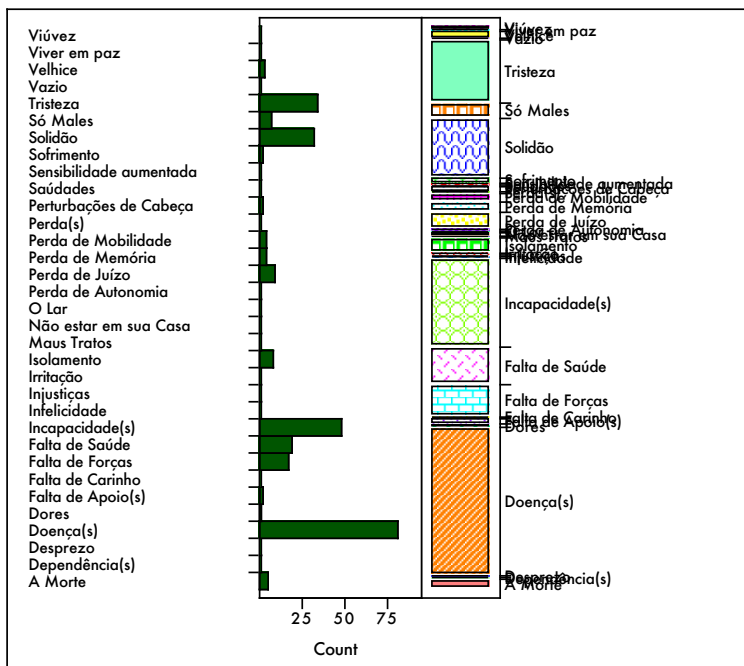
Frequências

Nível	Casos	Probab.
A Morte	12	0.02247
Cansaço	1	0.00187
Dependência(s)	3	0.00562
Desconfiança(s)	1	0.00187
Desprezo	2	0.00375
Doença(s)	138	0.25843
Dores	4	0.00749
Falta de Apoio(s)	5	0.00936
Falta de Carinho	1	0.00187
Falta de Castidade???	1	0.00187
Falta de Compreensão	1	0.00187
Falta de Forças	24	0.04494
Falta de Saúde	47	0.08801
Impotência	1	0.00187
Incapacidade(s)	98	0.18352
Infelicidade	1	0.00187
Injustiças	1	0.00187
Irritação	1	0.00187
Isolamento	12	0.02247
Maus Tratos	1	0.00187
Não estar em sua Casa	1	0.00187
Não poder Trabalhar	2	0.00375
O Lar	3	0.00562
Obstáculos	1	0.00187
Perda Auto-Estima	1	0.00187
Perda de Autonomia	3	0.00562
Perda de Juízo	15	0.02809
Perda de Memória	9	0.01685
Perda de Mobilidade	8	0.01498
Perda(s)	1	0.00187
Perturbações de Cabeça	3	0.00562
Saudades	2	0.00375
Senilidade	1	0.00187
Sensibilidade aumentada	1	0.00187

Separação	1	0.00187
Sufrimento	3	0.00562
Solidão	56	0.10487
Só Males	15	0.02809
Tristeza	46	0.08614
Vazio	1	0.00187
Velhice	4	0.00749
Viver em paz	1	0.00187
Viuvez	1	0.00187
Total	534	1.00000

“Doença(s)”, “Incapacidades(s)” e “Solidão”; “Tristeza” e “Falta de Saúde” são designações para o mesma realidade.

Mulheres

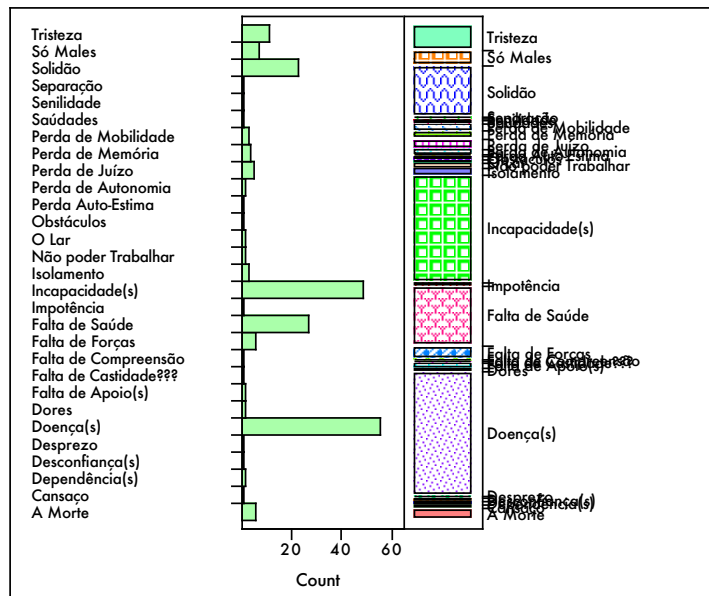


Frequências

Nível	Casos	Probab.
A Morte	6	0.01929
Dependência(s)	1	0.00322
Desprezo	1	0.00322
Doença(s)	82	0.26367
Dores	2	0.00643
Falta de Apoio(s)	3	0.00965
Falta de Carinho	1	0.00322
Falta de Forças	18	0.05788
Falta de Saúde	20	0.06431
Incapacidade(s)	49	0.15756
Infelicidade	1	0.00322
Injustiças	1	0.00322
Irritação	1	0.00322
Isolamento	9	0.02894
Maus Tratos	1	0.00322
Não estar em sua Casa	1	0.00322
O Lar	1	0.00322
Perda de Autonomia	1	0.00322
Perda de Juízo	10	0.03215
Perda de Memória	5	0.01608
Perda de Mobilidade	5	0.01608
Perda(s)	1	0.00322
Perturbações de Cabeça	3	0.00965
Saudades	1	0.00322
Sensibilidade aumentada	1	0.00322
Sufrimento	3	0.00965
Solidão	33	0.10611
Só Males	8	0.02572
Tristeza	35	0.11254
Vazio	1	0.00322
Velhice	4	0.01286
Viver em paz	1	0.00322
Viuvez	1	0.00322
Total	311	1.00000

A Depressão no Idoso

Homens



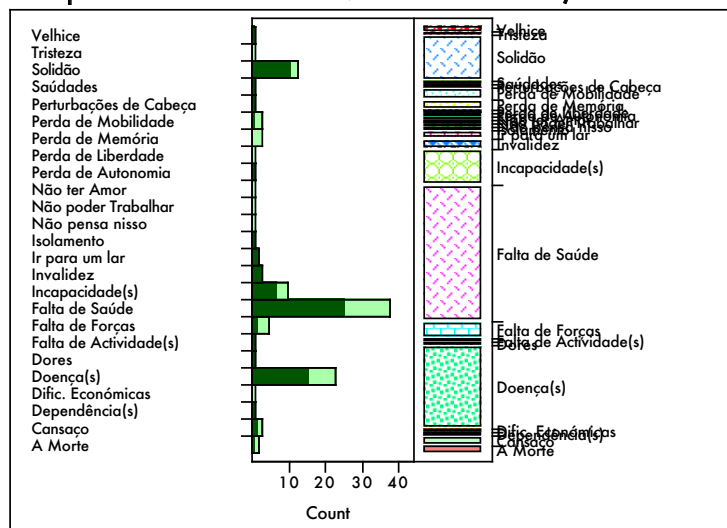
Frequências

Nível	Casos	Probab.
A Morte	6	0.02691
Cansaço	1	0.00448
Dependência(s)	2	0.00897
Desconfiança(s)	1	0.00448
Desprezo	1	0.00448
Doença(s)	56	0.25112
Dores	2	0.00897
Falta de Apoio(s)	2	0.00897
Falta de Castidade???	1	0.00448
Falta de Compreensão	1	0.00448
Falta de Forças	6	0.02691
Falta de Saúde	27	0.12108
Impotência	1	0.00448
Incapacidade(s)	49	0.21973
Isolamento	3	0.01345
Não poder Trabalhar	2	0.00897
O Lar	2	0.00897
Obstáculos	1	0.00448
Perda Auto-Estima	1	0.00448
Perda de Autonomia	2	0.00897
Perda de Juízo	5	0.02242
Perda de Memória	4	0.01794
Perda de Mobilidade	3	0.01345
Saúdaes	1	0.00448
Senilidade	1	0.00448
Separação	1	0.00448
Solidão	23	0.10314
Só Males	7	0.03139
Tristeza	11	0.04933
Total	223	1.00000

As proporções são muito próximas.

Quadro III-75 - Em Casa - Sexo vs Mencione o que são para si as três piores "coisas" do envelhecimento: (24a)

Três piores "coisas" do envelhecimento - a):



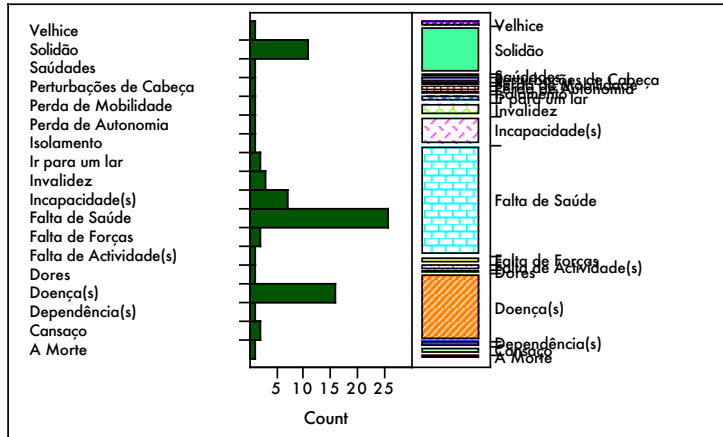
Frequências

Nível	Casos	Probab.
A Morte	2	0.01681
Cansaço	3	0.02521
Dependência(s)	1	0.00840
Difíc. Económicas	1	0.00840
Doença(s)	23	0.19328
Dores	1	0.00840
Falta de Actividade(s)	1	0.00840
Falta de Forças	5	0.04202
Falta de Saúde	38	0.31933
Incapacidade(s)	10	0.08403
Invalidez	3	0.02521
Ir para um lar	2	0.01681
Isolamento	1	0.00840
Não pensa nisso	1	0.00840
Não poder Trabalhar	1	0.00840
Não ter Amor	1	0.00840
Perda de Autonomia	1	0.00840
Perda de Liberdade	1	0.00840
Perda de Memória	3	0.02521
Perda de Mobilidade	3	0.02521
Perturbações de Cabeça	1	0.00840

Saudades	1	0.00840
Solidão	13	0.10924
Tristeza	1	0.00840
Velhice	1	0.00840
Total	119	1.00000

“Falta de Saúde”/ “Doença(s)”, “Solidão” e “Incapacidades(s)”.

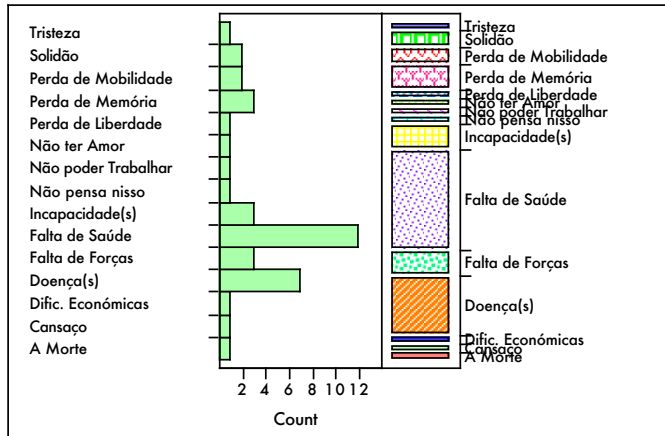
Mulheres



Frequências

Nível	Casos	Probab.
A Morte	1	0.01266
Cansaço	2	0.02532
Dependência(s)	1	0.01266
Doença(s)	16	0.20253
Dores	1	0.01266
Falta de Actividade(s)	1	0.01266
Falta de Forças	2	0.02532
Falta de Saúde	26	0.32911
Incapacidade(s)	7	0.08861
Invalidez	3	0.03797
Ir para um lar	2	0.02532
Isolamento	1	0.01266
Perda de Autonomia	1	0.01266
Perda de Mobilidade	1	0.01266
Perturbações de Cabeça	1	0.01266
Saudades	1	0.01266
Solidão	11	0.13924
Velhice	1	0.01266
Total	79	1.00000

Homens



Frequências

Nível	Casos	Probab.
A Morte	1	0.02500
Cansaço	1	0.02500
Difíc. Económicas	1	0.02500
Doença(s)	7	0.17500
Falta de Forças	3	0.07500
Falta de Saúde	12	0.30000
Incapacidade(s)	3	0.07500
Não pensa nisso	1	0.02500
Não poder Trabalhar	1	0.02500
Não ter Amor	1	0.02500
Perda de Liberdade	1	0.02500
Perda de Memória	3	0.07500
Perda de Mobilidade	2	0.05000
Solidão	2	0.05000
Tristeza	1	0.02500
Total	40	1.00000

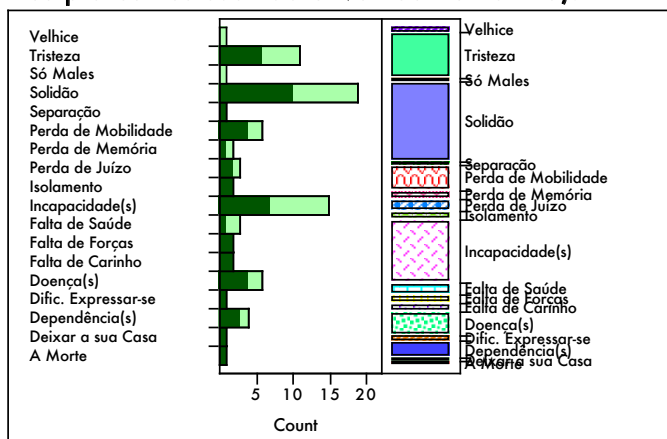
“Solidão” tem mais expressão entre as Mulheres, sendo praticamente ignorada pelos Homens; no mais, as proporções são idênticas.

A Depressão no Idoso

Quadro III-76 - Centros de Dia - Sexo vs Mencione o que são para si as três piores "coisas" do envelhecimento: (24b)

Nesta série de quadros, analisam-se as segundas respostas.

Três piores "coisas" do envelhecimento - b):

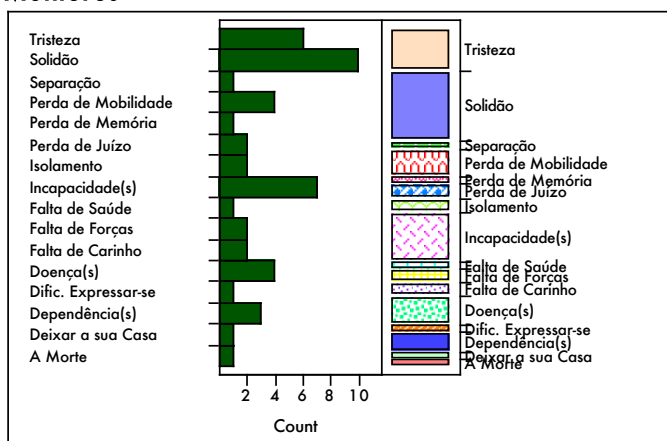


Frequências

Nível	Casos	Probab.
A Morte	1	0.01235
Deixar a sua Casa	1	0.01235
Dependência(s)	4	0.04938
Dific. Expressar-se	1	0.01235
Doença(s)	6	0.07407
Falta de Carinho	2	0.02469
Falta de Forças	2	0.02469
Falta de Saúde	3	0.03704
Incapacidade(s)	15	0.18519
Isolamento	2	0.02469
Perda de Juízo	3	0.03704
Perda de Memória	2	0.02469
Perda de Mobilidade	6	0.07407
Separação	1	0.01235
Solidão	19	0.23457
Só Males	1	0.01235
Tristeza	11	0.13580
Velhice	1	0.01235
Total	81	1.00000

"Solidão", "Incapacidade(s)" e "Tristeza"; "Doença(s)" e afins são agora modalidades periféricas.

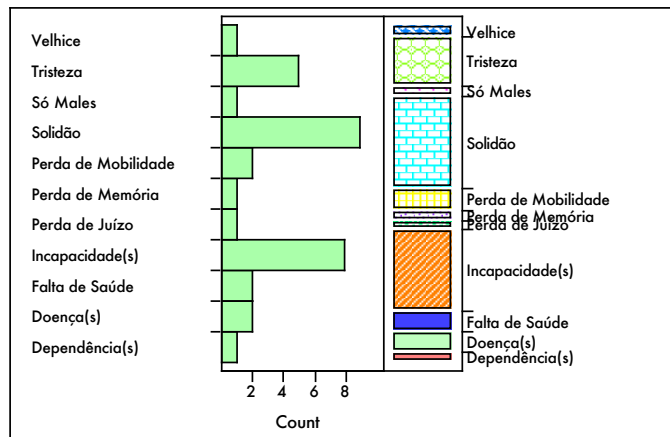
Mulheres



Frequências

Nível	Casos	Probab.
A Morte	1	0.02083
Deixar a sua Casa	1	0.02083
Dependência(s)	3	0.06250
Dific. Expressar-se	1	0.02083
Doença(s)	4	0.08333
Falta de Carinho	2	0.04167
Falta de Forças	2	0.04167
Falta de Saúde	1	0.02083
Incapacidade(s)	7	0.14583
Isolamento	2	0.04167
Perda de Juízo	2	0.04167
Perda de Memória	1	0.02083
Perda de Mobilidade	4	0.08333
Separação	1	0.02083
Solidão	10	0.20833
Tristeza	6	0.12500
Total	48	1.00000

Homens



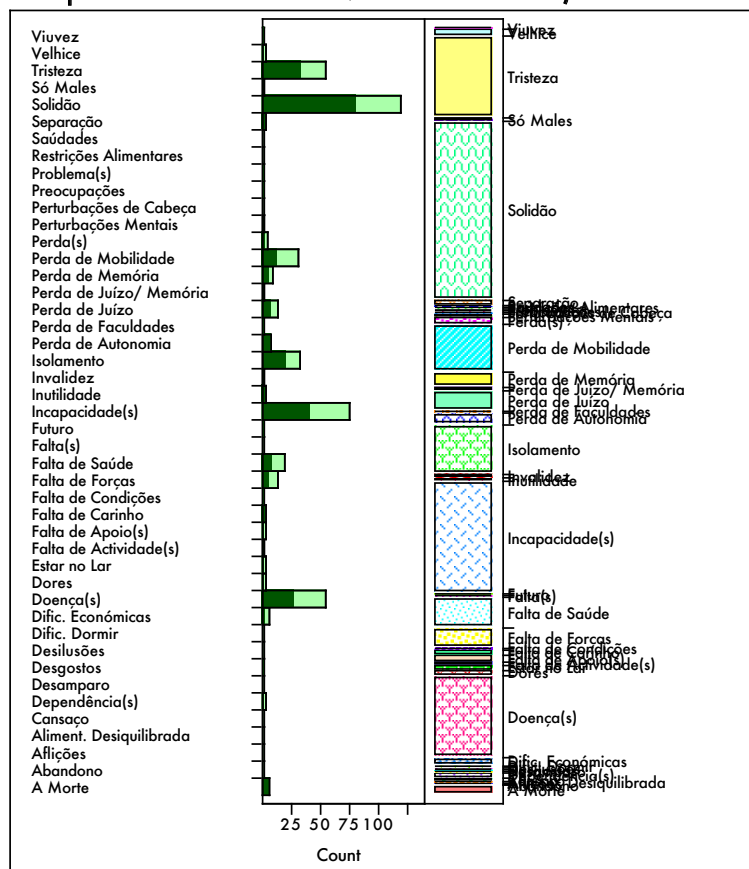
Frequências

Nível	Casos	Probab.
Dependência(s)	1	0.03030
Doença(s)	2	0.06061
Falta de Saúde	2	0.06061
Incapacidade(s)	8	0.24242
Perda de Juízo	1	0.03030
Perda de Memória	1	0.03030
Perda de Mobilidade	2	0.06061
Solidão	9	0.27273
Só Males	1	0.03030
Tristeza	5	0.15152
Velhice	1	0.03030
Total	33	1.00000

“Solidão”, “Incapacidade(s)” e “Tristeza”, são para ambos os sexos, as respostas mais frequentes.

Quadro III-77 - Lares de Idosos - Sexo vs Mencione o que são para si as três piores “coisas” do envelhecimento: (24b)

Três piores “coisas” do envelhecimento - b):



Frequências

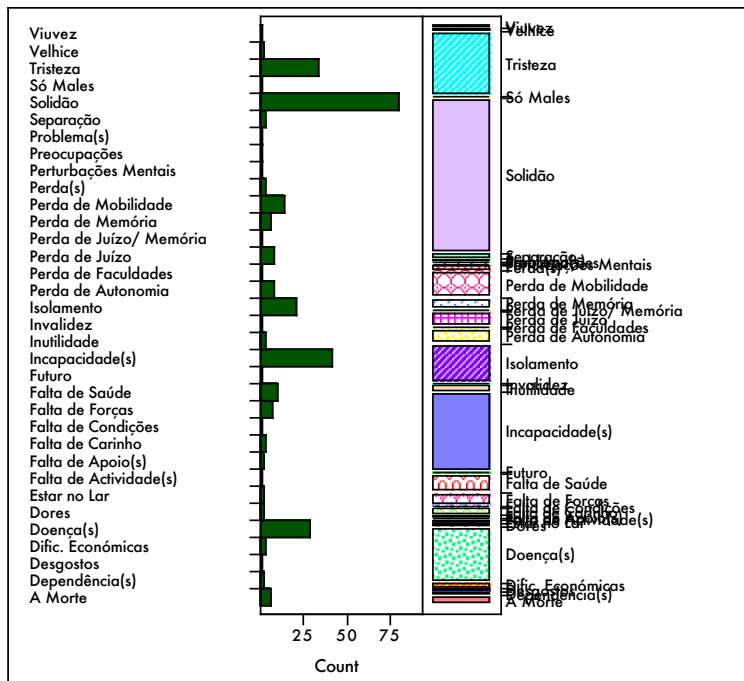
Nível	Casos	Probab.
A Morte	7	0.01359
Abandono	1	0.00194
Aflições	1	0.00194
Aliment. Desequilibrada	1	0.00194
Cansaço	2	0.00388
Dependência(s)	4	0.00777
Desamparo	1	0.00194
Desgostos	1	0.00194
Desilusões	1	0.00194
Dific. Dormir	1	0.00194
Dific. Económicas	6	0.01165
Doença(s)	55	0.10680
Dores	3	0.00583
Estar no Lar	4	0.00777
Falta de Actividade(s)	2	0.00388
Falta de Apoio(s)	4	0.00777
Falta de Carinho	4	0.00777
Falta de Condições	1	0.00194
Falta de Forças	14	0.02718
Falta de Saúde	20	0.03883
Falta(s)	2	0.00388
Futuro	1	0.00194
Incapacidade(s)	75	0.14563
Inutilidade	3	0.00583
Invalidez	2	0.00388
Isolamento	33	0.06408
Perda de Autonomia	8	0.01553
Perda de Faculdades	1	0.00194
Perda de Juízo	14	0.02718
Perda de Juízo/ Memória	2	0.00388
Perda de Memória	10	0.01942
Perda de Mobilidade	32	0.06214
Perda(s)	5	0.00971
Perturbações Mentais	2	0.00388

A Depressão no Idoso

Perturbações de Cabeça	2	0.00388
Preocupações	1	0.00194
Problema(s)	1	0.00194
Restrições Alimentares	1	0.00194
Saudades	1	0.00194
Separação	4	0.00777
Solidão	120	0.23301
Só Males	2	0.00388
Tristeza	55	0.10680
Velhice	4	0.00777
Viuvez	1	0.00194
Total	515	1.00000

“Solidão”, “Incapacidade(s)” e “Doença”; “Tristeza”, “Perda de Mobilidade” e “Perda de Saúde” são questões com a mesma face.

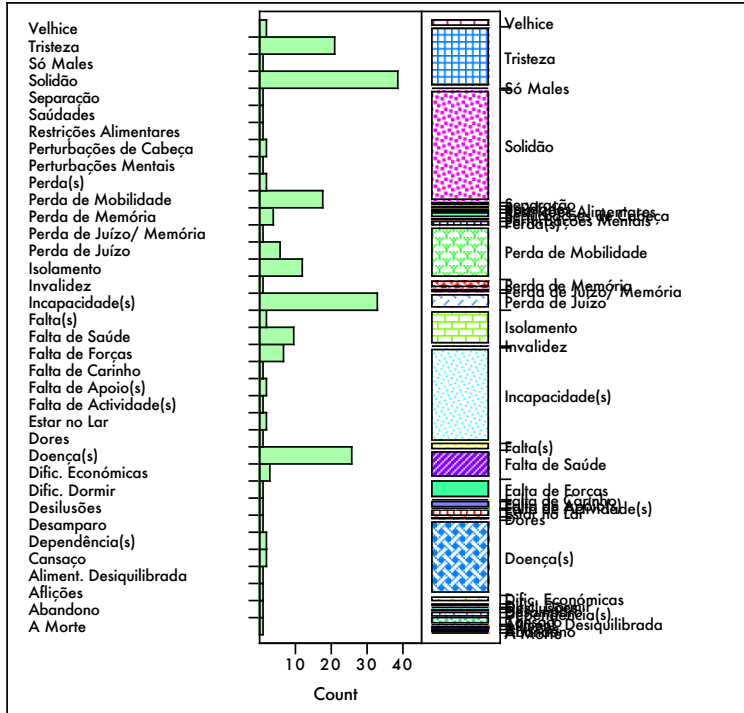
Mulheres



Frequências

Nível	Casos	Probab.
A Morte	6	0.01980
Dependência(s)	2	0.00660
Desgostos	1	0.00330
Dific. Económicas	3	0.00990
Doença(s)	29	0.09571
Dores	2	0.00660
Estar no Lar	2	0.00660
Falta de Actividade(s)	1	0.00330
Falta de Apoio(s)	2	0.00660
Falta de Carinho	3	0.00990
Falta de Condições	1	0.00330
Falta de Forças	7	0.02310
Falta de Saúde	10	0.03300
Futuro	1	0.00330
Incapacidade(s)	42	0.13861
Inutilidade	3	0.00990
Invalidez	1	0.00330
Isolamento	21	0.06931
Perda de Autonomia	8	0.02640
Perda de Faculdades	1	0.00330
Perda de Juízo	8	0.02640
Perda de Juízo/ Memória	1	0.00330
Perda de Memória	6	0.01980
Perda de Mobilidade	14	0.04620
Perda(s)	3	0.00990
Perturbações Mentais	1	0.00330
Preocupações	1	0.00330
Problema(s)	1	0.00330
Separação	3	0.00990
Solidão	81	0.26733
Só Males	1	0.00330
Tristeza	34	0.11221
Velhice	2	0.00660
Viuvez	1	0.00330
Total	303	1.00000

Homens



Frequências

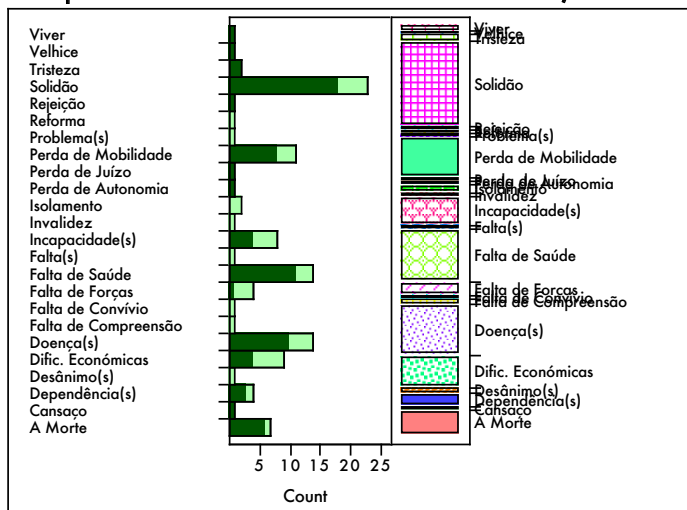
Nível	Casos	Probab.
A Morte	1	0.00472
Abandono	1	0.00472
Aflições	1	0.00472
Aliment. Desequilibrada	1	0.00472
Cansaço	2	0.00943
Dependência(s)	2	0.00943
Desamparo	1	0.00472
Desilusões	1	0.00472
Difíc. Dormir	1	0.00472
Difíc. Económicas	3	0.01415
Doença(s)	26	0.12264
Dores	1	0.00472
Estar no Lar	2	0.00943
Falta de Actividade(s)	1	0.00472
Falta de Apoio(s)	2	0.00943
Falta de Carinho	1	0.00472
Falta de Forças	7	0.03302
Falta de Saúde	10	0.04717
Falta(s)	2	0.00943
Incapacidade(s)	33	0.15566
Invalidez	1	0.00472
Isolamento	12	0.05660
Perda de Juízo	6	0.02830
Perda de Juízo/ Memória	1	0.00472
Perda de Memória	4	0.01887
Perda de Mobilidade	18	0.08491
Perda(s)	2	0.00943
Perturbações Mentais	1	0.00472
Perturbações de Cabeça	2	0.00943
Restrições Alimentares	1	0.00472
Saudades	1	0.00472
Separação	1	0.00472
Solidão	39	0.18396
Só Males	1	0.00472
Tristeza	21	0.09906
Velhice	2	0.00943
Total	212	1.00000

“Solidão”, “Incapacidade(s)” e “Doença”, são para ambos os sexos, as respostas mais frequentes.

A Depressão no Idoso

Quadro III-78 - Em Casa - Sexo vs Mencione o que são para si as três piores "coisas" do envelhecimento: (24b)

Três piores "coisas" do envelhecimento - b):

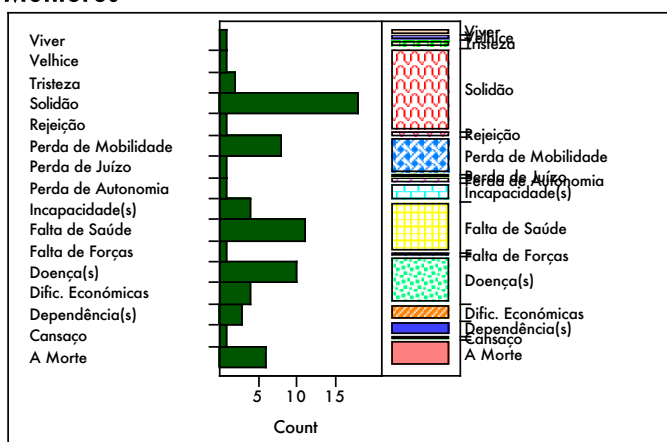


Frequências

Nível	Casos	Probab.
A Morte	7	0.06306
Cansaço	1	0.00901
Dependência(s)	4	0.03604
Desânimo(s)	1	0.00901
Dific. Económicas	9	0.08108
Doença(s)	14	0.12613
Falta de Compreensão	1	0.00901
Falta de Convívio	1	0.00901
Falta de Forças	4	0.03604
Falta de Saúde	14	0.12613
Falta(s)	1	0.00901
Incapacidade(s)	8	0.07207
Invalidez	1	0.00901
Isolamento	2	0.01802
Perda de Autonomia	1	0.00901
Perda de Juízo	1	0.00901
Perda de Mobilidade	11	0.09910
Problema(s)	1	0.00901
Reforma	1	0.00901
Rejeição	1	0.00901
Solidão	23	0.20721
Tristeza	2	0.01802
Velhice	1	0.00901
Viver	1	0.00901
Total	111	1.00000

"Solidão", "Doença(s)" / "Falta de Saúde", "Perda de Mobilidade", "Dific. Económicas" e "Incapacidade(s)".

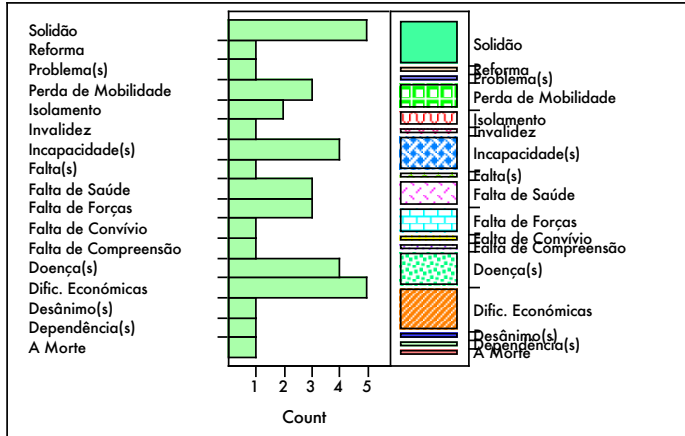
Mulheres



Frequências

Nível	Casos	Probab.
A Morte	6	0.08219
Cansaço	1	0.01370
Dependência(s)	3	0.04110
Dific. Económicas	4	0.05479
Doença(s)	10	0.13699
Falta de Forças	4	0.05479
Falta de Saúde	11	0.15068
Incapacidade(s)	4	0.05479
Perda de Autonomia	1	0.01370
Perda de Juízo	1	0.01370
Perda de Mobilidade	8	0.10959
Rejeição	1	0.01370
Solidão	18	0.24658
Tristeza	2	0.02740
Velhice	1	0.01370
Viver	1	0.01370
Total	73	1.00000

Homens



Frequências

Nível	Casos	Probab.
A Morte	1	0.02632
Dependência(s)	1	0.02632
Desânimo(s)	1	0.02632
Dific. Económicas	5	0.13158
Doença(s)	4	0.10526
Falta de Compreensão	1	0.02632
Falta de Convívio	1	0.02632
Falta de Forças	3	0.07895
Falta de Saúde	3	0.07895
Falta(s)	1	0.02632
Incapacidade(s)	4	0.10526
Invalidez	1	0.02632
Isolamento	2	0.05263
Perda de Mobilidade	3	0.07895
Problema(s)	1	0.02632
Reforma	1	0.02632
Solidão	5	0.13158
Total	38	1.00000

Embora as modalidades sejam as mesmas; "Solidão", "Doença(s)" / "Falta de Saúde", "Perda de Mobilidade", as proporções em que se registam são muito diferentes. Note-se como as "Dific. Económicas" são mais sentidas entre os Homens.

Quadro III-79 - Centros de Dia - Análise de Contingência: Como classifica a sua saúde física em geral? (25) vs Sexo

Mosaico

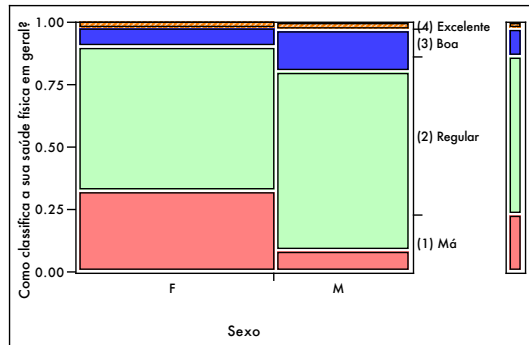


Tabela de Contingência

Casos	(1) Má	(2) Regular	(3) Boa	(4) Excel.	
Total %					
Col %					
Lin %					
F	17 19.54 85.00 32.69	30 34.48 54.55 57.69	4 4.60 40.00 7.69	1 1.15 50.00 1.92	52 59.77
M	3 3.45 15.00 8.57	25 28.74 45.45 71.43	6 6.90 60.00 17.14	1 1.15 50.00 2.86	35 40.23
	20 22.99	55 63.22	10 11.49	2 2.30	87

Testes

Origem	GL	-LogLike	R Quad. (U)
Modelo	3	4.166050	0.0497
Erro	81	79.637840	
C. Total	84	83.803890	
N	87		

Testes

Teste	χ^2	Probab. > χ^2
Likelihood Ratio	8.332	0.0396
Pearson	7.624	0.0545

Nota: 20% das células têm valores esperados com menos de 5 casos - χ^2 suspeito.

As queixas são mais frequente entre as Mulheres (33% vs 9%).

Quadro III-80 - Lares de Idosos - Análise de Contingência: Como classifica a sua saúde física em geral? (25) vs Sexo

Mosaico

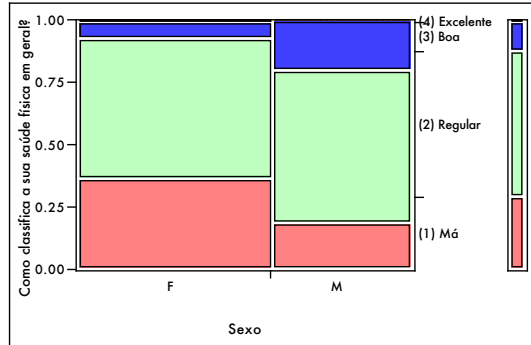


Tabela de Contingência

Casos	(1) Má	(2) Regular	(3) Boa	(4) Excel.	
Total %					
Col %					
Lin %					
F	115 21.42 73.72 36.62	176 32.77 56.23 56.05	21 3.91 32.31 6.69	2 0.37 66.67 0.64	314 58.47
M	41 7.64 26.28 18.39	137 25.51 43.77 61.43	44 8.19 67.69 19.73	1 0.19 33.33 0.45	223 41.53
	156 29.05	313 58.29	65 12.10	3 0.56	537

Testes

Origem	GL	-LogLike	R Quad. (U)
Modelo	3	17.29396	0.0336
Erro	531	497.31687	
C. Total	534	514.61083	
N	537		

Testes

Teste	χ^2	Probab. > χ^2
Likelihood Ratio	34.588	<.0001
Pearson	33.989	<.0001

Nota: 20% das células têm valores esperados com menos de 5 casos - χ^2 suspeito.

As queixas são mais frequente entre as Mulheres.

Quadro III-81 - Em Casa - Análise de Contingência: Como classifica a sua saúde física em geral? (25) vs Sexo

Mosaico

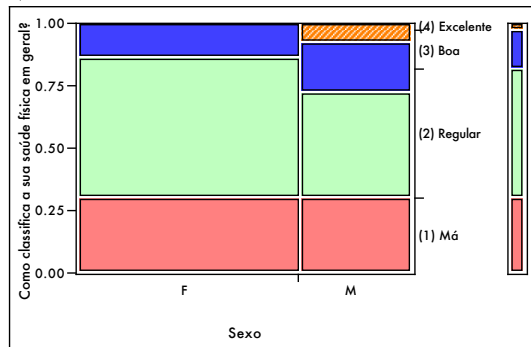


Tabela de Contingência

Casos	(1) Má	(2) Regular	(3) Boa	(4) Excel.	
Total %					
Col %					
Lin %					
F	24 20.00 66.67 30.00	45 37.50 72.58 56.25	11 9.17 57.89 13.75	0 0.00 0.00 0.00	80 66.67
M	12 10.00 33.33 30.00	17 14.17 27.42 42.50	8 6.67 42.11 20.00	3 2.50 100.00 7.50	40 33.33
	36 30.00	62 51.67	19 15.83	3 2.50	120

Testes

Origem	GL	-LogLike	R Quad. (U)
Modelo	3	4.11734	0.0316
Erro	114	126.25248	
C. Total	117	130.36982	
N	120		

Testes

Teste	χ^2	Probab. > χ^2
Likelihood Ratio	8.235	0.0414
Pearson	7.634	0.0542

Nota: 20% das células têm valores esperados com menos de 5 casos - χ^2 suspeito.

Os perfis são ligeiramente diferentes dos observados nos grupos anteriores. Ainda que a proporção do "Má", seja a mesma entre sexos (30%), a expressão do

“Boa” é muito maior nos Homens (13% vs 20%) onde o “Excelente” tem expressão (7.5%).

Quadro III-82 - Centros de Dia - Análise de Contingência: Tem problemas de Saúde? (26) vs Sexo

Mosaico

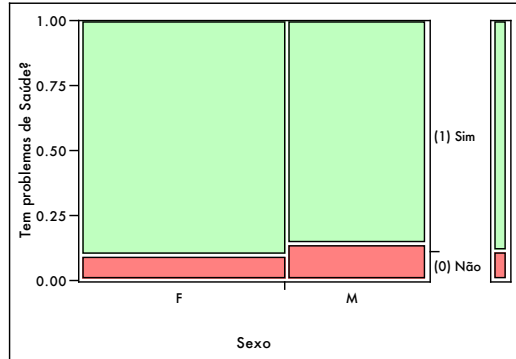


Tabela de Contingência

Casos	(0) Não		(1) Sim
	Total %	Col %	Lin %
F	5 5.75 50.00 9.62	47 54.02 61.04 90.38	52 59.77
M	5 5.75 50.00 14.29	30 34.48 38.96 85.71	35 40.23
	10 11.49	77 88.51	87

Testes

Origem	GL	-LogLike	R Quad. (U)
Modelo	1	0.220520	0.0071
Erro	85	30.814618	
C. Total	86	31.035138	
N	87		

Testes

Teste	χ^2	Probab. > χ^2
Likelihood Ratio	0.441	0.5066
Pearson	0.449	0.5030
Fisher's Exact Teste	Probab.	Hipótese Alternativa
Esquerda	0.3666	Probab.((1) Sim) é maior para Sexo=F que M
Direita	0.8443	Probab.((1) Sim) é maior para Sexo=M que F
2-Tail	0.5147	Probab.((1) Sim) é diferente entre Sexo

As proporções embora próximas, são distintas; há um maior “otimismo” entre os Homens.

Quadro III-83 - Lares de Idosos - Análise de Contingência: Tem problemas de Saúde? (26) vs Sexo

Mosaico

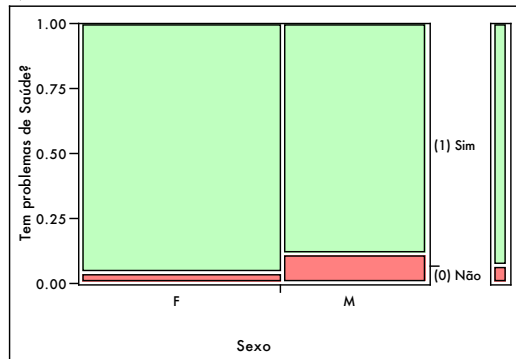


Tabela de Contingência

Casos	(0) Não		(1) Sim
	Total %	Col %	Lin %
F	13 2.42 34.21 4.14	301 56.05 60.32 95.86	314 58.47
M	25 4.66 65.79 11.21	198 36.87 39.68 88.79	223 41.53
	38 7.08	499 92.92	537

Testes

Origem	GL	-LogLike	R Quad. (U)
Modelo	1	4.88686	0.0356
Erro	535	132.37540	
C. Total	536	137.26226	
N	537		

Testes

Teste	χ^2	Probab. > χ^2
Likelihood Ratio	9.774	0.0018
Pearson	9.914	0.0016
Fisher's Exact Teste	Probab.	Hipótese Alternativa
Esquerda	0.0016	Probab.((1) Sim) é maior para Sexo=F que M

A Depressão no Idoso

Direita	0.9995	Probab.((1) Sim) é maior para Sexo=M que F
2-Tail	0.0020	Probab.((1) Sim) é diferente entre Sexo

As proporções embora próximas, são distintas; há um maior "optimismo" entre os Homens.

Quadro III-84 - Em Casa - Análise de Contingência: Tem problemas de Saúde? (26) vs Sexo

Mosaico

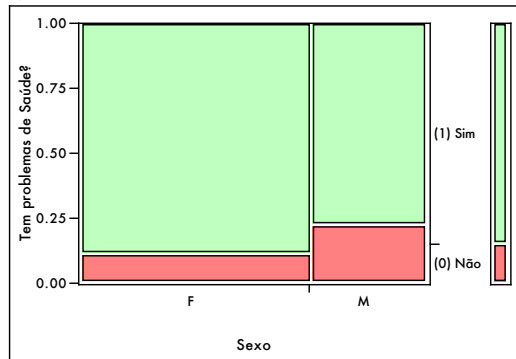


Tabela de Contingência

	Casos		Total %
	(0) Não	(1) Sim	
F	9	71	80
	7.50	59.17	66.67
	50.00	69.61	
	11.25	88.75	
M	9	31	40
	7.50	25.83	33.33
	50.00	30.39	
	22.50	77.50	
	18	102	120
	15.00	85.00	

Testes

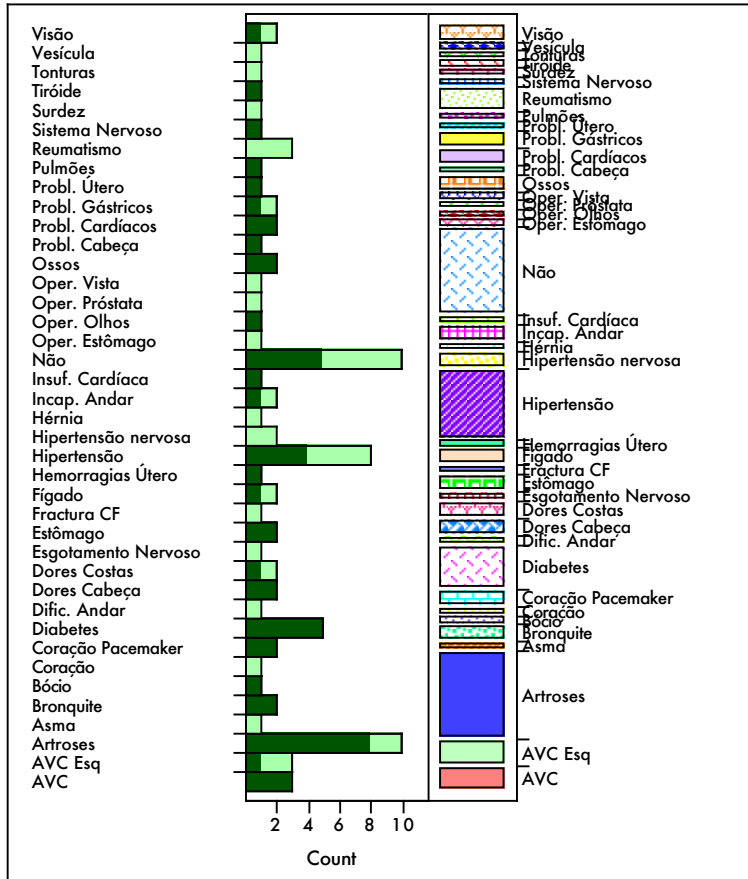
Origem	GL	-LogLike	R Quad. (U)
Modelo	1	1.261699	0.0249
Erro	118	49.463392	
C. Total	119	50.725091	
N	120		

Testes

Teste	χ^2	Probab. > χ^2
Likelihood Ratio	2.523	0.1122
Pearson	2.647	0.1037
Fisher's Exact Teste	Probab.	Hipótese Alternativa
Esquerda	0.0896	Probab.((1) Sim) é maior para Sexo=F que M
Direita	0.9688	Probab.((1) Sim) é maior para Sexo=M que F
2-Tail	0.1130	Probab.((1) Sim) é diferente entre Sexo

As proporções embora próximas, são distintas; há um maior "optimismo" entre os Homens.

Quadro III-85 - Centros de Dia - Sexo vs Tem problemas de Saúde? (26an)



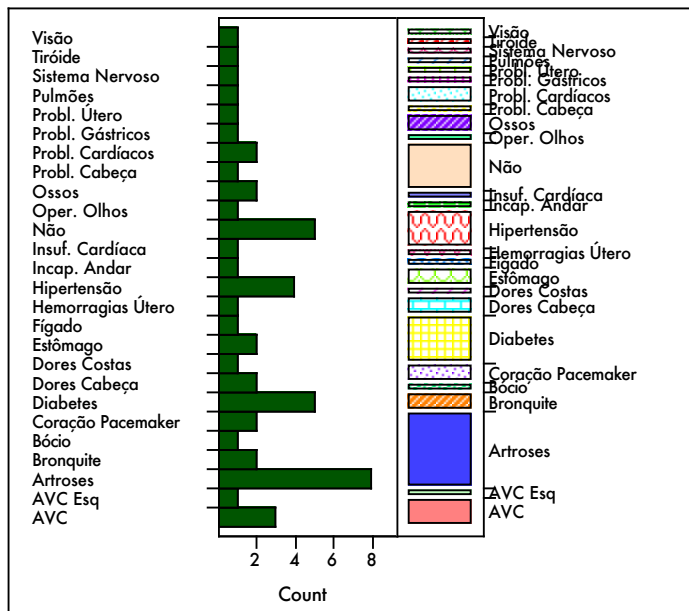
Frequências

Nível	Casos	Probab.
AVC	3	0.03448
AVC Esq.	3	0.03448
Artroses	10	0.11494
Asma	1	0.01149
Bronquite	2	0.02299
Bócio	1	0.01149
Coração	1	0.01149
Coração Pacemaker	2	0.02299
Diabetes	5	0.05747
Dific. Andar	1	0.01149
Dores Cabeça	2	0.02299
Dores Costas	2	0.02299
Esgotamento Nervoso	1	0.01149
Estômago	2	0.02299
Fractura CF	1	0.01149
Fígado	2	0.02299
Hemorragias Útero	1	0.01149
Hipertensão	8	0.09195
Hipertensão nervosa	2	0.02299
Hérnia	1	0.01149
Incap. Andar	2	0.02299
Insuf. Cardíaca	1	0.01149
Não	10	0.11494
Oper. Estômago	1	0.01149
Oper. Olhos	1	0.01149
Oper. Próstata	1	0.01149
Oper. Vista	1	0.01149
Ossos	2	0.02299
Probl. Cabeça	1	0.01149
Probl. Cardíacos	2	0.02299
Probl. Gástricos	2	0.02299
Probl. Útero	1	0.01149
Pulmões	1	0.01149
Reumatismo	3	0.03448
Sistema Nervoso	1	0.01149
Surdez	1	0.01149
Tiróide	1	0.01149
Tonturas	1	0.01149
Vesícula	1	0.01149
Visão	2	0.02299
Total	87	1.00000

O "Não" tem expressão, ainda que só represente 11%; Notem-se as proporções de "Hipertensão", "Artroses", "Diabetes" e "ACV's".

A Depressão no Idoso

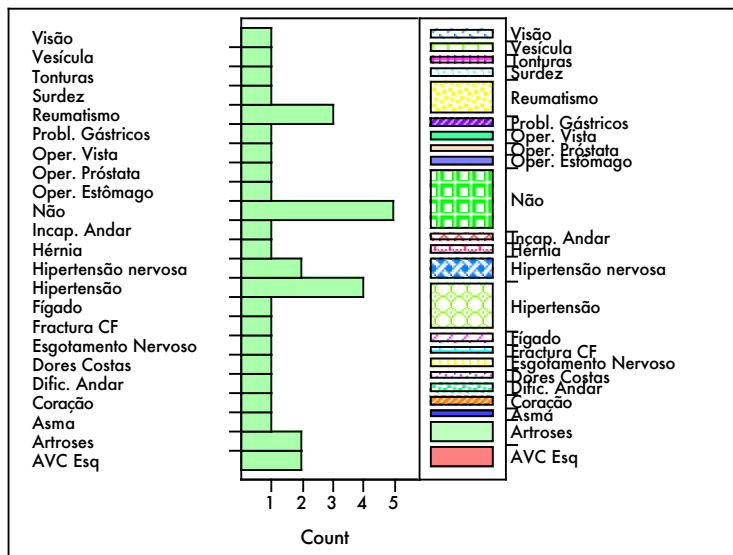
Mulheres



Frequências

Nível	Casos	Probab.
AVC	3	0.05769
AVC Esq.	1	0.01923
Artroses	8	0.15385
Bronquite	2	0.03846
Bócio	1	0.01923
Coração Pacemaker	2	0.03846
Diabetes	5	0.09615
Dores Cabeça	2	0.03846
Dores Costas	1	0.01923
Estômago	2	0.03846
Fígado	1	0.01923
Hemorragias Útero	1	0.01923
Hipertensão	4	0.07692
Incap. Andar	1	0.01923
Insuf. Cardíaca	1	0.01923
Não	5	0.09615
Oper. Olhos	1	0.01923
Ossos	2	0.03846
Probl. Cabeça	1	0.01923
Probl. Cardíacos	2	0.03846
Probl. Gástricos	1	0.01923
Probl. Útero	1	0.01923
Pulmões	1	0.01923
Sistema Nervoso	1	0.01923
Tiróide	1	0.01923
Visão	1	0.01923
Total	52	1.00000

Homens

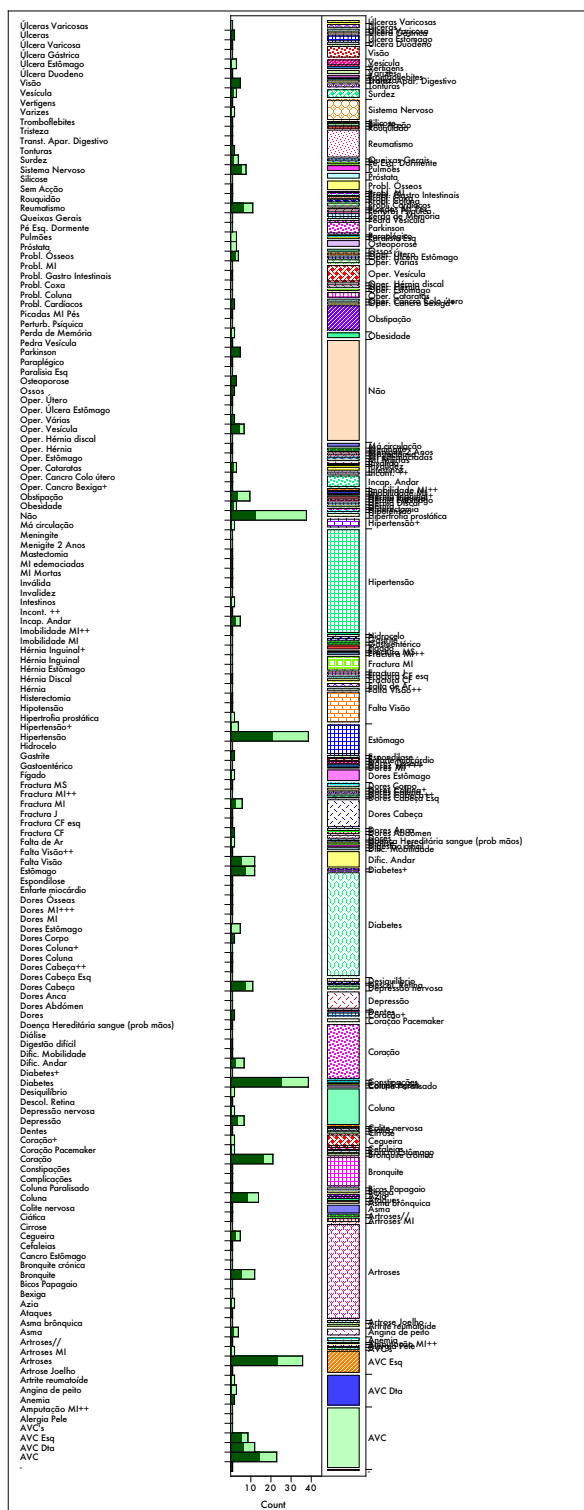


Frequências

Nível	Casos	Probab.
AVC Esq.	2	0.05714
Artroses	2	0.05714
Asma	1	0.02857
Coração	1	0.02857
Dific. Andar	1	0.02857
Dores Costas	1	0.02857
Esgotamento Nervoso	1	0.02857
Fratura CF	1	0.02857
Fígado	1	0.02857
Hipertensão	4	0.11429
Hipertensão nervosa	2	0.05714
Hérnia	1	0.02857
Incap. Andar	1	0.02857
Não	5	0.14286
Oper. Estômago	1	0.02857
Oper. Próstata	1	0.02857
Oper. Vista	1	0.02857
Probl. Gástricos	1	0.02857
Reumatismo	3	0.08571
Surdez	1	0.02857
Tonturas	1	0.02857
Vesícula	1	0.02857
Visão	1	0.02857
Total	35	1.00000

O "Reumatismo" é esquecido entre as Mulheres, embora a frequência de "Artroses" seja significativa.

Quadro III-86 - Lares de Idosos - Sexo vs Tem problemas de Saúde? (26a)



Frequências

Nível	Casos	Probab.
AVC	23	0.04283
AVC Dta	12	0.02235
AVC Esq.	9	0.01676
AVC's	1	0.00186
Alergia Pele	1	0.00186
Amputação MI++	1	0.00186
Anemia	2	0.00372
Angina de peito	3	0.00559
Artrite reumatóide	2	0.00372
Artrose Joelho	1	0.00186
Artroses	36	0.06704
Artroses MI	2	0.00372
Artroses//	1	0.00186
Asma	4	0.00745
Asma brônquica	1	0.00186
Ataques	1	0.00186
Azia	2	0.00372
Bexiga	1	0.00186
Bicos Papagaio	1	0.00186
Bronquite	12	0.02235
Bronquite crônica	1	0.00186
Cancro Estômago	1	0.00186
Cefaleias	1	0.00186
Cegueira	5	0.00931
Cirrose	1	0.00186
Ciática	1	0.00186
Colite nervosa	1	0.00186
Coluna	14	0.02607
Coluna Paralisado	1	0.00186
Complicações	1	0.00186
Constipações	1	0.00186
Coração	21	0.03911
Coração Pacemaker	2	0.00372
Coração+	2	0.00372
Dentes	1	0.00186
Depressão	7	0.01304
Depressão nervosa	2	0.00372
Descolamento Retina	1	0.00186
Desequilíbrio	2	0.00372
Diabetes	39	0.07263
Diabetes+	1	0.00186
Dific. Andar	7	0.01304
Dific. Mobilidade	1	0.00186
Digestão difícil	1	0.00186
Doença Her. sangue (pb mãos)	1	0.00186
Dores	2	0.00372
Dores Abdômen	1	0.00186
Dores Anca	1	0.00186
Dores Cabeça	11	0.02048
Dores Cabeça Esq.	1	0.00186
Dores Cabeça++	1	0.00186
Dores Coluna	1	0.00186
Dores Coluna+	1	0.00186
Dores Corpo	2	0.00372
Dores Estômago	5	0.00931
Dores MI	1	0.00186

A Depressão no Idoso

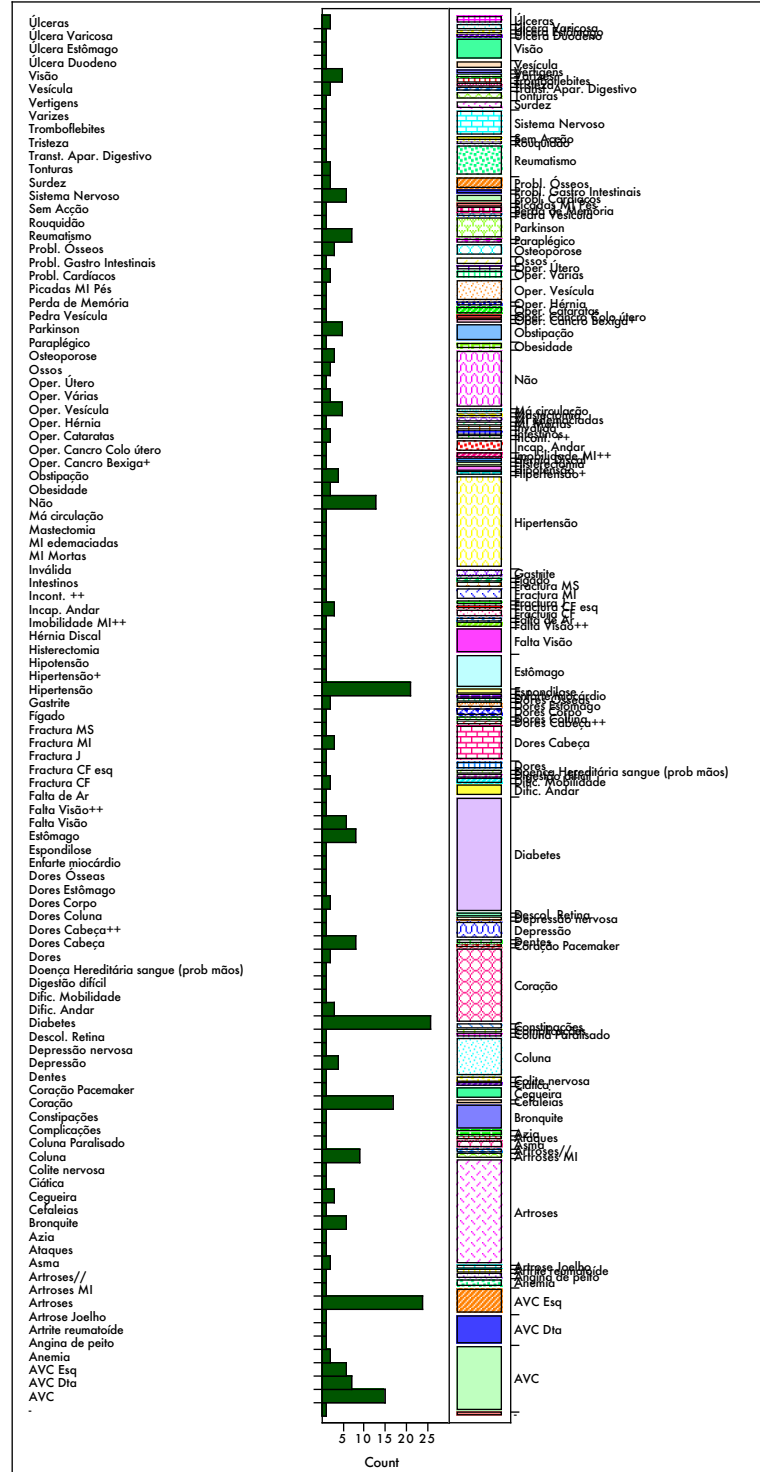
Dores MI+++	1	0.00186
Dores ósseas	1	0.00186
Enfarte miocárdio	1	0.00186
Espondilose	1	0.00186
Estômago	12	0.02235
Falta Visão	12	0.02235
Falta Visão++	1	0.00186
Falta de Ar	2	0.00372
Fractura CF	2	0.00372
Fractura CF Esq.	1	0.00186
Fractura J	1	0.00186
Fractura MI	6	0.01117
Fractura MI++	1	0.00186
Fractura MS	1	0.00186
Fígado	2	0.00372
Gastroentérico	1	0.00186
Gastrite	2	0.00372
Hidrocelo	1	0.00186
Hipertensão	39	0.07263
Hipertensão+	4	0.00745
Hipertrofia prostática	2	0.00372
Hipotensão	1	0.00186
Histectomia	1	0.00186
Hérnia	1	0.00186
Hérnia Discal	1	0.00186
Hérnia Estômago	1	0.00186
Hérnia Inguinal	1	0.00186
Hérnia Inguinal+	1	0.00186
Imobilidade MI	1	0.00186
Imobilidade MI++	1	0.00186
Incap. Andar	5	0.00931
Incont. ++	1	0.00186
Intestinos	2	0.00372
Invalidez	1	0.00186
Inválida	1	0.00186
MI Mortas	1	0.00186
MI edemaciadas	1	0.00186
Mastectomia	1	0.00186
Meningite 2 Anos	1	0.00186
Meningite	1	0.00186
Má circulação	2	0.00372
Não	38	0.07076
NR	1	0.00186
Obesidade	3	0.00559
Obstipação	10	0.01862
Oper. Cancro Bexiga+	1	0.00186
Oper. Cancro Colo Útero	1	0.00186
Oper. Cataratas	3	0.00559
Oper. Estômago	1	0.00186
Oper. Hérnia	1	0.00186
Oper. Hérnia discal	1	0.00186
Oper. Vesícula	7	0.01304
Oper. Várias	2	0.00372
Oper. Úlcera Estômago	1	0.00186
Oper. Útero	1	0.00186
Ossos	2	0.00372
Osteoporose	3	0.00559
Paralisia Esq.	1	0.00186
Paraplégico	1	0.00186
Parkinson	5	0.00931
Pedra Vesícula	1	0.00186

Perda de Memória	2	0.00372
Perturb. Psíquica	1	0.00186
Picadas MI Pés	1	0.00186
Probl. Cardíacos	2	0.00372
Probl. Coluna	1	0.00186
Probl. Coxa	1	0.00186
Probl. Gastro Intestinais	1	0.00186
Probl. MI	1	0.00186
Probl. Ósseos	4	0.00745
Próstata	3	0.00559
Pulmões	3	0.00559
Pé Esq. Dormente	1	0.00186
Queixas Gerais	1	0.00186
Reumatismo	11	0.02048
Rouquidão	1	0.00186
Sem Acção	1	0.00186
Silicose	1	0.00186
Sistema Nervoso	8	0.01490
Surdez	4	0.00745
Tonturas	2	0.00372
Transt. Apar. Digestivo	1	0.00186
Tristeza	1	0.00186
Tromboflebitis	1	0.00186
Varizes	2	0.00372
Vertigens	1	0.00186
Vesícula	3	0.00559
Visão	5	0.00931
Úlcera Duodeno	1	0.00186
Úlcera Estômago	3	0.00559
Úlcera Gástrica	1	0.00186
Úlcera Varicosa	1	0.00186
Úlceras	2	0.00372
Úlceras Varicosas	1	0.00186
Total	537	1.00000

O maior número de inquiridos estende a lista pela particularização dos casos, embora nada acrescenta à visão do conjunto; por outro lado, e como já dissemos, há nesta profusão, a inviabilidade da discriminação sem recorrer a outras variáveis.

A Depressão no Idoso

Mulheres



Frequências

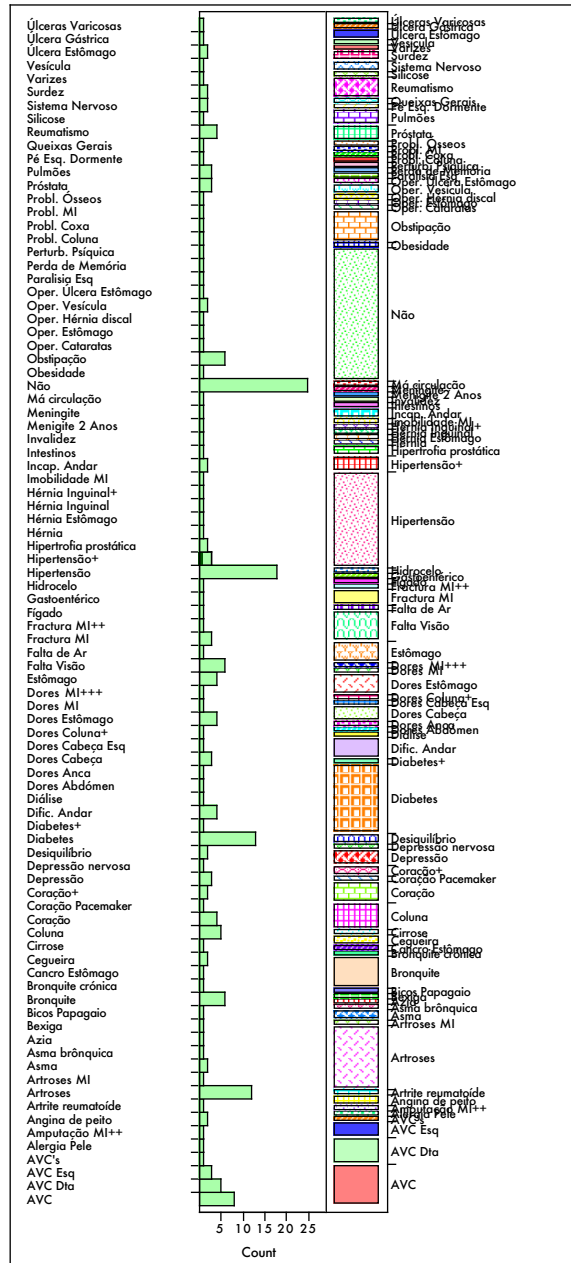
Nível	Casos	Probab.
AVC	15	0.04777
AVC Dta	7	0.02229
AVC Esq.	6	0.01911
Anemia	2	0.00637
Angina de peito	1	0.00318
Artrite reumatóide	1	0.00318
Artrose Joelho	1	0.00318
Artroses	24	0.07643
Artroses MI	1	0.00318
Artroses//	1	0.00318
Asma	2	0.00637
Ataques	1	0.00318
Azia	1	0.00318
Bronquite	6	0.01911
Cefaleias	1	0.00318
Cegueira	3	0.00955
Ciática	1	0.00318
Colite nervosa	1	0.00318
Coluna	9	0.02866
Coluna Paralisado	1	0.00318
Complicações	1	0.00318
Constipações	1	0.00318
Coração	17	0.05414
Coração Pacemaker	1	0.00318
Dentes	1	0.00318
Depressão	4	0.01274
Depressão nervosa	1	0.00318
Descolamento Retina	1	0.00318
Diabetes	26	0.08280
Dific. Andar	3	0.00955
Dific. Mobilidade	1	0.00318
Digestão difícil	1	0.00318
Doença Her. sangue (prob mãos)	1	0.00318
Dores	2	0.00637
Dores Cabeça	8	0.02548
Dores Cabeça++	1	0.00318
Dores Coluna	1	0.00318
Dores Corpo	2	0.00637
Dores ósseas	1	0.00318
Enfarte miocárdio	1	0.00318
Espondilose	1	0.00318
Estômago	8	0.02548
Falta Visão	6	0.01911
Falta Visão++	1	0.00318
Falta de Ar	1	0.00318
Fractura CF	2	0.00637
Fractura CF Esq.	1	0.00318
Fractura J	1	0.00318
Fractura MI	3	0.00955
Fractura MS	1	0.00318
Fígado	1	0.00318
Gastrite	2	0.00637
Hipertensão	21	0.06688
Hipertensão+	1	0.00318
Hipotensão	1	0.00318
Histerectomia	1	0.00318
Hérnia Discal	1	0.00318

Metodologia - Análise Univariada

Imobilidade MI++	1	0.00318
Incap. Andar	3	0.00955
Incont. ++	1	0.00318
Intestinos	1	0.00318
Inválida	1	0.00318
MI Mortas	1	0.00318
MI edemaciadas	1	0.00318
Mastectomia	1	0.00318
Má circulação	1	0.00318
Não	13	0.04140
NR	1	0.00318
Obesidade	2	0.00637
Obstipação	4	0.01274
Oper. Cancro Bexiga+	1	0.00318
Oper. Cancro Colo Útero	1	0.00318
Oper. Cataratas	2	0.00637
Oper. Hérnia	1	0.00318
Oper. Vesícula	5	0.01592
Oper. Yárias	2	0.00637
Oper. Útero	1	0.00318
Ossos	2	0.00637
Osteoporose	3	0.00955
Paraplégico	1	0.00318
Parkinson	5	0.01592
Pedra Vesícula	1	0.00318
Perda de Memória	1	0.00318
Picadas MI Pés	1	0.00318
Probl. Cardíacos	2	0.00637
Probl. Gastro Intestinais	1	0.00318
Probl. Ósseos	3	0.00955
Reumatismo	7	0.02229
Rouquidão	1	0.00318
Sem Acção	1	0.00318
Sistema Nervoso	6	0.01911
Surdez	2	0.00637
Tonturas	2	0.00637
Transf. Apar. Digestivo	1	0.00318
Tristeza	1	0.00318
Tromboflebites	1	0.00318
Varizes	1	0.00318
Vertigens	1	0.00318
Vesícula	2	0.00637
Visão	5	0.01592
Úlcera Duodeno	1	0.00318
Úlcera Estômago	1	0.00318
Úlcera Varicosa	1	0.00318
Úlceras	2	0.00637
Total	314	1.00000

A Depressão no Idoso

Homens



Frequências

Nível	Casos	Probab.
AVC	8	0.03587
AVC Dta	5	0.02242
AVC Esq.	3	0.01345
AVC's	1	0.00448
Alergia Pele	1	0.00448
Amputação MI++	1	0.00448
Angina de peito	2	0.00897
Artrite reumatóide	1	0.00448
Artroses	12	0.05381
Artroses MI	1	0.00448
Asma	2	0.00897
Asma brônquica	1	0.00448
Azia	1	0.00448
Bexiga	1	0.00448
Bicos Papagaio	1	0.00448
Bronquite	6	0.02691
Bronquite crónica	1	0.00448
Cancro Estômago	1	0.00448
Cegueira	2	0.00897
Cirrose	1	0.00448
Coluna	5	0.02242
Coração	4	0.01794
Coração Pacemaker	1	0.00448
Coração+	2	0.00897
Depressão	3	0.01345
Depressão nervosa	1	0.00448
Desequilíbrio	2	0.00897
Diabetes	13	0.05830
Diabetes+	1	0.00448
Difíc. Andar	4	0.01794
Dialise	1	0.00448
Dores Abdómen	1	0.00448
Dores Anca	1	0.00448
Dores Cabeça	3	0.01345
Dores Cabeça Esq.	1	0.00448
Dores Coluna+	1	0.00448
Dores Estômago	4	0.01794
Dores MI	1	0.00448
Dores MI+++	1	0.00448
Estômago	4	0.01794
Falta Visão	6	0.02691
Falta de Ar	1	0.00448
Fractura MI	3	0.01345
Fractura MI++	1	0.00448
Fígado	1	0.00448
Gastroentérico	1	0.00448
Hidrocelo	1	0.00448
Hipertensão	18	0.08072
Hipertensão+	3	0.01345
Hipertrofia prostática	2	0.00897
Hérnia	1	0.00448
Hérnia Estômago	1	0.00448
Hérnia Inguinal	1	0.00448
Hérnia Inguinal+	1	0.00448
Imobilidade MI	1	0.00448
Incap. Andar	2	0.00897
Intestinos	1	0.00448
Invalidez	1	0.00448

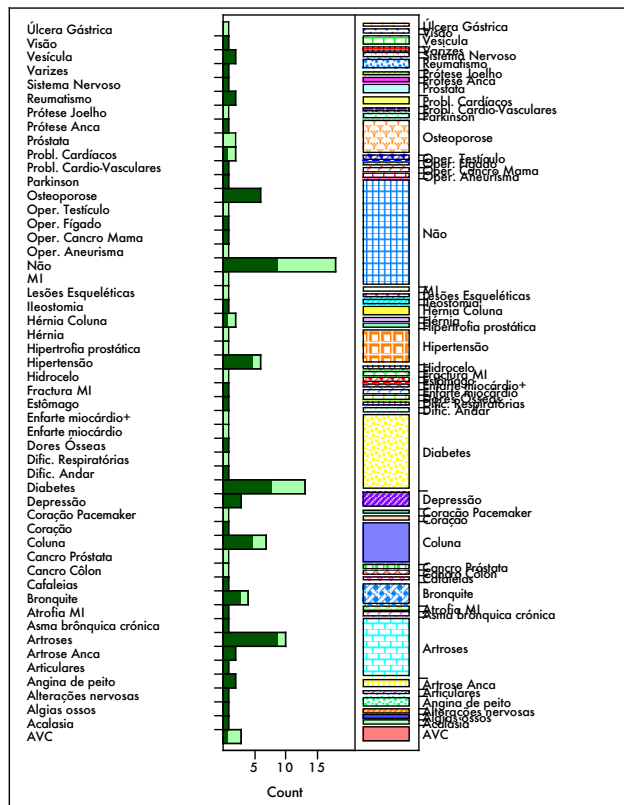
Metodologia - Análise Univariada

Meningite 2 Anos	1	0.00448
Meningite	1	0.00448
Má circulação	1	0.00448
Não	25	0.11211
Obesidade	1	0.00448
Obstipação	6	0.02691
Oper. Cataratas	1	0.00448
Oper. Estômago	1	0.00448
Oper. Hérnia discal	1	0.00448
Oper. Vesícula	2	0.00897
Oper. Úlcera Estômago	1	0.00448
Paralisia Esq.	1	0.00448
Perda de Memória	1	0.00448
Perturb. Psíquica	1	0.00448
Probl. Coluna	1	0.00448
Probl. Coxa	1	0.00448
Probl. MI	1	0.00448
Probl. Ósseos	1	0.00448
Próstata	3	0.01345
Pulmões	3	0.01345
Pé Esq. Dormente	1	0.00448
Queixas Gerais	1	0.00448
Reumatismo	4	0.01794
Silicose	1	0.00448
Sistema Nervoso	2	0.00897
Surdez	2	0.00897
Varizes	1	0.00448
Vesícula	1	0.00448
Úlcera Estômago	2	0.00897
Úlcera Gástrica	1	0.00448
Úlceras Varicosas	1	0.00448
Total	223	1.00000

"Diabetes", "Hipertensão", "Artroses", "ACV's", "Coração" para as Mulheres; "Não", "Hipertensão", "Diabetes", "Artroses", "ACV's" para Homens. Como se disse anteriormente, a profusão de queixas não permite discriminar, mas apenas enunciar.

A Depressão no Idoso

Quadro III-87 - Em Casa - Sexo vs Tem problemas de Saúde? (26a)

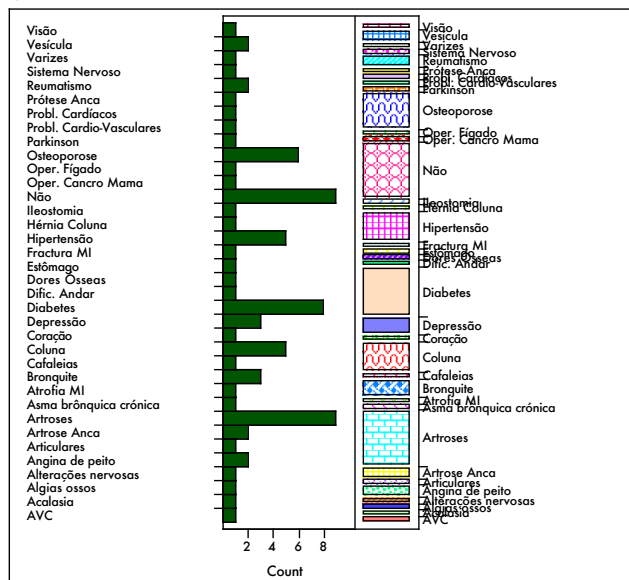


Frequências

Nível	Casos	Probab.
AVC	3	0.02500
Acalasia	1	0.00833
Algias ossos	1	0.00833
Alterações nervosas	1	0.00833
Angina de peito	2	0.01667
Articulares	1	0.00833
Artrose Anca	2	0.01667
Artroses	10	0.08333
Asma brônquica crónica	1	0.00833
Atrofia MI	1	0.00833
Bronquite	4	0.03333
Cefaleias	1	0.00833
Cancro Cólon	1	0.00833
Cancro Próstata	1	0.00833
Coluna	7	0.05833
Coração	1	0.00833
Coração Pacemaker	1	0.00833
Depressão	3	0.02500
Diabetes	13	0.10833
Dific. Andar	1	0.00833
Dific. Respiratórias	1	0.00833
Dores ósseas	1	0.00833
Enfarte miocárdio	1	0.00833
Enfarte miocárdio+	1	0.00833
Estômago	1	0.00833
Fractura MI	1	0.00833
Hidrocelo	1	0.00833
Hipertensão	6	0.05000
Hipertrofia prostática	1	0.00833
Hérnia	1	0.00833
Hérnia Coluna	2	0.01667
Ileostomia	1	0.00833
Lesies Esqueléticas	1	0.00833
MI	1	0.00833
Não	18	0.15000
Oper. Aneurisma	1	0.00833
Oper. Cancro Mama	1	0.00833
Oper. Fígado	1	0.00833
Oper. Testículo	1	0.00833
Osteoporose	6	0.05000
Parkinson	1	0.00833
Probl. Cardiovasculares	1	0.00833
Probl. Cardíacos	2	0.01667
Próstata	2	0.01667
Prótese Anca	1	0.00833
Prótese Joelho	1	0.00833
Reumatismo	2	0.01667
Sistema Nervoso	1	0.00833
Varizes	1	0.00833
Vesícula	2	0.01667
Visão	1	0.00833
Úlcera Gástrica	1	0.00833
Total	120	1.00000

O "Não" representa 15%, seguem-se "Diabetes", "Artroses", "Hipertensão", "Coluna", em proporções não muito diferentes das verificadas nos grupos anteriores.

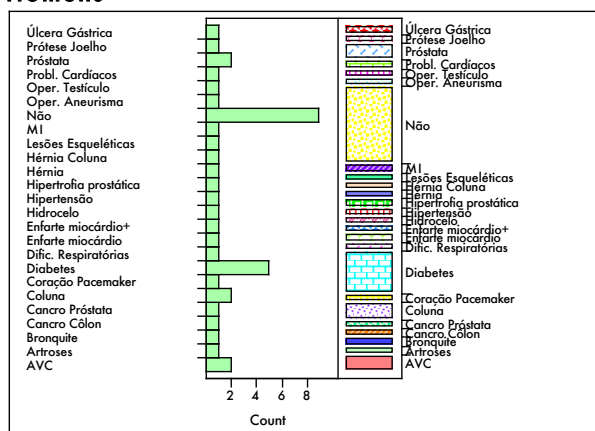
Mulheres



Frequências

Nível	Casos	Probab.
AVC	1	0.01250
Acalasia	1	0.01250
Algias ossos	1	0.01250
Alterações nervosas	1	0.01250
Angina de peito	2	0.02500
Articulares	1	0.01250
Artrose Anca	2	0.02500
Artroses	9	0.11250
Asma brônquica crônica	1	0.01250
Atrofia MI	1	0.01250
Bronquite	3	0.03750
Cefaleias	1	0.01250
Coluna	5	0.06250
Coração	1	0.01250
Depressão	3	0.03750
Diabetes	8	0.10000
Dific. Andar	1	0.01250
Dores ósseas	1	0.01250
Estômago	1	0.01250
Fractura MI	1	0.01250
Hipertensão	5	0.06250
Hérnia Coluna	1	0.01250
Ileostomia	1	0.01250
Não	9	0.11250
Oper. Cancro Mama	1	0.01250
Oper. Fígado	1	0.01250
Osteoporose	6	0.07500
Parkinson	1	0.01250
Probl. Cardiovasculares	1	0.01250
Probl. Cardíacos	1	0.01250
Prótese Anca	1	0.01250
Reumatismo	2	0.02500
Sistema Nervoso	1	0.01250
Varizes	1	0.01250
Vesícula	2	0.02500
Visão	1	0.01250
Total	80	1.00000

Homens



Frequências

Nível	Casos	Probab.
AVC	2	0.05000
Artroses	1	0.02500
Bronquite	1	0.02500
Cancro Cólon	1	0.02500
Cancro Próstata	1	0.02500
Coluna	2	0.05000
Coração Pacemaker	1	0.02500
Diabetes	5	0.12500
Dific. Respiratórias	1	0.02500
Enfarte miocárdio	1	0.02500
Enfarte miocárdio+	1	0.02500
Hidrocele	1	0.02500
Hipertensão	1	0.02500
Hipertrofia prostática	1	0.02500
Hérnia	1	0.02500
Hérnia Coluna	1	0.02500
Lesões Esqueléticas	1	0.02500
MI	1	0.02500
Não	9	0.22500

Oper. Aneurisma	1	0.02500
Oper. Testículo	1	0.02500
Probl. Cardíacos	1	0.02500
Próstata	2	0.05000
Prótese Joelho	1	0.02500
Úlcera Gástrica	1	0.02500
Total	40	1.00000

O “Não” é maioritário nas Mulheres e nos Homens ainda que em proporções diferentes (11% vs 23%), seguem-se “Diabetes” com frequências semelhantes para ambos os sexos.

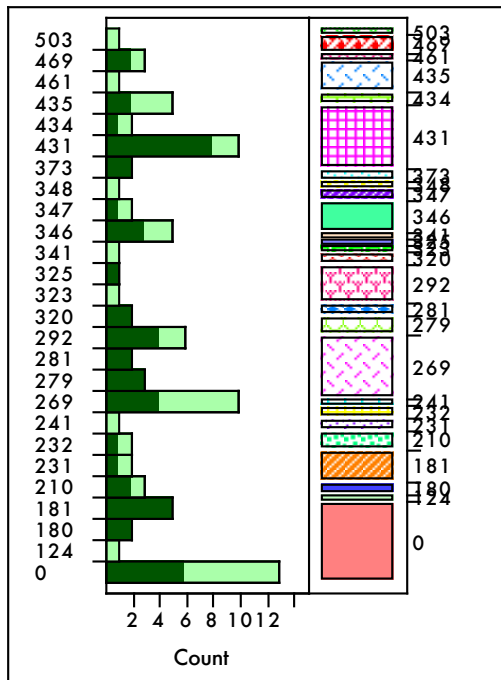
Quadro III-88 – Centros de Dia – Sexo vs Tem problemas de Saúde? (26an)

Tratando-se de uma outra questão aberta, a profusão das respostas foi imensa e mais ainda, quando ao pretendermos homogeneizar as respostas, estabelecemos quatro níveis hierárquicos e mais um de comentários (como se poderá observar na Base de Dados em Anexo). Como resultado, a lista tornou-se tão extensa, que cada indivíduo é praticamente um caso, remetendo a pergunta à sua quase inutilidade, pela imensa variabilidade obtida; acresce não lhe estar associado um qualquer grau de incapacidade, nem podermos dizer que uma doença é “maior” que outra. Postas estas questões, apresentamos ainda o “tratamento” numérico da Classificação INSTITUTO DE EMPREGO E FORMAÇÃO PROFISSIONAL *In*: GABINETE DE COMUNICAÇÃO – NÚCLEO DE INFORMAÇÃO E DOCUMENTAÇÃO [2001], apenas para os seus grandes grupos (primeiros dígitos), sem que se tivéssemos obtido resultados significativos.

Tabela III-4 – Classificação de Doenças

Classificação de Doenças (OMS 9ª Rev. – 1975) (CID-9)		nº de subdivisões
1	Doenças infecciosas intestinais	8
2	Tuberculose	7
3	Outras doenças bacterianas	10
4	Víroses	10
5	Rickettsioses e outras doenças transmitidas por artrópodes	6
6	Doenças venéreas	3
7	Outras doenças infecciosas e parasitárias e seus efeitos tardios	10
8	Tumores malignos (Neoplasmas malignos) dos lábios, da cavidade bucal e da faringe	1
9	Tumores malignos (Neoplasmas malignos) dos órgãos do aparelho digestivo e do peritôneo	8
10	Tumores malignos (Neoplasmas malignos) dos órgãos do aparelho respiratório e dos órgãos intratorácicos	3
11	Tumores malignos (Neoplasmas malignos) dos ossos, do tecido conjuntivo, da pele e da mama	5
12	Tumores malignos (Neoplasmas malignos) dos órgãos geniturinários	8
13	Tumores malignos (Neoplasmas malignos) de outras localizações e de localizações não especificadas	2
14	Tumores malignos (Neoplasmas malignos) do tecido linfático e dos órgãos hematopoiéticos	3
15	Tumores benignos (Neoplasmas benignos)	8
16	Carcinoma <i>in situ</i>	1
17	Outros tumores e os não especificados	1
18	Doenças endócrinas e metabólicas e transtornos imunitários	5
19	Deficiências nutricionais	5
20	Doenças do sangue e dos órgãos hematopoiéticos	2
21	Transtornos mentais	10
22	Doenças do sistema nervoso	7
23	Transtornos do olho e dos seus anexos	7
24	Doenças do ouvido e da apófise mastóide	3
25	Febre reumática e doença reumática do coração	2
26	Doenças hipertensivas	2
27	Doença isquémica do coração	2
28	Doenças da circulação pulmonar e outras formas de doenças do coração	3

29	Doenças cérebro-vasculares	6
30	Outras doenças do aparelho circulatório	7
31	Doenças das vias respiratórias superiores	7
32	Outras doenças do aparelho respiratório	9
33	Doenças da cavidade bucal, das glândulas salivares e dos maxilares	3
34	Doenças de outras partes do aparelho digestivo	10
35	Doenças do aparelho urinário	5
36	Doenças dos órgãos genitais masculinos	5
37	Doenças dos órgãos genitais femininos	8
38	Gravidez terminando por aborto	4
39	Causas obstétricas directas	6
40	Causas obstétricas indirectas	1
41	Parto completamente normal	1
42	Doenças da pele e do tecido celular subcutâneo	2
43	Doenças do sistema ósteo-muscular e do tecido conjuntivo	9
44	Malformações congénitas (Anomalias congénitas)	9
45	Algumas afecções originadas no período perinatal	7
46	Sintomas, sinais e afecções mal definidos	9
57	VIH/ SIDA (doença por infecção por vírus humano de imunodeficiência)	1
E 47	Acidentes de transporte	6
E 48	Intoxicações acidentais	4
E 49	Acidentes provocados em pacientes durante procedimento médico, reacções anormais, complicações tardias	3
E 50	Quedas acidentais	5
E 51	Acidentes causados pelo fogo e chamas	1
E 52	Outros acidentes, incluindo os efeitos tardios	6
E 53	Efeitos adversos de drogas, medicamentos e substâncias biológicas usadas com finalidade terapêutica	1
E 54	Suicídios e lesões auto-infligidas	1
E 55	Homicídios e lesões provocadas intencionalmente por outras pessoas	1
E 56	Outras violências	3

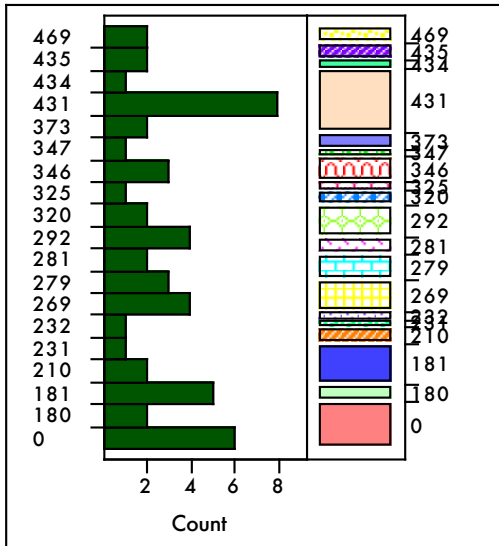


Frequências

Nível	Casos	Probab.
0	13	0.14943
124	1	0.01149
180	2	0.02299
181	5	0.05747
210	3	0.03448
231	2	0.02299
232	2	0.02299
241	1	0.01149
269	10	0.11494
279	3	0.03448
281	2	0.02299
292	6	0.06897
320	2	0.02299
323	1	0.01149
325	1	0.01149
341	1	0.01149
346	5	0.05747
347	2	0.02299
348	1	0.01149
373	2	0.02299
431	10	0.11494
434	2	0.02299
435	5	0.05747
461	1	0.01149
469	3	0.03448
503	1	0.01149
Total	87	1.00000

A Depressão no Idoso

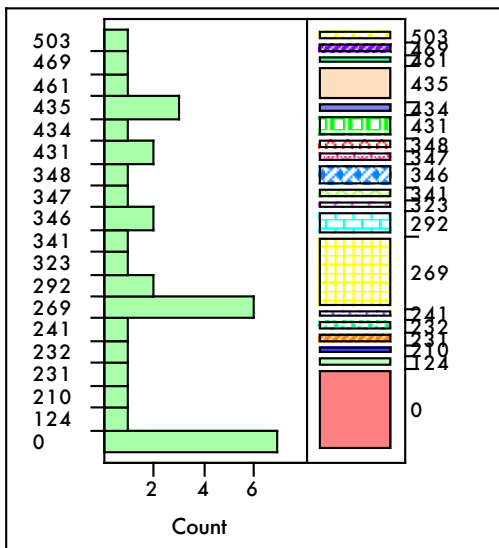
Mulheres



Frequências

Nível	Casos	Probab.
0	6	0.11538
180	2	0.03846
181	5	0.09615
210	2	0.03846
231	1	0.01923
232	1	0.01923
269	4	0.07692
279	3	0.05769
281	2	0.03846
292	4	0.07692
320	2	0.03846
325	1	0.01923
346	3	0.05769
347	1	0.01923
373	2	0.03846
431	8	0.15385
434	1	0.01923
435	2	0.03846
469	2	0.03846
Total	52	1.00000

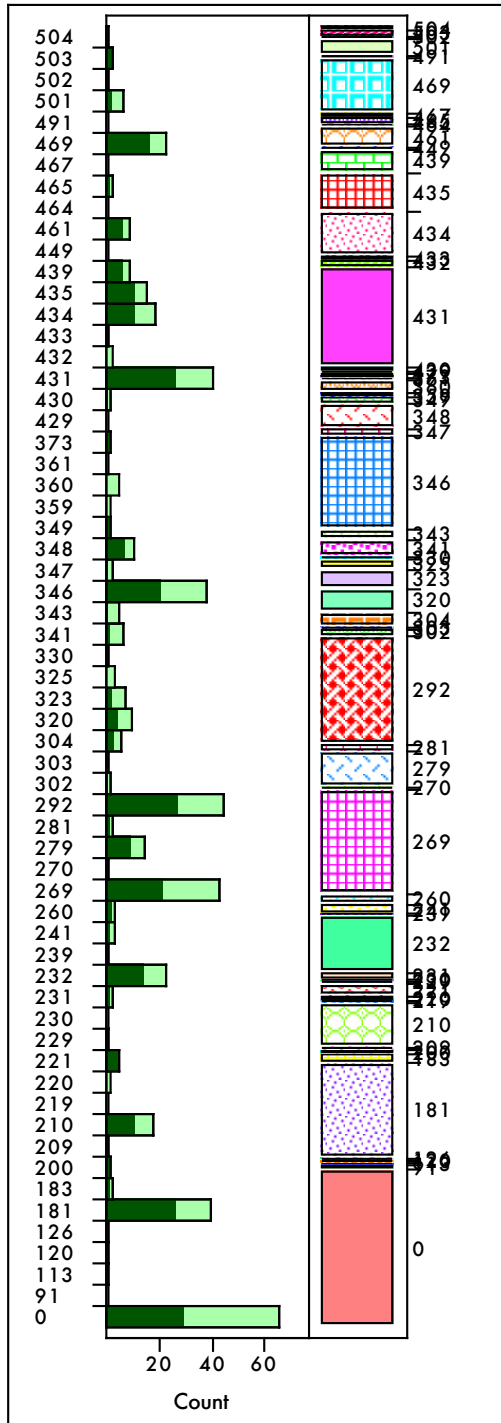
Homens



Frequências

Nível	Casos	Probab.
0	7	0.20000
124	1	0.02857
210	1	0.02857
231	1	0.02857
232	1	0.02857
241	1	0.02857
269	6	0.17143
292	2	0.05714
323	1	0.02857
341	1	0.02857
346	2	0.05714
347	1	0.02857
348	1	0.02857
431	2	0.05714
434	1	0.02857
435	3	0.08571
461	1	0.02857
469	1	0.02857
503	1	0.02857
Total	35	1.00000

Quadro III-89 - Lares de Idosos - Sexo vs Tem problemas de Saúde? (26an)



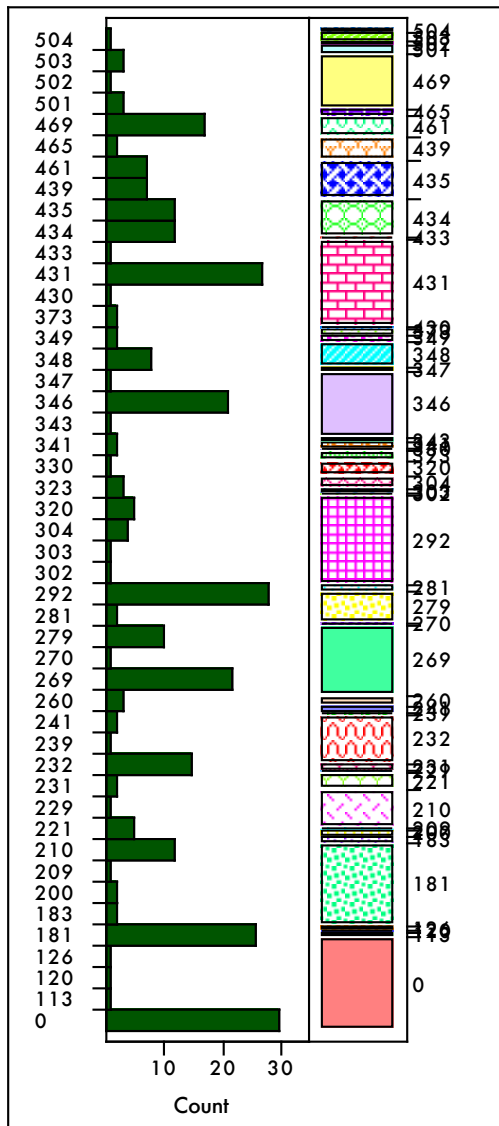
Frequências

Nível	Casos	Probab.
0	66	0.12291
91	1	0.00186
113	1	0.00186
120	1	0.00186
126	1	0.00186
181	40	0.07449
183	3	0.00559
200	2	0.00372
209	1	0.00186
210	18	0.03352
219	1	0.00186
220	2	0.00372
221	5	0.00931
229	1	0.00186
230	1	0.00186
231	3	0.00559
232	23	0.04283
239	1	0.00186
241	4	0.00745
260	4	0.00745
269	43	0.08007
270	1	0.00186
279	15	0.02793
281	3	0.00559
292	45	0.08380
302	2	0.00372
303	1	0.00186
304	6	0.01117
320	10	0.01862
323	8	0.01490
325	4	0.00745
330	1	0.00186
341	7	0.01304
343	5	0.00931
346	38	0.07076
347	3	0.00559
348	11	0.02048
349	2	0.00372
359	2	0.00372
360	5	0.00931
361	1	0.00186
373	2	0.00372
429	1	0.00186
430	2	0.00372
431	41	0.07635
432	3	0.00559
433	1	0.00186
434	19	0.03538
435	16	0.02980
439	9	0.01676
449	1	0.00186
461	9	0.01676
464	1	0.00186
465	3	0.00559
467	1	0.00186
469	23	0.04283
491	1	0.00186

A Depressão no Idoso

501	7	0.01304
502	1	0.00186
503	3	0.00559
504	1	0.00186
Total	537	1.00000

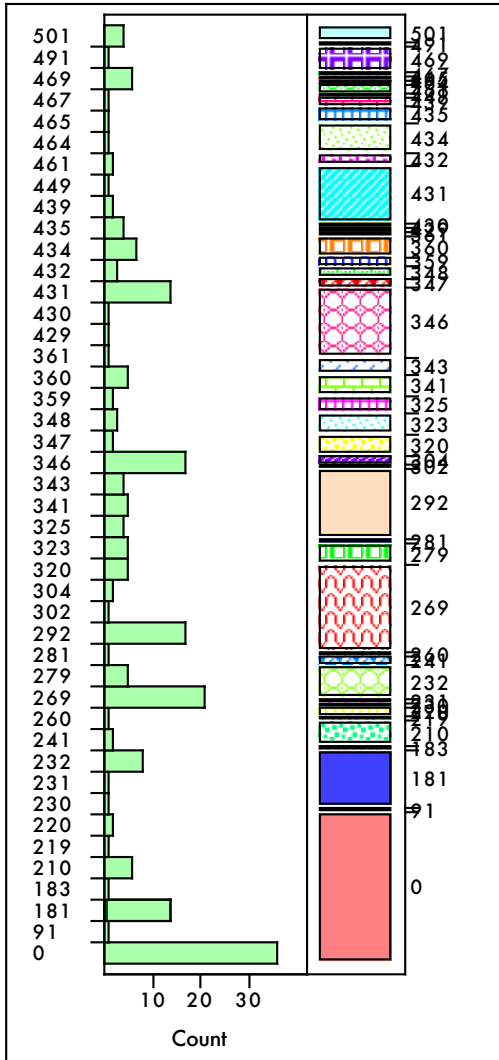
Mulheres



Frequências

Nível	Casos	Probab.
0	30	0.09554
113	1	0.00318
120	1	0.00318
126	1	0.00318
181	26	0.08280
183	2	0.00637
200	2	0.00637
209	1	0.00318
210	12	0.03822
221	5	0.01592
229	1	0.00318
231	2	0.00637
232	15	0.04777
239	1	0.00318
241	2	0.00637
260	3	0.00955
269	22	0.07006
270	1	0.00318
279	10	0.03185
281	2	0.00637
292	28	0.08917
302	1	0.00318
303	1	0.00318
304	4	0.01274
320	5	0.01592
323	3	0.00955
330	1	0.00318
341	2	0.00637
343	1	0.00318
346	21	0.06688
347	1	0.00318
348	8	0.02548
349	2	0.00637
373	2	0.00637
430	1	0.00318
431	27	0.08599
433	1	0.00318
434	12	0.03822
435	12	0.03822
439	7	0.02229
461	7	0.02229
465	2	0.00637
469	17	0.05414
501	3	0.00955
502	1	0.00318
503	3	0.00955
504	1	0.00318
Total	314	1.00000

Homens

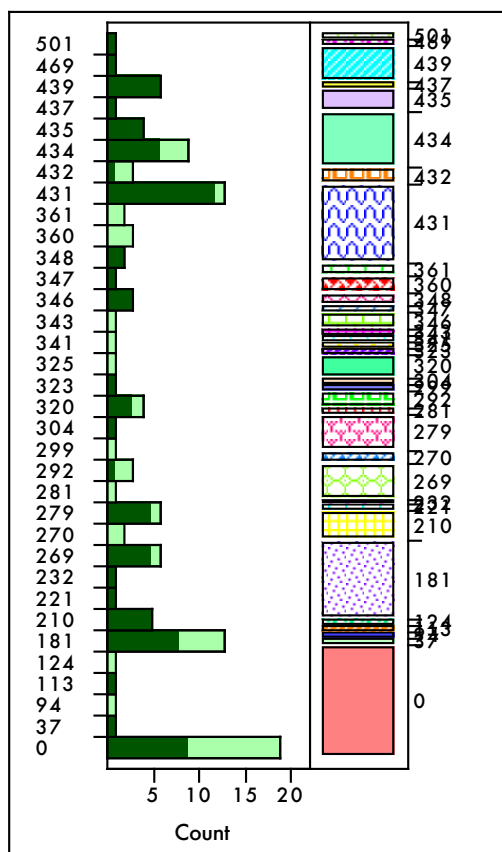


Frequências

Nível	Casos	Probab.
0	36	0.16143
91	1	0.00448
181	14	0.06278
183	1	0.00448
210	6	0.02691
219	1	0.00448
220	2	0.00897
230	1	0.00448
231	1	0.00448
232	8	0.03587
241	2	0.00897
260	1	0.00448
269	21	0.09417
279	5	0.02242
281	1	0.00448
292	17	0.07623
302	1	0.00448
304	2	0.00897
320	5	0.02242
323	5	0.02242
325	4	0.01794
341	5	0.02242
343	4	0.01794
346	17	0.07623
347	2	0.00897
348	3	0.01345
359	2	0.00897
360	5	0.02242
361	1	0.00448
429	1	0.00448
430	1	0.00448
431	14	0.06278
432	3	0.01345
434	7	0.03139
435	4	0.01794
439	2	0.00897
449	1	0.00448
461	2	0.00897
464	1	0.00448
465	1	0.00448
467	1	0.00448
469	6	0.02691
491	1	0.00448
501	4	0.01794
Total	223	1.00000

A Depressão no Idoso

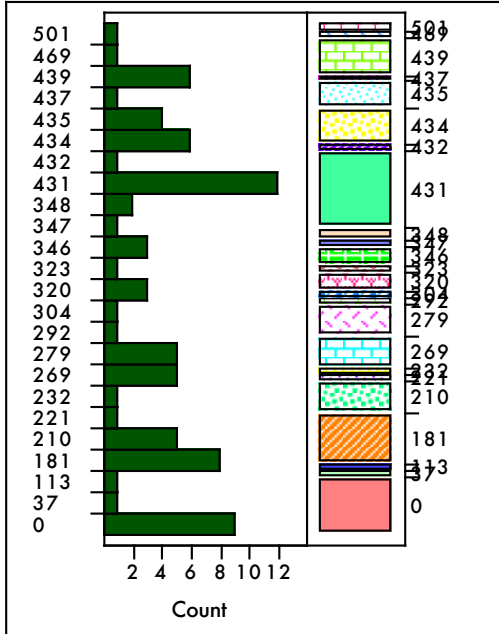
Quadro III-90 - Em Casa - Sexo vs Tem problemas de Saúde? (26an)



Frequências

Nível	Casos	Probab.
0	19	0.15833
37	1	0.00833
94	1	0.00833
113	1	0.00833
124	1	0.00833
181	13	0.10833
210	5	0.04167
221	1	0.00833
232	1	0.00833
269	6	0.05000
270	2	0.01667
279	6	0.05000
281	1	0.00833
292	3	0.02500
299	1	0.00833
304	1	0.00833
320	4	0.03333
323	1	0.00833
325	1	0.00833
341	1	0.00833
343	1	0.00833
346	3	0.02500
347	1	0.00833
348	2	0.01667
360	3	0.02500
361	2	0.01667
431	13	0.10833
432	3	0.02500
434	9	0.07500
435	4	0.03333
437	1	0.00833
439	6	0.05000
469	1	0.00833
501	1	0.00833
Total	120	1.00000

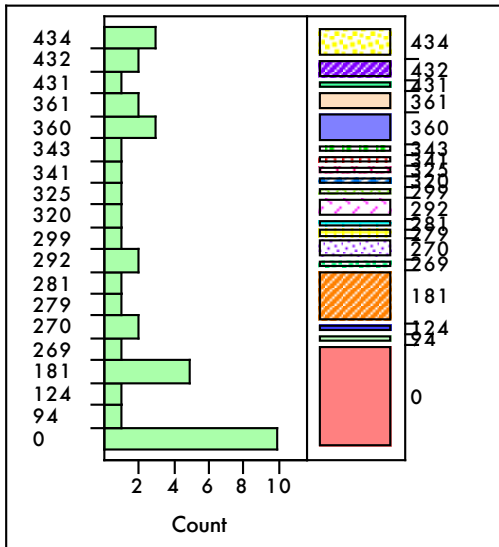
Mulheres



Frequências

Nível	Casos	Probab.
0	9	0.11250
37	1	0.01250
113	1	0.01250
181	8	0.10000
210	5	0.06250
221	1	0.01250
232	1	0.01250
269	5	0.06250
279	5	0.06250
292	1	0.01250
304	1	0.01250
320	3	0.03750
323	1	0.01250
346	3	0.03750
347	1	0.01250
348	2	0.02500
431	12	0.15000
432	1	0.01250
434	6	0.07500
435	4	0.05000
437	1	0.01250
439	6	0.07500
469	1	0.01250
501	1	0.01250
Total	80	1.00000

Homens



Frequências

Nível	Casos	Probab.
0	10	0.25000
94	1	0.02500
124	1	0.02500
181	5	0.12500
269	1	0.02500
270	2	0.05000
279	1	0.02500
281	1	0.02500
292	2	0.05000
299	1	0.02500
320	1	0.02500
325	1	0.02500
341	1	0.02500
343	1	0.02500
360	3	0.07500
361	2	0.05000
431	1	0.02500
432	2	0.05000
434	3	0.07500
Total	40	1.00000

T

A Depressão no Idoso

Quadro III-91 – Centros de Dia – Análise de Contingência: Existência de depressões anteriores aos 65 anos? (27) vs Sexo

Mosaico

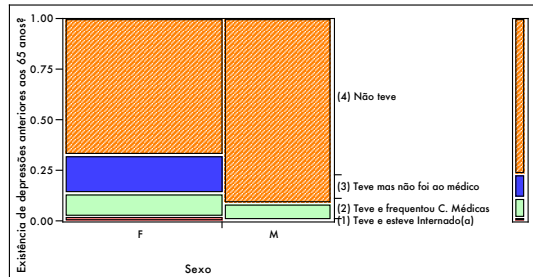


Tabela de Contingência

Casos Total % Col % Lin %	(1) Teve e esteve In-tern. C. Médicas	(2) Teve e frequentou C. Médicas	(3) Teve mas não foi ao médico	(4) Não teve	
F	1 1.15 100.00 1.92	6 6.90 66.67 11.54	10 11.49 100.00 19.23	35 40.23 52.24 67.31	52 59.77
M	0 0.00 0.00 0.00	3 3.45 33.33 8.57	0 0.00 0.00 0.00	32 36.78 47.76 91.43	35 40.23
	1 1.15	9 10.34	10 11.49	67 77.01	87

Testes

Origem	GL	-LogLike	R Quad. (U)
Modelo	3	6.529849	0.1020
Erro	81	57.488880	
C. Total	84	64.018729	
N	87		

Testes

Teste	χ^2	Probab. > χ^2
Likelihood Ratio	13.060	0.0045
Pearson	9.162	0.0272

Nota: 20% das células têm valores esperados com menos de 5 casos - χ^2 suspeito.

É patente esta afecção nas Mulheres, numa proporção quase dupla da dos Homens.

Quadro III-92 – Lares de Idosos – Análise de Contingência: Existência de depressões anteriores aos 65 anos? (27) vs Sexo

Mosaico

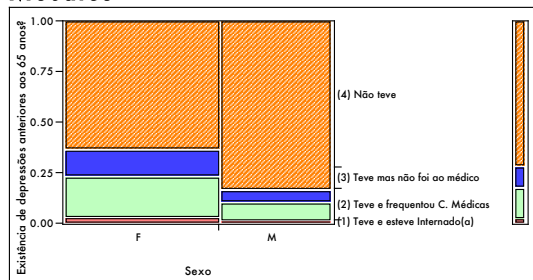


Tabela de Contingência

Casos Total % Col % Lin %	(1) Teve e esteve In-ternado(a) C. Médicas	(2) Teve e frequentou C. Médicas	(3) Teve mas não foi ao médico	(4) Não teve	
F	7 1.30 77.78 2.23	65 12.10 75.58 20.70	42 7.82 75.00 13.38	200 37.24 51.81 63.69	314 58.47
M	2 0.37 22.22 0.90	21 3.91 24.42 9.42	14 2.61 25.00 6.28	186 34.64 48.19 83.41	223 41.53
	9 1.68	86 16.01	56 10.43	386 71.88	537

Testes

Origem	GL	-LogLike	R Quad. (U)
Modelo	3	13.10956	0.0292
Erro	531	435.24961	
C. Total	534	448.35917	
N	537		

Testes

Teste	χ^2	Probab. > χ^2
Likelihood Ratio	26.219	<.0001
Pearson	25.097	<.0001

Nota: 20% das células têm valores esperados com menos de 5 casos - χ^2 suspeito.

Há neste grupo uma maior incidência. Entre sexos, as proporções mantêm-se.

Quadro III-93 - Em Casa - Análise de Contingência: Existência de depressões anteriores aos 65 anos? (27) vs Sexo

Mosaico

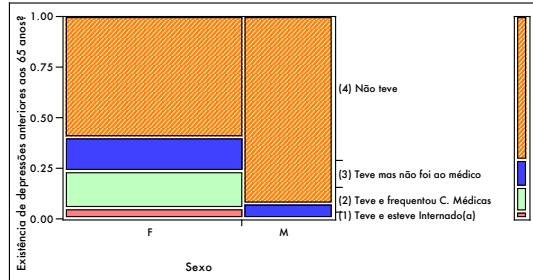


Tabela de Contingência

Casos	(1) Teve e esteve In-ternado(a)	(2) Teve e frequentou C. Médicas	(3) Teve mas não foi ao médico	(4) Não teve	
Total %					
Col %					
Lin %					
F	4 3.33 100.00 5.00	15 12.50 100.00 18.75	13 10.83 81.25 16.25	48 40.00 56.47 60.00	80 66.67
M	0 0.00 0.00 0.00	0 0.00 0.00 0.00	3 2.50 18.75 7.50	37 30.83 43.53 92.50	40 33.33
	4 3.33	15 12.50	16 13.33	85 70.83	120

Testes

Origem	GL	-LogLike	R Quad. (U)
Modelo	3	10.45671	0.0983
Erro	114	95.88959	
C. Total	117	106.34630	
N	120		

Testes

Teste	χ^2	Probab. > χ^2
Likelihood Ratio	20.913	0.0001
Pearson	15.008	0.0018

Nota: 20% das células têm valores esperados com menos de 5 casos - χ^2 suspeito.

Há uma desproporção abismal entre sexos; embora se tenha a noção de que este grupo deveria ser mais extenso para merecer uma melhor interpretação deste resultado.

Quadro III-94 - Centros de Dia - Análise de Contingência: Sente-se deprimido(a) actualmente? (28) vs Sexo

Mosaico

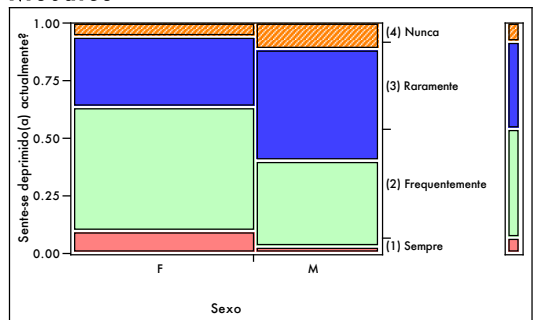


Tabela de Contingência

Casos	(1) Sempre	(2) Freq.	(3) Raram.	(4) Nunca	
Total %					
Col %					
Lin %					
F	5 5.75 83.33 9.62	28 32.18 68.29 53.85	16 18.39 48.48 30.77	3 3.45 42.86 5.77	52 59.77
M	1 1.15 16.67 2.86	13 14.94 31.71 37.14	17 19.54 51.52 48.57	4 4.60 57.14 11.43	35 40.23
	6 6.90	41 47.13	33 37.93	7 8.05	87

Testes

Origem	GL	-LogLike	R Quad. (U)
Modelo	3	2.679337	0.0278
Erro	81	93.841537	
C. Total	84	96.520874	
N	87		

Testes

Teste	χ^2	Probab. > χ^2
Likelihood Ratio	5.359	0.1473
Pearson	5.205	0.1574

Nota: 20% das células têm valores esperados com menos de 5 casos - χ^2 suspeito.

A depressão é "dupla" nas Mulheres relativamente aos Homens.

Quadro III-95 - Lares de Idosos - Análise de Contingência: Sente-se deprimido(a) actualmente? (28) vs Sexo

Mosaico

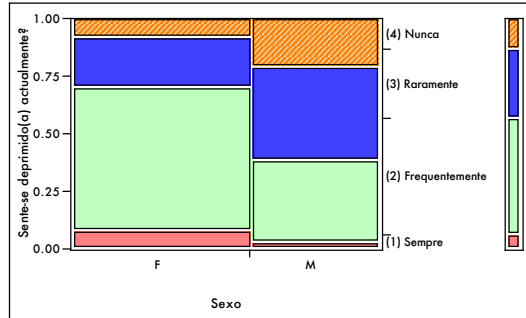


Tabela de Contingência

Casos	(1) Sempre	(2) Freq.	(3) Raram.	(4) Nunca	
Total %					
Col %					
Lin %					
F	26 4.84 78.79 8.28	194 36.13 71.06 61.78	69 12.85 43.12 21.97	25 4.66 35.21 7.96	314 58.47
M	7 1.30 21.21 3.14	79 14.71 28.94 35.43	91 16.95 56.88 40.81	46 8.57 64.79 20.63	223 41.53
	33 6.15	273 50.84	160 29.80	71 13.22	537

Testes

Origem	GL	-LogLike	R Quad. (U)
Modelo	3	27.73735	0.0452
Erro	531	586.39499	
C. Total	534	614.13235	
N	537		

Testes

Teste	χ^2	Probab. > χ^2
Likelihood Ratio	55.475	<.0001
Pearson	54.771	<.0001

Os valores acentuam-se e as proporções mostram que cerca de metade dos indivíduos se sentem deprimidos.

Quadro III-96 - Em Casa - Análise de Contingência: Sente-se deprimido(a) actualmente? (28) vs Sexo

Mosaico

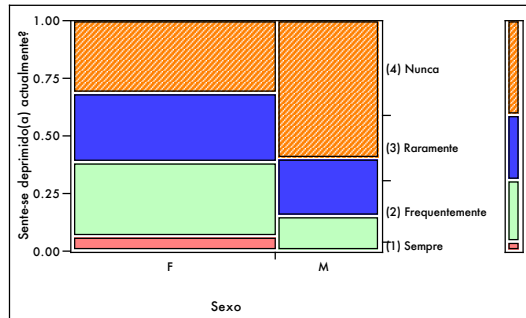


Tabela de Contingência

Casos	(1) Sempre	(2) Freq.	(3) Raram.	(4) Nunca	
Total %					
Col %					
Lin %					
F	5 4.17 100.00 6.25	26 21.67 81.25 32.50	24 20.00 70.59 30.00	25 20.83 51.02 31.25	80 66.67
M	0 0.00 0.00 0.00	6 5.00 18.75 15.00	10 8.33 29.41 25.00	24 20.00 48.98 60.00	40 33.33
	5 4.17	32 26.67	34 28.33	49 40.83	120

Testes

Origem	GL	-LogLike	R Quad. (U)
Modelo	3	6.38810	0.0441
Erro	114	138.56472	
C. Total	117	144.95282	
N	120		

Testes

Teste	χ^2	Probab. > χ^2
Likelihood Ratio	12.776	0.0051
Pearson	11.196	0.0107

Nota: 20% das células têm valores esperados com menos de 5 casos - χ^2 suspeito.

Metade dos indivíduos sentem-se deprimidos, sensivelmente o dobro de Mulheres que de Homens.

Quadro III-97 - Centros de Dia - Análise de Contingência: Frequência de queixas dolorosas? (29) vs Sexo

Mosaico

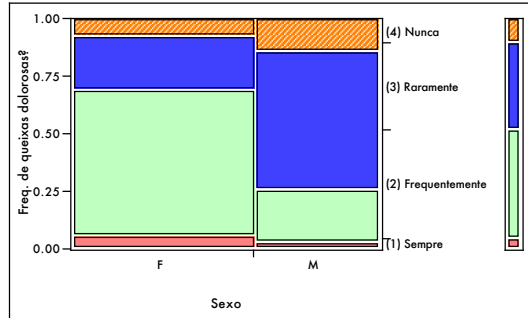


Tabela de Contingência

Casos	(1) Sempre	(2) Freq.	(3) Raram.	(4) Nunca	
Total %					
Col %					
Lin %					
F	3 3.45 75.00 5.77	33 37.93 80.49 63.46	12 13.79 36.36 23.08	4 4.60 44.44 7.69	52 59.77
M	1 1.15 25.00 2.86	8 9.20 19.51 22.86	21 24.14 63.64 60.00	5 5.75 55.56 14.29	35 40.23
	4 4.60	41 47.13	33 37.93	9 10.34	87

Testes

Origem	GL	-LogLike	R Quad. (U)
Modelo	3	8.333085	0.0872
Erro	81	87.239519	
C. Total	84	95.572603	
N	87		

Testes

Teste	χ^2	Probab. > χ^2
Likelihood Ratio	16.666	0.0008
Pearson	16.103	0.0011

Nota: 20% das células têm valores esperados com menos de 5 casos - χ^2 suspeito.

As Mulheres apresentam um quadro de queixas duplo do dos Homens.

Quadro III-98 - Lares de Idosos - Análise de Contingência: Frequência de queixas dolorosas? (29) vs Sexo

Mosaico

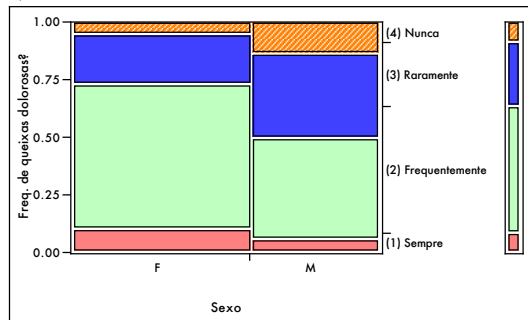


Tabela de Contingência

Casos	(1) Sempre	(2) Freq.	(3) Raram.	(4) Nunca	
Total %					
Col %					
Lin %					
F	32 5.96 71.11 10.19	198 36.87 66.89 63.06	68 12.66 45.33 21.66	16 2.98 34.78 5.10	314 58.47
M	13 2.42 28.89 5.83	98 18.25 33.11 43.95	82 15.27 54.67 36.77	30 5.59 65.22 13.45	223 41.53
	45 8.38	296 55.12	150 27.93	46 8.57	537

Testes

Origem	GL	-LogLike	R Quad. (U)
Modelo	3	16.43968	0.0278
Erro	531	575.78228	
C. Total	534	592.22197	
N	537		

Testes

Teste	χ^2	Probab. > χ^2
Likelihood Ratio	32.879	<.0001
Pearson	32.897	<.0001

As Mulheres apresentam um quadro de queixas duplo do dos Homens.

Quadro III-99 - Em Casa - Análise de Contingência: Frequência de queixas dolorosas? (29) vs Sexo

Mosaico

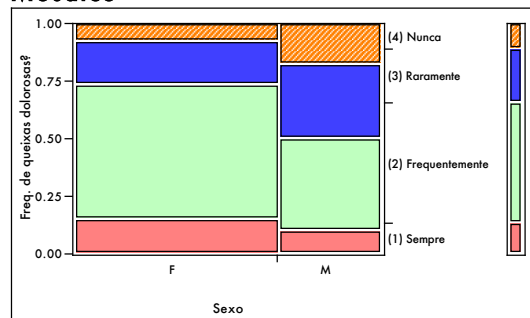


Tabela de Contingência

Casos	(1) Sempre	(2) Freq.	(3) Raram.	(4) Nunca	
Total %					
Col %					
Lin %					
F	12 10.00 75.00 15.00	47 39.17 74.60 58.75	15 12.50 53.57 18.75	6 5.00 46.15 7.50	80 66.67
M	4 3.33 25.00 10.00	16 13.33 25.40 40.00	13 10.83 46.43 32.50	7 5.83 53.85 17.50	40 33.33
	16 13.33	63 52.50	28 23.33	13 10.83	120

Testes

Origem	GL	-LogLike	R Quad. (U)
Modelo	3	3.37616	0.0237
Erro	114	139.09787	
C. Total	117	142.47403	
N	120		

Testes

Teste	χ^2	Probab. > χ^2
Likelihood Ratio	6.752	0.0802
Pearson	6.908	0.0749

As Mulheres apresentam um quadro de queixas duplo do dos Homens.

Quadro III-100 - Centros de Dia - Análise de Contingência: Intensidade das queixas dolorosas: (29.1) vs Sexo

Mosaico

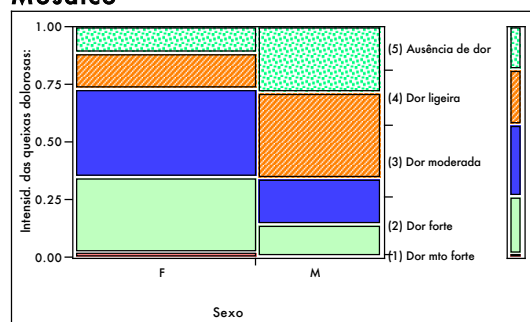


Tabela de Contingência

Casos	(1) Dor mto forte	(2) Dor forte	(3) Dor moderada	(4) Dor ligeira	(5) Ausência de dor	
Total %						
Col %						
Lin %						
F	1 1.15 100.00 1.92	17 19.54 77.27 32.69	20 22.99 74.07 38.46	8 9.20 38.10 15.38	6 6.90 37.50 11.54	52 59.7 7
M	0 0.00 0.00 0.00	5 5.75 22.73 14.29	7 8.05 25.93 20.00	13 14.94 61.90 37.14	10 11.49 62.50 28.57	35 40.2 3
	1 1.15	22 25.29	27 31.03	21 24.14	16 18.39	87

Testes

Origem	GL	-LogLike	R Quad. (U)
Modelo	4	6.84935	0.0556
Erro	79	116.39774	
C. Total	83	123.24709	
N	87		

Testes

Teste	χ^2	Probab. > χ^2
Likelihood Ratio	13.699	0.0083
Pearson	13.176	0.0104

Nota: 20% das células têm valores esperados com menos de 5 casos - χ^2 suspeito.

Os valores referidos pelas Mulheres parecem ser duplos dos verificados nos Homens, num perfil em tudo idêntico ao da questão anterior.

Quadro III-101 - Lares de Idosos - Análise de Contingência: Intensidade das queixas dolorosas: (29.1) vs Sexo

Mosaico

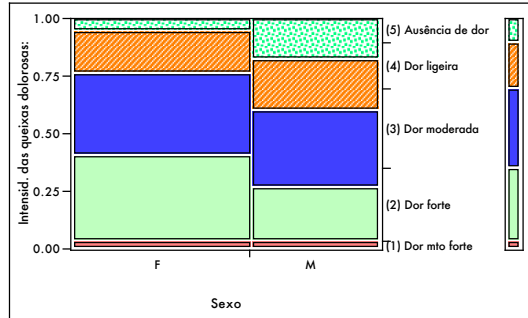


Tabela de Contingência

Casos	(1) Dor mto forte	(2) Dor forte	(3) Dor moderada	(4) Dor ligeira	(5) Ausência de dor	
Total	117	112	112	57	17	314
%	2.05	21.79	20.86	10.61	3.17	58.4
Col %	57.89	69.23	60.22	53.27	30.36	7
Lin %	3.50	37.26	35.67	18.15	5.41	
F	11	117	112	57	17	314
	2.05	21.79	20.86	10.61	3.17	58.4
	57.89	69.23	60.22	53.27	30.36	7
	3.50	37.26	35.67	18.15	5.41	
M	8	52	74	50	39	223
	1.49	9.68	13.78	9.31	7.26	41.5
	42.11	30.77	39.78	46.73	69.64	3
	3.59	23.32	33.18	22.42	17.49	
	19	169	186	107	56	537
	3.54	31.47	34.64	19.93	10.43	

Testes

Origem	GL	-LogLike	R Quad. (U)
Modelo	4	13.89649	0.0184
Erro	529	741.38600	
C. Total	533	755.28249	
N	537		

Testes

Teste	χ^2	Probab. > χ^2
Likelihood Ratio	27.793	<.0001
Pearson	27.713	<.0001

Os valores referidos pelas Mulheres parecem ser duplos dos verificados nos Homens, num perfil em tudo idêntico ao da questão anterior.

Quadro III-102 - Em Casa - Análise de Contingência: Intensidade das queixas dolorosas: (29.1) vs Sexo

Mosaico

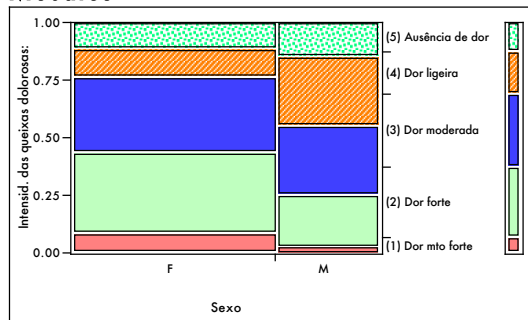


Tabela de Contingência

Casos	(1) Dor mto forte	(2) Dor forte	(3) Dor moderada	(4) Dor ligeira	(5) Ausência de dor	
Total	80	120	120	22	15	357
%	5.83	23.33	21.67	8.33	7.50	66.6
Col %	87.50	75.68	68.42	45.45	60.00	7
Lin %	8.75	35.00	32.50	12.50	11.25	
F	7	28	26	10	9	80
	5.83	23.33	21.67	8.33	7.50	66.6
	87.50	75.68	68.42	45.45	60.00	7
	8.75	35.00	32.50	12.50	11.25	
M	1	9	12	12	6	40
	0.83	7.50	10.00	10.00	5.00	33.3
	12.50	24.32	31.58	54.55	40.00	3
	2.50	22.50	30.00	30.00	15.00	
	8	37	38	22	15	120
	6.67	30.83	31.67	18.33	12.50	

Testes

Origem	GL	-LogLike	R Quad. (U)
Modelo	4	3.88806	0.0219
Erro	112	173.51949	
C. Total	116	177.40755	
N	120		

Testes

Teste	χ^2	Probab. > χ^2
Likelihood Ratio	7.776	0.1001
Pearson	7.721	0.1023

Os valores referidos pelas Mulheres parecem ser duplos dos verificados nos Homens, num perfil em tudo idêntico ao da questão anterior.

A Depressão no Idoso

Quadro III-103 - Centros de Dia - Análise de Contingência: É-lhe difícil lidar com a dor ou o desconforto? (30) vs Sexo

Mosaico

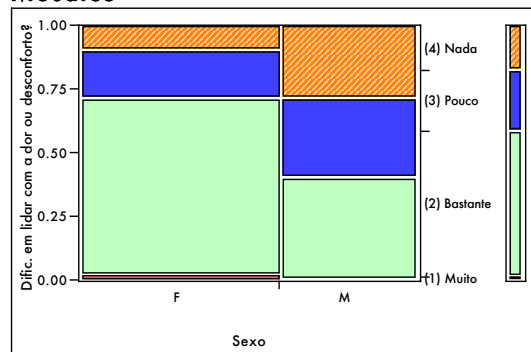


Tabela de Contingência

Casos	(1) Muito	(2) Bastante	(3) Pouco	(4) Nada	
Total %					
Col %					
Lin %					
F	1 1.15 100.00 1.92	36 41.38 72.00 69.23	10 11.49 47.62 19.23	5 5.75 33.33 9.62	52 59.77
M	0 0.00 0.00 0.00	14 16.09 28.00 40.00	11 12.64 52.38 31.43	10 11.49 66.67 28.57	35 40.23
	1 1.15	50 57.47	21 24.14	15 17.24	87

Testes

Origem	GL	-LogLike	R Quad. (U)
Modelo	3	4.904500	0.0555
Erro	81	83.472632	
C. Total	84	88.377132	
N	87		

Testes

Teste	χ^2	Probab. > χ^2
Likelihood Ratio	9.809	0.0203
Pearson	9.433	0.0241

Nota: 20% das células têm valores esperados com menos de 5 casos - χ^2 suspeito.

Padrão idêntico ao anterior.

Quadro III-104 - Lares de Idosos - Análise de Contingência: É-lhe difícil lidar com a dor ou o desconforto? (30) vs Sexo

Mosaico

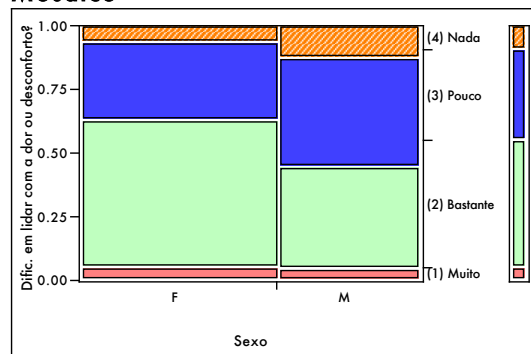


Tabela de Contingência

Casos	(1) Muito	(2) Bastante	(3) Pouco	(4) Nada	
Total %					
Col %					
Lin %					
F	16 2.98 59.26 5.10	182 33.89 67.16 57.96	96 17.88 50.26 30.57	20 3.72 41.67 6.37	314 58.47
M	11 2.05 40.74 4.93	89 16.57 32.84 39.91	95 17.69 49.74 42.60	28 5.21 58.33 12.56	223 41.53
	27 5.03	271 50.47	191 35.57	48 8.94	537

Testes

Origem	GL	-LogLike	R Quad. (U)
Modelo	3	9.67683	0.0167
Erro	531	569.74048	
C. Total	534	579.41731	
N	537		

Testes

Teste	χ^2	Probab. > χ^2
Likelihood Ratio	19.354	0.0002
Pearson	19.313	0.0002

Padrão idêntico ao anterior.

Quadro III-105 - Em Casa - Análise de Contingência: É-lhe difícil lidar com a dor ou o desconforto? (30) vs Sexo

Mosaico

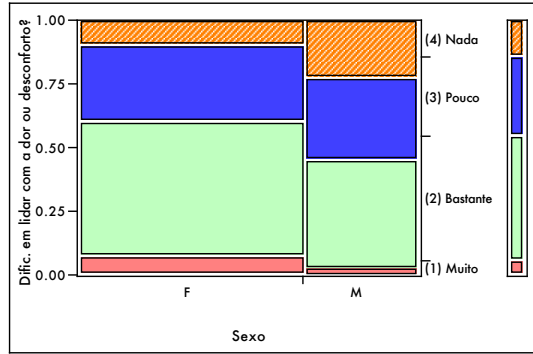


Tabela de Contingência

Casos	(1) Muito	(2) Bastante	(3) Pouco	(4) Nada	
Total %					
Col %					
Lin %					
F	6 5.00 85.71 7.50	42 35.00 71.19 52.50	24 20.00 64.86 30.00	8 6.67 47.06 10.00	80 66.67
M	1 0.83 14.29 2.50	17 14.17 28.81 42.50	13 10.83 35.14 32.50	9 7.50 52.94 22.50	40 33.33
	7 5.83	59 49.17	37 30.83	17 14.17	120

Testes

Origem	GL	-LogLike	R Quad. (U)
Modelo	3	2.34253	0.0169
Erro	114	136.19181	
C. Total	117	138.53434	
N	120		

Testes

Teste	χ^2	Probab. > χ^2
Likelihood Ratio	4.685	0.1964
Pearson	4.680	0.1967

Nota: 20% das células têm valores esperados com menos de 5 casos - χ^2 suspeito.

Padrão idêntico ao anterior.

Quadro III-106 - Centros de Dia - Análise de Contingência: Em que medida a dor o(a) impede de realizar as actividades do dia a dia? (31) vs Sexo

Mosaico

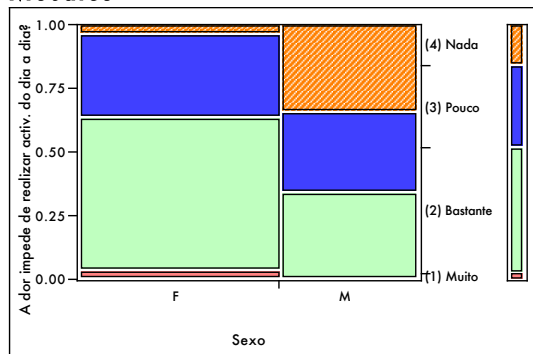


Tabela de Contingência

Casos	(1) Muito	(2) Bastante	(3) Pouco	(4) Nada	
Total %					
Col %					
Lin %					
F	2 2.30 100.00 3.85	31 35.63 72.09 59.62	17 19.54 60.71 32.69	2 2.30 14.29 3.85	52 59.77
M	0 0.00 0.00 0.00	12 13.79 27.91 34.29	11 12.64 39.29 31.43	12 13.79 85.71 34.29	35 40.23
	2 2.30	43 49.43	28 32.18	14 16.09	87

Testes

Origem	GL	-LogLike	R Quad. (U)
Modelo	3	8.671149	0.0911
Erro	81	86.496429	
C. Total	84	95.167578	
N	87		

Testes

Teste	χ^2	Probab. > χ^2
Likelihood Ratio	17.342	0.0006
Pearson	16.117	0.0011

Nota: 20% das células têm valores esperados com menos de 5 casos - χ^2 suspeito.

As diferenças Mulheres/ Homens, são visíveis, a resistência à dor tem maior expressão entre os Homens.

A Depressão no Idoso

Quadro III-107 - Lares de Idosos - Análise de Contingência: Em que medida a dor o(a) impede de realizar as actividades do dia a dia? (31) vs Sexo

Mosaico

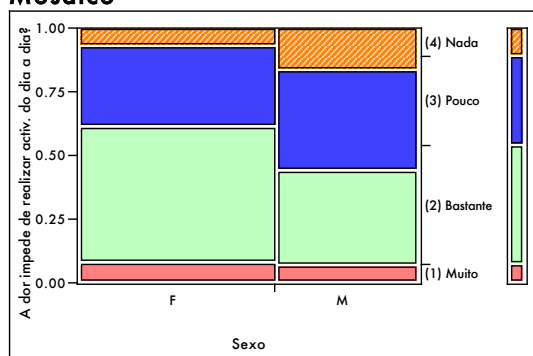


Tabela de Contingência

Casos	(1) Muito	(2) Bas- tante	(3) Pouco	(4) Nada	
Total %					
Col %					
Lin %					
F	26 4.84 63.41 8.28	166 30.91 66.67 52.87	101 18.81 53.16 32.17	21 3.91 36.84 6.69	314 58.47
M	15 2.79 36.59 6.73	83 15.46 33.33 37.22	89 16.57 46.84 39.91	36 6.70 63.16 16.14	223 41.53
	41 7.64	249 46.37	190 35.38	57 10.61	537

Testes

Origem	GL	-LogLike	R Quad. (U)
Modelo	3	10.22402	0.0164
Erro	531	611.86623	
C. Total	534	622.09025	
N	537		

Testes

Teste	χ^2	Probab. > χ^2
Likelihood Ratio	20.448	0.0001
Pearson	20.491	0.0001

As diferenças Mulheres/ Homens, são visíveis; a resistência à dor tem maior expressão entre os Homens. Há no entanto um esbatimento das diferenças, possivelmente explicado pela própria situação de comodidade, de não confronto, que o Lar proporciona.

Quadro III-108 - Em Casa - Análise de Contingência: Em que medida a dor o(a) impede de realizar as actividades do dia a dia? (31) vs Sexo

Mosaico

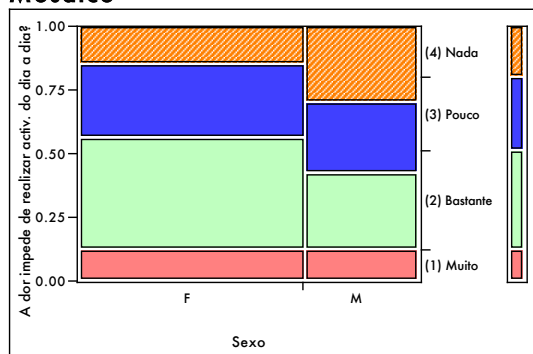


Tabela de Contingência

Casos	(1) Muito	(2) Bas- tante	(3) Pouco	(4) Nada	
Total %					
Col %					
Lin %					
F	10 8.33 66.67 12.50	35 29.17 74.47 43.75	23 19.17 67.65 28.75	12 10.00 50.00 15.00	80 66.67
M	5 4.17 33.33 12.50	12 10.00 25.53 30.00	11 9.17 32.35 27.50	12 10.00 50.00 30.00	40 33.33
	15 12.50	47 39.17	34 28.33	24 20.00	120

Testes

Origem	GL	-LogLike	R Quad. (U)
Modelo	3	2.09454	0.0134
Erro	114	154.65723	
C. Total	117	156.75177	
N	120		

Testes

Teste	χ^2	Probab. > χ^2
Likelihood Ratio	4.189	0.2418
Pearson	4.302	0.2307

Ainda que as diferenças Mulheres/ Homens se mantenham, e a resistência à dor continue a ter maior expressão entre os Homens, as boas condições dos Idosos "Em Casa" é perceptível nestes padrões.

Quadro III-109 - Centros de Dia - Análise de Contingência: Tem dificuldade em adormecer? (32) vs Sexo

Mosaico

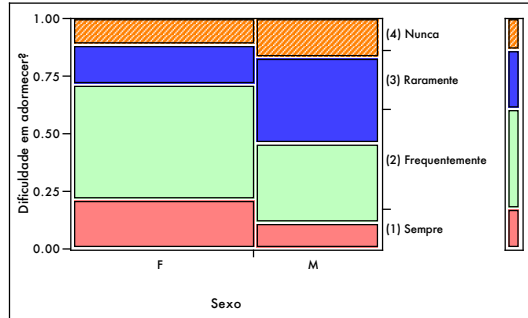


Tabela de Contingência

Casos	(1) Sempre	(2) Freq.	(3) Ra-ram.	(4) Nunca	
Total %					
Col %					
Lin %					
F	11 12.64 73.33 21.15	26 29.89 68.42 50.00	9 10.34 40.91 17.31	6 6.90 50.00 11.54	52 59.77
M	4 4.60 26.67 11.43	12 13.79 31.58 34.29	13 14.94 59.09 37.14	6 6.90 50.00 17.14	35 40.23
	15 17.24	38 43.68	22 25.29	12 13.79	87

Testes

Origem	GL	-LogLike	R Quad. (U)
Modelo	3	3.03320	0.0271
Erro	81	108.82996	
C. Total	84	111.86317	
N	87		

Testes

Teste	χ^2	Probab. > χ^2
Likelihood Ratio	6.066	0.1084
Pearson	6.061	0.1087

O padrão geral é o já anteriormente descrito, numa certa proximidade entre os grupos e a habitual dissimilaridade entre Mulheres e Homens.

Quadro III-110 - Lares de Idosos - Análise de Contingência: Tem dificuldade em adormecer? (32) vs Sexo

Mosaico

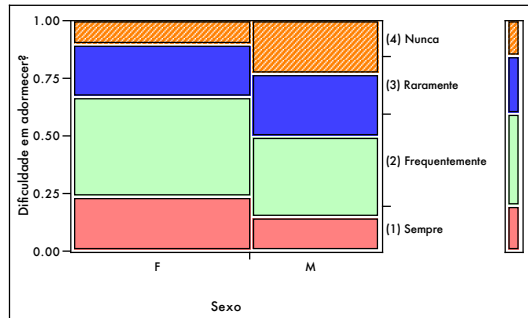


Tabela de Contingência

Casos	(1) Sempre	(2) Freq.	(3) Ra-ram.	(4) Nunca	
Total %					
Col %					
Lin %					
F	74 13.78 69.16 23.57	137 25.51 63.72 43.63	71 13.22 53.79 22.61	32 5.96 38.55 10.19	314 58.47
M	33 6.15 30.84 14.80	78 14.53 36.28 34.98	61 11.36 46.21 27.35	51 9.50 61.45 22.87	223 41.53
	107 19.93	215 40.04	132 24.58	83 15.46	537

Testes

Origem	GL	-LogLike	R Quad. (U)
Modelo	3	11.08526	0.0156
Erro	531	698.52223	
C. Total	534	709.60749	
N	537		

Testes

Teste	χ^2	Probab. > χ^2
Likelihood Ratio	22.171	<.0001
Pearson	22.225	<.0001

O padrão geral é o já anteriormente descrito, numa certa proximidade entre os grupos e a habitual dissimilaridade entre Mulheres e Homens.

Quadro III-111 - Em Casa - Análise de Contingência: Tem dificuldade em adormecer? (32) vs Sexo

Mosaico

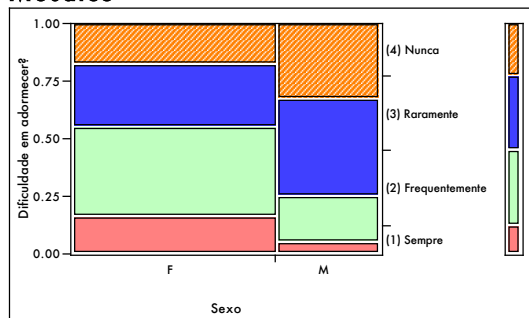


Tabela de Contingência

Casos	(1) Sem-pre	(2) Freq.	(3) Ra-ram.	(4) Nunca	
Total %					
Col %					
Lin %					
F	13 10.83 86.67 16.25	31 25.83 79.49 38.75	22 18.33 56.41 27.50	14 11.67 51.85 17.50	80 66.67
M	2 1.67 13.33 5.00	8 6.67 20.51 20.00	17 14.17 43.59 42.50	13 10.83 48.15 32.50	40 33.33
	15 12.50	39 32.50	39 32.50	27 22.50	120

Testes

Origem	GL	-LogLike	R Quad. (U)
Modelo	3	5.29402	0.0333
Erro	114	153.83883	
C. Total	117	159.13285	
N	120		

Testes

Teste	χ^2	Probab. > χ^2
Likelihood Ratio	10.588	0.0142
Pearson	10.097	0.0178

O padrão geral é o já anteriormente descrito, numa certa proximidade entre os grupos e a habitual dissemelhança entre Mulheres e Homens.

Quadro III-112 - Centros de Dia - Análise de Contingência: Sente-se cansado(a) e sem energia? (33) vs Sexo

Mosaico

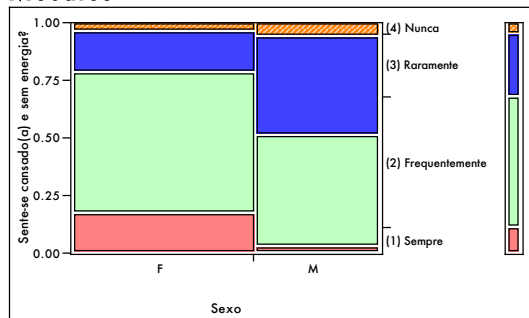


Tabela de Contingência

Casos	(1) Sem-pre	(2) Freq.	(3) Ra-ram.	(4) Nunca	
Total %					
Col %					
Lin %					
F	9 10.34 90.00 17.31	32 36.78 65.31 61.54	9 10.34 37.50 17.31	2 2.30 50.00 3.85	52 59.77
M	1 1.15 10.00 2.86	17 19.54 34.69 48.57	15 17.24 62.50 42.86	2 2.30 50.00 5.71	35 40.23
	10 11.49	49 56.32	24 27.59	4 4.60	87

Testes

Origem	GL	-LogLike	R Quad. (U)
Modelo	3	5.100196	0.0548
Erro	81	87.890296	
C. Total	84	92.990491	
N	87		

Testes

Teste	χ^2	Probab. > χ^2
Likelihood Ratio	10.200	0.0169
Pearson	9.534	0.0230

Nota: 20% das células têm valores esperados com menos de 5 casos - χ^2 suspeito.

O padrão geral é o já anteriormente descrito, numa certa proximidade entre os grupos e a habitual dissemelhança entre Mulheres e Homens.

Quadro III-113 - Lares de Idosos - Análise de Contingência: Sente-se cansado(a) e sem energia? (33) vs Sexo

Mosaico

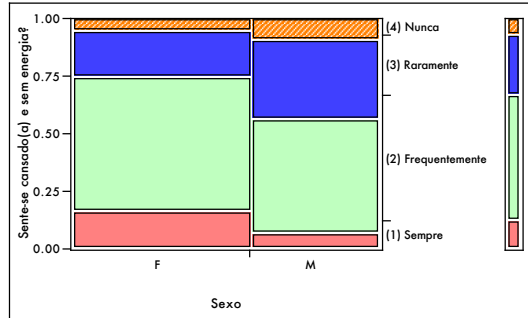


Tabela de Contingência

Casos	(1) Sem-pre	(2) Freq.	(3) Ra-ram.	(4) Nunca	
Total %					
Col %					
Lin %					
F	52 9.68 76.47 16.56	182 33.89 62.33 57.96	64 11.92 45.39 20.38	16 2.98 44.44 5.10	314 58.47
M	16 2.98 23.53 7.17	110 20.48 37.67 49.33	77 14.34 54.61 34.53	20 3.72 55.56 8.97	223 41.53
	68 12.66	292 54.38	141 26.26	36 6.70	537

Testes

Origem	GL	-LogLike	R Quad. (U)
Modelo	3	12.07756	0.0200
Erro	531	592.18295	
C. Total	534	604.26052	
N	537		

Testes

Teste	χ^2	Probab. > χ^2
Likelihood Ratio	24.155	<.0001
Pearson	23.715	<.0001

O padrão geral é o já anteriormente descrito, numa certa proximidade entre os grupos e a habitual dissemelhança entre Mulheres e Homens.

Quadro III-114 - Em Casa - Análise de Contingência: Sente-se cansado(a) e sem energia? (33) vs Sexo

Mosaico

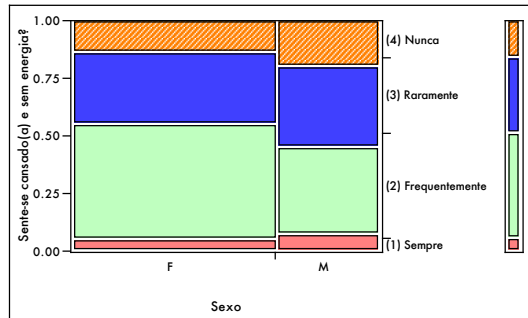


Tabela de Contingência

Casos	(1) Sem-pre	(2) Freq.	(3) Ra-ram.	(4) Nunca	
Total %					
Col %					
Lin %					
F	4 3.33 57.14 5.00	40 33.33 72.73 50.00	25 20.83 64.10 31.25	11 9.17 57.89 13.75	80 66.67
M	3 2.50 42.86 7.50	15 12.50 27.27 37.50	14 11.67 35.90 35.00	8 6.67 42.11 20.00	40 33.33
	7 5.83	55 45.83	39 32.50	19 15.83	120

Testes

Origem	GL	-LogLike	R Quad. (U)
Modelo	3	0.98178	0.0069
Erro	114	140.66928	
C. Total	117	141.65107	
N	120		

Testes

Teste	χ^2	Probab. > χ^2
Likelihood Ratio	1.964	0.5800
Pearson	1.968	0.5791

Nota: 20% das células têm valores esperados com menos de 5 casos - χ^2 suspeito.

O padrão geral é o já anteriormente descrito, numa certa proximidade entre os grupos e a habitual dissemelhança entre Mulheres e Homens. Nota-se no entanto neste grupo uma ligeira melhoria.

A Depressão no Idoso

Quadro III-115 - Centros de Dia - Análise de Contingência: Tem dificuldade em concentrar-se? (34) vs Sexo

Mosaico

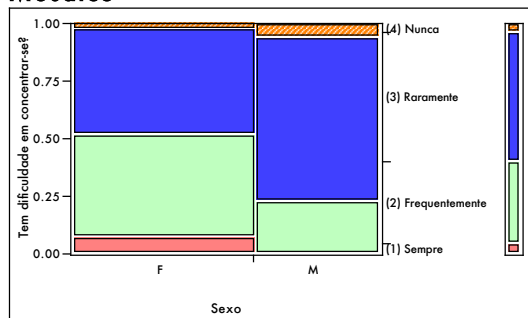


Tabela de Contingência

Casos	(1) Sem-pre	(2) Freq.	(3) Ra-ram.	(4) Nunca	
Total %					
Col %					
Lin %					
F	4 4.60 100.00 7.69	23 26.44 74.19 44.23	24 27.59 48.98 46.15	1 1.15 33.33 1.92	52 59.77
M	0 0.00 0.00 0.00	8 9.20 25.81 22.86	25 28.74 51.02 71.43	2 2.30 66.67 5.71	35 40.23
	4 4.60	31 35.63	49 56.32	3 3.45	87

Testes

Origem	GL	-LogLike	R Quad. (U)
Modelo	3	5.066897	0.0614
Erro	81	77.473297	
C. Total	84	82.540194	
N	87		

Testes

Teste	χ^2	Probab. > χ^2
Likelihood Ratio	10.134	0.0175
Pearson	8.619	0.0348

Nota: 20% das células têm valores esperados com menos de 5 casos - χ^2 suspeito.

O padrão geral é o já anteriormente descrito, numa certa proximidade entre os grupos e a habitual dissemelhança entre Mulheres e Homens.

Quadro III-116 - Lares de Idosos - Análise de Contingência: Tem dificuldade em concentrar-se? (34) vs Sexo

Mosaico

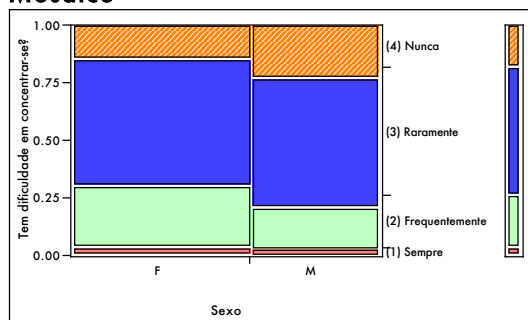


Tabela de Contingência

Casos	(1) Sem-pre	(2) Freq.	(3) Ra-ram.	(4) Nunca	
Total %					
Col %					
Lin %					
F	12 2.23 66.67 3.82	83 15.46 66.94 26.43	172 32.03 57.91 54.78	47 8.75 47.96 14.97	314 58.47
M	6 1.12 33.33 2.69	41 7.64 33.06 18.39	125 23.28 42.09 56.05	51 9.50 52.04 22.87	223 41.53
	18 3.35	124 23.09	297 55.31	98 18.25	537

Testes

Origem	GL	-LogLike	R Quad. (U)
Modelo	3	4.34338	0.0074
Erro	531	581.13073	
C. Total	534	585.47411	
N	537		

Testes

Teste	χ^2	Probab. > χ^2
Likelihood Ratio	8.687	0.0338
Pearson	8.654	0.0343

O padrão geral é o já anteriormente descrito, numa certa proximidade entre os grupos e a habitual dissemelhança entre Mulheres e Homens; note-se no entanto, o esbatimento entre sexos.

Quadro III-117 - Em Casa - Análise de Contingência: Tem dificuldade em concentrar-se? (34) vs Sexo

Mosaico

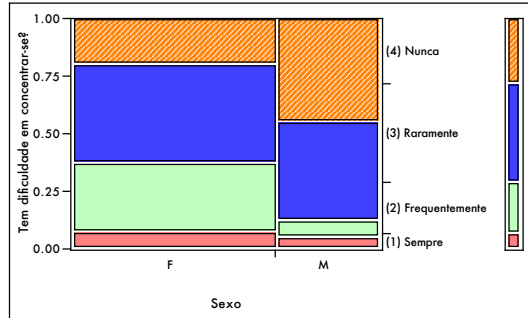


Tabela de Contingência

Casos	(1) Sem-pre	(2) Freq.	(3) Ra-ram.	(4) Nunca	
Total %					
Col %					
Lin %					
F	6 5.00 75.00 7.50	24 20.00 88.89 30.00	34 28.33 66.67 42.50	16 13.33 47.06 20.00	80 66.67
M	2 1.67 25.00 5.00	3 2.50 11.11 7.50	17 14.17 33.33 42.50	18 15.00 52.94 45.00	40 33.33
	8 6.67	27 22.50	51 42.50	34 28.33	120

Testes

Origem	GL	-LogLike	R Quad. (U)
Modelo	3	6.49418	0.0437
Erro	114	141.96233	
C. Total	117	148.45652	
N	120		

Testes

Teste	χ^2	Probab. > χ^2
Likelihood Ratio	12.988	0.0047
Pearson	12.132	0.0069

O padrão geral é o já anteriormente descrito, numa certa proximidade entre os grupos e a habitual dissemelhança entre Mulheres e Homens.

Quadro III-118 - Centros de Dia - Análise de Contingência: Como considera a sua memória? (35) vs Sexo

Mosaico

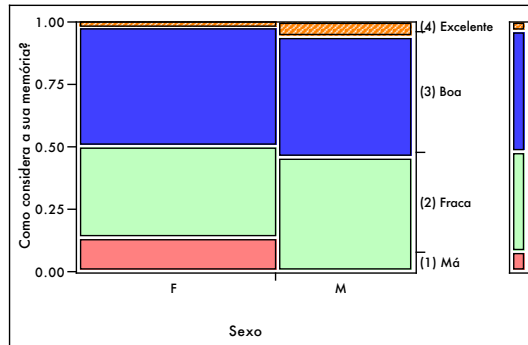


Tabela de Contingência

Casos	(1) Má	(2) Fraca	(3) Boa	(4) Ex-cel.	
Total %					
Col %					
Lin %					
F	7 8.05 100.00 13.46	19 21.84 54.29 36.54	25 28.74 59.52 48.08	1 1.15 33.33 1.92	52 59.77
M	0 0.00 0.00 0.00	16 18.39 45.71 45.71	17 19.54 40.48 48.57	2 2.30 66.67 5.71	35 40.23
	7 8.05	35 40.23	42 48.28	3 3.45	87

Testes

Origem	GL	-LogLike	R Quad. (U)
Modelo	3	4.245585	0.0471
Erro	81	85.951907	
C. Total	84	90.197492	
N	87		

Testes

Teste	χ^2	Probab. > χ^2
Likelihood Ratio	8.491	0.0369
Pearson	6.022	0.1105

Nota: 20% das células têm valores esperados com menos de 5 casos - χ^2 suspeito.

Globalmente, os Homens fazem uma melhor avaliação das suas capacidades.

A Depressão no Idoso

Quadro III-119 - Lares de Idosos - Análise de Contingência: Como considera a sua memória? (35) vs Sexo

Mosaico

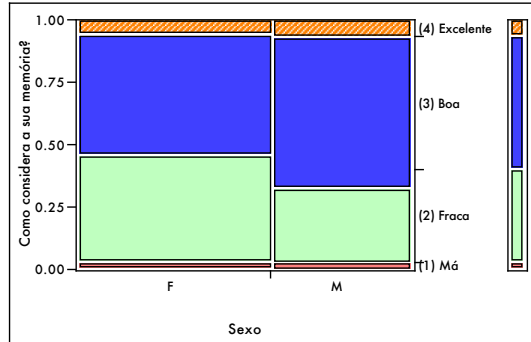


Tabela de Contingência

Casos	(1) Má	(2) Fraca	(3) Boa	(4) Ex-cel.	
Total %					
Col %					
Lin %					
F	9 1.68 60.00 2.87	135 25.14 66.83 42.99	152 28.31 53.15 48.41	18 3.35 52.94 5.73	314 58.47
M	6 1.12 40.00 2.69	67 12.48 33.17 30.04	134 24.95 46.85 60.09	16 2.98 47.06 7.17	223 41.53
	15 2.79	202 37.62	286 53.26	34 6.33	537

Testes

Origem	GL	-LogLike	R Quad. (U)
Modelo	3	4.85209	0.0092
Erro	531	520.32814	
C. Total	534	525.18023	
N	537		

Testes

Teste	χ^2	Probab. > χ^2
Likelihood Ratio	9.704	0.0213
Pearson	9.596	0.0223

Globalmente, os Homens fazem uma melhor avaliação das suas capacidades.

Quadro III-120 - Em Casa - Análise de Contingência: Como considera a sua memória? (35) vs Sexo

Mosaico

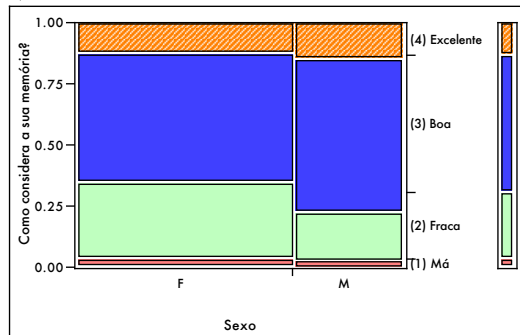


Tabela de Contingência

Casos	(1) Má	(2) Fraca	(3) Boa	(4) Ex-cel.	
Total %					
Col %					
Lin %					
F	3 2.50 75.00 3.75	25 20.83 75.76 31.25	42 35.00 62.69 52.50	10 8.33 62.50 12.50	80 66.67
M	1 0.83 25.00 2.50	8 6.67 24.24 20.00	25 20.83 37.31 62.50	6 5.00 37.50 15.00	40 33.33
	4 3.33	33 27.50	67 55.83	16 13.33	120

Testes

Origem	GL	-LogLike	R Quad. (U)
Modelo	3	1.00964	0.0079
Erro	114	126.48362	
C. Total	117	127.49326	
N	120		

Testes

Teste	χ^2	Probab. > χ^2
Likelihood Ratio	2.019	0.5684
Pearson	1.955	0.5818

Nota: 20% das células têm valores esperados com menos de 5 casos - χ^2 suspeito.

Globalmente, os Homens fazem uma melhor avaliação das suas capacidades.

Quadro III-121 - Centros de Dia - Análise de Contingência: Acontece-lhe com frequência não conseguir pensar com clareza, ou ficar confuso? (36) vs Sexo

Mosaico

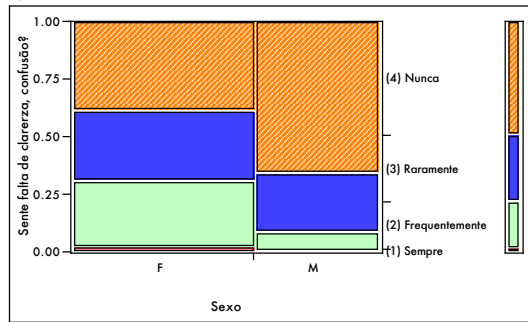


Tabela de Contingência

Casos	(1) Sempre	(2) Freq.	(3) Ra-ram.	(4) Nunca	
Total %					
Col %					
Lin %					
F	1 1.15 100.00 1.92	15 17.24 83.33 28.85	16 18.39 64.00 30.77	20 22.99 46.51 38.46	52 59.77
M	0 0.00 0.00 0.00	3 3.45 16.67 8.57	9 10.34 36.00 25.71	23 26.44 53.49 65.71	35 40.23
	1 1.15	18 20.69	25 28.74	43 49.43	87

Testes

Origem	GL	-LogLike	R Quad. (U)
Modelo	3	4.486002	0.0476
Erro	81	89.817812	
C. Total	84	94.303814	
N	87		

Testes

Teste	χ^2	Probab. > χ^2
Likelihood Ratio	8.972	0.0297
Pearson	8.159	0.0428

Nota: 20% das células têm valores esperados com menos de 5 casos - χ^2 suspeito.

Os Homens fazem uma melhor avaliação das suas capacidades.

Quadro III-122 - Lares de Idosos - Análise de Contingência: Acontece-lhe com frequência não conseguir pensar com clareza, ou ficar confuso? (36) vs Sexo

Mosaico

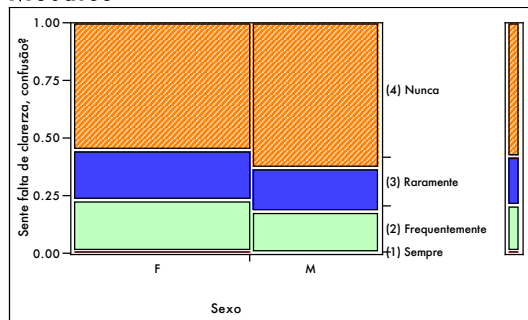


Tabela de Contingência

Casos	(1) Sempre	(2) Freq.	(3) Ra-ram.	(4) Nunca	
Total %					
Col %					
Lin %					
F	2 0.37 66.67 0.64	70 13.04 64.22 22.29	69 12.85 61.61 21.97	173 32.22 55.27 55.10	314 58.47
M	1 0.19 33.33 0.45	39 7.26 35.78 17.49	43 8.01 38.39 19.28	140 26.07 44.73 62.78	223 41.53
	3 0.56	109 20.30	112 20.86	313 58.29	537

Testes

Origem	GL	-LogLike	R Quad. (U)
Modelo	3	1.68025	0.0031
Erro	531	532.21450	
C. Total	534	533.89475	
N	537		

Testes

Teste	χ^2	Probab. > χ^2
Likelihood Ratio	3.361	0.3393
Pearson	3.340	0.3421

Nota: 20% das células têm valores esperados com menos de 5 casos - χ^2 suspeito.

Os Homens fazem uma melhor avaliação das suas capacidades.

Quadro III-123 - Em Casa - Análise de Contingência: Acontece-lhe com frequência não conseguir pensar com clareza, ou ficar confuso? (36) vs Sexo

Mosaico

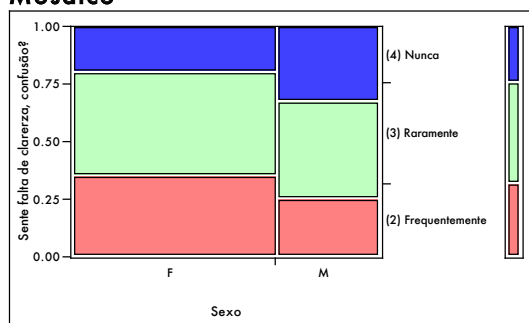


Tabela de Contingência

	Casos	(2) Freq.	(3) Ra-	(4) Nunca	
Total %					
Col %					
Lin %					
F	28	36	16	80	66.67
	23.33	30.00	13.33		
	73.68	67.92	55.17		
	35.00	45.00	20.00		
M	10	17	13	40	33.33
	8.33	14.17	10.83		
	26.32	32.08	44.83		
	25.00	42.50	32.50		
	38	53	29	120	
	31.67	44.17	24.17		

Testes

Origem	GL	-LogLike	R Quad. (U)
Modelo	2	1.28102	0.0100
Erro	116	126.91266	
C. Total	118	128.19368	
N	120		

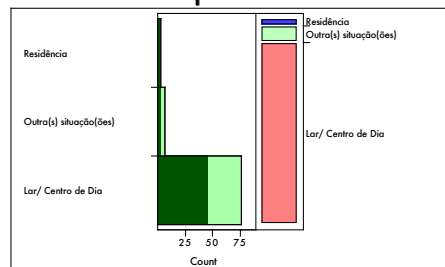
Testes

Teste	χ^2	Probab. > χ^2
Likelihood Ratio	2.562	0.2778
Pearson	2.604	0.2720

Note-se como "Nunca" é respondido com maior parcimônia que em CD's e LI's.

Quadro III-124 - Centros de Dia - Sexo vs Durante o dia permanece: (37)

Durante o dia permanece:

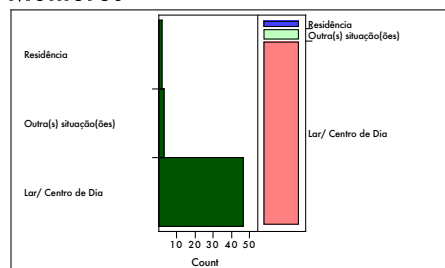


Frequências

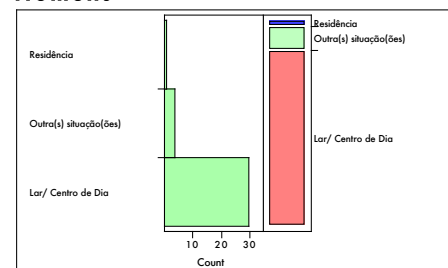
Nível	Casos	Probab.
Lar/ Centro de Dia	77	0.88506
Outra(s) situação(ões)	7	0.08046
Residência	3	0.03448
Total	87	1.00000

As respostas por si só mostram a desnecessidade da questão.

Mulheres



Homens



Frequências

Nível	Casos	Probab.
Lar/ Centro de Dia	47	0.90385
Outra(s) situação(ões)	3	0.05769
Residência	2	0.03846

Frequências

Nível	Casos	Probab.
Lar/ Centro de Dia	30	0.85714
Outra(s) situação(ões)	4	0.11429
Residência	1	0.02857

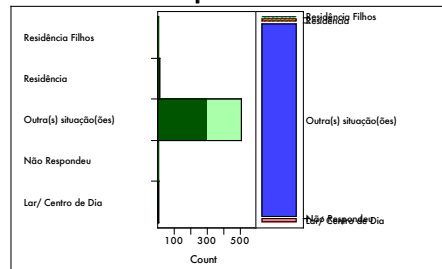
Total	52	1.00000
-------	----	---------

Total	35	1.00000
-------	----	---------

As respostas por si só mostram a desnecessidade da questão.

Quadro III-125 - Lares de Idosos - Sexo vs Durante o dia permanece: (37)

Durante o dia permanece:

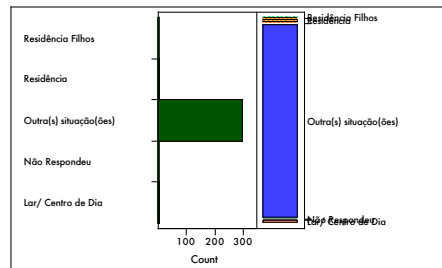


Frequências

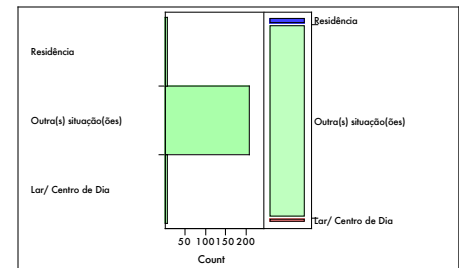
Nível	Casos	Probab.
Lar/ Centro de Dia	12	0.02235
Não Respondeu	1	0.00186
Outra(s) situação(ões)	509	0.94786
Residência	14	0.02607
Residência Filhos	1	0.00186
Total	537	1.00000

As respostas por si só mostram a desnecessidade da questão.

Mulheres



Homens



Frequências

Nível	Casos	Probab.
Lar/ Centro de Dia	6	0.01911
Não Respondeu	1	0.00318
Outra(s) situação(ões)	299	0.95223
Residência	7	0.02229
Residência Filhos	1	0.00318
Total	314	1.00000

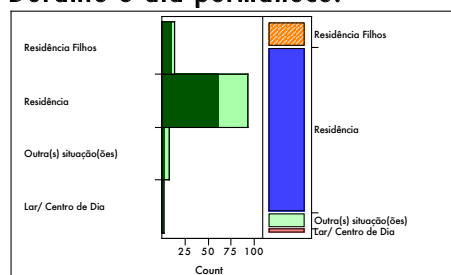
Frequências

Nível	Casos	Probab.
Lar/ Centro de Dia	6	0.02691
Outra(s) situação(ões)	210	0.94170
Residência	7	0.03139
Total	223	1.00000

As respostas por si só mostram a desnecessidade da questão.

Quadro III-126 - Em Casa - Sexo vs Durante o dia permanece: (37)

Durante o dia permanece:



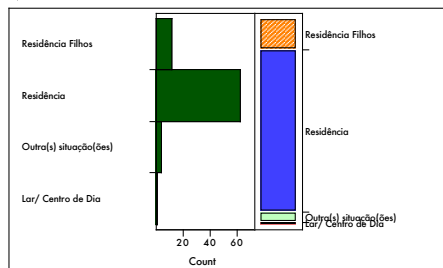
Frequências

Nível	Casos	Probab.
Lar/ Centro de Dia	3	0.02500
Outra(s) situação(ões)	9	0.07500
Residência	94	0.78333
Residência Filhos	14	0.11667
Total	120	1.00000

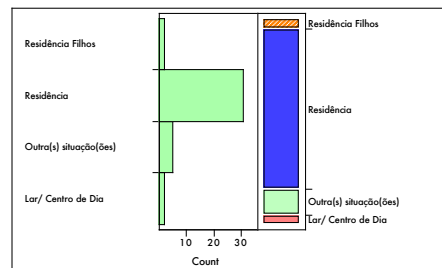
Ainda que com maior variabilidade nas respostas, a questão não confere discriminação alguma.

A Depressão no Idoso

Mulheres



Homens



Frequências

Nível	Casos	Probab.
Lar/ Centro de Dia	1	0.01250
Outra(s) situação(ões)	4	0.05000
Residência	63	0.78750
Residência Filhos	12	0.15000
Total	80	1.00000

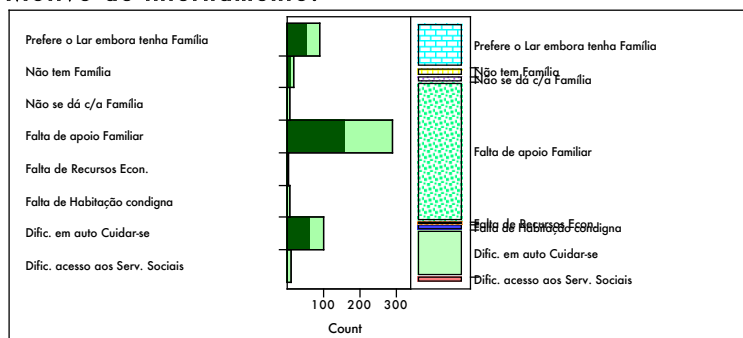
Frequências

Nível	Casos	Probab.
Lar/ Centro de Dia	2	0.05000
Outra(s) situação(ões)	5	0.12500
Residência	31	0.77500
Residência Filhos	2	0.05000
Total	40	1.00000

Ainda que com maior variabilidade nas respostas, a questão não confere discriminação alguma.

Quadro III-127 - Lares de Idosos - Sexo *vs* Motivo de internamento: (38)

Motivo de internamento:



Frequências

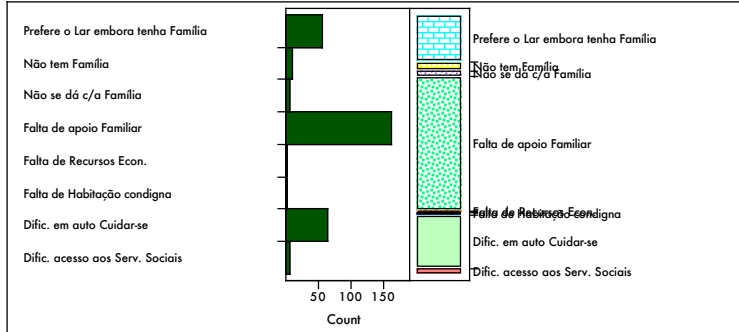
Nível	Casos	Probab.
Dific. acesso aos Serv. Sociais	11	0.02048
Dific. em auto Cuidar-se	100	0.18622
Falta de Habitação condigna	9	0.01676
Falta de Recursos Econ.	6	0.01117
Falta de apoio Familiar	291	0.54190
Não se dá c/a Família	9	0.01676
Não tem Família	21	0.03911
Prefere o Lar embora tenha Família	90	0.16760
Total	537	1.00000

Nos CD's, apenas seis (6) respostas - duas (2) "Falta de apoio Familiar" e quatro (4) "Dific. em auto Cuidar-se", o que não justificava a apresentação de tabelas e correspondentes gráficos.

No grupo RS's, e por razões óbvias, o quadro é um conjunto monótono de respostas, "Não respondeu", pelo que não tendo qualquer expressão se não inclui.

A "Falta de apoio Familiar" e a "Dificuldade em auto Cuidar-se" constituem as duas questões maiores, parecendo-nos que a resposta "Prefere o Lar embora tenha Família", constitui uma questão mascarada das primeiras duas.

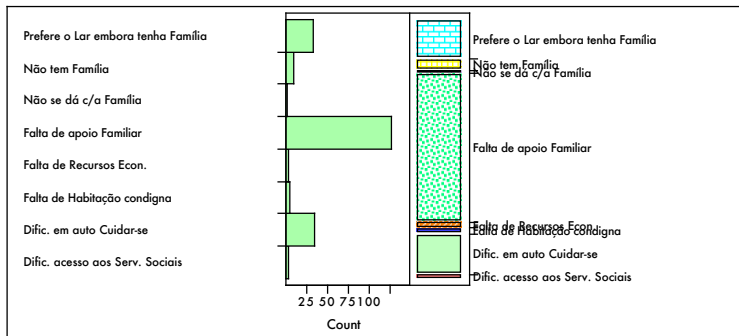
Mulheres



Frequências

Nível	Casos	Probab.
Dific. acesso aos Serv. Sociais	7	0.02229
Dific. em auto Cuidar-se	65	0.20701
Falta de Habitação condigna	3	0.00955
Falta de Recursos Econ.	2	0.00637
Falta de apoio Familiar	163	0.51911
Não se dá c/a Família	6	0.01911
Não tem Família	11	0.03503
Prefere o Lar embora tenha Família	57	0.18153
Total	314	1.00000

Homens



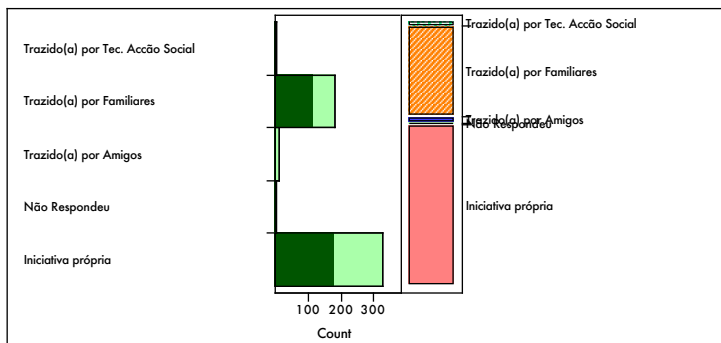
Frequências

Nível	Casos	Probab.
Dific. acesso aos Serv. Sociais	4	0.01794
Dific. em auto Cuidar-se	35	0.15695
Falta de Habitação condigna	6	0.02691
Falta de Recursos Econ.	4	0.01794
Falta de apoio Familiar	128	0.57399
Não se dá c/a Família	3	0.01345
Não tem Família	10	0.04484
Prefere o Lar embora tenha Família	33	0.14798
Total	223	1.00000

Há uma enorme similitude nos padrões de resposta, Mulheres/ Homens.

Quadro III-128 - Lares de Idosos - Sexo vs Iniciativa do internamento: (39)

Iniciativa do internamento:



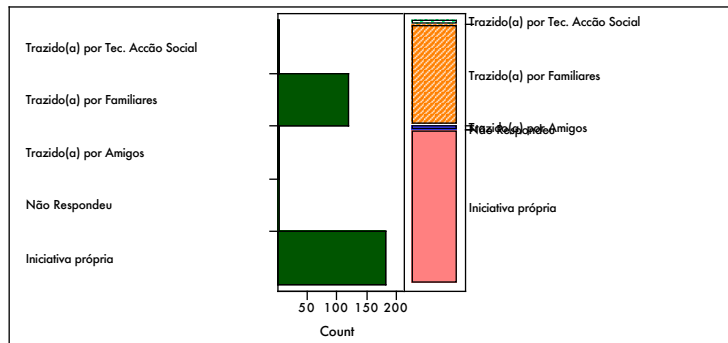
Frequências

Nível	Casos	Probab.
Iniciativa própria	330	0.61453
Não Respondeu	2	0.00372
Trazido(a) por Amigos	13	0.02421
Trazido(a) por Familiares	184	0.34264
Trazido(a) por Tec. Acção Social	8	0.01490
Total	537	1.00000

As razões enunciadas no item anterior são do mesmo modo válidas aqui. "Iniciativa própria" e "Trazido por familiares" constituem os dois grandes grupos de respostas.

A Depressão no Idoso

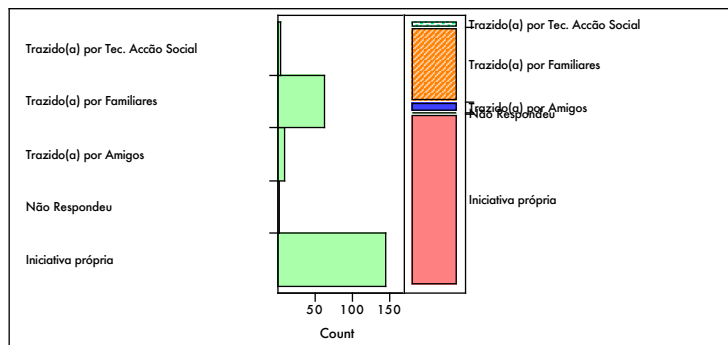
Mulheres



Frequências

Nível	Casos	Probab.
Iniciativa própria	184	0.58599
Não Respondeu	1	0.00318
Trazido(a) por Amigos	4	0.01274
Trazido(a) por Familiares	121	0.38535
Trazido(a) por Téc. Acção Social	4	0.01274
Total	314	1.00000

Homens

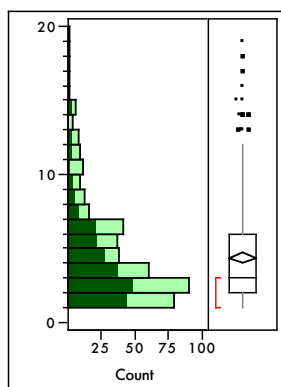


Frequências

Nível	Casos	Probab.
Iniciativa própria	146	0.65471
Não Respondeu	1	0.00448
Trazido(a) por Amigos	9	0.04036
Trazido(a) por Familiares	63	0.28251
Trazido(a) por Téc. Acção Social	4	0.01794
Total	223	1.00000

Há proximidade nos padrões de resposta, Mulheres/ Homens.

Quadro III-129 – Lares de Idosos – Sexo vs Tempo de internamento: (40)



Percentis

100.0%	máximo	19.000
99.5%		17.835
90.0%		10.000
75.0%	quartil	6.000
50.0%	mediana	3.000
25.0%	quartil	2.000
10.0%		1.000
0.5%		1.000
0.0%	mínimo	1.000

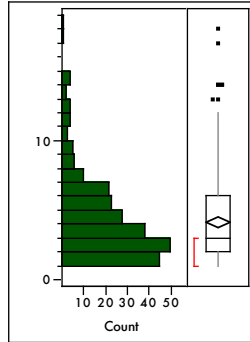
Momentos

média	4.375
Desv. Padrão	3.4625105
Erro Quad. médio	0.1665901
acima 95% média	4.7024301
abaixo 95% média	4.0475699
N	432

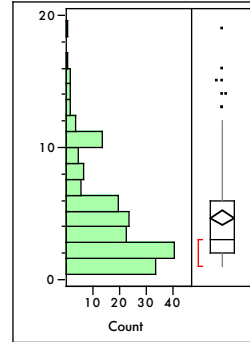
A distribuição está desequilibrada, "skewness" (as posições do box plot, da mediana e ainda do shortest half), há com certeza muitas razões não apuradas que a podem explicar; – Lares novos, fenómeno mais ou menos recente e em crescimento acentuado, etc.

Note-se que mais de 25% dos utentes, apresentam internamentos superiores a seis (6) anos.

Mulheres



Homens



Percentis

100.0%	máximo	18.000
99.5%		17.765
90.0%		8.300
75.0%	quartil	6.000
50.0%	mediana	3.000
25.0%	quartil	2.000
10.0%		1.000
0.5%		1.000
0.0%	mínimo	1.000

Percentis

100.0%	máximo	19.000
99.5%		19.000
90.0%		10.000
75.0%	quartil	6.000
50.0%	mediana	3.000
25.0%	quartil	2.000
10.0%		1.000
0.5%		1.000
0.0%	mínimo	1.000

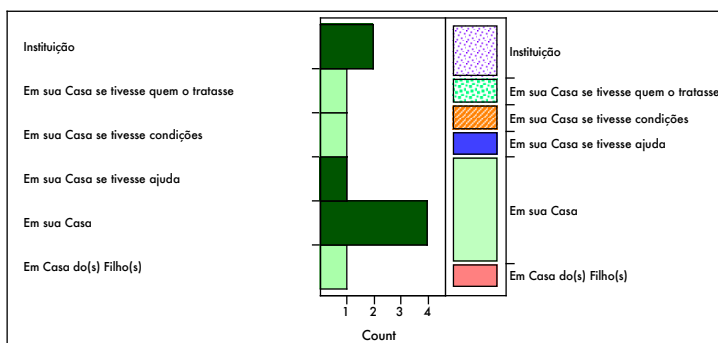
Momentos

média	4.1463415
Desv. Padrão	3.2241004
Erro Quad. médio	0.2055611
acima 95% média	4.551234
abaixo 95% média	3.741449
N	246

Momentos

média	4.6774194
Desv. Padrão	3.7421234
Erro Quad. médio	0.2743858
acima 95% média	5.2187469
abaixo 95% média	4.1360919
N	186

Quadro III-130 - Centros de Dia - Sexo vs Se pudesse residir num outro local, qual a sua preferência? (41)



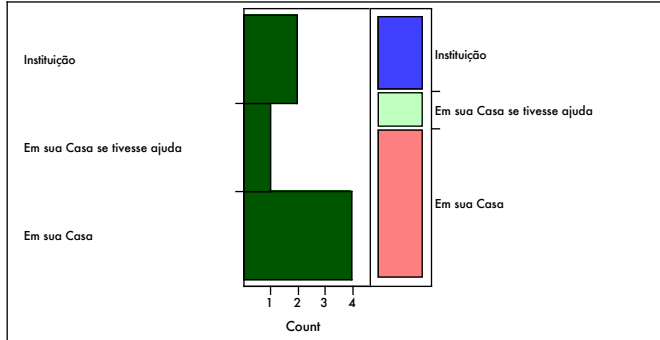
Frequências

Nível	Casos	Probab.
Em Casa do(s) Filho(s)	1	0.10000
Em sua Casa	4	0.40000
Em sua Casa s tiv. ajuda	1	0.10000
Em sua Casa s tiv. cond.	1	0.10000
Em sua Casa s tiv. q. tratasse	1	0.10000
Instituição	2	0.20000
Total	10	1.00000

“Em sua Casa” é a modalidade com maior frequência, embora o nível das respostas não permita tecer considerações.

A Depressão no Idoso

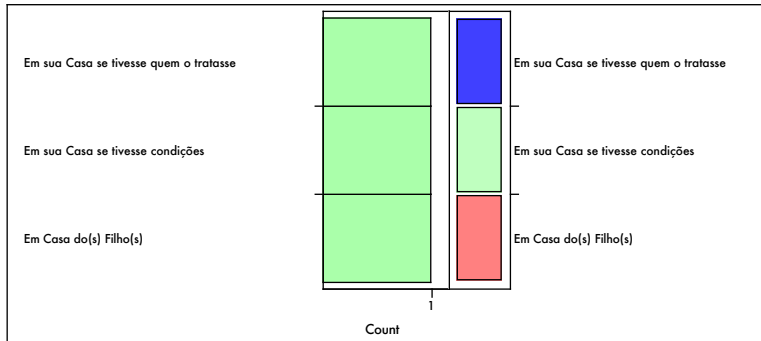
Mulheres



Frequências

Nível	Casos	Probab.
Em sua Casa	4	0.57143
Em sua Casa s tiv. ajuda	1	0.14286
Instituição	2	0.28571
Total	7	1.00000

Homens

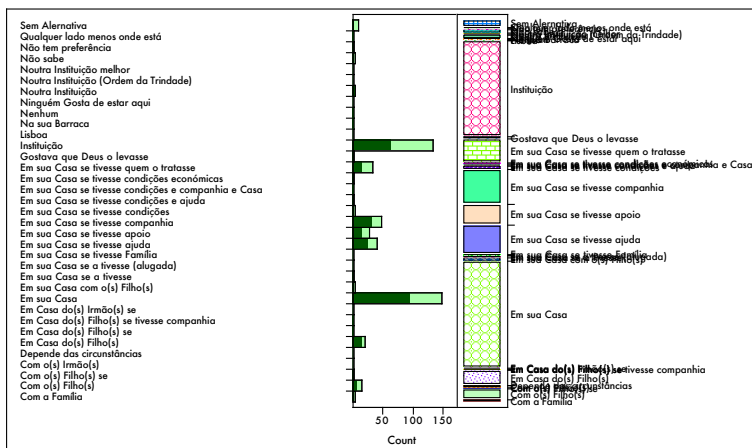


Frequências

Nível	Casos	Probab.
Em Casa do(s) Filho(s)	1	0.33333
Em sua Casa s tiv. cond.	1	0.33333
Em sua Casa s tiv. q. tratasse	1	0.33333
Total	3	1.00000

O número de respostas não permite a interpretação da questão.

Quadro III-131 – Lares de Idosos – Sexo vs Se pudesse residir num outro local, qual a sua preferência? (41)



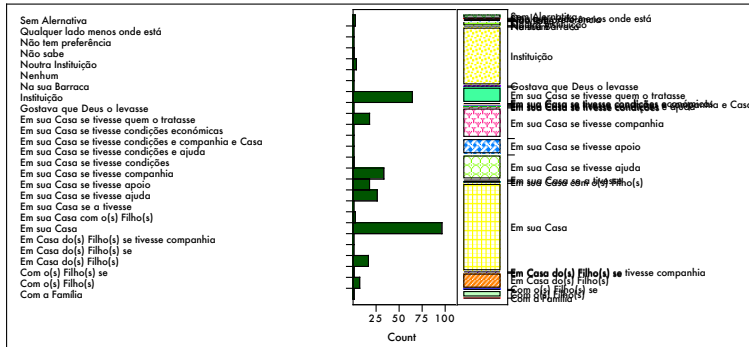
Frequências

Nível	Casos	Probab.
Com a Família	4	0.00748
Com o(s) Filho(s)	15	0.02804
Com o(s) Filho(s) se	2	0.00374
Com o(s) Irmão(s)	2	0.00374
Depende das circunstâncias	1	0.00187
Em Casa do(s) Filho(s)	21	0.03925
Em Casa do(s) Filho(s) s	1	0.00187
Em Casa do(s) Filho(s) s comp.	1	0.00187
Em Casa do(s) Irmão(s) se	1	0.00187
Em sua Casa	150	0.28037
Em sua Casa com o(s) Filho(s)	5	0.00935
Em sua Casa s a tiv.	2	0.00374
Em sua Casa se a tiv. (arrend.)	1	0.00187
Em sua Casa s tiv. Família	1	0.00187
Em sua Casa s tiv. ajuda	42	0.07850
Em sua Casa s tiv. apoio	29	0.05421
Em sua Casa s tiv. comp.	48	0.08972
Em sua Casa s tiv. cond.	5	0.00935
Em sua Casa s cond. e ajuda	2	0.00374
Em sua Casa s cond. e comp.	1	0.00187
Em sua Casa s cond. econ.	2	0.00374
Em sua Casa s tiv. q. tratasse	33	0.06168
Gostava que Deus o levasse	3	0.00561

Instituição	134	0.25047
Lisboa	1	0.00187
Na sua Barraca	1	0.00187
Nenhum	1	0.00187
Ninguém Gosta de estar aqui	1	0.00187
Noutra Instituição	5	0.00935
Noutra Inst. (Ordem Trindade)	1	0.00187
Noutra Instit. melhor	1	0.00187
Não sabe	5	0.00935
Não tem preferência	2	0.00374
Qualquer menos onde está	1	0.00187
Sem Alternativa	10	0.01869
Total	535	1.00000

“Em sua Casa” e suas variantes, são as respostas com maior frequência, não deixando grande margem para dúvidas.

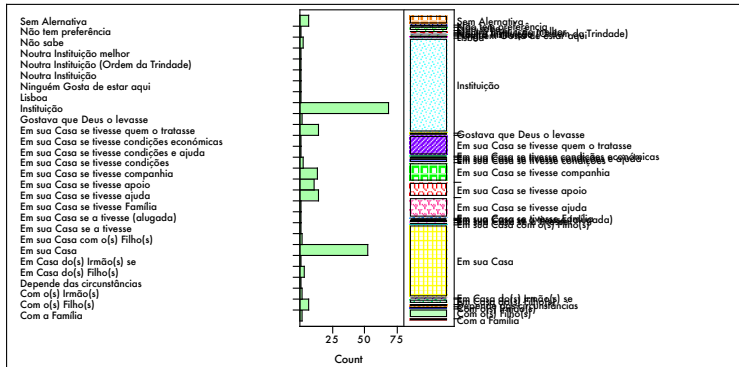
Mulheres



Frequências

Nível	Casos	Probab.
Com a Família	2	0.00639
Com o(s) Filho(s)	8	0.02556
Com o(s) Filho(s) se	2	0.00639
Em Casa do(s) Filho(s)	17	0.05431
Em Casa do(s) Filho(s) se	1	0.00319
Em Casa do(s) Filho(s) s comp.	1	0.00319
Em sua Casa	97	0.30990
Em sua Casa com o(s) Filho(s)	3	0.00958
Em sua Casa s a tiv.	1	0.00319
Em sua Casa s tiv. ajuda	27	0.08626
Em sua Casa s tiv. apoio	18	0.05751
Em sua Casa s tiv. comp.	34	0.10863
Em sua Casa s tiv. cond.	2	0.00639
Em sua Casa s tiv. cond. aj.	1	0.00319
Em sua Casa s tiv. q. trat comp.	1	0.00319
Em sua Casa s tiv. cond. econ.	1	0.00319
Em sua Casa s tiv. q. tratasse	18	0.05751
Gostava que Deus o levasse	1	0.00319
Instituição	65	0.20767
Na sua Barraca	1	0.00319
Nenhum	1	0.00319
Noutra Instituição	4	0.01278
Não sabe	2	0.00639
Não tem preferência	1	0.00319
Qualquer menos onde está	1	0.00319
Sem Alternativa	3	0.00958
Total	313	1.00000

Homens



Frequências

Nível	Casos	Probab.
Com a Família	2	0.00901
Com o(s) Filho(s)	7	0.03153
Com o(s) Irmão(s)	2	0.00901
Depende das circunstâncias	1	0.00450
Em Casa do(s) Filho(s)	4	0.01802
Em Casa do(s) Irmão(s) se	1	0.00450
Em sua Casa	53	0.23874
Em sua Casa com o(s) Filho(s)	2	0.00901
Em sua Casa s a tiv.	1	0.00450
Em sua Casa s a tiv. (arrend.)	1	0.00450
Em sua Casa s tiv. Família	1	0.00450
Em sua Casa s tiv. ajuda	15	0.06757
Em sua Casa s tiv. apoio	11	0.04955

A Depressão no Idoso

Em sua Casa s tiv. companhia	14	0.06306
Em sua Casa s tiv. cond.	3	0.01351
Em sua Casa s tiv. cond. ajuda	1	0.00450
Em sua Casa s tiv. cond. Econ.	1	0.00450
Em sua Casa s tiv. q. tratasse	15	0.06757
Gostava que Deus o levasse	2	0.00901
Instituição	69	0.31081
Lisboa	1	0.00450
Ninguém Gosta de estar aqui	1	0.00450
Noutra Instituição	1	0.00450
Noutra Inst. (Ordem Trindade)	1	0.00450
Noutra Inst. melhor	1	0.00450
Não sabe	3	0.01351
Não tem preferência	1	0.00450
Sem Alternativa	7	0.03153
Total	222	1.00000

Padrão próximo entre Mulheres/ Homens.

Quadro III-132 - Centros de Dia - Análise de Contingência: Considera que na Instituição se preocupam verdadeiramente consigo? (42) vs Sexo

Mosaico

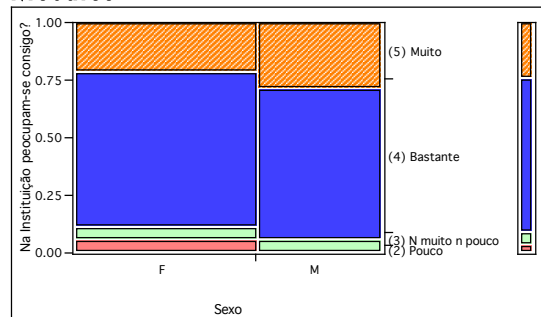


Tabela de Contingência

Casos	(2) Pouco	(3) nM	(4) Bast.	(5) Muito	
Total %	nPouco				
Col %					
Lin %					
F	3 3.45 100.00 5.77	3 3.45 60.00 5.77	35 40.23 60.34 67.31	11 12.64 52.38 21.15	52 59.77
M	0 0.00 0.00 0.00	2 2.30 40.00 5.71	23 26.44 39.66 65.71	10 11.49 47.62 28.57	35 40.23
	3 3.45	5 5.75	58 66.67	21 24.14	87

Testes

Origem	GL	-LogLike	R Quad. (U)
Modelo	3	1.782675	0.0229
Erro	81	75.967639	
C. Total	84	77.750314	
N	87		

Testes

Teste	χ^2	Probab. > χ^2
Likelihood Ratio	3.565	0.3124
Pearson	2.504	0.4745

Nota: 20% das células têm valores esperados com menos de 5 casos - χ^2 suspeito.

Os utentes respondem maioritariamente "Bastante".

Quadro III-133 - Lares de Idosos - Análise de Contingência: Considera que na Instituição se preocupam verdadeiramente consigo? (42) vs Sexo

Mosaico

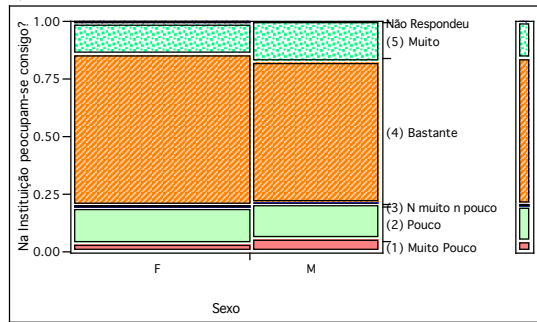


Tabela de Contingência

Casos	(1) mPouco	(2) Pouco	(3) nPouco	(4) Bast.	(5) Muito	NR	
Total							
% Col							
Lin %							
F	12 2.23 48.00 3.82	49 9.12 59.76 15.61	2 0.37 50.00 0.64	206 38.36 60.23 65.61	43 8.01 52.44 13.69	2 0.37 100.00 0.64	314 58.47
M	13 2.42 52.00 5.83	33 6.15 40.24 14.80	2 0.37 50.00 0.90	136 25.33 39.77 60.99	39 7.26 47.56 17.49	0 0.00 0.00 0.00	223 41.53
	25 4.66	82 15.27	4 0.74	342 63.69	82 15.27	2 0.37	537

Testes

Origem	GL	-LogLike	R Quad. (U)
Modelo	5	2.54179	0.0045
Erro	527	567.42859	
C. Total	532	569.97038	
N	537		

Testes

Teste	χ^2	Probab. > χ^2
Likelihood Ratio	5.084	0.4058
Pearson	4.390	0.4948

Nota: 20% das células têm valores esperados com menos de 5 casos - χ^2 suspeito.

Os utentes respondem maioritariamente "Bastante".

Quadro III-134 - Centros de Dia - Análise de Contingência: Como considera as suas relações com os outros residentes? (43) vs Sexo

Mosaico

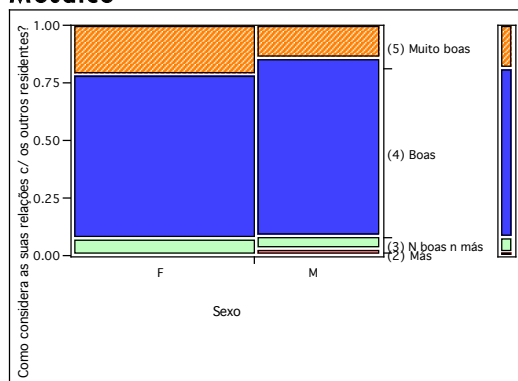


Tabela de Contingência

Casos	(2) Más	(3) nB nMás	(4) Boas	(5) mBoas	
Total %					
Col %					
Lin %					
F	0 0.00 0.00 0.00	4 4.60 66.67 7.69	37 42.53 57.81 71.15	11 12.64 68.75 21.15	52 59.77
M	1 1.15 100.00 2.86	2 2.30 33.33 5.71	27 31.03 42.19 77.14	5 5.75 31.25 14.29	35 40.23
	1 1.15	6 6.90	64 73.56	16 18.39	87

Testes

Origem	GL	-LogLike	R Quad. (U)
Modelo	3	1.298725	0.0193
Erro	81	65.954788	
C. Total	84	67.253513	
N	87		

Testes

Teste	χ^2	Probab. > χ^2
Likelihood Ratio	2.597	0.4579
Pearson	2.243	0.5235

A Depressão no Idoso

Nota: 20% das células têm valores esperados com menos de 5 casos - χ^2 suspeito.

Há uma generalizada aceitação de "Boas" e "Muito Boas" relações.

Quadro III-135 - Lares de Idosos - Análise de Contingência: Como considera as suas relações com os outros residentes? (43) vs Sexo

Mosaico

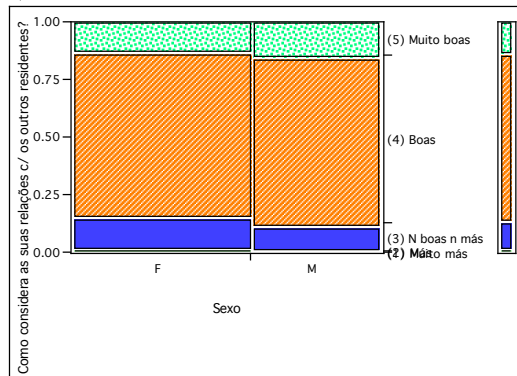


Tabela de Contingência

Casos	(1) mMás	(2) Más	(3) nB nMás	(4) Boas	(5) mBoas	
F	1 0.19 100.00 0.32	1 0.19 50.00 0.32	44 8.19 65.67 14.01	226 42.09 57.95 71.97	42 7.82 54.55 13.38	314 58.47
M	0 0.00 0.00 0.00	1 0.19 50.00 0.45	23 4.28 34.33 10.31	164 30.54 42.05 73.54	35 6.52 45.45 15.70	223 41.53
	1 0.19	2 0.37	67 12.48	390 72.63	77 14.34	537

Testes

Origem	GL	-LogLike	R Quad. (U)
Modelo	4	1.56035	0.0036
Erro	529	429.64968	
C. Total	533	431.21003	
N	537		

Testes

Teste	χ^2	Probab. > χ^2
Likelihood Ratio	3.121	0.5378
Pearson	2.732	0.6035

Nota: 20% das células têm valores esperados com menos de 5 casos - χ^2 suspeito.

Há uma generalizada aceitação de "Boas" e "Muito Boas" relações. Ligeira conflitualidade entre as Mulheres.

Quadro III-136 - Centros de Dia - Análise de Contingência: Como considera as suas relações com o pessoal do Lar? (44) vs Sexo

Mosaico

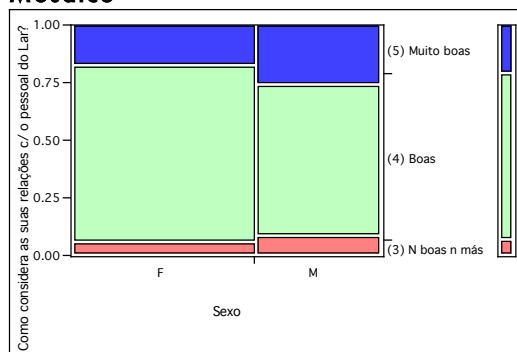


Tabela de Contingência

Casos	(3) nB nMás	(4) Boas	(5) mBoas	
F	3 3.45 50.00 5.77	40 45.98 63.49 76.92	9 10.34 50.00 17.31	52 59.77
M	3 3.45 50.00 8.57	23 26.44 36.51 65.71	9 10.34 50.00 25.71	35 40.23
	6 6.90	63 72.41	18 20.69	87

Testes

Origem	GL	-LogLike	R Quad. (U)
Modelo	2	0.650676	0.0101
Erro	83	64.088594	
C. Total	85	64.739270	
N	87		

Testes

Teste	χ^2	Probab. > χ^2
Likelihood Ratio	1.301	0.5217
Pearson	1.316	0.5180

Nota: 20% das células têm valores esperados com menos de 5 casos - χ^2 suspeito.

O padrão das respostas é em tudo semelhante ao anterior.

Quadro III-137 - Lares de Idosos - Análise de Contingência: Como considera as suas relações com o pessoal do Lar? (44) vs Sexo

Mosaico

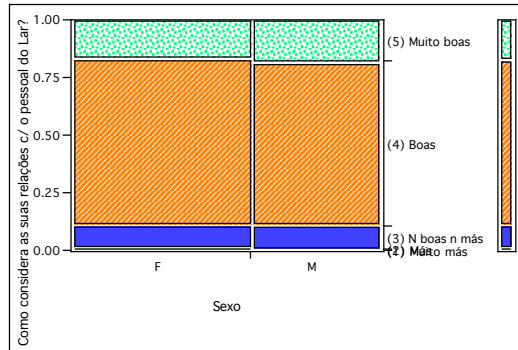


Tabela de Contingência

Casos	(1)	(2)	(3) nB	(4) Bo-	(5)	
Total %	mMás	Más	nMás	as	mBoas	
Col %						
Lin %						
F	1 0.19 100.00 0.32	1 0.19 50.00 0.32	32 5.96 58.18 10.19	227 42.27 58.96 72.29	53 9.87 56.38 16.88	314 58.47
M	0 0.00 0.00 0.00	1 0.19 50.00 0.45	23 4.28 41.82 10.31	158 29.42 41.04 70.85	41 7.64 43.62 18.39	223 41.53
	1 0.19	2 0.37	55 10.24	385 71.69	94 17.50	537

Testes

Origem	GL	-LogLike	R Quad. (U)
Modelo	4	0.66977	0.0015
Erro	529	434.05319	
C. Total	533	434.72296	
N	537		

Testes

Teste	χ^2	Probab. > χ^2
Likelihood Ratio	1.340	0.8546
Pearson	0.978	0.9131

Nota: 20% das células têm valores esperados com menos de 5 casos - χ^2 suspeito.

Há uma similitude entre Mulheres e Homens confirmada não só pelos padrões mas concomitantemente pelos testes.

Quadro III-138 - Lares de Idosos - Análise de Contingência: Como avalia a sua privacidade? (45) vs Sexo

Mosaico

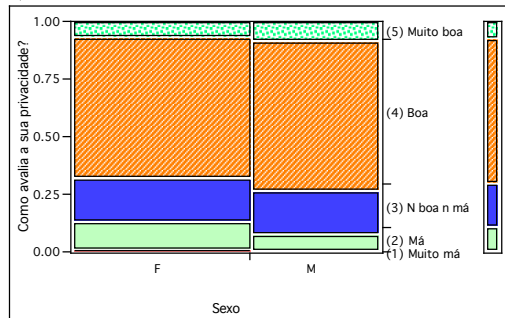


Tabela de Contingência

Casos	(1)	(2) Má	(3) nBoa	(4) Boa	(5)	
Total %	mMá	Má	nBoa	Boa	mBoa	
Col %			nMá			
Lin %						
F	2 0.37 100.00 0.64	39 7.26 69.64 12.42	59 10.99 58.42 18.79	192 35.75 56.97 61.15	22 4.10 53.66 7.01	314 58.47
M	0 0.00 0.00 0.00	17 3.17 30.36 7.62	42 7.82 41.58 18.83	145 27.00 43.03 65.02	19 3.54 46.34 8.52	223 41.53
	2 0.37	56 10.43	101 18.81	337 62.76	41 7.64	537

Testes

Origem	GL	-LogLike	R Quad. (U)
Modelo	4	2.91415	0.0051
Erro	529	566.10927	
C. Total	533	569.02341	
N	537		

Testes

Teste	χ^2	Probab. > χ^2
Likelihood Ratio	5.828	0.2123
Pearson	5.001	0.2872

A resposta maioritária é "Boa", com valores entre 60% e 65%.

A Depressão no Idoso

Quadro III-139 - Lares de Idosos - Análise de Contingência: Como avalia a alimentação? (46) vs Sexo

Mosaico

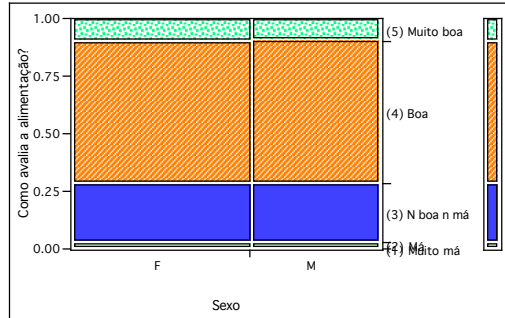


Tabela de Contingência

Casos	(1) mMá	(2) Má	(3) nBoa	(4) Boa	(5) mBoa	
Total %						
Col %						
Lin %						
F	1 0.19 50.00 0.32	8 1.49 57.14 2.55	80 14.90 58.39 25.48	194 36.13 58.43 61.78	31 5.77 59.62 9.87	314 58.47
M	1 0.19 50.00 0.45	6 1.12 42.86 2.69	57 10.61 41.61 25.56	138 25.70 41.57 61.88	21 3.91 40.38 9.42	223 41.53
	2 0.37	14 2.61	137 25.51	332 61.82	52 9.68	537

Testes

Origem	GL	-LogLike	R Quad. (U)
Modelo	4	0.04852	0.0001
Erro	529	530.39249	
C. Total	533	530.44101	
N	537		

Testes

Teste	χ^2	Probab. > χ^2
Likelihood Ratio	0.097	0.9989
Pearson	0.098	0.9988

A resposta maioritária é "Boa", com valores em torno dos 62%.

Há igualdade nas respostas das Mulheres e dos Homens, confirmada não só pelos padrões mas também pelos testes.

Quadro III-140 - Lares de Idosos - Análise de Contingência: A sua família costuma visitá-lo(a)? (47) vs Sexo

Mosaico

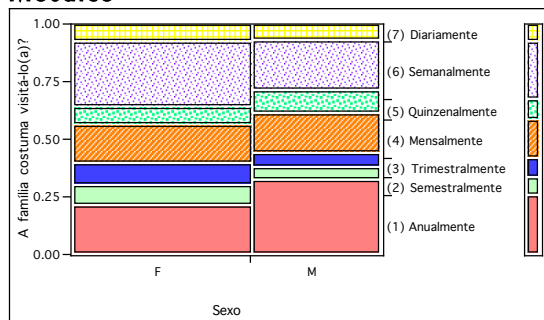


Tabela de Contingência

Casos	(1) Anual	(2) Sems	(3) Trim	(4) Mens	(5) Quinz	(6) Sem	(7) Diar	
Total %								
Col %								
Lin %								
F	67 12.48 48.20 21.34	28 5.21 68.29 8.92	30 5.59 68.18 9.55	52 9.68 57.78 16.56	25 4.66 53.19 7.96	88 16.39 64.71 28.03	24 4.47 60.00 7.64	314 58.47
M	72 13.41 51.80 32.29	13 2.42 31.71 5.83	14 2.61 31.82 6.28	38 7.08 42.22 17.04	22 4.10 46.81 9.87	48 8.94 35.29 21.52	16 2.98 40.00 7.17	223 41.53
	139 25.88	41 7.64	44 8.19	90 16.76	47 8.75	136 25.33	40 7.45	537

Testes

Origem	GL	-LogLike	R Quad. (U)
Modelo	6	6.09248	0.0063
Erro	525	963.21977	
C. Total	531	969.31225	
N	537		

Testes

Teste	χ^2	Probab. > χ^2
Likelihood Ratio	12.185	0.0580
Pearson	12.148	0.0588

As respostas traduzem claramente a situação de isolamento a que a Família os remete. Os Homens referem uma situação de maior isolamento da família.

Quadro III-141 - Lares de Idosos - Análise de Contingência: Habitualmente com que frequência sai do Lar? (48) vs Sexo

Mosaico

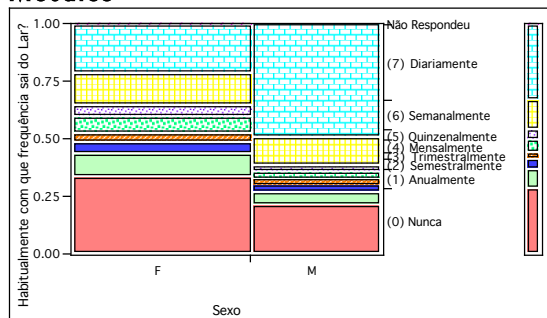


Tabela de Contingência

Casos Total	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	NR	
	Não	Anu- al	Sems	Trim	Mens	Quin z	Sem	Diar		
F	105	32	16	12	22	17	42	67	1	314
% Col	19.55	5.96	2.98	2.23	4.10	3.17	7.82	12.48	0.19	58.47
% Lin	68.63	72.73	66.67	70.59	75.86	73.91	60.87	37.85	100.0	
%	33.44	10.19	5.10	3.82	7.01	5.41	13.38	21.34	0.32	
M	48	12	8	5	7	6	27	110	0	223
% Col	8.94	2.23	1.49	0.93	1.30	1.12	5.03	20.48	0.00	41.53
% Lin	31.37	27.27	33.33	29.41	24.14	26.09	39.13	62.15	0.00	
%	21.52	5.38	3.59	2.24	3.14	2.69	12.11	49.33	0.00	
Total	153	44	24	17	29	23	69	177	1	537
%	28.49	8.19	4.47	3.17	5.40	4.28	12.85	32.96	0.19	

Testes

Origem	GL	-LogLike	R Quad. (U)
Modelo	8	25.11860	0.0268
Erro	521	911.76331	
C. Total	529	936.88191	
N	537		

Testes

Teste	χ²	Probab. > χ²
Likelihood Ratio	50.237	<.0001
Pearson	49.606	<.0001

A frequência de saída dos LI's, é maior nos Homens; - maioritariamente respondem "Diariamente", enquanto para as Mulheres esta proporção é menos de metade (21% vs 49%).

Quadro III-142 - Centros de Dia - Análise de Contingência: Tempos Livres - Ler: (50.1) vs Sexo

Mosaico

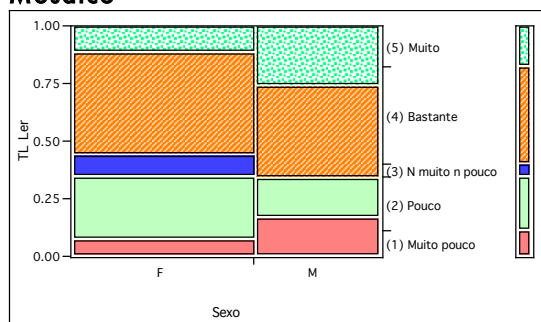


Tabela de Contingência

Casos Total	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	NR
	mPouco	Pouco	nM nPouco	Bast.	Muito	
F	4	14	5	23	6	52
% Col	4.60	16.09	5.75	26.44	6.90	59.77
% Lin	40.00	70.00	100.00	62.16	40.00	
%	7.69	26.92	9.62	44.23	11.54	
M	6	6	0	14	9	35
% Col	6.90	6.90	0.00	16.09	10.34	40.23
% Lin	60.00	30.00	0.00	37.84	60.00	
%	17.14	17.14	0.00	40.00	25.71	
Total	10	20	5	37	15	87
%	11.49	22.99	5.75	42.53	17.24	

Testes

Origem	GL	-LogLike	R Quad. (U)
Modelo	4	5.04878	0.0409
Erro	79	118.27282	
C. Total	83	123.32160	
N	87		

Testes

Teste	χ²	Probab. > χ²
Likelihood Ratio	10.098	0.0388
Pearson	8.388	0.0784

Nota: 20% das células têm valores esperados com menos de 5 casos - χ² suspeito.

A Depressão no Idoso

Embora maioritariamente Analfabetos, ou pelo menos funcionais, maioritariamente também, reconhecem a importância da leitura. Observam-se diferenças significativas entre sexos.

Quadro III-143 - Lares de Idosos - Análise de Contingência: Tempos Livres - Ler: (50.1) vs Sexo

Mosaico

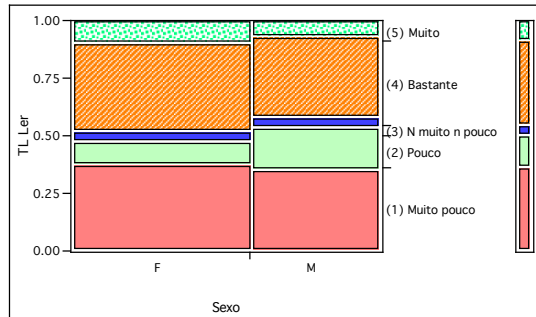


Tabela de Contingência

Casos Total	(1) mPouco	(2) Pouco	(3) nM nPouco	(4) Bast.	(5) Muito	
F	117	33	13	120	31	314
	21.79	6.15	2.42	22.35	5.77	58.47
	59.69	45.21	54.17	60.91	65.96	
	37.26	10.51	4.14	38.22	9.87	
M	79	40	11	77	16	223
	14.71	7.45	2.05	14.34	2.98	41.53
	40.31	54.79	45.83	39.09	34.04	
	35.43	17.94	4.93	34.53	7.17	
	196	73	24	197	47	537
	36.50	13.59	4.47	36.69	8.75	

Testes

Origem	GL	-LogLike	R Quad. (U)
Modelo	4	3.54580	0.0049
Erro	529	726.29981	
C. Total	533	729.84560	
N	537		

Testes

Teste	χ^2	Probab. > χ^2
Likelihood Ratio	7.092	0.1311
Pearson	7.163	0.1275

Embora maioritariamente Analfabetos ou pelo menos funcionais, cerca de metade, reconhecem a importância da leitura. Há uma maior proximidade entre Mulheres e Homens.

Quadro III-144 - Em Casa - Análise de Contingência: Tempos Livres - Ler: (50.1) vs Sexo

Mosaico

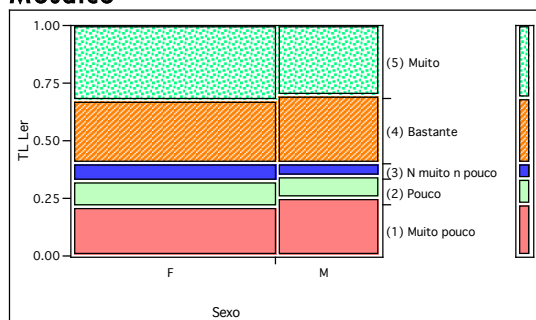


Tabela de Contingência

Casos Total	(1) mPouco	(2) Pouco	(3) nM nPouco	(4) Bast.	(5) Muito	
F	17	9	6	22	26	80
	14.17	7.50	5.00	18.33	21.67	66.67
	62.96	69.23	75.00	64.71	68.42	
	21.25	11.25	7.50	27.50	32.50	
M	10	4	2	12	12	40
	8.33	3.33	1.67	10.00	10.00	33.33
	37.04	30.77	25.00	35.29	31.58	
	25.00	10.00	5.00	30.00	30.00	
	27	13	8	34	38	120
	22.50	10.83	6.67	28.33	31.67	

Testes

Origem	GL	-LogLike	R Quad. (U)
Modelo	4	0.28843	0.0016
Erro	112	177.11858	
C. Total	116	177.40701	
N	120		

Testes

Teste	χ^2	Probab. > χ^2
Likelihood Ratio	0.577	0.9656
Pearson	0.567	0.9667

“Em Casa” os valores são próximos dos observados nos Homens nos CD’s; Mulheres e Homens, têm comportamentos idênticos como o confirmam os padrões e os testes.

Quadro III-145 - Centros de Dia - Análise de Contingência: Tempos Livres - Ver televisão: (50.2) vs Sexo

Mosaico

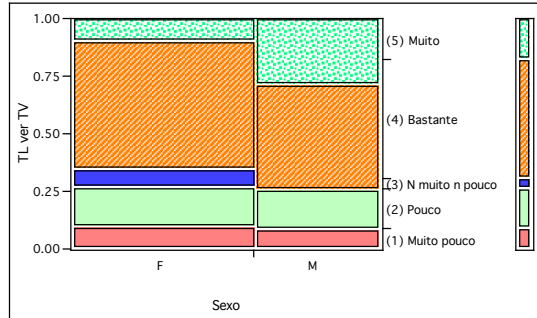


Tabela de Contingência

Casos Total %	(1) mPouco	(2) Pouco	(3) nM nPouco	(4) Bast.	(5) Muito	
F	5 5.75 62.50 9.62	9 10.34 60.00 17.31	4 4.60 100.00 7.69	29 33.33 64.44 55.77	5 5.75 33.33 9.62	52 59.77
M	3 3.45 37.50 8.57	6 6.90 40.00 17.14	0 0.00 0.00 0.00	16 18.39 35.56 45.71	10 11.49 66.67 28.57	35 40.23
	8 9.20	15 17.24	4 4.60	45 51.72	15 17.24	87

Testes

Origem	GL	-LogLike	R Quad. (U)
Modelo	4	4.40994	0.0387
Erro	79	109.40203	
C. Total	83	113.81198	
N	87		

Testes

Teste	χ^2	Probab. > χ^2
Likelihood Ratio	8.820	0.0658
Pearson	7.486	0.1123

Nota: 20% das células têm valores esperados com menos de 5 casos - χ^2 suspeito.

A Televisão é maioritariamente aceite como importante.

Quadro III-146 - Lares de Idosos - Análise de Contingência: Tempos Livres - Ver televisão: (50.2) vs Sexo

Mosaico

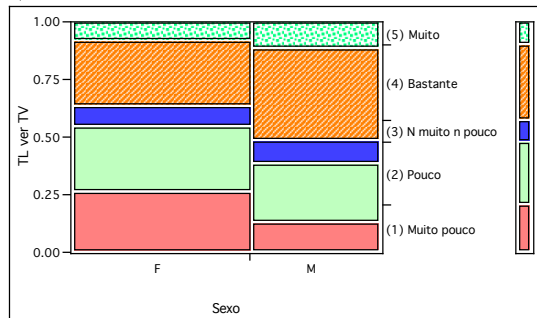


Tabela de Contingência

Casos Total %	(1) mPouco	(2) Pouco	(3) nM nPouco	(4) Bast.	(5) Muito	
F	82 15.27 73.87 26.11	89 16.57 60.96 28.34	29 5.40 56.86 9.24	88 16.39 49.44 28.03	26 4.84 50.98 8.28	314 58.47
M	29 5.40 26.13 13.00	57 10.61 39.04 25.56	22 4.10 43.14 9.87	90 16.76 50.56 40.36	25 4.66 49.02 11.21	223 41.53
	111 20.67	146 27.19	51 9.50	178 33.15	51 9.50	537

Testes

Origem	GL	-LogLike	R Quad. (U)
Modelo	4	9.47471	0.0118
Erro	529	792.33816	
C. Total	533	801.81287	
N	537		

Testes

Teste	χ^2	Probab. > χ^2
Likelihood Ratio	18.949	0.0008
Pearson	18.431	0.0010

A Depressão no Idoso

A Televisão é maioritariamente aceite como importante.

Quadro III-147 - Em Casa - Análise de Contingência: Tempos Livres - Ver televisão: (50.2) vs Sexo

Mosaico

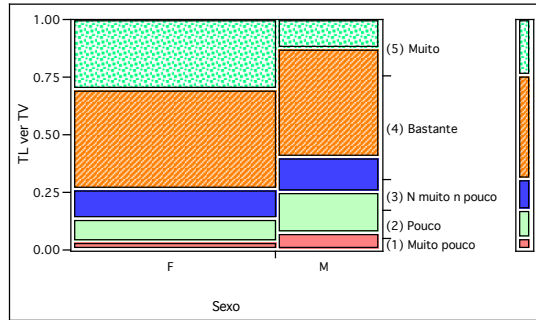


Tabela de Contingência

Casos Total	(1) mPouco	(2) Pouco	(3) nM nPouco	(4) Bast.	(5) Muito	
F	3 2.50 50.00 3.75	8 6.67 53.33 10.00	10 8.33 62.50 12.50	35 29.17 64.81 43.75	24 20.00 82.76 30.00	80 66.67
M	3 2.50 50.00 7.50	7 5.83 46.67 17.50	6 5.00 37.50 15.00	19 15.83 35.19 47.50	5 4.17 17.24 12.50	40 33.33
	6 5.00	15 12.50	16 13.33	54 45.00	29 24.17	120

Testes

Origem	GL	-LogLike	R Quad. (U)
Modelo	4	2.91924	0.0176
Erro	112	162.79032	
C. Total	116	165.70956	
N	120		

Testes

Teste	χ^2	Probab. > χ^2
Likelihood Ratio	5.838	0.2115
Pearson	5.538	0.2364

A Televisão é maioritariamente aceite como importante.

Quadro III-148 - Centros de Dia - Análise de Contingência: Tempos Livres - Ouvir música: (50.3) vs Sexo

Mosaico

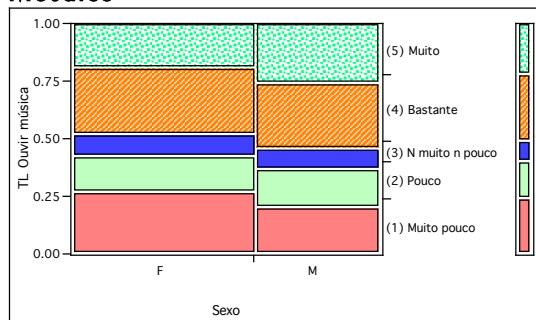


Tabela de Contingência

Casos Total	(1) mPouco	(2) Pouco	(3) nM nPouco	(4) Bast.	(5) Muito	
F	14 16.09 66.67 26.92	8 9.20 57.14 15.38	5 5.75 62.50 9.62	15 17.24 60.00 28.85	10 11.49 52.63 19.23	52 59.77
M	7 8.05 33.33 20.00	6 6.90 42.86 17.14	3 3.45 37.50 8.57	10 11.49 40.00 28.57	9 10.34 47.37 25.71	35 40.23
	21 24.14	14 16.09	8 9.20	25 28.74	19 21.84	87

Testes

Origem	GL	-LogLike	R Quad. (U)
Modelo	4	0.44337	0.0033
Erro	79	134.15709	
C. Total	83	134.60046	
N	87		

Testes

Teste	χ^2	Probab. > χ^2
Likelihood Ratio	0.887	0.9265
Pearson	0.884	0.9269

Nota: 20% das células têm valores esperados com menos de 5 casos - χ^2 suspeito.

A Música é maioritariamente aceite como importante. Não há diferença entre sexos.

Quadro III-149 - Lares de Idosos - Análise de Contingência: Tempos Livres - Ouvir música: (50.3) vs Sexo

Mosaico

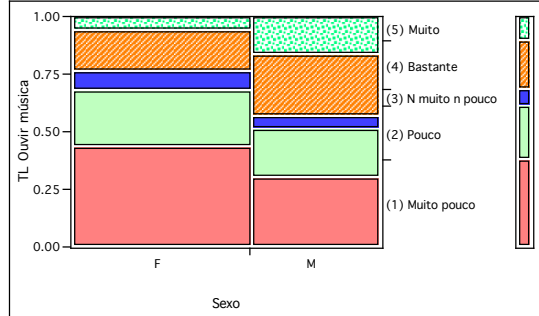


Tabela de Contingência

Casos Total	(1) mPouco	(2) Pouco	(3) nM nPouco	(4) Bast.	(5) Muito	
F	137	77	26	56	18	314
	25.51	14.34	4.84	10.43	3.35	58.47
	66.83	62.10	68.42	48.28	33.33	
	43.63	24.52	8.28	17.83	5.73	
M	68	47	12	60	36	223
	12.66	8.75	2.23	11.17	6.70	41.53
	33.17	37.90	31.58	51.72	66.67	
	30.49	21.08	5.38	26.91	16.14	
	205	124	38	116	54	537
	38.18	23.09	7.08	21.60	10.06	

Testes

Origem	GL	-LogLike	R Quad. (U)
Modelo	4	13.52744	0.0173
Erro	529	768.07171	
C. Total	533	781.59914	
N	537		

Testes

Teste	χ^2	Probab. > χ^2
Likelihood Ratio	27.055	<.0001
Pearson	27.137	<.0001

Maioritariamente aceite como importante.

Quadro III-150 - Em Casa - Análise de Contingência: Tempos Livres - Ouvir música: (50.3) vs Sexo

Mosaico

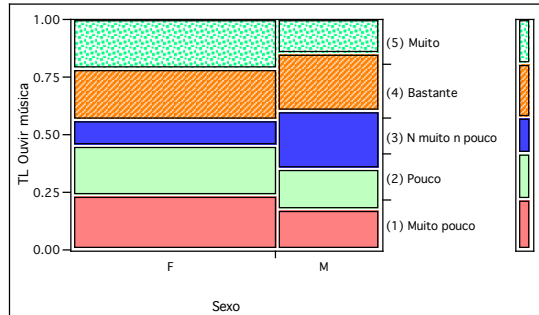


Tabela de Contingência

Casos Total	(1) mPouco	(2) Pouco	(3) nM nPouco	(4) Bast.	(5) Muito	
F	19	17	9	18	17	80
	15.83	14.17	7.50	15.00	14.17	66.67
	73.08	70.83	47.37	64.29	73.91	
	23.75	21.25	11.25	22.50	21.25	
M	7	7	10	10	6	40
	5.83	5.83	8.33	8.33	5.00	33.33
	26.92	29.17	52.63	35.71	26.09	
	17.50	17.50	25.00	25.00	15.00	
	26	24	19	28	23	120
	21.67	20.00	15.83	23.33	19.17	

Testes

Origem	GL	-LogLike	R Quad. (U)
Modelo	4	2.15577	0.0112
Erro	112	189.99700	
C. Total	116	192.15277	
N	120		

Testes

Teste	χ^2	Probab. > χ^2
Likelihood Ratio	4.312	0.3655
Pearson	4.467	0.3464

Maioritariamente aceite como importante.

Quadro III-151 - Centros de Dia - Análise de Contingência: Tempos Livres - Passear: (50.4) vs Sexo

Mosaico

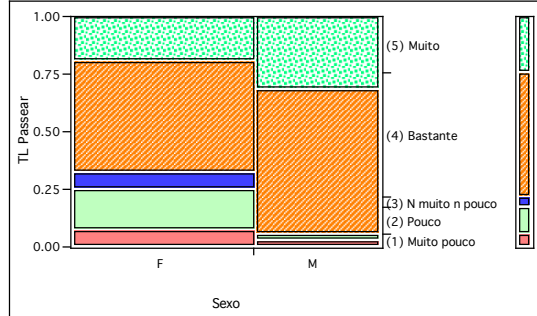


Tabela de Contingência

Casos Total %	(1) mPouco	(2) Pouco	(3) nM nPouco	(4) Bast.	(5) Muito	
F	4 4.60 80.00 7.69	9 10.34 90.00 17.31	4 4.60 100.00 7.69	25 28.74 53.19 48.08	10 11.49 47.62 19.23	52 59.77
M	1 1.15 20.00 2.86	1 1.15 10.00 2.86	0 0.00 0.00 0.00	22 25.29 46.81 62.86	11 12.64 52.38 31.43	35 40.23
	5 5.75	10 11.49	4 4.60	47 54.02	21 24.14	87

Testes

Origem	GL	-LogLike	R Quad. (U)
Modelo	4	5.86493	0.0548
Erro	79	101.15895	
C. Total	83	107.02388	
N	87		

Testes

Teste	χ^2	Probab. > χ^2
Likelihood Ratio	11.730	0.0195
Pearson	9.479	0.0502

Nota: 20% das células têm valores esperados com menos de 5 casos - χ^2 suspeito.

Passear, é maioritariamente aceite como "Bastante" importante.

Quadro III-152 - Lares de Idosos - Análise de Contingência: Tempos Livres - Passear: (50.4) vs Sexo

Mosaico

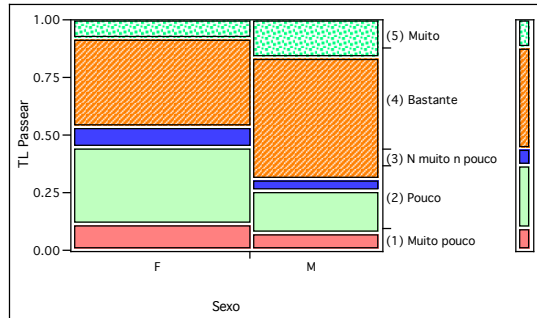


Tabela de Contingência

Casos Total %	(1) mPouco	(2) Pouco	(3) nM nPouco	(4) Bast.	(5) Muito	
F	35 6.52 67.31 11.15	106 19.74 72.60 33.76	27 5.03 69.23 8.60	120 22.35 50.63 38.22	26 4.84 41.27 8.28	314 58.47
M	17 3.17 32.69 7.62	40 7.45 27.40 17.94	12 2.23 30.77 5.38	117 21.79 49.37 52.47	37 6.89 58.73 16.59	223 41.53
	52 9.68	146 27.19	39 7.26	237 44.13	63 11.73	537

Testes

Origem	GL	-LogLike	R Quad. (U)
Modelo	4	14.85023	0.0200
Erro	529	727.83286	
C. Total	533	742.68309	
N	537		

Testes

Teste	χ^2	Probab. > χ^2
Likelihood Ratio	29.700	<.0001
Pearson	29.212	<.0001

Maioritariamente aceite como importante.

Quadro III-153 - Em Casa - Análise de Contingência: Tempos Livres - Passear: (50.4) vs Sexo

Mosaico

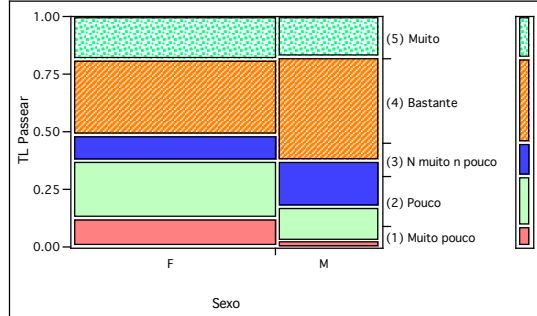


Tabela de Contingência

Casos Total	(1) mPouco	(2) Pouco	(3) nM nPouco	(4) Bast.	(5) Muito	
F	10 8.33 90.91 12.50	20 16.67 76.92 25.00	9 7.50 52.94 11.25	26 21.67 59.09 32.50	15 12.50 68.18 18.75	80 66.67
M	1 0.83 9.09 2.50	6 5.00 23.08 15.00	8 6.67 47.06 20.00	18 15.00 40.91 45.00	7 5.83 31.82 17.50	40 33.33
	11 9.17	26 21.67	17 14.17	44 36.67	22 18.33	120

Testes

Origem	GL	-LogLike	R Quad. (U)
Modelo	4	3.70337	0.0205
Erro	112	177.03638	
C. Total	116	180.73975	
N	120		

Testes

Teste	χ^2	Probab. > χ^2
Likelihood Ratio	7.407	0.1159
Pearson	6.740	0.1503

Nota: 20% das células têm valores esperados com menos de 5 casos - χ^2 suspeito.

Maioritariamente aceite como importante. Diferenças significativas entre sexos.

Quadro III-154 - Centros de Dia - Análise de Contingência: Tempos Livres - Fazer jardinagem: (50.5) vs Sexo

Mosaico

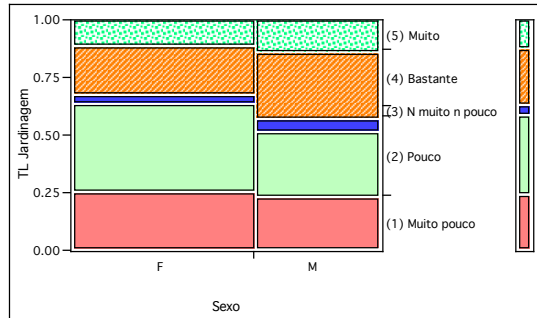


Tabela de Contingência

Casos Total	(1) mPouco	(2) Pouco	(3) nM nPouco	(4) Bast.	(5) Muito	
F	13 14.94 61.90 25.00	20 22.99 66.67 38.46	2 2.30 50.00 3.85	11 12.64 52.38 21.15	6 6.90 54.55 11.54	52 59.77
M	8 9.20 38.10 22.86	10 11.49 33.33 28.57	2 2.30 50.00 5.71	10 11.49 47.62 28.57	5 5.75 45.45 14.29	35 40.23
	21 24.14	30 34.48	4 4.60	21 24.14	11 12.64	87

Testes

Origem	GL	-LogLike	R Quad. (U)
Modelo	4	0.69767	0.0055
Erro	79	126.00845	
C. Total	83	126.70612	
N	87		

Testes

Teste	χ^2	Probab. > χ^2
Likelihood Ratio	1.395	0.8450
Pearson	1.394	0.8453

Nota: 20% das células têm valores esperados com menos de 5 casos - χ^2 suspeito.

A aceitação e o não reconhecimento equilibram-se. Maior adesão dos Homens.

Quadro III-155 - Lares de Idosos - Análise de Contingência: Tempos Livres - Fazer jardinagem: (50.5) vs Sexo

Mosaico

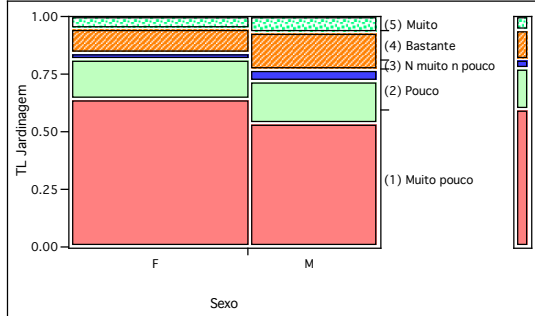


Tabela de Contingência

Casos Total	(1) mPouco	(2) Pouco	(3) nM nPouco	(4) Bast.	(5) Muito	
F	202 37.62 62.73 64.33	54 10.06 56.84 17.20	9 1.68 47.37 2.87	32 5.96 46.38 10.19	17 3.17 53.12 5.41	314 58.47
M	120 22.35 37.27 53.81	41 7.64 43.16 18.39	10 1.86 52.63 4.48	37 6.89 53.62 16.59	15 2.79 46.88 6.73	223 41.53
	322 59.96	95 17.69	19 3.54	69 12.85	32 5.96	537

Testes

Origem	GL	-LogLike	R Quad. (U)
Modelo	4	3.97157	0.0064
Erro	529	620.58426	
C. Total	533	624.55584	
N	537		

Testes

Teste	χ^2	Probab. > χ^2
Likelihood Ratio	7.943	0.0937
Pearson	8.010	0.0912

“Muito Pouco” e “Pouco” reconhecimento. Maior adesão dos Homens.

Quadro III-156 - Em Casa - Análise de Contingência: Tempos Livres - Fazer jardinagem: (50.5) vs Sexo

Mosaico

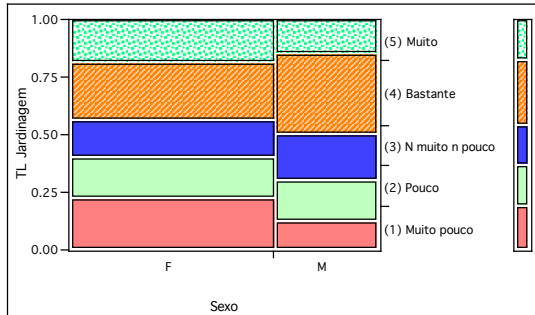


Tabela de Contingência

Casos Total	(1) mPouco	(2) Pouco	(3) nM nPouco	(4) Bast.	(5) Muito	
F	18 15.00 78.26 22.50	14 11.67 66.67 17.50	13 10.83 61.90 16.25	20 16.67 58.82 25.00	15 12.50 71.43 18.75	80 66.67
M	5 4.17 21.74 12.50	7 5.83 33.33 17.50	8 6.67 38.10 20.00	14 11.67 41.18 35.00	6 5.00 28.57 15.00	40 33.33
	23 19.17	21 17.50	21 17.50	34 28.33	21 17.50	120

Testes

Origem	GL	-LogLike	R Quad. (U)
Modelo	4	1.41885	0.0074
Erro	112	189.26262	
C. Total	116	190.68147	
N	120		

Testes

Teste	χ^2	Probab. > χ^2
Likelihood Ratio	2.838	0.5853
Pearson	2.761	0.5986

A aceitação e o não reconhecimento equilibram-se. Maior adesão dos Homens.

Quadro III-157 - Centros de Dia - Análise de Contingência: Tempos Livres - Fazer horticultura: (50.6) vs Sexo

Mosaico

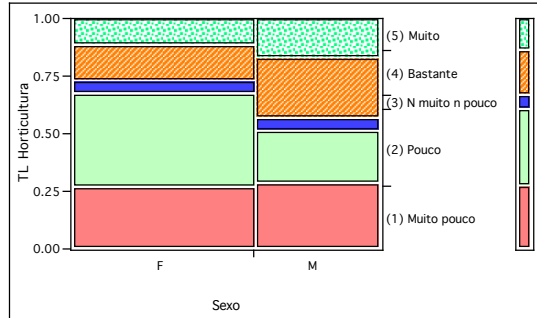


Tabela de Contingência

Casos Total	(1) mPouco	(2) Pouco	(3) nM nPouco	(4) Bast.	(5) Muito	
F	14 16.09 58.33 26.92	21 24.14 72.41 40.38	3 3.45 60.00 5.77	8 9.20 47.06 15.38	6 6.90 50.00 11.54	52 59.77
M	10 11.49 41.67 28.57	8 9.20 27.59 22.86	2 2.30 40.00 5.71	9 10.34 52.94 25.71	6 6.90 50.00 17.14	35 40.23
	24 27.59	29 33.33	5 5.75	17 19.54	12 13.72	87

Testes

Origem	GL	-LogLike	R Quad. (U)
Modelo	4	1.81354	0.0141
Erro	79	126.76490	
C. Total	83	128.57844	
N	87		

Testes

Teste	χ^2	Probab. > χ^2
Likelihood Ratio	3.627	0.4588
Pearson	3.567	0.4677

Nota: 20% das células têm valores esperados com menos de 5 casos - χ^2 suspeito.

A aceitação e o não reconhecimento equilibram-se. Maior adesão dos Homens.

Quadro III-158 - Lares de Idosos - Análise de Contingência: Tempos Livres - Fazer horticultura: (50.6) vs Sexo

Mosaico

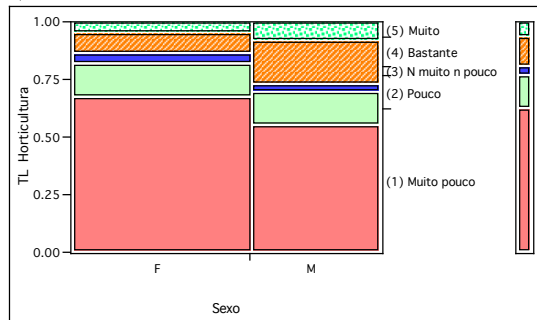


Tabela de Contingência

Casos Total	(1) mPouco	(2) Pouco	(3) nM nPouco	(4) Bast.	(5) Muito	
F	212 39.48 63.28 67.52	46 8.57 58.23 14.65	13 2.42 65.00 4.14	28 5.21 40.00 8.92	15 2.79 45.45 4.78	314 58.47
M	123 22.91 36.72 55.16	33 6.15 41.77 14.80	7 1.30 35.00 3.14	42 7.82 60.00 18.83	18 3.35 54.55 8.07	223 41.53
	335 62.38	79 14.71	20 3.72	70 13.04	33 6.15	537

Testes

Origem	GL	-LogLike	R Quad. (U)
Modelo	4	7.75233	0.0127
Erro	529	602.21448	
C. Total	533	609.96681	
N	537		

Testes

Teste	χ^2	Probab. > χ^2
Likelihood Ratio	15.505	0.0038
Pearson	15.686	0.0035

A aceitação e o não reconhecimento equilibram-se. Maior adesão dos Homens.

A Depressão no Idoso

Quadro III-159 - Em Casa - Análise de Contingência: Tempos Livres - Fazer horticultura: (50.6) vs Sexo

Mosaico

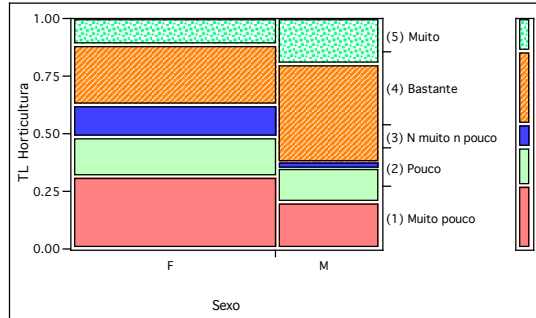


Tabela de Contingência

Casos Total	(1) mPouco	(2) Pouco	(3) nM nPouco	(4) Bast.	(5) Muito	
F	25 20.83 75.76 31.25	14 11.67 70.00 17.50	11 9.17 91.67 13.75	21 17.50 55.26 26.25	9 7.50 52.94 11.25	80 66.67
M	8 6.67 24.24 20.00	6 5.00 30.00 15.00	1 0.83 8.33 2.50	17 14.17 44.74 42.50	8 6.67 47.06 20.00	40 33.33
	33 27.50	20 16.67	12 10.00	38 31.67	17 14.17	120

Testes

Origem	GL	-LogLike	R Quad. (U)
Modelo	4	4.56231	0.0249
Erro	112	178.42552	
C. Total	116	182.98783	
N	120		

Testes

Teste	χ^2	Probab. > χ^2
Likelihood Ratio	9.125	0.0581
Pearson	8.367	0.0790

A Jardinagem e a Horticultura têm padrões idênticos, com uma ligeira vantagem para a Horticultura.

Quadro III-160 - Centros de Dia - Análise de Contingência: Tempos Livres - Fazer tricô: (50.7) vs Sexo

Mosaico

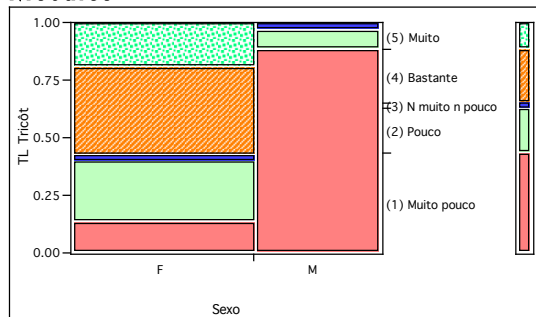


Tabela de Contingência

Casos Total	(1) mPouco	(2) Pouco	(3) nM nPouco	(4) Bast.	(5) Muito	
F	7 8.05 18.42 13.46	14 16.09 82.35 26.92	1 1.15 50.00 1.92	20 22.99 100.00 38.46	10 11.49 100.00 19.23	52 59.77
M	31 35.63 81.58 88.57	3 3.45 17.65 8.57	1 1.15 50.00 2.86	0 0.00 0.00 0.00	0 0.00 0.00 0.00	35 40.23
	38 43.68	17 19.54	2 2.30	20 22.99	10 11.49	87

Testes

Origem	GL	-LogLike	R Quad. (U)
Modelo	4	31.17057	0.2646
Erro	79	86.64375	
C. Total	83	117.81431	
N	87		

Testes

Teste	χ^2	Probab. > χ^2
Likelihood Ratio	62.341	<.0001
Pearson	50.897	<.0001

Nota: 20% das células têm valores esperados com menos de 5 casos - χ^2 suspeito.

As respostas são diferenciadoras dos sexos.

Quadro III-161 - Lares de Idosos - Análise de Contingência: Tempos Livres - Fazer tricô: (50.7) vs Sexo

Mosaico

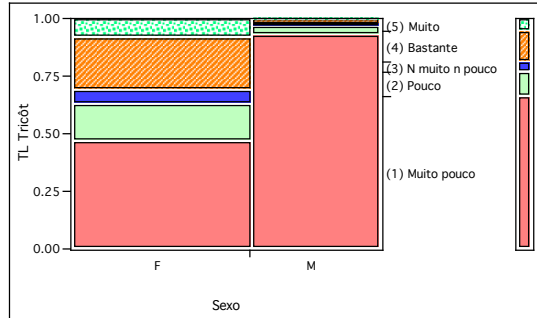


Tabela de Contingência

Casos Total	(1) mPouco	(2) Pouco	(3) nM nPouco	(4) Bast.	(5) Muito	
F	148 27.56 41.57 47.13	50 9.31 86.21 15.92	19 3.54 86.36 6.05	71 13.22 95.95 22.61	26 4.84 96.30 8.28	314 58.47
M	208 38.73 58.43 93.27	8 1.49 13.79 3.59	3 0.56 13.64 1.35	3 0.56 4.05 1.35	1 0.19 3.70 0.45	223 41.53
	356 66.29	58 10.80	22 4.10	74 13.78	27 5.03	537

Testes

Origem	GL	-LogLike	R Quad. (U)
Modelo	4	73.92871	0.1290
Erro	529	499.17989	
C. Total	533	573.10860	
N	537		

Testes

Teste	χ^2	Probab. > χ^2
Likelihood Ratio	147.857	<.0001
Pearson	125.994	<.0001

"Muito Pouco" nas Mulheres (47%), e em relação ao observado em CD's, acompanha a perda de actividade que os Lares normalmente trazem (ver?????).

Quadro III-162 - Em Casa - Análise de Contingência: Tempos Livres - Fazer tricô: (50.7) vs Sexo

Mosaico

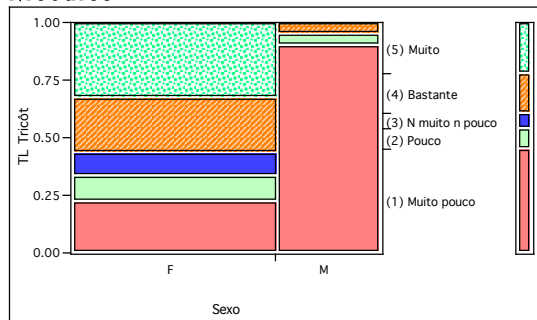


Tabela de Contingência

Casos Total	(1) mPouco	(2) Pouco	(3) nM nPouco	(4) Bast.	(5) Muito	
F	18 15.00 33.33 22.50	9 7.50 81.82 11.25	8 6.67 100.00 10.00	19 15.83 90.48 23.75	26 21.67 100.00 32.50	80 66.67
M	36 30.00 66.67 90.00	2 1.67 18.18 5.00	0 0.00 0.00 0.00	2 1.67 9.52 5.00	0 0.00 0.00 0.00	40 33.33
	54 45.00	11 9.17	8 6.67	21 17.50	26 21.67	120

Testes

Origem	GL	-LogLike	R Quad. (U)
Modelo	4	30.19007	0.1803
Erro	112	137.24594	
C. Total	116	167.43601	
N	120		

Testes

Teste	χ^2	Probab. > χ^2
Likelihood Ratio	60.380	<.0001
Pearson	50.494	<.0001

Padrões próximos aos dos CD's.

A Depressão no Idoso

Quadro III-163 – Centros de Dia – Análise de Contingência: Tempos Livres – Jogar às cartas: (50.8) vs Sexo

Mosaico

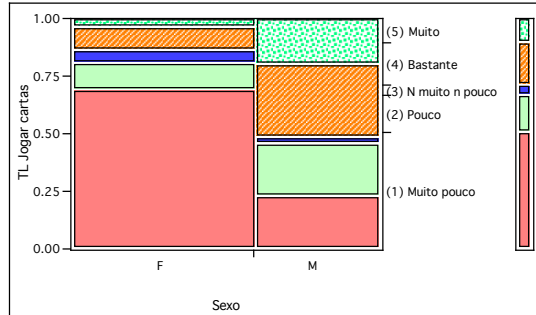


Tabela de Contingência

Casos Total % Col % Lin %	(1) mPouco	(2) Pouco	(3) nM nPouco	(4) Bast.	(5) Muito	
F	36 41.38 81.82 69.23	6 6.90 42.86 11.54	3 3.45 75.00 5.77	5 5.75 31.25 9.62	2 2.30 22.22 3.85	52 59.77
M	8 9.20 18.18 22.86	8 9.20 57.14 22.86	1 1.15 25.00 2.86	11 12.64 68.75 31.43	7 8.05 77.78 20.00	35 40.23
	44 50.57	14 16.09	4 4.60	16 18.39	9 10.34	87

Testes

Origem	GL	-LogLike	R Quad. (U)
Modelo	4	11.25523	0.0975
Erro	79	104.14601	
C. Total	83	115.40124	
N	87		

Testes

Teste	χ^2	Probab. > χ^2
Likelihood Ratio	22.510	0.0002
Pearson	21.636	0.0002

Nota: 20% das células têm valores esperados com menos de 5 casos - χ^2 suspeito.

As respostas apresentam uma diferenciação entre sexos, inversa da observada na questão anterior (50.7).

Quadro III-164 – Lares de Idosos – Análise de Contingência: Tempos Livres – Jogar às cartas: (50.8) vs Sexo

Mosaico

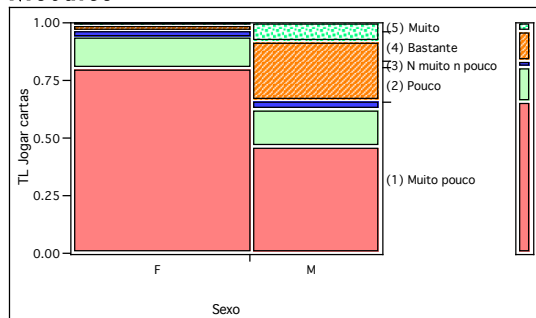


Tabela de Contingência

Casos Total % Col % Lin %	(1) mPouco	(2) Pouco	(3) nM nPouco	(4) Bast.	(5) Muito	
F	252 46.93 70.99 80.25	44 8.19 55.00 14.01	6 1.12 40.00 1.91	10 1.86 14.93 3.18	2 0.37 10.00 0.64	314 58.47
M	103 19.18 29.01 46.19	36 6.70 45.00 16.14	9 1.68 60.00 4.04	57 10.61 85.07 25.56	18 3.35 90.00 8.07	223 41.53
	355 66.11	80 14.90	15 2.79	67 12.48	20 3.72	537

Testes

Origem	GL	-LogLike	R Quad. (U)
Modelo	4	50.78110	0.0910
Erro	529	507.38612	
C. Total	533	558.16723	
N	537		

Testes

Teste	χ^2	Probab. > χ^2
Likelihood Ratio	101.562	<.0001
Pearson	97.075	<.0001

As respostas apresentam uma diferenciação entre sexos, inversa da observada na questão anterior (50.7).

Quadro III-165 - Em Casa - Análise de Contingência: Tempos Livres - Jogar às cartas: (50.8) vs Sexo

Mosaico

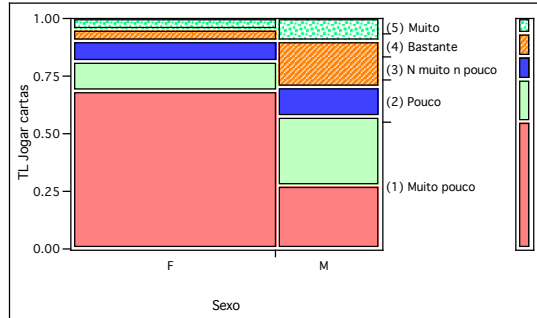


Tabela de Contingência

Casos Total	(1) mPouco	(2) Pouco	(3) nM nPouco	(4) Bast.	(5) Muito	
F	55 45.83	10 8.33	7 5.83	4 3.33	4 3.33	80 66.67
M	11 9.17	12 10.00	5 4.17	8 6.67	4 3.33	40 33.33
	66 55.00	22 18.33	12 10.00	12 10.00	8 6.67	120

Testes

Origem	GL	-LogLike	R Quad. (U)
Modelo	4	10.15279	0.0661
Erro	112	143.55278	
C. Total	116	153.70557	
N	120		

Testes

Teste	χ^2	Probab. > χ^2
Likelihood Ratio	20.306	0.0004
Pearson	20.080	0.0005

Nota: 20% das células têm valores esperados com menos de 5 casos - χ^2 suspei-to.

As respostas apresentam uma diferenciação entre sexos, inversa da observada na questão anterior (50.7).

Quadro III-166 - Centros de Dia - Análise de Contingência: Tempos Livres - Conversar com amigos: (50.9) vs Sexo

Mosaico

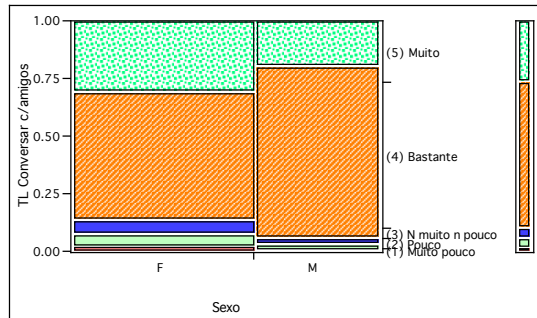


Tabela de Contingência

Casos Total	(1) mPouco	(2) Pouco	(3) nM nPouco	(4) Bast.	(5) Muito	
F	1 1.15	3 3.45	3 3.45	29 33.33	16 18.39	52 59.77
M	0 0.00	1 1.15	1 1.15	26 29.89	7 8.05	35 40.23
	1 1.15	4 4.60	4 4.60	55 63.22	23 26.44	87

Testes

Origem	GL	-LogLike	R Quad. (U)
Modelo	4	1.958657	0.0231
Erro	79	82.965302	
C. Total	83	84.923959	
N	87		

Testes

Teste	χ^2	Probab. > χ^2
Likelihood Ratio	3.917	0.4173
Pearson	3.497	0.4783

Nota: 20% das células têm valores esperados com menos de 5 casos - χ^2 suspei-to.

"Bastante" e "Muito" perfazem cerca de 90% (86% e 94%).

Quadro III-167 - Lares de Idosos - Análise de Contingência: Tempos Livres - Conversar com amigos: (50.9) vs Sexo

Mosaico

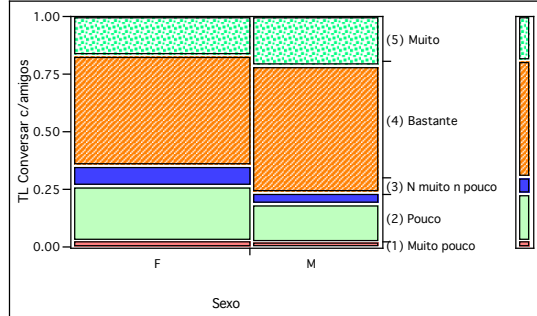


Tabela de Contingência

Casos Total	(1) mPouco	(2) Pouco	(3) nM nPouco	(4) Bast.	(5) Muito	
F	8	75	27	150	54	314
	1.49	13.97	5.03	27.93	10.06	58.47
	66.67	66.37	71.05	55.15	52.94	
	2.55	23.89	8.60	47.77	17.20	
M	4	38	11	122	48	223
	0.74	7.08	2.05	22.72	8.94	41.53
	33.33	33.63	28.95	44.85	47.06	
	1.79	17.04	4.93	54.71	21.52	
	12	113	38	272	102	537
	2.23	21.04	7.08	50.65	18.99	

Testes

Origem	GL	-LogLike	R Quad. (U)
Modelo	4	4.19859	0.0062
Erro	529	672.61502	
C. Total	533	676.81361	
N	537		

Testes

Teste	χ^2	Probab. > χ^2
Likelihood Ratio	8.397	0.0781
Pearson	8.236	0.0833

"Bastante" e "Muito" perfazem cerca de 70% (64% e 72%).

Quadro III-168 - Em Casa - Análise de Contingência: Tempos Livres - Conversar com amigos: (50.9) vs Sexo

Mosaico

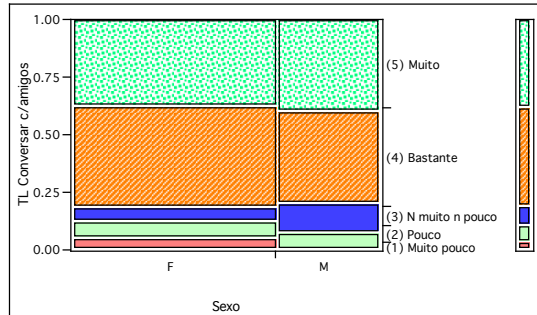


Tabela de Contingência

Casos Total	(1) mPouco	(2) Pouco	(3) nM nPouco	(4) Bast.	(5) Muito	
F	4	6	5	35	30	80
	3.33	5.00	4.17	29.17	25.00	66.67
	100.00	66.67	50.00	68.63	65.22	
	5.00	7.50	6.25	43.75	37.50	
M	0	3	5	16	16	40
	0.00	2.50	4.17	13.33	13.33	33.33
	0.00	33.33	50.00	31.37	34.78	
	0.00	7.50	12.50	40.00	40.00	
	4	9	10	51	46	120
	3.33	7.50	8.33	42.50	38.33	

Testes

Origem	GL	-LogLike	R Quad. (U)
Modelo	4	2.27693	0.0152
Erro	112	147.23542	
C. Total	116	149.51235	
N	120		

Testes

Teste	χ^2	Probab. > χ^2
Likelihood Ratio	4.554	0.3362
Pearson	3.382	0.4961

Nota: 20% das células têm valores esperados com menos de 5 casos - χ^2 suspeito.

O "Muito" destaca-se, com o "Bastante", totalizam cerca de 80%.

Quadro III-169 - Centros de Dia - Análise de Contingência: Tem alguém com quem possa falar de assuntos pessoais sempre que deseja? (51) vs Sexo

Mosaico

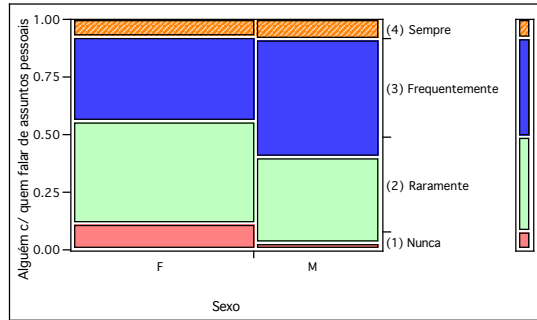


Tabela de Contingência

Casos	(1) Nunca	(2) Ra-ram.	(3) Freq.	(4) Sem-pre	
Total %					
Col %					
Lin %					
F	6 6.90 85.71 11.54	23 26.44 63.89 44.23	19 21.84 51.35 36.54	4 4.60 57.14 7.69	52 59.77
M	1 1.15 14.29 2.86	13 14.94 36.11 37.14	18 20.69 48.65 51.43	3 3.45 42.86 8.57	35 40.23
	7 8.05	36 41.38	37 42.53	7 8.05	87

Testes

Origem	GL	-LogLike	R Quad. (U)
Modelo	3	1.802076	0.0183
Erro	81	96.878544	
C. Total	84	98.680620	
N	87		

Testes

Teste	χ^2	Probab. > χ^2
Likelihood Ratio	3.604	0.3075
Pearson	3.324	0.3443

Nota: 20% das células têm valores esperados com menos de 5 casos - χ^2 suspeito.

Há equilíbrio ainda que ressalte o maior isolamento das Mulheres.

Quadro III-170 - Lares de Idosos - Análise de Contingência: Tem alguém com quem possa falar de assuntos pessoais sempre que deseja? (51) vs Sexo

Mosaico

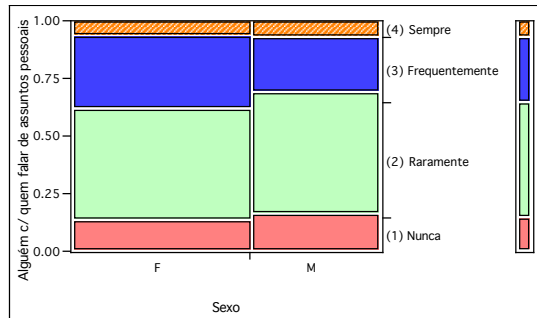


Tabela de Contingência

Casos	(1) Nunca	(2) Ra-ram.	(3) Freq.	(4) Sem-pre	
Total %					
Col %					
Lin %					
F	43 8.01 54.43 13.69	152 28.31 56.30 48.41	99 18.44 65.13 31.53	20 3.72 55.56 6.37	314 58.47
M	36 6.70 45.57 16.14	118 21.97 43.70 52.91	53 9.87 34.87 23.77	16 2.98 44.44 7.17	223 41.53
	79 14.71	270 50.28	152 28.31	36 6.70	537

Testes

Origem	GL	-LogLike	R Quad. (U)
Modelo	3	2.00276	0.0032
Erro	531	624.18139	
C. Total	534	626.18415	
N	537		

Testes

Teste	χ^2	Probab. > χ^2
Likelihood Ratio	4.006	0.2609
Pearson	3.960	0.2658

O isolamento é patente. Os Homens parecem ser mais afectados.

A Depressão no Idoso

Quadro III-171 - Em Casa - Análise de Contingência: Tem alguém com quem possa falar de assuntos pessoais sempre que deseja? (51) vs Sexo

Mosaico

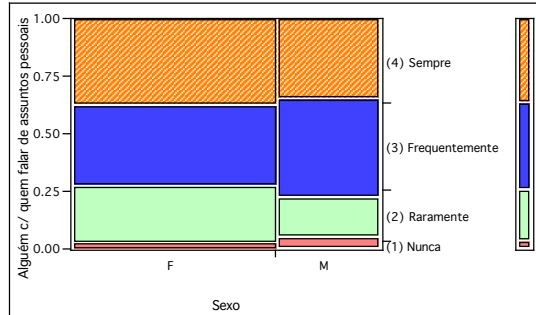


Tabela de Contingência

Casos	(1) Nunca	(2) Ra-ram.	(3) Freq.	(4) Sem-pre	
Total %					
Col %					
Lin %					
F	2	20	28	30	80
	1.67	16.67	23.33	25.00	66.67
	50.00	74.07	62.22	68.18	
	2.50	25.00	35.00	37.50	
M	2	7	17	14	40
	1.67	5.83	14.17	11.67	33.33
	50.00	25.93	37.78	31.82	
	5.00	17.50	42.50	35.00	
	4	27	45	44	120
	3.33	22.50	37.50	36.67	

Testes

Origem	GL	-LogLike	R Quad. (U)
Modelo	3	0.80245	0.0056
Erro	114	141.35963	
C. Total	117	142.16208	
N	120		

Testes

Teste	χ^2	Probab. > χ^2
Likelihood Ratio	1.605	0.6583
Pearson	1.612	0.6566

Nota: 20% das células têm valores esperados com menos de 5 casos - χ^2 suspeito.

O "Sempre" atinge os 38% nas Mulheres e 35% nos Homens; o "Frequentemente" 35% e 43% respectivamente nas Mulheres e Homens. Há indiscutivelmente um "confiabilidade" maior que nos outros grupos.

Quadro III-172 - Centros de Dia - Análise de Contingência: Sente-se satisfeito(a) com a sua vida sexual? (52) vs Sexo

Mosaico

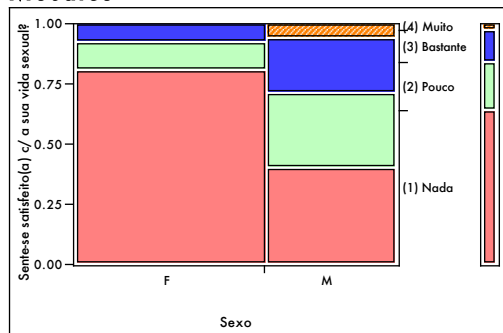


Tabela de Contingência

Casos	(1) Nada	(2) Pouco	(3) Bast.	(4) Muito	
Total %					
Col %					
Lin %					
F	42	6	4	0	52
	48.28	6.90	4.60	0.00	59.77
	75.00	35.29	33.33	0.00	
	80.77	11.54	7.69	0.00	
M	14	11	8	2	35
	16.09	12.64	9.20	2.30	40.23
	25.00	64.71	66.67	100.00	
	40.00	31.43	22.86	5.71	
	56	17	12	2	87
	64.37	19.54	13.79	2.30	

Testes

Origem	GL	-LogLike	R Quad. (U)
Modelo	3	8.465991	0.1011
Erro	81	75.278520	
C. Total	84	83.744511	
N	87		

Testes

Teste	χ^2	Probab. > χ^2
Likelihood Ratio	16.932	0.0007
Pearson	16.097	0.0011

Nota: 20% das células têm valores esperados com menos de 5 casos - χ^2 suspeito.

“Nada” atinge 81% nas Mulheres, cerca do dobro do obtido nos Homens; “Bastante” é sensivelmente o triplo nos Homens que nas Mulheres (23% vs 8%); “Muito” é inexistente nas Mulheres e representa 6% nos Homens.

Quadro III-173 - Lares de Idosos - Análise de Contingência: Sente-se satisfeito(a) com a sua vida sexual? (52) vs Sexo

Mosaico

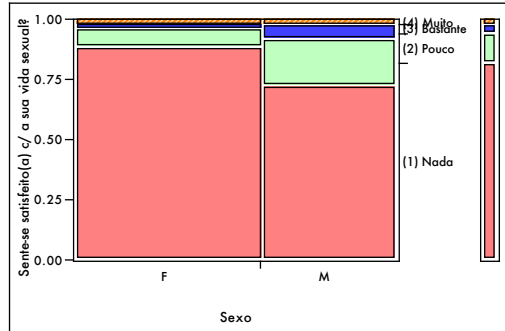


Tabela de Contingência

Casos	(1) Nada	(2) Pouco	(3) Bast.	(4) Muito	
Total %					
Col %					
Lin %					
F	279 51.96 63.27 88.85	23 4.28 34.85 7.32	6 1.12 30.00 1.91	6 1.12 60.00 1.91	314 58.47
M	162 30.17 36.73 72.65	43 8.01 65.15 19.28	14 2.61 70.00 6.28	4 0.74 40.00 1.79	223 41.53
	441 82.12	66 12.29	20 3.72	10 1.86	537

Testes

Origem	GL	-LogLike	R Quad. (U)
Modelo	3	12.88553	0.0389
Erro	531	317.96894	
C. Total	534	330.85448	
N	537		

Testes

Teste	χ^2	Probab. > χ^2
Likelihood Ratio	25.771	<.0001
Pearson	26.028	<.0001

“Nada” é maioritário para as Mulheres (89% vs 73%); “Bastante” tem expressão nos Homens (6%); “Muito” atinge cerca de 2% em ambos os sexos.

Quadro III-174 - Em Casa - Análise de Contingência: Sente-se satisfeito(a) com a sua vida sexual? (52) vs Sexo

Mosaico

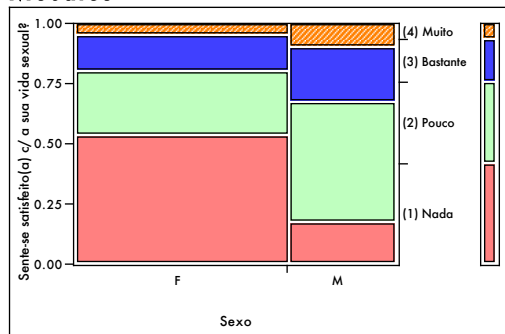


Tabela de Contingência

Casos	(1) Nada	(2) Pouco	(3) Bast.	(4) Muito	
Total %					
Col %					
Lin %					
F	43 35.83 86.00 53.75	21 17.50 51.22 26.25	12 10.00 57.14 15.00	4 3.33 50.00 5.00	80 66.67
M	7 5.83 14.00 17.50	20 16.67 48.78 50.00	9 7.50 42.86 22.50	4 3.33 50.00 10.00	40 33.33
	50 41.67	41 34.17	21 17.50	8 6.67	120

Testes

Origem	GL	-LogLike	R Quad. (U)
Modelo	3	7.84044	0.0537
Erro	114	138.23046	
C. Total	117	146.07090	
N	120		

Testes

Teste	χ^2	Probab. > χ^2
Likelihood Ratio	15.681	0.0013
Pearson	14.670	0.0021

“Nada” é três vezes maior nas Mulheres que nos Homens (54% vs 18%), “Pouco” é duplo nos Homens, “Bastante” é muito maior nos Homens que nas Mulheres

A Depressão no Idoso

(23% vs 15%) e “Muito” é 10% nos Homens, o dobro do verificada nas Mulheres, 5%; este grupo é apesar das desproporções referidas, o de maior equilíbrio.

Quadro III-175 – Centros de Dia – Análise de Contingência: Sente-se facilmente aborrecido(a) ou irritado(a)? (53) vs Sexo

Mosaico

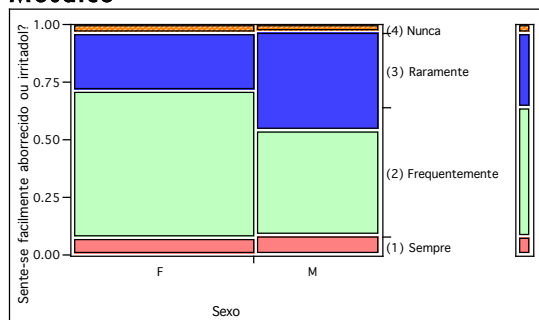


Tabela de Contingência

Casos	(1) Sem- pre	(2) Freq.	(3) Ra- ram.	(4) Nunca	
Total %					
Col %					
Lin %					
F	4 4.60 57.14 7.69	33 37.93 67.35 63.46	13 14.94 46.43 25.00	2 2.30 66.67 3.85	52 59.77
M	3 3.45 42.86 8.57	16 18.39 32.65 45.71	15 17.24 53.57 42.86	1 1.15 33.33 2.86	35 40.23
	7 8.05	49 56.32	28 32.18	3 3.45	87

Testes

Origem	GL	-LogLike	R Quad. (U)
Modelo	3	1.652594	0.0189
Erro	81	85.963283	
C. Total	84	87.615878	
N	87		

Testes

Teste	χ^2	Probab. > χ^2
Likelihood Ratio	3.305	0.3469
Pearson	3.322	0.3446

Nota: 20% das células têm valores esperados com menos de 5 casos – χ^2 suspeito.

As Mulheres entre o “Sempre e o “Frequentemente” representam cerca de 71%, contra 54% nos Homens; nestes, o “Raramente” é 43% contra 25%; “Nunca” é idêntico para ambos os sexos.

Quadro III-176 – Lares de Idosos – Análise de Contingência: Sente-se facilmente aborrecido(a) ou irritado(a)? (53) vs Sexo

Mosaico

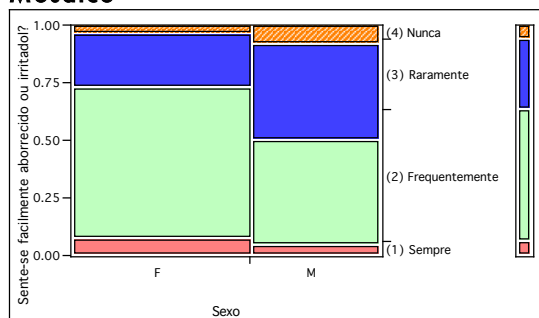


Tabela de Contingência

Casos	(1) Sem- pre	(2) Freq.	(3) Ra- ram.	(4) Nunca	
Total %					
Col %					
Lin %					
F	24 4.47 68.57 7.64	206 38.36 67.10 65.61	72 13.41 43.64 22.93	12 2.23 40.00 3.82	314 58.47
M	11 2.05 31.43 4.93	101 18.81 32.90 45.29	93 17.32 56.36 41.70	18 3.35 60.00 8.07	223 41.53
	35 6.52	307 57.17	165 30.73	30 5.59	537

Testes

Origem	GL	-LogLike	R Quad. (U)
Modelo	3	14.99300	0.0273
Erro	531	533.49161	
C. Total	534	548.48461	
N	537		

Testes

Teste	χ^2	Probab. > χ^2
Likelihood Ratio	29.986	<.0001
Pearson	30.056	<.0001

Os padrões são muito próximos dos verificados em CD's.

Quadro III-177 - Em Casa - Análise de Contingência: Sente-se facilmente aborrecido(a) ou irritado(a)? (53) vs Sexo

Mosaico

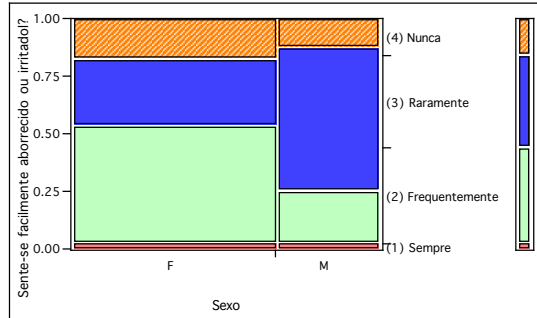


Tabela de Contingência

Casos	(1) Sem- pre	(2) Freq.	(3) Ra- ram.	(4) Nunca	
Total %					
Col %					
Lin %					
F	2 1.67 66.67 2.50	41 34.17 82.00 51.25	23 19.17 47.92 28.75	14 11.67 73.68 17.50	80 66.67
M	1 0.83 33.33 2.50	9 7.50 18.00 22.50	25 20.83 52.08 62.50	5 4.17 26.32 12.50	40 33.33
	3 2.50	50 41.67	48 40.00	19 15.83	120

Testes

Origem	GL	-LogLike	R Quad. (U)
Modelo	3	6.72275	0.0502
Erro	114	127.11728	
C. Total	117	133.84003	
N	120		

Testes

Teste	χ^2	Probab. > χ^2
Likelihood Ratio	13.445	0.0038
Pearson	13.305	0.0040

Nota: 20% das células têm valores esperados com menos de 5 casos - χ^2 suspeito.

Há relativamente aos outros grupos, uma melhoria significativa quer nas Mulheres quer nos Homens, ainda que seja visível a maior irritabilidade das Mulheres; note-se no entanto como o "Nunca" é maior entre as Mulheres (18% vs 13%).

Quadro III-178 - Centros de Dia - Análise de Contingência: Sente-se inferior aos outros? (54) vs Sexo

Mosaico

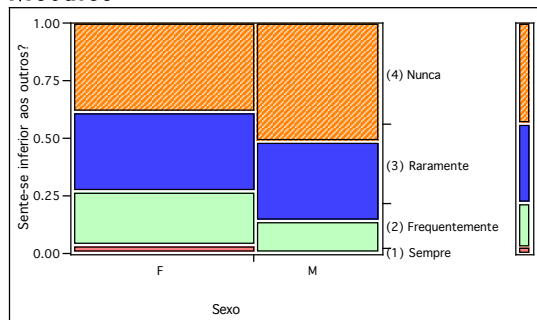


Tabela de Contingência

Casos	(1) Sem- pre	(2) Freq.	(3) Ra- ram.	(4) Nunca	
Total %					
Col %					
Lin %					
F	2 2.30 100.00 3.85	12 13.79 70.59 23.08	18 20.69 60.00 34.62	20 22.99 52.63 38.46	52 59.77
M	0 0.00 0.00 0.00	5 5.75 29.41 14.29	12 13.79 40.00 34.29	18 20.69 47.37 51.43	35 40.23
	2 2.30	17 19.54	30 34.48	38 43.68	87

Testes

Origem	GL	-LogLike	R Quad. (U)
Modelo	3	1.856306	0.0188
Erro	81	96.862583	
C. Total	84	98.718890	
N	87		

Testes

Teste	χ^2	Probab. > χ^2
Likelihood Ratio	3.713	0.2942
Pearson	2.980	0.3948

Nota: 20% das células têm valores esperados com menos de 5 casos - χ^2 suspeito.

A auto-avaliação é apesar de tudo elevada, e em mais de 75%.

A Depressão no Idoso

Quadro III-179 - Lares de Idosos - Análise de Contingência: Sente-se inferior aos outros? (54) vs Sexo

Mosaico

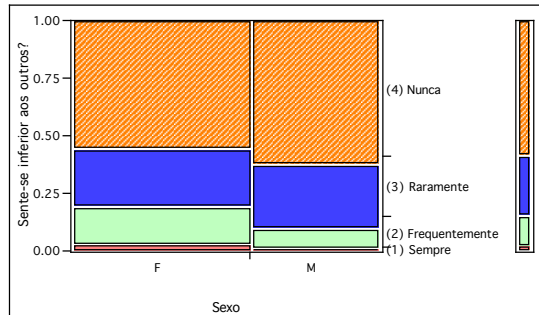


Tabela de Contingência

Casos	(1) Sem- pre	(2) Freq.	(3) Ra- ram.	(4) Nunca	
Total %					
Col %					
Lin %					
F	8 1.49 80.00 2.55	52 9.68 72.22 16.56	79 14.71 56.03 25.16	175 32.59 55.73 55.73	314 58.47
M	2 0.37 20.00 0.90	20 3.72 27.78 8.97	62 11.55 43.97 27.80	139 25.88 44.27 62.33	223 41.53
	10 1.86	72 13.41	141 26.26	314 58.47	537

Testes

Origem	GL	-LogLike	R Quad. (U)
Modelo	3	4.64120	0.0086
Erro	531	536.90942	
C. Total	534	541.55062	
N	537		

Testes

Teste	χ^2	Probab. > χ^2
Likelihood Ratio	9.282	0.0258
Pearson	8.832	0.0316

A auto-avaliação é apesar de tudo elevada, e em mais de 75%.

Quadro III-180 - Em Casa - Análise de Contingência: Sente-se inferior aos outros? (54) vs Sexo

Mosaico

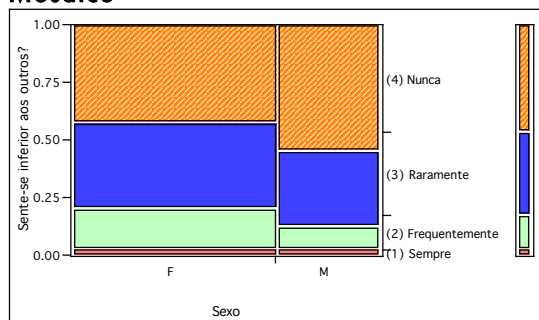


Tabela de Contingência

Casos	(1) Sem- pre	(2) Freq.	(3) Ra- ram.	(4) Nunca	
Total %					
Col %					
Lin %					
F	2 1.67 66.67 2.50	14 11.67 77.78 17.50	30 25.00 69.77 37.50	34 28.33 60.71 42.50	80 66.67
M	1 0.83 33.33 2.50	4 3.33 22.22 10.00	13 10.83 30.23 32.50	22 18.33 39.29 55.00	40 33.33
	3 2.50	18 15.00	43 35.83	56 46.67	120

Testes

Origem	GL	-LogLike	R Quad. (U)
Modelo	3	1.06560	0.0081
Erro	114	130.95958	
C. Total	117	132.02518	
N	120		

Testes

Teste	χ^2	Probab. > χ^2
Likelihood Ratio	2.131	0.5456
Pearson	2.079	0.5562

Nota: 20% das células têm valores esperados com menos de 5 casos - χ^2 suspeito.

A auto-avaliação é apesar de tudo elevada, e em mais de 75%.

Quadro III-181 - Centros de Dia - Análise de Contingência: Tem tendência para ter opinião negativa de si próprio(a)? (55) vs Sexo

Mosaico

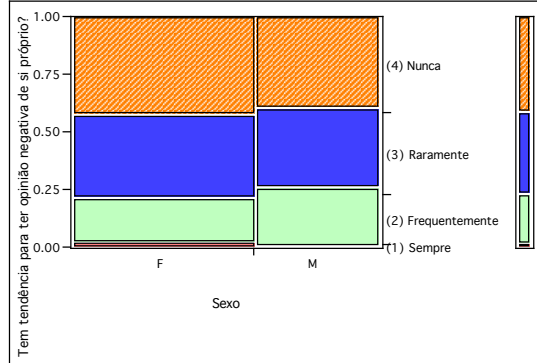


Tabela de Contingência

Casos	(1) Sem- pre	(2) Freq.	(3) Ra- ram.	(4) Nunca	
Total %					
Col %					
Lin %					
F	1 1.15 100.00 1.92	10 11.49 52.63 19.23	19 21.84 61.29 36.54	22 25.29 61.11 42.31	52 59.77
M	0 0.00 0.00 0.00	9 10.34 47.37 25.71	12 13.79 38.71 34.29	14 16.09 38.89 40.00	35 40.23
	1 1.15	19 21.84	31 35.63	36 41.38	87

Testes

Origem	GL	-LogLike	R Quad. (U)
Modelo	3	0.741354	0.0076
Erro	81	96.388026	
C. Total	84	97.129381	
N	87		

Testes

Teste	χ^2	Probab. > χ^2
Likelihood Ratio	1.483	0.6863
Pearson	1.132	0.7692

Nota: 20% das células têm valores esperados com menos de 5 casos - χ^2 suspei-
to.

A auto-estima é próxima do analisado para a questão anterior, pese embora uma
leve inversão entre sexos.

Quadro III-182 - Lares de Idosos - Análise de Contingência: Tem tendência para ter opinião negativa de si próprio(a)? (55) vs Sexo

Mosaico

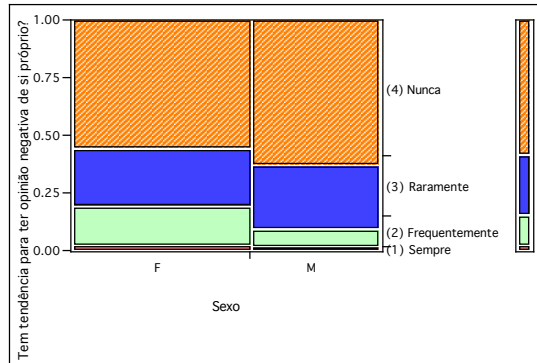


Tabela de Contingência

Casos	(1) Sem- pre	(2) Freq.	(3) Ra- ram.	(4) Nunca	
Total %					
Col %					
Lin %					
F	6 1.12 66.67 1.91	55 10.24 75.34 17.52	78 14.53 55.71 24.84	175 32.59 55.56 55.73	314 58.47
M	3 0.56 33.33 1.35	18 3.35 24.66 8.07	62 11.55 44.29 27.80	140 26.07 44.44 62.78	223 41.53
	9 1.68	73 13.59	140 26.07	315 58.66	537

Testes

Origem	GL	-LogLike	R Quad. (U)
Modelo	3	5.45291	0.0101
Erro	531	533.25919	
C. Total	534	538.71210	
N	537		

Testes

Teste	χ^2	Probab. > χ^2
Likelihood Ratio	10.906	0.0122
Pearson	10.347	0.0158

A auto-estima é próxima do analisado para a questão anterior.

A Depressão no Idoso

Quadro III-183 - Em Casa - Análise de Contingência: Tem tendência para ter opinião negativa de si próprio(a)? (55) vs Sexo

Mosaico

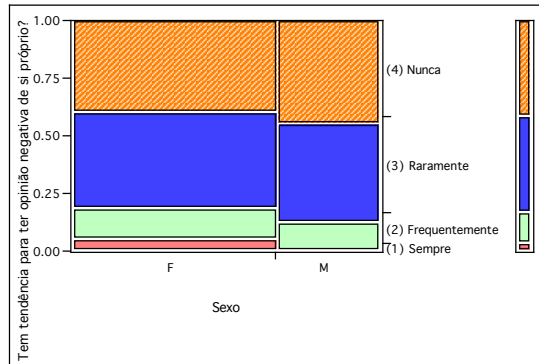


Tabela de Contingência

Casos	(1) Sem- pre	(2) Freq.	(3) Ra- ram.	(4) Nunca	
Total %					
Col %					
Lin %					
F	4 3.33 100.00 5.00	11 9.17 68.75 13.75	33 27.50 66.00 41.25	32 26.67 64.00 40.00	80 66.67
M	0 0.00 0.00 0.00	5 4.17 31.25 12.50	17 14.17 34.00 42.50	18 15.00 36.00 45.00	40 33.33
	4 3.33	16 13.33	50 41.67	50 41.67	120

Testes

Origem	GL	-LogLike	R Quad. (U)
Modelo	3	1.72163	0.0129
Erro	114	131.66848	
C. Total	117	133.39011	
N	120		

Testes

Teste	χ^2	Probab. > χ^2
Likelihood Ratio	3.443	0.3282
Pearson	2.201	0.5317

Nota: 20% das células têm valores esperados com menos de 5 casos - χ^2 suspeito.

A auto-estima é próxima do analisado para a questão anterior.

Quadro III-184 - Centros de Dia - Análise de Contingência: Com que frequência sente que não pode confiar na maioria das pessoas? (56) vs Sexo

Mosaico

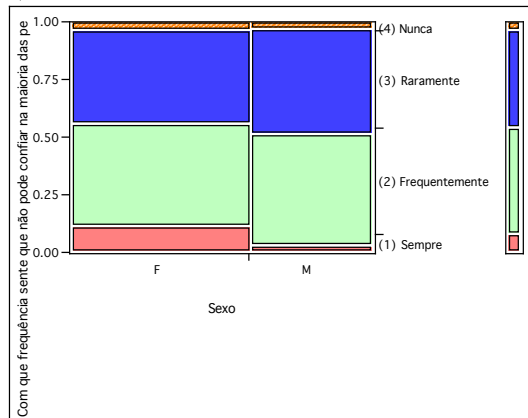


Tabela de Contingência

Casos	(1) Sem- pre	(2) Freq.	(3) Ra- ram.	(4) Nunca	
Total %					
Col %					
Lin %					
F	6 6.90 85.71 11.54	23 26.44 57.50 44.23	21 24.14 56.76 40.38	2 2.30 66.67 3.85	52 59.77
M	1 1.15 14.29 2.86	17 19.54 42.50 48.57	16 18.39 43.24 45.71	1 1.15 33.33 2.86	35 40.23
	7 8.05	40 45.98	37 42.53	3 3.45	87

Testes

Origem	GL	-LogLike	R Quad. (U)
Modelo	3	1.270038	0.0140
Erro	81	89.187620	
C. Total	84	90.457657	
N	87		

Testes

Teste	χ^2	Probab. > χ^2
Likelihood Ratio	2.540	0.4681
Pearson	2.244	0.5233

Nota: 20% das células têm valores esperados com menos de 5 casos - χ^2 suspeito.

Quadro III-185 - Lares de Idosos - Análise de Contingência: Com que frequência sente que não pode confiar na maioria das pessoas? (56) vs Sexo

Mosaico

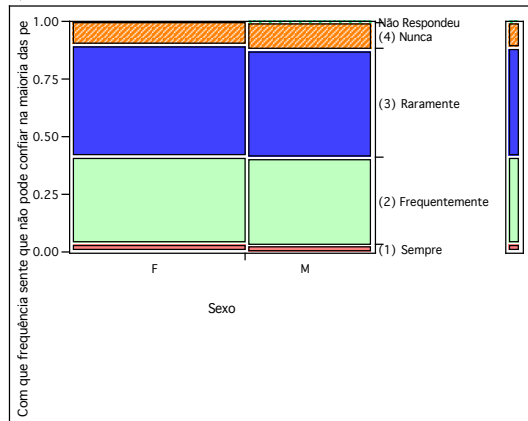


Tabela de Contingência

Casos Total	(1) Sempre	(2) Freq.	(3) Ra-ram.	(4) Nun-ca	NR	
F	12	118	151	33	0	314
	2.23	21.97	28.12	6.15	0.00	58.47
	66.67	58.13	59.22	55.00	0.00	
	3.82	37.58	48.09	10.51	0.00	
M	6	85	104	27	1	223
	1.12	15.83	19.37	5.03	0.19	41.53
	33.33	41.87	40.78	45.00	100.00	
	2.69	38.12	46.64	12.11	0.45	
	18	203	255	60	1	537
	3.35	37.80	47.49	11.17	0.19	

Testes

Origem	GL	-LogLike	R Quad. (U)
Modelo	4	1.31572	0.0022
Erro	529	584.97487	
C. Total	533	586.29059	
N	537		

Testes

Teste	χ^2	Probab. > χ^2
Likelihood Ratio	2.631	0.6213
Pearson	2.272	0.6859

Quadro III-186 - Em Casa - Análise de Contingência: Com que frequência sente que não pode confiar na maioria das pessoas? (56) vs Sexo

Mosaico

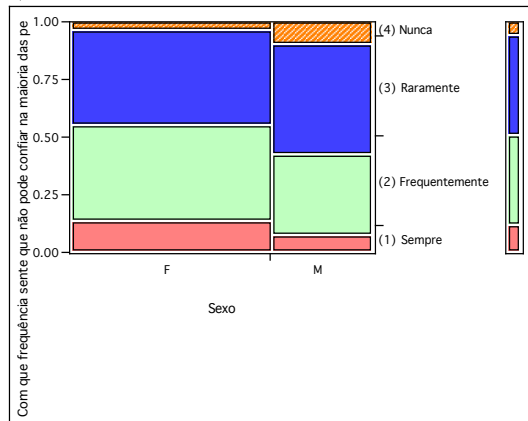


Tabela de Contingência

Casos Total % Col % Lin %	(1) Sem-pre	(2) Freq.	(3) Ra-ram.	(4) Nun-ca	
F	11	33	33	3	80
	9.17	27.50	27.50	2.50	66.67
	78.57	70.21	63.46	42.86	
	13.75	41.25	41.25	3.75	
M	3	14	19	4	40
	2.50	11.67	15.83	3.33	33.33
	21.43	29.79	36.54	57.14	
	7.50	35.00	47.50	10.00	
	14	47	52	7	120
	11.67	39.17	43.33	5.83	

Testes

Origem	GL	-LogLike	R Quad. (U)
Modelo	3	1.56626	0.0114
Erro	114	135.94297	
C. Total	117	137.50922	
N	120		

Testes

Teste	χ^2	Probab. > χ^2
Likelihood Ratio	3.133	0.3716
Pearson	3.185	0.3640

Nota: 20% das células têm valores esperados com menos de 5 casos - χ^2 suspeito.

A Depressão no Idoso

A "desconfiança" é ligeiramente maior entre os que os vivem "Em sua Casa".

Quadro III-187 – Centros de Dia – Análise de Contingência: Sente-se posto(a) à margem e excluído pelas outras pessoas? (57) vs Sexo

Mosaico

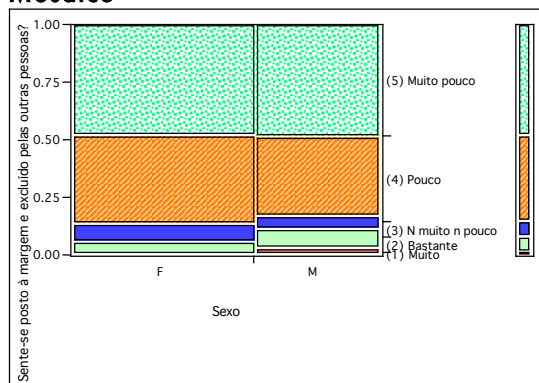


Tabela de Contingência

Casos Total % Col % Lin %	(1) Muito	(2) Bast. to	(3) nM nPouco	(4) Pouco	(5) mPouco	
F	0 0.00 0.00	3 3.45 50.00	4 4.60 66.67	20 22.99 62.50	25 28.74 59.52	52 59.77
M	1 1.15 2.86	3 3.45 8.57	2 2.30 5.71	12 13.79 34.29	17 19.54 48.57	35 40.23
	1 1.15	6 6.90	6 6.90	32 36.78	42 48.28	87

Testes

Origem	GL	-LogLike	R Quad. (U)
Modelo	4	1.138558	0.0115
Erro	79	98.008662	
C. Total	83	99.147220	
N	87		

Testes

Teste	χ^2	Probab. > χ^2
Likelihood Ratio	2.277	0.6849
Pearson	1.943	0.7463

Nota: 20% das células têm valores esperados com menos de 5 casos - χ^2 suspeito.

A aceitação é da ordem dos 87% e muito próxima entre sexos.

Quadro III-188 – Lares de Idosos – Análise de Contingência: Sente-se posto(a) à margem e excluído pelas outras pessoas? (57) vs Sexo

Mosaico

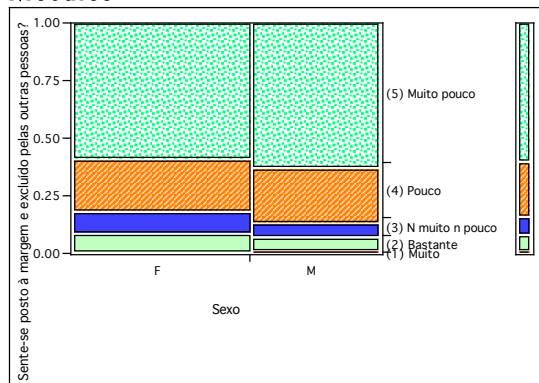


Tabela de Contingência

Casos Total % Col % Lin %	(1) Muito	(2) Bast. to	(3) nM nPouco	(4) Pouco	(5) mPouco	
F	1 0.19 33.33 0.32	26 4.84 66.67 8.28	29 5.40 67.44 9.24	73 13.59 57.48 23.25	185 34.45 56.92 58.92	314 58.47
M	2 0.37 66.67 0.90	13 2.42 33.33 5.83	14 2.61 32.56 6.28	54 10.06 42.52 24.22	140 26.07 43.08 62.78	223 41.53
	3 0.56	39 7.26	43 8.01	127 23.65	325 60.52	537

Testes

Origem	GL	-LogLike	R Quad. (U)
Modelo	4	1.85496	0.0032
Erro	529	570.86473	
C. Total	533	572.71969	
N	537		

Testes

Teste	χ^2	Probab. > χ^2
Likelihood Ratio	3.710	0.4467
Pearson	3.657	0.4545

A aceitação é genérica e muito próxima entre sexos.

Quadro III-189 - Em Casa - Análise de Contingência: Sente-se posto(a) à margem e excluído pelas outras pessoas? (57) vs Sexo

Mosaico

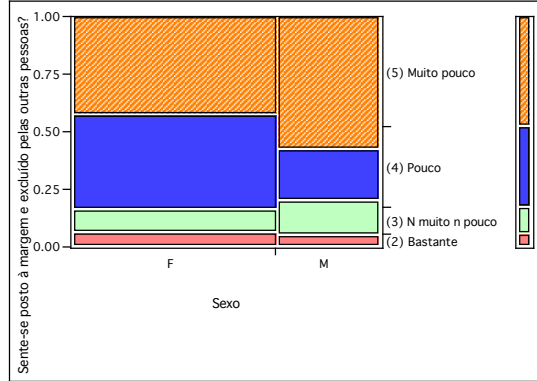


Tabela de Contingência

Casos	(2) Bast.	(3) nM nPouco	(4) Pouco	(5) mPou- co	
Total %					
Col %					
Lin %					
F	5 4.17 71.43 6.25	8 6.67 57.14 10.00	33 27.50 78.57 41.25	34 28.33 59.65 42.50	80 66.67
M	2 1.67 28.57 5.00	6 5.00 42.86 15.00	9 7.50 21.43 22.50	23 19.17 40.35 57.50	40 33.33
	7 5.83	14 11.67	42 35.00	57 47.50	120

Testes

Origem	GL	-LogLike	R Quad. (U)
Modelo	3	2.36945	0.0174
Erro	114	134.12534	
C. Total	117	136.49479	
N	120		

Testes

Teste	χ^2	Probab. > χ^2
Likelihood Ratio	4.739	0.1919
Pearson	4.585	0.2049

Nota: 20% das células têm valores esperados com menos de 5 casos - χ^2 suspeito.

A aceitação é genérica mas não tão próxima entre sexos como nos outros grupos (CD's e LI's), a função crítica é aqui maior.

Quadro III-190 - Centros de Dia - Análise de Contingência: Sente-se como se realmente ninguém o(a) compreendesse? (58) vs Sexo

Mosaico

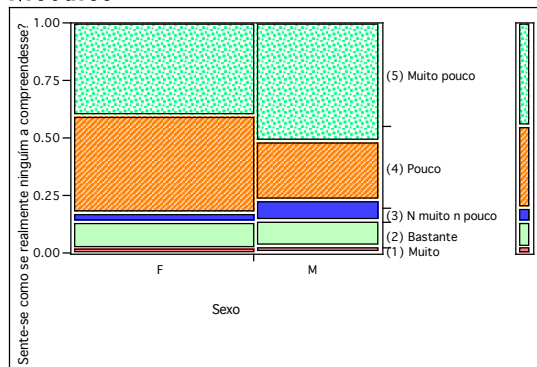


Tabela de Contingência

Casos	(1) Mui- to	(2) Bast.	(3) nM nPouco	(4) Pou- co	(5) mPou- co	
Total %						
Col %						
Lin %						
F	1 1.15 50.00 1.92	6 6.90 60.00 11.54	2 2.30 40.00 3.85	22 25.29 70.97 42.31	21 24.14 53.85 40.38	52 59.77
M	1 1.15 50.00 2.86	4 4.60 40.00 11.43	3 3.45 60.00 8.57	9 10.34 29.03 25.71	18 20.69 46.15 51.43	35 40.23
	2 2.30	10 11.49	5 5.75	31 35.63	39 44.83	87

Testes

Origem	GL	-LogLike	R Quad. (U)
Modelo	4	1.55779	0.0146
Erro	79	105.18437	
C. Total	83	106.74216	
N	87		

Testes

Teste	χ^2	Probab. > χ^2
Likelihood Ratio	3.116	0.5387
Pearson	3.078	0.5448

Nota: 20% das células têm valores esperados com menos de 5 casos - χ^2 suspeito.

A aceitação é genérica, revelando-se uma maior confiança entre os Homens.

Quadro III-191 - Lares de Idosos - Análise de Contingência: Sente-se como se realmente ninguém o(a) compreendesse? (58) vs Sexo

Mosaico

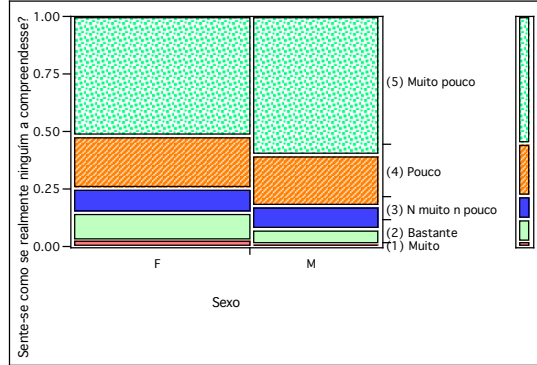


Tabela de Contingência

Casos Total % Col % Lin %	(1) Muito	(2) Bast. to	(3) nM nPouco	(4) Pou-co	(5) mPouco	
F	7 1.30 77.78 2.23	39 7.26 72.22 12.42	34 6.33 60.71 10.83	71 13.22 59.17 22.61	163 30.35 54.70 51.91	314 58.47
M	2 0.37 22.22 0.90	15 2.79 27.78 6.73	22 4.10 39.29 9.87	49 9.12 40.83 21.97	135 25.14 45.30 60.54	223 41.53
	9 1.68	54 10.06	56 10.43	120 22.35	298 55.49	537

Testes

Origem	GL	-LogLike	R Quad. (U)
Modelo	4	3.88891	0.0061
Erro	529	638.85934	
C. Total	533	642.74825	
N	537		

Testes

Teste	χ^2	Probab. > χ^2
Likelihood Ratio	7.778	0.1001
Pearson	7.474	0.1129

A aceitação é genérica, revelando-se uma maior confiança entre os Homens.

Quadro III-192 - Em Casa - Análise de Contingência: Sente-se como se realmente ninguém o(a) compreendesse? (58) vs Sexo

Mosaico

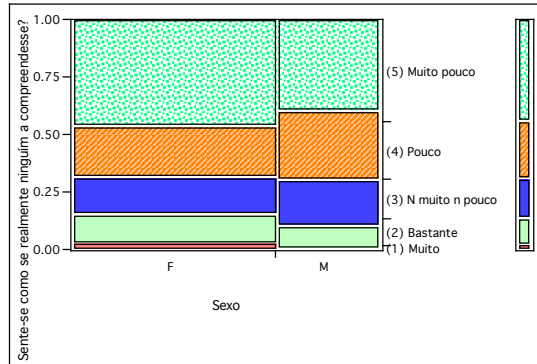


Tabela de Contingência

Casos Total % Col % Lin %	(1) Muito	(2) Bast. to	(3) nM nPouco	(4) Pou-co	(5) mPouco	
F	2 1.67 100.00 2.50	10 8.33 71.43 12.50	13 10.83 61.90 16.25	18 15.00 60.00 22.50	37 30.83 69.81 46.25	80 66.67
M	0 0.00 0.00 0.00	4 3.33 28.57 10.00	8 6.67 38.10 20.00	12 10.00 40.00 30.00	16 13.33 30.19 40.00	40 33.33
	2 1.67	14 11.67	21 17.50	30 25.00	53 44.17	120

Testes

Origem	GL	-LogLike	R Quad. (U)
Modelo	4	1.40039	0.0088
Erro	112	158.36916	
C. Total	116	159.76955	
N	120		

Testes

Teste	χ^2	Probab. > χ^2
Likelihood Ratio	2.801	0.5917
Pearson	2.193	0.7003

Nota: 20% das células têm valores esperados com menos de 5 casos - χ^2 suspeito.

A aceitação é genérica, revelando-se uma maior confiança entre os Homens. Os perfis entre sexos são próximos entre si e diferentes dos observados nos outros grupos (CD's e LI's).

Quadro III-193 - Centros de Dia - Análise de Contingência: Acredita em Deus ou em algum Ser superior? (59) vs Sexo

Mosaico

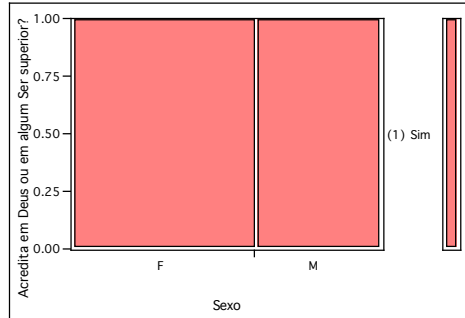


Tabela de Contingência

		(1) Sim	
Casos	Total %	Col %	Lin %
F	52 59.77 59.77 100.00	52 59.77	
M	35 40.23 40.23 100.00	35 40.23	
	87 100.00	87	

Testes

Origem	GL	-LogLike	R Quad. (U)
Modelo	0	0	.
Erro	87	0	
C. Total	87	0	
N	87		

Testes

Teste	χ^2	Probab. > χ^2
Likelihood Ratio	0.000	.
Pearson	0.000	.

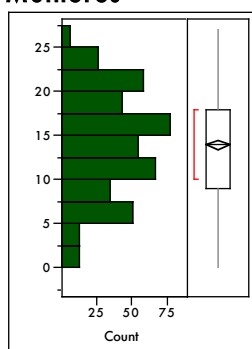
A homogeneidade das respostas em CD's, LI's ou RS's, permite considerar esta questão como absolutamente desnecessária à discriminação dos grupos; houve praticamente uma resposta unânime (no todo apenas duas exceções, que não apresentam um perfil particular).

○ mesmo para a questão (60).

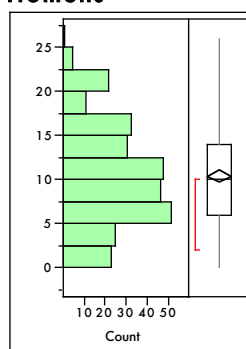
Quadro III-194 - Escala de Depressão Geriátrica vs Sexo

Quando comparadas as amostras Mulheres/ Homens, a posição dos "box-plots" e particularmente dos "shortest half", mostram as assimetrias na distribuição e como são contrárias entre sexos - valores mais elevados nas Mulheres, valores menores nos Homens.

Mulheres



Homens



Percentis

100.0%	máximo	27.000
99.5%		26.000
90.0%		22.000
75.0%	quartil	18.000
50.0%	mediana	14.000
25.0%	quartil	9.000
10.0%		6.000
0.5%		0.000
0.0%	mínimo	0.000

Percentis

100.0%	máximo	26.000
99.5%		25.010
90.0%		19.000
75.0%	quartil	14.000
50.0%	mediana	10.000
25.0%	quartil	6.000
10.0%		3.000
0.5%		0.000
0.0%	mínimo	0.000

Momentos

média	13.977578
Desv. Padrão	5.9177463
Erro Quad. médio	0.2802134
acima 95% média	14.528284
abaixo 95% média	13.426872
N	446

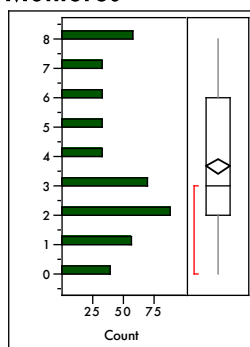
Momentos

média	10.8590604
Desv. Padrão	5.7805641
Erro Quad. médio	0.3348591
acima 95% média	11.071749
abaixo 95% média	9.7537545
N	298

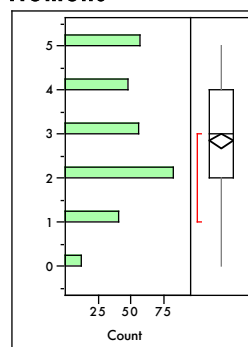
Quadro III-195 - Lawton & Brody vs Sexo

As amplitudes das amostras são diferentes, o máximo nas Mulheres é 8, nos Homens é 5, a posição dos "box-plots" é próxima.

Mulheres



Homens



Percentis

100.0%	máximo	8.0000
99.5%		8.0000
90.0%		8.0000
75.0%	quartil	6.0000
50.0%	mediana	3.0000
25.0%	quartil	2.0000
10.0%		1.0000
0.5%		0.0000
0.0%	mínimo	0.0000

Percentis

100.0%	máximo	5.0000
99.5%		5.0000
90.0%		5.0000
75.0%	quartil	4.0000
50.0%	mediana	3.0000
25.0%	quartil	2.0000
10.0%		1.0000
0.5%		0.0000
0.0%	mínimo	0.0000

Momentos

média	3.6659193
Desv. Padrão	2.5612593
Erro Quad. médio	0.1212791
acima 95% média	3.9042703
abaixo 95% média	3.4275683
N	446

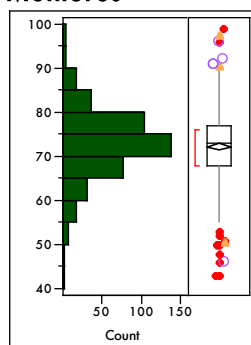
Momentos

média	2.8590604
Desv. Padrão	1.4611473
Erro Quad. médio	0.0846420
acima 95% média	3.0256344
abaixo 95% média	2.6924864
N	298

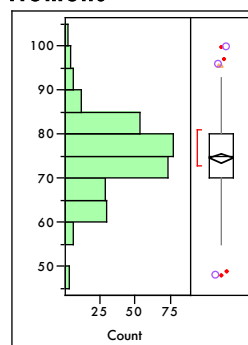
Quadro III-196 - Auto-Conceito (Vaz Serra) vs Sexo

A análise das amostras Mulheres/ Homens, denota pela posição dos "box-plots" uma grande proximidade nas distribuições que os "shortest half" confirmam. Os valores médios são também muito próximos. Verificam-se também "out liners" nas posições extremas.

Mulheres



Homens



Percentis

Percentil	Descrição	Valor
100.0%	máximo	99.000
99.5%		97.530
90.0%		81.000
75.0%	quartil	77.000
50.0%	mediana	73.000
25.0%	quartil	68.000
10.0%		62.000
0.5%		43.705
0.0%	mínimo	43.000

Percentis

Percentil	Descrição	Valor
100.0%	máximo	100.00
99.5%		100.00
90.0%		83.00
75.0%	quartil	80.00
50.0%	mediana	75.00
25.0%	quartil	70.00
10.0%		64.00
0.5%		48.00
0.0%	mínimo	48.00

Momentos

média	72.147982
Desv. Padrão	8.2859341
Erro Quad. médio	0.3923504
acima 95% média	72.919072
abaixo 95% média	71.376892
N	446

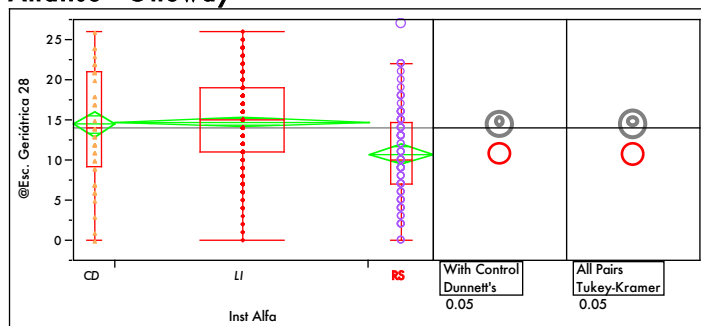
Momentos

média	74.54698
Desv. Padrão	8.2604576
Erro Quad. médio	0.4785155
acima 95% média	75.48869
abaixo 95% média	73.605269
N	298

Análise Multivariada dos Resultados

Quadro III-197 - Escala de Depressão Geriátrica vs Instituição - Análise "Oneway":
Sexo = F

Análise "Oneway"



Quantis

Nível	Mínimo	10%	25%	Mediana	75%	90%	Máximo
CD	0	6	9.25	14	21	23.7	26
LI	0	7	11	15	19	22	26
RS	0	3.1	7	10	14.75	18	27

Anova "Oneway" - Análise de Variância

Origem	GL	Soma dos Quad.	Média Quad.	F Ratio	Prob > F
Inst Alfa	2	1035.008	517.504	15.7576	<.0001
Erro	443	14548.767	32.841		
C. Total	445	15583.776			

Anova "Oneway" - Sumário

R Quadrado	0.066416
R Quadrado Ajustado	0.062201
Raiz do Erro Quad. Médio	5.730747
Resposta Média	13.97758
Observações (ou Sum Wgts)	446

Médias para a Anova "Oneway"

Nível	Casos	Média	Erro Padrão	Abaixo 95%	Acima 95%
CD	52	14.4423	0.79471	12.880	16.004
LI	314	14.7293	0.32340	14.094	15.365
RS	80	10.7250	0.64072	9.466	11.984

O Erro Padrão usa um conjunto estimado do Erro da Variância

Wilcoxon / Kruskal-Wallis Testes (Rank Sums)

Nível	Casos	Score Sum	Score Média	(Média-Média0)/Std0
CD	52	12141.5	233.490	0.595
LI	314	75257	239.672	4.092
RS	80	12282.5	153.531	-5.366

1-way Teste, Aproximação do χ^2

χ^2	GL	Probab. > χ^2
28.9059	2	<.0001

Comparações de Médias

Dif=Média[i]-Média[j]	LI	CD	RS
LI	0.0000	0.2870	4.0043
CD	-0.2870	0.0000	3.7173
RS	-4.0043	-3.7173	0.0000
Abs(Dif)-LSD	RS		
LI	2.4171		
CD	1.4597		

Alpha = 0.05

Comparações com um controlo - Método de Dunnett

Grupo de Controlo = RS

d	Alpha
2.21154	0.05

A Depressão no Idoso

RS	-2.0039
----	---------

Valores positivos mostram pares de médias significativamente diferentes

Comparações para todos os pares - Tukey-Kramer HSD

q*	Alpha
2.35162	0.05

Abs(Dif)-LSD	LI	CD	RS
LI	-1.0755	-1.7307	2.3165
CD	-1.7307	-2.6430	1.3167
RS	2.3165	1.3167	-2.1308

Valores positivos mostram pares de médias significativamente diferentes

Nível	Média
LI	14.729299
CD	14.442308
RS	10.725000

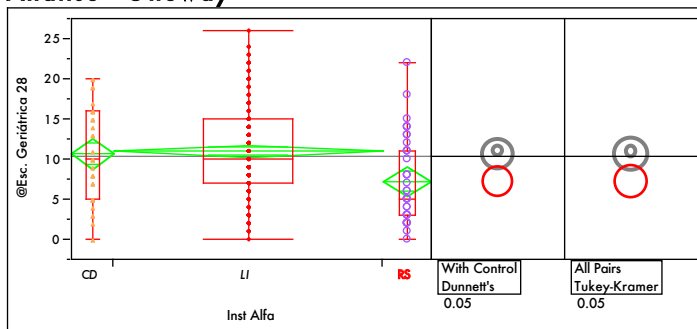
Níveis não associados pela mesma letra são significativamente diferentes

Como é explicado pelos Quadros, existe uma diferenciação LI's/ CD's ≠ RS's.

As RS's apresentam os valores médios mais baixos e estão perfeitamente diferenciadas dos outros dois locais.

Quadro III-198 - Escala de Depressão Geriátrica vs Instituição - Análise "Oneway": Sexo = M

Análise "Oneway"



Quantis

Nível	Mínimo	10%	25%	Mediana	75%	90%	Máximo
CD	0	3	5	10	16	19	20
LI	0	3	7	10	15	20	26
RS	0	2	3	5	11	14	22

Anova "Oneway" - Análise de Variância

Origem	GL	Soma dos Quad.	Média Quad.	F Ratio	Prob > F
Inst Alfa	2	487.6483	243.824	7.6223	0.0006
Erro	295	9436.5832	31.988		
C. Total	297	9924.2315			

Anova "Oneway" - Sumário

R Quadrado	0.049137
R Quadrado Ajustado	0.042691
Raiz do Erro Quad. Médio	5.65583
Resposta Média	10.41275
Observações (ou Sum Wgts)	298

Médias para a Anova "Oneway"

Nível	Casos	Média	Erro Padrão	Abaixo 95%	Acima 95%
CD	35	10.6286	0.95601	8.747	12.510
LI	223	10.9596	0.37874	10.214	11.705
RS	40	7.1750	0.89427	5.415	8.935

O Erro Padrão usa um conjunto estimado do Erro da Variância

Wilcoxon / Kruskal-Wallis Testes (Rank Sums)

Nível	Casos	Score Sum	Score Média	(Média-Média0)/Std0
CD	35	5387	153.914	0.322
LI	223	35182.5	157.769	2.860
RS	40	3981.5	99.537	-3.946

1-way Teste, Aproximação do χ^2

χ^2	GL	Probab. > χ^2
15.6394	2	0.0004

Comparações de Médias

Dif=Média[i]-Média[j]	LI	CD	RS
LI	0.0000	0.3311	3.7846
CD	-0.3311	0.0000	3.4536
RS	-3.7846	-3.4536	0.0000

Alpha = 0.05
 Comparações com um controlo - Método de Dunnett
 Grupo de Controlo = RS

d	Alpha
2.20422	0.05

Abs(Dif)-LSD	RS
LI	1.6440
CD	0.5681
RS	-2.7876

Valores positivos mostram pares de médias significativamente diferentes

Comparações para todos os pares - Tukey-Kramer HSD

q*	Alpha
2.35568	0.05

Abs(Dif)-LSD	LI	CD	RS
LI	-1.2618	-2.0913	1.4969
CD	-2.0913	-3.1849	0.3698
RS	1.4969	0.3698	-2.9792

Nível	Média
LI	10.959641
CD	10.628571
RS	7.175000

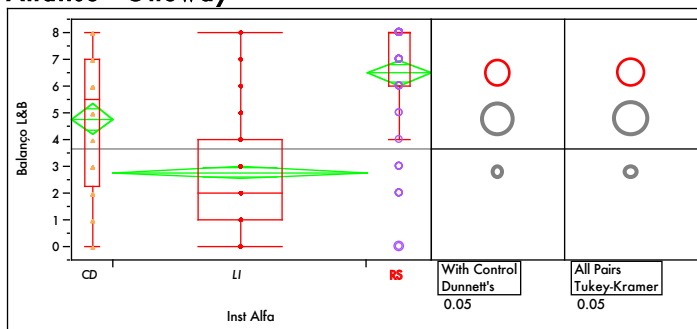
Valores positivos mostram pares de médias significativamente diferentes

Níveis não associados pela mesma letra são significativamente diferentes

Como é explicado pelos Quadros, existe uma diferenciação LI's/ CD's \neq RS's.
 As RS's apresentam também para os Homens os valores médios mais baixos e estão perfeitamente diferenciadas dos LI's e CD's que são idênticos.

Quadro III-199 - Lawton & Brody vs Instituição - Análise "Oneway": Sexo = F

Análise "Oneway"



Quantis

Nível	Mínimo	10%	25%	Mediana	75%	90%	Máximo
CD	0	1	2.25	5.5	7	8	8
LI	0	0	1	2	4	6	8
RS	0	2	6	8	8	8	8

A Depressão no Idoso

Anova "Oneway" - Análise de Variância

Origem	GL	Soma dos Quad.	Média Quad.	F Ratio	Prob > F
Inst Alfa	2	955.4432	477.722	107.7671	<.0001
Erro	443	1963.7788	4.433		
C. Total	445	2919.2220			

Anova "Oneway" - Sumário

R Quadrado	0.327294
R Quadrado Ajustado	0.324257
Raiz do Erro Quad. Médio	2.105448
Resposta Média	3.665919
Observações (ou Sum Wgts)	446

Médias para a Anova "Oneway"

Nível	Casos	Média	Erro Padrão	Abaixo 95%	Acima 95%
CD	52	4.76923	0.29197	4.1954	5.3431
LI	314	2.76433	0.11882	2.5308	2.9978
RS	80	6.48750	0.23540	6.0249	6.9501

O Erro Padrão usa um conjunto estimado do Erro da Variância

Wilcoxon / Kruskal-Wallis Testes (Rank Sums)

Nível	Casos	Score Sum	Score Média	(Média-Média0)/Std0
CD	52	14401.5	276.952	3.211
LI	314	57136	181.962	-10.595
RS	80	28143.5	351.794	9.919

1-way Teste, Aproximação do χ^2

χ^2	GL	Probab. > χ^2
123.0802	2	<.0001

Comparações de Médias

Dif=Média[i]-Média[j]	RS	CD	LI
RS	0.0000	1.7183	3.7232
CD	-1.7183	0.0000	2.0049
LI	-3.7232	-2.0049	0.0000

Abs(Dif)-LSD	RS
RS	-0.7362
CD	0.8888
LI	3.1400

Valores positivos mostram pares de médias significativamente diferentes

Alpha = 0.05

Comparações com um controlo - Método de Dunnett

Grupo de Controlo = RS

d	Alpha
2.21154	0.05

Comparações para todos os pares - Tukey-Kramer HSD

q*	Alpha
2.35162	0.05

Abs(Dif)-LSD	RS	CD	LI
RS	-0.7829	0.8363	3.1031
CD	0.8363	-0.9710	1.2636
LI	3.1031	1.2636	-0.3951

Valores positivos mostram pares de médias significativamente diferentes

Nível	Média	
RS	A	6.4875000
CD	B	4.7692308
LI	C	2.7643312

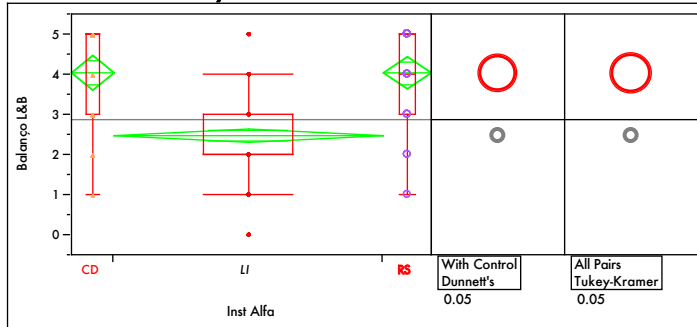
Níveis não associados pela mesma letra são significativamente diferentes

Como é explicado pelos Quadros, existe uma diferenciação LI's/ CD's/ RS's.

Os LI's apresentam os valores médios mais baixos.

Quadro III-200 - Lawton & Brody vs Instituição - Análise "Oneway": Sexo = M

Análise "Oneway"



Quantis

Nível	Mínimo	10%	25%	Mediana	75%	90%	Máximo
CD	1	2	3	5	5	5	5
LI	0	1	2	2	3	4	5
RS	1	2	3	4	5	5	5

Anova "Oneway" - Análise de Variância

Origem	GL	Soma dos Quad.	Média Quad.	F Ratio	Prob > F
Inst Alfa	2	136.63635	68.3182	40.5148	<.0001
Erro	295	497.44419	1.6863		
C. Total	297	634.08054			

Anova "Oneway" - Sumário

R Quadrado	0.215487
R Quadrado Ajustado	0.210169
Raiz do Erro Quad. Médio	1.298557
Resposta Média	2.85906
Observações (ou Sum Wgts)	298

Médias para a Anova "Oneway"

Nível	Casos	Média	Erro Padrão	Abaixo 95%	Acima 95%
CD	35	4.02857	0.21950	3.5966	4.4605
LI	223	2.46637	0.08696	2.2952	2.6375
RS	40	4.02500	0.20532	3.6209	4.4291

O Erro Padrão usa um conjunto estimado do Erro da Variância

Wilcoxon / Kruskal-Wallis Testes (Rank Sums)

Nível	Casos	Score Sum	Score Média	(Média-Média0)/Std0
CD	35	7559.5	215.986	4.963
LI	223	28337.5	127.074	-7.915
RS	40	8654	216.350	5.387

1-way Teste, Aproximação do χ^2

χ^2	GL	Probab. > χ^2
62.6525	2	<.0001

Comparações de Médias

Dif=Média[i]-Média[j]	CD	RS	LI
CD	0.0000	0.0036	1.5622
RS	-0.0036	0.0000	1.5586
LI	-1.5622	-1.5586	0.0000

Abs(Dif)-LSD	RS
CD	-0.6589
RS	-0.6400
LI	1.0671

Valores positivos mostram pares de médias significativamente diferentes

Alpha = 0.05

Comparações com um controlo - Método de Dunnett
Grupo de Controlo = RS

d	Alpha
2.20422	0.05

A Depressão no Idoso

Comparações para todos os pares - Tukey-Kramer HSD

q*	Alpha
2.35568	0.05

Abs(Dif)-LSD	CD	RS	LI
CD	-0.7312	-0.7044	1.0060
RS	-0.7044	-0.6840	1.0334
LI	1.0060	1.0334	-0.2897

Valores positivos mostram pares de médias significativamente diferentes

Nível	Média
CD	4.0285714
RS	4.0250000
LI	2.4663677

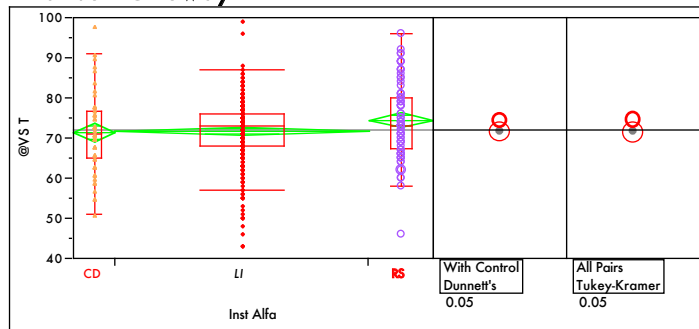
Níveis não associados pela mesma letra são significativamente diferentes

Como é explicado pelos Quadros, existe uma diferenciação CD's/ RS's \neq LI's.

Os LI's apresentam os valores médios mais baixos e estão perfeitamente diferenciados dos CD's e RS's que são idênticos.

Quadro III-201 - Auto-Conceito (Vaz Serra) vs Instituição - Análise "Oneway": Sexo = F

Análise "Oneway"



Quantis

Nível	Mínimo	10%	25%	Mediana	75%	90%	Máximo
CD	51	59	65	71	76.75	86.1	98
LI	43	62	68	73	76	80	99
RS	46	64.1	67.25	73	80	88.8	96

Anova "Oneway" - Análise de Variância

Origem	GL	Soma dos Quad.	Média Quad.	F Ratio	Prob > F
Inst Alfa	2	515.203	257.601	3.7992	0.0231
Erro	443	30037.030	67.804		
C. Total	445	30552.233			

Anova "Oneway" - Sumário

R Quadrado	0.016863
R Quadrado Ajustado	0.012424
Raiz do Erro Quad. Médio	8.234299
Resposta Média	72.14798
Observações (ou Sum Wgts)	446

Médias para a Anova "Oneway"

Nível	Casos	Média	Erro Padrão	Abaixo 95%	Acima 95%
CD	52	71.3846	1.1419	69.140	73.629
LI	314	71.6911	0.4647	70.778	72.604
RS	80	74.4375	0.9206	72.628	76.247

O Erro Padrão usa um conjunto estimado do Erro da Variância

Wilcoxon / Kruskal-Wallis Testes (Rank Sums)

Nível	Casos	Score Sum	Score Média	(Média Média0)/Std0
CD	52	10607.5	203.990	-1.162
LI	314	69152.5	220.231	-0.827

1-way Teste, Aproximação do χ^2

χ^2	GL	Probab. > χ^2
4.5388	2	0.1034

RS	80	19921	249.012	1.956
----	----	-------	---------	-------

Comparações de Médias

Dif=Média[i]- Média[j]	RS	LI	CD
RS	0.0000	2.7464	3.0529
LI	-2.7464	0.0000	0.3065
CD	-3.0529	-0.3065	0.0000

Alpha = 0.05

Comparações com um controle - Método de Dunnett

Grupo de Controle = RS

d	Alpha
2.21154	0.05

Abs(Dif)-LSD	RS
RS	-2.8793
LI	0.4658
CD	-0.1910

Valores positivos mostram pares de médias significativamente diferentes

Comparações para todos os pares - Tukey-Kramer HSD

q*	Alpha
2.35162	0.05

Abs(Dif)-LSD	RS	LI	CD
RS	-3.0617	0.3213	-0.3964
LI	0.3213	-1.5454	-2.5927
CD	-0.3964	-2.5927	-3.7976

Nível	Média
RS A	74.437500
LI B	71.691083
CD A B	71.384615

Valores positivos mostram pares de médias significativamente diferentes

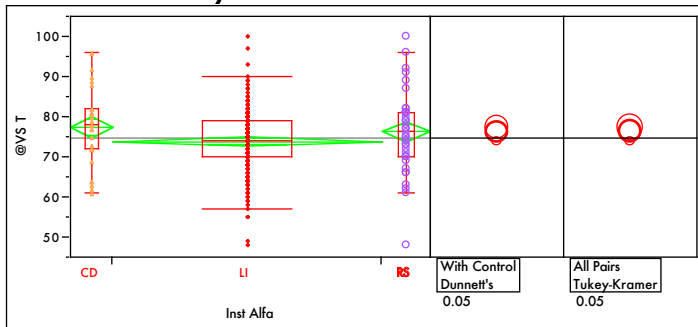
Níveis não associados pela mesma letra são significativamente diferentes

Como é explicado pelos Quadros, existe uma diferenciação dois a dois ie, LI's/ CD's e LI's/ RS's.

Os RS's apresentam os valores médios mais altos.

Quadro III-202 - Auto-Conceito (Vaz Serra) vs Instituição - Análise "Oneway": Sexo = M

Análise "Oneway"



Quantis

Nível	Mínimo	10%	25%	Mediana	75%	90%	Máximo
CD	61	63.6	72	78	82	90.8	96
LI	48	64	70	74	79	82	100
RS	48	63.3	70	76.5	81	90.8	100

Anova "Oneway" - Análise de Variância

Origem	GL	Soma dos Quad.	Média Quad.	F Ratio	Prob > F
Inst Alfa	2	520.252	260.126	3.8863	0.0216

Anova "Oneway" - Sumário

R Quadrado	0.025671
R Quadrado Ajustado	0.019066

A Depressão no Idoso

Erro	295	19745.591	66.934		
C. Total	297	20265.842			

Raiz do Erro Quad. Médio	8.181333
Resposta Média	74.54698
Observações (ou Sum Wgts)	298

Médias para a Anova "Oneway"

Nível	Casos	Média	Erro Padrão	Abaixo 95%	Acima 95%
CD	35	77.3714	1.3829	74.650	80.093
LI	223	73.7982	0.5479	72.720	74.876
RS	40	76.2500	1.2936	73.704	78.796

O Erro Padrão usa um conjunto estimado do Erro da Variância

Wilcoxon / Kruskal-Wallis Testes (Rank Sums)

Nível	Casos	Score Sum	Score Média	(Média-Média0)/Std0
CD	35	6240	178.286	2.105
LI	223	31680	142.063	-2.571
RS	40	6631	165.775	1.284

1-way Teste, Aproximação do χ^2

χ^2	GL	Probab. > χ^2
7.0101	2	0.0300

Comparações de Médias

Dif=Média[i]-Média[j]	CD	RS	LI
CD	0.0000	1.1214	3.5732
RS	-1.1214	0.0000	2.4518
LI	-3.5732	-2.4518	0.0000

Abs(Dif)-LSD	RS
CD	-3.0525
RS	-4.0324
LI	-0.6447

Valores positivos mostram pares de médias significativamente diferentes

Alpha = 0.05

Comparações com um controlo - Método de Dunnett

Grupo de Controlo = RS

d	Alpha
2.20422	0.05

Comparações para todos os pares - Tukey-Kramer HSD

q*	Alpha
2.35568	0.05

Abs(Dif)-LSD	CD	RS	LI
CD	-4.6070	-3.3393	0.0692
RS	-3.3393	-4.3095	-0.8575
LI	0.0692	-0.8575	-1.8252

Valores positivos mostram pares de médias significativamente diferentes

Nível	Média		
CD	A	77.371429	
RS	A	B	76.250000
LI	B	73.798206	

Níveis não associados pela mesma letra são significativamente diferentes

Como é explicado pelos Quadros, existe uma diferenciação dois a dois ie, CD's/RS's e RS's/LI's.

Os CD's apresentam os valores médios mais altos, os LI's os mais baixos.

Quadro III-203 - Escala de Depressão Geriátrica vs Instituição - Análise de Contingência: Sexo = F

Mosaico

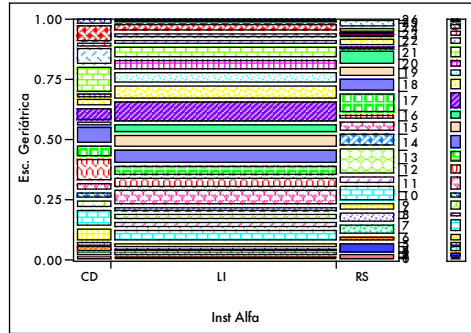


Tabela de Contingência

Casos	0	1	2	3	4	21	22	23	24	25	26	
Total	1	1	0	1	...	6	4	1	4	0	1	52
%	0.22	0.22	0.00	0.22	...	1.35	0.90	0.22	0.90	0.00	0.22	11.69
Col %	25.00	33.33	0.00	25.00	...	24.00	25.00	11.11	23.53	0.00	50.00	
Lin %	1.92	1.92	0.00	1.92	...	11.54	7.69	1.92	7.69	0.00	1.92	
CD	1	1	0	1	...	6	4	1	4	0	1	52
LI	1	2	2	1	...	18	9	8	13	3	1	314
RS	2	0	4	2	...	1	3	0	0	0	0	79
Total	4	3	6	4	...	25	16	9	17	3	2	445
%	0.90	0.67	1.35	0.90	...	5.62	3.60	2.02	3.82	0.67	0.45	

Testes

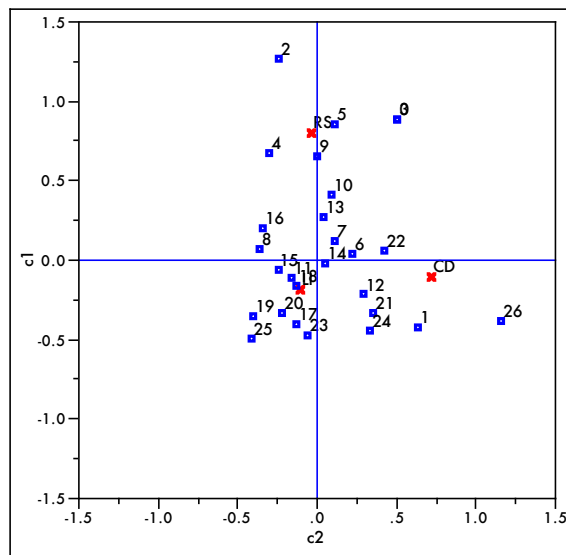
Origem	GL	-LogLike	R Quad. (U)
Modelo	52	49.2762	0.0355
Erro	367	1337.3994	
C. Total	419	1386.6756	
N	445		

Teste

Teste	χ^2	Probab. > χ^2
Likelihood Ratio	98.552	0.0001
Pearson	92.196	0.0005

Nota: 20% das células têm valores esperados com menos de 5 casos - χ^2 suspeito.

Os locais apresentam-se em posições distintas, características da sua individualidade, distribuindo-se em seu redor os valores mais frequentes. Aqui, é visível como os RS's se rodeiam dos valores mais baixos em oposição aos LI's e CD's onde se localizam os valores mais altos.



Inst Alfa Esc. Geriátrica

Figura III-2 - Análise de Correspondências - Escala de Depressão Geriátrica vs Instituição - Sexo = F

A Depressão no Idoso

Detalhes

Inst Alfa	c1	c2
CD	-0.0998	0.7101
LI	-0.1854	-0.1074
RS	0.8027	-0.0405

Detalhes

Valor Singular	Inércia	Porção	Cumulativa
0.37392	0.13982	0.6749	0.6749
0.25954	0.06736	0.3251	1.0000

Os locais aglutinam à sua volta os valores mais frequentes, e as suas posições relativas reflectem a sua similitude ou diferenciação.

A leitura desta análise deve ser complementada com o Quadro III-197.

Quadro III-204 - Escala de Depressão Geriátrica vs Instituição - Análise de Contingência: Sexo = M

Mosaico

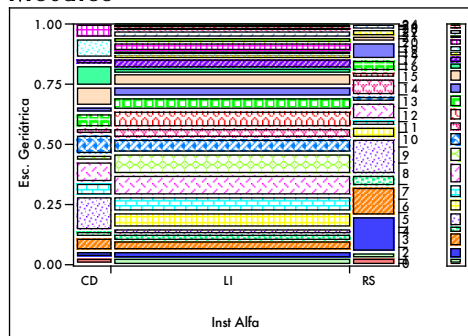


Tabela de Contingência

Casos	0	1	2	3	4	20	21	22	23	24	26		
Total													
%													
Col %													
Lin %													
CD	1 0.34 33.33 2.86	0 0.00 0.00 0.00	1 0.34 53.33 2.86	2 0.67 58.82 5.71	...	2 0.67 20.00 5.71	0 0.00 0.00 0.00	0 0.00 0.00 0.00	0 0.00 100.00 0.00	0 0.00 100.00 0.00	0 0.00 100.00 0.00	0 0.00 0.00 0.00	35 11.74
LI	1 0.34 33.33 0.45	4 1.34 80.00 1.79	8 2.68 53.33 3.59	10 3.36 58.82 4.48	...	8 2.68 80.00 3.59	4 1.34 100.00 1.79	7 2.35 87.50 3.14	3 1.01 100.00 1.35	2 0.67 100.00 0.90	1 0.34 100.00 0.45	223 74.83	
RS	1 0.34 33.33 2.50	1 0.34 20.00 2.50	6 2.01 40.00 15.00	5 1.68 29.41 12.50	...	0 0.00 0.00 0.00	0 0.00 0.00 0.00	1 0.34 12.50 2.50	0 0.00 0.00 0.00	0 0.00 0.00 0.00	0 0.00 0.00 0.00	40 13.42	
	3 1.01	5 1.68	15 5.03	17 5.70	...	10 3.36	4 1.34	8 2.68	3 1.01	2 0.67	1 0.34	298	

Testes

Origem	GL	-LogLike	R Quad. (U)
Modelo	50	38.35652	0.0419
Erro	223	877.65867	
C. Total	273	916.01519	
N	298		

Teste

Teste	χ^2	Probab. > χ^2
Likelihood Ratio	76.713	0.0089
Pearson	72.497	0.0204

Nota: 20% das células têm valores esperados com menos de 5 casos - c2 suspeito.

Nota: Número médio de células menor que 5 - LR χ^2 suspeito.

As posições alteram-se, mas não contrariam o referido para as Mulheres.

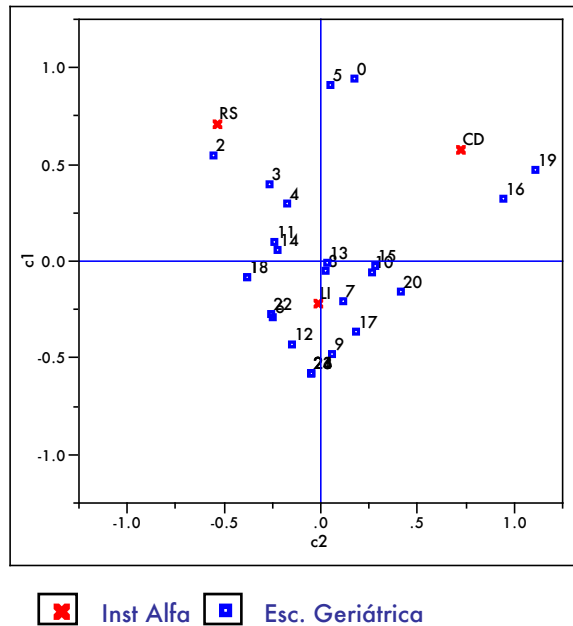


Figura III-3 - Análise de Correspondências - Escala de Depressão Geriátrica vs Instituição - Sexo = M

Detalhes

Inst Alfa	c1	c2
CD	0.5793	0.7185
LI	-0.2189	-0.0162
RS	0.7132	-0.5384

Detalhes

Valor Singular	Inércia	Porção	Cumulativa
0.37887	0.14354	0.5900	0.5900
0.31581	0.09974	0.4100	1.0000

Os locais aglutinam à sua volta os valores mais frequentes, e as suas posições relativas reflectem a sua similitude ou diferenciação.

A leitura desta análise deve ser complementada com o Quadro III-198.

Quadro III-205 - Escala de Depressão Geriátrica vs Instituição - Análise de Contingência

Mosaico

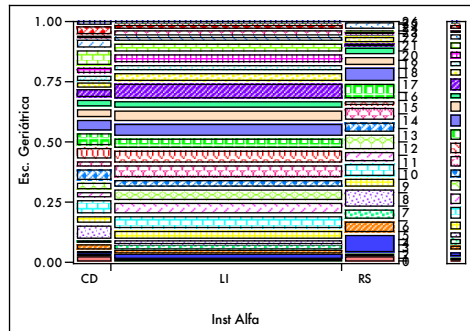


Tabela de Contingência

Casos	0	1	2	3	4	21	22	23	24	25	26	
CD	2 0.27	1 0.13	1 0.13	3 0.40	...	6 0.81	4 0.54	1 0.13	4 0.54	0 0.00	1 0.13	87 11.71
LI	2 0.27	6 0.81	10 1.35	11 1.48	...	22 2.96	16 2.15	11 1.48	15 2.02	3 0.40	2 0.27	537 72.27
RS	3 0.40	1 0.13	10 1.35	7 0.94	...	1 0.13	4 0.54	0 0.00	0 0.00	0 0.00	0 0.00	119 16.02
	7 0.94	8 1.08	21 2.83	21 2.83	...	29 3.90	24 3.23	12 1.62	19 2.56	3 0.40	3 0.40	743

Testes

Origem	GL	-LogLike	R Quad. (U)
Modelo	52	45.3940	0.0193
Erro	665	2303.2593	

Teste

Teste	χ^2	Probab. > χ^2
Likelihood Ratio	90.788	0.0007

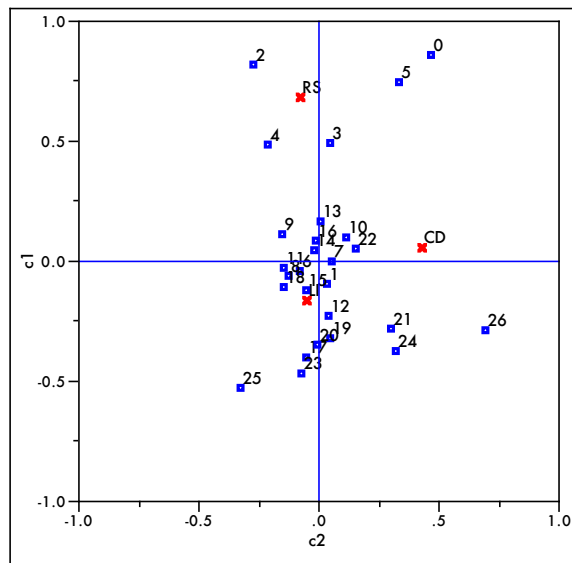
A Depressão no Idoso

C. Total	717	2348.6533	
N	743		

Pearson	87.694	0.0014
---------	--------	--------

Nota: 20% das células têm valores esperados com menos de 5 casos - χ^2 suspeito.

Os locais apresentam-se em posições distintas, características da sua individualidade, distribuindo-se em seu redor os valores mais frequentes. Aqui, é visível como os RS's se rodeiam dos valores mais baixos em oposição aos LI's e CD's onde se localizam os valores mais altos.



x Inst Alfa Esc. Geriátrica

Figura III-4 - Análise de Correspondências - Escala de Depressão Geriátrica vs Instituição

Detalhes

Inst Alfa	c1	c2
CD	0.0577	0.4250
LI	-0.1609	-0.0510
RS	0.6837	-0.0804

Detalhes

Valor Singular	Inércia	Porção	Cumulativa
0.30653	0.09396	0.7961	0.7961
0.15514	0.02407	0.2039	1.0000

Os locais aglutinam à sua volta os valores mais frequentes, e as suas posições relativas reflectem a sua similitude ou diferenciação.

O padrão de posição dos locais é mais próximo do observado para as Mulheres, o que não é estranho, dado o maior número daquelas.

Quadro III-206 - Lawton & Brody vs Instituição - Análise de Contingência: Sexo = F

Mosaico

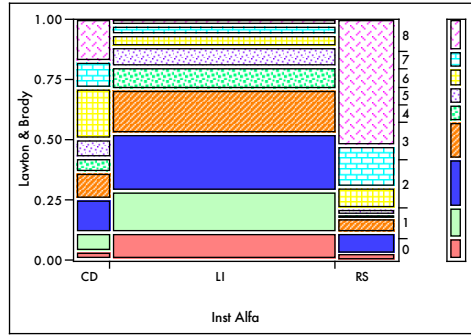


Tabela de Contingência

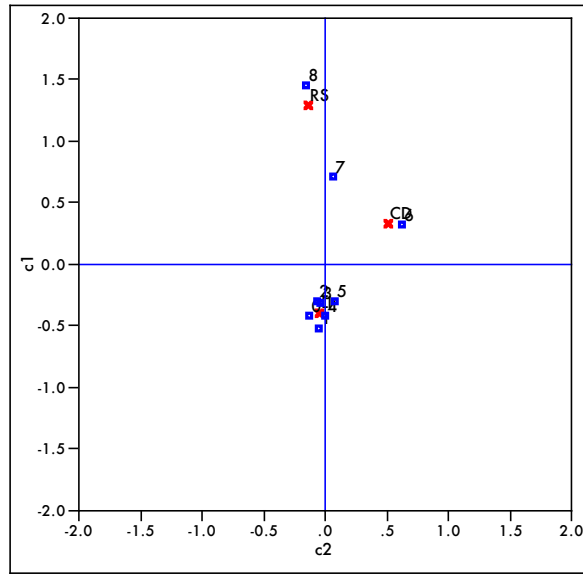
Casos	0	1	2	3	4	5	6	7	8	
Total %										
Col %										
Lin %										
CD	2 0.45 5.00 3.85	4 0.90 7.02 7.69	7 1.57 7.87 13.46	6 1.35 8.57 11.54	3 0.67 9.09 5.77	4 0.90 12.12 7.69	11 2.47 33.33 21.15	6 1.35 18.18 11.54	9 2.02 15.52 17.31	52 11.66
LI	36 8.07 90.00 11.46	53 11.88 92.98 16.88	75 16.82 84.27 23.89	59 13.23 84.29 18.79	29 6.50 87.88 9.24	27 6.05 81.82 8.60	15 3.36 45.45 4.78	13 2.91 39.39 4.14	7 1.57 12.07 2.23	314 70.40
RS	2 0.45 5.00 2.50	0 0.00 0.00 0.00	7 1.57 7.87 8.75	5 1.12 7.14 6.25	1 0.22 3.03 1.25	2 0.45 6.06 2.50	7 1.57 21.21 8.75	14 3.14 42.42 17.50	42 9.42 72.41 52.50	80 17.94
	40 8.97	57 12.78	89 19.96	70 15.70	33 7.40	33 7.40	33 7.40	33 7.40	58 13.00	446

Testes

Origem	GL	-LogLike	R Quad. (U)
Modelo	16	94.55135	0.0997
Erro	422	854.25380	
C. Total	438	948.80516	
N	446		

Teste

Teste	χ^2	Probab. > χ^2
Likelihood Ratio	189.103	<.0001
Pearson	205.246	<.0001



Inst Alfa Lawton & Brody

Figura III-5 - Análise de Correspondências - Lawton & Brody - Sexo = F

Os locais apresentam-se em posições distintas. Os valores mais altos em torno dos RS's, seguido-se os CD's e LI's com valores mais baixos.

Detalhes

Inst Alfa	c1	c2
CD	0.343	-0.5078
LI	-0.390	-0.0481
RS	1.325	0.1430

Detalhes

Valor Singular	Inércia	Porção	Cumulativa
0.65781	0.43272	0.9244	0.9244
0.18815	0.03540	0.0756	1.0000

A Depressão no Idoso

Os locais aglutinam à sua volta os valores mais frequentes, e as suas posições relativas reflectem a sua similitude ou diferenciação.

A leitura desta análise deve ser complementada com o Quadro III-199.

Quadro III-207 - Lawton & Brody vs Instituição - Análise de Contingência: Sexo = M

Mosaico

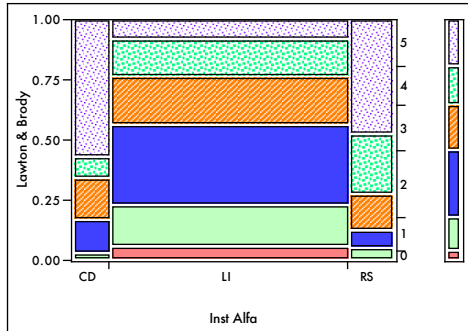


Tabela de Contingência

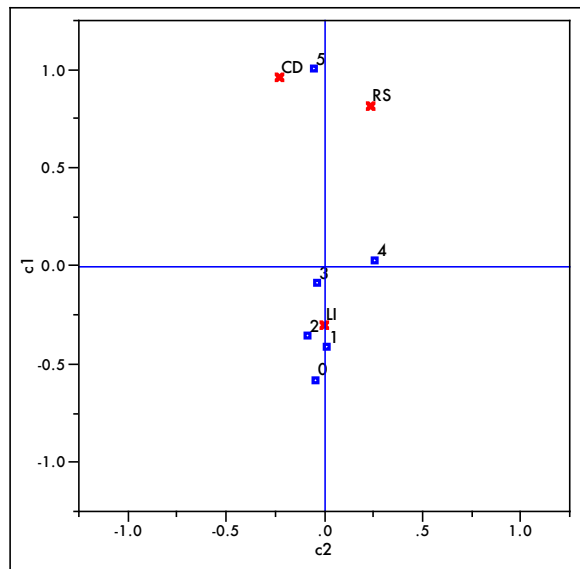
Casos	0	1	2	3	4	5	
Total %							
Col %							
Lin %							
CD	0	1	5	6	3	20	35
	0.00	0.34	1.68	2.01	1.01	6.71	11.74
	0.00	2.44	6.02	10.71	6.25	35.09	
	0.00	2.86	14.29	17.14	8.57	57.14	
LI	13	38	75	44	35	18	223
	4.36	12.75	25.17	14.77	11.74	6.04	74.83
	100.00	92.68	90.36	78.57	72.92	31.58	
	5.83	17.04	33.63	19.73	15.70	8.07	
RS	0	2	3	6	10	19	40
	0.00	0.67	1.01	2.01	3.36	6.38	13.42
	0.00	4.88	3.61	10.71	20.83	33.33	
	0.00	5.00	7.50	15.00	25.00	47.50	
	13	41	83	56	48	57	298
	4.36	13.76	27.85	18.79	16.11	19.13	

Testes

Origem	GL	-LogLike	R Quad. (U)
Modelo	10	40.64991	0.0807
Erro	283	463.02812	
C. Total	293	503.67803	
N	298		

Teste

Teste	χ^2	Probab. > χ^2
Likelihood Ratio	81.300	<.0001
Pearson	83.519	<.0001



✖ Inst Alfa ◻ Lawton & Brody

Figura III-6 - Análise de Correspondências - Lawton & Brody - Sexo = M

Os locais apresentam-se em posições distintas, neste caso ainda mais diferenciados, fruto do modo como nesta Escala são ponderados Mulheres e Homens; Os valores mais altos em torno dos CD's, os LI's com valores mais baixos. Numa posição intermédia os RS's sem valores à sua volta.

Detalhes

Inst Alfa	c1	c2
CD	0.9662	-0.2342
LI	-0.2987	-0.0048
RS	0.8198	0.2317

Detalhes

Valor Singular	Inércia	Porção	Cumulativa
0.51633	0.26660	0.9512	0.9512
0.11690	0.01366	0.0488	1.0000

Os locais aglutinam à sua volta os valores mais frequentes, e as suas posições relativas reflectem a sua similitude ou diferenciação.

A leitura desta análise deve ser complementada com o Quadro III-200

Quadro III-208 - Auto-Conceito (Vaz Serra) vs Instituição - Análise de Contingência: Sexo = F

Mosaico

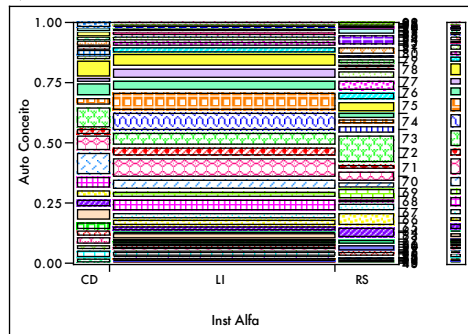


Tabela de Contingência

Casos	43	46	48	...	90	91	92	96	98	99	
Total %											
Col %											
Lin %											
CD	0	0	0	...	1	1	0	0	1	0	52
	0.00	0.00	0.00	...	0.22	0.22	0.00	0.00	0.22	0.00	11.66
	0.00	0.00	0.00	...	100.00	33.33	0.00	0.00	100.00	0.00	
	0.00	0.00	0.00	...	1.92	1.92	0.00	0.00	1.92	0.00	
LI	2	1	1	...	0	0	0	1	0	1	314
	0.45	0.22	0.22	...	0.00	0.00	0.00	0.22	0.00	0.22	70.40
	100.00	50.00	100.00	...	0.00	0.00	0.00	50.00	0.00	100.00	
	0.64	0.32	0.32	...	0.00	0.00	0.00	0.32	0.00	0.32	
RS	0	1	0	...	0	2	1	1	0	0	80
	0.00	0.22	0.00	...	0.00	0.45	0.22	0.22	0.00	0.00	17.94
	0.00	50.00	0.00	...	0.00	66.67	100.00	50.00	0.00	0.00	
	0.00	1.25	0.00	...	0.00	2.50	1.25	1.25	0.00	0.00	
	2	2	1	...	1	3	1	2	1	1	446
	0.45	0.45	0.22	...	0.22	0.67	0.22	0.45	0.22	0.22	

Testes

Origem	GL	-LogLike	R Quad. (U)
Modelo	94	71.2586	0.0469
Erro	305	1446.6197	
C. Total	399	1517.8783	
N	446		

Teste

Teste	χ^2	Probab. > χ^2
Likelihood Ratio	142.517	0.0009
Pearson	140.770	0.0013

Nota: 20% das células têm valores esperados com menos de 5 casos - c2 suspeito.

Nota: Número médio de células menor que 5 - LR χ^2 suspeito.

Os locais apresentam-se em posições distintas, embora não haja uma diferenciação clara nos valores em seu redor. Não é claro que visualmente possamos dizer que os valores dos RS's são mais elevados que os dos CD's ou mesmo LI's.

A Depressão no Idoso

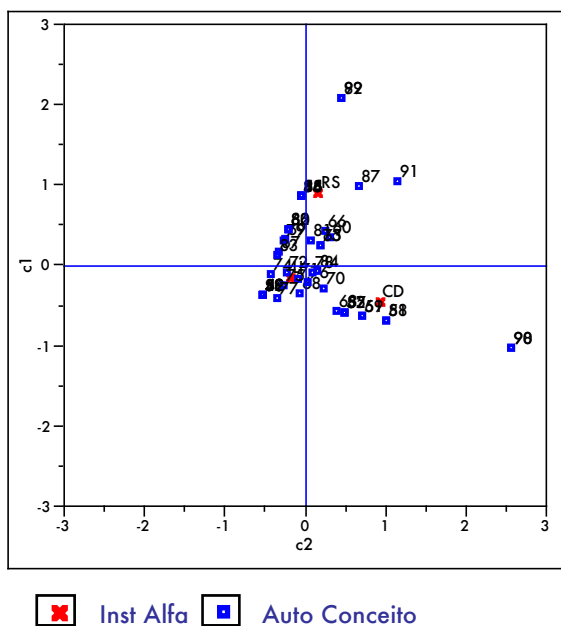


Figura III-7 - Análise de Correspondências - Auto-Conceito vs Instituição - Sexo = F

Detalhes

Inst Alfa	c1	c2
CD	-0.4414	0.9170
LI	-0.1574	-0.1925
RS	0.9046	0.1594

Detalhes

Valor Singular	Inércia	Porção	Cumulativa
0.43238	0.18695	0.5923	0.5923
0.35871	0.12867	0.4077	1.0000

Os locais aglutinam à sua volta os valores mais frequentes, e as suas posições relativas reflectem a sua similitude ou diferenciação.

A leitura desta análise deve ser complementada com o Quadro III-201.

Quadro III-209 - Auto-Conceito (Vaz Serra) vs Instituição - Análise de Contingência: Sexo = M

Mosaico

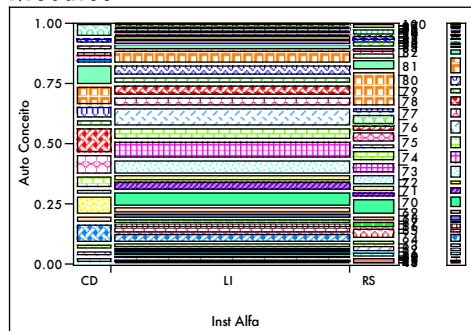


Tabela de Contingência

Casos	48	49	55	88	91	92	93	96	97	100		
Total %												
Col %												
Lin %												
CD	0 0.00 0.00 0.00	0 0.00 0.00 0.00	0 0.00 0.00 0.00	...	0 0.00 0.00 0.00	1 0.34 50.00 2.86	0 0.00 0.00 0.00	2 0.67 66.67 5.71	0 0.00 0.00 0.00	0 0.00 0.00 0.00	0 0.00 50.00 0.45	35 11.74
LI	1 0.34 50.00 0.45	1 0.34 100.00 0.45	2 0.67 100.00 0.90	...	0 0.00 0.00 0.00	0 0.00 100.00 0.00	1 0.34 0.00 0.45	0 0.00 0.00 0.00	1 0.34 100.00 0.45	1 0.34 50.00 0.45	1 0.34 50.00 0.45	223 74.83
RS	1 0.34 50.00 2.50	0 0.00 0.00 0.00	0 0.00	1 0.34 100.00 2.50	1 0.34 50.00 2.50	0 0.00 0.00 0.00	1 0.34 33.33 2.50	0 0.00 0.00 0.00	0 0.00 50.00 2.50	0 0.00 50.00 2.50	40 13.42
	2 0.67	1 0.34	2 0.67	...	1 0.34	2 0.67	1 0.34	3 1.01	1 0.34	2 0.67	298	

Testes

Origem	GL	-LogLike	R Quad. (U)
Modelo	84	46.6886	0.0465
Erro	172	957.5515	

Teste

Teste	χ^2	Probab. > χ^2
Likelihood Ratio	93.377	0.2269

Quadro III-210 - Auto-Conceito (Vaz Serra) vs Instituição - Análise de Contingência

Mosaico

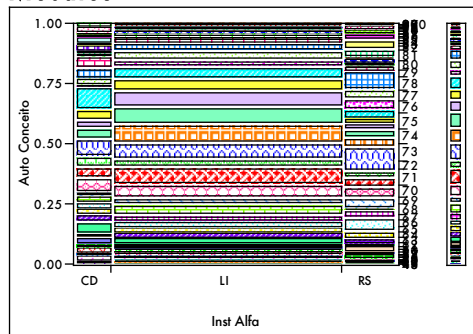


Tabela de Contingência

Casos	43	46	48	84	92	93	96	97	98	99	100		
Total													
%													
Col %													
Lin %													
CD	0 0.00 0.00 0.00	0 0.00 0.00 0.00	0 0.00 0.00 0.00	...	1 0.13 33.33 1.15	0 0.00 0.00 0.00	2 0.27 40.00 2.30	0 0.00 0.00 0.00	0 0.00 100.00 1.15	1 0.13 0.00 0.00	0 0.00 0.00 0.00	0 0.00 0.00 0.00	87 11.69
LI	2 0.27 100.00 0.37	1 0.13 50.00 0.19	2 0.27 66.67 0.37	...	0 0.00 0.00 0.00	1 0.13 100.00 0.19	1 0.13 20.00 0.19	1 0.13 100.00 0.19	0 0.00 0.00 0.00	1 0.13 0.00 0.19	1 0.13 100.00 0.19	1 0.13 50.00 0.19	537 72.18
RS	0 0.00 0.00 0.00	1 0.13 50.00 0.83	1 0.13 33.33 0.83	...	2 0.27 66.67 1.67	0 0.00 0.00 0.00	2 0.27 40.00 1.67	0 0.00 0.00 0.00	0 0.00 0.00 0.00	0 0.00 0.00 0.00	0 0.00 0.00 0.00	1 0.13 50.00 0.83	120 16.13
	2 0.27	2 0.27	3 0.40	...	3 0.40	1 0.13	5 0.67	1 0.13	1 0.13	1 0.13	1 0.13	2 0.27	744

Testes

Origem	GL	-LogLike	R Quad. (U)
Modelo	102	73.9109	0.0288
Erro	591	2488.6614	
C. Total	693	2562.5722	
N	744		

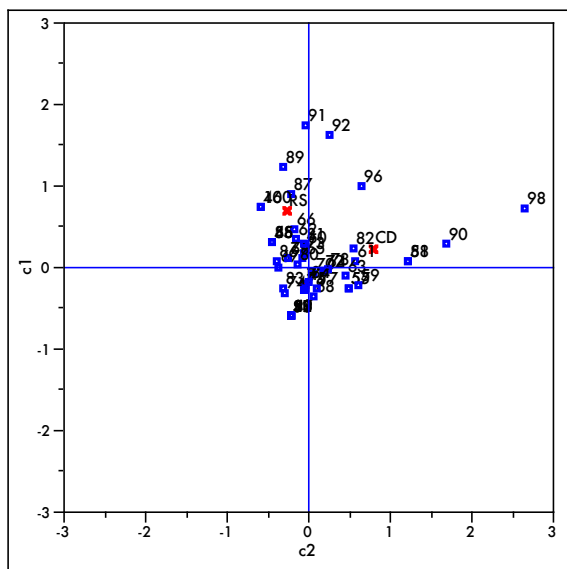
Teste

Teste	χ^2	Probab. > χ^2
Likelihood Ratio	147.822	0.0021
Pearson	151.404	0.0011

Nota: 20% das células têm valores esperados com menos de 5 casos - c2 suspeito.

Nota: Número médio de células menor que 5 - LR χ^2 suspeito.

Os locais apresentam-se em posições distintas, embora não haja uma diferenciação clara nos valores em seu redor, como já referimos para Mulheres e Homens.



Inst Alfa (red X) Auto Conceito (blue square)

Figura III-9 - Análise de Correspondências - Auto-Conceito vs Instituição

Detalhes

Inst Alfa	c1	c2
-----------	----	----

Detalhes

Valor Singular	Inércia	Porção	Cumulativa
----------------	---------	--------	------------

CD	0.2449	0.7888
LI	-0.1970	-0.0651
RS	0.7041	-0.2805

0.33909	0.11498	0.5650	0.5650
0.29752	0.08852	0.4350	1.0000

Os locais aglutinam à sua volta os valores mais frequentes, e as suas posições relativas reflectem a sua similitude ou diferenciação.

Quadro III-211 - "Clustering" Iterativo: Esc. Geriátrica vs Lawton & Brody vs Auto-Conceito vs Idade - Sexo = F

Cluster Sumário

Passo	Critério
2	0

Cluster Sumário

Cluster	Inst Alfa	Casos	Dist. Máx.	Dist. An-ter.
1	CD	52	3.53857807	0
2	LI	314	4.1568737	0
3	RS	80	3.39623735	0

Cluster - Médias

Cluster	Esc. Geriátrica	Lawton & Brody	Auto-Conceito	Idade
1	14.4423077	4.76923077	71.3846154	81.5
2	14.7292994	2.76433121	71.6910828	83.5031847
3	10.725	6.4875	74.4375	75.3

Centros do "Cluster" definidos por Inst Alfa

Cluster - Desvios Padrões

Cluster	Esc. Geriátrica	Lawton & Brody	Auto-Conceito	Idade
1	6.7719533	2.49403512	9.74207339	5.84606454
2	5.54735364	1.99725091	7.68364826	6.88761838
3	5.71246693	2.24450807	9.22138921	6.62446559

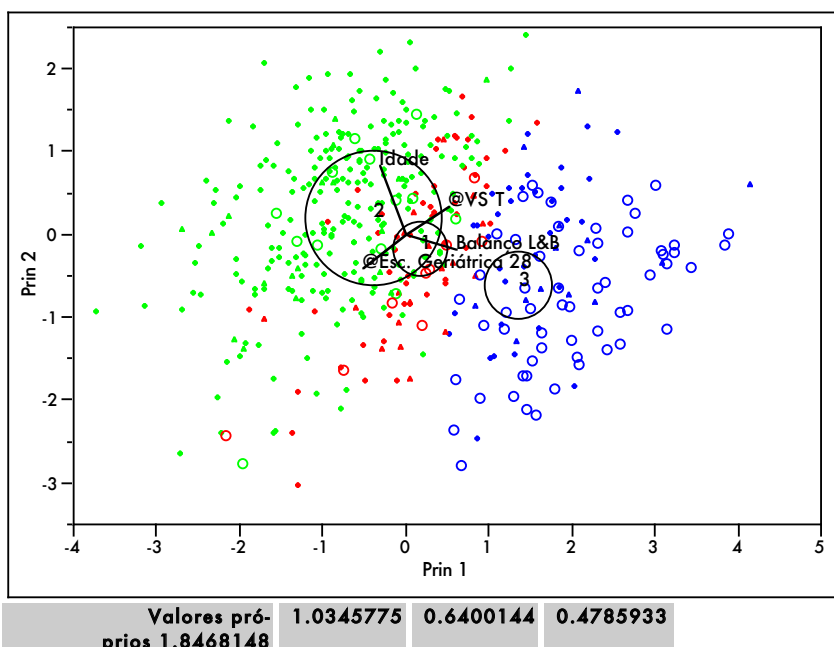


Figura III-10 - "Biplot": Esc. Geriátrica vs Lawton & Brody vs Auto-Conceito vs Idade - Sexo = F

A Depressão no Idoso

Apesar de se notar a partição RS's (círculos azuis), não há um nível de discriminação suficiente.

Quadro III-212 - "Clustering" Iterativo: Esc. Geriátrica vs Lawton & Brody vs Auto-Conceito vs Idade - Sexo = M

Cluster Sumário

Passo	Crítério
1	0

Cluster Sumário

Cluster	Inst Alfa	Casos	Dist. Máx.	Dist. An-ter.
1	CD	35	3.13904106	0
2	LI	223	4.13063191	4.21673877
3	RS	40	3.14695918	4.21673877

Cluster - Médias

Cluster	Esc. Geriátrica	Lawton & Brody	Auto-Conceito	Idade
1	10.6285714	4.02857143	77.3714286	80.9428571
2	10.9596413	2.46636771	73.7982063	81.5201794
3	7.175	4.025	76.25	76.6

Centros do "Cluster" definidos por Inst Alfa

Cluster - Desvios Padrões

Cluster	Esc. Geriátrica	Lawton & Brody	Auto-Conceito	Idade
1	5.81623344	1.27153715	9.19106252	6.8596984
2	5.70073362	1.32116819	7.64821103	7.43126436
3	5.24227148	1.18727225	9.9839615	7.27764403

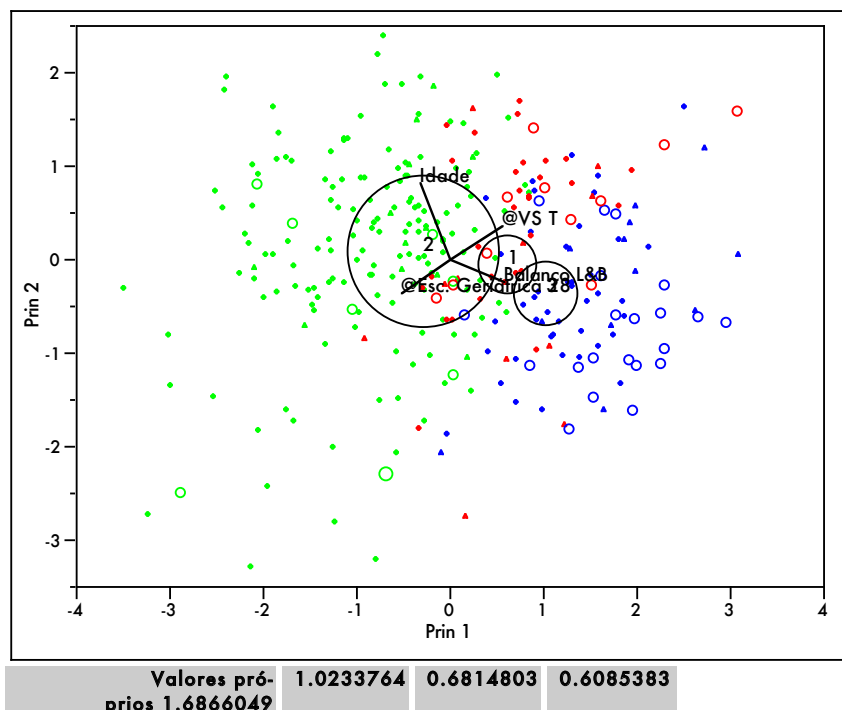


Figura III-11 - "Biplot": Esc. Geriátrica vs Lawton & Brody vs Auto-Conceito vs Idade - Sexo = M

Apesar de se notarem as partições, não há um nível de discriminação suficiente.

Quadro III-213 - "Clustering" Iterativo: Idade vs Auto-Conceito vs Lawton & Brody vs Esc. Geriátrica - Sexo = F

Cluster Sumário

Passo	Critério
1	0

Cluster Sumário

Cluster	Inst Alfa	Casos	Dist. Máx.	Dist. Anter.
1	CD	87	3.27402133	0
2	LI	537	4.25239181	0
3	RS	120	3.51956228	0

Cluster - Médias

Cluster	Idade	Auto-Conceito	Lawton & Brody	Esc. Geriátrica
1	81.2758621	73.7931034	4.47126437	12.908046
2	82.679702	72.566108	2.6405959	13.1638734
3	75.7333333	75.0416667	5.66666667	9.54166667

Centros do "Cluster" definidos por Inst Alfa

Cluster - Desvios Padrões

Cluster	Idade	Auto-Conceito	Lawton & Brody	Esc. Geriátrica
1	6.24069476	9.91960466	2.11219648	6.64136471
2	7.17854764	7.73197267	1.75326721	5.90654506
3	6.84612794	9.47920841	2.27272218	5.78740422

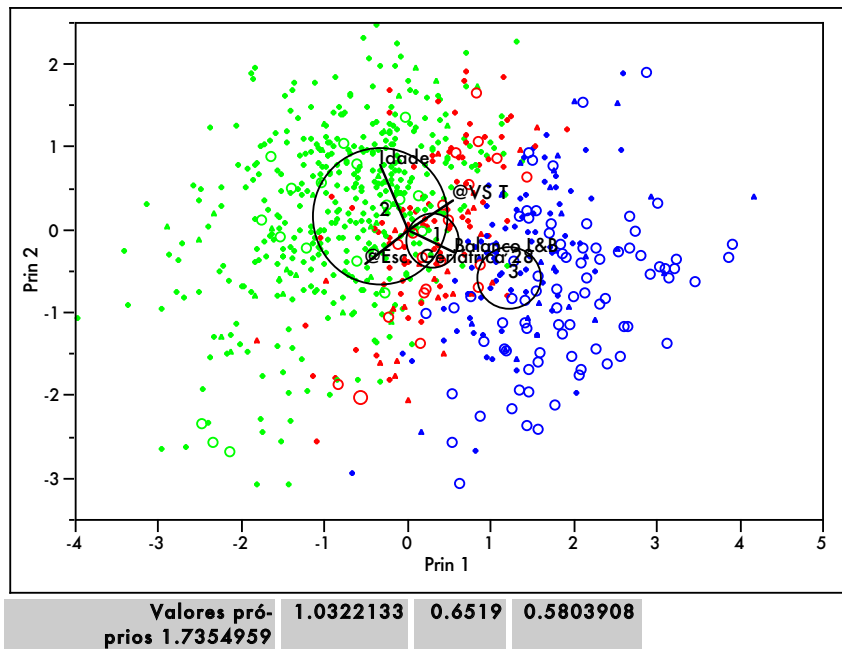
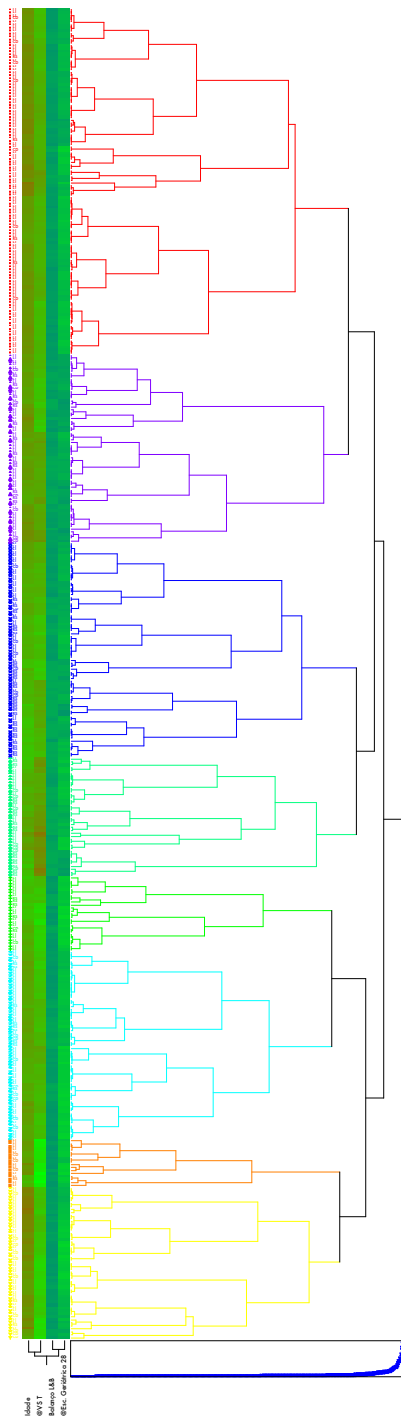


Figura III-12 - "Biplot": Esc. Geriátrica vs Lawton & Brody vs Auto-Conceito vs Idade

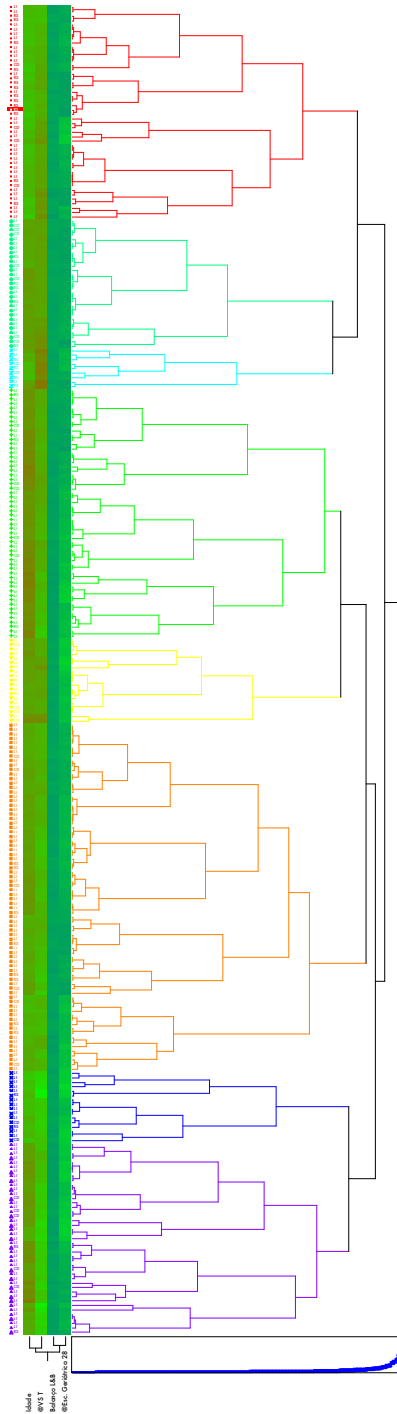
Apesar de se notarem as partições, não há um nível de discriminação suficiente.

Quadro III-214 - Classificação Hierárquica - Método de Ward: Idade vs Auto-
Conceito vs Lawton & Brody vs Esc. Geriátrica - Sexo = F



A discriminação não permite identificar "clusters".

Quadro III-215 - Classificação Hierárquica - Método de Ward: Idade vs Auto-
Conceito vs Lawton & Brody vs Esc. Geriátrica - Sexo = M



A discriminação não permite identificar "clusters".

Regressão “Stepwise” – Escala de Depressão Geriátrica

Admitindo que as variáveis são contínuas e do mesmo modo o são os valores obtidos para a Escala de Depressão Geriátrica (EDG), estabelecemos uma Regressão “Stepwise”, no propósito de reconhecer quais as mais correlacionadas com os valores da EDG, observar as variáveis que entram e as que saem¹⁶⁾, e concomitantemente tentar perceber as diferenças nos padrões das Mulheres e dos Homens.

A análise univariada permitiu detectar relativamente à **Questão 28 – Sente-se Deprimido(a) actualmente?**, uma diferença substancial entre Mulheres e Homens – o dobro – e que os Quadros, Quadro III-94, Quadro III-95 e Quadro III-96, tão bem mostram. Notemos que relativamente aos valores obtidos para a EDG as diferenças médias não são tão substanciais (Quadro III-194 – Escala de Depressão Geriátrica *vs* Sexo).

Quadro III-216 – Regressão “Stepwise” – Escala de Depressão Geriátrica – Mulheres – Parâmetros

Controle do “Stepwise”

Prob. de Entrada	0.250
Prob. de Saída	0.100

Estimações Correntes

SSE	DFE	MSE	R Quad.	R Quad. Ajust.	Cp	AIC
6622.1655	433	15.293685	0.5751	0.5633	9.1969366	1229.245

Quadro III-217 – Regressão “Stepwise” – Escala de Depressão Geriátrica – Mulheres

Lock	Entrado	Parâmetro	Estimado	nGL	SS	F Rácio	Prob. > F
X	X	Intercepção	43.4526339	1	0	0.000	1.0000
		Idade	0	1	11.70395	0.765	0.3823
		@5 Escolaridade	0	1	4.620093	0.302	0.5832
		@11 Rendimento	0	1	2.750959	0.180	0.6720
		@13 Dif. Económicas	0	1	37.10991	2.435	0.1194
		@18 Convívio	0	1	1.993459	0.130	0.7185
	X	@19 Sente-se Só	-1.1053475	1	282.331	18.461	0.0000
	X	@20 Família Preocupa-se	-0.3362612	1	55.17363	3.608	0.0582
		@25 Saúde Física	0	1	32.36353	2.122	0.1460
		@26 Prob. Saúde	0	1	27.55387	1.805	0.1798
		@27 Depr. 65	0	1	5.615838	0.367	0.5451
	X	@28 Depr. Actual	-1.4146336	1	382.9636	25.041	0.0000
		@29 Freq. Q. Dol.	0	1	34.24259	2.245	0.1347
		@291 Int. Q. Dol.	0	1	1.196492	0.078	0.7801
		@30 Dif. Lidar Dor	0	1	20.60231	1.348	0.2462
		@31 Dor Impede	0	1	5.521091	0.360	0.5486
	X	@32 Dif. Adormecer	-0.5697609	1	102.1549	6.680	0.0101
	X	@33 Cansaço	-0.5657393	1	57.37626	3.752	0.0534
		@34 Dif. Concent.	0	1	24.00673	1.572	0.2106
	X	@35 Memória	-0.9984105	1	156.4608	10.230	0.0015
		@36 Confuso	0	1	25.16346	1.648	0.1999
		@501 Ler	0	1	5.789283	0.378	0.5390
		@502 TV	0	1	5.479382	0.358	0.5501
		@503 Música	0	1	16.90901	1.106	0.2936
	X	@504 Passear	-0.3720657	1	85.38328	5.583	0.0186
		@505 Jardinagem	0	1	0.520636	0.034	0.8539
		@506 Horticultura	0	1	6.256177	0.409	0.5231
		@507 Tricô	0	1	23.31094	1.526	0.2174
		@508 Cartas	0	1	28.59324	1.873	0.1718
		@509 Conversar	0	1	6.91381	0.451	0.5020
		@51 Intimidade	0	1	0.358472	0.023	0.8785

¹⁶⁾ Apesar de termos utilizado os processos de “Forward” e “Backward”, apresentamos apenas este último por questões de pura economia de espaço.

Lock	Entrado	Parâmetro	Estimado	nGL	SS	F Rácio	Prob. > F
		@52 Satisf. Vida Sexual	0	1	9.653311	0.631	0.4276
X		@53 Irritação	-1.7844901	1	468.4556	30.631	0.0000
X		@54 Inferioridade	-0.7615824	1	143.081	9.356	0.0024
X		@55 Negatividade	-0.6481886	1	91.20571	5.964	0.0150
		@56 Confiar	0	1	0.671726	0.044	0.8343
		@57 Posto à Margem	0	1	5.943656	0.388	0.5336
		@58 Ninguém Compr.	0	1	13.41095	0.877	0.3496
X		@VS T	-0.081417	1	145.0431	9.484	0.0022
X		Balanço L&B	-0.3389969	1	238.0484	15.565	0.0001

Quadro III-218 - Regressão "Stepwise" - Escala de Depressão Geriátrica - Mulheres - "Backward"

Passo	Parâmetro	Ação	"Sig Prob."	Seq SS	R Quad.	Cp	p
1	@509 Conversar	Removido	0.8518	0.539461	0.5980	38.035	39
2	@11 Rendimento	Removido	0.8246	0.757275	0.5979	36.084	38
3	@56 Confiar	Removido	0.7909	1.080943	0.5979	34.154	37
4	@31 Dor Impede	Removido	0.7967	1.018464	0.5978	32.22	36
5	@18 Convívio	Removido	0.7503	1.549825	0.5977	30.321	35
6	@57 Posto à Margem	Removido	0.7357	1.740565	0.5976	28.433	34
7	@505 Jardinagem	Removido	0.7341	1.757948	0.5975	26.547	33
8	@5 Escolaridade	Removido	0.7201	1.953209	0.5974	24.674	32
9	@51 Intimidade	Removido	0.6327	3.466995	0.5971	22.899	31
10	Idade	Removido	0.6138	3.858022	0.5969	21.149	30
11	@506 Horticultura	Removido	0.5365	5.778484	0.5965	19.523	29
12	@52 Satisf. Vida Sexual	Removido	0.4658	8.03405	0.5960	18.044	28
13	@27 Depr. 65	Removido	0.4616	8.179842	0.5955	16.574	27
14	@29 Freq. Q. Dol.	Removido	0.3824	11.50123	0.5947	15.319	26
15	@502 TV	Removido	0.3236	14.68683	0.5938	14.271	25
16	@25 Saúde Física	Removido	0.3347	14.02659	0.5929	13.18	24
17	@291 Int. Q. Dol.	Removido	0.3844	11.39551	0.5922	11.919	23
18	@30 Dif. Lidar Dor	Removido	0.3073	15.69853	0.5912	10.936	22
19	@58 Ninguém Compr.	Removido	0.2769	17.81425	0.5900	10.091	21
20	@503 Música	Removido	0.2578	19.30184	0.5888	9.342	20
21	@501 Ler	Removido	0.3209	14.85345	0.5878	8.3047	19
22	@34 Dif. Concent.	Removido	0.2543	19.60207	0.5866	7.5752	18
23	@507 Tricô	Removido	0.1521	30.98862	0.5846	7.5836	17
24	@508 Cartas	Removido	0.1035	40.16671	0.5820	8.1869	16
25	@36 Confuso	Removido	0.1177	37.22466	0.5796	8.5995	15
26	@26 Prob. Saúde	Removido	0.1365	33.8249	0.5774	8.7918	14
27	@13 Dif. Económicas	Removido	0.1194	37.10991	0.5751	9.1969	13

Quadro III-219 - Regressão "Stepwise" - Escala de Depressão Geriátrica - Homens - Parâmetros

Controle do "Stepwise"

Prob. de Entrada	0.250
Prob. de Saída	0.100
1 linha não usada por falta de valores	

Estimações Correntes

SSE	DFE	MSE	R Quad.	R Quad. Ajust.	Cp	AIC
3627.2369	282	12.862542	0.6329	0.6147	9.8810448	773.2408

Quadro III-220 - Regressão "Stepwise" - Escala de Depressão Geriátrica - Homens

Lock	Entrado	Parâmetro	Estimado	nGL	SS	F Rácio	Prob. > F
X	X	Intercepção	41.479016	1	0	0.000	1.0000
		Idade	0	1	2.945167	0.228	0.6331
		@5 Escolaridade	0	1	16.54957	1.288	0.2574
		@11 Rendimento	0	1	10.06668	0.782	0.3773
		@13 Dif. Económicas	0	1	2.47804	0.192	0.6615
X		@18 Convívio	0.89572036	1	82.42897	6.408	0.0119

A Depressão no Idoso

Lock	Entrado	Parâmetro	Estimado	nGL	SS	F Rácio	Prob. > F
X		@19 Sente-se Só	-1.2027472	1	169.8606	13.206	0.0003
		@20 Família Preocupa-se	0	1	21.34889	1.664	0.1982
		@25 Saúde Física	0	1	14.09775	1.096	0.2960
X		@26 Prob. Saúde	-1.3764831	1	54.05184	4.202	0.0413
		@27 Depr. 65	0	1	9.953922	0.773	0.3800
X		@28 Depr. Actual	-1.4933779	1	259.3074	20.160	0.0000
X		@29 Freq. Q. Dol.	0.64866101	1	40.64401	3.160	0.0765
		@291 Int. Q. Dol.	0	1	31.72373	2.479	0.1165
		@30 Dif. Lidar Dor	0	1	20.06273	1.563	0.2123
X		@31 Dor Impede	-1.5202744	1	230.1328	17.892	0.0000
		@32 Dif. Adormecer	0	1	17.74938	1.382	0.2408
X		@33 Cansaço	-0.6293346	1	42.738	3.323	0.0694
		@34 Dif. Concent.	0	1	0.161971	0.013	0.9109
X		@35 Memória	-0.8616843	1	72.26519	5.618	0.0184
		@36 Confuso	0	1	23.28782	1.816	0.1789
		@501 Ler	0	1	18.23836	1.420	0.2344
		@502 TV	0	1	6.278645	0.487	0.4857
		@503 Música	0	1	15.13045	1.177	0.2789
		@504 Passear	0	1	1.413807	0.110	0.7409
		@505 Jardinagem	0	1	0.730816	0.057	0.8121
		@506 Horticultura	0	1	0.026572	0.002	0.9638
		@507 Tricô	0	1	0.256258	0.020	0.8880
X		@508 Cartas	-0.3752494	1	80.91221	6.291	0.0127
		@509 Conversar	0	1	13.63766	1.060	0.3040
		@51 Intimidade	0	1	0.218026	0.017	0.8967
		@52 Satisf. Vida Sexual	0	1	0.445891	0.035	0.8527
X		@53 Irritação	-1.5180876	1	211.5379	16.446	0.0001
X		@54 Inferioridade	-0.8312545	1	77.47982	6.024	0.0147
X		@55 Negatividade	-1.3642661	1	206.7282	16.072	0.0001
		@56 Confiar	0	1	3.119359	0.242	0.6232
		@57 Posto à Margem	0	1	0.222223	0.017	0.8957
		@58 Ninguém Compr.	0	1	5.959333	0.462	0.4971
X		@VS T	-0.0685293	1	71.16042	5.532	0.0194
X		Balanço L&B	-0.2768137	1	40.87369	3.178	0.0757

Quadro III-221 - Regressão "Stepwise" - Escala de Depressão Geriátrica - Homens - "Backward"

Passo	Parâmetro	Ação	"Sig Prob."	Seq SS	R Quad.	Cp	p
1	@52 Satisf. Vida Sexual	Removido	0.9940	0.000737	0.6593	38	39
2	@507 Tricô	Removido	0.9904	0.001881	0.6593	36	38
3	@56 Confiar	Removido	0.9169	0.141799	0.6592	34.011	37
4	@34 Dif. Concent.	Removido	0.8295	0.60168	0.6592	32.057	36
5	@504 Passear	Removido	0.7855	0.957934	0.6591	30.13	35
6	@27 Depr. 65	Removido	0.6208	3.154052	0.6588	28.371	34
7	@13 Dif. Económicas	Removido	0.5956	3.620044	0.6584	26.647	33
8	@57 Posto à Margem	Removido	0.5596	4.362595	0.6580	24.98	32
9	@505 Jardinagem	Removido	0.4882	6.146112	0.6573	23.449	31
10	@30 Dif. Lidar Dor	Removido	0.4729	6.576619	0.6567	21.951	30
11	Idade	Removido	0.4226	8.19477	0.6558	20.577	29
12	@506 Horticultura	Removido	0.4157	8.430708	0.6550	19.22	28
13	@32 Dif. Adormecer	Removido	0.3898	9.403255	0.6540	17.938	27
14	@58 Ninguém Compr.	Removido	0.3301	12.05376	0.6528	16.858	26
15	@25 Saúde Física	Removido	0.3778	9.878898	0.6518	15.612	25
16	@502 TV	Removido	0.2642	15.8332	0.6502	14.821	24
17	@503 Música	Removido	0.3772	9.904809	0.6492	13.577	23
18	@501 Ler	Removido	0.3044	13.39202	0.6479	12.599	22
19	@509 Conversar	Removido	0.2389	17.62659	0.6461	11.945	21
20	@51 Intimidade	Removido	0.2783	14.94995	0.6446	11.086	20
21	@11 Rendimento	Removido	0.3273	12.209	0.6433	10.018	19
22	@20 Família Preocupa-se	Removido	0.1789	23.01738	0.6410	9.775	18
23	@5 Escolaridade	Removido	0.1766	23.33138	0.6386	9.556	17
24	@36 Confuso	Removido	0.1631	24.93562	0.6361	9.4594	16
25	@291 Int. Q. Dol.	Removido	0.1165	31.72373	0.6329	9.881	15

Para lá das diferenças nos valores dos coeficientes de regressão entre Mulheres e Homens, com o valor mais elevado nestes (0.61 vs 0.56); observa-se que é nestes

que a regressão contempla as variáveis @26 Prob. Saúde, @29 Freq. Q. Dol., @31 Dor Impede ie, questões que de algum modo estão ligadas ao desempenho físico, enquanto nas Mulheres, as variáveis @20 Família Preocupa-se, @32 Dif. Adormecer, para além de todas aquelas que são comuns a ambos os grupos, atestam outro nível de preocupações.

Do mesmo modo, atente-se à 'ordem de saída' das variáveis para Mulheres e Homens que os Quadros "Backward", mostram.

Estas observações são apenas observações e não mais do que isto, mas permitem-nos estar mais sensibilizados para o que posteriores análises revelam.

Quadro III-222 - Cronbach's Alpha, normalizado (Questionário) - Mulheres

Normalizado Plot Alpha		
Conjunto Inteiro	0.7540	
Colunas Excluídas	Normalizado	Plot Alpha
Idade	0.7616	
@VS T	0.7415	
@5 Escolaridade	0.7501	
@11 Rendimento	0.7547	
@13 Dif. Económicas	0.7526	
@18 Convívio	0.7562	
@19 Sente-se Só	0.7439	
@20 Família Preocupa-se	0.7485	
@25 Saúde Física	0.7383	
@26 Prob. Saúde	0.7520	
@27 Depr. 65	0.7570	
@28 Depr. Actual	0.7370	
@29 Freq. Q. Dol.	0.7378	
@291 Int. Q. Dol.	0.7365	
@30 Dif. Lidar Dor	0.7339	
@31 Dor Impede	0.7349	
@32 Dif. Adormecer	0.7486	
@33 Cansaço	0.7342	
@34 Dif. Concent.	0.7426	
@35 Memória	0.7405	
@36 Confuso	0.7469	
@51 Intimidade	0.7517	
@52 Satisf. Vida Sexual	0.7512	
@53 Irritação	0.7416	
@54 Inferioridade	0.7428	
@55 Negatividade	0.7421	
@56 Confiar	0.7597	
@57 Posto à Margem	0.7449	
@58 Ninguém Compr.	0.7479	
Balanço L&B	0.7458	
@Esc. Geriátrica 28	0.7930	

Quadro III-223 - Cronbach's Alpha, normalizado (Questionário) - Homens

Normalizado Plot Alpha		
Conjunto Inteiro	0.8137	
Colunas Excluídas	Normalizado	Plot Alpha
Idade	0.8218	

A Depressão no Idoso

Colunas Excluídas	Normalizado	Plot Alpha
@VS T	0.8050	
@5 Escolaridade	0.8105	
@11 Rendimento	0.8104	
@13 Dif. Económicas	0.8103	
@18 Convívio	0.8120	
@19 Sente-se S	0.8072	
@20 Família Preocupa-se	0.8101	
@25 Saúde Física	0.8016	
@26 Prob. Saúde	0.8089	
@27 Depr. 65	0.8099	
@28 Depr. Actual	0.8016	
@29 Freq. Q. Dol.	0.8004	
@291 Int. Q. Dol.	0.8016	
@30 Dif. Lidar Dor	0.7990	
@31 Dor Impede	0.7964	
@32 Dif. Adormecer	0.8065	
@33 Cansaço	0.7994	
@34 Dif. Concent.	0.8057	
@35 Memória	0.8056	
@36 Confuso	0.8101	
@51 Intimidade	0.8106	
@52 Satisf. Vida Sexual	0.8093	
@53 Irritação	0.8039	
@54 Inferioridade	0.8057	
@55 Negatividade	0.8053	
@56 Confiar	0.8199	
@57 Posto à Margem	0.8066	
@58 Ninguém Compr.	0.8105	
Balanço L&B	0.8082	
@Esc. Geriátrica 28	0.8443	

O Índice de CRONBACH mede a confiança de uma escala; indica quão consistente um conjunto de itens é para a avaliação do todo.

CRONBACH'S alpha é baseado na média das correlações dos itens numa escala de medida. O seu valor normalizado é usado quando as variâncias são amplas. Os itens na escala devem ser contínuos como numa escala de intervalos ou categóricos.

Os quadros mostram as respostas obtidas pela análise dos itens do Questionário e são considerados aceitáveis (maiores que 0.7); notem-se as diferenças entre Mulheres e Homens.

Análise de Componentes Principais

Quando se pretende observar o arranjo dos pontos (indivíduos), através de muitas variáveis correlacionadas, pode usar-se a Análise de Componentes Principais (ACP), a fim de mostrar as direcções mais importantes dos dados multidimensionais. A ACP, reduz a “dimensionalidade” do conjunto dos dados. É um modo de descrever a estrutura dos dados tão completamente quanto possível, usando o menor número de variáveis.

A ACP, é uma técnica que toma as combinações lineares das variáveis normalizadas originais (obtidas da decomposição dos valores próprios, no caso, da matriz de correlação das variáveis), de tal modo, que o primeiro dos componentes principais tenha a variância máxima, o segundo componente principal tenha a segunda maior variância, sujeito à ortogonalidade com o primeiro e assim sucessivamente. O conjunto dos componentes principais terá a mesma variabilidade total e estrutura que as variáveis originais (SAS INSTITUTE [2003], p. 384 e 579).

A Figura III-13 – Plot – Componentes Principais/ Análise Factorial (sR): Sexo = F – R1 vs R2 e a Figura III-14, mostram as projecções dos indivíduos e das variáveis (numéricas – escalas de intervalos), para os subgrupos Mulheres e para os Homens. A própria natureza da ACP impede que possamos fazer esta análise em simultâneo, *ie*, que a variável Sexo (entre outras), possa ser tratada, pelo facto de ser uma variável nominal, o que condiciona substancialmente o propósito desta análise para questões como a que aqui abordamos.

“*Biplot*” é uma técnica que mostra num único gráfico, uma aproximação do conjunto das variáveis e dos pontos (GABRIEL [1971]). No caso da ACP, representa a possibilidade de ver as variáveis e os pontos em simultâneo.

Seleccionando dois ou três componentes principais como eixos, então, os raios das variáveis são mostrados sendo esta apresentação conhecida por JK’ “*Biplot*”, e que as páginas seguintes documentam.

Estes diagramas aproximam a configuração das distâncias multidimensionais entre pontos a um subespaço a duas ou três dimensões. Fornecem também alguma informação sobre as variáveis. Cada raio corresponde a uma hipotética observação onde todos os valores são a média, excepto para as variáveis cujas médias sejam três desvios padrões abaixo da média.

À medida que a multidimensionalidade é reduzida a duas ou três dimensões, as variáveis que eram originalmente entendidas como ortogonais tornam-se próximas umas das outras. As variáveis que estão mais correlacionadas são as que estão mais próximas. Frequentemente, existem conjuntos de variáveis que se aglomeram no subespaço de duas ou três dimensões. As combinações correspondentes a estes grupos de variáveis (“*clusters*”), são o que os analistas esperam encontrar quando recorrem à análise factorial com o número de factores correspondendo ao número de dimensões representadas. (SAS INSTITUTE [2003], p. 581-2).

Para os Componentes Principais Normalizados, o cálculo é idêntico, mas os valores são escalados por forma a usar a variância unitária em vez da variância canónica, designando-se GH’ “*Biplots*”, (esta técnica é designada nas figuras seguintes por ‘s’).

A distância entre pontos visualizada pelos GH "Biplots" é menos esclarecedora, mas os ângulos dos raios do "Biplot" medem melhor as correlações (SAS INSTITUTE [2003], p. 574).

Os Componentes Principais de um conjunto de colunas mostram as direcções de maior variação dos dados. Mas estes componentes não têm qualquer outra interpretação. Com dados correlacionados, o que é frequentemente o caso, há um grupo "clusters" de variáveis correlacionadas nas primeiras dimensões dos componentes principais. Quando se vêem os raios do "Biplot", frequentemente ressaltam conjuntos de grupos de raios que correspondem aos conjuntos das variáveis que estão altamente correlacionadas (SAS INSTITUTE [2003], p. 583).

A Rotação dos Factores é usada para melhor alinhar as direcções dos factores com as variáveis originais, de forma a que aqueles se tornem mais interpretáveis. Espera-se que grupos de variáveis sejam altamente correlacionados para definir os factores em rotação. O método é chamado rotação *varimax* e é o mesmo que tradicionalmente se usa na análise factorial (SAS INSTITUTE [2003], p. 583).

O objectivo da rotação dos componentes é obter combinações ortogonais destes componentes principais que correspondam às direcções dos grupos de variáveis no espaço. O sucesso da rotação na interpretação do conjunto é muito dependente do número de factores que se escolhem para rodar. (SAS INSTITUTE [2003], p. 385). Visualmente, tomam-se os eixos dos primeiros três componentes principais num "Biplot" e rodam-se, de tal forma, que cada eixo aponte tão próximo quanto possível, para o raio de uma variável (ou equivalentemente para a imagem negativa do raio da variável).

Não apresentamos o Quadro de Correlações – Vectores Próprios, para as análises das Figuras em causa, pelo facto da variabilidade explicada ser aqui extremamente baixa; abordaremos em pormenor o Quadro III-224 – Componentes Principais/Análise Factorial, onde, com base em uma variabilidade maior, explicitaremos algumas hipóteses.

Considerando o sexo como elemento discriminatório vem:

Nas Mulheres, (Figura III-13), as variáveis que melhor explicam o 1º Factor, (15.77%) são: Escala de Depressão Geriátrica (-0.2851); Lawton & Brody (0.2362); Depressão Actual (0.2135); Cansaço (0.2130); Vaz Serra (0.1995); Dor Impede (0.1868); Dif. em lidar com a Dor (0.1836).

Nos Homens, e também para o 1º Factor (18.60%) temos: Escala de Depressão Geriátrica (-0.2814); Dor Impede (0.2491); Frequência das Queixas Dolorosas (0.2301); Dif. em lidar com a Dor (0.2269); Cansaço (0.2265); Depressão Actual (0.2181); Vaz Serra (0.1959).

Como se observa na Figura III-13, as variáveis, @31 Dor Impede, @30 Dificuldade em lidar com a Dor, @29 Frequência das Queixas Dolorosas e @291 Intensidade das Queixas Dolorosas (à direita), estão muito próximas entre si, duas a duas e confirmam os valores próprios. A @28 Depressão Actual e a @25 Saúde Física, são também explicadas pelos Eixo 1. As sucessivas rotações em torno dos Eixos XX's, YY's e ZZ's mostram esta proximidade.

A @505 Jardinagem e a @505 Horticultura (em baixo), explicadas pelo Factor 2, são praticamente colineares, o que leva a supor que poderíamos eliminar uma das variáveis sem perda de informação no *datum*.

Nos Homens, há como que uma simetria em relação à figura relativa às Mulheres, embora uma análise mais fina permita descortinar algumas diferenças. A inversão deve-se principalmente às respostas das Questões @507 e @508 que como se pode observar na análise univariada são também espelhadas.

Os pares de variáveis @29 Frequência das Queixas Dolorosas e @291 Intensidade das Queixas Dolorosas; @30 Dificuldade em lidar com a Dor e @31 Dor Impede, são próximas, constituindo estas quatro variáveis como que um agrupamento, ainda que os dois subgrupos estejam ligeiramente mais afastados.

@505 Jardinagem e @506 Horticultura são aqui também praticamente colineares.

O Quadro seguinte, corresponde à ACP efectuada sobre todos os indivíduos amostrados.

Quadro III-224 – Componentes Principais/ Análise Factorial – % Variância Explicada por CP

Componentes Principais: / Análise Factorial

Correlações – Valores Próprios

Comp. Principal	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
Valores Próprios	7.1396	3.8385	2.2897	1.8249	1.6444	1.4385	1.3613	1.234	1.2108	1.0701	1.0437	0.935	0.8874	0.8803	0.8457	0.7908	0.7512	0.7328
Percentagem	17.849	9.5963	5.7242	4.5624	4.111	3.5963	3.4033	3.0851	3.027	2.6753	2.6093	2.3375	2.2185	2.2006	2.1142	1.9771	1.8779	1.8321
Percentagem Acumulada	17.849	27.445	33.169	37.7319	41.8429	45.4392	48.8425	51.9276	54.9546	57.6299	60.2392	62.5767	64.7953	66.9959	69.1101	71.0872	72.9652	74.797

O explicado pelos quatro eixos retidos – $\approx 38\%$ – é extraordinariamente baixo; alargar a explicação para alguns mais eixos, contrariaria a razão da ACP. Mantemos assim a análise, não para explicar, mas apenas para perceber tendências e/ ou descortinar padrões.

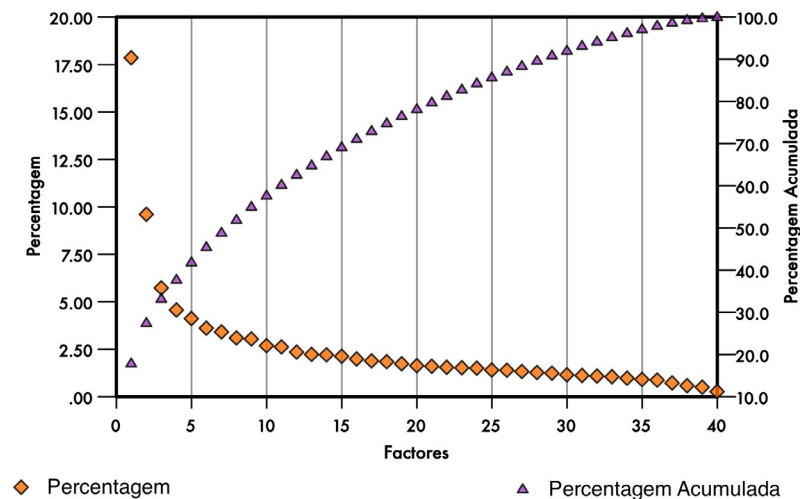


Figura III-15 – “Scree Plot” – Estabilização a partir do Factor de ordem 5

As três primeiras figuras que se seguem (C1 x C2 x C3), correspondem a ACP sem rotação e com os dados não normalizados. Nos dois conjuntos seguintes, procedeu-se à rotação dos factores; note-se como para além da posição dos indivíduos, as variáveis mantêm as mesmas posições.

As variáveis encontram-se ordenadas para o Factor 1; para os restantes factores, as cores dão indicações da sua importância.

Quadro III-225 – Componentes Principais/ Análise Factorial – Contribuições – Vectores Próprios

Correlações – Vectores Próprios

@31 Dor Impede	0.2309	-0.1928	-0.2512	0.0439	0.0354	0.1729	0.0182	-0.0052	0.0510	0.0706	0.0832	-0.0313	0.0392	-0.1198	-0.0095	0.0002	0.0258	-0.0613
@28 Depr. Actual	0.2296	-0.0248	0.1201	-0.2474	0.0807	-0.1736	-0.1675	-0.0857	0.0297	-0.0165	0.0242	-0.0409	0.0038	-0.0665	-0.0280	0.1881	0.0448	-0.1386
@33 Cansaço	0.2287	-0.1197	-0.0408	-0.0031	-0.0166	-0.0552	-0.1432	-0.1097	0.0892	0.0922	-0.1701	0.0755	0.1133	0.0752	0.2979	-0.0152	-0.0800	-0.1409
@29 Freq. Q. Dol.	0.2227	-0.1495	-0.3075	-0.0201	-0.0559	0.1192	0.0179	0.0268	-0.0517	-0.0048	0.1606	0.0246	-0.0434	-0.0133	-0.2104	-0.0676	0.0664	0.0897
@30 Dif. Lidar Dor	0.2207	-0.2190	-0.2690	0.0226	0.0763	0.1654	0.0354	-0.0161	0.0182	0.0579	0.0941	-0.0751	0.0840	-0.1456	-0.1285	-0.0251	0.0063	0.0320
@25 Saúde Física	0.2129	-0.1172	-0.1456	0.0147	-0.0697	0.0580	-0.0948	-0.0145	0.0836	-0.1475	-0.0620	0.0704	-0.1575	0.2368	0.1098	0.0211	-0.1173	-0.0837
@291 Int. Q. Dol.	0.2116	-0.1550	-0.3356	-0.0606	0.0332	0.2077	0.0629	0.0143	0.0047	0.0642	0.1428	-0.0870	0.0207	-0.0427	-0.1573	-0.0216	0.0604	0.0655
@53 Irritação	0.2058	-0.0118	0.1554	-0.1927	0.0413	-0.2134	-0.1410	-0.2034	0.0514	0.0308	0.0568	-0.0787	0.1281	-0.0138	-0.2540	-0.0060	0.0309	-0.2193
@VS T	0.1952	0.0553	0.0925	0.2514	-0.0906	0.0805	0.0132	0.1215	-0.1279	0.0499	0.0109	0.1348	-0.4483	-0.0983	-0.0470	0.0255	-0.2258	-0.0535
@19 Sente-se Só	0.1867	0.0908	0.1164	-0.2763	0.1300	-0.0393	-0.0291	-0.0682	-0.0830	0.0771	-0.0023	0.1948	0.1451	-0.1999	-0.0974	0.0280	-0.2917	-0.1742
@35 Memória	0.1736	-0.0901	0.1608	0.1680	-0.1578	-0.1070	-0.1253	0.2246	0.1496	0.0171	-0.0852	-0.0956	-0.1465	0.1035	-0.1423	-0.1657	0.2870	-0.0913
@504 Passear	0.1683	0.1291	-0.0599	0.0557	-0.2635	0.0048	0.1183	-0.1140	-0.2224	-0.1352	0.0546	0.1378	0.0937	-0.0777	0.2414	0.3172	-0.0770	0.1826
@509 Conversar	0.1624	0.2087	0.0795	-0.1224	-0.1440	0.2300	-0.0298	0.1974	-0.0513	-0.0961	0.0306	0.1596	0.1206	0.0582	0.1063	-0.2423	0.1010	-0.0809
@52 Satisf. Vida Sexual	0.1602	0.1837	-0.0384	0.0115	0.1639	-0.0257	-0.0567	0.0248	-0.0835	0.1116	-0.0163	-0.1623	-0.4820	-0.1361	0.1352	0.0686	0.0999	0.1621
@54 Inferioridade	0.1575	-0.0738	0.2256	0.0062	0.0744	-0.0662	0.1388	-0.1379	-0.0214	-0.4536	0.2511	-0.1122	-0.1184	-0.0530	-0.0469	-0.0015	0.1187	0.0611
@34 Dif. Concent.	0.1574	-0.1559	0.1497	0.1948	-0.1354	-0.2316	-0.0375	0.1616	0.0011	0.1488	-0.2077	0.1779	0.0390	0.1196	-0.1217	-0.1749	0.0160	-0.0497
@55 Negatividade	0.1528	-0.1475	0.2758	0.1388	-0.0713	-0.1455	0.0670	-0.1019	0.0726	-0.2431	0.1807	0.0551	-0.1112	-0.1740	-0.0389	-0.0129	0.0477	0.2808
@503 Música	0.1516	0.2317	-0.0332	0.0307	-0.2092	-0.1604	-0.0134	0.2591	-0.1245	-0.0257	0.1832	-0.1038	0.0840	0.0832	0.0218	0.1278	0.0080	0.0559
@32 Dif. Adormecer	0.1490	-0.1592	-0.0518	-0.1309	-0.1284	-0.1398	-0.0628	-0.1897	0.1406	-0.0078	-0.1058	0.0237	0.1776	-0.0226	0.4186	-0.3298	-0.1246	0.3729
Balanco L&B	0.1444	0.1960	-0.0282	0.2940	0.0828	0.1467	-0.3250	-0.0047	0.0633	0.0582	-0.0169	0.1407	0.0531	-0.0100	0.0247	0.1466	-0.1287	-0.0861
@502 TV	0.1427	0.2234	0.0512	0.0376	-0.1044	-0.0153	-0.1378	0.1235	-0.1051	0.1390	0.0705	-0.1283	0.2869	0.0605	0.0142	0.2649	0.3244	0.2548
@506 Horticultura	0.1348	0.3067	-0.1083	0.0191	-0.0899	-0.0598	0.3420	-0.2981	0.0960	0.1040	-0.1918	0.0249	-0.1527	0.0148	-0.0690	-0.1231	0.0580	-0.0829
@26 Prob. Saúde	0.1346	0.0046	-0.1110	-0.1841	0.0492	0.1146	-0.1145	0.0431	0.1494	-0.3326	-0.3185	-0.0093	-0.1479	0.5486	-0.0026	0.1938	0.0761	0.1040
@505 Jardinagem	0.1336	0.3324	-0.1138	0.0462	-0.0835	-0.0474	0.3155	-0.2703	0.1012	0.0813	-0.1525	0.0245	-0.0939	0.0218	-0.0529	-0.0666	0.0144	-0.1276
@508 Cartas	0.1278	0.1108	-0.0624	-0.1655	-0.1403	-0.1230	0.1921	0.1735	-0.3455	-0.0239	-0.1840	-0.2083	0.1140	0.1081	-0.2827	-0.1259	-0.1987	0.1286
@5 Escolaridade	0.1188	0.0337	-0.0797	0.2043	0.3660	-0.1884	-0.0615	0.1146	-0.1700	0.0166	0.1549	-0.3067	0.0301	0.1852	0.1967	0.0347	-0.2236	-0.2743
@57 Posto à Margem	0.1178	-0.1091	0.3206	0.0766	0.1326	0.3116	0.2330	-0.1915	-0.1295	-0.0473	-0.0958	-0.1524	0.1279	0.0919	0.0490	0.0784	0.0385	-0.0692
@501 Ler	0.1165	0.1890	-0.0571	0.2270	-0.0129	-0.1290	0.1499	0.0375	0.1659	-0.0544	0.1867	-0.3142	0.2444	0.0581	0.1563	-0.2749	-0.0277	-0.0786
@51 Intimidade	0.1067	0.1982	0.1309	-0.1233	0.2610	0.1525	-0.1034	0.0910	0.1798	0.0915	0.0339	-0.0136	-0.0246	-0.0695	-0.0096	-0.3275	0.3294	0.0357
@18 Convívio	0.1029	0.1455	0.1162	-0.2454	-0.0592	0.2759	-0.0219	0.2243	-0.2002	-0.1010	0.1679	0.2896	-0.0411	-0.0557	0.1714	-0.2244	-0.0405	-0.1374
@36 Confuso	0.0981	-0.2780	0.0981	0.2740	-0.1806	-0.0743	0.0843	0.1014	-0.0898	0.2323	-0.0745	0.1581	0.0449	-0.0396	0.0130	-0.0080	0.0412	-0.0279
@11 Rendimento	0.0954	-0.0103	-0.0821	0.0728	0.4476	-0.1964	0.1933	0.1918	-0.0502	-0.0777	-0.1163	0.1618	-0.0431	-0.1293	0.2965	-0.0526	0.0823	0.1177
@58 Ninguém Compr.	0.0914	-0.1329	0.2920	0.1184	0.0385	0.3805	0.1754	-0.1526	-0.1890	0.1961	-0.0806	-0.1290	0.0939	0.1715	0.1359	0.0654	0.1292	-0.0602
@20 Família Preocupa-se	0.0901	0.0747	0.2420	-0.0412	0.2019	0.1702	0.0451	0.1896	0.2519	0.2366	-0.1119	-0.1319	0.0168	0.0264	-0.1708	0.0087	-0.4397	0.4740
@27 Depr. 65	0.0857	-0.0558	0.0327	-0.2919	-0.1772	-0.0397	0.1571	0.2103	0.2856	0.2638	-0.0918	-0.1687	-0.0909	-0.2617	0.2491	0.3573	0.1587	-0.1271
@13 Dif. Económicas	0.0824	0.0032	-0.0603	0.0768	0.3154	-0.1230	0.3278	0.2138	0.0959	-0.1292	-0.1240	0.4125	0.2724	0.0153	-0.1711	0.2151	0.1655	-0.0002
@507 Tricó	0.0124	0.2307	0.0103	0.2739	-0.0821	0.1643	-0.0820	-0.0933	0.4565	-0.0859	0.1902	0.1250	0.1451	-0.0277	-0.0764	0.1272	-0.1025	0.0058
@56 Confiar	0.0094	-0.0331	0.0436	-0.1550	0.0795	-0.1642	0.1261	-0.1495	0.0084	0.4186	0.5235	0.2876	-0.1385	0.5016	0.0327	0.0281	0.0372	0.1299
Idade	-0.0433	-0.1480	0.0897	-0.1255	-0.1475	0.0464	0.3539	0.3178	0.3143	-0.1268	0.1893	-0.0941	-0.0478	0.1006	0.0827	0.0424	-0.2391	-0.2200
@Esc. Geriátrica 28	-0.2876	0.0391	-0.1456	0.0741	-0.0005	0.1035	0.1122	0.0975	-0.0259	0.0692	0.0205	-0.0037	0.0066	0.0478	0.1010	-0.0664	0.1353	0.0165

A análise dos sucessivos “*Biplots*” para os Eixos P1 vs P2 vs P3, permite visualizar alguns grupos de variáveis que mantêm a proximidade e as suas posições relativas no espaço. Esta questão é muito mais fácil de ser observada no *software* que temos vindo a usar (JMP), do que extrai-la das figuras que apresentamos. Com efeito, sobre o *software*, temos a possibilidade de rodar todo o *datum* e assim poder ‘*espreitar*’ por detrás, construindo uma conceptualização tridimensional dos dados. No modo estático, onde frequentemente a descrição de algumas variáveis tapa a descrição de outras, ou mesmo mascara as suas posições reais, há uma enorme dificuldade, ou mesmo impossibilidade de uma análise cuidada.

Os pares de variáveis, @31 Dor Impede; @30 Dificuldade em lidar com a Dor e @291 Intensidade das Queixas Dolorosas; @29 Frequência das Queixas Dolorosas, constituem como que um agrupamento, ainda que estes dois subgrupos se identifiquem perfeitamente.

Os vectores próprios que a tabela acima mostra, corroboram esta descrição.

Com a @25 Saúde Física e o @33 Cansaço, temos como que um alinhamento em torno de R1. Também aqui, os valores dos vectores próprios o confirmam, do mesmo modo que podemos observar a @Esc. Geriátrica em oposição à @28 Depressão Actual e à @53 Irritação, (mais observável no plano R1 x R3).

A @35 Memória a @34 Dif. Concentração dispõem-se ao longo do eixo R3, ainda com valores elevados.

O Factor 2, joga sobretudo e curiosamente com as questões 501 a 509, que no fundo traduzem os desejos – os gostos. Ainda aqui, note-se por exemplo a @505 Jardinagem e a @506 Horticultura praticamente colineares.

O Factor 3, aglutina como que as características negativas, @54 Inferioridade, @55 Negatividade, @57 Posto à Margem, @58 Ninguém o Compreende e até a própria @53 Irritação.

Concluindo, e para além do que realmente não é explicado, e para o qual cremos concorreu o desajuste da amostragem, das próprias questões (@51 Intimidade, entre outras), das limitações que a ACP encerra (referidas em p. 389), há no nosso entender padrões que suspeitávamos e que aqui estão presentes.

Há um conjunto de variáveis, que no fundo se associam como que naturalmente aos idosos e ao envelhecimento, e que o Factor 1 discrimina. Há também outras variáveis cuja importância não podemos aqui discutir, a Idade, o @11 Rendimento as @13 Dificuldades Económicas e que supomos, note-se a hipótese, interessantes.

O modelo percebido foi o que descrevemos e que não colide com as observações que a análise univariada nos permitiu construir. Constituiu mais um elemento a pesar para a próxima análise.

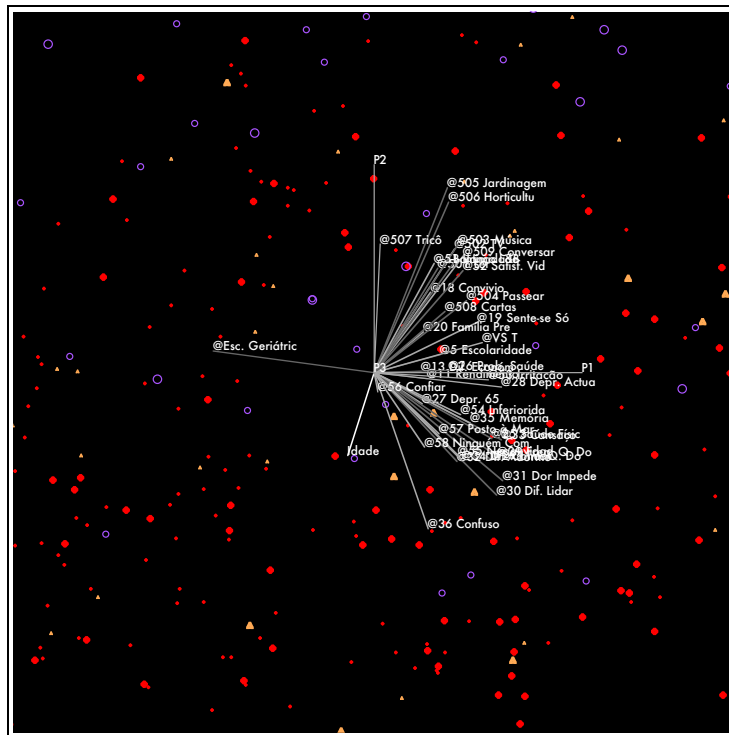


Figura III-16 – “Biplot” - Componentes Principais/ Análise Factorial: P1 vs P2

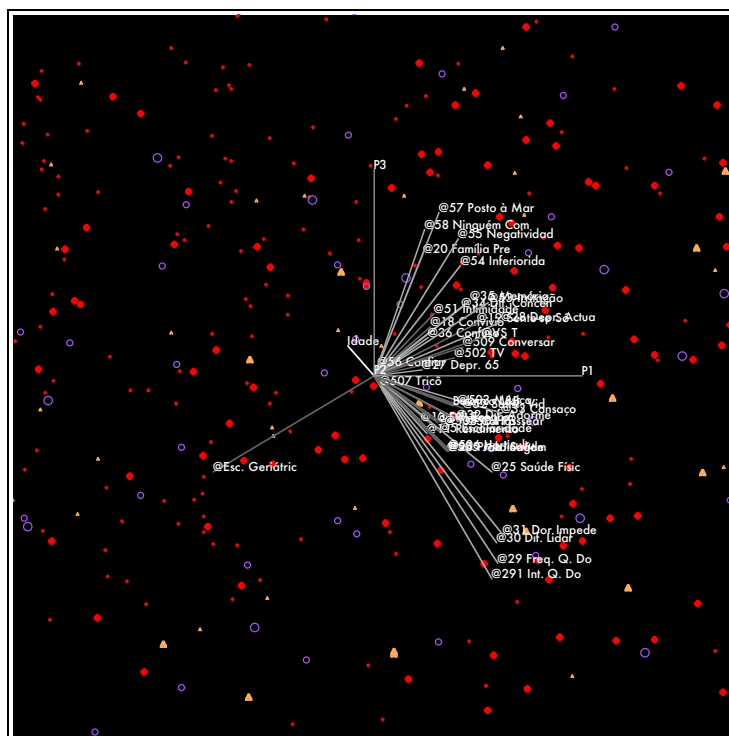


Figura III-17 – “Biplot” - Componentes Principais/ Análise Factorial: P1 vs P3

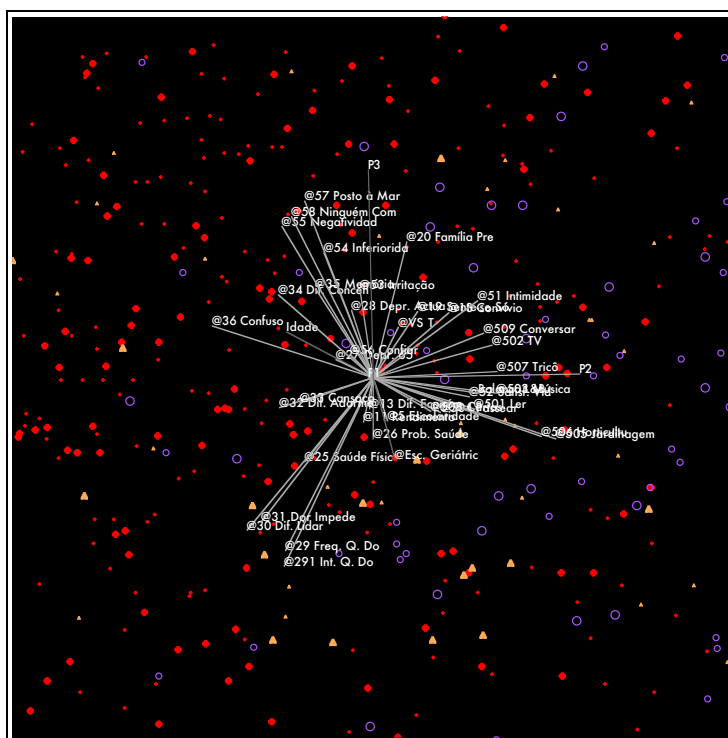


Figura III-18 – “Biplot” – Componentes Principais/ Análise Factorial: P2 vs P3

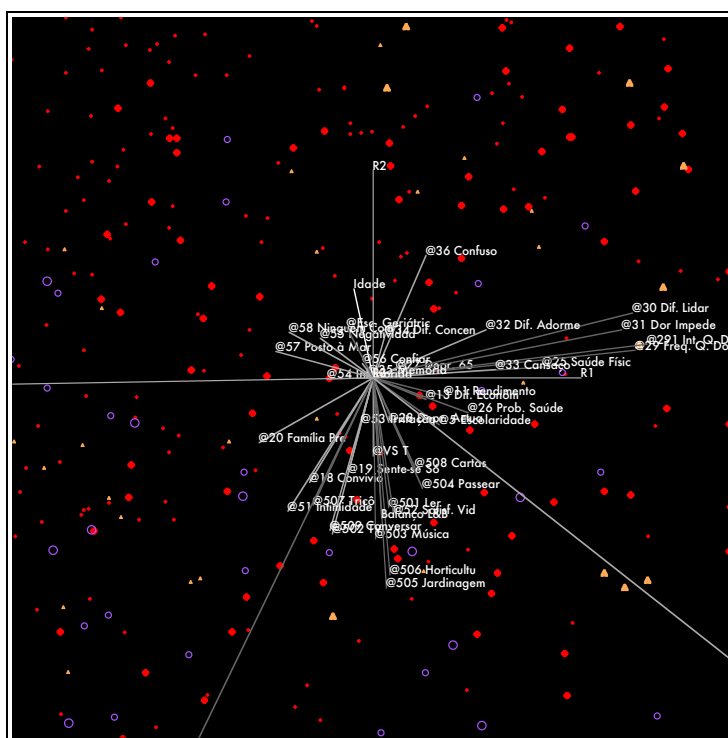


Figura III-19 – “Biplot” – Componentes Principais/ Análise Factorial: nR1 vs nR2

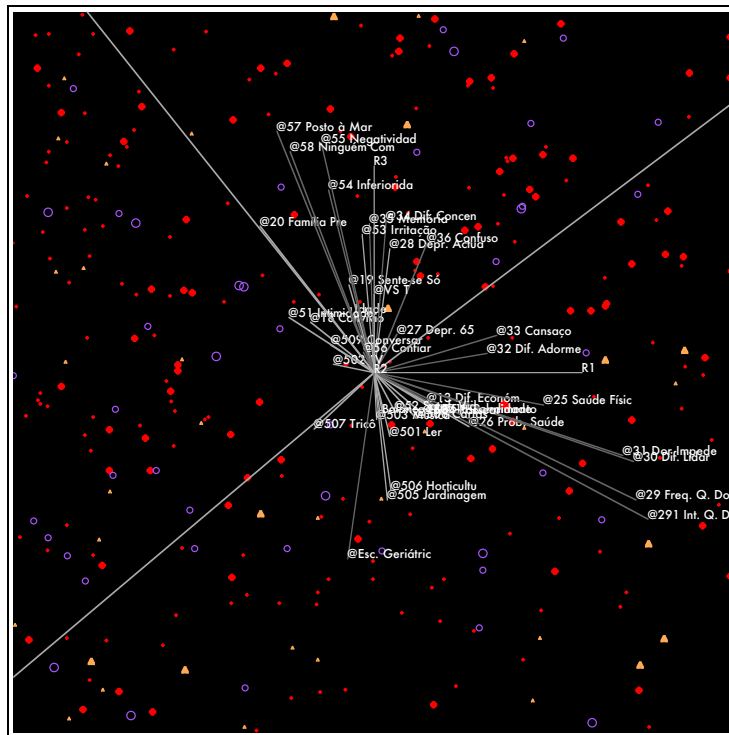


Figura III-20 – “Biplot” – Componentes Principais/ Análise Factorial: nR1 vs nR3

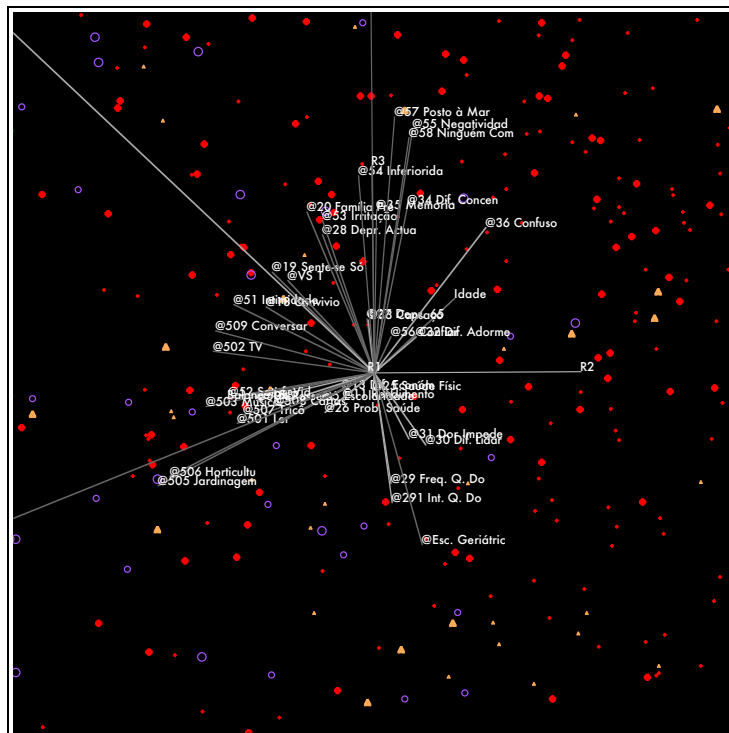


Figura III-21 – “Biplot” – Componentes Principais/ Análise Factorial: nR2 vs nR3

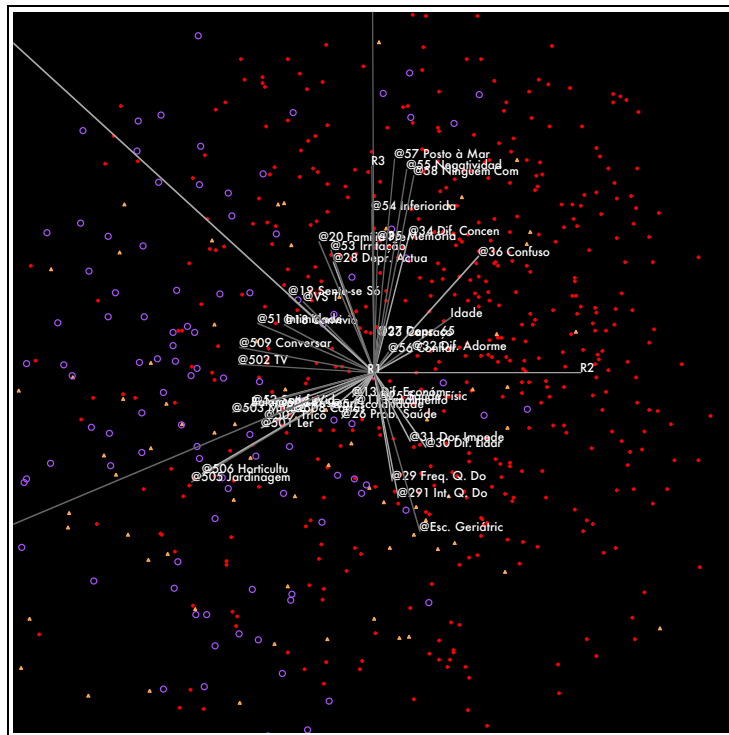


Figura III-24 – “Biplot” – Componentes Principais/ Análise Factorial: sR2 vs sR3

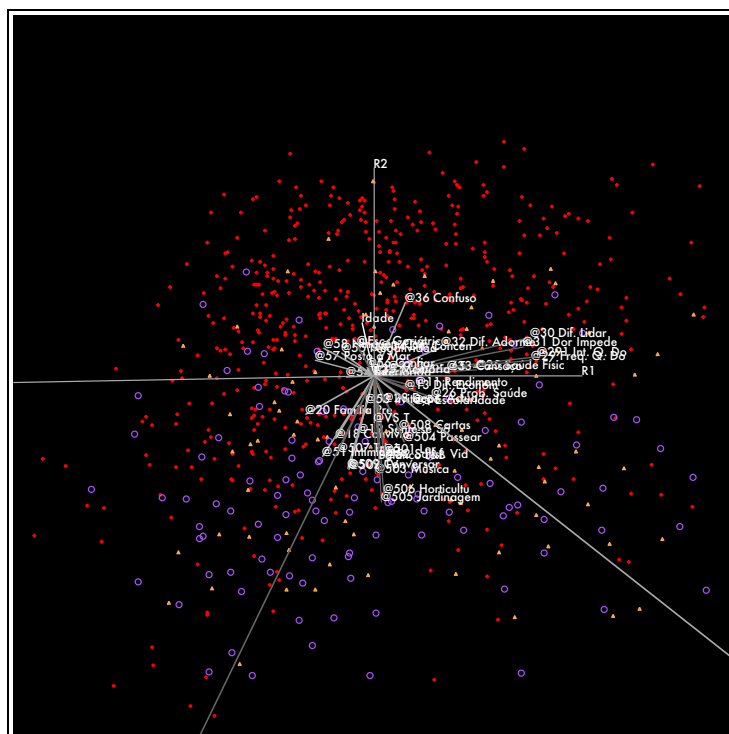


Figura III-25 – “Biplot” – Componentes Principais/ Análise Factorial: sR1 vs sR2 - Os Indivíduos

A Depressão no Idoso

Os indivíduos no seu conjunto, estão representados na nuvem de pontos que se distribui em torno dos eixos. Os pontos a vermelho correspondem aos utentes dos LI's, os amarelos aos dos CD's e os pequenos círculos azuis aos das RS's. A simples observação das nuvem mostra como R 1 separa basicamente os LI's dos RS's, mas mais nada nos é permitido concluir.

Análise Factorial de Correspondências Múltiplas

Dada a natureza dos dados em análise, traduzirem em grande parte, respostas do tipo qualitativo, recorreu-se à Análise Factorial de Correspondências Múltiplas (AFCM), já que este tipo de dados – quase sempre nominais – podem ser tratados, no caso presente, a discriminação do Sexo que a ACP não nos permitiu verificar em conjunto, do mesmo modo que a Ruralidade e as posições dos indivíduos nos CD's, LI's e RS's. As limitações que referimos na ACP, são aqui ultrapassadas.

GARCIA PEREIRA [2002], GARCIA PEREIRA & SOUSA [2002], SOUSA [2002], SOUSA & SOUSA [2003],

“N’ira pas loin celui qui sait d’avance où il veut aller”

Napoleon

O Quadro de partida é uma matriz em que as colunas correspondem às propriedades e as linhas aos casos ou aos indivíduos e em que o preenchimento (codificação) é de números positivos quando se trata de variáveis métricas e quando qualitativas se faz pela ausência ou presença, *ie*, concordância ou não com a pergunta, 0's e 1's.

– Matriz de BURT de que abaixo se dá uma imagem. Os Números

3.8.1 matriz de BURT

Fazendo o produto $Q^T Q$ obtém-se uma matriz $p \cdot p$ que cruza entre si todas as modalidades das q propriedades. Essa matriz tem uma estrutura particular, designada por quadro de BURT (Figura III-26 – Matriz de BURT) e é constituída por uma justaposição de tabelas de contingência cruzando todas as propriedades entre si.

A matriz de BURT é simétrica. Os blocos jj são matrizes diagonais contendo o número total de indivíduos distribuídos pelas modalidades de j ; os blocos do tipo A são tabelas de contingência cruzando as modalidades de j com j'

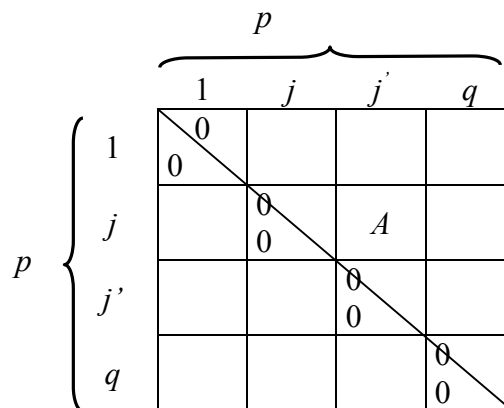


Figura III-26 – Matriz de BURT

Para o tratamento estatístico em AFC usámos o *software* desenvolvido por SOUSA & SOUSA [2003] do Instituto Superior Técnico (IST).

A Depressão no Idoso

A tabela seguinte, não é mais que a descrição sumária de todas as variáveis tratadas e as correspondentes modalidades, posto o “*software*”, usado não permitir mais que quatro posições para a descrição das variáveis e três posições para as modalidades (SOUSA [2002]). Optámos pela sua inclusão aqui por acharmos que seria mais operativa do mesmo modo que por facilidade de consulta a tabela mais não é que a devidamente ordenada por Variável a fim de permitir uma localização rápida da mnemónica para uma correcta interpretação dos Quadros de AFC.

Tabela III-5 - Lista de Variáveis, modalidades e correspondentes mnemónicas

LI' s	CD' s	RS' s	n Tx ^o	Var.	Mod .	Descrição em JMP
Δ	⊖	⊗	⊙	65<7	651 652	≥65<70
Δ	⊖	⊗	⊙	70<7	701 702	≥70<75
Δ	⊖	⊗	⊙	75<8	751 752	≥75<80
Δ	⊖	⊗	⊙	80<8	801 802	≥80<85
Δ	⊖	⊗	⊙	85<9	851 852	≥85<90
Δ	⊖	⊗	⊙	90<9	901 902	≥90<95
Δ	⊖	⊗	⊙	>95	951 952	≥95<
Δ	⊖	⊗	Nx	F	F1 F2	Feminino
Δ	⊖	⊗	Nx	M	M1 F2	Masculino
Δ	⊖	⊗	Nx	LI	LI1 LI2	Inst. LI
Δ	⊖	⊗	Nx	CD	CD1 CD2	Inst. CD
Δ	⊖	⊗	Nx	RS	RS1 RS2	Inst. RS
Δ	⊖	⊗	Nx	Rura	Rur Urb 1 2	Rural
Δ	⊖	⊗	Nx	Urba	Urb Rur 1 2	Urbano
Δ	⊖	⊗	Nx	Casa	Cas Cas 1 2	E. Civil Casado@40
Δ	⊖	⊗	Nx	Solt	Sol Sol 1 2	E. Civil Solteiro@41
Δ	⊖	⊗	Nx	Divo	Div Div 1 2	E. Civil Divorciado@42
Δ	⊖	⊗	Nx	Viuv	Viu Viu 1 2	E. Civil Viúvo@43
Δ	⊖	⊗	Ox	Anal	Ana Ana 1 2	Escol. Analfabeto@50
Δ	⊖	⊗	Ox	LerE	Ler Ler 1 2	Escol. Ler&Escrever@51
Δ	⊖	⊗	Ox	Prim	Pri Pri 1 2	Escol. Primária@52
Δ	⊖	⊗	Ox	7Secu	Sec Sec 1 2	Escol. Secundário@53
Δ	⊖	⊗	Ox	CMed	CMe CMe 1 2	Escol. C. Médio@54
Δ	⊖	⊗	Ox	6CSup	CSu CS2 1	Escol. C. Superior@55
Δ	⊖	⊗	C	Prof	1	Prof. Classificação
Δ	⊖	⊗	C	Refo	1	Idade Reforma@80
Δ	⊖	⊗	O	<45	m45 m45 1 2	Idade Ref. ≤ 45
Δ	⊖	⊗	O	<55	m55 m55 1 2	Idade Ref. ≤ 45 < 55
Δ	⊖	⊗	O	<65	m65 m65 1 2	Idade Ref. ≤ 55 < 65
Δ	⊖	⊗	O	>65	M65 M65 1 2	Idade Ref. ≥ 65
Δ	⊖	⊗	Nx	LIda	LId LId 1 2	Tipo Ref. L. Idade@90
Δ	⊖	⊗	Nx	PSoc	PSo PSo 1 2	Tipo Ref. P. Social@91
Δ	⊖	⊗	Nx	PCon	PCo PCo 1 2	Tipo Ref. P. Cónjuge@92
Δ	⊖	⊗	Nx	Inva	Inv Inv 1 2	Tipo Ref. Invalidez@93
Δ	⊖	⊗	Nx	DTDo	DTD DTD 1 2	D. Trab. Doença@100
Δ	⊖	⊗	Nx	ODTRe	DTR 1	D. Trab. Reforma@101
Δ	⊖	⊗	Nx	DTEm	DTE DTE 1 2	D. Trab. Retorno/ Emigr.@102
Δ	⊖	⊗	Nx	9DTQF	DTQ DTQ 1 2	D. Trab. Q. Familiares@103
Δ	⊖	⊗	Nx	DTOM	DTO DT0 1 2	D. Trab. O. Motivos@104
Δ	⊖	⊗	Ox	<250	250 250 1 2	Rend. ≤250@110
Δ	⊖	⊗	Ox	<350	350 350 1 2	Rend. ≤350@111

Δ	⊙	⊙	Ox	<450	450 450 1 2	Rend. ≤450@112
Δ	⊙	⊙	Ox	<550	550 550 1 2	Rend. ≤550@113
Δ	⊙	⊙	Ox	<750	750 750 1 2	Rend. ≤750@114
Δ	⊙	⊙	Ox	>750	760 760 1 2	Rend. >750@115
Δ	⊙	⊙	Nx	ORVe	ORV ORR ORR	Orig. Rend. Vencimento@120
Δ	⊙	⊙	Nx	ORRf	ORP ORP	Orig. Rend. Reforma@121
Δ	⊙	⊙	Nx	ORPS	ORS ORS	Orig. Rend. P. Social@122
Δ	⊙	⊙	Nx	ORSV	ORO ORO	Orig. Rend. P. Sobr./ Viuvez@123
Δ	⊙	⊙	Nx	OROR	DES DES	Orig. Rend. O. Recursos@124
Δ	⊙	⊙	Ox	DEcS	DED DED	Dific. Econ. Sempre@130
Δ	⊙	⊙	Ox	DEcD	DER DER	Dific. Econ. c/ dific.@131
Δ	⊙	⊙	Ox	DEcR	DEN DEN	Dific. Econ. Raram.@132
Δ	⊙	⊙	Ox	DEcN	VvC VvC	Dific. Econ. Nunca@133
Δ	⊙	⊙	Nx	VivC	VvF VvF	Vive c/ Cônjuge@140
Δ	⊙	⊙	Nx	VivF	VvO VvO	Vive c/ Filhos@141
Δ	⊙	⊙	Nx	9VivO	VvI VvI	Vive c/ Outros@142
Δ	⊙	⊙	Nx	VivI	VvS VvS	Vive c/ Instituição@144
Δ	⊙	⊙	Nx	VivS	HbM HbM	Vive c/ Sozinho@145
Δ	⊙	⊙	Nx	HabM	HbA HbA	Habit. Moradia@150
Δ	⊙	⊙	Nx	HabA	HbQ HbQ	Habit. Andar@151
Δ	⊙	⊙	Nx	HabQ	HbB HbB	Habit. Quarto@152
Δ	⊙	⊙	Nx	HabB	HbP HbP	Habit. Barraca@153
Δ	⊙	⊙	Nx	HabP	HbE HbE	Habit. Própria@160
Δ	⊙	⊙	Nx	HabE	HbR HbR	Habit. Encargos@161
Δ	⊙	⊙	Nx	9HabR	HbC HbC	Habit. Arrendada@162
Δ	⊙	⊙	Nx	HabC	CHM CHM	Habit. Cedida/ Outra@163
Δ	⊙	⊙	Ox	CHMB	CHB CHB	Cond. Habit. M Boas@170
Δ	⊙	⊙	Ox	CHBo	CHR CHR	Cond. Habit. Boas@171
Δ	⊙	⊙	Ox	CHRe	CHm CHm	Cond. Habit. Regulares@172
Δ	⊙	⊙	Ox	CHMa	CnS CnS	Cond. Habit. Más@173
Δ	⊙	⊙	Ox	CnvS	CnF CnF	Conv. Sempre@180
Δ	⊙	⊙	Ox	CnvF	CnR CnR	Conv. Freq.@181
Δ	⊙	⊙	Ox	CnvR	CnN CnN	Conv. Raram.@182
Δ	⊙	⊙	Ox	6CnvN	SSN SSN	Conv. Nunca@183
Δ	⊙	⊙	Ox	SSoN	SSR SSR	Sente-se Só Nunca@190
Δ	⊙	⊙	Ox	SSoR	SSF SSF	Sente-se Só Raram.@191
Δ	⊙	⊙	Ox	SSoF	SSS SSS	Sente-se Só Freq.@192
Δ	⊙	⊙	Ox	SSoS	FaM FaM	Sente-se Só Sempre@193
Δ	⊙	⊙	Ox	FamM	FaB FaB	Família Preoc. Muito@200
Δ	⊙	⊙	Ox	FamB	Fan Fan	Família Preoc. Bastante@201
Δ	⊙	⊙	Ox	Famn	FaP FaP	Família Preoc. N Muito np@202
Δ	⊙	⊙	Ox	FamP	FaN FaN	Família Preoc. Pouco@203
Δ	⊙	⊙	Ox	FamN	PrS PrS	Família Preoc. Nada@204
Δ	⊙	⊙	Nx	PrcS	PrA PrA	Preoc. Saúde@210
Δ	⊙	⊙	Nx	PrcA	PrI PrI	Preoc. Solidão@211
Δ	⊙	⊙	Nx	PrcI		Preoc. Isolam./ FA@212

A Depressão no Idoso

					1	2	
					PrF	PrF	
Δ	⊖	⊗	Nx	PrcF	1	2	Preoc. Família@213
					PrM	PrM	
Δ	⊖	⊗	Nx	PrcM	1	2	Preoc. Morte@214
					PrD	PrD	
Δ	⊖	⊗	Nx	PrcD	1	2	Preoc. Econ.@215
					ACP	ACP	
Δ	⊖	⊗	Nx	ApCP	1	2	Apoio Cuid. Pessoais@220
					AMo	AMo	
Δ	⊖	⊗	Nx	ApMo	1	2	Apoio Mobilidade@221
					ACD	ACD	
Δ	⊖	⊗	Nx	ApCD	1	2	Apoio Cuid. Domésticos@222
					AnP	AnP	
Δ	⊖	⊗	Nx	ApnP	1	2	Apoio n Precisa@223
					SFE	SFE	
Δ	⊖	⊗	Ox	8 SdFE	1	2	Saúde F. Excelente@250
					SFB	SFB	
Δ	⊖	⊗	Ox	SdFB	1	2	Saúde F. Boa@251
					SFR	SFR	
Δ	⊖	⊗	Ox	SdFR	1	2	Saúde F. Regular@252
					SFm	SFm	
Δ	⊖	⊗	Ox	SdFM	1	2	Saúde F. Má@253
					PSN	PSS	
Δ	⊖	⊗	Ox	PSdN	1	2	P. Saúde Não@260
					PSS	PSN	
Δ	⊖	⊗	Ox	PSdS	1	2	P. Saúde Sim@261
Δ	⊖	⊗	N	D1	1		D1 @260
					D6N	D6N	
Δ	⊖	⊗	Ox	Dp6N	1	2	Depr. 65 Não@270
					D6B	D6B	
Δ	⊖	⊗	Ox	Dp6B	1	2	Depr. 65 Sim mas@271
					D6S	D6S	
Δ	⊖	⊗	Ox	Dp6S	1	2	Depr. 65 Sim e@272
					D6I	D6I	
Δ	⊖	⊗	Ox	Dp6I	1	2	Depr. 65 Internado@273
					DpN	DpN	
Δ	⊖	⊗	Ox	DepN	1	2	Depr. Act. Nunca@281
					DpR	DpR	
Δ	⊖	⊗	Ox	DepR	1	2	Depr. Act. Raram.@281
					DpF	DpF	
Δ	⊖	⊗	Ox	DepF	1	2	Depr. Act. Freq.@282
					DpS	DpS	
Δ	⊖	⊗	Ox	DepS	1	2	Depr. Act. Sempre@283
					FQN	FQN	
Δ	⊖	⊗	Ox	FQDN	1	2	Freq. Q. Dol. Nunca@290
					FQR	FQR	
Δ	⊖	⊗	Ox	FQDR	1	2	Freq. Q. Dol. Raram.@291
					FQF	FQF	
Δ	⊖	⊗	Ox	FQDF	1	2	Freq. Q. Dol. Freq.@292
					FQS	FQS	
Δ	⊖	⊗	Ox	FQDS	1	2	Freq. Q. Dol. Sempre@293
					IQA	IQA	
Δ	⊖	⊗	Ox	IQDA	1	2	Int. Q. Dol. Ausência@2910
					IQL	IQL	
Δ	⊖	⊗	Ox	IQDL	1	2	Int. Q. Dol. Ligeira@2911
					IQm	IQm	
Δ	⊖	⊗	Ox	IQDm	1	2	Int. Q. Dol. Moderada@2912
					IQF	IQF	
Δ	⊖	⊗	Ox	IQDF	1	2	Int. Q. Dol. Forte@2913
					IQM	IQM	
Δ	⊖	⊗	Ox	IQDM	1	2	Int. Q. Dol. M Forte@2914
					LDN	LDN	
Δ	⊖	⊗	Ox	DLDN	1	2	Dific. Lidar Dor Nada@300
					LDP	LDP	
Δ	⊖	⊗	Ox	DLDP	1	2	Dific. Lidar Dor Pouco@301
					LDB	LDB	
Δ	⊖	⊗	Ox	DLDB	1	2	Dific. Lidar Dor Bastante@302
					LDM	LDM	
Δ	⊖	⊗	Ox	DLDM	1	2	Dific. Lidar Dor Muito@303
					DIN	DIN	
Δ	⊖	⊗	Ox	DIPN	1	2	Dor Impede Nada@310
					DIP	DIP	
Δ	⊖	⊗	Ox	DIPp	1	2	Dor Impede Pouco@311
					DIB	DIB	
Δ	⊖	⊗	Ox	DIPB	1	2	Dor Impede Bastante@312
					DIM	DIM	
Δ	⊖	⊗	Ox	DIPM	1	2	Dor Impede Muito@313
					DAN	DAN	
Δ	⊖	⊗	Ox	DAdN	1	2	Dific. Adorm. Nunca@320
					DAR	DAR	
Δ	⊖	⊗	Ox	DAdR	1	2	Dific. Adorm. Raram.@321
					DAF	DAF	
Δ	⊖	⊗	Ox	DAdF	1	2	Dific. Adorm. Freq.@322
					DAS	DAS	
Δ	⊖	⊗	Ox	DAdS	1	2	Dific. Adorm. Sempre@323
					CsN	CsN	
Δ	⊖	⊗	Ox	CnsN	1	2	Cansaço Nunca@330
					CsR	CsR	
Δ	⊖	⊗	Ox	CnsR	1	2	Cansaço Raram.@331

Δ	⊕	⊗	Ox	CnsF	CsF CsF 1 2	Cansaço Freq.@332
Δ	⊕	⊗	Ox	CnsS	CsS CsS 1 2	Cansaço Sempre@333
Δ	⊕	⊗	Ox	DCcN	DCN DCN 1 2	Dific. Conc. Nunca@340
Δ	⊕	⊗	Ox	DCcR	DCR DCR 1 2	Dific. Conc. Raram.@341
Δ	⊕	⊗	Ox	DCcF	DCF DCF 1 2	Dific. Conc. Freq.@342
Δ	⊕	⊗	Ox	DCcS	DCS DCS 1 2	Dific. Conc. Sempre@343
Δ	⊕	⊗	Ox	MemE	MmE MmE 1 2	Memória Excelente@350
Δ	⊕	⊗	Ox	MemB	MmB MmB 1 2	Memória Boa@351
Δ	⊕	⊗	Ox	MemF	MmF MmF 1 2	Memória Fraca@352
Δ	⊕	⊗	Ox	MemM	Mmm Mmm 1 2	Memória Má@353
Δ	⊕	⊗	Ox	Cnfn	CBN CBN 1 2	Confuso Nunca@360
Δ	⊕	⊗	Ox	Cnfr	CBR CBR 1 2	Confuso Raram.@361
Δ	⊕	⊗	Ox	Cnff	CBF CBF 1 2	Confuso Freq.@362
Δ	⊕	⊗	Ox	4Cnfs	CBS CBS 1 2	Confuso Sempre@363
Δ			Nx	MItA	MIA MIA 1 2	M. Intern. Dific. Auto Cuidar@380
Δ			Nx	MItE	MIE MIE 1 2	M. Intern. Dific. Econ.@381
Δ			Nx	MItH	MIH MIH 1 2	M. Intern. Falta Habit.@382
Δ			Nx	MIts	MIF MIF 1 2	M. Intern. sem Família@383
Δ			Nx	MItF	MIF MIF 1 2	M. Intern. Falta A. Familiar@384
Δ			Nx	MItn	MIIn MIIn 1 2	M. Intern. n se dá Família@385
Δ			Nx	MItP	MIP MIP 1 2	M. Intern. Preferência@386
Δ			Nx	MItD	MIS MIS 1 2	M. Intern. Dific. Acesso SS@387
Δ			Nx	InIP	IIP IIP 1 2	Inic. Intern. Próprio@390
Δ			Nx	InIF	IIF IIF 1 2	Inic. Intern. Familiares@391
Δ			Nx	InIA	IIA IIA 1 2	Inic. Intern. Amigos@392
Δ			Nx	InIT	IIT IIT 1 2	Inic. Intern. Técnicos AS@393
Δ			C	TIn-tern	1	Tempo Intern.@400
Δ			O	I<2	Im2 Im2 1 2	Tempo Intern. ≤ 1 < 2
Δ			O	I<5	Im5 Im5 1 2	Tempo Intern. ≤ 2 < 5
Δ			O	I<10	Im1 Im1 1 1	Tempo Intern. ≤ 5 < 10
Δ			O	I>10	IM1 Im1 1 1	Tempo Intern. ≥ 10
Δ	⊕		Ox	IPMu	IPM IPM 1 2	Inst. Preoc. Muito@420
Δ	⊕		Ox	IPBa	IPB IPB 1 2	Inst. Preoc. Bastante@421
Δ	⊕		Ox	9 IPnm	IPn IPn 1 2	Inst. Preoc. N Muito np@422
Δ	⊕		Ox	IPPo	IPp IPp 1 2	Inst. Preoc. Pouco@423
Δ	⊕		Ox	IPMP	IPP IPP 1 2	Inst. Preoc. M Pouco@424
Δ	⊕		Ox	RRMB	RRB RRB 1 2	Relações c/ Resid. M Boas@430
Δ	⊕		Ox	RRBo	RRb RRb 1 2	Relações c/ Resid. Boas@431
Δ	⊕		Ox	RRnm	RRn RRn 1 2	Relações c/ Resid. N Boas nm@432
Δ	⊕		Ox	3 RRMa	RRm RRm 1 2	Relações c/ Resid. Más@433
Δ	⊕		Ox	1 RRMM	RRM RRM 1 2	Relações c/ Resid. M Más@434
Δ	⊕		Ox	RFMB	RFB RFB 1 2	Relações c/ F. Inst. M Boas@440
Δ	⊕		Ox	RFBo	RFb RFb 1 2	Relações c/ F. Inst. Boas@441
Δ	⊕		Ox	RFnm	RFn RFn 1 2	Relações c/ F. Inst. N Boas nm@442
Δ	⊕		Ox	2 RFMa	RFm RFm 1 2	Relações c/ F. Inst. Más@443

A Depressão no Idoso

Δ	⊙	Ox	1 RFMM	RFM RFM 1 2	Relações c/ F. Inst. M Más@444
				PvB PvB 1 2	Privacidade M Boa@450
Δ		Ox	PvMB	Pvb Pvb 1 2	Privacidade Boa@451
Δ		Ox	PvBo	Pvn Pvn 1 2	Privacidade N Boa nm@452
Δ		Ox	Pvnb	Pvm Pvm 1 2	Privacidade Má@453
Δ		Ox	PvMa	PvM PvM 1 2	Privacidade M Má@454
Δ		Ox	2 PvMM	ALB ALB 1 2	Alimentação M Boa@460
Δ	⊙	Ox	ALMB	Alb Alb 1 2	Alimentação Boa@461
Δ	⊙	Ox	ALBo	Aln Aln 1 2	Alimentação N Boa nm@462
Δ	⊙	Ox	ALnb	Alm Alm 1 2	Alimentação Má@463
Δ	⊙	Ox	ALMa	ALM ALM 1 2	Alimentação M Má@464
Δ	⊙	Ox	3 ALMM	VF0 VF0 1 2	Visitas Família Diárias@470
Δ		Ox	VF01	VF0 VF0 7 8	Visitas Família Semanais@471
Δ		Ox	VF07	VF1 VF1 5 6	Visitas Família 15@472
Δ		Ox	VF15	VF3 VF3 0 1	Visitas Família Mensais@473
Δ		Ox	VF30	VF9 VF9 0 1	Visitas Família 90@474
Δ		Ox	VF90	VF1 VF1 8 9	Visitas Família 180@475
Δ		Ox	VF18	VF3 VF3 6 7	Visitas Família Anuais@476
Δ		Ox	VF36	FS0 FS0 1 2	Freq. Saidas Diárias@480
Δ		Ox	FS01	FS0 FS0 7 8	Freq. Saidas Semanais@481
Δ		Ox	FS07	FS1 FS1 5 6	Freq. Saidas 15@482
Δ		Ox	FS15	FS3 FS3 0 1	Freq. Saidas Mensais@483
Δ		Ox	FS30	FS9 FS9 0 1	Freq. Saidas 90@484
Δ		Ox	FS90	FS1 FS1 8 9	Freq. Saidas 180@485
Δ		Ox	FS18	FS3 FS3 6 7	Freq. Saidas Anuais@486
Δ		Ox	FS36	FSN FSN 1 2	Freq. Saidas Nunca@487
Δ		Ox	FSNu	LrM LrM 1 2	Ler Muita@5010
Δ	⊙	⊙ Ox	LrMu	LrB LrB 1 2	Ler Bastante@5011
Δ	⊙	⊙ Ox	LrBa	Lrn Lrn 1 2	Ler N Muita np@5012
Δ	⊙	⊙ Ox	Lrnm	Lrp Lrp 1 2	Ler Pouca@5013
Δ	⊙	⊙ Ox	LrPo	LrP LrP 1 2	Ler M Pouca@5014
Δ	⊙	⊙ Ox	LrMP	TVM TVM 1 2	TV Muita@5020
Δ	⊙	⊙ Ox	TVMu	TVB TVB 1 2	TV Bastante@5021
Δ	⊙	⊙ Ox	TVBa	TVn TVn 1 2	TV N Muita np@5022
Δ	⊙	⊙ Ox	TVnm	TVp TVp 1 2	TV Pouca@5023
Δ	⊙	⊙ Ox	TVPo	TVP TVP 1 2	TV M Pouca@5024
Δ	⊙	⊙ Ox	TVMP	MuM MuM 1 2	Música Muita@5030
Δ	⊙	⊙ Ox	MuMu	MuB MuB 1 2	Música Bastante@5031
Δ	⊙	⊙ Ox	MuBa	Mun Mun 1 2	Música N Muita np@503
Δ	⊙	⊙ Ox	Munm	Mup Mup 1 2	Música Pouca@5033
Δ	⊙	⊙ Ox	MuPo	MuP MuP 1 2	Música M Pouca@5034
Δ	⊙	⊙ Ox	MuMP	Psm Psm 1 2	Passear Muita@5040
Δ	⊙	⊙ Ox	Psmu	PsB PsB 1 2	Passear Bastante@5041
Δ	⊙	⊙ Ox	PsBa	Psn Psn 1 2	Passear N Muita np@5042
Δ	⊙	⊙ Ox	PsBa	Psp Psp 1 2	Passear Pouca@5043
Δ	⊙	⊙ Ox	Psnm		
Δ	⊙	⊙ Ox	PsPo		

Δ	⊙	⊙	O	X	PsMP	PSP 1 2	Passear M Pouca@5044
						JdM JdM 1 2	
Δ	⊙	⊙	O	X	JdMu	JdB JdB 1 2	Jardin. Muita@5050
Δ	⊙	⊙	O	X	JdBa	Jdn Jdn 1 2	Jardin. Bastante@5051
Δ	⊙	⊙	O	X	Jdnm	Jdp Jdp 1 2	Jardin. N Muita np@5052
Δ	⊙	⊙	O	X	JdPo	JdP JdP 1 2	Jardin. Pouca@5053
Δ	⊙	⊙	O	X	JdMP	HtM HtM 1 2	Jardin. M Pouca@5054
Δ	⊙	⊙	O	X	HtMu	HtB HtB 1 2	Hortic. Muita@5060
Δ	⊙	⊙	O	X	HtBa	Htn Htn 1 2	Hortic. Bastante@5061
Δ	⊙	⊙	O	X	Htnm	Htp Htp 1 2	Hortic. N Muita np@5062
Δ	⊙	⊙	O	X	HtPo	HtP HtP 1 2	Hortic. Pouca@5063
Δ	⊙	⊙	O	X	HtMP	TcM TcM 1 2	Hortic. M Pouca@5064
Δ	⊙	⊙	O	X	TcMu	TcB TcB 1 2	Tricô Muita@5070
Δ	⊙	⊙	O	X	TcBa	Tcn Tcn 1 2	Tricô Bastante@5071
Δ	⊙	⊙	O	X	Tcnm	Tcp Tcp 1 2	Tricô N Muita np@5072
Δ	⊙	⊙	O	X	TcPo	TcP TcP 1 2	Tricô Pouca@5073
Δ	⊙	⊙	O	X	TcMP	CtM CtM 1 2	Tricô M Pouca@5074
Δ	⊙	⊙	O	X	CtMu	CtB CtB 1 2	Cartas Muita@5080
Δ	⊙	⊙	O	X	CtBa	Ctn Ctn 1 2	Cartas Bastante@5081
Δ	⊙	⊙	O	X	Ctnm	Ctp Ctp 1 2	Cartas N Muita np@5082
Δ	⊙	⊙	O	X	CtPo	CtP CtP 1 2	Cartas Pouca@5083
Δ	⊙	⊙	O	X	CtMP	CvM CvM 1 2	Cartas M Pouca@5084
Δ	⊙	⊙	O	X	CvMu	CvB CvB 1 2	Conversar Muita@5090
Δ	⊙	⊙	O	X	CvBa	Cvn Cvn 1 2	Conversar Bastante@5091
Δ	⊙	⊙	O	X	Cvnm	Cvp Cvp 1 2	Conversar N Muita np@5092
Δ	⊙	⊙	O	X	CvPo	CvP CvP 1 2	Conversar Pouca@5093
Δ	⊙	⊙	O	X	CvMP	CfS CfS 1 2	Conversar M Pouca@5094
Δ	⊙	⊙	O	X	CfSe	CfF CfF 1 2	Confiden. Sempre@510
Δ	⊙	⊙	O	X	CfFr	CfR CfR 1 2	Confiden. Freq.@511
Δ	⊙	⊙	O	X	CfRa	CfN CfN 1 2	Confiden. Raram.@512
Δ	⊙	⊙	O	X	CfNu	SxM SxM 1 2	Confiden. Nunca@513
Δ	⊙	⊙	O	X	SxMu	SxB SxB 1 2	Satisf. V. Sexual Muito@520
Δ	⊙	⊙	O	X	SxBa	Sxp Sxp 1 2	Satisf. V. Sexual Bastante@521
Δ	⊙	⊙	O	X	SxPo	SxN SxN 1 2	Satisf. V. Sexual Pouco@522
Δ	⊙	⊙	O	X	SxNa	IrN IrN 1 2	Satisf. V. Sexual Nada@523
Δ	⊙	⊙	O	X	IrNu	IrR IrR 1 2	Irritado Nunca@530
Δ	⊙	⊙	O	X	IrRa	IrF IrF 1 2	Irritado Raram.@531
Δ	⊙	⊙	O	X	IrFr	IrS IrS 1 2	Irritado Freq.@532
Δ	⊙	⊙	O	X	IrSe	IfN IfN 1 2	Irritado Sempre@533
Δ	⊙	⊙	O	X	IfNu	IfR IfR 1 2	Inferior. Nunca@540
Δ	⊙	⊙	O	X	IfRa	IfF IfF 1 2	Inferior. Raram.@541
Δ	⊙	⊙	O	X	IfFr	IfS IfS 1 2	Inferior. Freq.@542
Δ	⊙	⊙	O	X	IfSe	ONN ONN 1 2	Inferior. Sempre@543
Δ	⊙	⊙	O	X	ONNu	ONR ONR 1 2	Opin. Neg. Nunca@550
Δ	⊙	⊙	O	X	ONRa	ONF ONF 1 2	Opin. Neg. Raram.@551
Δ	⊙	⊙	O	X	ONFr		Opin. Neg. Freq.@552

Δ	⊙	⊙	Nx	V021	ID1	ID2	Vsb21
Δ	⊙	⊙	Nx	V022	ID1	ID2	Vsb22
Δ	⊙	⊙	Nx	V023	ID1	ID2	Vsb23
Δ	⊙	⊙	Nx	V024	ID1	ID2	Vsb24
Δ	⊙	⊙	Nx	V030	ID1	ID2	Vsb30
Δ	⊙	⊙	Nx	V031	ID1	ID2	Vsb31
Δ	⊙	⊙	Nx	V032	ID1	ID2	Vsb32
Δ	⊙	⊙	Nx	V033	ID1	ID2	Vsb33
Δ	⊙	⊙	Nx	V034	ID1	ID2	Vsb34
Δ	⊙	⊙	Nx	V040	ID1	ID2	Vsb40
Δ	⊙	⊙	Nx	V041	ID1	ID2	Vsb41
Δ	⊙	⊙	Nx	V042	ID1	ID2	Vsb42
Δ	⊙	⊙	Nx	V043	ID1	ID2	Vsb43
Δ	⊙	⊙	Nx	V044	ID1	ID2	Vsb44
Δ	⊙	⊙	Nx	V050	ID1	ID2	Vsb50
Δ	⊙	⊙	Nx	V051	ID1	ID2	Vsb51
Δ	⊙	⊙	Nx	V052	ID1	ID2	Vsb52
Δ	⊙	⊙	Nx	V053	ID1	ID2	Vsb53
Δ	⊙	⊙	Nx	V054	ID1	ID2	Vsb54
Δ	⊙	⊙	Nx	6 V060	ID1	ID2	Vsb60
Δ	⊙	⊙	Nx	V061	ID1	ID2	Vsb61
Δ	⊙	⊙	Nx	V062	ID1	ID2	Vsb62
Δ	⊙	⊙	Nx	V063	ID1	ID2	Vsb63
Δ	⊙	⊙	Nx	V064	ID1	ID2	Vsb64
Δ	⊙	⊙	Nx	V070	ID1	ID2	Vsb70
Δ	⊙	⊙	Nx	V071	ID1	ID2	Vsb71
Δ	⊙	⊙	Nx	V072	ID1	ID2	Vsb72
Δ	⊙	⊙	Nx	V073	ID1	ID2	Vsb73
Δ	⊙	⊙	Nx	V074	ID1	ID2	Vsb74
Δ	⊙	⊙	Nx	V080	ID1	ID2	Vsb80
Δ	⊙	⊙	Nx	V081	ID1	ID2	Vsb81
Δ	⊙	⊙	Nx	V082	ID1	ID2	Vsb82
Δ	⊙	⊙	Nx	V083	ID1	ID2	Vsb83
Δ	⊙	⊙	Nx	V084	ID1	ID2	Vsb84
Δ	⊙	⊙	Nx	7 V090	ID1	ID2	Vsb90
Δ	⊙	⊙	Nx	V091	ID1	ID2	Vsb91
Δ	⊙	⊙	Nx	V092	ID1	ID2	Vsb92
Δ	⊙	⊙	Nx	V093	ID1	ID2	Vsb93
Δ	⊙	⊙	Nx	V094	ID1	ID2	Vsb94
Δ	⊙	⊙	Nx	7 V100	ID1	ID2	Vsb100
Δ	⊙	⊙	Nx	V101	ID1	ID2	Vsb101
Δ	⊙	⊙	Nx	V102	ID1	ID2	Vsb102
Δ	⊙	⊙	Nx	V103	ID1	ID2	Vsb103
Δ	⊙	⊙	Nx	V104	ID1	ID2	Vsb104
Δ	⊙	⊙	Nx	V110	ID1	ID2	Vsb110
Δ	⊙	⊙	Nx	V111	ID1	ID2	Vsb111
Δ	⊙	⊙	Nx	V112	ID1	ID2	Vsb112
Δ	⊙	⊙	Nx	V113	ID1	ID2	Vsb113
Δ	⊙	⊙	Nx	V114	ID1	ID2	Vsb114
Δ	⊙	⊙	Nx	V120	ID1	ID2	Vsb120
Δ	⊙	⊙	Nx	V121	ID1	ID2	Vsb121
Δ	⊙	⊙	Nx	V122	ID1	ID2	Vsb122
Δ	⊙	⊙	Nx	V123	ID1	ID2	Vsb123
Δ	⊙	⊙	Nx	V124	ID1	ID2	Vsb124
Δ	⊙	⊙	Nx	3 V130	ID1	ID2	Vsb130
Δ	⊙	⊙	Nx	V131	ID1	ID2	Vsb131
Δ	⊙	⊙	Nx	V132	ID1	ID2	Vsb132
Δ	⊙	⊙	Nx	V133	ID1	ID2	Vsb133
Δ	⊙	⊙	Nx	V134	ID1	ID2	Vsb134
Δ	⊙	⊙	Nx	3 V140	ID1	ID2	Vsb140
Δ	⊙	⊙	Nx	V141	ID1	ID2	Vsb141
Δ	⊙	⊙	Nx	V142	ID1	ID2	Vsb142
Δ	⊙	⊙	Nx	V143	ID1	ID2	Vsb143
Δ	⊙	⊙	Nx	V144	ID1	ID2	Vsb144
Δ	⊙	⊙	Nx	V150	ID1	ID2	Vsb150
Δ	⊙	⊙	Nx	V151	ID1	ID2	Vsb151
Δ	⊙	⊙	Nx	V152	ID1	ID2	Vsb152
Δ	⊙	⊙	Nx	V153	ID1	ID2	Vsb153
Δ	⊙	⊙	Nx	V154	ID1	ID2	Vsb154
Δ	⊙	⊙	Nx	V160	ID1	ID2	Vsb160
Δ	⊙	⊙	Nx	V161	ID1	ID2	Vsb161
Δ	⊙	⊙	Nx	V162	ID1	ID2	Vsb162
Δ	⊙	⊙	Nx	V163	ID1	ID2	Vsb163
Δ	⊙	⊙	Nx	V164	ID1	ID2	Vsb164
Δ	⊙	⊙	Nx	5 V170	ID1	ID2	Vsb170
Δ	⊙	⊙	Nx	V171	ID1	ID2	Vsb171
Δ	⊙	⊙	Nx	V172	ID1	ID2	Vsb172
Δ	⊙	⊙	Nx	V173	ID1	ID2	Vsb173
Δ	⊙	⊙	Nx	V174	ID1	ID2	Vsb174
Δ	⊙	⊙	Nx	V180	ID1	ID2	Vsb180
Δ	⊙	⊙	Nx	V181	ID1	ID2	Vsb181
Δ	⊙	⊙	Nx	V182	ID1	ID2	Vsb182
Δ	⊙	⊙	Nx	V183	ID1	ID2	Vsb183
Δ	⊙	⊙	Nx	V184	ID1	ID2	Vsb184
Δ	⊙	⊙	Nx	0 V190	ID1		Vsb190
Δ	⊙	⊙	Nx	6 V191	ID1	ID2	Vsb191
Δ	⊙	⊙	Nx	V192	ID1	ID2	Vsb192

A Depressão no Idoso

Δ	⊙	⊙	Nx	V193	ID1	ID2	Vsb193
Δ	⊙	⊙	Nx	V194	ID1	ID2	Vsb194
Δ	⊙	⊙	Nx	V200	ID1	ID2	Vsb200
Δ	⊙	⊙	Nx	V201	ID1	ID2	Vsb201
Δ	⊙	⊙	Nx	V202	ID1	ID2	Vsb202
Δ	⊙	⊙	Nx	V203	ID1	ID2	Vsb203
Δ	⊙	⊙	Nx	V204	ID1	ID2	Vsb204
Δ	⊙	⊙	Nx	LBA1	ID1	ID2	L&B@A1
Δ	⊙	⊙	Nx	LBA2	ID1	ID2	L&B@A2
Δ	⊙	⊙	Nx	LBA3	ID1	ID2	L&B@A3
Δ	⊙	⊙	Nx	LBA4	ID1	ID2	L&B@A4
Δ	⊙	⊙	Nx	LBB1	ID1	ID2	L&B@B1
Δ	⊙	⊙	Nx	LBB2	ID1	ID2	L&B@B2
Δ	⊙	⊙	Nx	LBB3	ID1	ID2	L&B@B3
Δ	⊙	⊙	Nx	LBB4	ID1	ID2	L&B@B4
Δ	⊙	⊙	Nx	LBC1	ID1	ID2	L&B@C1
Δ	⊙	⊙	Nx	LBC2	ID1	ID2	L&B@C2
Δ	⊙	⊙	Nx	LBC3	ID1	ID2	L&B@C3
Δ	⊙	⊙	Nx	LBC4	ID1	ID2	L&B@C4
Δ	⊙	⊙	Nx	LBD1	ID1	ID2	L&B@D1
Δ	⊙	⊙	Nx	LBD2	ID1	ID2	L&B@D2
Δ	⊙	⊙	Nx	LBD3	ID1	ID2	L&B@D3
Δ	⊙	⊙	Nx	LBD4	ID1	ID2	L&B@D4
Δ	⊙	⊙	Nx	LBD5	ID1	ID2	L&B@D5
Δ	⊙	⊙	Nx	LBE1	ID1	ID2	L&B@E1
Δ	⊙	⊙	Nx	LBE2	ID1	ID2	L&B@E2
Δ	⊙	⊙	Nx	LBE3	ID1	ID2	L&B@E3
Δ	⊙	⊙	Nx	LBF1	ID1	ID2	L&B@F1
Δ	⊙	⊙	Nx	LBF2	ID1	ID2	L&B@F2
Δ	⊙	⊙	Nx	LBF3	ID1	ID2	L&B@F3
Δ	⊙	⊙	Nx	LBF4	ID1	ID2	L&B@F4
Δ	⊙	⊙	Nx	LBF5	ID1	ID2	L&B@F5
Δ	⊙	⊙	Nx	LBG1	ID1	ID2	L&B@G1
Δ	⊙	⊙	Nx	LBG2	ID1	ID2	L&B@G2
Δ	⊙	⊙	Nx	LBG3	ID1	ID2	L&B@G3
Δ	⊙	⊙	Nx	LBH1	ID1	ID2	L&B@H1
Δ	⊙	⊙	Nx	LBH2	ID1	ID2	L&B@H2
Δ	⊙	⊙	Nx	LBH3	ID1	ID2	L&B@H3
Δ	⊙	⊙	Nx	EG01	G01	G01	EG@01√
					1	2	
Δ	⊙	⊙	Nx	EG02	G02	G02	EG@02√
					1	2	
Δ	⊙	⊙	Nx	EG03	G03	G03	EG@03√
					1	2	
Δ	⊙	⊙	Nx	EG04	G04	G04	EG@04√
					1	2	
Δ	⊙	⊙	Nx	EG05	G05	G05	EG@05
					1	2	
Δ	⊙	⊙	Nx	EG06	G06	G06	EG@06
					1	2	
Δ	⊙	⊙	Nx	EG07	G07	G07	EG@07√
					1	2	
Δ	⊙	⊙	Nx	EG08	G08	G08	EG@08√
					1	2	
Δ	⊙	⊙	Nx	EG09	G09	G09	EG@09√
					1	2	
Δ	⊙	⊙	Nx	EG10	G10	G10	EG@10√
					1	2	
Δ	⊙	⊙	Nx	EG11	G11	G11	EG@11
					1	2	
Δ	⊙	⊙	Nx	EG12	G12	G12	EG@12√
					1	2	
Δ	⊙	⊙	Nx	EG13	G13	G13	EG@13
					1	2	
Δ	⊙	⊙	Nx	EG14	G14	G14	EG@14√
					1	2	
Δ	⊙	⊙	Nx	EG15	G15	G15	EG@15√
					1	2	
Δ	⊙	⊙	Nx	EG16	G16	G16	EG@16
					1	2	
Δ	⊙	⊙	Nx	EG17	G17	G17	EG@17√
					1	2	
Δ	⊙	⊙	Nx	EG18	G18	G18	EG@18
					1	2	
Δ	⊙	⊙	Nx	EG19	G19	G19	EG@19
					1	2	
Δ	⊙	⊙	Nx	EG20	G20	G20	EG@20
					1	2	
Δ	⊙	⊙	Nx	EG21	G21	G21	EG@21√
					1	2	
Δ	⊙	⊙	Nx	EG22	G22	G22	EG@22√
					1	2	
Δ	⊙	⊙	Nx	EG23	G23	G23	EG@23√
					1	2	
Δ	⊙	⊙	Nx	EG24	G24	G24	EG@24
					1	2	
Δ	⊙	⊙	Nx	EG25	G25	G25	EG@25
					1	2	

Δ	⊙	⊙	Nx	EG26	G26 G26					EG@26
					1 2					
Δ	⊙	⊙	Nx	EG27	G27 G27					EG@27
					1 2					
Δ	⊙	⊙	Nx	EG28	G28 G28					EG@28
					1 2					
Δ	⊙	⊙	Cx	5@Es	05@ 05@ 05@ 05@ 05@ 05@					@005 Escolaridade
					1 2 3 4 5 6					
Δ	⊙	⊙	Cx	11@R	11@ 11@ 11@ 11@ 11@ 11@					@ 11 Rendimento
					1 2 3 4 5 6					
Δ	⊙	⊙	Cx	13@D	13@ 13@ 13@ 13@					@ 13 Dific. Económicas
					1 2 3 4					
Δ	⊙	⊙	Cx	17@C	17@ 17@ 17@ 17@					@ 17 Cond. Habit.
					1 2 3 4					
Δ	⊙	⊙	Cx	18@C	18@ 18@ 18@ 18@					@ 18 Conviver
					1 2 3 4					
Δ	⊙	⊙	Cx	19@S	19@ 19@ 19@ 19@					@ 19 Sente-se Só
					1 2 3 4					
Δ	⊙	⊙	Cx	20@F	20@ 20@ 20@ 20@ 20@					@ 20 Família Preocupa-se
					1 2 3 4 5					
Δ	⊙	⊙	Cx	25@S	25@ 25@ 25@ 25@					@ 25 Saúde Física
					1 2 3 4					
Δ	⊙	⊙	Cx	26@P	26@ 26@					@ 26 Prob. Saúde
					1 2					
Δ	⊙	⊙	Cx	27@D	27@ 27@ 27@ 27@					@ 27 Depr. 65
					1 2 3 4					
Δ	⊙	⊙	Cx	28@D	28@ 28@ 28@ 28@					@ 28 Depr. Actual
					1 2 3 4					
Δ	⊙	⊙	Cx	29@F	29@ 29@ 29@ 29@					@ 29 Freq. Q. Dol.
					1 2 3 4					
Δ	⊙	⊙	Cx	291@	B9@ B9@ B9@ B9@ B9@					@ 291 Int. Q. Dol.
					1 2 3 4 5					
Δ	⊙	⊙	Cx	30@D	30@ 30@ 30@ 30@					@ 30 Dific. Lidar Dor
					1 2 3 4					
Δ	⊙	⊙	Cx	31@D	31@ 31@ 31@ 31@					@ 31 Dor Impede
					1 2 3 4					
Δ	⊙	⊙	Cx	32@D	32@ 32@ 32@ 32@					@ 32 Dific. Adormecer
					1 2 3 4					
Δ	⊙	⊙	Cx	33@C	33@ 33@ 33@ 33@					@ 33 Cansaço
					1 2 3 4					
Δ	⊙	⊙	Cx	34@D	34@ 34@ 34@ 34@					@ 34 Dific. Concent.
					1 2 3 4					
Δ	⊙	⊙	Cx	35@M	35@ 35@ 35@ 35@					@ 35 Memória
					1 2 3 4					
Δ	⊙	⊙	Cx	36@C	36@ 36@ 36@ 36@					@ 36 Confuso
					1 2 3 4					
Δ	⊙		Cx	42@I	42@ 42@ 42@ 42@ 42@					@ 42 Inst. Preocupa-se
					1 2 3 4 5					
Δ	⊙		Cx	43@R	43@ 43@ 43@ 43@ 43@					@ 43 Relações c/ O. Resid.
					1 2 3 4 5					
Δ	⊙		Cx	44@R	44@ 44@ 44@ 44@ 44@					@ 44 Relações c/ F. Inst.
					1 2 3 4 5					
Δ			Cx	45@P	45@ 45@ 45@ 45@ 45@					@ 45 Privacidade
					1 2 3 4 5					
Δ	⊙		Cx	46@A	46@ 46@ 46@ 46@ 46@					@ 46 Alimentação
					1 2 3 4 5					
Δ			Cx	47@V	47@ 47@ 47@ 47@ 47@ 47@ 47@					@ 47 Visitas Família
					1 2 3 4 5 6 7 8					
Δ			Cx	48@F	48@ 48@ 48@ 48@ 48@ 48@ 48@					@ 48 Freq. Sidas
					1 2 3 4 5 6 7 8					
Δ	⊙	⊙	Cx	501@	F1@ F1@ F1@ F1@ F1@					@ 501 Ler
					1 2 3 4 5					
Δ	⊙	⊙	Cx	502@	F2@ F2@ F2@ F2@ F2@					@ 502 TV
					1 2 3 4 5					
Δ	⊙	⊙	Cx	503@	F3@ F3@ F3@ F3@ F3@					@ 503 Música
					1 2 3 4 5					
Δ	⊙	⊙	Cx	504@	F4@ F4@ F4@ F4@ F4@					@ 504 Passear
					1 2 3 4 5					
Δ	⊙	⊙	Cx	505@	F5@ F5@ F5@ F5@ F5@					@ 505 Jardinagem
					1 2 3 4 5					
Δ	⊙	⊙	Cx	506@	F6@ F6@ F6@ F6@ F6@					@ 506 Horticultura
					1 2 3 4 5					
Δ	⊙	⊙	Cx	507@	F7@ F7@ F7@ F7@ F7@					@ 507 Tricó
					1 2 3 4 5					
Δ	⊙	⊙	Cx	508@	F8@ F8@ F8@ F8@ F8@					@ 508 Cartas
					1 2 3 4 5					
Δ	⊙	⊙	Cx	509@	F9@ F9@ F9@ F9@ F9@					@ 509 Conversar
					1 2 3 4 5					
Δ	⊙	⊙	Cx	51@I	51@ 51@ 51@ 51@					@ 51 Confidenciar
					1 2 3 4					
Δ	⊙	⊙	Cx	52@S	52@ 52@ 52@ 52@					@ 52 Vida Sexual
					1 2 3 4					
Δ	⊙	⊙	Cx	53@I	53@ 53@ 53@ 53@					@ 53 Irritação
					1 2 3 4					
Δ	⊙	⊙	Cx	54@I	54@ 54@ 54@ 54@					@ 54 Inferioridade
					1 2 3 4					
Δ	⊙	⊙	Cx	55@N	55@ 55@ 55@ 55@					@ 55 Negatividade
					1 2 3 4					
Δ	⊙	⊙	Cx	56@C	56@ 56@ 56@ 56@					@ 56 Confiar
					1 2 3 4					

A Depressão no Idoso

Δ	⊙	⊙	Cx	57@P	57@ 1 58@ 2 58@ 3 58@ 4	57@ 2 57@ 3 57@ 4	57@ 3 57@ 4	57@ 4	⊙ 57 Posto à Margem
Δ	⊙	⊙	Cx	58@N	1 2 3 4				⊙ 58 Ninguém Compreende
Δ	⊙	⊙	Nx	L&BA	LA1 LA2				A - Capacidade p/ usar o Telefone
Δ	⊙	⊙	Nx	L&BB	LB1 LB2				B - Ir às Compras
Δ	⊙	⊙	Nx	L&BC	LC1 LC2				C - Preparação de Alimentação
Δ	⊙	⊙	Nx	L&BD	LD1 LD2				D - Cuidar da Casa
Δ	⊙	⊙	Nx	L&BE	LE1 LE2				E - Lavagem da Roupa
Δ	⊙	⊙	Nx	L&BF	LF1 LF2				F - Meio de Transporte
Δ	⊙	⊙	Nx	L&BG	LG1 LG2				G - Responsabilidade acerca da Medica- ção
Δ	⊙	⊙	Nx	L&BH	LH1 LH2				H - Capacidade utilizar o Dinheiro
Δ	⊙	⊙	Cx	L&BT	1				Balanço L&B
Δ	⊙	⊙	Cx	GS28	1				@Esc. Geriátrica 28
Δ	⊙	⊙	Cx	GS15	1				@Esc. Geriátrica 15

Tabela III-6 - Lista Ordenada de Variáveis, modalidades e correspondentes mnemónicas

LI' s	CD' s	RS' s	n Tx ^o	Var.	Mod .	Descrição em JMP
Δ	⊙	⊙	Ox	<250	250 250 1 2	Rend. ≤250@110
Δ	⊙	⊙	Ox	<350	350 350 1 2	Rend. ≤350@111
Δ	⊙	⊙	O	<45	m45 m45 1 2	Idade Ref. ≤ 45
Δ	⊙	⊙	Ox	<450	450 450 1 2	Rend. ≤450@112
Δ	⊙	⊙	O	<55	m55 m55 1 2	Idade Ref. ≤ 45 < 55
Δ	⊙	⊙	Ox	<550	550 550 1 2	Rend. ≤550@113
Δ	⊙	⊙	O	<65	m65 m65 1 2	Idade Ref. ≤ 55 < 65
Δ	⊙	⊙	Ox	<750	750 750 1 2	Rend. ≤750@114
Δ	⊙	⊙	O	>65	M65 M65 1 2	Idade Ref. ≥ 65
Δ	⊙	⊙	Ox	>750	760 760 1 2	Rend. >750@115
Δ	⊙	⊙	O	>95	951 952	≥95<
Δ	⊙	⊙	Cx	11@R	11@ 11@ 11@ 11@ 11@ 11@ 1 2 3 4 5 6	@ 11 Rendimento
Δ	⊙	⊙	Cx	13@D	13@ 13@ 13@ 13@ 1 2 3 4	@ 13 Dific. Económicas
Δ	⊙	⊙	Cx	17@C	17@ 17@ 17@ 17@ 1 2 3 4	@ 17 Cond. Habit.
Δ	⊙	⊙	Cx	18@C	18@ 18@ 18@ 18@ 1 2 3 4	@ 18 Conviver
Δ	⊙	⊙	Cx	19@S	19@ 19@ 19@ 19@ 1 2 3 4	@ 19 Sente-se Só
Δ	⊙	⊙	Cx	20@F	20@ 20@ 20@ 20@ 20@ 1 2 3 4 5	@ 20 Família Preocupa-se
Δ	⊙	⊙	Cx	25@S	25@ 25@ 25@ 25@ 1 2 3 4	@ 25 Saúde Física
Δ	⊙	⊙	Cx	26@P	26@ 26@ 1 2	@ 26 Prob. Saúde
Δ	⊙	⊙	Cx	27@D	27@ 27@ 27@ 27@ 1 2 3 4	@ 27 Depr. 65
Δ	⊙	⊙	Cx	28@D	28@ 28@ 28@ 28@ 1 2 3 4	@ 28 Depr. Actual
Δ	⊙	⊙	Cx	29@F	29@ 29@ 29@ 29@ 1 2 3 4	@ 29 Freq. Q. Dol.
Δ	⊙	⊙	Cx	291@	B9@ B9@ B9@ B9@ B9@ 1 2 3 4 5	@ 291 Int. Q. Dol.
Δ	⊙	⊙	Cx	30@D	30@ 30@ 30@ 30@ 1 2 3 4	@ 30 Dific. Lidar Dor
Δ	⊙	⊙	Cx	31@D	31@ 31@ 31@ 31@ 1 2 3 4	@ 31 Dor Impede
Δ	⊙	⊙	Cx	32@D	32@ 32@ 32@ 32@ 1 2 3 4	@ 32 Dific. Adormecer
Δ	⊙	⊙	Cx	33@C	33@ 33@ 33@ 33@ 1 2 3 4	@ 33 Cansaço
Δ	⊙	⊙	Cx	34@D	34@ 34@ 34@ 34@ 1 2 3 4	@ 34 Dific. Concent.
Δ	⊙	⊙	Cx	35@M	35@ 35@ 35@ 35@ 1 2 3 4	@ 35 Memória
Δ	⊙	⊙	Cx	36@C	36@ 36@ 36@ 36@ 1 2 3 4	@ 36 Confuso
Δ	⊙	⊙	Cx	42@I	42@ 42@ 42@ 42@ 42@ 1 2 3 4 5	@ 42 Inst. Preocupa-se
Δ	⊙	⊙	Cx	43@R	43@ 43@ 43@ 43@ 43@	@ 43 Relações c/ O. Resid.

				1	2	3	4	5			
				44@	44@	44@	44@	44@			
Δ	⊙	Cx	44@R	1	2	3	4	5		@ 44 Relações c/ F. Inst.	
				45@	45@	45@	45@	45@		@ 45 Privacidade	
Δ		Cx	45@P	1	2	3	4	5			
				46@	46@	46@	46@	46@		@ 46 Alimentação	
Δ	⊙	Cx	46@A	1	2	3	4	5			
				47@	47@	47@	47@	47@	47@	@ 47 Visitas Família	
Δ		Cx	47@V	1	2	3	4	5	6	7	8
				48@	48@	48@	48@	48@	48@	48@	48@
Δ		Cx	48@F	1	2	3	4	5	6	7	8
				05@	05@	05@	05@	05@	05@		
Δ	⊙	⊙	Cx	5@Es	1	2	3	4	5	6	
				F1@	F1@	F1@	F1@	F1@			@005 Escolaridade
Δ	⊙	⊙	Cx	501@	1	2	3	4	5		@ 501 Ler
				F2@	F2@	F2@	F2@	F2@			@ 502 TV
Δ	⊙	⊙	Cx	502@	1	2	3	4	5		
				F3@	F3@	F3@	F3@	F3@			@ 503 Música
Δ	⊙	⊙	Cx	503@	1	2	3	4	5		
				F4@	F4@	F4@	F4@	F4@			@ 504 Passear
Δ	⊙	⊙	Cx	504@	1	2	3	4	5		
				F5@	F5@	F5@	F5@	F5@			@ 505 Jardinagem
Δ	⊙	⊙	Cx	505@	1	2	3	4	5		
				F6@	F6@	F6@	F6@	F6@			@ 506 Horticultura
Δ	⊙	⊙	Cx	506@	1	2	3	4	5		
				F7@	F7@	F7@	F7@	F7@			@ 507 Tricô
Δ	⊙	⊙	Cx	507@	1	2	3	4	5		
				F8@	F8@	F8@	F8@	F8@			@ 508 Cartas
Δ	⊙	⊙	Cx	508@	1	2	3	4	5		
				F9@	F9@	F9@	F9@	F9@			@ 509 Conversar
Δ	⊙	⊙	Cx	509@	1	2	3	4	5		
				51@	51@	51@	51@				@ 51 Confidenciar
Δ	⊙	⊙	Cx	51@I	1	2	3	4			
				52@	52@	52@	52@				@ 52 Vida Sexual
Δ	⊙	⊙	Cx	52@S	1	2	3	4			
				53@	53@	53@	53@				@ 53 Irritação
Δ	⊙	⊙	Cx	53@I	1	2	3	4			
				54@	54@	54@	54@				@ 54 Inferioridade
Δ	⊙	⊙	Cx	54@I	1	2	3	4			
				55@	55@	55@	55@				@ 55 Negatividade
Δ	⊙	⊙	Cx	55@N	1	2	3	4			
				56@	56@	56@	56@				@ 56 Confiar
Δ	⊙	⊙	Cx	56@C	1	2	3	4			
				57@	57@	57@	57@				@ 57 Posto à Margem
Δ	⊙	⊙	Cx	57@P	1	2	3	4			
				58@	58@	58@	58@				@ 58 Ninguém Compreende
Δ	⊙	⊙	Cx	58@N	1	2	3	4			
				65<7	651	652					≥65<70
Δ	⊙	⊙	O	70<7	701	702					≥70<75
Δ	⊙	⊙	O	75<8	751	752					≥75<80
Δ	⊙	⊙	O	80<8	801	802					≥80<85
Δ	⊙	⊙	O	85<9	851	852					≥85<90
Δ	⊙	⊙	O	90<9	901	902					≥90<95
				Alb	Alb						Alimentação Boa@461
Δ	⊙	Ox	AlBo	1	2						
				Alm	Alm						Alimentação Má@463
Δ	⊙	Ox	AlMa	1	2						
				AlB	AlB						Alimentação M Boa@460
Δ	⊙	Ox	AlMB	1	2						
				AlM	AlM						Alimentação M Má@464
Δ	⊙	Ox	3AlMM	1	2						
				Aln	Aln						Alimentação N Boa nm@462
Δ	⊙	Ox	Alnb	1	2						
				Ana	Ana						Escol. Analfabeto@50
Δ	⊙	⊙	Ox	Anal	1	2					
				ACD	ACD						Apoio Cuid. Domésticos@222
Δ	⊙	⊙	Nx	ApCD	1	2					
				ACP	ACP						Apoio Cuid. Pessoais@220
Δ	⊙	⊙	Nx	ApCP	1	2					
				AMo	AMo						Apoio Mobilidade@221
Δ	⊙	⊙	Nx	ApMo	1	2					
				AnP	AnP						Apoio n Precisa@223
Δ	⊙	⊙	Nx	ApnP	1	2					
				Cas	Cas						E. Civil Casado@40
Δ	⊙	⊙	Nx	Casa	1	2					Inst. CD
Δ	⊙	⊙	Nx	CD	CD1	CD2					
				CfF	CfF						Confiden. Freq.@511
Δ	⊙	⊙	Ox	CfFr	1	2					
				CfN	CfN						Confiden. Nunca@513
Δ	⊙	⊙	Ox	CfNu	1	2					
				CfR	CfR						Confiden. Raram.@512
Δ	⊙	⊙	Ox	CfRa	1	2					
				CfS	CfS						Confiden. Sempre@510
Δ	⊙	⊙	Ox	CfSe	1	2					
				CHB	CHB						Cond. Habit. Boas@171
Δ	⊙	⊙	Ox	CHBo	1	2					
				CHm	CHm						Cond. Habit. Más@173
Δ	⊙	⊙	Ox	CHMa	1	2					
				CHM	CHM						Cond. Habit. M Boas@170
Δ	⊙	⊙	Ox	CHMB	1	2					

A Depressão no Idoso

Δ	⊕	⊗	O x	CHRe	CHR CHR 1 2	Cond. Habit. Regulares@172
Δ	⊕	⊗	O x	CMed	CMe CMe 1 2	Escol. C. Médio@54
Δ	⊕	⊗	O x	CnfF	CBF CBF 1 2	Confuso Freq.@362
Δ	⊕	⊗	O x	CnfN	CBN CBN 1 2	Confuso Nunca@360
Δ	⊕	⊗	O x	CnfR	CBR CBR 1 2	Confuso Raram.@361
Δ	⊕	⊗	O x	4 CnfS	CBS CBS 1 2	Confuso Sempre@363
Δ	⊕	⊗	O x	CnsF	CsF CsF 1 2	Cansaço Freq.@332
Δ	⊕	⊗	O x	CnsN	CsN CsN 1 2	Cansaço Nunca@330
Δ	⊕	⊗	O x	CnsR	CsR CsR 1 2	Cansaço Raram.@331
Δ	⊕	⊗	O x	CnsS	CsS CsS 1 2	Cansaço Sempre@333
Δ	⊕	⊗	O x	CnvF	CnF CnF 1 2	Conv. Freq.@181
Δ	⊕	⊗	O x	6 CnvN	CnN CnN 1 2	Conv. Nunca@183
Δ	⊕	⊗	O x	CnvR	CnR CnR 1 2	Conv. Raram.@182
Δ	⊕	⊗	O x	CnvS	CnS CnS 1 2	Conv. Sempre@180
Δ	⊕	⊗	O x	CoFr	CoF CoF 1 2	Confiar Freq.@562
Δ	⊕	⊗	O x	CoNu	CoN CoN 1 2	Confiar Nunca@560
Δ	⊕	⊗	O x	CoRa	CoR CoR 1 2	Confiar Raram.@561
Δ	⊕	⊗	O x	CoSe	CoS CoS 1 2	Confiar Sempre@563
Δ	⊕	⊗	O x	6 CSup	CSu CS2 1 2	Escol. C. Superior@55
Δ	⊕	⊗	O x	CtBa	CtB CtB 1 2	Cartas Bastante@5081
Δ	⊕	⊗	O x	CtMP	CtP CtP 1 2	Cartas M Pouca@5084
Δ	⊕	⊗	O x	CtMu	CtM CtM 1 2	Cartas Muita@5080
Δ	⊕	⊗	O x	Ctnm	Ctn Ctn 1 2	Cartas N Muita np@5082
Δ	⊕	⊗	O x	CtPo	Ctp Ctp 1 2	Cartas Pouca@5083
Δ	⊕	⊗	O x	CvBa	CvB CvB 1 2	Conversar Bastante@5091
Δ	⊕	⊗	O x	CvMP	CvP CvP 1 2	Conversar M Pouca@5094
Δ	⊕	⊗	O x	CvMu	CvM CvM 1 2	Conversar Muita@5090
Δ	⊕	⊗	O x	Cvnm	Cvn Cvn 1 2	Conversar N Muita np@5092
Δ	⊕	⊗	O x	CvPo	Cvp Cvp 1 2	Conversar Pouca@5093
Δ	⊕	⊗	N	D1	D1 1	D1 @260
Δ	⊕	⊗	O x	DAdF	DAF DAF 1 2	Dific. Adorm. Freq.@322
Δ	⊕	⊗	O x	DAdN	DAN DAN 1 2	Dific. Adorm. Nunca@320
Δ	⊕	⊗	O x	DAdR	DAR DAR 1 2	Dific. Adorm. Raram.@321
Δ	⊕	⊗	O x	DAdS	DAS DAS 1 2	Dific. Adorm. Sempre@323
Δ	⊕	⊗	O x	DCcF	DCF DCF 1 2	Dific. Conc. Freq.@342
Δ	⊕	⊗	O x	DCcN	DCN DCN 1 2	Dific. Conc. Nunca@340
Δ	⊕	⊗	O x	DCcR	DCR DCR 1 2	Dific. Conc. Raram.@341
Δ	⊕	⊗	O x	DCcS	DCS DCS 1 2	Dific. Conc. Sempre@343
Δ	⊕	⊗	O x	DEcD	DED DED 1 2	Dific. Econ. c/ dific.@131
Δ	⊕	⊗	O x	DEcN	DEN DEN 1 2	Dific. Econ. Nunca@133
Δ	⊕	⊗	O x	DEcR	DER DER 1 2	Dific. Econ. Raram.@132
Δ	⊕	⊗	O x	DEcS	DES DES 1 2	Dific. Econ. Sempre@130
Δ	⊕	⊗	O x	DepF	DpF DpF 1 2	Depr. Act. Freq.@282
Δ	⊕	⊗	O x	DepN	DpN DpN 1 2	Depr. Act. Nunca@281
Δ	⊕	⊗	O x	DepR	DpR DpR 1 2	Depr. Act. Raram.@281
Δ	⊕	⊗	O x	DepS	DpS DpS 1 2	Depr. Act. Sempre@283

					1	2	
					DIB	DIB	
Δ	⊖	⊗	Ox	DIPB	1	2	Dor Impede Bastante@312
					DIM	DIM	
Δ	⊖	⊗	Ox	DIPM	1	2	Dor Impede Muito@313
					DIN	DIN	
Δ	⊖	⊗	Ox	DIPN	1	2	Dor Impede Nada@310
					DIP	DIP	
Δ	⊖	⊗	Ox	DIPP	1	2	Dor Impede Pouco@311
					Div	Div	
Δ	⊖	⊗	Nx	Divo	1	2	E. Civil Divorciado@42
					LDB	LDB	
Δ	⊖	⊗	Ox	DLDB	1	2	Dific. Lidar Dor Bastante@302
					LDM	LDM	
Δ	⊖	⊗	Ox	DLDM	1	2	Dific. Lidar Dor Muito@303
					LDN	LDN	
Δ	⊖	⊗	Ox	DLDN	1	2	Dific. Lidar Dor Nada@300
					LDP	LDP	
Δ	⊖	⊗	Ox	DLDP	1	2	Dific. Lidar Dor Pouco@301
					D6B	D6B	
Δ	⊖	⊗	Ox	Dp6B	1	2	Depr. 65 Sim mas@271
					D6I	D6I	
Δ	⊖	⊗	Ox	Dp6I	1	2	Depr. 65 Internado@273
					D6N	D6N	
Δ	⊖	⊗	Ox	Dp6N	1	2	Depr. 65 Não@270
					D6S	D6S	
Δ	⊖	⊗	Ox	Dp6S	1	2	Depr. 65 Sim e@272
					DTD	DTD	
Δ	⊖	⊗	Nx	DTDo	1	2	D. Trab. Doença@100
					DTE	DTE	
Δ	⊖	⊗	Nx	DTEm	1	2	D. Trab. Retorno/ Emigr.@102
					DTO	DTO	
Δ	⊖	⊗	Nx	DTOM	1	2	D. Trab. O. Motivos@104
					DTQ	DTQ	
Δ	⊖	⊗	Nx	9DTQF	1	2	D. Trab. Q. Familiares@103
					DTR		
Δ	⊖	⊗	Nx	ODTRe	1		D. Trab. Reforma@101
					G01	G01	
Δ	⊖	⊗	Nx	EG01	1	2	EG@01√
					G02	G02	
Δ	⊖	⊗	Nx	EG02	1	2	EG@02√
					G03	G03	
Δ	⊖	⊗	Nx	EG03	1	2	EG@03√
					G04	G04	
Δ	⊖	⊗	Nx	EG04	1	2	EG@04√
					G05	G05	
Δ	⊖	⊗	Nx	EG05	1	2	EG@05
					G06	G06	
Δ	⊖	⊗	Nx	EG06	1	2	EG@06
					G07	G07	
Δ	⊖	⊗	Nx	EG07	1	2	EG@07√
					G08	G08	
Δ	⊖	⊗	Nx	EG08	1	2	EG@08√
					G09	G09	
Δ	⊖	⊗	Nx	EG09	1	2	EG@09√
					G10	G10	
Δ	⊖	⊗	Nx	EG10	1	2	EG@10√
					G11	G11	
Δ	⊖	⊗	Nx	EG11	1	2	EG@11
					G12	G12	
Δ	⊖	⊗	Nx	EG12	1	2	EG@12√
					G13	G13	
Δ	⊖	⊗	Nx	EG13	1	2	EG@13
					G14	G14	
Δ	⊖	⊗	Nx	EG14	1	2	EG@14√
					G15	G15	
Δ	⊖	⊗	Nx	EG15	1	2	EG@15√
					G16	G16	
Δ	⊖	⊗	Nx	EG16	1	2	EG@16
					G17	G17	
Δ	⊖	⊗	Nx	EG17	1	2	EG@17√
					G18	G18	
Δ	⊖	⊗	Nx	EG18	1	2	EG@18
					G19	G19	
Δ	⊖	⊗	Nx	EG19	1	2	EG@19
					G20	G20	
Δ	⊖	⊗	Nx	EG20	1	2	EG@20
					G21	G21	
Δ	⊖	⊗	Nx	EG21	1	2	EG@21√
					G22	G22	
Δ	⊖	⊗	Nx	EG22	1	2	EG@22√
					G23	G23	
Δ	⊖	⊗	Nx	EG23	1	2	EG@23√
					G24	G24	
Δ	⊖	⊗	Nx	EG24	1	2	EG@24
					G25	G25	
Δ	⊖	⊗	Nx	EG25	1	2	EG@25
					G26	G26	
Δ	⊖	⊗	Nx	EG26	1	2	EG@26
					G27	G27	
Δ	⊖	⊗	Nx	EG27	1	2	EG@27

A Depressão no Idoso

				1	2	
				G28	G28	
Δ	⊙	⊙	Nx	EG28	1	2
Δ	⊙	⊙	Nx	F	F1	M2
Δ	⊙	⊙	C	F1	1	
Δ	⊙	⊙	C	F2	1	
Δ	⊙	⊙	C	F2A	1	
Δ	⊙	⊙	C	F3	1	
Δ	⊙	⊙	C	F4	1	
				FaB	FaB	
Δ	⊙	⊙	Ox	FamB	1	2
				FaM	FaM	
Δ	⊙	⊙	Ox	FamM	1	2
				FaN	FaN	
Δ	⊙	⊙	Ox	Famn	1	2
				FaN	FaN	
Δ	⊙	⊙	Ox	FamN	1	2
				FaP	FaP	
Δ	⊙	⊙	Ox	FamP	1	2
				FQF	FQF	
Δ	⊙	⊙	Ox	FQDF	1	2
				FQN	FQN	
Δ	⊙	⊙	Ox	FQDN	1	2
				FQR	FQR	
Δ	⊙	⊙	Ox	FQDR	1	2
				FQS	FQS	
Δ	⊙	⊙	Ox	FQDS	1	2
				FS0	FS0	
Δ			Ox	FS01	1	2
				FS0	FS0	
Δ			Ox	FS07	7	8
				FS1	FS1	
Δ			Ox	FS15	5	6
				FS1	FS1	
Δ			Ox	FS18	8	9
				FS3	FS3	
Δ			Ox	FS30	0	1
				FS3	FS3	
Δ			Ox	FS36	6	7
				FS9	FS9	
Δ			Ox	FS90	0	1
				FSN	FSN	
Δ			Ox	FSNu	1	2
Δ	⊙	⊙	Cx	GS15	1	
Δ	⊙	⊙	Cx	GS28	1	
				HbA	HbA	
Δ	⊙	⊙	Nx	HabA	1	2
				HbB	HbB	
Δ	⊙	⊙	Nx	HabB	1	2
				HbC	HbC	
Δ	⊙	⊙	Nx	HabC	1	2
				HbE	HbE	
Δ	⊙	⊙	Nx	HabE	1	2
				HbM	HbM	
Δ	⊙	⊙	Nx	HabM	1	2
				HbP	HbP	
Δ	⊙	⊙	Nx	HabP	1	2
				HbQ	HbQ	
Δ	⊙	⊙	Nx	HabQ	1	2
				HbR	HbR	
Δ	⊙	⊙	Nx	9 HabR	1	2
				HtB	HtB	
Δ	⊙	⊙	Ox	HtBa	1	2
				HtP	HtP	
Δ	⊙	⊙	Ox	HtMP	1	2
				HtM	HtM	
Δ	⊙	⊙	Ox	HtMu	1	2
				Htn	Htn	
Δ	⊙	⊙	Ox	Htnm	1	2
				Htp	Htp	
Δ	⊙	⊙	Ox	Htpo	1	2
				Im1	Im1	
Δ			O	I<10	1	1
				Im2	Im2	
Δ			O	I<2	1	2
				Im5	Im5	
Δ			O	I<5	1	2
				IM1	Im1	
Δ			O	I>10	1	1
				IfP	IfP	
Δ	⊙	⊙	Ox	IfFr	1	2
				IfN	IfN	
Δ	⊙	⊙	Ox	IfNu	1	2
				IfR	IfR	
Δ	⊙	⊙	Ox	IfRa	1	2
				IfS	IfS	
Δ	⊙	⊙	Ox	IfSe	1	2
				IIA	IIA	
Δ			Nx	InIA	1	2
				EG@28		
				Feminino		
				F1{1+4+9+16+17}		
				F2{3+5+8+11+18+20}* F2{3+5+8+11+18+20}		
				F3{2+6+7+13}		
				F4{10+15+19}		
				Família Preoc. Bastante@201		
				Família Preoc. Muito@200		
				Família Preoc. N Muito np@202		
				Família Preoc. Nada@204		
				Família Preoc. Pouco@203		
				Freq. Q. Dol. Freq.@292		
				Freq. Q. Dol. Nunca@290		
				Freq. Q. Dol. Raram.@291		
				Freq. Q. Dol. Sempre@293		
				Freq. Saidas Diárias@480		
				Freq. Saidas Semanais@481		
				Freq. Saidas 15@482		
				Freq. Saidas 180@485		
				Freq. Saidas Mensais@483		
				Freq. Saidas Anuais@486		
				Freq. Saidas 90@484		
				Freq. Saidas Nunca@487		
				@Esc. Geriátrica 15		
				@Esc. Geriátrica 28		
				Habit. Andar@151		
				Habit. Barraca@153		
				Habit. Cedida/ Outra@163		
				Habit. Encargos@161		
				Habit. Moradia@150		
				Habit. Própria@160		
				Habit. Quarto@152		
				Habit. Arrendada@162		
				Hortic. Bastante@5061		
				Hortic. M Pouca@5064		
				Hortic. Muita@5060		
				Hortic. N Muita np@5062		
				Hortic. Pouca@5063		
				Tempo Intern. ≤ 5 < 10		
				Tempo Intern. ≤ 1 < 2		
				Tempo Intern. ≤ 2 < 5		
				Tempo Intern. ≥ 10		
				Inferior. Freq.@542		
				Inferior. Nunca@540		
				Inferior. Raram.@541		
				Inferior. Sempre@543		
				Inic. Intern. Amigos@392		

				IIF	IIF	
Δ		Nx	InIF	1	2	Inic. Intern. Familiares@391
				IIP	IIP	
Δ		Nx	InIP	1	2	Inic. Intern. Próprio@390
				IIT	IIT	
Δ		Nx	InIT	1	2	Inic. Intern. Técnicos AS@393
				Inv	Inv	
Δ	⊕	⊗	Nx	Inva	1	Tipo Ref. Invalidez@93
				IPB	IPB	
Δ	⊕	⊗	Ox	IPBa	1	Inst. Preoc. Bastante@421
				IPP	IPP	
Δ	⊕	⊗	Ox	IPMP	1	Inst. Preoc. M Pouco@424
				IPM	IPM	
Δ	⊕	⊗	Ox	IPMu	1	Inst. Preoc. Muito@420
				IPn	IPn	
Δ	⊕	⊗	Ox	9 IPnm	1	Inst. Preoc. N Muito np@422
				IPp	IPp	
Δ	⊕	⊗	Ox	IPPO	1	Inst. Preoc. Pouco@423
				IQA	IQA	
Δ	⊕	⊗	Ox	IQDA	1	Int. Q. Dol. Ausência@2910
				IQF	IQF	
Δ	⊕	⊗	Ox	IQDF	1	Int. Q. Dol. Forte@2913
				IQL	IQL	
Δ	⊕	⊗	Ox	IQDL	1	Int. Q. Dol. Ligeira@2911
				IQm	IQm	
Δ	⊕	⊗	Ox	IQDm	1	Int. Q. Dol. Moderada@2912
				IQM	IQM	
Δ	⊕	⊗	Ox	IQDM	1	Int. Q. Dol. M Forte@2914
				IrF	IrF	
Δ	⊕	⊗	Ox	IrFr	1	Irritado Freq.@532
				IrN	IrN	
Δ	⊕	⊗	Ox	IrNu	1	Irritado Nunca@530
				IrR	IrR	
Δ	⊕	⊗	Ox	IrRa	1	Irritado Raram.@531
				IrS	IrS	
Δ	⊕	⊗	Ox	IrSe	1	Irritado Sempre@533
				JdB	JdB	
Δ	⊕	⊗	Ox	JdBa	1	Jardin. Bastante@5051
				JdP	JdP	
Δ	⊕	⊗	Ox	JdMP	1	Jardin. M Pouca@5054
				JdM	JdM	
Δ	⊕	⊗	Ox	JdMu	1	Jardin. Muita@5050
				Jdn	Jdn	
Δ	⊕	⊗	Ox	Jdnm	1	Jardin. N Muita np@5052
				Jdp	Jdp	
Δ	⊕	⊗	Ox	JdPo	1	Jardin. Pouca@5053
Δ	⊕	⊗	Nx	L&BA	LA1	A - Capacidade p/ usar o Telefone
Δ	⊕	⊗	Nx	L&BB	LB1	B - Ir às Compras
Δ	⊕	⊗	Nx	L&BC	LC1	C - Preparação de Alimentação
Δ	⊕	⊗	Nx	L&BD	LD1	D - Cuidar da Casa
Δ	⊕	⊗	Nx	L&BE	LE1	E - Lavagem da Roupa
Δ	⊕	⊗	Nx	L&BF	LF1	F - Meio de Transporte
				LG1	LG2	G - Responsabilidade acerca da Medica- ção
Δ	⊕	⊗	Nx	L&BG	1	H - Capacidade utilizar o Dinheiro
Δ	⊕	⊗	Nx	L&BH	LH1	Balanco L&B
Δ	⊕	⊗	Cx	L&BT	1	L&B@A1
Δ	⊕	⊗	Nx	LBA1	ID1	L&B@A2
Δ	⊕	⊗	Nx	LBA2	ID1	L&B@A3
Δ	⊕	⊗	Nx	LBA3	ID1	L&B@A4
Δ	⊕	⊗	Nx	LBA4	ID1	L&B@B1
Δ	⊕	⊗	Nx	LBB1	ID1	L&B@B2
Δ	⊕	⊗	Nx	LBB2	ID1	L&B@B3
Δ	⊕	⊗	Nx	LBB3	ID1	L&B@B4
Δ	⊕	⊗	Nx	LBB4	ID1	L&B@C1
Δ	⊕	⊗	Nx	LBC1	ID1	L&B@C2
Δ	⊕	⊗	Nx	LBC2	ID1	L&B@C3
Δ	⊕	⊗	Nx	LBC3	ID1	L&B@C4
Δ	⊕	⊗	Nx	LBC4	ID1	L&B@D1
Δ	⊕	⊗	Nx	LBD1	ID1	L&B@D2
Δ	⊕	⊗	Nx	LBD2	ID1	L&B@D3
Δ	⊕	⊗	Nx	LBD3	ID1	L&B@D4
Δ	⊕	⊗	Nx	LBD4	ID1	L&B@D5
Δ	⊕	⊗	Nx	LBD5	ID1	L&B@E1
Δ	⊕	⊗	Nx	LBE1	ID1	L&B@E2
Δ	⊕	⊗	Nx	LBE2	ID1	L&B@E3
Δ	⊕	⊗	Nx	LBE3	ID1	L&B@F1
Δ	⊕	⊗	Nx	LBF1	ID1	L&B@F2
Δ	⊕	⊗	Nx	LBF2	ID1	L&B@F3
Δ	⊕	⊗	Nx	LBF3	ID1	L&B@F4
Δ	⊕	⊗	Nx	LBF4	ID1	L&B@F5
Δ	⊕	⊗	Nx	LBF5	ID1	L&B@G1
Δ	⊕	⊗	Nx	LBG1	ID1	L&B@G2
Δ	⊕	⊗	Nx	LBG2	ID1	L&B@G3
Δ	⊕	⊗	Nx	LBG3	ID1	L&B@H1
Δ	⊕	⊗	Nx	LBH1	ID1	L&B@H2
Δ	⊕	⊗	Nx	LBH2	ID1	L&B@H3
Δ	⊕	⊗	Nx	LBH3	ID1	Escol. Ler&Escrever@51
Δ	⊕	⊗	Ox	LerE	Ler	

A Depressão no Idoso

					1	2	
Δ	⊕	⊗	Nx	LI	LI1	LI2	Inst. LI
					LId	LId	
Δ	⊕	⊗	Nx	LIda	1	2	Tipo Ref. L. Idade@90
					LrB	LrB	
Δ	⊕	⊗	Ox	LrBa	1	2	Ler Bastante@5011
					LrP	LrP	
Δ	⊕	⊗	Ox	LrMP	1	2	Ler M Pouca@5014
					LrM	LrM	
Δ	⊕	⊗	Ox	LrMu	1	2	Ler Muita@5010
					Lrn	Lrn	
Δ	⊕	⊗	Ox	Lrnm	1	2	Ler N Muita np@5012
					Lrp	Lrp	
Δ	⊕	⊗	Ox	LrPo	1	2	Ler Pouca@5013
Δ	⊕	⊗	Nx	M	M1	F2	Masculino
					MmB	MmB	
Δ	⊕	⊗	Ox	MemB	1	2	Memória Boa@351
					MmE	MmE	
Δ	⊕	⊗	Ox	MemE	1	2	Memória Excelente@350
					MmF	MmF	
Δ	⊕	⊗	Ox	MemF	1	2	Memória Fraca@352
					Mmm	Mmm	
Δ	⊕	⊗	Ox	MemM	1	2	Memória Má@353
					MIA	MIA	
Δ			Nx	MITA	1	2	M. Intern. Dific. Auto Cuidar@380
					MIS	MIS	
Δ			Nx	MITD	1	2	M. Intern. Dific. Acesso SS@387
					MIE	MIE	
Δ			Nx	MITE	1	2	M. Intern. Dific. Econ.@381
					MIF	MIF	
Δ			Nx	MITF	1	2	M. Intern. Falta A. Familiar@384
					MIH	MIH	
Δ			Nx	MITH	1	2	M. Intern. Falta Habit.@382
					Min	Min	
Δ			Nx	MITn	1	2	M. Intern. n se dá Família@385
					MIP		
Δ			Nx	MITP	1	MIP	M. Intern. Preferência@386
					MIF	MIF	
Δ			Nx	MITs	1	2	M. Intern. sem Família@383
					MuB	MuB	
Δ	⊕	⊗	Ox	MuBa	1	2	Música Bastante@5031
					MuP	MuP	
Δ	⊕	⊗	Ox	MuMP	1	2	Música M Pouca@5034
					MuM	MuM	
Δ	⊕	⊗	Ox	MuMu	1	2	Música Muita@5030
					Mun	Mun	
Δ	⊕	⊗	Ox	Munm	1	2	Música N Muita np@503
					Mup	Mup	
Δ	⊕	⊗	Ox	MuPo	1	2	Música Pouca@5033
					NCB	NCB	
Δ	⊕	⊗	Ox	NCBa	1	2	Ninguém Compr. Bastante@583
					NCP	NCP	
Δ	⊕	⊗	Ox	NCMP	1	2	Ninguém Compr. M Pouco@580
					NCM	NCM	
Δ	⊕	⊗	Ox	NCMu	1	2	Ninguém Compr. Muito@584
					NCn	NCn	
Δ	⊕	⊗	Ox	NCnm	1	2	Ninguém Compr. N Muito np@582
					NCp	NCp	
Δ	⊕	⊗	Ox	NCPo	1	2	Ninguém Compr. Pouco@581
					ONF	ONF	
Δ	⊕	⊗	Ox	ONFr	1	2	Opin. Neg. Freq.@552
					ONN	ONN	
Δ	⊕	⊗	Ox	ONNu	1	2	Opin. Neg. Nunca@550
					ONR	ONR	
Δ	⊕	⊗	Ox	ONRa	1	2	Opin. Neg. Raram.@551
					ONS	ONS	
Δ	⊕	⊗	Ox	ONSe	1	2	Opin. Neg. Sempre@553
					ORO	ORO	
Δ	⊕	⊗	Nx	OROR	1	2	Orig. Rend. O. Recursos@124
					ORP	ORP	
Δ	⊕	⊗	Nx	ORPS	1	2	Orig. Rend. P. Social@122
					ORR	ORR	
Δ	⊕	⊗	Nx	ORRf	1	2	Orig. Rend. Reforma@121
					ORS	ORS	
Δ	⊕	⊗	Nx	ORSV	1	2	Orig. Rend. P. Sobr./ Viuvez@123
Δ	⊕	⊗	Nx	ORVe	ORV		Orig. Rend. Vencimento@120
					PCo	PCo	
Δ	⊕	⊗	Nx	PCon	1	2	Tipo Ref. P. Cônjuge@92
					PMB	PMB	
Δ	⊕	⊗	Ox	PMBa	1	2	Posto à Margem Bastante@573
					PMP	PMP	
Δ	⊕	⊗	Ox	PMMP	1	2	Posto à Margem M Pouco@570
					PMM	PMM	
Δ	⊕	⊗	Ox	7 PMMu	1	2	Posto à Margem Muito@574
					PMn	PMn	
Δ	⊕	⊗	Ox	PMnm	1	2	Posto à Margem N Muito np@572
					PMP	PMP	
Δ	⊕	⊗	Ox	PMPo	1	2	Posto à Margem Pouco@571
					PrA	PrA	
Δ	⊕	⊗	Nx	PrCA	1	2	Preoc. Solidão@211

Δ	⊙	⊙ Nx	PrcD	PrD PrD 1 2	Preoc. Econ.@215
Δ	⊙	⊙ Nx	PrcF	PrF PrF 1 2	Preoc. Família@213
Δ	⊙	⊙ Nx	PrcI	Pri Pri 1 2	Preoc. Isolam./ FA@212
Δ	⊙	⊙ Nx	PrcM	PrM PrM 1 2	Preoc. Morte@214
Δ	⊙	⊙ Nx	PrcS	PrS PrS 1 2	Preoc. Saúde@210
Δ	⊙	⊙ Ox	Prim	Pri Pri 1 2	Escol. Primária@52
Δ	⊙	⊙ C	Prof	1	Prof. Classificação
Δ	⊙	⊙ Ox	PsBa	PsB PsB 1 2	Passear Bastante@5041
Δ	⊙	⊙ Ox	PsdN	PSN PSS 1 2	P. Saúde Não@260
Δ	⊙	⊙ Ox	Psds	PSS PSN 1 2	P. Saúde Sim@261
Δ	⊙	⊙ Ox	PsMP	PsP PsP 1 2	Passear M Pouca@5044
Δ	⊙	⊙ Ox	PsMu	PsM PsM 1 2	Passear Muita@5040
Δ	⊙	⊙ Ox	Psnm	Psn Psn 1 2	Passear N Muita np@5042
Δ	⊙	⊙ Nx	PSoc	PSo PSo 1 2	Tipo Ref. P. Social@91
Δ	⊙	⊙ Ox	PsPo	Psp Psp 1 2	Passear Pouca@5043
Δ		Ox	PvBo	Pvb Pvb 1 2	Privacidade Boa@451
Δ		Ox	PvMa	Pvm Pvm 1 2	Privacidade Má@453
Δ		Ox	PvMB	PvB PvB 1 2	Privacidade M Boa@450
Δ		Ox	2 PvMM	PvM PvM 1 2	Privacidade M Má@454
Δ		Ox	Pvnb	Pvn Pvn 1 2	Privacidade N Boa nm@452
Δ	⊙	⊙ C	Refo	1	Idade Reforma @80
Δ	⊙	Ox	RFBo	RFb RFb 1 2	Relações c/ F. Inst. Boas@441
Δ	⊙	Ox	2 RFMa	RFm RFm 1 2	Relações c/ F. Inst. Más@443
Δ	⊙	Ox	RFMB	RFB RFB 1 2	Relações c/ F. Inst. M Boas@440
Δ	⊙	Ox	1 RFMM	RFM RFM 1 2	Relações c/ F. Inst. M Más@444
Δ	⊙	Ox	RFnm	RFn RFn 1 2	Relações c/ F. Inst. N Boas nm@442
Δ	⊙	Ox	RRBo	RRb RRb 1 2	Relações c/ Resid. Boas@431
Δ	⊙	Ox	3 RRMa	RRm RRm 1 2	Relações c/ Resid. Más@433
Δ	⊙	Ox	RRMB	RRB RRB 1 2	Relações c/ Resid. M Boas@430
Δ	⊙	Ox	1 RRMM	RRM RRM 1 2	Relações c/ Resid. M Más@434
Δ	⊙	Ox	RRnm	RRn RRn 1 2	Relações c/ Resid. N Boas nm@432
Δ	⊙	⊙ Nx	RS	RS1 RS2 Rur Urb	Inst. RS
Δ	⊙	⊙ Nx	Rura	1 2	Rural
Δ	⊙	⊙ Ox	S010	S01 S01 S01 S01 S01 1 2 3 4 5	VSS{10}
Δ	⊙	⊙ Ox	S020	S02 S02 S02 S02 S02 1 2 3 4 5	VSS{20}
Δ	⊙	⊙ Ox	S030	S03 S03 S03 S03 S03 1 2 3 4 5	VSS{30}
Δ	⊙	⊙ Ox	S03A	S3A S3A S3A S3A S3A 1 2 3 4 5	VSS{30*}
Δ	⊙	⊙ Ox	S040	S04 S04 S04 S04 S04 1 2 3 4 5	VSS{40}
Δ	⊙	⊙ Ox	S050	S05 S05 S05 S05 S05 1 2 3 4 5	VSS{50}
Δ	⊙	⊙ Ox	S060	S06 S06 S06 S06 S06 1 2 3 4 5	VSS{60}
Δ	⊙	⊙ Ox	S070	S07 S07 S07 S07 S07 1 2 3 4 5	VSS{70}
Δ	⊙	⊙ Ox	S080	S08 S08 S08 S08 S08 1 2 3 4 5	VSS{80}
Δ	⊙	⊙ Ox	S090	S09 S09 S09 S09 S09 1 2 3 4 5	VSS{90}
Δ	⊙	⊙ Ox	S100	S10 S10 S10 S10 S10 1 2 3 4 5	VSS{100}
Δ	⊙	⊙ Ox	S110	S11 S11 S11 S11 S11 1 2 3 4 5	VSS{110}
Δ	⊙	⊙ Ox	S120	S12 S12 S12 S12 S12 1 2 3 4 5	VSS{120}
Δ	⊙	⊙ Ox	S12A	S2A S2A S2A S2A S2A	VSS{120*}

A Depressão no Idoso

					1	2	3	4	5	
					S13	S13	S13	S13	S13	
Δ	⊕	⊗	Ox	S130	1	2	3	4	5	VSS{130}
					S14	S14	S14	S14	S14	
Δ	⊕	⊗	Ox	S140	1	2	3	4	5	VSS{140}
					S15	S15	S15	S15	S15	
Δ	⊕	⊗	Ox	S150	1	2	3	4	5	VSS{150}
					S16	S16	S16	S16	S16	
Δ	⊕	⊗	Ox	S160	1	2	3	4	5	VSS{160}
					S17	S17	S17	S17	S17	
Δ	⊕	⊗	Ox	S170	1	2	3	4	5	VSS{170}
					S18	S18	S18	S18	S18	
Δ	⊕	⊗	Ox	S180	1	2	3	4	5	VSS{180}
					S8A	S8A	S8A	S8A	S8A	
Δ	⊕	⊗	Ox	S18A	1	2	3	4	5	VSS{180*}
					S19	S19	S19	S19	S19	
Δ	⊕	⊗	Ox	S190	1	2	3	4	5	VSS{190}
					S20	S20	S20	S20	S20	
Δ	⊕	⊗	Ox	S200	1	2	3	4	5	VSS{200}
					SFB	SFB				
Δ	⊕	⊗	Ox	SdFB	1	2				Saúde F. Boa@251
					SFE	SFE				
Δ	⊕	⊗	Ox	8 SdFE	1	2				Saúde F. Excelente@250
					SFm	SFm				
Δ	⊕	⊗	Ox	SdFM	1	2				Saúde F. Má@253
					SFR	SFR				
Δ	⊕	⊗	Ox	SdFR	1	2				Saúde F. Regular@252
					Sec	Sec				
Δ	⊕	⊗	Ox	7 Secu	1	2				Escol. Secundário@53
					Sol	Sol				
Δ	⊕	⊗	Nx	Solt	1	2				E. Civil Solteiro@41
					SSF	SSF				
Δ	⊕	⊗	Ox	SSoF	1	2				Sente-se Só Freq.@192
					SSN	SSN				
Δ	⊕	⊗	Ox	SSoN	1	2				Sente-se Só Nunca@190
					SSR	SSR				
Δ	⊕	⊗	Ox	SSoR	1	2				Sente-se Só Raram.@191
					SSS	SSS				
Δ	⊕	⊗	Ox	SSoS	1	2				Sente-se Só Sempre@193
					SxB	SxB				
Δ	⊕	⊗	Ox	SxBa	1	2				Satisf. V. Sexual Bastante@521
					SxM	SxM				
Δ	⊕	⊗	Ox	SxMu	1	2				Satisf. V. Sexual Muito@520
					SxN	SxN				
Δ	⊕	⊗	Ox	SxNa	1	2				Satisf. V. Sexual Nada@523
					Sxp	Sxp				
Δ	⊕	⊗	Ox	SxPo	1	2				Satisf. V. Sexual Pouco@522
					TcB	TcB				
Δ	⊕	⊗	Ox	TcBa	1	2				Tricô Bastante@5071
					TcP	TcP				
Δ	⊕	⊗	Ox	TcMP	1	2				Tricô M Pouca@5074
					TcM	TcM				
Δ	⊕	⊗	Ox	TcMu	1	2				Tricô Muita@5070
					Tcn	Tcn				
Δ	⊕	⊗	Ox	Tcnm	1	2				Tricô N Muita np@5072
					Tcp	Tcp				
Δ	⊕	⊗	Ox	TcPo	1	2				Tricô Pouca@5073
					TIn-					
Δ				C	tern					Tempo Intern.@400
					TVB	TVB				
Δ	⊕	⊗	Ox	TVBa	1	2				TV Bastante@5021
					TVP	TVP				
Δ	⊕	⊗	Ox	TVMP	1	2				TV M Pouca@5024
					TVM	TVM				
Δ	⊕	⊗	Ox	TVMu	1	2				TV Muita@5020
					TVn	TVn				
Δ	⊕	⊗	Ox	TVnm	1	2				TV N Muita np@5022
					TVp	TVp				
Δ	⊕	⊗	Ox	TVPo	1	2				TV Pouca@5023
					Urb	Rur				
Δ	⊕	⊗	Nx	Urba	1	2				Urbano
					ID1	ID2				Vsb10
Δ	⊕	⊗	Nx	8 V010	1	2				Vsb11
					ID1	ID2				Vsb12
Δ	⊕	⊗	Nx	V011	1	2				Vsb13
					ID1	ID2				Vsb14
Δ	⊕	⊗	Nx	V012	1	2				Vsb20
					ID1	ID2				Vsb21
Δ	⊕	⊗	Nx	7 V020	1	2				Vsb22
					ID1	ID2				Vsb23
Δ	⊕	⊗	Nx	V021	1	2				Vsb24
					ID1	ID2				Vsb30
Δ	⊕	⊗	Nx	V022	1	2				Vsb31
					ID1	ID2				Vsb32
Δ	⊕	⊗	Nx	V023	1	2				Vsb33
					ID1	ID2				Vsb34
Δ	⊕	⊗	Nx	V024	1	2				Vsb40
					ID1	ID2				Vsb41
Δ	⊕	⊗	Nx	V030	1	2				Vsb42
					ID1	ID2				
Δ	⊕	⊗	Nx	V031	1	2				
					ID1	ID2				
Δ	⊕	⊗	Nx	V032	1	2				
					ID1	ID2				
Δ	⊕	⊗	Nx	V033	1	2				
					ID1	ID2				
Δ	⊕	⊗	Nx	V034	1	2				
					ID1	ID2				
Δ	⊕	⊗	Nx	V040	1	2				
					ID1	ID2				
Δ	⊕	⊗	Nx	V041	1	2				
					ID1	ID2				
Δ	⊕	⊗	Nx	V042	1	2				
					ID1	ID2				

Δ	⊙	⊙	Nx	V043	ID1	ID2	Vsb43
Δ	⊙	⊙	Nx	V044	ID1	ID2	Vsb44
Δ	⊙	⊙	Nx	V050	ID1	ID2	Vsb50
Δ	⊙	⊙	Nx	V051	ID1	ID2	Vsb51
Δ	⊙	⊙	Nx	V052	ID1	ID2	Vsb52
Δ	⊙	⊙	Nx	V053	ID1	ID2	Vsb53
Δ	⊙	⊙	Nx	V054	ID1	ID2	Vsb54
Δ	⊙	⊙	Nx	6 V060	ID1	ID2	Vsb60
Δ	⊙	⊙	Nx	V061	ID1	ID2	Vsb61
Δ	⊙	⊙	Nx	V062	ID1	ID2	Vsb62
Δ	⊙	⊙	Nx	V063	ID1	ID2	Vsb63
Δ	⊙	⊙	Nx	V064	ID1	ID2	Vsb64
Δ	⊙	⊙	Nx	V070	ID1	ID2	Vsb70
Δ	⊙	⊙	Nx	V071	ID1	ID2	Vsb71
Δ	⊙	⊙	Nx	V072	ID1	ID2	Vsb72
Δ	⊙	⊙	Nx	V073	ID1	ID2	Vsb73
Δ	⊙	⊙	Nx	V074	ID1	ID2	Vsb74
Δ	⊙	⊙	Nx	V080	ID1	ID2	Vsb80
Δ	⊙	⊙	Nx	V081	ID1	ID2	Vsb81
Δ	⊙	⊙	Nx	V082	ID1	ID2	Vsb82
Δ	⊙	⊙	Nx	V083	ID1	ID2	Vsb83
Δ	⊙	⊙	Nx	V084	ID1	ID2	Vsb84
Δ	⊙	⊙	Nx	7 V090	ID1	ID2	Vsb90
Δ	⊙	⊙	Nx	V091	ID1	ID2	Vsb91
Δ	⊙	⊙	Nx	V092	ID1	ID2	Vsb92
Δ	⊙	⊙	Nx	V093	ID1	ID2	Vsb93
Δ	⊙	⊙	Nx	V094	ID1	ID2	Vsb94
Δ	⊙	⊙	Nx	7 V100	ID1	ID2	Vsb100
Δ	⊙	⊙	Nx	V101	ID1	ID2	Vsb101
Δ	⊙	⊙	Nx	V102	ID1	ID2	Vsb102
Δ	⊙	⊙	Nx	V103	ID1	ID2	Vsb103
Δ	⊙	⊙	Nx	V104	ID1	ID2	Vsb104
Δ	⊙	⊙	Nx	V110	ID1	ID2	Vsb110
Δ	⊙	⊙	Nx	V111	ID1	ID2	Vsb111
Δ	⊙	⊙	Nx	V112	ID1	ID2	Vsb112
Δ	⊙	⊙	Nx	V113	ID1	ID2	Vsb113
Δ	⊙	⊙	Nx	V114	ID1	ID2	Vsb114
Δ	⊙	⊙	Nx	V120	ID1	ID2	Vsb120
Δ	⊙	⊙	Nx	V121	ID1	ID2	Vsb121
Δ	⊙	⊙	Nx	V122	ID1	ID2	Vsb122
Δ	⊙	⊙	Nx	V123	ID1	ID2	Vsb123
Δ	⊙	⊙	Nx	V124	ID1	ID2	Vsb124
Δ	⊙	⊙	Nx	3 V130	ID1	ID2	Vsb130
Δ	⊙	⊙	Nx	V131	ID1	ID2	Vsb131
Δ	⊙	⊙	Nx	V132	ID1	ID2	Vsb132
Δ	⊙	⊙	Nx	V133	ID1	ID2	Vsb133
Δ	⊙	⊙	Nx	V134	ID1	ID2	Vsb134
Δ	⊙	⊙	Nx	3 V140	ID1	ID2	Vsb140
Δ	⊙	⊙	Nx	V141	ID1	ID2	Vsb141
Δ	⊙	⊙	Nx	V142	ID1	ID2	Vsb142
Δ	⊙	⊙	Nx	V143	ID1	ID2	Vsb143
Δ	⊙	⊙	Nx	V144	ID1	ID2	Vsb144
Δ	⊙	⊙	Nx	V150	ID1	ID2	Vsb150
Δ	⊙	⊙	Nx	V151	ID1	ID2	Vsb151
Δ	⊙	⊙	Nx	V152	ID1	ID2	Vsb152
Δ	⊙	⊙	Nx	V153	ID1	ID2	Vsb153
Δ	⊙	⊙	Nx	V154	ID1	ID2	Vsb154
Δ	⊙	⊙	Nx	V160	ID1	ID2	Vsb160
Δ	⊙	⊙	Nx	V161	ID1	ID2	Vsb161
Δ	⊙	⊙	Nx	V162	ID1	ID2	Vsb162
Δ	⊙	⊙	Nx	V163	ID1	ID2	Vsb163
Δ	⊙	⊙	Nx	V164	ID1	ID2	Vsb164
Δ	⊙	⊙	Nx	5 V170	ID1	ID2	Vsb170
Δ	⊙	⊙	Nx	V171	ID1	ID2	Vsb171
Δ	⊙	⊙	Nx	V172	ID1	ID2	Vsb172
Δ	⊙	⊙	Nx	V173	ID1	ID2	Vsb173
Δ	⊙	⊙	Nx	V174	ID1	ID2	Vsb174
Δ	⊙	⊙	Nx	V180	ID1	ID2	Vsb180
Δ	⊙	⊙	Nx	V181	ID1	ID2	Vsb181
Δ	⊙	⊙	Nx	V182	ID1	ID2	Vsb182
Δ	⊙	⊙	Nx	V183	ID1	ID2	Vsb183
Δ	⊙	⊙	Nx	V184	ID1	ID2	Vsb184
Δ	⊙	⊙	Nx	0 V190	ID1		Vsb190
Δ	⊙	⊙	Nx	6 V191	ID1	ID2	Vsb191
Δ	⊙	⊙	Nx	V192	ID1	ID2	Vsb192
Δ	⊙	⊙	Nx	V193	ID1	ID2	Vsb193
Δ	⊙	⊙	Nx	V194	ID1	ID2	Vsb194
Δ	⊙	⊙	Nx	V200	ID1	ID2	Vsb200
Δ	⊙	⊙	Nx	V201	ID1	ID2	Vsb201
Δ	⊙	⊙	Nx	V202	ID1	ID2	Vsb202
Δ	⊙	⊙	Nx	V203	ID1	ID2	Vsb203
Δ	⊙	⊙	Nx	V204	ID1	ID2	Vsb204
					VF0	VF0	
Δ		⊙x	VF01		1	2	Visitas Família Diárias@470
					VF0	VF0	
Δ		⊙x	VF07		7	8	Visitas Família Semanais@471
Δ		⊙x	VF15		VF1	VF1	Visitas Família 15@472

A Depressão no Idoso

				5	6	
				VF1	VF1	
Δ	○x		VF18	8	9	Visitas Família 180@475
				VF3	VF3	
Δ	○x		VF30	0	1	Visitas Família Mensais@473
				VF3	VF3	
Δ	○x		VF36	6	7	Visitas Família Anuais@476
				VF9	VF9	
Δ	○x		VF90	0	1	Visitas Família 90@474
				Viu	Viu	
Δ	⊙	⊙	Nx Viuv	1	2	E. Civil Viúvo@43
				VvC	VvC	
Δ	⊙	⊙	Nx Vivc	1	2	Vive c/ Cônjuge@140
				VvF	VvF	
Δ	⊙	⊙	Nx VivF	1	2	Vive c/ Filhos@141
				VvI	VvI	
Δ	⊙	⊙	Nx VivI	1	2	Vive c/ Instituição@144
				VvO	VvO	
Δ	⊙	⊙	9Vivo	1	2	Vive c/ Outros@142
				VvS	VvS	
Δ	⊙	⊙	Nx Vivs	1	2	Vive c/ Sozinho@145
Δ	⊙	⊙	Cx VSOF	1		@VS F
Δ	⊙	⊙	Cx VSOT	1		@VS T

A tabela seguinte traduz a variância dos primeiros 12 Factores, obtidos por aplicação da Análise Factorial de Correspondências Múltiplas.

Temos a consciência que são valores extremamente baixos e com os quais o que fica por explicar é mais importante que o explicado, e que inclusive, corremos o risco de tudo o que possamos dizer possa ser eventualmente subvertido quando de uma análise posterior e depois de se removerem as limitações que se referiram; no entanto, é o que temos e que com todo o cuidado tratámos.

Quadro III-226 - Análise Factorial de Correspondências - % Variância Explicada por Factor

Factores: / Análise Factorial de Correspondências Múltiplas

Correlações - Valores Próprios

Factores	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Valores Próprios	0.0155	0.0093	0.0044	0.0025	0.0021	0.0017	0.0015	0.0011	0.0011	0.0001	0.0001	0.0009
Percentagem	24.2957	14.5141	6.8475	3.9543	3.3130	2.7294	2.4106	1.7583	1.7176	1.5469	1.5160	1.4429
Percentagem Acumulada	24.2957	38.8098	45.6573	49.6115	52.9245	55.6539	58.0645	59.8228	61.5405	63.0873	64.6033	66.0462

O explicado pelos três primeiros Factores é muito baixo (45.66%).

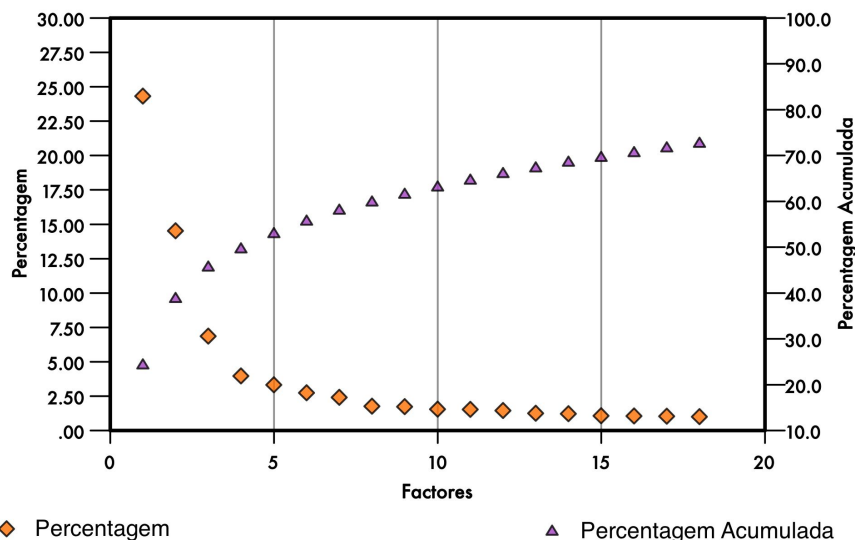


Figura III-27 – “Scree Plot” – Estabilização a partir do Factor de ordem 5

As quatro Tabelas que se seguem, são o resultado da AFCM sobre as variáveis escolhidas. As colunas **FA1, FA2, FA3 e FA4**, correspondem aos quatro Factores mais importantes *ie*, que *per si* mais explicam, e que corresponde a **49.61%** da variância observada. As modalidades das variáveis em causa, encontram-se ordenadas por ordem crescente das suas contribuições nas respectivas colunas; as cores permitem uma visualização rápida das suas importâncias. As colunas **FR1, FR2, FR3 e FR4**, mostram as contribuições relativas de cada uma das modalidades nos diversos Factores para o seu total; também aqui, as cores dão a indicação relativa da sua importância.

Tabela III-7 –Variáveis (modalidades) que mais contribuem para o Factor 1

Variáveis	FA1	FA2	FA3	FA4	FR1	FR2	FR3	FR4
31@4 Dor Impede	* 3.5515	0.3872	1.4573	0.9779	* 0.650	0.040	0.070	0.030
30@4 Dific. Lidar Dor	* 2.7514	0.3064	1.0304	1.2164	* 0.550	0.040	0.060	0.040
RS2 Em Casa (Shadow)	* 2.7279	2.1251	2.9282	0.0858	* 0.480	0.220	0.150	0.000
28@4 Depressão Actual	* 2.7234	0.0172	0.3800	0.2361	* 0.690	0.000	0.030	0.010
VvC2 Vive c/ Cônjuge (Shadow)	* 2.6260	0.7929	1.6570	3.3087	* 0.510	0.090	0.090	0.100
EG21 Escala de Depressão Geriátrica	* 2.5061	0.8275	0.0002	0.1361	* 0.680	0.130	0.000	0.010
33@4 Cansaço	* 2.4990	0.1164	1.1996	1.0560	* 0.610	0.020	0.080	0.040
VvI1 Vive Instituição	* 2.3917	2.6352	5.9382	0.4510	* 0.400	0.260	0.280	0.010
LI1 Lar Idosos	* 2.3108	2.4102	5.7489	0.5088	* 0.400	0.250	0.280	0.010
29@4 Frequência Queixas Dolorosas	* 2.3016	0.3944	1.8336	1.1579	* 0.480	0.050	0.110	0.040
2915 Intensidade Queixas Dolorosas	* 2.2647	0.4342	1.2361	1.0100	* 0.480	0.050	0.070	0.030
19@4 Sente-se Só	* 2.1123	0.0337	0.7383	0.1609	* 0.590	0.010	0.060	0.010
VST3 ICAC Vaz Serra	* 1.7347	0.4791	1.1862	0.6074	* 0.490	0.080	0.100	0.030
51@4 Confidenciar	* 1.7259	0.5201	0.0137	0.0906	* 0.500	0.090	0.000	0.000
25@3 Saúde Física	* 1.6766	0.5991	0.5807	0.1130	* 0.500	0.110	0.050	0.010
28@2 Depressão Actual	* 1.5783	0.0202	0.1571	0.4803	* 0.640	0.000	0.020	0.030
AnP2 Apoio n Precisa (Shadow)	* 1.5547	0.4166	0.0016	0.5439	* 0.480	0.080	0.000	0.030

A Depressão no Idoso

26@2	Problemas de Saúde	* 1.5500	0.0512	0.1648	0.0006	* 0.500	0.010	0.020	0.000
19@2	Sente-se Só	* 1.5198	0.0003	0.1097	0.8518	* 0.620	0.000	0.010	0.060
52@3	Satisf. Vida sexual	* 1.5150	0.0846	0.0942	0.3583	* 0.500	0.020	0.010	0.020
20@5	Família Preocupa-se	* 1.4375	0.8656	0.2629	0.0115	* 0.430	0.150	0.020	0.000
L&B1	Lawton & Brody	* 1.4349	0.1787	0.3295	0.5755	* 0.580	0.040	0.040	0.040
11@6	Rendimento	* 1.4328	0.0737	0.0220	0.1701	* 0.460	0.010	0.000	0.010
EG23	Escala de Depressão Geriátrica	* 1.4007	2.0937	0.8463	0.0884	* 0.360	0.330	0.060	0.000
Rur1	Rural	* 1.3900	0.9560	0.1682	2.9418	* 0.340	0.140	0.010	0.120
Rur2	Rural (Shadow)	* 1.3900	0.9560	0.1682	2.9418	* 0.340	0.140	0.010	0.120
ACP2	Apoio Cuidados Pessoais (Shadow)	* 1.2946	0.0017	0.4297	0.0897	* 0.540	0.000	0.050	0.010
Cas2	Casado (Shadow)	* 1.2535	0.3770	0.5909	4.4805	* 0.330	0.060	0.040	0.190
32@4	Dific. Adormecer	* 1.1638	0.6356	0.2408	0.0000	* 0.420	0.140	0.020	0.000
53@4	Irritação	* 1.1490	0.0031	0.8031	0.0467	* 0.380	0.000	0.070	0.000
34@4	Dific. Concentração	* 1.1160	0.2159	0.8932	0.1685	* 0.400	0.050	0.090	0.010
L&B3	Lawton & Brody	* 1.0974	2.3165	1.1586	2.6335	* 0.270	0.340	0.080	0.110
29@2	Frequência Queixas Dolorosas	* 1.0861	0.2251	0.5642	0.0017	* 0.510	0.060	0.070	0.000
35@4	Memória	* 1.0561	0.0007	0.8415	0.4366	* 0.380	0.000	0.080	0.030
31@2	Dor Impede	* 0.9739	0.7594	0.0874	0.0234	* 0.400	0.190	0.010	0.000
52@1	Satisf. Vida sexual	* 0.9347	0.1607	0.0423	0.8367	* 0.660	0.070	0.010	0.100
LI2	Lar Idosos (Shadow)	* 0.8928	0.9313	2.2211	0.1966	* 0.400	0.250	0.280	0.010
PrA2	Preoc. Solidão (Shadow)	* 0.8891	0.2422	0.3373	1.7049	* 0.350	0.060	0.040	0.110
Vvl2	Vive Instituição (Shadow)	* 0.8815	0.9711	2.1885	0.1662	* 0.400	0.260	0.280	0.010
30@2	Dific. Lidar Dor	* 0.8594	1.1623	0.1097	0.0115	* 0.360	0.290	0.010	0.000
53@2	Irritação	* 0.8552	0.0303	0.1888	0.3503	* 0.510	0.010	0.030	0.030
05@3	Escolaridade	* 0.8541	0.0013	0.0244	0.0462	* 0.410	0.000	0.000	0.000
18@4	Conviver	* 0.8214	0.4726	2.0538	0.1199	* 0.290	0.100	0.200	0.010
52@4	Satisf. Vida sexual	* 0.8173	0.0291	0.6356	0.1414	* 0.310	0.010	0.070	0.010
53@3	Irritação	* 0.7846	0.5870	0.2027	1.0722	* 0.340	0.150	0.020	0.080
ACP1	Apoio Cuidados Pessoais	* 0.7830	0.0010	0.2599	0.0543	* 0.540	0.000	0.050	0.010
Viu1	Viúvo	* 0.7551	0.0782	0.1198	3.0651	* 0.300	0.020	0.010	0.200
33@2	Cansaço	* 0.7450	0.0036	0.9045	0.1525	* 0.450	0.000	0.150	0.010
52@2	Satisf. Vida sexual	* 0.7427	0.3398	0.3027	2.8190	* 0.280	0.080	0.030	0.170
05@1	Escolaridade	* 0.7377	0.0148	0.0243	0.0002	* 0.430	0.010	0.000	0.000
25@1	Saúde Física	* 0.6930	2.0949	0.1399	0.8574	* 0.230	0.420	0.010	0.050
13@4	Dific. Económicas	* 0.6901	0.0418	0.5923	0.0040	* 0.310	0.010	0.070	0.000
25@4	Saúde Física	* 0.6783	0.0410	0.3334	1.2278	* 0.260	0.010	0.040	0.080
F1	Mulher	* 0.6414	1.3636	0.2816	3.9495	* 0.200	0.260	0.020	0.200
F2	Mulher (Shadow)	* 0.6414	1.3636	0.2816	3.9495	* 0.200	0.260	0.020	0.200
2912	Intensidade Queixas Dolorosas	* 0.6008	0.6142	0.0767	0.0840	* 0.240	0.150	0.010	0.010
Viu2	Viúvo (Shadow)	* 0.5997	0.0620	0.0951	2.4340	* 0.300	0.020	0.010	0.200
35@2	Memória	* 0.5963	0.6228	0.0122	0.0587	* 0.290	0.180	0.000	0.000
ACD2	Apoio Cuidados Domésticos (Shadow)	* 0.5581	1.4464	0.0743	0.0471	* 0.240	0.370	0.010	0.000
652	65 anos (Shadow)	* 0.5550	0.5186	0.0646	0.6468	* 0.210	0.120	0.010	0.040
ACD1	Apoio Cuidados Domésticos	* 0.5335	1.3829	0.0710	0.0451	* 0.240	0.370	0.010	0.000
RS1	Em Casa	* 0.5262	0.4099	0.5648	0.0166	* 0.480	0.220	0.150	0.000
51@2	Confidenciar	* 0.5048	0.8015	0.1313	0.1584	* 0.280	0.260	0.020	0.010
AnP1	Apoio n Precisa	* 0.4940	0.1324	0.0005	0.1729	* 0.480	0.080	0.000	0.030

A Depressão no Idoso

Gráfico III-1 - 1º Factor - Eixos 1 x 2 (Pontos)

Gráfico III-2 - 1º Factor - Eixos 1 x 2 (Linhas)

A Depressão no Idoso

Gráfico III-3 - 1º Factor - Eixos 1 x 3 (Pontos)

Gráfico III-4 - 1º Factor - Eixos 1 x 3 (Linhas)

A Depressão no Idoso

Gráfico III-5 - 1º Factor - Eixos 2 x 3 (Pontos)

Gráfico III-6 - 1º Factor - Eixos 2 x 3 (Linhas)

Tabela III-8 -Variáveis (modalidades) que mais contribuem para o Factor 2

Variáveis	FA1	FA2	FA3	FA4	FR1	FR2	FR3	FR4
36@2 Confuso	* 0.1392	3.5674	0.3034	1.3424*	0.040	0.630	0.030	0.060
Vv11 Vive Instituição	* 2.3917	2.6352	5.9382	0.4510*	0.400	0.260	0.280	0.010
33@1 Cansaço	* 0.2966	2.4497	2.7954	0.0518*	0.080	0.420	0.230	0.000
LI1 Lar Idosos	* 2.3108	2.4102	5.7489	0.5088*	0.400	0.250	0.280	0.010
L&B3 Lawton & Brody	* 1.0974	2.3165	1.1586	2.6335*	0.270	0.340	0.080	0.110
30@3 Dific. Lidar Dor	* 0.0552	2.1501	0.3668	0.0004*	0.020	0.460	0.040	0.000
RS2 Em Casa (Shadow)	* 2.7279	2.1251	2.9282	0.0858*	0.480	0.220	0.150	0.000
25@1 Saúde Física	* 0.6930	2.0949	0.1399	0.8574*	0.230	0.420	0.010	0.050
EG23 Escala de Depressão Geriátrica	* 1.4007	2.0937	0.8463	0.0884*	0.360	0.330	0.060	0.000
36@4 Confuso	* 0.0239	2.0671	0.0829	1.0549*	0.010	0.600	0.010	0.080
32@1 Dific. Adormecer	* 0.0573	2.0374	1.6946	0.0027*	0.020	0.440	0.170	0.000
34@2 Dific. Concentração	* 0.1550	2.0178	0.0974	0.1793*	0.060	0.470	0.010	0.010
28@1 Depressão Actual	* 0.1980	2.0085	1.4491	0.2379*	0.060	0.380	0.130	0.010
31@1 Dor Impede	* 0.0100	1.9162	1.0995	1.4047*	0.000	0.380	0.100	0.080
55@2 Negatividade	* 0.4557	1.9007	0.1716	0.0032*	0.150	0.380	0.020	0.000
34@1 Dific. Concentração	* 0.0046	1.8011	0.8214	0.0003*	0.000	0.380	0.080	0.000
53@1 Irritação	* 0.1839	1.7553	1.9577	0.1520*	0.060	0.320	0.170	0.010
31@3 Dor Impede	* 0.0011	1.6659	0.8123	0.0192*	0.000	0.390	0.090	0.000
29@1 Frequência Queixas Dolorosas	* 0.0144	1.6158	0.5105	0.6441*	0.010	0.350	0.050	0.040
VST1 ICAC Vaz Serra	* 0.4392	1.6067	0.1428	0.7724*	0.140	0.310	0.010	0.040
ACD2 Apoio Cuidados Domésticos (Shadow)	* 0.5581	1.4464	0.0743	0.0471*	0.240	0.370	0.010	0.000
30@1 Dific. Lidar Dor	* 0.0070	1.4460	1.3743	1.5974*	0.000	0.280	0.120	0.080
ACD1 Apoio Cuidados Domésticos	* 0.5335	1.3829	0.0710	0.0451*	0.240	0.370	0.010	0.000
F1 Mulher	* 0.6414	1.3636	0.2816	3.9495*	0.200	0.260	0.020	0.200
F2 Mulher (Shadow)	* 0.6414	1.3636	0.2816	3.9495*	0.200	0.260	0.020	0.200
58@2 Ninguém o Compreende	* 0.0085	1.3337	0.1678	2.1838*	0.000	0.290	0.020	0.130
2911 Intensidade Queixas Dolorosas	* 0.0116	1.2369	0.6526	0.4312*	0.000	0.270	0.070	0.030
35@1 Memória	* 0.0803	1.2099	0.0670	0.0153*	0.030	0.280	0.010	0.000
30@2 Dific. Lidar Dor	* 0.8594	1.1623	0.1097	0.0115*	0.360	0.290	0.010	0.000
34@3 Dific. Concentração	* 0.1103	1.1166	1.0232	0.0017*	0.070	0.410	0.180	0.000
55@4 Negatividade	* 0.1897	1.0886	0.4248	0.3533*	0.110	0.380	0.070	0.030
54@1 Inferioridade	* 0.0876	1.0750	0.4490	0.0029*	0.030	0.240	0.050	0.000
57@2 Posto à Margem	* 0.0769	1.0389	0.1066	1.2826*	0.030	0.240	0.010	0.080
58@4 Ninguém o Compreende	* 0.0757	1.0037	0.1113	0.5689*	0.040	0.340	0.020	0.050
29@3 Frequência Queixas Dolorosas	* 0.4080	0.9917	0.0166	0.0129*	0.160	0.230	0.000	0.000

A Depressão no Idoso

Gráfico III-7 - 2º Factor - Eixos 1 x 2 (Pontos)

Gráfico III-8 - 2º Factor - Eixos 1 x 2 (Linhas)

A Depressão no Idoso

Gráfico III-9 - 2º Factor - Eixos 1 x 3 (Pontos)

Gráfico III-10 - 2º Factor - Eixos 1 x 3 (Linhas)

A Depressão no Idoso

Gráfico III-11 - 2º Factor - Eixos 2 x 3 (Pontos)

Gráfico III-12 - 2º Factor - Eixos 2 x 3 (Linhas)

Tabela III-9 -Variáveis (modalidades) que mais contribuem para o Factor 3

Variáveis	FA1	FA2	FA3	FA4	FR1	FR2	FR3	FR4
VvI1 Vive Instituição	* 2.3917	2.6352	5.9382	0.4510	* 0.400	0.260	0.280	0.010
LI1 Lar Idosos	* 2.3108	2.4102	5.7489	0.5088	* 0.400	0.250	0.280	0.010
RS2 Em Casa (Shadow)	* 2.7279	2.1251	2.9282	0.0858	* 0.480	0.220	0.150	0.000
CD2 Centros de Dia (Shadow)	* 0.1635	0.4655	2.8522	2.0891	* 0.050	0.080	0.240	0.100
33@1 Cansaço	* 0.2966	2.4497	2.7954	0.0518	* 0.080	0.420	0.230	0.000
VvS2 Vive Só (Shadow)	* 0.1795	0.8553	2.5189	4.3714	* 0.050	0.140	0.200	0.200
LI2 Lar Idosos (Shadow)	* 0.8928	0.9313	2.2211	0.1966	* 0.400	0.250	0.280	0.010
VvI2 Vive Instituição (Shadow)	* 0.8815	0.9711	2.1885	0.1662	* 0.400	0.260	0.280	0.010
18@4 Conviver	* 0.8214	0.4726	2.0538	0.1199	* 0.290	0.100	0.200	0.010
53@1 Irritação	* 0.1839	1.7553	1.9577	0.1520	* 0.060	0.320	0.170	0.010
55@3 Negatividade	* 0.0075	0.0371	1.8943	0.5063	* 0.000	0.010	0.310	0.050
51@1 Confidenciar	* 0.0972	0.0297	1.8429	0.4145	* 0.050	0.010	0.240	0.030
29@4 Frequência Queixas Dolorosas	* 2.3016	0.3944	1.8336	1.1579	* 0.480	0.050	0.110	0.040
32@1 Dific. Adormecer	* 0.0573	2.0374	1.6946	0.0027	* 0.020	0.440	0.170	0.000
57@3 Posto à Margem	* 0.0014	0.0737	1.6917	0.5283	* 0.000	0.020	0.240	0.040
VvC2 Vive c/ Cônjuge (Shadow)	* 2.6260	0.7929	1.6570	3.3087	* 0.510	0.090	0.090	0.100
56@4 Confiar	* 0.0950	0.0083	1.6283	0.0314	* 0.050	0.000	0.220	0.000
VvF2 Vive c/ Família (Shadow)	* 0.1368	0.7080	1.5925	0.2637	* 0.050	0.150	0.160	0.020
31@4 Dor Impede	* 3.5515	0.3872	1.4573	0.9779	* 0.650	0.040	0.070	0.030
28@1 Depressão Actual	* 0.1980	2.0085	1.4491	0.2379	* 0.060	0.380	0.130	0.010
19@1 Sente-se Só	* 0.0011	0.8229	1.3858	1.4707	* 0.000	0.200	0.160	0.100
30@1 Dific. Lidar Dor	* 0.0070	1.4460	1.3743	1.5974	* 0.000	0.280	0.120	0.080
20@1 Família Preocupa-se	* 0.0012	0.0461	1.3571	0.4541	* 0.000	0.010	0.180	0.030
2915 Intensidade Queixas Dolorosas	* 2.2647	0.4342	1.2361	1.0100	* 0.480	0.050	0.070	0.030
SoI2 Solteiro (Shadow)	* 0.0008	0.0469	1.2188	0.3113	* 0.000	0.010	0.140	0.020
58@3 Ninguém o Compreende	* 0.0585	0.0271	1.2007	0.2937	* 0.030	0.010	0.170	0.020
33@4 Cansaço	* 2.4990	0.1164	1.1996	1.0560	* 0.610	0.020	0.080	0.040
VST3 ICAC Vaz Serra	* 1.7347	0.4791	1.1862	0.6074	* 0.490	0.080	0.100	0.030
L&B3 Lawton & Brody	* 1.0974	2.3165	1.1586	2.6335	* 0.270	0.340	0.080	0.110
54@3 Inferioridade	* 0.0872	0.0667	1.1268	0.3839	* 0.050	0.020	0.180	0.040
31@1 Dor Impede	* 0.0100	1.9162	1.0995	1.4047	* 0.000	0.380	0.100	0.080
30@4 Dific. Lidar Dor	* 2.7514	0.3064	1.0304	1.2164	* 0.550	0.040	0.060	0.040
34@3 Dific. Concentração	* 0.1103	1.1166	1.0232	0.0017	* 0.070	0.410	0.180	0.000
36@3 Confuso	* 0.3489	0.0461	0.9508	0.1793	* 0.180	0.010	0.140	0.020

Tabela III-10 -Variáveis (modalidades) que mais contribuem para o Factor 4

Variáveis	FA1	FA2	FA3	FA4	FR1	FR2	FR3	FR4
Cas2 Casado (Shadow)	* 1.2535	0.3770	0.5909	4.4805	* 0.330	0.060	0.040	0.190
VvS2 Vive Só (Shadow)	* 0.1795	0.8553	2.5189	4.3714	* 0.050	0.140	0.200	0.200
F1 Mulher	* 0.6414	1.3636	0.2816	3.9495	* 0.200	0.260	0.020	0.200
F2 Mulher (Shadow)	* 0.6414	1.3636	0.2816	3.9495	* 0.200	0.260	0.020	0.200
VvC2 Vive c/ Cônjuge (Shadow)	* 2.6260	0.7929	1.6570	3.3087	* 0.510	0.090	0.090	0.100
Viu1 Viúvo	* 0.7551	0.0782	0.1198	3.0651	* 0.300	0.020	0.010	0.200
Rur1 Rural	* 1.3900	0.9560	0.1682	2.9418	* 0.340	0.140	0.010	0.120
Rur2 Rural (Shadow)	* 1.3900	0.9560	0.1682	2.9418	* 0.340	0.140	0.010	0.120
52@2 Satisf. Vida sexual	* 0.7427	0.3398	0.3027	2.8190	* 0.280	0.080	0.030	0.170
L&B3 Lawton & Brody	* 1.0974	2.3165	1.1586	2.6335	* 0.270	0.340	0.080	0.110

M1	Homens	* 0.4275	0.9089	0.1877	2.6322	* 0.200	0.260	0.020	0.200
M2	Homens (Shadow)	* 0.4275	0.9089	0.1877	2.6322	* 0.200	0.260	0.020	0.200
Viu2	Viúvo (Shadow)	* 0.5997	0.0620	0.0951	2.4340	* 0.300	0.020	0.010	0.200
58@2	Ninguém o Compreende	* 0.0085	1.3337	0.1678	2.1838	* 0.000	0.290	0.020	0.130
CD2	Centros de Dia (Shadow)	* 0.1635	0.4655	2.8522	2.0891	* 0.050	0.080	0.240	0.100
PrA2	Preoc. Solidão (Shadow)	* 0.8891	0.2422	0.3373	1.7049	* 0.350	0.060	0.040	0.110
30@1	Dific. Lidar Dor	* 0.0070	1.4460	1.3743	1.5974	* 0.000	0.280	0.120	0.080
19@1	Sente-se Só	* 0.0011	0.8229	1.3858	1.4707	* 0.000	0.200	0.160	0.100
19@3	Sente-se Só	* 0.1297	0.2531	0.4645	1.4053	* 0.080	0.090	0.080	0.140
31@1	Dor Impede	* 0.0100	1.9162	1.0995	1.4047	* 0.000	0.380	0.100	0.080
36@2	Confuso	* 0.1392	3.5674	0.3034	1.3424	* 0.040	0.630	0.030	0.060
Cas1	Casado	* 0.3660	0.1101	0.1725	1.3086	* 0.330	0.060	0.040	0.190
57@2	Posto à Margem	* 0.0769	1.0389	0.1066	1.2826	* 0.030	0.240	0.010	0.080
25@4	Saúde Física	* 0.6783	0.0410	0.3334	1.2278	* 0.260	0.010	0.040	0.080
30@4	Dific. Lidar Dor	* 2.7514	0.3064	1.0304	1.2164	* 0.550	0.040	0.060	0.040
29@4	Frequência Queixas Dolorosas	* 2.3016	0.3944	1.8336	1.1579	* 0.480	0.050	0.110	0.040
20@3	Família Preocupa-se	* 0.0249	0.2395	0.0864	1.0822	* 0.010	0.070	0.010	0.090
53@3	Irritação	* 0.7846	0.5870	0.2027	1.0722	* 0.340	0.150	0.020	0.080
33@4	Cansaço	* 2.4990	0.1164	1.1996	1.0560	* 0.610	0.020	0.080	0.040
36@4	Confuso	* 0.0239	2.0671	0.0829	1.0549	* 0.010	0.600	0.010	0.080
2915	Intensidade Queixas Dolorosas	* 2.2647	0.4342	1.2361	1.0100	* 0.480	0.050	0.070	0.030
31@4	Dor Impede	* 3.5515	0.3872	1.4573	0.9779	* 0.650	0.040	0.070	0.030

A Depressão no Idoso

Gráfico III-13 - 3º Factor - Eixos 1 x 2 (Pontos)

A Depressão no Idoso

Gráfico III-14 - 3º Factor - Eixos 1 x 2 (Linhas)

Gráfico III-15 - 3º Factor - Eixos 1 x 3 (Pontos)

A Depressão no Idoso

Gráfico III-16 - 3º Factor - Eixos 1 x 3 (Linhas)

Gráfico III-17 - 3º Factor - Eixos 2 x 3 (Pontos)

A Depressão no Idoso

Gráfico III-18 - 3º Factor - Eixos 2 x 3 (Linhas)

A interpretação dos sucessivos quadros da AFCM, permite estabelecer o conjunto de Hipóteses/ Conclusões, que a seguir se descrevem.

As contribuições absolutas por factor (veja-se Tabela III-7, Tabela III-8, Tabela III-9 e Tabela III-10), estão listadas por ordem de importância, mantendo-se as cores convencionadas nas tabelas.

O Eixo 1 (vejam-se Gráfico III-1/ Gráfico III-6), opõe os níveis mais elevados das modalidades, 31@4 – Dor Impede, 30@4 – Dif. Lidar c/ Dor, 28@4 – Depressão Actual, EG21 – Escala Depressão Geriátrica, 33@4 – Cansaço, 29@4 – Freq. Queixas Dolorosas, 291@5 – Intens. Queixas Dolorosas, 19@4 – Sente-se Só, 25@3 – Saúde Física, 26@2 – Prob. Saúde, 52@3 – Satisf. Vida sexual – na sua maioria, as maiores contribuições absolutas do Factor 1 (veja-se Tabela III-7), constituindo-se como que um “cluster” (veja-se Gráfico III-1 e Gráfico III-2); as modalidades, RS2 – Em Casa (shadow), VvC2 – Vive c/ Cônjuge (shadow), VvI1 – Vive em Instituição, LI1 – Lar de Idosos, VST3 – ICAC Vaz Serra, 51@4 – Confidenciar¹⁷⁾, AnP2 – Apoio n Precisa (Shadow), Rur1 – Rural, também agrupadas num outro “cluster”, às modalidades 28@2 – Depressão Actual, 19@2 – Sente-se Só, EG23 – Escala Depressão Geriátrica, e L&B1 – Lawton & Brody, Rur2 – Rural (shadow)¹⁸⁾, que do mesmo modo se constituem num grupo.

Opõe também as Mulheres (F1) aos Homens (M1), os Urbanos (Urb1) aos Rurais (Rur1).

O Eixo 2 (vejam-se Gráfico III-7/ Gráfico III-12), opõe os níveis de menor valor das modalidades, 36@2 – Confuso, 33@1 – Cansaço, 25@1 – Saúde Física, EG23 – Escala Depressão Geriátrica, 32@1 – Dific. Adormecer, 34@2 – Dific. Concentração, 28@1 – Depressão Actual, 31@1 – Dor Impede, 55@2 – Negatividade, 34@1 – Dific. Concentração, 53@1 – Irritação, 29@1 – Freq. Queixas Dolorosas, VST1 – ICAC Vaz Serra e que se definem como que um “cluster” e ainda VvI1 – Vive em Instituição, LI1 – Lar de Idosos, L&B3 – Lawton & Brody, RS2 – Em Casa (shadow), ao “cluster” 30@3 – Dific. Lidar c/ Dor, 36@4 – Confuso, 31@3 – Dor Impede, ACD2 – Apoio Cuidados Domésticos (shadow).

O Eixo 3 (vejam-se Gráfico III-13 e seguintes), possibilita discriminar as zonagens descritas no espaço tridimensional onde a Figura III-28 ilustra também a posição dos indivíduos.

¹⁷⁾ Esta modalidade está deslocada relativamente ao seu nível.

¹⁸⁾ No caso, e porque a Rural se opõe apenas a Urbano, Rur2 é o mesmo de Urb1.

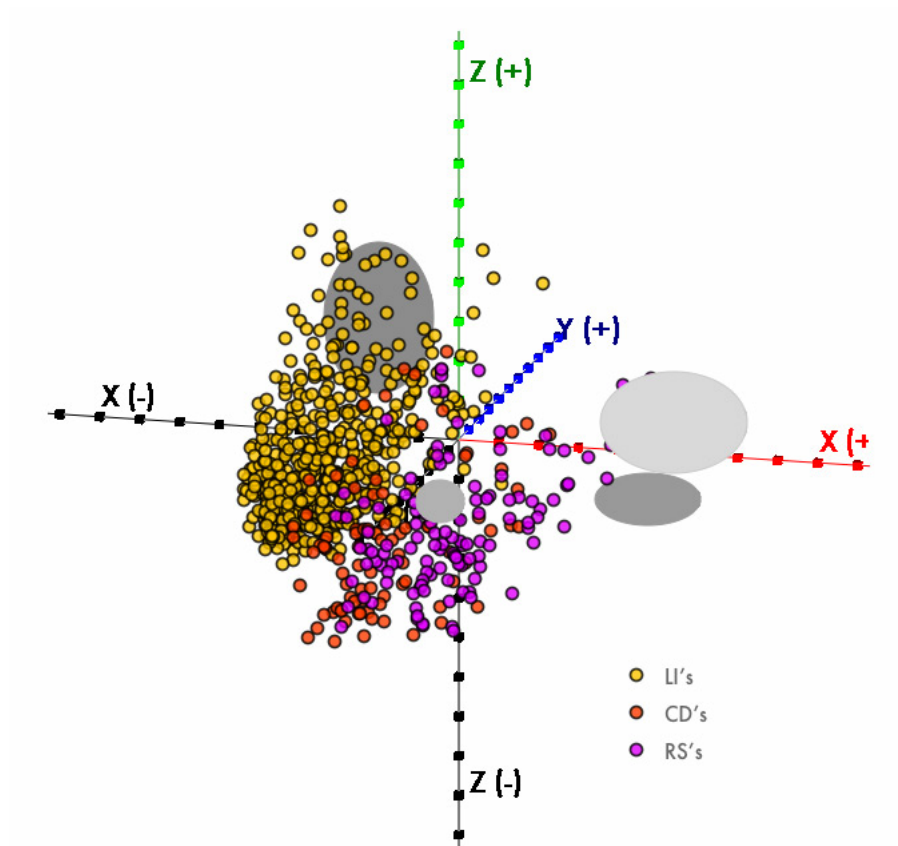


Figura III-28 – “Clusters” – representação 3D dos Indivíduos e “zonas” para a interpretação das modalidades

Capítulo IV DAS CONCLUSÕES

4.1 ALGUMAS CONCLUSÕES POSSÍVEIS

Como já referimos, as conclusões foram sendo obtidas ao longo das sucessivas análises, primeiro a univariada, depois a multivariada onde se inclui a análise de correspondências (Figura III-2 e seguintes) e a regressão “*stepwise*” (Quadro III-216 e seguintes), a ACP (Quadro III-224 e seguintes) e por fim a AFCM.

Segue-se uma análise condensada do que anteriormente foi documentado com gráficos, tabelas e testes.

Resumo das Observações:

Quadro III-1 – Centros de Dia – Sexo vs Idade (2) – Há um certo desequilíbrio na relação Mulheres (F)/ Homens (M), mas nada que se desvie dos valores dos Censos (Tabela III-1 – Evolução da População Anos de 1999 e 2001). A *média* está próxima da *mediana*. Nas amostras Mulheres/ Homens, a posição dos “*box-plots*” denota uma assimetria que o “*shortest half*” confirma e que se traduz que 50% das Mulheres estão entre os 70 e os 80 anos, enquanto nos Homens, este valor está deslocado para os 80 a 87 anos; os “*diamond*” mostram o intervalo de confiança de 95% para a *média*.

Em **Quadro III-2 – Lares de Idosos – Sexo vs Idade (2)**, da mesma forma que nos CD’s, há um maior número de Mulheres que de Homens, em proporções muito próximas das anteriormente observadas. Também aqui os resultados são idênticos. Do mesmo modo, há uma coincidência entre a *mediana* e a *média*. Nas amostras Mulheres/ Homens, a posição dos “*box-plots*” denota uma enorme semelhança que o “*shortest half*” confirma. No **Quadro III-3 – Em Casa – Sexo vs Idade (2)**, relativamente aos valores observados quer nos CD’s quer nos LI’s, a proporção de Mulheres e Homens em suas Casas (RS’s), é substancialmente maior (2/3 para 1/3). Também aqui se nota um abaixamento dos valores da *mediana* e da *média* (75.00; 75,73). As amostras Mulheres/ Homens, descrevem uma distribuição incaracterística, os “*box-plots*” denotam um alargamento dos valores que o “*shortest half*” confirma, entre os 65 e os 75 anos nas Mulheres e nos Homens; os “*diamond*” são também mais alongados. Entre sexos, os valores embora diferentes, não traduzem diferenças significativas.

Quadro III-4 – Centros de Dia – Sexo vs Grupos de Idade (2a) – Esta análise difere da anterior por considerar grupos específicos de idade. A assimetria nas idades Mulheres/ Homens é clara. Em **Quadro III-5 – Lares de Idosos – Sexo vs Grupos de Idade (2a)**, há um acentuado número de utentes acima dos 75 anos.

No **Quadro III-6 – Em Casa – Sexo vs Grupos de Idade (2a)**, contrariamente ao observado em CD’s e LI’s, a população amostrada está maioritariamente abaixo dos 80 anos, o que é conforme com as condições de auto-suficiência dos idosos “Em Casa” – as “disfunções” só aparecem a partir destas idades. Entre sexos os padrões são idênticos (veja-se Quadro III-3).

Quadro III-7 – Centros de Dia – Sexo vs Proveniência (3), para além de um acentuado predomínio do Rural sobre o Urbano, note-se a desproporção entre Mulheres e Homens na componente Rural/ Urbano.

Em **Quadro III-8 – Lares de Idosos – Sexo vs Proveniência (3)**, a desproporção Rural/ Urbano é ainda mais acentuada, embora haja um equilíbrio Mulheres/ Homens. No **Quadro III-9 – Em Casa – Sexo vs Proveniência (3)**, os valores tornam-se mais equilibrados quer na proporção Rural/ Urbano, quer na proporção Mulheres/ Homens.

Quadro III-10 – Centros de Dia – Sexo vs Estado civil: (4), os “Viúvos” são a maioria, em ambos os sexos, com preponderância para as Mulheres, os “Casados” ocupam a 2ª posição. Note-se a elevada proporção de “Viúvas” relativamente aos “Viúvos” e a posição inversa entre “Casadas” e “Casados”.

Em **Quadro III-11 – Lares de Idosos – Sexo vs Estado civil: (4)**, Os “Viúvos” continuam a ser a maioria, a modalidade “Solteiros” ocupa agora a 2ª posição. A proporção das “Viúvas” relativamente aos “Viúvos” é substancial, (66% vs 47%). No **Quadro III-12 – Em Casa – Sexo vs Estado civil: (4)**, os “Casados” (75%), são o maior grupo, seguido dos “Viúvos”. A desproporção “Viúvas”/ “Viúvos” acentua-se, na razão inversa da dos “Casados”. Podemos inferir embora com bastantes cuidados, que os Homens, enquanto Casados permanecem em suas casas, quando Viúvos transitam para Instituições (Lares), o que mostra a dependência do Homem (veja-se Quadro III-45).

Há apenas 6 Uniões de facto, não se tendo descortinado um padrão específico nos indivíduos para lá do facto de todos serem utentes de LI's e na proporção de 5 Mulheres para 1 Homem (#186; #242; #278; #406; #407; #533).

Quadro III-13 – Centros de Dia – Sexo vs Escolaridade: (5), os Analfabetos são o maior dos grupos e nestes as Mulheres são maioritárias. A proporção de Analfabetismo nas Mulheres é próxima da obtida pela modalidade “Primária” nos Homens e inversamente.

Em **Quadro III-14 – Lares de Idosos – Sexo vs Escolaridade: (5)** a elevada proporção de “Analfabetos” distribui-se por 51% nas Mulheres e 43% nos Homens, existe para as demais modalidades uma similitude nas proporções. No **Quadro III-15 – Em Casa – Sexo vs Escolaridade: (5)**, a escolaridade “Primária” é a modalidade maioritária. As diferenças entre sexos que os outros grupos revelam mantêm-se.

Quadro III-16 – Centros de Dia – Sexo vs Qual a profissão que exercia ou exerce? (6), maioritariamente “Domésticas” nas Mulheres e profissões associadas à “Agricultura” nos Homens. Para além das diferenças já enunciadas, há entre os Homens uma maior diversidade de profissões.

Em **Quadro III-17 – Lares de Idosos – Sexo vs Qual a profissão que exercia ou exerce? (6)**, as proporções mantêm-se, alargando-se as designações, decorrente do maior número de entrevistados. Mantêm-se entre os Homens uma maior diversidade de profissões. No **Quadro III-18 – Em Casa – Sexo vs Qual a profissão que exercia ou exerce? (6)**, as proporções mantêm-se; observe-se a profusão das designações das profissões dos entrevistados. Entre sexos note-se a diversidade das

profissões entre os Homens e a expressão monótona de “Domésticas” entre as Mulheres.

A recodificação das questões abertas é sempre uma fonte de erro, pois a precisão do significado é condicionada pelo léxico do entrevistado e pela temporalidade das respostas; queremos também referir, que apesar do muito cuidado que pusemos nas entrevistas, quer quando foram efectuadas por nós, quer quando o não foram, e faz-se fé em terem sido seguidas as instruções, sentimos que uma pré-amostragem suficientemente extensa teria permitido uma melhor e mais adequada visão da recodificação das questões abertas, permitindo a construção de “tabelas de escolha” que limitassem as inúmeras possibilidades com que acabámos por lidar e a mais das vezes se tornaram inoperacionais. Sugerimos também para um futuro trabalho a formação de equipas de mais de uma pessoa que assegurem em tempos diferentes (estrutura bietápica), o levantamento do mesmo Questionário ou melhor ainda de um novo Questionário já depurado e reorganizado.

Quadro III-19 – Centros de Dia – Sexo vs Qual a profissão que exercia ou exerce? (6) – segundo a Classificação Nacional de Profissões, “Domésticas” e profissões ligadas à “Agricultura” são as mais representadas, havendo nestas, um equilíbrio entre Mulheres e Homens.

Em **Quadro III-20 – Lares de Idosos – Sexo vs Qual a profissão que exercia ou exerce? (6)– segundo a Classificação Nacional de Profissões**, “Domésticas” e profissões ligadas à “Agricultura” são as mais representadas, havendo nestas, um equilíbrio entre Mulheres e Homens. No **Quadro III-21 – Em Casa – Sexo vs Qual a profissão que exercia ou exerce? (6)– segundo a Classificação Nacional de Profissões**, entre os Homens há uma enorme diversidade de profissões.

Quadro III-22 – Centros de Dia – Sexo vs Qual a sua situação perante o trabalho? (7), tendo em conta o facto de o Questionário ter incidido em maiores de 65 anos, a resposta que obtém maioria (mais de 90%), é naturalmente a de “Reformado/ Pensionista”, o que remete esta pergunta para a sua quase inutilidade. As proporções tornam a questão praticamente inútil pela falta de variabilidade. O mesmo se passa em LI’s e RS’s.

Quadro III-25 – Centros de Dia – Sexo vs Com que idade se reformou? (8), a Idade está basicamente centrada em valores em torno dos 65 anos. Não há praticamente diferenças entre sexos e esta é também uma questão pouco discriminante. O mesmo se passa em LI’s e RS’s.

Quadro III-28 – Centros de Dia – Sexo vs Tipo de Reforma: (9), “Limite de Idade”, “Pensão Social” e “Pensão do Cônjuge”, por esta ordem, são as modalidades mais frequentes. Nas Mulheres, “Pensão do Cônjuge” tem uma expressão quase dupla da observada nos Homens.

Em **Quadro III-29 – Lares de Idosos – Sexo vs Tipo de Reforma: (9)**, “Pensão Social” (54%), “Limite de Idade” (27%) e “Invalidez” (12%), cobrem o espectro. Com maior expressão entre as Mulheres a “Pensão Social” (57%) é a modalidade mais escolhida. “Invalidez” é nos Homens, dupla da verificada nas Mulheres; o inverso acontece para “Pensão do Cônjuge”. No **Quadro III-30 – Em Casa – Sexo vs Tipo de Reforma: (9)**, “Limite de Idade” (43%), “Invalidez” (25%) e “Pensão Social” (23%) espelham esta realidade. Entre sexos, as diferenças são imensas; nas

Mulheres, “Invalidez” representa 33% contra uns escassos 10% nos Homens, “Pensão Social” está equilibrada (24% e 23%) e não há nos Homens a modalidade “Pensão do Cônjuge”. Uma vez mais, os resultados reflectem a realidade já notada: – Os Homens residem “Em suas Casas” enquanto o cônjuge sobrevive e não sofrem de grandes incapacidades.

As Reformas por “Invalidez” são curiosamente no mesmo número para os estratos etários abaixo e acima dos 60 anos (#331; #373; #406; #407; #680; #695; #726) não há um padrão perceptível.

Quadro III-31 – Centros de Dia – Sexo vs Porque motivo deixou de trabalhar? (10), esta questão discrimina a “Doença” e a “Idade” como as duas principais causas. Há um predomínio da “Doença” sobre a “Idade” nas Mulheres e uma atenuação desta situação nos Homens.

Em **Quadro III-32 – Lares de Idosos – Sexo vs Porque motivo deixou de trabalhar? (10)**, a “Doença” e a “Idade” constituem também neste grupo as duas principais causas. Entre sexos, os padrões da “Doença” e da “Idade” são próximos. No **Quadro III-33 – Em Casa – Sexo vs Porque motivo deixou de trabalhar? (10)**, a “Doença” e a “Idade” são as duas principais modalidades. Há um predomínio acentuado da “Doença” sobre a “Idade” nas Mulheres, e uma inversão da situação nos Homens.

Quadro III-34 – Centros de Dia – Sexo vs Nível actual de Rendimento Mensal (€uro): (11), os Rendimentos são baixos, maioritariamente menores que 250 €uro. Verificam-se maiores rendimentos nos Homens que nas Mulheres, o que não constitui surpresa. O mesmo se passa em LI’s.

No **Quadro III-36 – Em Casa – Sexo vs Nível actual de Rendimento Mensal (€uro): (11)**, os Rendimentos são baixos, maioritariamente menores que 250 €uro, embora de todos os grupos, este seja o de maior desafogo. Repare-se que os rendimentos acima dos 750€ representam 10% desta amostra, valor que excede em muito os observados para os outros grupos. O Rendimento será um factor de independência? Entre Mulheres e Homens verificam-se as previsíveis desigualdades, – maiores rendimentos nos Homens; e se bem que cerca 75% dos inquiridos afirmam valores menores que 250€, este valor atinge apenas 50% nos Homens, que representam 20% para os rendimentos acima de 750€.

Quadro III-37 – Centros de Dia – Sexo vs De onde lhe vem o Rendimento? (12), Há um predomínio das respostas “Reforma”, seguida de “Pensão de Sobrevivência/ Viuvez”. Os perfis das respostas Mulheres/ Homens para as modalidades “Pensão Social” e “Reforma”, são inversos.

Em **Quadro III-38 – Lares de Idosos – Sexo vs De onde lhe vem o Rendimento? (12)**, há um domínio das respostas “Pensão Social”, seguida de “Reforma” e “Pensão de Sobrevivência/ Viuvez”. “Pensão Social” é a modalidade mais frequente; “Reforma” e “Pensão de Sobrevivência/ Viuvez” variam inversamente entre Mulheres e Homens. No **Quadro III-39 – Em Casa – Sexo vs De onde lhe vem o Rendimento? (12)**, basicamente as respostas são, “Reforma”, “Pensão Social” e “Pensão de Sobrevivência/ Viuvez”, nesta ordem. “Reforma” é a resposta tipo dos Homens. “Pensões Sociais” e as “Reformas” são nesta ordem, as respostas tipo das Mulheres.

Quadro III-40 – Centros de Dia – Sexo vs O Dinheiro chega-lhe até ao fim do Mês? (13), a resposta é maioritariamente “Com dificuldade”. Os padrões entre sexos são idênticos; “Sempre”, ganha expressão nos Homens.

Em **Quadro III-41 – Lares de Idosos – Sexo vs O Dinheiro chega-lhe até ao fim do Mês? (13)**, a resposta é maioritariamente “Com dificuldade”. Os padrões Mulheres/ Homens são praticamente iguais. No **Quadro III-42 – Em Casa – Sexo vs O Dinheiro chega-lhe até ao fim do Mês? (13)**, A resposta é maioritariamente “Com dificuldade”. Entre Mulheres/ Homens os padrões não são idênticos; o “Sempre” ganha expressão entre os Homens, com a diminuição significativa de “Com Dificuldade”.

Quadro III-43 – Centros de Dia – Sexo vs Com quem vive actualmente? (14), as respostas são maioritariamente “Sozinho” (54%) – Note-se que a percentagem de “Viúvo” é de (68%), e ainda a proximidade de 17% para “Cônjuge/ Companheiro” e de 20% para “Casado” (veja-se Quadro III-10 – Centros de Dia – Sexo vs Estado civil: (4)), as diferenças estão diluídas nos 16% de “Filhos(as)” e 10% “Instituição”. As proporções Mulheres/ Homens não são idênticas, note-se uma vez mais a inversão nas percentagens “Cônjuge/ Companheiro” e “Sozinho”.

Em **Quadro III-44 – Lares de Idosos – Sexo vs Com quem vive actualmente? (14)**, “Instituição” é como não podia deixar de ser, a resposta maioritária e aqui a inutilidade da questão. No **Quadro III-45 – Em Casa – Sexo vs Com quem vive actualmente? (14)**, a variedade de respostas é aqui patente, com “Cônjuge/ Companheiro” a mais frequente, seguida de “Filhos(as)”. A resposta maioritária é para Mulheres e Homens a de “Cônjuge/ Companheiro”. Há no entanto, uma enorme desproporção entre sexos, o que confirma o que se viu para o Estado (Quadro III-10 e seguintes).

Quadro III-46 – Centros de Dia – Sexo vs Tipo de Habitação: (15), A resposta mais frequente é “Moradia” e nos três grupos. Os CD’s onde os idosos foram inquiridos, localizam-se em regiões rurais, onde predominam as moradias (casas) sobre os andares. Passa-se o mesmo nos LI’s e até mesmo na própria cidade (RS’s). A cidade embora já não seja presentemente o caso, era até há bem pouco tempo atrás, um agrupamento de casas, onde a propriedade horizontal não era a norma e a ruralidade estava presente.

Quadro III-49 – Centros de Dia – Sexo vs Habitação: (16), “Própria” é a resposta mais frequente e nos três grupos.

Quadro III-52 – Centros de Dia – Sexo vs Condições de Habitação: (17), “Regulares” seguido de “Boas” constitui a norma. O padrão é idêntico em LI’s. No **Quadro III-54 – Em Casa – Sexo vs Condições de Habitação: (17)**, “Boas” seguido de “Regulares” constitui a norma neste grupo, tendo o “Muito Boas” aqui a máxima expressão.

Quadro III-55 – Centros de Dia – Sexo vs Durante o dia convive com outras pessoas? (18), “Frequentemente” e “Sempre” são as modalidades mais respondidas, o mesmo se passando em LI’s.

No **Quadro III-57 – Em Casa – Sexo vs Durante o dia convive com outras pessoas? (18)**, aqui o “Raramente” é mais visível e os padrões entre sexos são dife-

rentes, o “Raramente” e o “Sempre” apresentam comportamentos inversos entre Mulheres e Homens.

Quadro III-58 – Centros de Dia – Sexo vs No seu dia a dia sente-se só? (19), “Raramente” e “Frequentemente”, são as modalidades com percentagens mais elevadas e os perfis são próximos. Este último detém aqui 38%, sobe para 44% nos LI’s e desce para cerca de 25% em RS’s.

Em **Quadro III-59 – Lares de Idosos – Sexo vs No seu dia a dia sente-se só? (19)**, “Frequentemente” e “Raramente”, são as modalidades mais comuns, com perfis inversos entre Mulheres e Homens. No **Quadro III-60 – Em Casa – Sexo vs No seu dia a dia sente-se só? (19)**, “Raramente”, “Nunca” e “Frequentemente”, nesta ordem são as respostas mais comuns. “Frequentemente”, tem expressão nas Mulheres e é inexpressivo nos Homens. O “Nunca” é praticamente duplo nas Mulheres.

Quadro III-61 – Centros de Dia – Sexo vs Considera que a sua família se preocupa verdadeiramente consigo? (20), as respostas são e nesta ordem, “Bastante”, “Pouco” e “Muito”. As proporções entre sexos são próximas, embora o “Pouco” tome expressão nos Homens. O mesmo para LI’s.

No **Quadro III-63 – Em Casa – Sexo vs Considera que a sua família se preocupa verdadeiramente consigo? (20)**, o padrão de respostas é diferente do verificado nos CD’s e LI’s, “Bastante”, “Muito”, “Nem Muito Nem Pouco” e nesta ordem, são as modalidades mais frequentes. A proximidade da Família é presente mas a autonomia dos idosos é máxima, A interpretação poderá ser falaciosa, mas tudo aponta para que o interesse ou os cuidados dos familiares se revele nesta fase em que os Idosos não precisam ainda deles, sendo sempre possível especular sobre as razões.

Quadro III-64 – Centros de Dia – Sexo vs Actualmente o que é que mais o(a) preocupa? (21), a “Saúde” constitui a maior preocupação.

No **Quadro III-66 – Em Casa – Sexo vs Actualmente o que é que mais o(a) preocupa? (21)**, a “Saúde” constitui ainda a maior das preocupações, mas a “Família” e a “Solidão” passam a ter expressão. As proporções entre sexos diferem, “Solidão” e “Família” são mais referidas pelas Mulheres.

Quadro III-67 – Centros de Dia – Sexo vs Que tipo de Apoio considera mais importante para si? (22), “Cuidados Domésticos” e “Cuidados Pessoais” são as modalidades mais frequentes. As proporções são diferentes, ocupando os “Cuidados Domésticos” entre os Homens uma expressão maioritária, explicável pela sua dependência relativamente às Mulheres.

Em **Quadro III-68 – Lares de Idosos – Sexo vs Que tipo de Apoio considera mais importante para si? (22)**, os “Cuidados Pessoais” encabeçam as necessidades. A proporções ainda que diferentes traduzem a mesma realidade, já referida em CD’s. No **Quadro III-69 – Em Casa – Sexo vs Que tipo de Apoio considera mais importante para si? (22)**, A auto-suficiência dos Idosos “Em Casa” é notória, “Não precisa de Apoio” obtém (54%). As diferenças nas relações de dependência entre os Mulheres e Homens, estão bem marcadas nesta questão. A independência funcional tem uma maior expressão nas Mulheres

Quadro III-70 – Centros de Dia – Sexo vs Quem na sua opinião pode ou deve prestar-lhe Apoio e Cuidados? (23), “Família”, “Func. Lar” e “Filhos(as)” são por esta ordem, as respostas mais frequentes. “Cônjuge” é referido apenas pelos Homens (11%).

Em **Quadro III-71 – Lares de Idosos – Sexo vs Quem na sua opinião pode ou deve prestar-lhe Apoio e Cuidados? (23)**, “Func. Lar” é previsivelmente a resposta mais frequente. As proporções são idênticas, sendo de notar a expressão da modalidade “Filhos(as)” nas Mulheres. No **Quadro III-72 – Em Casa – Sexo vs Quem na sua opinião pode ou deve prestar-lhe Apoio e Cuidados? (23)**, “Filhos(as)” e “Família” constituem as respostas mais frequentes. Uma vez mais, a modalidade “Cônjuge” entre os Homens, é significativa.

Quadro III-73 – Centros de Dia – Sexo vs Mencione o que são para si as três piores “coisas” do envelhecimento: (24a), “Doença(s)”, “Incapacidades(s)” e “Solidão” são as respostas mais frequentes. Entre sexos, e ainda que em proporções diferentes entre Mulheres e Homens, estas são as modalidades escolhidas.

Em **Quadro III-74 – Lares de Idosos – Sexo vs Mencione o que são para si as três piores “coisas” do envelhecimento: (24a)**, “Doença(s)”, “Incapacidades(s)” e “Solidão”; “Tristeza” e “Falta de Saúde” são designações para a mesma realidade. Entre sexos as proporções são próximas. No **Quadro III-75 – Em Casa – Sexo vs Mencione o que são para si as três piores “coisas” do envelhecimento: (24a)**, “Falta de Saúde”/ “Doença(s)”, “Solidão” e “Incapacidades(s)”. “Solidão” tem mais expressão entre as Mulheres, sendo praticamente ignorada pelos Homens; no mais, as proporções são idênticas.

Quadro III-76 – Centros de Dia – Sexo vs Mencione o que são para si as três piores “coisas” do envelhecimento: (24b), Esta questão aborda as segundas respostas. “Solidão”, “Incapacidade(s)” e “Tristeza”; “Doença(s)” e afins são agora modalidades periféricas. Os padrões entre sexos são semelhantes.

Em **Quadro III-77 – Lares de Idosos – Sexo vs Mencione o que são para si as três piores “coisas” do envelhecimento: (24b)**, “Solidão”, “Incapacidade(s)” e “Doença”; “Tristeza”, “Perda de Mobilidade” e “Perda de Saúde” são questões com a mesma face. “Solidão”, “Incapacidade(s)” e “Doença”, são para ambos os sexos, as respostas mais frequentes. No **Quadro III-78 – Em Casa – Sexo vs Mencione o que são para si as três piores “coisas” do envelhecimento: (24b)**, “Solidão”, “Doença(s)”/ “Falta de Saúde”, “Perda de Mobilidade”, “Difíc. Económicas” e “Incapacidade(s)”. Embora as modalidades sejam as mesmas; “Solidão”, “Doença(s)”/ “Falta de Saúde”, “Perda de Mobilidade”, as proporções em que se registam são muito diferentes. Note-se como as “Difíc. Económicas” são mais sentidas entre os Homens.

Quadro III-79 – Centros de Dia – Análise de Contingência: Como classifica a sua saúde física em geral? (25) vs Sexo, as queixas são mais frequente entre as Mulheres (33% vs 9%). Em LI’s, os perfis são próximos, ainda que o valor para os Homens seja duplo do verificado em CD’s (37% vs 18%).

No **Quadro III-81 – Em Casa – Análise de Contingência: Como classifica a sua saúde física em geral? (25) vs Sexo**, os perfis são ligeiramente diferentes dos observados nos grupos anteriores. Ainda que a proporção do “Má”, seja a mesma

entre sexos (30%), a expressão do “Boa” é muito maior nos Homens (13% *vs* 20%) onde o “Excelente” tem expressão (7.5%).

Quadro III-82 – Centros de Dia – Análise de Contingência: Tem problemas de Saúde? (26) *vs* Sexo, as proporções embora próximas, são distintas; há um maior “optimismo” entre os Homens. Isto é verificável também para LI’s e RS’s.

Quadro III-85 – Centros de Dia – Sexo *vs* Tem problemas de Saúde? (26a), “Não”, tem expressão, ainda que só represente 11%; Notem-se as proporções de “Hipertensão”, “Artroses”, “Diabetes” e “ACV’s”. “Reumatismo” é esquecido entre as Mulheres, embora a frequência de “Artroses” seja significativa.

Em **Quadro III-86 – Lares de Idosos – Sexo *vs* Tem problemas de Saúde? (26a)**, o maior número de inquiridos estende a lista pela particularização dos casos, embora nada acrescenta à visão do conjunto; por outro lado, e como já dissemos, há nesta profusão, a inviabilidade da discriminação sem recorrer a outras variáveis. “Diabetes”, “Hipertensão”, “Artroses”, “ACV’s”, “Coração” para as Mulheres; “Não”, “Hipertensão”, “Diabetes”, “Artroses”, “ACV’s” para Homens. Como se disse anteriormente, a profusão de queixas não permite discriminar, mas apenas enunciar. No **Quadro III-87 – Em Casa – Sexo *vs* Tem problemas de Saúde? (26a)**, “Não”, representa 15%, seguem-se “Diabetes”, “Artroses”, “Hipertensão”, “Coluna”, em proporções não muito diferentes das verificadas nos grupos anteriores. “Não”, é maioritário nas Mulheres e nos Homens ainda que em proporções diferentes (11% *vs* 23%), seguem-se “Diabetes” com frequências semelhantes para ambos os sexos.

Quadro III-88 – Centros de Dia – Sexo *vs* Tem problemas de Saúde? (26a) e seguintes. Tratando-se de uma outra questão aberta, a profusão das respostas foi imensa e mais ainda, quando ao pretendermos homogeneizar as respostas, estabelecemos quatro níveis hierárquicos e mais um de comentários (como se poderá observar na Base de Dados em Anexo). Como resultado, a lista tornou-se tão extensa, que cada indivíduo é praticamente um caso, remetendo a pergunta à sua quase inutilidade, pela imensa variabilidade obtida; acresce não lhe estar associado um qualquer grau de incapacidade, nem podermos dizer que uma doença é “maior” que outra. Postas estas questões, apresentamos ainda o “tratamento” numérico da Classificação, INSTITUTO DE EMPREGO E FORMAÇÃO PROFISSIONAL *In*: GABINETE DE COMUNICAÇÃO – NÚCLEO DE INFORMAÇÃO E DOCUMENTAÇÃO [2001], apenas para os seus grandes grupos (primeiros dígitos), sem que se tivéssemos obtido resultados significativos.

Quadro III-91 – Centros de Dia – Análise de Contingência: Existência de depressões anteriores aos 65 anos? (27) *vs* Sexo, é patente esta afecção nas Mulheres, numa proporção quase dupla da dos Homens.

Em **Quadro III-92 – Lares de Idosos – Análise de Contingência: Existência de depressões anteriores aos 65 anos? (27) *vs* Sexo**, há neste grupo uma maior incidência. Entre sexos, as proporções mantêm-se. No **Quadro III-93 – Em Casa – Análise de Contingência: Existência de depressões anteriores aos 65 anos? (27) *vs* Sexo**, há uma desproporção imensa entre sexos, “Não teve”, representa 60% nas Mulheres enquanto atinge os 93% nos Homens; tem-se a noção de

que este grupo deveria ser mais extenso para merecer uma melhor interpretação deste resultado.

Quadro III-94 – Centros de Dia – Análise de Contingência: Sente-se deprimido(a) actualmente? (28) *vs* Sexo, a depressão é “dupla” nas Mulheres relativamente aos Homens.

Em **Quadro III-95 – Lares de Idosos – Análise de Contingência: Sente-se deprimido(a) actualmente? (28) *vs* Sexo**, os valores acentuam-se e as proporções mostram que cerca de metade dos indivíduos se sentem deprimidos. No **Quadro III-96 – Em Casa – Análise de Contingência: Sente-se deprimido(a) actualmente? (28) *vs* Sexo**, metade dos indivíduos sentem-se deprimidos, sensivelmente o dobro de Mulheres que de Homens (39% *vs* 15%).

Quadro III-97 – Centros de Dia – Análise de Contingência: Frequência de queixas dolorosas? (29) *vs* Sexo, as Mulheres apresentam um quadro de queixas duplo do dos Homens, o mesmo se verificando em LI's e RS's. Os padrões são semelhantes entre grupos.

A imobilidade provocada pela falta de actividade física, decorrente da falta de programas de ocupação dos tempos livres nos LI's e CD's, faz, nossa opinião, com que os idosos tenham um tempo excessivo para pensar na sua vida e somatizarem as queixas dolorosas. Os Homens, não apresentam tantas queixas, possivelmente por saírem mais e conviverem mais.

Relativamente às Mulheres, parece-nos ser de evidenciar o facto de sofrerem mais problemas de osteoporose que os Homens e de salientar, que esta geração, não fez qualquer terapia hormonal de substituição.

Quadro III-100 – Centros de Dia – Análise de Contingência: Intensidade das queixas dolorosas: (29.1) *vs* Sexo, as Mulheres apresentam um quadro de queixas duplo do dos Homens, o mesmo se verificando em LI's e RS's. Os padrões são semelhantes entre grupos.

Quadro III-103 – Centros de Dia – Análise de Contingência: É-lhe difícil lidar com a dor ou o desconforto? (30) *vs* Sexo, as diferenças Mulheres/ Homens, são visíveis, a resistência à dor tem maior expressão entre os Homens.

Em **Quadro III-104 – Lares de Idosos – Análise de Contingência: É-lhe difícil lidar com a dor ou o desconforto? (30) *vs* Sexo**, as diferenças Mulheres/ Homens, são visíveis; a resistência à dor tem maior expressão entre os Homens. Há no entanto um esbatimento das diferenças, possivelmente explicado pela própria situação de comodidade e de não confronto, que o Lar proporciona. No **Quadro III-105 – Em Casa – Análise de Contingência: É-lhe difícil lidar com a dor ou o desconforto? (30) *vs* Sexo**, , ainda que as diferenças Mulheres/ Homens se mantenham, e a resistência à dor continue a ter maior expressão entre os Homens, as boas condições dos Idosos “Em Casa” é perceptível nestes padrões.

Quadro III-109 – Centros de Dia – Análise de Contingência: Tem dificuldade em adormecer? (32) *vs* Sexo, o padrão geral é o já anteriormente descrito, numa certa proximidade entre os grupos e a habitual dissemelhança entre Mulheres e Homens. O mesmo para LI's e RS's.

Quadro III-112 – Centros de Dia – Análise de Contingência: Sente-se cansado(a) e sem energia? (33) vs Sexo, a situação é idêntica ao quadro anterior. Há no entanto um ganho de eficiência em RS's, relativamente aos demais grupos.

Uma vez mais, podemos considerar a Inactividade generalizada a este grupo etário e o seu acentuar nos LI's, como a justificação primeira para as perdas.

Quadro III-115 – Centros de Dia – Análise de Contingência: Tem dificuldade em concentrar-se? (34) vs Sexo, o padrão geral é o já anteriormente descrito, numa certa proximidade entre os grupos e a habitual dissemelhança entre Mulheres e Homens.

Em **Quadro III-116 – Lares de Idosos – Análise de Contingência: Tem dificuldade em concentrar-se? (34) vs Sexo**, o padrão geral é o já anteriormente descrito, numa certa proximidade entre os grupos e a habitual dissemelhança entre Mulheres e Homens; note-se no entanto, o esbatimento entre sexos. No **Quadro III-117 – Em Casa – Análise de Contingência: Tem dificuldade em concentrar-se? (34) vs Sexo**, o padrão geral é o já anteriormente descrito, numa certa proximidade entre os grupos e a habitual dissemelhança entre Mulheres e Homens. Curiosamente o “Sempre” ganha expressão neste grupo, possivelmente pela possibilidade de confronto com a realidade, o que não acontece em LI's.

Quadro III-118 – Centros de Dia – Análise de Contingência: Como considera a sua memória? (35) vs Sexo, globalmente, os Homens fazem uma melhor avaliação das suas capacidades. O padrão de respostas é próximo para os três grupos.

Também a Memória é uma face do problema da inactividade, e os LI's primam uma vez mais pela ausência de qualquer ocupação que motive e desperte os Residentes. Em suas Casas, RS's, apesar de tudo, ainda lhes é exigida alguma ocupação, e também estão em interacção com outros grupos etários. A convivência intergeracional é em nosso entender um dos mais importantes factores para atenuar os efeitos do envelhecimento.

De acordo com VEGA VEGA & BUENO MARTÍNEZ [2000], p. 178, as queixas apresentadas pelos idosos relativamente à falta de memória, não significam que o esquecimento seja uma consequência inevitável do envelhecimento. E ainda o mesmo autor p. 173, “Ainda que muitos idosos se queixem que se esquecem de coisas, (onde colocaram um objecto, uma tarefa que devia ser feita, uma citação, etc.), isso não significa que o esquecimento seja uma consequência inevitável do envelhecimento. De facto, num estudo realizado nos Estados Unidos, 20 % dos idosos com mais de 85 anos indicaram nunca terem tido problemas de memória. Apesar disso, não há dúvidas que o envelhecimento está acompanhado geralmente de alterações no sistema de memória citando LAVIGNE & FINLEY [1990] e READ & LINDSAY [1994]” “Aunque muchas personas mayores se quejan de que olvidan cosas (dónde se ha colocado un objeto, si se tenía que hacer algo, una cita, etc.), eso no significa que el olvido sea una consecuencia inevitable del envejecimiento. De hecho, en un estudio realizado en Estados Unidos, el 20 por ciento de los ancianos con más de 85 años de edad indicó que nunca había tenido problemas con su memoria. A pesar de ello, no hay duda de que el envejecimiento va acompañado generalmente de cambios en el sistema de memoria LAVIGNE & FINLEY [1990] e READ & LINDSAY [1994]”. No mesmo sentido também CALERO GARCÍA *In*: FERNÁNDEZ-BALLESTEROS, ROCÍO [2000], p. 205, refere que parece que nos idosos existem mais queixas de

memória que problemas reais de memória e que estes têm muito a ver com a atenção, a velocidade e as estratégias de processamento empregues.

O que retivemos da observação vai de encontro ao ponto de vista desta autora, quando o assunto lhes interessa ou tem um significado específico, se lhes dão pistas mostram uma memória com a que anteriormente evidenciavam. A falta de actividade a nível cognitivo neste grupo etário e principalmente nos LI's favorece este sentimento de falta de memória.

Os Homens, têm a vantagem de exercitar mais a memória com as suas saídas mais frequentes, o convívio dos amigos nos cafés, o jogar às cartas e o lerem os jornais.

Quadro III-121 – Centros de Dia – Análise de Contingência: Acontece-lhe com frequência não conseguir pensar com clareza, ou ficar confuso? (36) vs Sexo, globalmente, os Homens fazem uma melhor avaliação das suas capacidades. O mesmo se passa em LI's.

No **Quadro III-123 – Em Casa – Análise de Contingência: Acontece-lhe com frequência não conseguir pensar com clareza, ou ficar confuso? (36) vs Sexo**, observam-se os melhores resultados, ainda que seja interessante notar como o “Nunca” é respondido com maior parcimónia que nos outros grupos, entre Mulheres (38%; 55%; 20%) e Homens (66%; 63%; 33%). Mais uma vez, parece-nos que é o confronto com um dia a dia próximo do sempre que permite a avaliação mais cuidada das suas próprias *performances*.

Quadro III-124 – Centros de Dia – Sexo vs Durante o dia permanece: (37), a questão não confere discriminação alguma; em RS's, ainda que com maior variabilidade nas respostas, o problema mantêm-se.

Quadro III-127 – Lares de Idosos – Sexo vs Motivo de internamento: (38), A “Falta de apoio Familiar” e a “Dificuldade em auto Cuidar-se” constituem as duas questões maiores, parecendo-nos que a resposta “Prefere o Lar embora tenha Família”, constitui uma questão mascarada das primeiras duas. Há uma enorme similitude nos padrões de resposta, Mulheres/ Homens. Nos CD's, apenas seis (6) respostas – duas (2) “Falta de apoio Familiar” e quatro (4) “Dific. em auto Cuidar-se”, o que não justificava a apresentação de tabelas e correspondentes gráficos. No grupo RS's, e por razões óbvias, o quadro é um conjunto monótono de respostas, “Não respondeu”, pelo que não tendo qualquer expressão se não inclui.

Talvez pelos idosos se apercebam que não podem sobrecarregar os filhos e optam por responder desta forma. Realmente as famílias têm muito poucas opções para cuidar dos seus idosos, uma vez que não existe um Plano Gerontológico em Portugal que atenda às necessidades das várias tipologias de idosos; então a ida para o Lar é a primeira opção quando devia ser a última.

Quadro III-128 – Lares de Idosos – Sexo vs Iniciativa do internamento: (39), “Iniciativa Própria” e “Trazido por familiares” constituem os dois grandes grupos de respostas. Há proximidade nos padrões de resposta, Mulheres/ Homens. As razões enunciadas no item anterior são do mesmo modo válidas aqui. Na questão anterior tinha-se já verificado que a “Falta de apoio Familiar” seguida de “Dificuldade em auto Cuidar-se”, são as grandes razões enunciadas como Motivo de Internamento, daí que se explique que na Iniciativa de Internamento seja referida maioritariamente a “Iniciativa Própria”, seguida do “Trazido por Familiares”.

As razões são as mesmas já anteriormente apontadas, a falta de redes de apoio, formais ou informais, leva a que realmente a institucionalização seja a primeira escolha mas não propriamente a vontade dos idosos ou mesmo das suas famílias.

Quadro III-129 – Lares de Idosos – Sexo *vs* Tempo de internamento: (40), a distribuição está desequilibrada, “*skewness*” (as posições do *box plot*, da *mediana* e ainda do *shortest half*), há com certeza muitas razões não apuradas que a podem explicar; – Lares novos, fenómeno mais ou menos recente e em crescimento acentuado, etc. Note-se que mais de 25% dos utentes, apresentam internamentos superiores a seis (6) anos.

Quadro III-130 – Centros de Dia – Sexo *vs* Se pudesse residir num outro local, qual a sua preferência? (41), “Em sua Casa” é a modalidade com maior frequência, embora o nível das respostas não permita tecer considerações. O número de respostas (10), não permite a interpretação da questão.

Em **Quadro III-131 – Lares de Idosos – Sexo *vs* Se pudesse residir num outro local, qual a sua preferência? (41)**, “Em sua Casa” e suas variantes, são as respostas com maior frequência, não deixando grande margem para dúvidas. Os padrões são próximos entre Mulheres e Homens.

Quadro III-132 – Centros de Dia – Análise de Contingência: Considera que na Instituição se preocupam verdadeiramente consigo? (42) *vs* Sexo, Os utentes respondem maioritariamente “Bastante” e “Muito”. O mesmo para LI’s onde o “Pouco” e o “Muito Pouco” se acentuam.

O comentário que me assiste, evidenciado pela análise das respostas é que o grau de exigência dos idosos é muito baixo, quer pelo desconhecimento que têm relativamente ao modo como deviam ser tratados – há uma enorme carência de equipas pluridisciplinares que actuassem nas várias áreas – quer pelas modo como as suas vidas decorreram; ou simples facto de serem alimentados, terem algum conforto e higiene é-lhes suficiente.

Quadro III-134 – Centros de Dia – Análise de Contingência: Como considera as suas relações com os outros residentes? (43) *vs* Sexo, há uma generalizada aceitação de “Boas” e “Muito Boas” relações.

Em **Quadro III-135 – Lares de Idosos – Análise de Contingência: Como considera as suas relações com os outros residentes? (43) *vs* Sexo**, há uma generalizada aceitação de “Boas” e “Muito Boas” relações. Ligeira conflitualidade entre as Mulheres.

Quadro III-136 – Centros de Dia – Análise de Contingência: Como considera as suas relações com o pessoal do Lar? (44) *vs* Sexo, o padrão das respostas é em tudo semelhante ao anterior.

Em **Quadro III-137 – Lares de Idosos – Análise de Contingência: Como considera as suas relações com o pessoal do Lar? (44) *vs* Sexo**, há uma similitude entre Mulheres e Homens confirmada não só pelos padrões mas concomitantemente pelos testes.

Quadro III-138 – Lares de Idosos – Análise de Contingência: Como avalia a sua privacidade? (45) *vs* Sexo, a resposta maioritária é “Boa”, com valores entre 60% e 65%.

Quadro III-139 – Lares de Idosos – Análise de Contingência: Como avalia a alimentação? (46) *vs* Sexo, a resposta maioritária é “Boa”, com valores em torno dos 62%. Há igualdade nas respostas das Mulheres e dos Homens, confirmada não só pelos padrões, aqui curiosamente iguais, e que os testes comprovam.

Quadro III-140 – Lares de Idosos – Análise de Contingência: A sua família costuma visitá-lo(a)? (47) *vs* Sexo, as respostas traduzem claramente a situação de isolamento a que a Família os remete. Os Homens espelham uma situação de maior isolamento da família.

Quadro III-141 – Lares de Idosos – Análise de Contingência: Habitualmente com que frequência sai do Lar? (48) *vs* Sexo, a frequência de saída dos LI's, é maior nos Homens; – maioritariamente respondem “Diariamente”, enquanto para as Mulheres esta proporção é menos de metade (21% *vs* 49%).

Quadro III-142 – Centros de Dia – Análise de Contingência: Tempos Livres – Ler: (50.1) *vs* Sexo, embora maioritariamente Analfabetos, ou pelo menos funcionais, maioritariamente também, reconhecem a importância da Leitura. Observam-se diferenças significativas entre sexos. Como curiosidade, note-se a inexistência de “Nem Muito Nem Pouco” entre os Homens.

Em **Quadro III-143 – Lares de Idosos – Análise de Contingência: Tempos Livres – Ler: (50.1) *vs* Sexo**, os padrões das Mulheres e dos Homens são idênticos. No **Quadro III-144 – Em Casa – Análise de Contingência: Tempos Livres – Ler: (50.1) *vs* Sexo**, os valores são próximos dos observados nos Homens nos CD's; Mulheres e Homens, têm comportamentos idênticos como o confirmam os padrões e os testes.

Quadro III-145 – Centros de Dia – Análise de Contingência: Tempos Livres – Ver televisão: (50.2) *vs* Sexo, a Televisão é maioritariamente aceite como importante. O mesmo para LI's e RS's.

Quadro III-148 – Centros de Dia – Análise de Contingência: Tempos Livres – Ouvir música: (50.3) *vs* Sexo, maioritariamente aceite como importante. O mesmo para LI's e RS's.

Quadro III-151 – Centros de Dia – Análise de Contingência: Tempos Livres – Passear: (50.4) *vs* Sexo, maioritariamente aceite como “Bastante” importante. O mesmo para LI's e RS's; diferenças significativas entre sexos.

O que nos foi dado observar é que realmente não existem condições para dar cobertura à ocupação dos tempos de ócio, no sentido da melhoria das condições de vida.

Quadro III-154 – Centros de Dia – Análise de Contingência: Tempos Livres – Fazer jardinagem: (50.5) *vs* Sexo, a aceitação da importância e o não reconhecimento dela equilibram-se. Maior adesão dos Homens.

Em **Quadro III-155 – Lares de Idosos – Análise de Contingência: Tempos Livres – Fazer jardinagem: (50.5) *vs* Sexo**, “Muito Pouco” e “Pouco” reconhecimento. Maior adesão dos Homens. No **Quadro III-156 – Em Casa – Análise de Contingência: Tempos Livres – Fazer jardinagem: (50.5) *vs* Sexo**, a aceitação e o não reconhecimento equilibram-se. Maior adesão dos Homens.

Quadro III-157 – Centros de Dia – Análise de Contingência: Tempos Livres – Fazer horticultura: (50.6) *vs* Sexo, a aceitação e o não reconhecimento equilibram-se. Maior adesão dos Homens. O mesmo para LI's.

No **Quadro III-159 – Em Casa – Análise de Contingência: Tempos Livres – Fazer horticultura: (50.6) *vs* Sexo**, a Jardinagem e a Horticultura têm padrões idênticos, com uma ligeira vantagem para a Horticultura.

Quadro III-160 – Centros de Dia – Análise de Contingência: Tempos Livres – Fazer tricô: (50.7) *vs* Sexo, as respostas são diferenciadoras dos sexos. Em LI's o “Muito Pouco” atinge os 47% entre as Mulheres o que por si só é um indício da perda de actividade que os Lares normalmente trazem. Em RS's, os padrões são próximos dos observados nos CD's.

Observado e mencionado por muitas idosas, a falta de visão, é essencialmente a razão de muitas delas não fazerem tricô, refira-se igualmente a falta de acompanhamento médico e como se poderiam diminuir estas situações!

Quadro III-163 – Centros de Dia – Análise de Contingência: Tempos Livres – Jogar às cartas: (50.8) *vs* Sexo, as respostas apresentam uma diferenciação entre sexos, inversa da observada na questão anterior

Quadro III-166 – Centros de Dia – Análise de Contingência: Tempos Livres – Conversar com amigos: (50.9) *vs* Sexo, “Bastante” e “Muito” perfazem cerca de 90% (86% e 94%). Em LI's, “Bastante” e “Muito” perfazem cerca de 70% (64% e 72%). Em RS's, o “Muito” destaca-se, com o “Bastante”, totalizam cerca de 80%.

Quadro III-169 – Centros de Dia – Análise de Contingência: Tem alguém com quem possa falar de assuntos pessoais sempre que deseja? (51) *vs* Sexo, o isolamento é patente. Os Homens parecem ser mais afectados. O mesmo para LI's.

Os LI's constituem aglomerados de pessoas idosas, desconhecidas, deslocadas do seu ambiente familiar e social, com vivências diferentes, o que lhes confere uma enorme diversidade e que na maior parte das situações o que têm em comum, para além da idade é a desinserção, o isolamento, as incapacidades, as doenças, pelo que não têm realmente com quem confidenciar. Os Homens parecem ser ainda os mais afectados possivelmente por serem mais reservados.

No **Quadro III-171 – Em Casa – Análise de Contingência: Tem alguém com quem possa falar de assuntos pessoais sempre que deseja? (51) *vs* Sexo**, o “Sempre”, atinge os 38% nas Mulheres e 35% nos Homens; o “Frequentemente” 35% e 43%, respectivamente nas Mulheres e Homens. Há indiscutivelmente um “confiabilidade” maior que nos outros grupos.

Quadro III-172 – Centros de Dia – Análise de Contingência: Sente-se satisfeito(a) com a sua vida sexual? (52) *vs* Sexo, existe uma dessatisfação generalizada, “Nada” atinge 81% nas Mulheres, cerca do dobro do obtido nos Homens; “Bastante” é sensivelmente o triplo nos Homens que nas Mulheres (23% *vs* 8%); “Muito” é inexistente nas Mulheres e representa 6% nos Homens.

Em **Quadro III-173 – Lares de Idosos – Análise de Contingência: Sente-se satisfeito(a) com a sua vida sexual? (52) *vs* Sexo**, “Nada” é maioritário para as Mulheres (89% *vs* 73%); “Bastante” tem expressão nos Homens (6%); “Muito”

atinge cerca de 2% em ambos os sexos. No **Quadro III-174 – Em Casa – Análise de Contingência: Sente-se satisfeito(a) com a sua vida sexual? (52) vs Sexo**, “Nada” é três vezes maior nas Mulheres que nos Homens (54% vs 18%), “Pouco” é duplo nos Homens, “Bastante” é muito maior nos Homens que nas Mulheres (23% vs 15%) e “Muito” é 10% nos Homens, o dobro do verificada nas Mulheres, 5%; este grupo é apesar das desproporções referidas, o de maior equilíbrio.

Esta questão foi entendida pelos idosos centrada nas “relações sexuais” e a questão deveria ter sido posta de um outro modo por forma a que se abrangesse a sexualidade na sua forma mais ampla. De acordo com VEGA VEGA & BUENO MARTÍNEZ [2000], a actividade sexual cumpre muitas mais funções que as meramente físicas ou fisiológicas, para além do contacto genital a sexualidade pode expressar-se de múltiplas formas; por afectos, carícias, companhia, intimidade.

Quadro III-175 – Centros de Dia – Análise de Contingência: Sente-se facilmente aborrecido(a) ou irritado(a)? (53) vs Sexo, as Mulheres entre o “Sempre e o “Frequentemente” representam cerca de 71%, contra 54% nos Homens; nestes, o “Raramente” é 43% contra 25%; “Nunca” é idêntico para ambos os sexos. Os padrões são muito próximos dos verificados em LI’s.

No **Quadro III-177 – Em Casa – Análise de Contingência: Sente-se facilmente aborrecido(a) ou irritado(a)? (53) vs Sexo**, há relativamente aos outros grupos, uma melhoria significativa quer nas Mulheres quer nos Homens, ainda que seja visível a maior irritabilidade das Mulheres; note-se no entanto como o “Nunca” é maior entre as Mulheres (18% vs 13%).

Quadro III-178 – Centros de Dia – Análise de Contingência: Sente-se inferior aos outros? (54) vs Sexo, a auto-avaliação é apesar de tudo elevada, “Nunca” e “Raramente” representam em conjunto cerca de 75%, onde os Homens mostram uma maior “superioridade”. Curiosamente, as proporções de “Sempre” e “Frequentemente” são muito próximas nos três grupos e sempre superiores nas Mulheres que nos Homens. Os perfis são muito idênticos nos três grupos.

Quadro III-181 – Centros de Dia – Análise de Contingência: Tem tendência para ter opinião negativa de si próprio(a)? (55) vs Sexo, a auto-estima é próxima do analisado para a questão anterior, pese embora uma leve inversão entre sexos. Para LI’s e RS’s os padrões são próximos dos verificados na questão anterior.

Quadro III-184 – Centros de Dia – Análise de Contingência: Com que frequência sente que não pode confiar na maioria das pessoas? (56) vs Sexo, a “confiança” está equilibrada com a “desconfiança”, sendo esta mais acentuada entre as Mulheres. Existe um esbatimento da “desconfiança” nos LI’s.

No **Quadro III-186 – Em Casa – Análise de Contingência: Com que frequência sente que não pode confiar na maioria das pessoas? (56) vs Sexo**, a “desconfiança” é ligeiramente maior entre os que os vivem “Em sua Casa”, com a discrepância Mulheres/ Homens a acentuar-se.

Quadro III-187 – Centros de Dia – Análise de Contingência: Sente-se posto(a) à margem e excluído pelas outras pessoas? (57) vs Sexo, a aceitação é de cerca de 87% (Pouco e Muito Pouco) e muito próxima entre sexos (ver testes). Em LI’s as questões são idênticas.

No **Quadro III-189 – Em Casa – Análise de Contingência: Sente-se posto(a) à margem e excluído pelas outras pessoas? (57) vs Sexo**, a aceitação é genérica mas não tão próxima entre sexos como nos outros grupos (CD's e LI's), a função crítica é aqui maior.

Quadro III-190 – Centros de Dia – Análise de Contingência: Sente-se como se realmente ninguém o(a) compreendesse? (58) vs Sexo, a aceitação é genérica, revelando-se uma maior confiança entre os Homens. O mesmo para LI's.

No **Quadro III-192 – Em Casa – Análise de Contingência: Sente-se como se realmente ninguém o(a) compreendesse? (58) vs Sexo**, a aceitação é genérica, revelando-se uma maior confiança entre os Homens. Os perfis entre sexos são próximos entre si e diferentes dos observados nos outros grupos (CD's e LI's).

Quadro III-193 – Centros de Dia – Análise de Contingência: Acredita em Deus ou em algum Ser superior? (59) vs Sexo, a homogeneidade das respostas quer em CD's, LI's ou RS's, permite considerar esta questão como absolutamente desnecessária à discriminação dos grupos; houve praticamente uma resposta unânime (no todo apenas duas exceções, que não apresentam um perfil particular).

Sobre a Depressão nos Institucionalizados e corroborando o que já anteriormente temos vindo a afirmar, nomeadamente a dificuldade em reconhecer e isolar variáveis que se relacionem com a Depressão, atente-se:

BUENDÍA & RIQUELME *In*: BUENDÍA, JOSÉ [1997], p. 235, citam TOBÍN & LIEBERMAN *In*: CRANDALL, RICHARD C. [1976] e TOBÍN *In*: MARKIDES, KYRIAKOS S & COOPER, CARY L. [1989], que se referem aos primeiros esforços de adaptação ao âmbito residencial como “*síndrome del primer mes*”. Segundo este último autor, muitos residentes recém admitidos sofrem de um processo confusional, enquanto outros ficam extremamente deprimidos, apresentam comportamentos extravagantes entrando mesmo em deterioração. Alguns após este período recuperam o seu nível funcional anterior à entrada para a residência, outros continuam a deteriorar-se até à morte.

Estes autores citam ainda MANN [1980]; KAY; HENDERSON; SCOTT *et al.* [1985] e LIVINGSTON; HAWKINS; GRAHAM *et al.* [1990], que realizaram vários estudos comparativos em idosos que viviam na comunidade e idosos residentes em instituições geriátricas, sendo todos eles coincidentes na revelação de maiores taxas de transtornos afectivos e manifestações depressivas na população institucionalizada. No entanto, não ficou suficientemente claro quais as variáveis que podem estar implicadas neste facto.

Num outro trabalho, CLARK [1992], também citado por estes autores, revela a presença de uma história anterior de depressão entre os idosos institucionalizados e a permanência destes problemas na residências. Este autor, refere a necessidade de se realizarem estudos psicológicos anteriores à admissão dos idosos nas residências para assim se tomarem algumas medidas de forma a que possam ter assistência de outras equipas.

BLAZER & WILLIAMS [1980] e PARMELEE; KATZ & LAWTON [1989], efectuaram investigações cujos resultados revelam também, a maior prevalência de transtornos depressivos e deficit cognitivos entre idosos institucionalizados.

HYER & BLAZER [1982], notam que 80% dos idosos que vivem em instituições, manifestam sintomas depressivos, resultados estes que coincidem também com a investigação desenvolvida em Espanha por PÉREZ; GONZÁLEZ FELIPE; MORALEDA *et al.* [1989]; RIBERA; REIG & MIQUEL [1988] e DE LAS HERAS; POLAINO; GAONA *et al.* [1990]. Estes últimos, referem que um grande número de factores: orgânicos, psicológicos, psiquiátricos e sócio-ambientais, podem juntar-se, e particularmente nestas idades, originar altas taxas de depressão e os consequentes suicídios. Esta situação é agravada quando o idoso ingressa em instituições tais como asilos, residências psiquiátricas, lares de idosos, porque implica um desenraizar e um esforço acrescido de adaptação.

MUÑOZ TORTOSA *In: MUÑOZ TORTOSA, JUAN* [2002a], p. 152, refere que nas pessoas com mais de 65 anos e institucionalizadas, a prevalência de depressão é muito maior, notando que em muitos dos estudos se situa quase nos 80% dos casos.

Dado que a depressão é um efeito secundário de muitas doenças próprias da velhice (demência, alguns tipos de cancro, doenças cardíacas), as taxas deste transtorno mental são muito elevadas entre idosos hospitalizados, GURLAND *In: SADAVOY, JOEL & AMERICAN ASSOCIATION FOR GERIATRIC PSYCHIATRY* [1996], citado por BELSKY [2001], p. 277, expõe, que as taxas de depressão são muito elevadas entre idosos hospitalizados e nos lares ou residências para idosos (PARMELEE; KATZ & LAWTON [1992a]; PARMELEE; KATZ & LAWTON [1992b]). Os estudos sugerem que de 30 a 50% de todos os residentes em instituições de idosos sofrem de sintomas depressivos num grau ou noutro, (KATZ & PARMELEE *In: RUBINSTEIN, ROBERT L. & LAWTON, M. POWELL* [1997], citados por BELSKY [2001], p. 277).

Em Espanha, um estudo realizado por MONTORIO [1990], em residências, posiciona a taxa de prevalência em 23% das pessoas idosas, enquanto que RIBERA; REIG & MIQUEL [1988], a situa em 25% e PÉREZ; GONZÁLEZ FELIPE; MORALEDA *et al.* [1989], com a GERIATRIC DEPRESSION SCALE (GDS), em 70%, dos quais, 16% dos sujeitos poderiam diagnosticar-se como depressivos severos. Ainda MUÑOZ TORTOSA *In: MUÑOZ TORTOSA, JUAN* [2002a], p. 152, conclui que um dos principais problemas com que se tropeça ao estabelecer a prevalência da depressão geriátrica é não se ter ainda uma definição clara e operativa da depressão.

BELSKY [2001], p. 276, afirma que depressão é o único transtorno emocional importante que não é característico da juventude.

O Estudo Epidemiológico – “Epidemiologic Catchment Area” (ECA)¹⁹⁾, foi o primeiro estudo sobre os transtornos mentais nos Estados Unidos, onde equipas de

¹⁹⁾ Epidemiologic Catchment Area Study, 1980-1985: [United States]

United States Department of Health and Human Services. National – Institute of Mental Health

SUMMARY: The Epidemiologic Catchment Area (ECA) program of research was initiated in response to the 1977 report of the President's Commission on Mental Health. The purpose was to collect data on the prevalence and incidence of mental disorders and on the use of and need for services by the mentally ill. Independent research teams at five universities (Yale University, Johns Hopkins University, Washington University, Duke University, and University of California at Los Angeles), in collaboration with the National Institute for Mental Health, conducted the studies with a core of common questions and sample characteristics. The sites were areas

investigadores examinaram 20,000 pessoas residentes em Baltimore, Los Angeles, New Haven, San Luis, Durham e em Carolina do Norte. Estes cinco lugares foram seleccionados com todo o rigor para que constituíssem uma mistura racial e socioeconómica típica do país no seu conjunto, MYERS; WEISSMAN; TISCHLER *et al.* [1984], revelou que as pessoas com mais de 65 anos são menos propensas a sofrer de depressão que os adultos mais jovens (WEISSMAN; MYERS; TISCHLER *et al.* [1985]).

ROBERTS; KAPLAN; SHEMA *et al.* [1997], referidos por esta mesma autora, notam que uma década depois, o Estudo de Alameda, (este estudo é considerado o mais sólido e demonstra que o estilo de vida afecta a longevidade; foi uma investigação prospectiva de grandes proporções que se iniciou em 1965 no Condado de Alameda, Califórnia. Foram inquiridos 1,000 residentes numa zona suburbana de S. Francisco sobre as suas doenças, suas condições de saúde e sua saúde mental. BERKMAN & BRESLOW [1983], obtiveram resultados idênticos, o que levou os investigadores a afirmar categoricamente que **as pessoas idosas são não têm maior propensão a deprimir-se que qualquer outra pessoa** (BELSKY [2001], p. 87).

Outros gerontólogos dizem que estas afirmações são enganosas, pelo facto de muitas pessoas idosas apresentarem sinais de depressão mas cujos sintomas, pelo facto de serem menores, não permitem ser diagnosticados de transtornos psiquiátricos

that had previously been designated as Community Mental Health Center catchment areas: New Haven, Connecticut, Baltimore, Maryland, St. Louis, Missouri, Durham, North Carolina, and Los Angeles, California. Each site sampled over 3,000 community residents and 500 residents of institutions, yielding 20,861 respondents overall. The longitudinal ECA design incorporated two waves of personal telephone interviews administered one year apart and a brief telephone interview in between (for the household sample). The diagnostic interview used in the ECA was the NIMH Diagnostic Interview Schedule (DIS), Version III (with the exception of the Yale Wave I survey, which used Version II). Diagnoses were categorized according to the DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL OF MENTAL DISORDERS, 3rd Edition (DSM-III). Diagnoses derived from the DIS include manic episode, dysthymia, bipolar disorder, single episode major depression, recurrent major depression, atypical bipolar disorder, alcohol abuse or dependence, drug abuse or dependence, schizophrenia, schizophreniform, obsessive compulsive disorder, phobia, somatization, panic, antisocial personality, and anorexia nervosa. The DIS uses the Mini-Mental State Examination (MMSE), which measures cognitive functioning, as an indirect measure of the DSM-III Organic Mental Disorders. In the ECA survey, this diagnosis is called cognitive impairment.

SOURCE: personal interviews

UNIVERSE: Persons aged 18 and older residing in New Haven, Connecticut, Baltimore, Maryland, St. Louis, Missouri, Durham, North Carolina, and Los Angeles, California.

SAMPLE: Multistage probability sampling. New Haven, Durham, and Baltimore oversampled elderly respondents. St. Louis oversampled Blacks, and Los Angeles sampled Hispanics within their minimum required sample size.

RELATED PUBLICATIONS:

BLAZER, D.; HUGHES, D. C. & GEORGE, L. K. [1987] – *The epidemiology of depression in an elderly community population. The Gerontologist. 27*:(3); 281-287.;

EATON, W. W.; REGIER, D. A.; LOCKE, B. Z. *et al.* [1981] – *The Epidemiologic Catchment Area Program of the National Institute of Mental Health. Public Health Rep. 96*:(4); 319-325.;

EATON, WILLIAM W.; KESSLER, LARRY G. & NIMH EPIDEMIOLOGIC CATCHMENT AREA PROGRAM (U.S.) [1985] – *Epidemiologic field methods in psychiatry: the NIMH Epidemiologic Catchment Area Program*;xix, 388 p.; Orlando, [Fla.]: Academic Press..

segundo os critérios do DSM (BLAZER; HUGHES & GEORGE [1987]; GEORGE [1993]).

Nesta idade, a depressão pode manifestar-se somente através de perdas de memória e de achaques, daí o nome dado de depressão mascarada, porque o problema aparece como cognitivo e físico e não como psicológico.

Remetemos ainda para os seguintes parágrafos no texto, onde a questão da Depressão é tratada:

- Depressão e Comportamentos negativos
 - Na p. 168, § ROTH & REHM [1980], referidos pela mesma autora, ...
- Depressão *Major* – Diferenças entre Sexos e entre Institucionalizados *vs* Comunidade
 - Na p. 171, § LOVESTONE & HOWARD [1997], referem que ...
- Depressão – Institucionalizados *vs* Ambulatórios
 - Na p. 173, § PFITZENMEYR; MANIER & GAMUS [1999], referem que ...
 - BUENDÍA & RIQUELME *In*: BUENDÍA, JOSÉ [1997], p. 235, citam TOBÍN & LIEBERMAN *In*: CRANDALL, RICHARD C. [1976] e TOBÍN *In*: MARKIDES, KYRIAKOS S & COOPER, CARY L. [1989], que se referem aos primeiros esforços de adaptação ao âmbito residencial como “*síndrome del primer mes*”. Segundo este último autor, muitos residentes recém admitidos sofrem de um processo confusional; outros, ficam extremamente deprimidos e apresentam comportamentos extravagantes, entrando mesmo em deterioração. Alguns, após este período recuperam o seu nível funcional anterior à entrada para a residência, enquanto outros, continuam a ‘deteriorar-se’ até à morte.
- Depressão – Institucionalizados – GDS
 - Na p. 176, § ANDRÉS NAVIA & BAS RAMALHO *In*: MONTORIO, IGNACIO & IZAL, MARÍA [2000], referem ...
- Depressão & Somatização
 - Na p. 184, § PAÚL & FONSECA [1999b], p. 357, citam ...
- Depressão & Stress
 - Na p. 174, § Associadas à depressão existem uma série ...

A Depressão e a sua expressão entre Sexos, que a análise univariada tão bem confirma, é abordada em:

WEISSMAN & KLERMAN [1977], citados por MUÑOZ TORTOSA *In*: MUÑOZ TORTOSA, JUAN [2002a], pp. 152-153, observam relativamente à depressão em pessoas idosas uma enorme diferença entre sexos e demonstram que existem duas vezes mais mulheres depressivas que homens.

E ainda, e de acordo com o também por nós observado,

BELSKY [2001], p. 257, refere que alguns *experts* dizem que é um erro colocar todas as pessoas maiores de 65 anos no mesmo saco. As taxas de depressão baixam entre os 60 e os 70 anos e sobem para idades acima dos 70 anos (KESSLER; FOSTER; WEBSTER *et al.* [1992]; MIROWSKY & ROSS [1992]). Também poderia ser um erro juntar homens e mulheres. De facto, o mais surpreendente da depressão é a sua relação com o sexo, e não com a idade.

Em todas as culturas, as mulheres têm uma tendência mais ou menos duas vezes superior à dos homens a sofrer deste problema. Para compreender esta diferença os *experts* imputam a responsabilidade a factores hormonais, ao *stress* da vida, ao temperamento e ainda a outras circunstâncias (MCGRATH & AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION [1990]).

A Depressão entre Viúvos e Viúvas é também objecto de diferenças, tendo também sido por nós detectadas na análise univariada,

BELSKY [2001], pp. 277-278, faz referência a um estudo epidemiológico que demonstrou que a diferença de género é evidente quando concluiu que os viúvos de qualquer raça apresentaram mais do dobro de probabilidade de sofrer uma depressão grave que as viúvas (WILLIAMS; TAKEUCHI & ADAIR [1992]).

e ainda sobre a Depressão e o Luto,

Na p. 135, § De acordo com REICH; ZAUTRA & GUARNACCIA [1989], ...

Sobre o Sexo e a sintomatologia depressiva veja-se,

Na p. 172, § KIVELA & PAHKALA [1988a; b; [1989], citados por ...

Como referimos no texto, não estabelecemos um modo de avaliar – quantificar – a(s) Incapacidade(s), limitando-nos a enunciar as diversas doenças e queixas dos entrevistados, mas cremos que teria sido uma via (variável) a considerar e que futuramente nos propomos explorar. A este propósito atente-se,

TURNER & NOH [1988], apontam que o risco de sofrer de depressão é três vezes mais elevado nos indivíduos que apresentam incapacidade física, e que a doença ou o seu tratamento, podem dar origem a este transtorno nas pessoas de idade. A este respeito, GURLAND *In*: SADAVOY, JOEL & AMERICAN ASSOCIATION FOR GERIATRIC PSYCHIATRY [1996], indica-nos que a doença e as incapacidades físicas, não só podem ser a causa como também a consequência da depressão (citados por MUÑOZ TORTOSA *In*: MUÑOZ TORTOSA, JUAN [2002a], p. 157).

Na p. 183, § De qualquer forma a relação depressão dor, é um tema polémico. TURK; OKIFUJI & SCHARFF [1995], citados ...

Instituições e Incapacidades

Na p. 151, § STREIM & KATZ *In*: BUSSE, EWALD W & BLAZER, DAN G. [1999], ...

Relativamente à possível relação Depressão *vs* Idade, não obtivemos qualquer indício da sua “ligação”, tendo sido a idade uma das primeiras variáveis a ser removida quando da aplicação da regressão “*stepwise*”; no entanto note-se,

GALLAGHER & THOMPSON *In*: LEWINSOHN, PETER M & TERI, LINDA [1983], afirmam que como critério geral, admite-se que entre 4 e 7% da população de mais de 65 anos, sofre de depressão e que independentemente de outras variáveis – institucionalização, instrumentos de medida utilizados, etc.

As diferenças encontradas nas diversas investigações podem ser devidas a determinadas variáveis como o sexo, idade, saúde física, situação económica, etc.; para além disto, muitos investigadores consideram o envelhecimento como a causa de estados depressivos e por conseguinte, postulam que o grupo de pessoas idosas é mais vulnerável à depressão que o grupo de sujeitos mais jovens.

É aceite que a percentagem das pessoas que sofrem de depressão grave aumenta por volta dos 65 anos, ainda que alguns trabalhos de campo não pareçam confirmar esta ideia (MUÑOZ TORTOSA *In*: MUÑOZ TORTOSA, JUAN [2002a], p. 152).

De acordo com BLAZER; HUGHES & GEORGE [1987]; BLAZER [1989b]; BLAZER [1989a] e BLAZER; WOODBURY; HUGHES *et al.* [1989], apenas 1% das pessoas com mais de 60 anos apresentam estados severamente depressivos. Aponta ainda para outra hipótese de trabalho, segundo a qual, a diferença das taxas de prevalência da depressão entre os jovens e as pessoas idosas pode explicar-se por um efeito de “*caborte*” ou de geração. Além disso, alguns estudos indicam que a actual “*caborte*” de pessoas idosas está relativamente imunizada contra a depressão, contrapondo que o número de pessoas consultadas por depressão aumentou pelo facto de o número global de pessoas idosas também ter aumentado consideravelmente (citados em MUÑOZ TORTOSA *In*: MUÑOZ TORTOSA, JUAN [2002a], p. 152).

Embora tivéssemos usado a Escala do ICAC de Vaz Serra, não encontramos, pelo menos de um modo directo, uma relação entre este Índice e a Depressão, note-se no entanto o referido para a Solidão e de que se deu notícia na análise univariada.

Na p. 133, § Os diversos estudos realizados com a aplicação do Inventário Clínico de Auto-conceito ...

Na p. 133, § Torna-se lógico admitir que ...

Na p. 134, § O Inventário Clínico de Auto-Conceito (ICAC) ...

Da Auto-estima e da Solidão veja-se,

Na p. 137, § BARROS DE OLIVEIRA [1999], cita ...

Da Auto-estima e das Incapacidades,

Na p. 183, § Segundo WILLIAMSON & SCHULZ [1992], citados por ...

Da Auto-estima e do Stress,

Na p. 134, § TUBESING; TUBESING; CHRISTIAN *et al.* [1983], ...

Da Solidão, e da diferença de Sexos, particularmente Viúvos *vs* Viúvas, veja-se,

BERG; MELLSTROM; PERSSON *et al.* [1981], citados por M. MOTTE & MUÑOZ TORTOSA *In*: MUÑOZ TORTOSA, JUAN [2002], p. 105, notam que a solidão está

presente em 25% das mulheres e apenas em 12% dos homens, e ainda, que a situação familiar é uma variável que apresenta uma correlação alta com o aparecimento do sentimento de solidão; da amostra estudada, só 6% dos homens casados e 15% das mulheres casadas experimentavam este sentimento, contra 69% da amostra de homens e 54% da amostra de mulheres que vivem sós. Para além disto, o estudo sugere que a mulher à medida que envelhece se torna mais vulnerável a sofrer do sentimento de solidão e que o *status* de casada ou viver com atenua esses efeitos; se bem que o facto de os indivíduos que vivem em companhia de outras pessoas não estão necessariamente imunizados contra o aparecimento deste sentimento.

LOPATA *In*: PEPLAU, LETITIA ANNE & PERLMAN, DANIEL [1982], e DE GRÂCE [1987], nos estudos que realizaram identificaram a viuvez como variável de risco e a satisfação conjugal como variável que amortiza o sentimento de solidão.

Da Solidão, e das Incapacidades, não obtivemos pelas razões já invocadas qualquer medida, embora a análise univariada mostre bem o “peso” da Solidão,

Outros estudos ainda sobre esta temática levados a cabo por outros autores indicam que as pessoas de idade muito avançada sofrem um aumento do sentimento de solidão provocado pelas incapacidades que as impedem de realizar as suas deslocações – mobilidade, autonomia – (KAUFMAN & ADAMS [1987]). TUNSTALL [1966], encontrou problemas de solidão em 13% da população autónoma e 43% no colectivo de pessoas que apresentavam perdas de autonomia.

Da Solidão e do Estado de Saúde,

O estado de saúde é outro factor que influi de forma determinante para o indivíduo se sentir só e quanto mais grave é o estado de saúde física mais agudo é o sentimento de solidão e aparece com maior frequência (MULLINS; MUSHEL; COOK *et al.* [1994]).

Da Solidão e da Idade,

TRIADO & VILAR [1997], fazem referência a estudos sobre a solidão na velhice, como o de RANE-SZOSTAK & HERTH [1995], onde se refere que “o idoso faz a experiência do abandono e precisa mais do que nunca de afecto e apoio. A pessoa a braços com a solidão sente que ninguém a escuta ou ama e por isso desvaloriza-se a si mesma e baixa a sua auto-estima – ‘não valho nada’. Sente-se na terra de ninguém e que está a mais; por isso, desinteressa-se da vida entrando em sofrimento íntimo e deixando-se morrer aos poucos ou até mesmo, atentando contra a vida” (BARROS DE OLIVEIRA [1999], p. 329).

M. MOTTE & MUÑOZ TORTOSA *In*: MUÑOZ TORTOSA, JUAN [2002], p. 104, referem um estudo de FISCHER & PHILLIPS *In*: PEPLAU, LETITIA ANNE & PERLMAN, DANIEL [1982], que evidencia que 23% de mulheres idosas e 33% de homens idosos manifestaram encontrarem-se isolados no seu ambiente sócio-familiar.

Numa outra investigação, realizada com mais de 1,000 pessoas com mais de 60 anos, concluiu-se que apenas 3% dos inquiridos manifestaram sofrer sentimentos de isolamento e solidão (KAUFMAN & ADAMS [1987], citados por M. MOTTE & MUÑOZ TORTOSA *In*: MUÑOZ TORTOSA, JUAN [2002], p. 104.

No meio rural, um estudo de KIVETT [1979], encontrou que 16% dos inquiridos, verbalizaram sofrer com frequência o sentimento de solidão.

No Reino Unido um estudo mostrou que 73% de pessoas idosas disseram não sofrer de solidão, 7% revelaram encontrarem-se sós a maior parte do tempo e 20% afirmaram sentirem-se sós esporadicamente (FIDLER [1976]). No mesmo país, outra investigação revelou que 23% de pessoas de mais de 85 anos afirmaram encontrarem-se sós a maior parte do tempo e 25% apenas algumas vezes; 52% da amostra estudada nunca tinham experimentado o sentimento de solidão (BOWLING; BURKEY & CITY AND HACKNEY [1989]).

Na Suíça, um estudo realizado por BERG; MELLSTROM; PERSSON *et al.* [1981], mostrou que 19% do grupo de idosos com mais de 70 anos se encontravam frequentemente sós. Um outro, realizado na Suécia por MULLINS; MUSHEL; COOK *et al.* [1994], detectou que 40% de indivíduos entre os 55 e os 74 anos referiram encontrarem-se sós quase sempre ou algumas vezes.

Em Espanha, um estudo realizado por SÁEZ NARRO; ALEIXANDRE; VICENTE *et al.* [1993], revelou que ao perguntar aos idosos os problemas próprios da sua idade e mais relevantes, a ‘solidão’ era a variável pela qual se sentiam mais afectados 59% dos inquiridos (citados por M. MOTTE & MUÑOZ TORTOSA *In: MUÑOZ TORTOSA, JUAN* [2002], p. 104).

Muitos outros estudos poderiam ser citados pois este tema revelou muito interesse por parte dos investigadores, no entanto pode concluir-se que todos os estudos realizados sobre a solidão (transversais), revelaram resultados contraditórios e na actualidade não se dispõe de dados empíricos que indiquem claramente a dimensão deste problema e os efeitos que produz.

Apesar disto não se podem rejeitar os resultados das investigações que confirmam o estereótipo envelhecimento/ solidão e que afecta especialmente as mulheres idosas.

e ainda,

PERLMAN *In: MILARDO, ROBERT M. & NATIONAL COUNCIL ON FAMILY RELATIONS* [1988], analisou que a situação familiar não incide sobre o sentimento de solidão quando a pessoa está institucionalizada. Este autor ainda relativamente a este sentimento sublinha que a idade avançada não gera sentimento de solidão, pelo contrário verificou que a solidão encontra o seu ponto mais alto durante a adolescência e depois decresce (M. MOTTE & MUÑOZ TORTOSA *In: MUÑOZ TORTOSA, JUAN* [2002], p. 105).

[Da Incidência da Solidão em Idosos nas Instituições,](#)

Na p. 137, § LOWENTHL *In: NEUGARTEN, BERNICE LEVIN* [1968], citado ...

[Dos Factores que influenciam o sentimento de Solidão,](#)

Na p. 136, § MUÑOZ TORTOSA [2002], p. 105, refere ...

[A Solidão e as Relações de Amizade,](#)

ARLING [1976], encontrou que o relacionar-se com amigos atenua o aparecimento do sentimento de solidão e neste sentido; DE GRÂCE [1987], comprovou que o facto de ter poucos amigos, poucos amigos íntimos e poucos contactos com os amigos, correlaciona-se com o aparecimento do sentimento de solidão. Os resultados desta investigação confirmam que muitas pessoas idosas se encontram mais satisfei-

tas com as relações que estabelecem com seus amigos que com as relações que estabelecem no ambiente familiar – filhos e netos – (M. MOTTE & MUÑOZ TORTOSA *In*: MUÑOZ TORTOSA, JUAN [2002], p. 105-108).

Da Solidão *vs* Instrução,

O nível de instrução correlaciona-se inversamente com o sentimento de solidão. As pessoas com maior nível académico participam mais em actividades que as podem enriquecer (KAUFMAN & ADAMS [1987]).

Da Solidão *vs* Recursos Económicos não registámos qualquer associação,

BERG; MELLSTROM; PERSSON *et al.* [1981], ao analisar os recursos económicos dos indivíduos, observou que não existe correlação alguma entre o nível de recursos económicos e o aparecimento do sentimento de solidão.

Sexualidade – Diferença entre Sexos – a análise univariada permite reconhecer algumas diferenças entre sexos; a este propósito,

MASTERS; JOHNSON & REPRODUCTIVE BIOLOGY RESEARCH FOUNDATION (U.S.) [1966], referem que num estudo realizado com pessoas de mais de 80 anos, 20% dessa população manifestou desejo manter relações sexuais com certa frequência

Numa investigação posterior, BRECHER & CONSUMERS UNION OF UNITED STATES [1984], comparou-se uma amostra de homens e mulheres entre 50 e 60 anos, com uma outra entre 60 e 70 anos e ainda uma terceira com mais de 70 anos e os resultados foram respectivamente: – 75, 67 e 59%, das mulheres mostraram interesse pelo sexo. Nos homens, encontraram-se valores mais elevados alcançando as percentagens de: 94, 88 e 75% nesses mesmos grupos de idades. Pode inferir-se que os desejos de actividade sexual decrescem com o avanço da idade e de forma mais pronunciada nas mulheres que nos homens.

STARR & WEINER [1981], revela num outro estudo, dois de cada três homens manifestam ter desejo de manter relações sexuais se bem que consideram muito difícil chegar à erecção. Neste mesmo estudo, as mulheres activas sexualmente, manifestam ter menos dificuldade para experimentar o orgasmo (MUÑOZ TORTOSA *In*: MUÑOZ TORTOSA, JUAN [2002b], pp. 123-126).

PORTO [1987], assinala que 48% dos homens entre os 75 e 92 anos dizem ter uma vida sexual activa. A análise dos resultados do grupo de mulheres deste grupo de idades revela que só 20% delas mantêm actividade sexual.

Os resultados das investigações relatadas anteriormente e de muitas mais que se poderiam ainda referir, devem ser interpretadas com cautela, uma vez que muitos dados resultam de estudos transversais, pelo que podem conter alguns enviesamentos produzidos pelo efeito *cohort*. Em muitos casos, os idosos da amostra sofrem de maior inibição na altura de responder ao questionário de avaliação, devido à sua concepção mais rígida da sexualidade, a influência da educação recebida e a pressão social (MUÑOZ TORTOSA *In*: MUÑOZ TORTOSA, JUAN [2002b], p. 154).

Cada sexo tem a sua representação social da sexualidade e isto é importante quando se avaliam os resultados das investigações mencionadas, com efeito, comprova-se claramente que os homens falam com muita mais facilidade sua actividade sexual que as mulheres, ou mascaram-na.

Sobre os Estereótipos e a Sexualidade nos Idosos, atente-se ao referido em,

Na p. 141, § Segundo STARR [1985], ...

Saúde/ Idade de Reforma – não conseguimos apurar elementos que nos permitissem corroborar o descrito,

MILES [1954], demonstrou nos estudos que realizou que a mortalidade aumenta durante os dois anos que seguem à reforma e diminuem posteriormente.

STREIB & SCHNEIDER [1971], ao estudar os decréscimos que sofre a saúde durante a reforma, concluíram que a deterioração da saúde se deve ao processo de envelhecimento e não ao facto da pessoa se reformar. POINTRENEAUD & VALLERY-MASSON [1987], num estudo longitudinal chegaram à mesma conclusão.

TYHURST & SALK [1957], referem que em 40% dos sujeitos da amostra avaliada se verificou uma melhoria sensível no estado de saúde tanto antes como depois da reforma, no entanto, em 37% não se encontrou melhoria nem deterioração no estado de saúde.

EKERDT & BOSSE [1982], referem que os efeitos positivos que a reforma produz na saúde dos indivíduos se explicam pelo facto de abandonar um trabalho insatisfatório e encontrar um estilo de vida mais sã e de melhor bem estar (PRADOS CUERTA & MUÑOZ TORTOSA *In*: MUÑOZ TORTOSA, JUAN [2002], p. 112).

Estudos longitudinais também sublinham que a situação de reformado não influi na percepção negativa da satisfação vital dos indivíduos (PALMORE; FILLENBAUM & GEORGE [1984]; CROWLEY [1986]). Estes autores, concluem portanto, que o estereotipo tão difundido de que a reforma desencadeia maiores índices de morbilidade e de mortalidade nunca foram confirmados (PRADOS CUERTA & MUÑOZ TORTOSA *In*: MUÑOZ TORTOSA, JUAN [2002], p. 112).

ou ainda sobre a Mortalidade,

HAYNES & MATTHEWS *In*: HOUSTON, B. KENT & SNYDER, C. R. [1988], ao comparar um grupo de pessoas idosas reformadas com outro que continuava a trabalhar, detectou que a mortalidade somente no grupo de indivíduos que sofriam mais problemas de saúde. Pelo que declarou que a variável saúde é o factor que determina o índice de mortalidade e não a reforma como alguns autores tentaram demonstrar.

Sobre o apoio Informal e as Actividades com necessidades de Ajuda veja-se,

Na p. 145, § A investigação realizada em Espanha ...

Na p. 144, § Após uma investigação realizada em 1995, ...

Estereótipos – Factores Cognitivos

Os factores cognitivos na velhice podem ser favorecidos por uma visão negativa e por determinados estereótipos sociais levando a pessoa de idade a sentir-se fracassada, decepcionada, ou com sentimentos de culpa pelas coisas más que lhe acontecem. (GALLAGHER & THOMPSON *In*: LEWINSOHN, PETER M & TERI, LINDA [1983], citados por MUÑOZ TORTOSA *In*: MUÑOZ TORTOSA, JUAN [2002a], p. 157).

Dos Factores que influenciam o funcionamento cognitivo no Idoso, não apurámos elementos que reconheçêssemos suficientes para uma validação adequada, no entanto, aqui deixamos algumas referências,

Na p. 115, § SPAR & LA RUE [1998], defendem que ...

Na p. 116, § YANGUAS; LETURIA; LETURIA *et al.* [1998], mencionam que ...

Na p. 117, § Os estudos realizados sobre ...

O Bem-Estar no Idoso – transcrevemos algumas opiniões com que concordamos, embora não tivéssemos encontrado padrões que as permitissem validar,

BARROS DE OLIVEIRA [1999], p. 330, refere-se às investigações realizadas por ARDELTA [1997] – “as condições objectivas de da vida, tais como a saúde, o estatuto socioeconómico, a situação financeira, o ambiente físico e social não explicam totalmente o bem-estar nas pessoas idosas”; e cita FISHER [1992], que afirma que idosos com idades compreendidas entre os 62 e os 85 anos expressaram satisfação com a vida em termos de expectativas passadas e circunstâncias presentes. Ainda FISHER [1995], lembra que diversas variáveis podem contribuir para uma velhice de ‘sucesso’ e dentre elas, a ‘**satisfação com a vida**’.

DIENER & SUH *In*: SCHAIE, K. WARNER & LAWTON, M. POWELL [1998], julgam que a satisfação com a vida não diminui com a idade, desde que se mantenham as condições suficientes para o bem estar do idoso.

Sabedoria, é um conceito interessante e uma abordagem a considerar, embora a sua qualificação/ quantificação suscite bastantes dificuldades; note-se ainda que com enviesamento, que não encontrámos qualquer relação da Escolaridade com a Depressão,

Outra variável considerada por alguns autores quando estudam a velhice é a ‘**sabedoria**’; ARDELTA [1997], fez um estudo introduzindo a variável ‘**sabedoria**’ e conclui que esta (que tem uma dimensão cognitiva, reflexiva e afectiva), exerce uma profunda influência positiva na satisfação com a vida, para além das circunstâncias objectivas. GROSS; CARSTENSEN; PASUPATHI *et al.* [1997], concluem, a partir de quatro amostras interculturais, que as pessoas mais idosas com maior sabedoria, relatam menos experiências emocionais negativas e um maior controlo emotivo (BARROS DE OLIVEIRA [1999], p. 330).

relativas às redes de apoio ao idoso PIMENTEL [2000], p. 229-232.

A experiência da institucionalização não é determinante ou decisiva na definição do tipo de trocas e de interacção que se estabelecem entre o idoso e a sua rede relacional. Contudo, existem algumas diferenças entre os dois grupos, talvez inerentes ao próprio espaço em que os idosos se movimentam e que convém identificar, nomeadamente: a possibilidade dos idosos não institucionalizados usufruírem de uma maior diversidade de interacção; oportunidades de para desenvolverem trocas instrumentais que para desenvolverem instrumentais e expressivas mais frequentes; a possibilidade de se envolverem em actividades do seu agrado que dão um sentido de utilidade ao seu quotidiano

No seu estudo verificou alguma diferença entre os dois grupos (residentes na comunidade e idosos institucionalizados, relativamente às interacções dos idosos com outros grupos

Como manifestámos ao longo de todo o trabalho, as conclusões mais não são que o somatório das sucessivas abordagens em jeito de reflexões, onde transparece todo o processo de apreensão de uma realidade que se foi completando e construindo.

A AFCM dá corpo às conclusões do percurso, dado que não contraria nada do que atrás enunciámos, reforçando mesmo a ideia do corpo das variáveis, digamos mais “presentes”, entre o idosos amostrados, e determina alguns padrões que as modalidades realçaram dentro das próprias variáveis.

A Dor – Dor Impede, Dificuldade em Lidar com a Dor, Frequência das Queixas Dolorosas, Intensidade das Queixas Dolorosas, no fundo construções da Incapacidade que idosos transportam, e note-se, nas suas expressões maiores (níveis das modalidades), a par da expressão da Depressão Actual, do Cansaço, do Sentir-se Só, e ainda dos locais (LP's e CD's), são os vectores que encontramos com caracterizadores de uma população. Não temos a veleidade de os associar à Depressão mas estamos convictos que serão presentes para a sua construção.

Capítulo V ANEXOS – QUESTIONÁRIOS

A Depressão no Idoso

Questionário

Instituição (#Inst.):

Nome do inquirido (#Id):

Morada:

Contacto:

1. Sexo:

Masculino

 
* 1 0 *

Feminino

 
* 1 1 *

2. Idade:

.... / / Anos

3. Proveniência:

Rural

 
* 3 0 *

Urbana

 
* 3 1 *

4. Estado civil:

Casado(a)/ União de Facto

 
* 4 0 *

Solteiro(a)

 
* 4 1 *

Divorciado(a)

 
* 4 2 *

Viúvo(a)

 
* 4 3 *

5. Escolaridade:

Analfabeto(a)

 
* 5 0 *

Sabe ler e escrever

 
* 5 1 *

Instrução Primária

 
* 5 2 *

Ensino Secundário

 
* 5 3 *

Curso Médio

 
* 5 4 *

Curso Superior

 
* 5 5 *

6. Qual a profissão que exercia ou exerce?

.....

7. Qual a sua situação perante o trabalho?

Empregado(a)

 
* 7 0 *

Trab. p/ Conta Própria

 
* 7 1 *

Trab. Doméstico(a)

 
* 7 2 *

Reformado(a)/ Pensionista

 
* 7 3 *

8. Com que idade se reformou?

.... Anos

9. Tipo de Reforma:

- Limite de idade
- Pensão social
- Pensão do cônjuge
- Invalidez


* 9 0 *
 
* 9 1 *
 
* 9 2 *
 
* 9 3 *

10. Porque motivo deixou de trabalhar?

- Doença
- Reforma
- Retorno/ Emigração
- Questões familiares
- Outro(s) motivo(s)
- Qual(ais)?


* 1 0 0 *
 
* 1 0 1 *
 
* 1 0 2 *
 
* 1 0 3 *
 
* 1 0 4 *

11. Nível actual de Rendimento Mensal (€uro):

- < 250. 00 €/ mês
- 250 a 350. 00 €/ mês
- 350 a 450. 00 €/ mês
- 450 a 550. 00 €/ mês
- 550 a 750. 00 €/ mês
- > 750. 00 €/ mês


* 1 1 0 *
 
* 1 1 1 *
 
* 1 1 2 *
 
* 1 1 3 *
 
* 1 1 4 *
 
* 1 1 5 *

12. De onde lhe vem o Rendimento?

- Vencimento
- Reforma
- Pensão Social
- P. Sobrevivência/ Viuvez
- Outro(s) Tipo(s) Recursos
- Qual(ais)?







* 1 2 0 *
 
* 1 2 1 *
 
* 1 2 2 *
 
* 1 2 3 *
 
* 1 2 4 *

13. O Dinheiro chega-lhe até ao fim do Mês?


- Sempre
- c/ dificuldade
- Raramente
- Nunca


* 1 3 0 *
 
* 1 3 1 *
 
* 1 3 2 *
 
* 1 3 3 *





14. Com quem Vive actualmente?

-  * 1 4 0 *
-  * 1 4 1 *
-  * 1 4 2 *
- Quais?
-  * 1 4 4 *
-  * 1 4 5 *

15. Tipo de Habitação:

-  * 1 5 0 *
-  * 1 5 1 *
-  * 1 5 2 *
-  * 1 5 3 *

16. Habitação:

-  * 1 6 0 *
-  * 1 6 2 *
-  * 1 6 1 *
-  * 1 6 3 *

17. Condições de Habitação:

-  * 1 7 0 *
-  * 1 7 1 *
-  * 1 7 2 *
-  * 1 7 3 *

18. Durante o dia convive com outras pessoas?

-  * 1 8 0 *
-  * 1 8 1 *
-  * 1 8 2 *
-  * 1 8 3 *

19. No seu dia a dia sente-se só?

-  * 1 9 0 *
-  * 1 9 1 *
-  * 1 9 2 *
-  * 1 9 3 *

20. Considera que a sua família se preocupa verdadeiramente consigo?

- Muito
- Bastante
- Nem Muito Nem Pouco
- Pouco
- Nada

21. Actualmente o que é que mais o(a) preocupa?

- Saúde
- Solidão
- Isolamento/ Falta de Apoio
- Família
- Medo da Morte
- Situação Económica

22. Que tipo de Apoio considera mais importante para si?

- Cuidados pessoais
- Mobilidade
- Cuidados domésticos
- Não precisa de Apoio

23. Quem na sua opinião pode ou deve prestar-lhe Apoio e Cuidados?

.....



24. Mencione o que são para si as três piores "coisas" do envelhecimento:

- 1ª.
- 2ª.
- 3ª.





25. Como classifica a sua saúde física em geral?

- Excelente
- Boa
- Regular
- Má

26. Tem problemas de Saúde?

- Não  * 2 6 0 *
- Sim  * 2 6 1 *
- Se Sim, quais?

27. Existência de depressões anteriores aos 65 anos?

- Não teve  * 2 7 0 *
- Teve, mas não foi ao Médico  * 2 7 1 *
- Teve e frequentou Consult. Médicas  * 2 7 2 *
- Teve e esteve Internado(a)  * 2 7 3 *

28. Sente-se deprimido(a) actualmente?

- Nunca  * 2 8 0 *
- Raramente  * 2 8 1 *
- Frequentemente  * 2 8 2 *
- Sempre  * 2 8 3 *

29. Frequência de queixas dolorosas:

- Nunca  * 2 9 0 *
- Raramente  * 2 9 1 *
- Frequentemente  * 2 9 2 *
- Sempre  * 2 9 3 *

29.1 Intensidade das queixas dolorosas:

- Ausência de dor  * 2 9 1 0 *
- Dor ligeira  * 2 9 1 1 *
- Dor moderada  * 2 9 1 2 *
- Dor forte  * 2 9 1 3 *
- Dor muito forte  * 2 9 1 4 *

30. É-lhe difícil lidar com a dor ou o desconforto?

- Nada  * 3 0 0 *
- Pouco  * 3 0 1 *
- Bastante  * 3 0 2 *
- Muito  * 3 0 3 *

31. Em que medida a dor o(a) impede de realizar as atividades do dia a dia?

- Nada 
* 3 1 0 *
- Pouco 
* 3 1 1 *
- Bastante 
* 3 1 2 *
- Muito 
* 3 1 3 *



32. Tem dificuldade em adormecer?

- Nunca 
* 3 2 0 *
- Raramente 
* 3 2 1 *
- Frequentemente 
* 3 2 2 *
- Sempre 
* 3 2 3 *

33. Sente-se cansado(a) e sem energia?

- Nunca 
* 3 3 0 *
- Raramente 
* 3 3 1 *
- Frequentemente 
* 3 3 2 *
- Sempre 
* 3 3 3 *

34. Tem dificuldade em concentrar-se?

- Nunca 
* 3 4 0 *
- Raramente 
* 3 4 1 *
- Frequentemente 
* 3 4 2 *
- Sempre 
* 3 4 3 *





35. Como considera a sua memória?

- Excelente 
* 3 5 0 *
- Boa 
* 3 5 1 *
- Fraca 
* 3 5 2 *
- Má 
* 3 5 3 *









36. Acontece-lhe com frequência não conseguir pensar com clareza ou ficar confuso(a)?

- Nunca 
* 3 6 0 *
- Raramente 
* 3 6 1 *
- Frequentemente 
* 3 6 2 *
- Sempre 
* 3 6 3 *

37. Durante o dia permanece:

- Na sua Residência 
- Na residência dos Filhos(as) 
- No Lar/ Centro de Dia 
- Outra(s) situação(ões) 

38. Motivo de internamento:

- Dificuldade em auto Cuidar-se 
- Falta de Recursos Económicos 
- Falta de Habitação condigna 
- Não tem Família 
- Falta de Apoio Familiar 
- Não se dá com a Família 
- Prefere o Lar embora tenha Família 
- Dific. acesso aos Serviços de Saúde 

39. Iniciativa do internamento:

- Iniciativa Própria 
- Trazido(a) por Familiares 
- Trazido(a) por Amigos 
- Trazido(a) por Téc. Acção Social 


40. Tempo de internamento:

.... Anos Meses

41. Se pudesse residir num outro local, qual a sua preferência?

.....

42. Considera que no Lar (Centro de Dia) se preocupam verdadeiramente consigo?

- Muito 
- Bastante 
- Nem Muito Nem Pouco 
- Pouco 
- Muito Pouco 

43. Como considera as suas relações com os outros residentes/ utentes?

- Muito Boas
- Boas
- Nem Boas Nem Más
- Más
- Muito Más



44. Como considera as suas relações com o pessoal do Lar (Centro de Dia)?

- Muito Boas
- Boas
- Nem Boas Nem Más
- Más
- Muito Más



45. Como avalia a sua privacidade?

- Muito Boa
- Boa
- Nem Boa Nem Má
- Má
- Muito Má



46. Como avalia a alimentação?

- Muito Boa
- Boa
- Nem Boa Nem Má
- Má
- Muito Má











47. A sua família costuma visitá-lo(a)?

- Diariamente
- Semanalmente
- Quinzenalmente
- Mensalmente
- Trimestralmente
- Semestralmente
- Anualmente



48. Habitualmente com que frequência sai do Lar?


- Diariamente  * 4 8 0 *
- Semanalmente  * 4 8 1 *
- Quinzenalmente  * 4 8 2 *
- Mensalmente  * 4 8 3 *
- Trimestralmente  * 4 8 4 *
- Semestralmente  * 4 8 5 *
- Anualmente  * 4 8 6 *
- Nunca sai  * 4 8 7 *

49. O que lhe desagrada mais no Lar?




- 1º.
- 2º.
- 3º.

50. Importância atribuída à ocupação dos tempos livres.

50.1 Ler:

- Muita  * 5 0 1 0 *
- Bastante  * 5 0 1 1 *
- Nem Muita Nem Pouca  * 5 0 1 2 *
- Pouca  * 5 0 1 3 *
- Muito Pouca  * 5 0 1 4 *

50.2 Ver televisão:

- Muita  * 5 0 2 0 *
- Bastante  * 5 0 2 1 *
- Nem Muita Nem Pouca  * 5 0 2 2 *
- Pouca  * 5 0 2 3 *
- Muito Pouca  * 5 0 2 4 *

50.3 Ouvir música:

- Muita  * 5 0 3 0 *
- Bastante  * 5 0 3 1 *
- Nem Muita Nem Pouca  * 5 0 3 2 *
- Pouca  * 5 0 3 3 *
- Muito Pouca  * 5 0 3 4 *

50.4 Passear:

- Muita
- Bastante
- Nem Muita Nem Pouca
- Pouca
- Muito Pouca

* 5 0 4 0 *

* 5 0 4 1 *

* 5 0 4 2 *

* 5 0 4 3 *

* 5 0 4 4 *

50.5 Fazer jardinagem:

- Muita
- Bastante
- Nem Muita Nem Pouca
- Pouca
- Muito Pouca

* 5 0 5 0 *

* 5 0 5 1 *

* 5 0 5 2 *

* 5 0 5 3 *

* 5 0 5 4 *

50.6 Fazer horticultura:

- Muita
- Bastante
- Nem Muita Nem Pouca
- Pouca
- Muito Pouca

* 5 0 6 0 *

* 5 0 6 1 *

* 5 0 6 2 *

* 5 0 6 3 *

* 5 0 6 4 *

50.7 Fazer tricô:

- Muita
- Bastante
- Nem Muita Nem Pouca
- Pouca
- Muito Pouca

* 5 0 7 0 *

* 5 0 7 1 *

* 5 0 7 2 *

* 5 0 7 3 *

* 5 0 7 4 *

50.8 Jogar às cartas:

- Muita
- Bastante
- Nem Muita Nem Pouca
- Pouca
- Muito Pouca

* 5 0 8 0 *

* 5 0 8 1 *

* 5 0 8 2 *

* 5 0 8 3 *

* 5 0 8 4 *

50.9 Conversar com amigos:

- Muita
- Bastante
- Nem Muita Nem Pouca
- Pouca
- Muito Pouca

* 5 0 9 0 *

* 5 0 9 1 *

* 5 0 9 2 *

* 5 0 9 3 *

* 5 0 9 4 *

51. Tem alguém com quem possa falar dos seus assuntos pessoais sempre que deseja?

- Sempre
- Frequentemente
- Raramente
- Nunca

52. Sente-se satisfeito(a) com a sua vida sexual?

- Muito
- Bastante
- Pouco
- Nada

53. Sente-se facilmente aborrecido(a) ou irritado(a)?

- Nunca
- Raramente
- Frequentemente
- Sempre

54. Sente-se inferior aos outros?

- Nunca
- Raramente
- Frequentemente
- Sempre

55. Tem tendência para ter opinião negativa de si próprio(a)?

- Nunca
- Raramente
- Frequentemente
- Sempre

56. Com que frequência sente que não pode confiar na maioria das pessoas?

- Nunca
- Raramente
- Frequentemente
- Sempre

57. Sente-se posto(a) à margem e excluído pelas outras pessoas?

- | | | | |
|--------------------------|---------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | muito Pouco | <input type="checkbox"/> | 
* 5 7 0 * |
| <input type="checkbox"/> | Pouco | <input type="checkbox"/> | 
* 5 7 1 * |
| <input type="checkbox"/> | Nem Muito Nem Pouco | <input type="checkbox"/> | 
* 5 7 2 * |
| <input type="checkbox"/> | Bastante | <input type="checkbox"/> | 
* 5 7 3 * |
| <input type="checkbox"/> | Muito | <input type="checkbox"/> | 
* 5 7 4 * |

58. Sente-se como se, realmente ninguém o(a) compreendesse?

- | | | | |
|--------------------------|---------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | muito Pouco | <input type="checkbox"/> | 
* 5 8 0 * |
| <input type="checkbox"/> | Pouco | <input type="checkbox"/> | 
* 5 8 1 * |
| <input type="checkbox"/> | Nem Muito Nem Pouco | <input type="checkbox"/> | 
* 5 8 2 * |
| <input type="checkbox"/> | Bastante | <input type="checkbox"/> | 
* 5 8 3 * |
| <input type="checkbox"/> | Muito | <input type="checkbox"/> | 
* 5 8 4 * |

59. Acredita em Deus ou em algum Ser superior?

- | | | | |
|--------------------------|-----|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Sim | <input type="checkbox"/> | 
* 5 9 0 * |
| <input type="checkbox"/> | Não | <input type="checkbox"/> | 
* 5 9 1 * |

60. Essa crença dá-lhe conforto?

- | | | | |
|--------------------------|-----|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Sim | <input type="checkbox"/> | 
* 6 0 0 * |
| <input type="checkbox"/> | Não | <input type="checkbox"/> | 
* 6 0 1 * |

Escala de Depressão Geriátrica²⁰⁾

Aplicação da Escala²¹⁾:

Application of the Geriatric Depression Scale (GDS)

São os seguintes os valores normais conforme fornecidos por YESAVAGE; ADEY & WERNER [1981] e YESAVAGE; BRINK; ROSE *et al.* [1982] para a versão completa – 30 itens:

(YESAVAGE; BRINK; ROSE *et al.* [1982], gave the following normal values for de 30-item version:

Idosos normais: 0-10 pontos
(Normal elderly subjects: 0-10 points)

Depressão de severidade crescente para pontuações superiores a 11.
(A score of 11 or more suggests increasingly severe depression.)

Idosos gravemente deprimidos: pontuação média de 23.
(Severely depressed elderly patients: mean score 23.)

Critério de exclusão:	Exclusion cut-off point:
pontuação na Escala de Depressão Geriátrica - GDS > 18	> 18 points

Valores de 0 a 5: Idosos normais
(normal elderly: score 0-5.)

Valores de 6 e superiores são indicativos de depressão de severidade crescente.
(Values of 6 and above indicate increasingly severe depression)

NOTA: As perguntas cujo número está assinalado a itálico (*) devem ser pontuadas negativamente, i.e., a uma resposta NÃO corresponderá 1 ponto (a todas as outras será atribuído 1 ponto ao SIM).

NOTICE: The items marked with (*) should be given a negative score, i.e., 1 point should be given for a "no" answer (for all other items a response of "yes" should be scored as 1 point).

Em situações de avançada deterioração pode haver dificuldades em conseguir que os pacientes respondam ao questionário. nesta situação é perfeitamente legítimo auxiliar na leitura e resposta às perguntas.

in cases of advanced mental decline, patients may be unable to handle the GDS. Should this be the case, it is perfectly legitimate to assist with reading and answering the questions.

Por outro lado, se é verdade que os pacientes marcadamente dementes têm dificuldades em perceber as perguntas da EGD, também o é que a sua aplicabilidade se restringe aos afectados por senilidade de grau ligeiro ou moderadamente grave, até porque os quadros demenciais de maior gravidade não oferecem grandes dificuldades de diagnóstico.

²⁰⁾ YESAVAGE, J. A; BRINK, T. L; ROSE, T. L *et al.* [1982] – *Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report.* *Journal Psychiatric Research.* 17:(1); 37-49.

²¹⁾ (Tradução adaptada: RAMIRO VERÍSSIMO [1988] – *Análise Diagnóstica dos Síndromes Demenciais.* "Proposta no Serviço de Neurologia e neurocirurgia do H. S. João". Porto.

Grelha de Classificação

A pontuação obtida nesta escala vai de um mínimo de 0 a um máximo de 28 pontos.

A resposta “sim” corresponde ao valor 1, salvo nas perguntas 1, 5, 7, 9, 15, 19, 21 e 27 onde tem o valor 0.

	SIM	NÃO		SIM	NÃO
1.	0	1	15.	0	1
2.	1	0	16.	1	0
3.	1	0	17.	1	0
4.	1	0	18.	1	0
5.	0	1	19.	0	1
6.	1	0	20.	1	0
7.	0	1	21.	0	1
8.	1	0	22.	1	0
9.	0	1	23.	1	0
10.	1	0	24.	1	0
11.	1	0	25.	1	0
12.	1	0	26.	1	0
13.	1	0	27.	0	1
14.	1	0	28.	1	0

Escala de Depressão Geriátrica

GERIATRIC DEPRESSION SCALE

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

Choose the answer that best describes how you felt during the past week:

1. Está satisfeito(a) com a sua vida actual?* (1)

Are you basically satisfied with your life?*

S  * 1 0 *

N  * 1 1 *

2. Pôs de lado muitas das actividades e coisas que lhe interessavam? (2)

Have you dropped many of your activities and interests?

S  * 2 0 *

N  * 2 1 *

3. Sente que a sua vida está vazia? (5)

Do you feel that your life is empty?

S  * 3 0 *

N  * 3 1 *

4. Anda muitas vezes aborrecido(a)? (6)

Do you often get bored?

S  * 4 0 *

N  * 4 1 *

5. Encara o futuro com esperança?*

Are you hopeful about your future?*

S  * 5 0 *

N  * 5 1 *

6. Tem pensamentos que o(a) incomodam e que não consegue afastar?

Are you bothered by thoughts you can't get out of your head?

S  * 6 0 *

N  * 6 1 *

7. Sente-se animado(a) e com boa disposição a maior parte do tempo?* (7)

Are you in good spirits most of the time?*

S  * 7 0 *

N  * 7 1 *

8. Anda com medo de que lhe vá acontecer alguma coisa má? (8)

Are you afraid that something bad is going to happen to you?

S  * 8 0 *

N  * 8 1 *

9. Sente-se feliz a maior parte do tempo?* (3)

Do you feel happy most of the time?*

S  * 9 0 *

N  * 9 1 *

10. Sente-se muitas vezes desamparado(a) e desprotegido(a)? (9)

Do you often feel helpless?

S  * 1 0 0 *

N  * 1 0 1 *

11. Fica muitas vezes inquieto(a) e nervoso(a)?

Do you often get restless and fidgety?

S  * 1 1 0 *

N  * 1 1 1 *

12. Prefere ficar em casa, em vez de sair e fazer coisas novas? (4)

Do you prefer to stay at home, rather than going out and doing new things?

S  * 1 2 0 *

N  * 1 2 1 *

13. Anda muitas vezes preocupado(a) com o futuro?

Do you frequently worry about the future?

S  * 1 3 0 *

N  * 1 3 1 *

14. Acha que tem mais dificuldades de memória do que as outras pessoas? (10)

Do you feel that you have problems with memory than most?

S  * 1 4 0 *

N  * 1 4 1 *

15. Sente-se muito contente por estar vivo(a) nesta altura?* (11)

Do you think it is wonderful to be alive now?*

S  * 1 5 0 *

N  * 1 5 1 *

16. Sente-se muitas vezes desanimado(a) e abatido(a)?

Do you often feel down hearted and blue

S  * 1 6 0 *

N  * 1 6 1 *

17. Sente-se que agora está um tanto inútil? (12)

Do you feel pretty worthless the way you are now?

S  * 1 7 0 * N  * 1 7 1 *

18. Preocupa-se muito com o passado?

Do you worry a lot about the past?

S  * 1 8 0 * N  * 1 8 1 *


19. Sente-se cheio(a) de interesse pela vida?*

Do you find very exciting?*

S  * 1 9 0 * N  * 1 9 1 *

20. Custa-lhe muito meter-se em novas actividades?

Is it hard for you get started on new projects?

S  * 2 0 0 * N  * 2 0 1 *

21. Sente-se cheio(a) de energia?* (13)

Do you feel full of energy?*

S  * 2 1 0 * N  * 2 1 1 *

22. Sente que para a sua situação não há qualquer esperança? (14)

Do you feel that your situation is hopeless?

S  * 2 2 0 * N  * 2 2 1 *

23. Julga que a maior parte das pessoas passam bem melhor do que o(a) senhor(a)? (15)

Do you think that most people are better off than you are?

S  * 2 3 0 * N  * 2 3 1 *

24. Aflige-se muitas vezes por coisas sem grande importância?

Do you frequently feel like get upset due to unimportant situation?

S  * 2 4 0 * N  * 2 4 1 *


25. Dá-lhe muitas vezes vontade de chorar?

Do you frequently feel like crying?

S  * 2 5 0 * N  * 2 5 1 *

26. Sente dificuldade em se concentrar?

Do you have trouble concentrating?

S  * 2 6 0 * N  * 2 6 1 *

27. Gosta de se pôr de pé de manhã?*

Do you enjoy getting up in the morning?*

S 
* 2 7 0 *

N 
* 2 7 1 *

28. Prefere evitar festas e reuniões de pessoas?

Do you prefer to avoid social gatherings?

S 
* 2 8 0 *

N 
* 2 8 1 *

Índice de Actividades Instrumentais de LAWTON & BRODY [1969]²²⁾

Grelha de Classificação

Este Índice, da autoria de LAWTON & BRODY [1969], (FERNÁNDEZ-BALLESTEROS [2000]), é uma escala que procura averiguar o desempenho do idoso e a sua deterioração funcional relativamente a oito tipos de funções ou capacidades para: utilizar o telefone; ir às compras; preparar as refeições; cuidar da casa; lavar a roupa; utilizar meios de transporte; responsabilizar-se pela ingestão da medicação; gerir o dinheiro. Destas oito capacidades, três têm três alternativas de resposta (questões **E**, **G** e **H**); três outras (questões **A**, **B** e **C**), têm quatro alternativas e as restantes (questões **D** e **F**), podem ter uma de cinco opções de resposta. Apesar da resposta a cada uma das questões contemplar **3**, **4** ou **5** alternativas, as pontuações em cada uma delas situam-se apenas entre **0** e **1**, uma vez que várias destas alternativas têm a mesma cotação, pelo que a pontuação obtida oscila entre um mínimo de **zero** (0) e um máximo de **oito** (8) pontos.

0-8 pontos nas Mulheres

0-5 pontos nos Homens

(a viver em residência própria)

²²⁾ Traduzida por J. MERCÉ CORTÉS Y A. J. CRUZ JENTOFT – Center Geriátrico de Philadelphia, 1969.

A Depressão no Idoso

	Critério a)		Critério b)	
	Mulheres	Homens	Mulheres	Homens
A1	1	1	1	1
A2	1	1	1	1
A3	1	1	1	1
A4	0	0	0	0
B1	1	1	1	1
B2	0	0	0	0
B3	0	0	0	0
B4	0	0	0	0
C1	1	1	1	/
C2	0	0	0	/
C3	0	0	0	/
C4	0	0	0	/
D1	1	1	1	/
D2	1	1	1	/
D3	1	1	1	/
D4	1	1	1	/
D5	0	0	0	/
E1	1	1	1	/
E2	1	1	1	/
E3	0	0	0	/
F1	1	1	1	1
F2	1	1	1	1
F3	1	0	1	0
F4	0	0	0	0
F5	0	0	0	0
G1	1	1	1	1
G2	1	1	1	1
G3	0	0	0	0
H1	1	1	1	1
H2	1	1	1	1
H3	0	0	0	0

Índice de Actividades Instrumentais de LAWTON & BRODY [1969]

Traduzida por J. MERCÉ CORTÉS & A. J. CRUZ JENTOFT – PHILADELPHIA GERI-
ATRIC CENTER, 1969.

A Capacidade para usar o telefone

1 - Utiliza o telefone por iniciativa própria, procura e marca os números, etc.



* A 1 *

2 - Marca alguns números que conhece bem



* A 2 *

3 - Pega no telefone mas não marca



* A 3 *

4 - Não usa o telefone de todo



* A 4 *

B Ir às compras

1 - Efectua todas as compras necessárias com independência



* B 1 *

2 - Compra com independência pequenas coisas



* B 2 *

3 - Necessita de companhia para efectuar qualquer compra



* B 3 *

4 - Completamente incapaz de ir às compras



* B 4 *

C Preparação da alimentação

1 - Planeia, prepara e serve as refeições adequadas com independência



* C 1 *

2 - Prepara as refeições adequadamente se lhe fornecerem os ingredientes



* C 2 *

3 - Aquece, serve e prepara as refeições ou prepara-as mas não mantém uma dieta adequada



* C 3 *

4 - Necessita que lhe preparem e sirvam as refeições



* C 4 *

D Cuidar da casa

1 - Cuida da casa só ou com ajuda ocasional (por exemplo trabalhos pesados, ajuda doméstica)



2 - Efectua tarefas domésticas ligeiras como lavar os pratos ou fazer as camas



3 - Efectua tarefas domésticas ligeiras mas não pode manter um nível de limpeza aceitável



4 - Necessita de ajuda em todas as tarefas da casa



5 - Não participa em nenhuma tarefa doméstica



E Lavagem da roupa

1 - Efectua completamente a lavagem da sua roupa



2 - Lava pequenas peças de roupa



3 - Necessita que outrém se ocupe da lavagem da roupa



F Meio de transporte

1 - Viaja com independência em transportes públicos ou conduz o seu próprio carro



2 - É capaz de organizar a sua mobilidade utilizando táxi, mas não usa outros transportes públicos



3 - Viaja em transportes públicos se acompanhado por outra pessoa



4 - Só viaja de táxi ou automóvel com ajuda de outros



5 - Não viaja em absoluto



G Responsabilidade acerca da medicação

1 - É responsável por toda a medicação em doses correctas e às horas marcadas



2 - É responsável pela toma dos medicamentos quando lhe são preparados com antecipação e em doses separadas



3 - Não é capaz de responsabilizar-se pela sua própria medicação



H Capacidade de utilizar o dinheiro

1 - Gere os assuntos financeiros com independência (preenche cheques, facturas, paga recibos, desloca-se ao banco), reconhece os seus saldos



2 - Gere os gastos quotidianos, mas necessita de ajuda para ir ao banco, realizar grandes gastos, etc.



3 - É incapaz de gerir o dinheiro



Inventário Clínico de auto-conceito VAZ SERRA In: I CONGRESSO PORTUGUÊS DE TERAPIA COMPORTAMENTAL [1985]

Contacto:

Nome:

Idade: Estado civil:

Data: Sexo: Habilitações:

Profissão: Naturalidade:

Residência:

Total = F1 (1 + 4 + 9 + 16 + 17) + F2 (3* + 5 + 8 + 11 + 18* + 20) + F3 (2 + 6 + 7 + 13) + F4 (10 + 15 + 19) + 12* + 14

Instruções:

Todas as pessoas têm uma ideia de como são. A seguir estão expostos diversos atributos, capazes de descrever como uma pessoa é. Leia cuidadosamente cada questão e responda verdadeira, espontânea e rapidamente a cada uma delas. Ao dar a resposta considere, *sobretudo a sua maneira de ser habitual* e não o seu estado de espírito de momento. Coloque uma cruz (x) no quadrado que pensa que se lhe aplica de forma mais característica.

1. Sei que sou uma pessoa simpática.

Não Concordo

 
* 1 0 *

Concordo Pouco

 
* 1 1 *

Concordo Moderadamente

 
* 1 2 *

Concordo Muito

 
* 1 3 *

Concordo Muitíssimo

 
* 1 4 *

2. Costumo ser franco a exprimir as minhas opiniões.

Não Concordo

 
* 2 0 *

Concordo Pouco

 
* 2 1 *

Concordo Moderadamente

 
* 2 2 *

Concordo Muito






 
* 2 3 *

Concordo Muitíssimo






 
* 2 4 *

*) Inversão da escala






3. Tenho por hábito desistir das minhas tarefas quando encontro dificuldades.

- | | | |
|------------------------|--------------------------|--|
| Não Concordo | <input type="checkbox"/> | 
* 3 0 * |
| Concordo Pouco | <input type="checkbox"/> | 
* 3 1 * |
| Concordo Moderadamente | <input type="checkbox"/> | 
* 3 2 * |
| Concordo Muito | <input type="checkbox"/> | 
* 3 3 * |
| Concordo Muitíssimo | <input type="checkbox"/> | 
* 3 4 * |






4. No contacto com os outros costumo ser um indivíduo falador.

- | | | |
|------------------------|--------------------------|--|
| Não Concordo | <input type="checkbox"/> | 
* 4 0 * |
| Concordo Pouco | <input type="checkbox"/> | 
* 4 1 * |
| Concordo Moderadamente | <input type="checkbox"/> | 
* 4 2 * |
| Concordo Muito | <input type="checkbox"/> | 
* 4 3 * |
| Concordo Muitíssimo | <input type="checkbox"/> | 
* 4 4 * |






5. Costumo ser rápido na execução das tarefas que tenho que fazer.

- | | | |
|------------------------|--------------------------|--|
| Não Concordo | <input type="checkbox"/> | 
* 5 0 * |
| Concordo Pouco | <input type="checkbox"/> | 
* 5 1 * |
| Concordo Moderadamente | <input type="checkbox"/> | 
* 5 2 * |
| Concordo Muito | <input type="checkbox"/> | 
* 5 3 * |
| Concordo Muitíssimo | <input type="checkbox"/> | 
* 5 4 * |






6. Considero-me tolerante para com as outras pessoas.

- | | | |
|------------------------|--------------------------|--|
| Não Concordo | <input type="checkbox"/> | 
* 6 0 * |
| Concordo Pouco | <input type="checkbox"/> | 
* 6 1 * |
| Concordo Moderadamente | <input type="checkbox"/> | 
* 6 2 * |
| Concordo Muito | <input type="checkbox"/> | 
* 6 3 * |
| Concordo Muitíssimo | <input type="checkbox"/> | 
* 6 4 * |






7. Sou capaz de assumir uma responsabilidade até ao fim, mesmo que isso me traga consequências desagradáveis.

- | | | |
|------------------------|--------------------------|--|
| Não Concordo | <input type="checkbox"/> | 
* 7 0 * |
| Concordo Pouco | <input type="checkbox"/> | 
* 7 1 * |
| Concordo Moderadamente | <input type="checkbox"/> | 
* 7 2 * |
| Concordo Muito | <input type="checkbox"/> | 
* 7 3 * |
| Concordo Muitíssimo | <input type="checkbox"/> | 
* 7 4 * |






8. De modo geral tenho por hábito enfrentar e resolver os meus problemas.

- | | | |
|------------------------|--------------------------|--|
| Não Concordo | <input type="checkbox"/> | 
* 8 0 * |
| Concordo Pouco | <input type="checkbox"/> | 
* 8 1 * |
| Concordo Moderadamente | <input type="checkbox"/> | 
* 8 2 * |
| Concordo Muito | <input type="checkbox"/> | 
* 8 3 * |
| Concordo Muitíssimo | <input type="checkbox"/> | 
* 8 4 * |






9. Sou uma pessoa usualmente bem aceite pelos outros.

- | | | |
|------------------------|--------------------------|--|
| Não Concordo | <input type="checkbox"/> | 
* 9 0 * |
| Concordo Pouco | <input type="checkbox"/> | 
* 9 1 * |
| Concordo Moderadamente | <input type="checkbox"/> | 
* 9 2 * |
| Concordo Muito | <input type="checkbox"/> | 
* 9 3 * |
| Concordo Muitíssimo | <input type="checkbox"/> | 
* 9 4 * |






10. Quando tenho uma ideia que me parece válida gosto de a por em prática.

- | | | |
|------------------------|--------------------------|--|
| Não Concordo | <input type="checkbox"/> | 
* 1 0 0 * |
| Concordo Pouco | <input type="checkbox"/> | 
* 1 0 1 * |
| Concordo Moderadamente | <input type="checkbox"/> | 
* 1 0 2 * |
| Concordo Muito | <input type="checkbox"/> | 
* 1 0 3 * |
| Concordo Muitíssimo | <input type="checkbox"/> | 
* 1 0 4 * |






11. Tenho por hábito ser persistente na resolução das minhas dificuldades.

- | | | |
|------------------------|--------------------------|--|
| Não Concordo | <input type="checkbox"/> | 
* 1 1 0 * |
| Concordo Pouco | <input type="checkbox"/> | 
* 1 1 1 * |
| Concordo Moderadamente | <input type="checkbox"/> | 
* 1 1 2 * |
| Concordo Muito | <input type="checkbox"/> | 
* 1 1 3 * |
| Concordo Muitíssimo | <input type="checkbox"/> | 
* 1 1 4 * |






12. Não sei porquê a maioria das pessoas embirra comigo.

- | | | |
|------------------------|--------------------------|--|
| Não Concordo | <input type="checkbox"/> | 
* 1 2 0 * |
| Concordo Pouco | <input type="checkbox"/> | 
* 1 2 1 * |
| Concordo Moderadamente | <input type="checkbox"/> | 
* 1 2 2 * |
| Concordo Muito | <input type="checkbox"/> | 
* 1 2 3 * |
| Concordo Muitíssimo | <input type="checkbox"/> | 
* 1 2 4 * |






13. Quando me interrogam sobre questões importantes conto sempre a verdade.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Não Concordo | <input type="checkbox"/> 
* 1 3 0 * |
| <input type="checkbox"/> Concordo Pouco | <input type="checkbox"/> 
* 1 3 1 * |
| <input type="checkbox"/> Concordo Moderadamente | <input type="checkbox"/> 
* 1 3 2 * |
| <input type="checkbox"/> Concordo Muito | <input type="checkbox"/> 
* 1 3 3 * |
| <input type="checkbox"/> Concordo Muitíssimo | <input type="checkbox"/> 
* 1 3 4 * |






14. Considero-me competente naquilo que faço.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Não Concordo | <input type="checkbox"/> 
* 1 4 0 * |
| <input type="checkbox"/> Concordo Pouco | <input type="checkbox"/> 
* 1 4 1 * |
| <input type="checkbox"/> Concordo Moderadamente | <input type="checkbox"/> 
* 1 4 2 * |
| <input type="checkbox"/> Concordo Muito | <input type="checkbox"/> 
* 1 4 3 * |
| <input type="checkbox"/> Concordo Muitíssimo | <input type="checkbox"/> 
* 1 4 4 * |






15. Sou uma pessoa que gosto muito de fazer o que me apetece.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Não Concordo | <input type="checkbox"/> 
* 1 5 0 * |
| <input type="checkbox"/> Concordo Pouco | <input type="checkbox"/> 
* 1 5 1 * |
| <input type="checkbox"/> Concordo Moderadamente | <input type="checkbox"/> 
* 1 5 2 * |
| <input type="checkbox"/> Concordo Muito | <input type="checkbox"/> 
* 1 5 3 * |
| <input type="checkbox"/> Concordo Muitíssimo | <input type="checkbox"/> 
* 1 5 4 * |






16. A minha maneira de ser leva-me a sentir-me na vida com um razoável bem-estar.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Não Concordo | <input type="checkbox"/> 
* 1 6 0 * |
| <input type="checkbox"/> Concordo Pouco | <input type="checkbox"/> 
* 1 6 1 * |
| <input type="checkbox"/> Concordo Moderadamente | <input type="checkbox"/> 
* 1 6 2 * |
| <input type="checkbox"/> Concordo Muito | <input type="checkbox"/> 
* 1 6 3 * |
| <input type="checkbox"/> Concordo Muitíssimo | <input type="checkbox"/> 
* 1 6 4 * |






17. Considero-me uma pessoa agradável no contacto com os outros.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Não Concordo | <input type="checkbox"/> 
* 1 7 0 * |
| <input type="checkbox"/> Concordo Pouco | <input type="checkbox"/> 
* 1 7 1 * |
| <input type="checkbox"/> Concordo Moderadamente | <input type="checkbox"/> 
* 1 7 2 * |
| <input type="checkbox"/> Concordo Muito | <input type="checkbox"/> 
* 1 7 3 * |
| <input type="checkbox"/> Concordo Muitíssimo | <input type="checkbox"/> 
* 1 7 4 * |






18. Quando tenho um problema que me aflige não consigo resolver sem o auxílio dos outros.

- Não Concordo  * 1 8 0 *
- Concordo Pouco  * 1 8 1 *
- Concordo Moderadamente  * 1 8 2 *
- Concordo Muito  * 1 8 3 *
- Concordo Muitíssimo  * 1 8 4 *

19. Gosto sempre de me sair bem das coisas que faço.

- Não Concordo  * 1 9 0 *
- Concordo Pouco  * 1 9 1 *
- Concordo Moderadamente  * 1 9 2 *
- Concordo Muito  * 1 9 3 *
- Concordo Muitíssimo  * 1 9 4 *

20. Encontro sempre energia para vencer as minhas dificuldades.

- Não Concordo  * 2 0 0 *
- Concordo Pouco  * 2 0 1 *
- Concordo Moderadamente  * 2 0 2 *
- Concordo Muito  * 2 0 3 *
- Concordo Muitíssimo  * 2 0 4 *

© Copyright - A. Vaz Serra, 1985

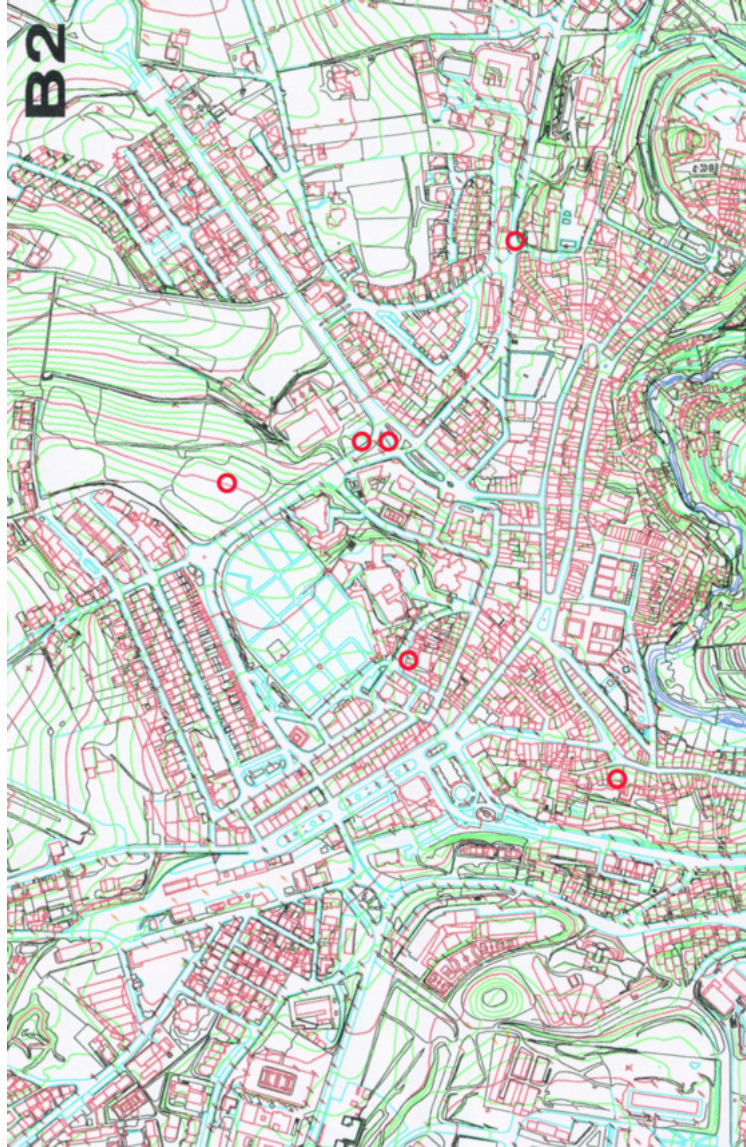


Figura V-1 – “Plots” da Amostragem na Cidade

Bibliografia

Tivemos o cuidado de conferir, sempre que possível, a bibliografia referida, por recurso a sistemas “online” (MedLine, entre outros), no propósito de providenciar a correção das fichas bibliográficas. Utilizou-se *software* específico (EndNote), por forma a garantir a coerência dos formatos das referências bibliográficas e das citações ao longo do texto.

As referências a cinza significam que embora citadas pelos autores não conseguimos identifica-las e por isso não constam da Bibliografia Referida

Bibliografia Referida

- 1 ALDWIN, C. M; SUTTON, K. J; CHIARA, G *et al.* [1996] – *Age differences in stress, coping, and appraisal: findings from the Normative Aging Study. Journal of Gerontology: Psychological Sciences.* 51:(4); P 179-188.
- 2 ALZEMBERG, R & TREAS, JUDITH [1985] – *The family in late life. Psychosocial and demographic considerations. In: BIRREN, JAMES E & SCHAEIE, K. WARNER (Eds.); Handbook of the psychology of aging. (The handbooks of aging 2nd ed.); pp. 169-189; xvii, 931. New York: Van Nostrand Reinhold Co.*
- 3 AMARO, CECÍLIA AZEVINHEIRO [1998] – *Intervenções psicoterapêuticas na depressão do idoso: A abordagem cognitivo-comportamental. Psiquiatria Clínica.* 19:(3); 235-240.
- 4 AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION [1996] – *(DSM-IV) – Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais: Quarta Edição. Versão Internacional com os Códigos da ICD-10; (1st ed.); pp. 325-457; 898 p.; Lisboa: Climepsi Editores.*
- 5 ANDRÉS NAVIA, VERANIA & BAS RAMALHO, FRANCISCO [2000] – *Tratamiento de la Depresión. In: MONTORIO, IGNACIO & IZAL, MARÍA (Eds.); Intervención Psicológica en la vejez. Aplicaciones en el ámbito clínico y de la salud. (Síntesis. Vol. 3); pp. 111-150; 396. Madrid: Editorial Síntesis, S.A.*
- 6 ARDELT, M. [1997] – *Wisdom life satisfaction in old age. Journal of Gerontology: Psychological Sciences.* 52:(1); P15-27.
- 7 ARLING, G. [1976] – *Resistance to isolation among elderly widows. Int J Aging Hum Dev.* 7:(1); 67-86.
- 8 ASSOCIATION, AMERICAN PSYCHIATRIC [1996] – *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais: Quarta Edição. Versão Internacional com os Códigos da ICD-10; (1st ed.); pp. 325-457; 898 p.; Lisboa: Climepsi Editores.*
- 9 ATCHLEY, R. C. [1989] – *A continuity theory of normal aging. The Gerontologist.* 29:(2); 183-190.
- 10 BAKER, F. M; VELLI, S. A & FRIEDMAN, J. ET AL. [1995] – *Screening tests for depression in older blacks vs white patients. Am J Geriatr Psychiatry.* 3; 43-51.

- 11 BALTES, M. M & BALTES, P. B. [1997] – *Normal vs Pathological cognitive functioning in old-age: plasticity and testing-the-limits of cognitive/ brain reserve capacity*. **In:** BALTES, P. B. (Ed.), *Demences et longévité*. pp. 77-101; Berlin: TDB.
- 12 BALTES, M. M; NEUMANN, E. M & ZANK, S. [1994] – *Maintenance and rehabilitation of independence in old age: an intervention program for staff*. **Psychol Aging**. 9:(2); 179-188.
- 13 BANDURA, A. [1977] – *Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change*. **Psychological Review**. 84:(2); 191-215.
- 14 BANDURA, A. [1978] – *Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change*. **In:** FRANKS, CYRIL M & WILSON, G. TERENCE (Eds.); *Annual review of behavior therapy theory & practice*. (Vol. 6 Commentary and appraisal, with selected papers); pp. 99-137; xiv, 734. New York: Brunner/ Mazel.
- 15 BANDURA, A. [1986] – *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*; Englewood Cliffs, N. J.: Prentice-Hall.
- 16 BARROS DE OLIVEIRA, JOSÉ H. [1999] – *Os idosos vistos por eles mesmos: variáveis persolológicas e representação da morte*. **Psicologia, Educação e Cultura**. III:(2); 323-343.
- 17 BAS, F. [1997] – *El Proceso Terapéutico en el tratamiento de una depresión unipolar*. **In:** CARO, I. (Ed.), (Coor.); *Manual de Psicoterapias Cognitivas. Estado de la cuestión y procesos psicoterapéuticos*. Barcelona: Paidós.
- 18 BECK, AARON T; H, WARD C. & MENDELSON, M. ET AL. [1961] – *An Inventory for Measuring Depression*. **Arch Gen Psychiatry**. 4; 451-571.
- 19 BECK, AARON T. [1963] – *Thinking and depression. Idiosyncratic content and cognitive distortions*. **Arch Gen Psychiatry**. 9; 324-333.
- 20 BECK, AARON T. [1964] – *Thinking and depression. Theory and therapy*. **Arch Gen Psychiatry**. 10; 561-571.
- 21 BECK, AARON T. [1970] – *The core problem in depression. The cognitive triad*. **Science and Psychoanalysis**. 17; 47-55.
- 22 BECK, AARON TEMKIN [1967] – *Depression: Clinical experimental and theoretical aspects*; ; 370 p.; New York: Hoeber Medical Division, Harper & Row.
- 23 BELANDO, MARÍA & SARLLET, ANNE MARIE [1997] – *Políticas de atención a la vejez en los sectores sanitario y social*. **In:** BUENDÍA, JOSÉ (Ed.), *Geronología y salud: Prespetinas actuales*. (Colección Psicología Universidad); pp. 199-231; 254. Madrid: Editorial Biblioteca Nueva, S.L.
- 24 BELSKY, JANET K. [1996] – *Psicología del Envejecimiento: Teoría, investigaciones y intervenciones*; Barcelona: Masson, S.A.
- 25 BELSKY, JANET K. [2001] – *Psicología del Envejecimiento*; pp. 63-96; 263-294; xviii, 488 p.; Madrid: Paraninfo; Thomson Learning; Thomson Editores Spain.
- 26 BENNETT, R. [1980] – *Aging Isolation and Resocialization*; New York: Van Nostrand Reinhold Co.
- 27 BERG, S.; MELLSTROM, D; PERSSON, G *et al.* [1981] – *Loneliness in the Swedish aged*. **J Gerontol**. 36:(3); 342-349.

- 28 BERGER, LOUISE & MAILLOUX-POIRIER, DANIELLE [1995] – *Pessoas Idosas; Uma abordagem global*; pp. 99-105; vii-xvi; 101-594 p.; Lisboa: Lusodidata.
- 29 BERGER, PETER [1986] – *Perspectivas Sociológicas; Uma Visão Humanista*; Petrópolis: Vozes.
- 30 BERKMAN, LISA F & BRESLOW, LESTER [1983] – *Health and ways of living: the Alameda County study*; ; x, 237 p.; New York: Oxford University Press.
- 31 BIRREN, J. E & CUNNINGHAM, W. [1985] – *Research on the psychology of aging: principles, concepts and theory*. In: BIRREN, JAMES E & SCHAEIE, K. WARNER (Eds.); *Handbook of the Psychology of Aging*. pp. 3-34; xvii, 931. New York: Van Nostrand Reinhold Co.
- 32 BIRREN, JAMES E & SCHAEIE, K. WARNER [1996] – *Handbook of the psychology of aging*; (The handbooks of aging 4th ed.); ; xx, 416 p.; San Diego: Academic Press.
- 33 BLATT, S & HOMANN, E. [1992] – *Parent-child interaction in the etiology of dependent and self-critical depression*. *Clinical Psychology Review*. **12**; 47-91.
- 34 BLATT, S & MAROUDAS, C. [1992] – *Convergences among psychoanalytic and cognitive-behavioural theories of depression*. *Psychoanalytic Psychology*. **9**:(2); 157-190.
- 35 BLATT, S. J; QUINLAN, D. M; CHEVRON, E. S *et al.* [1982] – *Dependency and self-criticism: psychological dimensions of depression*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. **50**:(1); 113-124.
- 36 BLATT, S. J & SHICHMAN, S. [1983] – *Two primary configurations of psychopathology*. *Psychoanalysis and Contemporary Thought*. **6**:(2); 187-254.
- 37 BLATT, S. J; WEIN, S. J; CHEVRON, E *et al.* [1979] – *Parental representations and depression in normal young adults*. *Journal of Abnormal Psychology*. **88**:(4); 388-397.
- 38 BLATT, S. J. [1974] – *Levels of object representation in anaclitic and introjective depression*. *Psychoanalytic Study of the Child*. **29**; 107-157.
- 39 BLATT, S. J. [1991] – *A cognitive morphology of psychopathology*. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. **179**:(8); 449-458.
- 40 BLAZER, D; HUGHES, D. C & GEORGE, L. K. [1987] – *The epidemiology of depression in an elderly community population*. *The Gerontologist*. **27**:(3); 281-287.
- 41 BLAZER, D & WILLIAMS, C. D. [1980] – *Epidemiology of dysphoria and depression in an elderly population*. *American Journal of Psychiatry*. **137**:(4); 439-444.
- 42 BLAZER, D. [1989a] – *Depression in late life: an update*. *Annu Rev Gerontol Geriatr*. **9**; 197-215.
- 43 BLAZER, D. [1989b] – *The epidemiology of depression in late life*. *J Geriatr Psychiatry*. **22**:(1); 35-52.
- 44 BLAZER, D.; WOODBURY, M.; HUGHES, D. C. *et al.* [1989] – *A statistical analysis of the classification of depression in a mixed community and clinical sample*. *J Affect Disord*. **16**:(1); 11-20.

- 45 BLAZER, DAN G & KOENIG, HAROLD G. [1999] – *Transtornos do Humor*. **In:** BUSSE, EWALD, W & BLAZER, DAN G. (Eds.); *Psiquiatria Geriátrica*. (2nd ed.); pp. 245-259; Porto Alegre: Editora Artes Médicas.
- 46 BOWLBY, JOHN [1969] – *Attachment and loss*; (The International Psycho-Analytical Library); xx, 428 p.; London: Hogarth Press.
- 47 BOWLING, ANN; BURKEY, YVONNE & CITY AND HACKNEY, HEALTH AUTHORITY [1989] – *A survey of the health and social service needs of people aged 65 and over living in Braintree, Essex : main findings*; City and Hackney Health Authority.
- 48 BRADLEY, B & MATHEWS, A. [1983] – *Negative self-schemata in clinical depression*. **British Journal of Clinical Psychology**. **22 (Pt 3)**; 173-181.
- 49 BRECHER, EDWARD M & CONSUMERS UNION OF UNITED STATES [1984] – *Love, sex, and aging: a Consumers Union report*; (1st ed.); ; 441 p.; Boston: Little, Brown.
- 50 BRILEY, M. [1998] – *Is full recovery from depression possible?*; (Medical pocketbooks); 50 p.; London: Martin Dunitz Ltd.
- 51 BROWN, G & HARRIS, T. [1978] – *Social origins of depression: A study of psychiatric disorder in women*; London: Tavistock Publications.
- 52 BUENDÍA, JOSÉ [1993] – *Estrés y depresión*. **In:** BUENDÍA, JOSÉ (Ed.), *Estrés y psicopatología*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- 53 BUENDÍA, JOSÉ [1994] – *Envejecimiento y Depresión*. **In:** BUENDÍA, JOSÉ (Ed.), (Comp.); *Envejecimiento y Psicología de la Salud*. pp. 219-230; xxii, 482. Madrid: Siglo Veintiuno de España Editores, S.A.
- 54 BUENDÍA, JOSÉ & RIQUELME, ANTONIO [1994] – *Jubilación, Salud y Envejecimiento*. **In:** BUENDÍA, JOSÉ (Ed.), (Comp.); *Envejecimiento y Psicología de la Salud*. pp. 69-87; xxii, 482. Madrid: Siglo Veintiuno de España Editores, S.A.
- 55 BUENDÍA, JOSÉ & RIQUELME, ANTONIO [1997] – *Residencias para ancianos: ¿solución o problema?* **In:** BUENDÍA, JOSÉ (Ed.), *Geronología y salud: Perspectivas actuales*. (Colección Psicología Universidad); pp. 233-246; 254. Madrid: Editorial Biblioteca Nueva, S.L.
- 56 BURGESS, E. W. [1960] – *Successful Aging in Western*; Chicago: Chicago University Press.
- 57 BUSSE, EWALD W & PFEIFFER, ERIC [1969] – *Theory of Aging*. **In:** BUSSE, EWALD W & PFEIFFER, ERIC (Eds.); *Behavior and adaptation in late life*. pp.; xii, 395. Boston: Little Brown.
- 58 BUTCHER, J. N; ALDWIN, C. M; LEVENSON, M. R *et al.* [1991] – *Personality and aging: a study of the MMPI-2 among older men*. **Psychol Aging**. **6**:(3); 361-370.
- 59 BUTLER, R. N. [1980a] – *Ageism*. **Across Board (NY)**. **17**:(11); 31-38.
- 60 BUTLER, R. N. [1980b] – *Ageism – A forward*. **Journal of Social Issues**. **36**; 8-11.

- 61 CACABELOS GARCÍA, RAMÓN [1997] – *Bases Moleculares del Envejecimiento Cerebral*. **In:** RUBIO HERRERA, RAMONA; OSORIO GUILLÓN, LUIS; VILLAVERDE GUTIÉRREZ, MARÍA DEL CARMEN *et al.* (Eds.); (Comp.); *Temas de Gerontología II*. pp. 29-41; Universidad de Granada: Máster de Gerontología Social (Ministerios de Trabajo y Asuntos Sociales. Instituto Nacional de Servicios Sociales).
- 62 CACABELOS GARCÍA, RAMÓN [2000] – *Bases biológicas del envejecimiento cerebral*. **In:** FERNÁNDEZ-BALLESTEROS, ROCÍO (Ed.), (Directora); *Gerontología Social*. (Colección Psicología 1st ed.); pp. 105-151; 612. Madrid: Ediciones Pirámide.
- 63 CAINE, E. D; LYNES, J. M & KING, D. A. ET AL. [1994] – *Clinical and etiological heterogeneity of mood disorders in elderly patients*. **In:** SCHNEIDER, LON S; REYNOLDS, C. F. III & LEBOWITZ, B. D. ET AL. (Eds.); *Diagnosis and treatment of depression in late life: results of the NIH Consensus Development Conference* *Diagnosis and Treatment of Depression in Late Life*. pp. 23-53; xx, 535. Washington DC: American Psychiatric Press.
- 64 CALERO GARCÍA, MARÍA DOLORES [2000] – *Psicología de la vejez: el funcionamiento cognitivo*. **In:** FERNÁNDEZ-BALLESTEROS, ROCÍO (Ed.), *Gerontología Social*. (Psicología); pp. 201-227; 612. Madrid: Ediciones Pirámide.
- 65 CALKINS, A & KARUZA, J. [1989] – *The Science and practice of gerontology. The relationships of geriatrics and gerontology: On forging links Between curing and caring*. **In:** SONTZ, ANN H. L & OSGOOD, NANCY J. (Eds.); *The science and practice of gerontology: a multidisciplinary guide*. pp.; 224. Londres: Kingsley Pub.
- 66 CALVO, MONTSERRAT [1989] – *Algunas características de la sexualidad y de la sensualidad en la vejez*. **In:** AVENI CASUCCI, M. A. ET AL. (Ed.), *Afectividad y sexualidad en la ancianidad*. Barcelona: Fundació Caixa de Pensions.
- 67 CAMPOS, RUI C. [2000] – *Síntese dos aspectos centrais da perspectiva teórica de Sidney Blatt sobre a depressão*. *Análise Psicológica*. XVIII:(3); 311-318.
- 68 CANHÃO, ANTÓNIO [1997] – *Sexualidade e Envelhecimento*. *Geriatrics – Revista Portuguesa de Medicina Geriátrica*. Ano X, Vol. X:(92); 12-18.
- 69 CANNON, WALTER B. [1939] – *The wisdom of the body*; ; xviii, 19-333 p.; New York: W. W. Norton & Company, Inc.
- 70 CARVALHO FILHO, EURICO THOMAZ & GARCIA DE ALENCER, YOLANDA MARIA [1994] – *Teorias do Envelhecimento*. **In:** CARVALHO FILHO, EURICO THOMAZ & PAPALÉO NETTO, MATHEUS (Eds.); *Geriatrics: Fundamentos, Clínica e Terapêutica*. (2nd Reimpressão 1998; 1st ed.); pp. 1-8; São Paulo; Rio de Janeiro; Belo Horizonte: Atheneu.
- 71 CID SANZ, M. [1986] – *Patología Psíquica*. **In:** SALGADO, A; GUILLÉN, F & DÍAZ, J. (Eds.); (Comp.); *Tratado de geriatrics e assistência gerátrica*. Barcelona: Salvat.
- 72 CLARK, S. A. [1992] – *Mental illness among new residents to residential care International*. *Journal of Geriatric Psychiatry*. 7; 59-64.
- 73 CLÉMENT, J. P; PAULIN, S & LÉGER, J. M. [1996] – *Clinique et épidémiologie de la dépression du sujet âgé*. **In:** LEMPERIÈRE, T. (Ed.), *Les dépressions du sujet âgé*. pp. 19-26; Paris: Acanthe, Masson, SmithKline Beecham éd.

- 74 CLIFFORD, P. I & HEMSLEY, D. R. [1987] – *The influence of depression on the processing of personal attributes.* **British Journal of Psychiatry.** **150**; 98-103.
- 75 CONFORT, A. [1980] – *Sexuality in later life.* **In:** BIRREN, JAMES E & SLOANE, R. BRUCE (Eds.); *Handbook of mental health and aging.* pp.; xxii, 1064. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.
- 76 COTTON, DOROTHY H. G. [1990] – *Stress Management: an integrated approach to therapy;* (Brunner/ Mazel psychosocial stress series. **Vol.** 17); xxiii, 264 p.; New York: Brunner/ Mazel.
- 77 COYNE, J. C. & WHIFFEN, V. E. [1995] – *Issues in personality as diathesis for depression: the case of sociotropy-dependency and autonomy-self-criticism.* **Psychol Bull.** **118**:(3); 358-378.
- 78 CROWLEY, J. E. [1986] – *Longitudinal effects of retirement on men well-being and health.* **Journal of Business and Psychology**:(1); 95-113.
- 79 CUMMING, E & HENRY, W. E. [1961] – *Growing Old: The Process of disengagement theory;* New York: Basic Books.
- 80 DAMÁSIO, ANTÓNIO R. [2000] – *O Sentimento de SI – O Corpo, a Emoção e a Neurobiologia da Consciência;* (2nd ed.); Mem Martins: Publicações Europa América.
- 81 DAVID, ANA CRISTINA & GODINHO, ANA LUÍSA ET AL. [1995] – *O Viver do Idoso – Que Adaptação?* **Psiquiatria Clínica.** **16**:(1); 63-79.
- 82 DE LAS HERAS, F. J; POLAINO, J. M; GAONA, F. A *et al.* [1990] – *Depresión e ideación suicida entre ancianos que viven en régimen de internamiento dentro de una institución geriátrica.* **Revista Española de Geriatria y Gerontología.** **25**:(2); 83-88.
- 83 DE LAUNIÈRE, C. [1985] – *Un mystère de la vie.* **Les Diplômés.** **348**:(9).
- 84 DELONGIS, A & NEWTH, S. [1998] – *Coping with Stress.* **In:** FRIEDMAN, HOWARD S. (Ed.), *Encyclopedia of Mental Health.* (**Vol.** 1); pp. 583-593;. San Diego: Academic Press.
- 85 DERRY, P. A & KUIPER, N. A. [1981] – *Schematic processing and self-reference in clinical depression.* **Journal of Abnormal Psychology.** **90**:(4); 286-297.
- 86 (DGAS), DIRECÇÃO GERAL DE ACÇÃO SOCIAL [1998] – *Ano Internacional das Pessoas Idosas. Alguns dados sobre a realidade portuguesa – perspectivas de acções a desenvolver;* Lisboa: Ministério da Trabalho e da Solidariedade.
- 87 DÍAZ-VEIGA, PURIFICACIÓN [1987] – *Evaluación del apoyo social.* **In:** FERNÁNDEZ-BALLESTEROS, ROCÍO ET AL. (Ed.), *El ambiente, análisis psicológico.* (Psicología). Madrid: Ediciones Pirámide.
- 88 DIENER, E & SUH, M. [1998] – *Subjective well-being and age: An international analysis.* **In:** SCHAIE, K. WARNER & LAWTON, M. POWELL (Eds.); *Focus on emotion and adult development.* (Annual Review of Gerontology and Geriatrics. **Vol.** 17); pp. 304-324. New York: Springer Publishing Co.
- 89 DOBSON, K. S & SHAW, B. F. [1987] – *Specificity and stability of self-referent encoding in clinical depression.* **Journal of Abnormal Psychology.** **96**:(1); 34-40.
- 90 DOWD, J. J. [1975] – *Aging as exchange: a preface to theory.* **Journal of Gerontology.** **30**:(5); 584-594.

- 91 DOWD, J. J. [1980] – *Stratification among the Aged*; Monterrey Calif: Brooks/ Cole.
- 92 DUBOVSKY, STEVEN L & BUZAN, RANDALL [2000] – *Transtornos del estado de ánimo*. **In:** HALES, ROBERT E; YUDOFKY, STUART C & TALBOTT, JOHN A (Eds.); *DSM-IV. Tratado de Psiquiatria*. (3rd ed.). Barcelona: Masson, S.A.
- 93 DUNBAR, G. C & LISHMAN, W. A. [1984] – *Depression, recognition-memory and hedonic tone a signal detection analysis*. **British Journal of Psychiatry**. **144**; 376-382.
- 94 EKERDT, D. J & BOSSE, R. [1982] – *Change in self-reported health with retirement*. **Int J Aging Hum Dev**. **15**:(3); 213-223.
- 95 ELLIS, A. [1987] – *A sadly neglected cognitive element in depression*. **Cognitive Therapy and Research**. **11**; 121-146.
- 96 EMERY, GARY [1981] – *Cognitive therapy with the elderly*. **In:** EMERY, GARY; HOLLON, STEVEN D & BEDROSIAN, RICHARD C. (Eds.); *New directions in cognitive therapy: a casebook*. pp.; xv, 294 p. New York: Guilford Press.
- 97 ESTEVES CARDOSO, MIGUEL [2001] – *Explicações de Português*; pp. 187; 234 p.; Lisboa: Assírio & Alvim.
- 98 FEATHERSTONE, MIKE & WERNICK, ANDREW [1995] – *Images of aging: cultural representations of later life*; xii, 299 p.; London; New York: Routledge.
- 99 FERNANDES, ANA ALEXANDRE [1997] – *Velhice e Sociedade: Demografia, Família e Políticas Sociais em Portugal*; pp. 31-57; 211 p.; Oeiras: Celta Editora.
- 100 FERNÁNDEZ-BALLESTEROS, ROCÍO [1997] – *Gerontología: un apunte conceptual*. **Revista Española de Geriatria y Gerontología**. **32**:(2); 65-68.
- 101 FERNÁNDEZ-BALLESTEROS, ROCÍO [2000] – *Gerontología Social*; (Colección Psicología); ; 612 p.; Madrid: Ediciones Pirámide.
- 102 FERNÁNDEZ-BALLESTEROS, ROCÍO; IZAL, MARIA; MONTORIO, IGNACIO *et al.* [1992] – *Evaluación e Intervención Psicológica en la Vejez*; (Biblioteca de Psicología, Psiquiatria y Salud); pp. 75-142; 263; Barcelona: Ediciones Martínez Roca, S.A.
- 103 FESTINGER, L. [1954] – *Age Theory of Social Comparison Process*. **Psychology Today**. **12**; 111-117.
- 104 FIDLER, J. [1976] – *Loneliness – the problems of the elderly and retired*. **R Soc Health J**. **96**:(1); 39-41, 44.
- 105 FISCHER, C & PHILLIPS, S. [1982] – *Who is alone? Social characteristics of people with small networks*. **In:** PEPLAU, LETITIA ANNE & PERLMAN, DANIEL (Eds.); *Loneliness: a sourcebook of current theory, research, and therapy*. (Wiley series on personality processes); pp.; xvii, 430. New York: John Wiley & Sons, Inc.
- 106 FISHER, B. [1992] – *Successful aging, life satisfaction: A pilot for conceptual clarification*. **Journal of Aging Studies**. **6**:(2); 191-202.
- 107 FISHER, B. [1995] – *Successful aging, life satisfaction, and generativity in later life*. **International Journal of Aging and Human Development**. **41**:(3); 239-250.
- 108 FITTS, W. H. [1972] – *The Self-concept and psychopathology – monograph*; USA: National Technical Information Service.

- 109 FONER, ANNE [1975] – *Age in Society: Structures and change. American Behavioral Scientist. 19*; 289-312.
- 110 FORTEZA, J. A. [1993] – *Aproximación histórica a la gerontología. Investigaciones Psicológicas. 12*; 31-55.
- 111 FOZARD, J. L. [1990] – *Vision and Hearing in Aging. In: BIRREN, JAMES E & SCHAIK, K. WARNER (Eds.); Handbook of the psychology of aging. (Handbooks of aging 3rd ed.); pp. 150-168; xviii, 552. San Diego: Academic Press.*
- 112 FRANCO, M. A & MONFORTE, J. A. [1996] – *Cuál es la frecuencia de la depresión en el anciano? In: CALCEDO, A. (Ed.), La depresión en el anciano. Doce cuestiones fundamentales. Madrid: Fundación Archivos de Neurología.*
- 113 FREEDMAN, ALFRED M; KAPLAN, HAROLD I & SADOCK, BENJAMIN J. [1975] – *Comprehensive textbook of psychiatry, II; (2nd ed.); 2 v. (xxvi, 2609, xxvii-xciii); Baltimore: Williams & Wilkins.*
- 114 FREEMAN, JOSEPH T. [1961] – *Sexual capacities in the aging male. Geriatrics. 16*; 37-40.
- 115 FREEMAN, JOSEPH T. [1979] – *Aging, its history and literature; 161 p.; New York: Human Sciences Press.*
- 116 FRIES, JAMES F & CRAPO, LAWRENCE M. [1981] – *Vitality and aging: implications of the rectangular curve; xii, 172 p.; San Francisco: W.H. Freeman.*
- 117 GALLAGHER, D & THOMPSON, L. W. [1983] – *Depression. In: LEWINSOHN, PETER M & TERI, LINDA (Eds.); Clinical geropsychology: new directions in assessment and treatment. (Pergamon general psychology series. Vol. 127). New York; Oxford: Pergamon Press.*
- 118 GARCÍA ARROYO, MARIA DE JESUS [1995] – *Entrenamiento de Habilidades Psico-corporales en la Vejez: Um modelo alternativo de educación para la salud; Salamanca: Amarú Ediciones.*
- 119 GARCIA PEREIRA, HENRIQUE [2002] – *Métodos de Classificação; (Textos de Apoio ao Curso Intensivo de Análise de Dados); 10; 16; 34 p.; Lisboa: CVRM – Centro de Geo-Sistemas, Instituto Superior Técnico,.*
- 120 GARCIA PEREIRA, HENRIQUE & SOUSA, ANTÓNIO JORGE DE [2002] – *Análise de Dados para o Tratamento de Quadros Multidimensionais; (Textos de Apoio ao Curso Intensivo de Análise de Dados); 105 p.; Lisboa: CVRM – Centro de Geo-Sistemas, Instituto Superior Técnico,.*
- 121 GARRISON, V. [1978] – *Support systems of schizophrenic and nonschizophrenic Puerto Rican migrant women in New York City. Schizophrenia Bulletin. 4*;(4); 561-596.
- 122 GAUVREAU, D. [1987] – *Theories du vieillissement biologique. In: ARCAND, M; HÉBERT, RÉJEAN & FÉDÉRATION DES MÉDECINS OMNIPRATICIENS DU QUÉBEC (Eds.); Précis pratique de gériatrie. pp. 36-37; 629. St-Hyacinthe; Paris; Montréal: Édisem; Maloine; Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.*
- 123 GECAS, V. [1982] – *The self-concept. Annual Review Social. 8*; 1-33.
- 124 GEORGE, L. K & WEINER, M. B. [1981] – *Sexual incidents in an extended care unit for aged men. Journal of American Geriatric Society. 31*; 407-411.

- 125 GEORGE, L. K. [1993] – *Depressive disorders and symptoms in later life*. **Generations**:(17); 35-38.
- 126 GOMÀ, FRANCESC [1989] – *Afectivitat y sexualitat, moral y vejez*. **In**: AVENI CASUCCI, M. A. ET AL. (Ed.), *Afectivitat y sexualitat en la ancianitat*. Barcelona: Fundació Caixa de Pensions.
- 127 GREENACRE, MICHAEL J. [1984] – *Theory and applications of correspondence analysis*; xi, 364 p.; London; Orlando, Fla.: Academic Press.
- 128 GREENBERG, M. S & ALLOY, L. B. [1989] – *Depression versus anxiety: schematic processing of self-and other referent information*. **Cognition and Emotion**. **3**; 207-224.
- 129 GROSS, J. J; CARSTENSEN, L. L; PASUPATHI, M *et al.* [1997] – *Emotion and aging: Experience, expression, and control*. **Psychol Aging**. **12**:(4); 590-599.
- 130 GUILLEMARD, ANNE MARIE [1972] – *La retraite une morte sociale*; Paris: Mouton-La Haye.
- 131 GUILLEMARD, ANNE MARIE [1992] – *Análisis comparativo de las políticas de vejes en Europa*; Madrid: Instituto Nacional de Servicios Sociales (INSERSO).
- 132 GURLAND, B. J. [1996] – *Epidemiology of psychiatric disorders*. **In**: SADAVOY, JOEL & AMERICAN ASSOCIATION FOR GERIATRIC PSYCHIATRY (Eds.); *Comprehensive Review of Geriatric Psychiatry – II*. (2nd ed.); pp. 3-41; xlv, 1257 p. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- 133 HALL, M. R. P; MACLENNAN, N. W. J & LYE, M. D. W. [1997] – *Cuidados Médicos ao Doente Idoso*; (3rd ed.); pp. 1-35; 165-179; v, 274 p.; Lisboa: Climepsi Editores.
- 134 HAMILTON, M. [1967] – *Development of a rating scale for primary depressive illness*. **British Journal of Social and Clinical Psychology**. **6**:(4); 278-296.
- 135 HAMMEN, C. L. [1995] – *Stress and the Course of Unipolar and Bipolar Disorders*. **In**: MAZURE, CAROLYN M. (Ed.), *Does stress cause psychiatric illness?*; (*Progress in psychiatry series*. **Vol.** 46); pp. 87-110; Cap. 114; xxiii, 281. Washington DC and London: American Psychiatric Press.
- 136 HAMMER, M; MAKIESKY-BARROW, S & GUTWIRTH, L. [1978] – *Social networks and schizophrenia*. **Schizophrenia Bulletin**. **4**:(4); 522-545.
- 137 HAMMER, M. [1963] – *Influence of small social networks as factors on mental hospital admission*. **Human Organization**. **22**; 243-251.
- 138 HAMMER, M. [1981] – *Social supports, social networks, and schizophrenia*. **Schizophrenia Bulletin**. **7**:(1); 45-57.
- 139 HARMAN, D. [1981] – *The aging process*. **Procedures of the National Academy of Science USA (Proc Natl Acad Sci U S A)**. **78**:(11); 7124-7128.
- 140 HARMAN, D. [1992] – *Free radical theory of aging: history*. **In**: EMERIT, INGRID & CHANCE, BRITTON (Eds.); *Free radicals and aging*. (*Experientia, Supplementa (EXS)*. **Vol.** 62); pp. 1-10; ix, 437. Basel; Boston: Birkhäuser Verlag.

- 141 HAVIGHURST, R. J.; NEUGARTEN, B. L. & TOBIN, S. S. [1964] – *Disengagement, personality and life satisfaction in the later years*. **In:** HANSEN, P. FROM; GERONTOLOGY, INTERNATIONAL CONGRESS OF & GERONTOLOGY, INTERNATIONAL ASSOCIATION OF (Eds.); *International Congress of Gerontology (1963): Age with a future; proceedings*. pp. 419-425; 662. Copenhagen: Munksgaard.
- 142 HAVIGHURST, R. J. [1963] – *Successful Aging*. **In:** WILLIAMS, RICHARD H; TIBBITTS, CLARK & DONAHUE, WILMA (Eds.); *Processes of aging: social and psychological perspectives*. (The Atherton Press behavioral science series. **Vol.** 1). New York: Atherton Press.
- 143 HAVIGHURST, R. J. [1968] – *Personality and patterns of aging*. *The Gerontologist*. **8**(1); 20-23.
- 144 HAVIGHURST, ROBERT JAMES & ALBRECHT, RUTH E. [1953] – *Older people*; (1st ed.); ; 415 p.; New York: Longmans, Green.
- 145 HAYFLICK, L. [1965] – *The limited in vitro lifetime of human diploid cell strains*. *Experimental Cell Research*. **37**; 614-636.
- 146 HAYFLICK, L. [1985] – *Theories of biological aging*. *Experimental Gerontology*. **20**(3-4); 145-159.
- 147 HAYFLICK, L. [1988] – *Why do we live so long?* *Geriatrics*. **43**(10); 77-79, 82, 87.
- 148 HAYNES, S. G & MATTHEWS, K. A [1988] – *The association of Type A behavior with cardiovascular disease: Update and critical review*. **In:** HOUSTON, B. KENT & SNYDER, C. R. (Eds.); *Type A behavior pattern: research, theory, and intervention*. (Wiley series on health psychology/ behavioral medicine); pp.; xvi, 362 p. New York: John Wiley & Sons, Inc.
- 149 HAYSLIP, BERT & PANEK, PAUL E. [1989] – *Adult Development and Aging*; xix, 618p.: ill; New York: Harper Row Publishers.
- 150 HEITHOFF, K. [1995] – *Does the ECA underestimate the prevalence of late-life depression?* *Journal of American Geriatric Society*. **43**(1); 2-6.
- 151 HESSE, HERMANN [2002] – *Elogio da velhice*; Difel – Difusão Editorial, S.A.
- 152 HULL, RAYMOND H. [1989] – *Incidence of selected language, speech and hearing disorders among the elderly*. **In:** HULL, RAYMOND H; GRIFFIN, KATHLEEN M; UNIVERSITY OF MICHIGAN et al. (Eds.); *Communication disorders in aging*. (Sage human services guides. **Vol.** 57); pp.; 195. Newbury Park, Calif.: Sage Publications.
- 153 HULTSCH, DAVID F & DEUTSCH, FRANCINE [1981] – *Adult development and aging: a life-span perspective*; xiv, 431 p.; New York: McGraw-Hill.
- 154 HYER, L. & BLAZER, D. G. [1982] – *Depressive Symptoms; Impact and Problems in Long Term Care Facilities*. *International Journal of Behavioral Geriatrics*. **1**(3); 33-34.
- 155 (INE), INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA [2002] – *Classificação das Doenças, Traumatismos e Causas de Morte (OMS –9th Rev.) (CID-9) – Lista Básica para Tabulação*. **In:** (INE), INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA (Ed.), *Estatísticas da Saúde 2000. (População, e Condições Sociais)*; pp. 202-205; 220; Anexos 228. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística (INE).

- 156 (INE), INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA [2002] – *O envelhecimento em Portugal – Situação Demográfica e socio-económica recente das pessoas idosas*; (Serviço de Estudos sobre a População do Departamento de Estatística); ; 36 p.; Lisboa: Instituto Nacional de Estatística (INE).
- 157 INSERSO, INSTITUTO NACIONAL DE SERVICIOS SOCIALES [1993] – *Plan Gerontológico Nacional*; Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales – INSERSO.
- 158 INSERSO, INSTITUTO NACIONAL DE SERVICIOS SOCIALES [1995a] – *Cuidados en la vejez. El apoyo informal*; (Colección Servicios Sociales. **Vol.** 26); ; 312 p.; Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales – INSERSO.
- 159 INSERSO, INSTITUTO NACIONAL DE SERVICIOS SOCIALES [1995b] – *Las Personas Mayores en España: Perfiles. Reciprocidad familiar*; (Colección Servicios Sociales. **Vol.** 27); ; 168 p.; Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales – INSERSO.
- 160 INSTITUTO DE EMPREGO E FORMAÇÃO PROFISSIONAL, (IEFP) [2001] – *Classificação Nacional das Profissões – Versão de 1994*. (Ed. GABINETE DE COMUNICAÇÃO – NÚCLEO DE INFORMAÇÃO E DOCUMENTAÇÃO); (2nd ed.); 750 p.; Lisboa: Instituto de Emprego e Formação Profissional.
- 161 IZAL, MARÍA & MONTORIO, IGNACIO [1999] – *Gerontología conductual; Bases para la intervención y ámbitos de aplicación*; (Síntesis. **Vol.** 2); ; 270 p.; Madrid: Editorial Síntesis, S.A.
- 162 JAMES, WILLIAM [1910] – *Précis de Psychologie*; Paris: Marcel Rivière & Cie.
- 163 JOHNSON, C. L & TROLL, L. E. [1994] – *Constraints and facilitators to friendships in late late life*. *The Gerontologist*. **34**:(1); 79-87.
- 164 JOHNSON, HORTON A & AMERICAN AGING ASSOCIATION [1985] – *Relations between normal aging and disease*; (Aging. **Vol.** 28); xiv, 256 p. ;ill; New York: Raven Press.
- 165 JOHNSON, PAUL & FALKINGHAM, JANE [1992] – *Ageing and economic welfare*; pp. 22; x, 206 p.; London: Sage.
- 166 KAHANA, B. & KAHANA, E. [1975] – *The relationship of impulse control to cognition and adjustment among institutionalized aged women*. *Journal of Gerontology*. **30**:(6); 679-687.
- 167 KALISH, R. A. [1983] – *La vejez: perspectivas sobre el desarrollo*; Madrid: Ediciones Pirámide.
- 168 KANE, ROBERT L; OUSLANDER, JOSEPH G & ABRASS, ITAMAR B. [1984] – *Essentials of clinical geriatrics*; pp. 6; xxii, 369 p.; New York: McGraw-Hill.
- 169 KATONA, CORNELIUS L & LIVINGSTON, GILL [1997] – *Comorbid Depression in Older People*. (Ed. EDUCATION, RELIEVING DEPRESSION THROUGH); (1st ed.); 81 p.; London: Martin Dunitz Ltd.
- 170 KATZ, I. R. & PARMELEE, P. A. [1997] – *Overview*. **In**: RUBINSTEIN, ROBERT L. & LAWTON, M. POWELL (Eds.); *Depression in long term and residential care: advances in research and treatment*. pp.; xxiii, 244 p. New York: Springer Pub. Co.
- 171 KAUFMAN, A & ADAMS, J. [1987] – *Interaction and loneliness: A dimensional analysis of older Southern adults*. *The Journal of Applied Gerontology*. **6**; 389-404.

- 172 KAY, D. W; HENDERSON, A. S; SCOTT, R *et al.* [1985] – *Dementia and depression among the elderly living in the Hobart community: the effect of the diagnostic criteria on the prevalence rates.* **Psychological Medicine.** 15:(4); 771-778.
- 173 KESSLER, R. C; FOSTER, C; WEBSTER, P. S *et al.* [1992] – *The relationship between age and depressive symptoms in two national surveys.* **Psychol Aging.** 7:(1); 119-126.
- 174 KIECOLT-GLASER, J & GLASER, R. [1991] – *Psychosocial factors, stress, disease and immunity.* **In:** ADER, ROBERT; FELTEN, DAVID L. & COHEN, NICHOLAS (Eds.); *Psychoneuroimmunology.* (2nd ed.); pp.; xxvii, 1218. San Diego: Academic Press.
- 175 KIELHOLZ, PAUL [1973] – *Masked Depression*; 307 p.; Bern: H Huber.
- 176 KIMMEL, DOUGLAS C. [1980] – *Adulthood and aging: an interdisciplinary, developmental view*; (2nd ed.); ; xiii, 574 p.; New York; Toronto: John Wiley & Sons, Inc.
- 177 KIRKWOOD, TOM [2000] – *El fin del Envejecimiento – Ciencia y longevidad*; (Metatemas: Libros para Pensar la Ciencia 1st ed.); 11-290; vi; p. Tusquets Editores.
- 178 KIVELA, S. L & PAHKALA, K. [1988a] – *Clinician-rated symptoms and signs of depression in aged Finns.* **The International Journal of Social Psychiatry.** 34:(4); 274-284.
- 179 KIVELA, S. L & PAHKALA, K. [1988b] – *Symptoms of depression in old people in Finland.* **Zeitschrift fur Gerontol.** 21:(5); 257-263.
- 180 KIVELA, S. L & PAHKALA, K. [1989] – *The prognosis of depression in old age.* **International Psychogeriatrics.** 1:(2); 119-133.
- 181 KIVETT, V. R. [1979] – *Discriminators of loneliness among the rural elderly: implications for intervention.* **The Gerontologist.** 19:(1); 108-115.
- 182 KLEFTARAS, G. [1991] – *Pleasant and unpleasant Events and Activities in the Elderly in Relation to their Level of Depressive Affect.* **European Review of Applied Psychology.** 41; 107-112.
- 183 KLEIN, D. C; FENCIL-MORSE, E & SELIGMAN, M. E. [1976] – *Learned helplessness, depression, and the attribution of failure.* **Journal of Personality and Social Psychology.** 33:(5); 508-516.
- 184 KNIGHT, B. [1986] – *Psychotherapy with older adults*; California: Sage Publications, Inc.
- 185 KOBASA, S. C. [1979] – *Stressful life events, personality, and health: an inquiry into hardiness.* **J Pers Soc Psychol.** 37:(1); 1-11.
- 186 KOBASA, S. C.; MADDI, S. R. & KAHN, S. [1982] – *Hardiness and health: a prospective study.* **J Pers Soc Psychol.** 42:(1); 168-177.
- 187 KOBASA, S. C.; MADDI, S. R. & PUCCHETTI, M. C. [1982] – *Personality and exercise as buffers in the stress-illness relationship.* **J Behav Med.** 5:(4); 391-404.
- 188 KOBASA, S. C. & PUCCHETTI, M. C. [1983] – *Personality and social resources in stress resistance.* **J Pers Soc Psychol.** 45:(4); 839-850.

- 189 KOHN, R. [1985] – *Aging and age related diseases: normal processes*. In: A., JOHNSON HORTON & ASSOCIATION, AMERICAN AGING (Eds.); *Relations between normal aging and disease*. (*Aging*. Vol. 28); pp. 1-43; xiv, 256 p. :ill. New York: Raven Press.
- 190 KOLODNY, R. C; MASTERS, W. H/ JOHNSON, V. E & BIGGS, M. A. [1979] – *Manual de sexualidad humana*; Madrid: Pirámide.
- 191 KORN, EDWARD LEE & GRAUBARD, BARRY I. [1999] – *Analysis of health surveys*; (Wiley Series in Probability and Statistics); ; xiii, 382 p.; New York: Jonh Wiley & Sons, Inc.
- 192 KRAMER-GINSBERG, E; GREENWALD, B. S; AISEN, P. S *et al.* [1989] – *Hypochondriasis in the elderly depressed*. *Journal of American Geriatric Society*. 37:(6); 507-510.
- 193 KRANTZ, D. S.; GRUNBERG, N. E. & BAUM, A. [1985] – *Health psychology*. *Annu Rev Psychol*. 36; 349-383.
- 194 KRIEF, BERNARD [1982] – *La depresion en España. Estudio sociológico*; Madrid: Lederle.
- 195 KUIPER, N. A. [1978] – *Depression and causal attributions for success and failure*. *Journal of Personality and Social Psychology*. 36:(3); 236-246.
- 196 KURDEK, L. A & SCHMITT, J. P. [1985] – *Age and gender differences in and personality correlates of loneliness in different relationships*. *Journal of Personality Assessment*. 49:(5); 485-496.
- 197 LA RUE, ASENATH [1992] – *Aging and neuropsychological assessment*; (Critical issues in neuropsychology); xv, 369 p.; New York: Plenum Press.
- 198 LANG, W. R & APONTE, G. E. [1967] – *Gross and microscopic anatomy of the aged female reproductive organs*. *Clinical Obstetrics and Gynecology*. 10:(3); 454-465.
- 199 LAURY, G. V. [1981] – *Ejaculatory changes in aging men*. *Medical Aspects of Human Sexuality*. 15; 136-137.
- 200 LAVIGNE, V. D. & FINLEY, G. E. [1990] – *Memory in middle-aged adults*. *Educational Gerontology*. 16:(5); 447-461.
- 201 LAWTON, M. P & BRODY, E. M. [1969] – *Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living*. *The Gerontologist*. 9:(3); 179-186.
- 202 LAWTON, M. P. [1972] – *Assessing the competence of older people*. In: KENT, D. P; KASTEMBAUM & SHERWOOD, S. (Eds.); *Research Planning and action the elderly: The power and potencial of social science*. pp. 122-143; New York: Behavioral Publications.
- 203 LAZARUS, R. S & FOLKMAN, S. [1984] – *Stress, appraisal and coping*; New York: Springer.
- 204 LEAF, A. [1982] – *Long-lived populations: extreme old age*. *Journal of American Geriatric Society*. 30:(8); 485-487.
- 205 LEHR, U. [1988] – *Psicología de la senectud*; Barcelona: Editorial Herder.

- 206 LEMON, B. W; BENGTON, V. L & PETERSON, J. A. [1972] – *An exploration of the activity theory of aging: activity types and life satisfaction among in-movers to a retirement community*. **Journal of Gerontology**. **27**:(4); 511-523.
- 207 LERNER, RICHARD M & HULTSCH, DAVID F. [1983] – *Human development, a life-span perspective*; xviii, 666 p.; New York: McGraw-Hill.
- 208 LEVENTHAL, E. A; HANSELL, S; DIEFENBACH, M *et al.* [1996] – *Negative affect and self-report of physical symptoms: two longitudinal studies of older adults*. **Health Psychol.** **15**:(3); 193-199.
- 209 LIMA, MARGARIDA PEDROSO [2000] – *As Ideias que temos – os idosos que somos. A perspectiva da psicologia em relação ao estudo e à intervenção na terceira idade*. **Psiquiatria Clínica**. **21**:(2); 149-152.
- 210 LIND, L. R; ZERBIS, GABRIELE DE & MAXIMIANUS, ETRUSCUS [1988] – *On the care of the aged = Gabriele Zerbi, Gerontocomia: On the care of the aged. and Maximianus, Elegies on old age and love*; (Memoirs of the American Philosophical Society. **Vol.** 182); 346 p.; Philadelphia: American Philosophical Society.
- 211 LIVINGSTON, G; HAWKINS, A; GRAHAM, N *et al.* [1990] – *The Gospel Oak Study: prevalence rates of dementia, depression and activity limitation among elderly residents in inner London*. **Psychological Medicine**. **20**:(1); 137-146.
- 212 LOCKE, S & KRAUS, L. [1982] – *Modulation of natural killer activity by life stress and coping ability*. **In:** M., LEVY SANDRA; CANCER, SYMPOSIUM ON BEHAVIORAL BIOLOGY AND & HEALTH, NATIONAL INSTITUTES OF (Eds.); *Biological mediators of behavior and disease: Neoplasia*. pp.; xvi, 260. New York; Oxford: Elsevier Biomedical.
- 213 LOPATA, H. Z. [1982] – *Antecedents and coping strategies in the lives of widows*. **In:** PEPLAU, LETITIA ANNE & PERLMAN, DANIEL (Eds.); *Loneliness: a sourcebook of current theory, research, and therapy*. (Wiley series on personality processes); pp.; xvii, 430 p. New York: John Wiley & Sons, Inc.
- 214 LOVESTONE, SIMON & HOWARD, ROBERT [1997] – *Depression in Elderly People*; (Relieving Depression Through Education 1st ed.); vii; 1-71 p.; London UK: Martin Dunitz Ltd.
- 215 LOWENTHAL, M. [1968] – *Social isolation and mental illness in old age*. **In:** NEUGARTEN, BERNICE LEVIN (Ed.), *Middle age and aging: a reader in social psychology*. pp. 220-231; xiii, 596. Chicago: University of Chicago Press.
- 216 M. MOTTE, CÉLIA ALIX & MUÑOZ TORTOSA, JUAN [2002] – *Envejecimiento social*. **In:** MUÑOZ TORTOSA, JUAN (Ed.), *Psicología del envejecimiento*. (Psicología Pirámide); pp. 95-110; 204. Madrid: Ediciones Pirámide (Grupo Anaya, S.A.).
- 217 MADDOX, G. L & CLARK, D. O. [1992] – *Trajectories of functional impairment in later life*. **J Health Soc Behav.** **33**:(2); 114-125.
- 218 MAGRO, CERQUEIRA [2002] – *Plano Nacional para a Saúde do Idoso*. **In:** XXIII Congresso Português de Geriatria; 2002 October (16-18), (XXIII CONGRESSO PORTUGUÊS DE GERIATRIA, ed.). Lisboa.

- 219 MAIA, ÂNGELA DA COSTA [2000] – *Das observações clínicas aos resultados da investigação: Coincidências e discrepâncias no estudo da depressão.* **Psiquiatria Clínica.** 21:(1); 39-48.
- 220 MANN, A. [1980] – *The anglo-american geriatric studies.* **Acta Psychiatrica Scandinava.** 285; 279-284.
- 221 MANUBENS, MONTSERRAT [1989] – *Cambios biológicos de las funciones sexuales humanas. ¿Indicadores del envejecimiento?* **In:** AVENI CASUCCI, M. A. ET AL. (Ed.), *Afectividad y sexualidad en la ancianidad.* Barcelona: Fundació Caixa de Pensions.
- 222 MARSH, H. W; SMITH, I. D & BARNES, J. [1983] – *Multitrait-multimethod analyses of the Self-Description Questionnaire: student-teacher agreement on multidimensional ratings of student self-concept.* **American Education Research Journal.** 20:(3); 333-357.
- 223 MARTIN, CLAUDE [1995] – *Os limites da proteção da família.* **Revista Crítica de Ciências Sociais.** 42; 53-75.
- 224 MASLOW, A. H. [1954] – *Motivation and personality;* New York: Harpen and Row.
- 225 MASTERS, WILLIAM H; JOHNSON, VIRGINIA E. & REPRODUCTIVE BIOLOGY RESEARCH FOUNDATION (U.S.) [1966] – *Human sexual response;* (1st ed.); ; xiii, 366 p.; Boston: Little.
- 226 MATOS, MARGARIDA & AVELAR, TERESA [2000] – *A explicação evolutiva do envelhecimento.* **Geriatrics – Revista Portuguesa de Medicina Geriátrica.** Ano XIII, Vol. XIII:(126).
- 227 MAYORAL, MARIA FRANCISCA [1996] – *El Recto del Futuro: el Envejecimiento y la Jubilacion.* **In:** VEGA VEGA, JOSÉ LUIS & BELÉN BUENO, MARIA (Eds.); *Pensando en el Futuro, Curso de Preparación para la Jubilación.* pp. 27-72.; Madrid: Editorial Síntesis, S.A.
- 228 MAZURE, C. M & DRUSS, B. G. [1995] – *A Historical Perspective on Stress and Psychiatric Illness.* **In:** MAZURE, CAROLYN M. (Ed.), *Does stress cause psychiatric illness?;* (Progress in psychiatry series. Vol. 46); pp. 1-41; xxiii, 281 p.; ill. Washington DC and London: American Psychiatric Press.
- 229 MCGRATH, ELLEN & AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION, NATIONAL TASK FORCE ON WOMEN AND DEPRESSION [1990] – *Women and depression: risk factors and treatment issues: final report of the American Psychological Association's National Task Force on Women and Depression;* (1st ed.); ; xiv, 123 p.; Washington, DC: American Psychological Association.
- 230 MEICHENBAUM, DONALD [1983] – *Coping with stress;* 156 p.; New York, N.Y.: Facts on File Publications.
- 231 MILLER, RICHARD A. [1994] – *The Biology of Aging and Longevity.* **In:** HAZZARD, WILLIAM R; BIERMEN, E. L; BLASS, J. P et al. (Eds.); *Principles of geriatric medicine and gerontology.* (Health Professions Division 3rd ed.); pp. 3-18; Cap. I; xxiv 1373 McGraw-Hill Health Professions Division.
- 232 MINOIS, GEORGES [1999] – *História da Velhice no Ocidente: da Antiguidade ao Renascimento;* (Coleção Teorema, Série especial. Vol. 36); pp. 11; 367; 370; 382 p.; Lisboa: Editorial Teorema, Lda.

- 233 MIRAS MARTÍNEZ, FRANCISCO; MERCADER RUBIO, ISABEL & LUCAS ACIÉN, FRANCISCA [1997] – *Envejecer, en el horizonte de la vida*. **In:** RUBIO HERRERA, RAMONA; OSORIO GUILLÓN, LUIS; VILLAVARDE GUTIÉRREZ, MARÍA DEL CARMEN *et al.* (Eds.); (Comp.); *Temas de Gerontología II*. pp. 289-301; Máster de Gerontología Social (Ministerios de Trabajo y Asuntos Sociales. Instituto Nacional de Servicios Sociales).
- 234 MIROWSKY, J. & ROSS, C. E. [1992] – *Age and depression*. *J Health Soc Behav.* **33**(3); 187-205; discussion 206-112.
- 235 MISHARA & RIEDEL [1986] – *El proceso de envejecimiento*; Madrid: Morata.
- 236 MONK, A. [1988] – *Aging loneliness, and communications*. *American Behavioral Scientist.* **31**(5); 532-563.
- 237 MONTORIO, C. [1990] – *Evaluación psicológica en la vejez: Instrumentación desde su enfoque multidimensional*; Madrid: Universidad Autónoma de Madrid (UAM).
- 238 MONTORIO, IGNACIO & IZAL, MARÍA [1997] – *La vejez com éxito. Pero y porqué las personas mayores no se deprimen más?* *Intervención Psicosocial.* **6**(1); 53-65.
- 239 MONTORIO, IGNACIO & IZAL, MARÍA [2000] – *Intervención Psicológica en la vejez. Aplicaciones en el ámbito clínico y de la salud*; (Síntesis. **Vol.** 3); ; 396 p.; Madrid: Editorial Síntesis, S.A.
- 240 MOOS, R. H & SCHAEFER, J. A. [1993] – *Coping Resources and Processes: Current Concepts and Measures (Cap. 13)*. **In:** GOLDBERGER, LEO & BREZNITZ, SHLOMO (Eds.); *Handbook of stress: theoretical and clinical aspects*. (2nd ed.); pp. 234-257; xxv, 819 p. New York; Toronto: Free Press; Maxwell Macmillan Canada; Maxwell Macmillan International.
- 241 MOOS, R. H. [1984] – *Multiphasic environmental assessment procedure (MEAP) Manual*; Stanford: Stanford University Medical Centre.
- 242 MORAGAS MORAGAS, RICARDO [1991] – *Gerontología Social – Envejecimiento y calidad de vida*; (1st ed.); pp. 21-54; 69-77; 155-177; 298 p.; Barcelona: Editorial Herder.
- 243 MORIN, EDGAR [1970] – *L'homme et la mort*; Paris: Seuil.
- 244 MOXLEY, D. [1988] – *Measuring the social support networks of persons with psychiatric disabilities. A pilot investigation*. *Psychosocial Rehabilitation Journal.* **2**(21); 18-27.
- 245 MOYA MATEO, JUAN ANTONIO [1996] – *Constatación del fenómeno del envejecimiento*. **In:** RUBIO HERRERA, RAMONA; BAURA ORTEGA, JOSÉ CARLOS; VILLAVARDE GUTIÉRREZ, MARÍA DEL CARMEN *et al.* (Eds.); (Comp.); *Temas de Gerontología*. pp. 147-164;. Universidad de Granada: Máster de Gerontología Social (Ministerios de Trabajo y Asuntos Sociales. Instituto Nacional de Servicios Sociales).
- 246 MULLINS, L C; MUSHEL, M; COOK, C *et al.* [1994] – *The complexity of interpersonal relationships among older persons: An examination of selected emotionally close relationships*. *Journal of Gerontological Social Work.* **22**(1-2); 246-250.

- 247 MUÑOZ TORTOSA, JUAN [2002a] – *Depresión en personas mayores*. **In:** MUÑOZ TORTOSA, JUAN (Ed.), *Psicología del envejecimiento*. (Psicología Pirámide); pp. 151-165; 204 p. Madrid: Ediciones Pirámide (Grupo Anaya, S.A.).
- 248 MUÑOZ TORTOSA, JUAN [2002b] – *Envejecimiento y sexualidade*. **In:** MUÑOZ TORTOSA, JUAN (Ed.), *Psicología del envejecimiento*. pp. 123-131; 204 p. Madrid: Ediciones Pirámide (Grupo Anaya, S.A.).
- 249 MUÑOZ TORTOSA, JUAN [2002] – *Psicología del envejecimiento*; (Psicología Pirámide); ; 204 p.; Madrid: Ediciones Pirámide (Grupo Anaya, S.A.).
- 250 MYERS, J. K.; WEISSMAN, M. M.; TISCHLER, G. L. *et al.* [1984] – *Six-month prevalence of psychiatric disorders in three communities 1980 to 1982*. *Arch Gen Psychiatry*. **41**:(10); 959-967.
- 251 NADOL, J. B. JR. [1993] – *Hearing loss*. *New England Journal of Medicine*. **329**:(15); 1092-1102.
- 252 NATIONAL CENTER FOR HEALTH SATTISTICS, (NCHS) [1987] – *Use of nursing homes by the elderly: preliminary data from the 1985 National Nursing Home Survey*; (Vol. PHS); 87; Hyattsville: DHHS Publ.
- 253 NAZARETH, J. MANUEL [1994] – *O envelhecimento demográfico da população portuguesa no início dos anos noventa*. *Geriatrics – Revista Portuguesa de Medicina Geriátrica*. Ano VII, Vol. VII:(64); 5-17.
- 254 NAZARETH, J. MANUEL [1999] – *Envelhecimento demográfico e relação entre gerações*. *Psicologia, Educação e Cultura*. III:(2); 5-17.
- 255 NELSON, R. C. & FRANZI, L. R. [1989] – *Nutrition and aging*. *Med Clin North Am*. **73**:(6); 1531-1550.
- 256 NEUGARTEN, B. L. [1970] – *Dynamics of transition of middle age to old age. Adaptation and the life cycle*. *J Geriatr Psychiatry*. **4**:(1); 71-100.
- 257 NEUGARTEN, B. L. [1975] – *The future and the young-old*. *The Gerontologist*. **15**:(1 Pt. 2); 4-9.
- 258 NEUGARTEN, BERNICE LEVIN [1968] – *Adult personality. Toward a psychology of the life cycle*. **In:** NEUGARTEN, BERNICE LEVIN (Ed.), *Middle age and aging: a reader in social psychology*. pp.; xiii, 596. Chicago: University of Chicago Press.
- 259 NUNO GRANDE, RODRIGUES [2001] – *Os direitos específicos dos idosos*. *Humanidades, Cultura e Cidadania*. I:(4); 18-21.
- 260 ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU) [1999] – *Développement social, y compris les questions relatives à la situation sociale dans le monde et aux jeunes, aux personnes âgées, aux handicapés et à la famille*. **In:** RAPORT DU SECRÉTAIRE GÉNÉRAL (Ed.), *Cadre opérationnel de l'année internationale des personnes âgées*. Organização das Nações Unidas (ONU).
- 261 ORNELAS, JOSÉ [1996] – *Suporte social e doença mental*. *Análise Psicológica*. **XIV**:(Sér 2-3); 263-268.
- 262 PALMORE, E. B; FILLENBAUM, G. G & GEORGE, L. K. [1984] – *Consequences of retirement*. *J Gerontol*. **39**:(1); 109-116.

- 263 PARMELEE, P. A; KATZ, I. R & LAWTON, M. P. [1989] – *Depression among institutionalized aged: Assessment and prevalence estimation. Journal of Gerontology.* **44**:(1); M22-29.
- 264 PARMELEE, P. A; KATZ, I. R & LAWTON, M. P. [1992a] – *Depression and mortality among institutionalized aged. J Gerontol.* **47**:(1); P3-10.
- 265 PARMELEE, P. A; KATZ, I. R & LAWTON, M. P. [1992b] – *Incidence of depression in long-term care settings. J Gerontol.* **47**:(6); M189-196.
- 266 PATTISON, E. M; DEFRANCISCO, D; WOOD, P *et al.* [1975] – *A psychosocial kinship model for family therapy. American Journal of Psychiatry.* **132**:(12); 1246-1251.
- 267 PAÚL, MARIA CONSTANÇA [1991] – *Percursos pela Velhice. Uma perspectiva ecológica em psicogerontologia*; Porto: Instituto Ciências Biomédicas Abel Salazar (ICBAS).
- 268 PAÚL, MARIA CONSTANÇA [1993] – *A Depressão em Idosos: Estudo Exploratório. Análise Psicológica.* **XI**:(4); 609-617.
- 269 PAÚL, MARIA CONSTANÇA [1994] – *Panorama demográfico dos idosos em Portugal. Geriatria – Revista Portuguesa de Medicina Geriátrica. Ano VII, Vol. VII*:(70); 21-26.
- 270 PAÚL, MARIA CONSTANÇA [1996] – *Psicologia dos Idosos: O envelhecimento em Meios Urbanos*; (Manuais de psicologia); Braga: Sistemas Humanos e Organizacionais, Lda.
- 271 PAÚL, MARIA CONSTANÇA [1997] – *Lá para o Fim da Vida: Idosos, Família e Meio Ambiente*; 7-171 p.; Coimbra: Livraria Almedina.
- 272 PAÚL, MARIA CONSTANÇA & FONSECA, ANTÓNIO M. [1999a] – *A “Passagem à Reforma”, como um momento de transição – uma abordagem desenvolvimental. Psicologia, Educação e Cultura. Vol. III*:(2); 367-384.
- 273 PAÚL, MARIA CONSTANÇA & FONSECA, ANTÓNIO M. [1999b] – *A saúde e a qualidade de vida dos Idosos. Psicologia, Educação e Cultura. Vol. III*:(2); 345-362.
- 274 PAÚL, MARIA CONSTANÇA & FONSECA, ANTÓNIO M. [2001] – *Psicossociologia da Saúde*; (Manuais Universitários. **Vol.** 20); pp. 15-147; xiv; Lisboa: Climepsi Editores.
- 275 PEARLIN, L. I. & SCHOOLER, C. [1978] – *The structure of coping. J Health Soc Behav.* **19**:(1); 2-21.
- 276 PEPLAU, LETITIA ANNE & PERLMAN, DANIEL [1982] – *Loneliness: a sourcebook of current theory, research, and therapy*; (Wiley Series on personality processes); ; xvii, 430 p.; New York: John Wiley & Sons, Inc.
- 277 PEREIRA, MIGUEL [2002] – *Plano Nacional para a Saúde do Idoso. In: XXIII Congresso Português de Geriatria*; 2002 October (16-18), (XXIII CONGRESSO PORTUGUÊS DE GERIATRIA, ed.). Lisboa.
- 278 PÉREZ, ALMEIDA E; GONZÁLEZ FELIPE, M. A; MORALEDA, JIMÉNEZ, P *et al.* [1989] – *Incidência de la depresión en la residencia geriátrica y variables relacionadas con ella. Revista Española de Geriatria y Gerontología.* **24**:(19); 27-33.

- 279 PÉREZ ORTIZ, LOURDES [1997] – *Las necesidades de las Personas Mayores en España: Vejez, Economía y Sociedad*; (1st ed.); pp. 4-97; Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMERSO).
- 280 PERLMAN, DANIEL [1988] – *A life-span, family perspective*. **In:** MILARDO, ROBERT M. & NATIONAL COUNCIL ON FAMILY RELATIONS (Eds.); *Families and social networks. (New perspectives on family)*; pp.; 237 p. Newbury Park: Sage Publications.
- 281 PERLMUTER, LAWRENCE C & MONTY, RICHARD A. [1989] – *Motivation and Aging*. **In:** POON, LEONARD W; RUBIN, DAVID C & WILSON, BARBARA A. (Eds.); *Everyday cognition in adulthood and late life*. pp. 373-393; xii, 708. Cambridge England; New York: Cambridge University Press.
- 282 PERREZ, M & REICHERTS, M. [1992] – *Depressed people coping with aversive situations*. **In:** PERREZ, MEINRAD & REICHERTS, MICHAEL (Eds.); *Stress, coping, and health: a situation-behavior approach: theory, methods, applications*. pp.; vi, 233. Seattle, Toronto, Bern, Göttingen: Hogrefe & Huber Publishers.
- 283 PERRIS, C. [1990] – *Cognitive-behavioral Psychotherapy with elderly patients. Principles, feasibility and limits*. *The European Journal of Psychiatry*. **4**; 95-104.
- 284 PFEIFFER, E. [1969] – *Sexual Behavior in old age*. **In:** BUSSE, EWALD W & PFEIFFER, ERIC (Eds.); *Behavior and adaptation in late life*. pp.; xii, 395. Boston: Little Brown.
- 285 PFITZENMEYR, P; MANIER, D & GAMUS, A. [1999] – *A Depressão da pessoa idosa*. *Servir*. **47**:(6); 304-309.
- 286 PIMENTEL, LUÍSA [2000] – *Novas Tendências do apoio social ao cidadão idoso*. *Geriatrics – Revista Portuguesa de Medicina Geriátrica*. Ano XIII, Vol. XIII:(125).
- 287 PIO ABREU, J. L. [2001] – *Como tornar-se doente mental*; (3rd ed.); Coimbra: Quarteto.
- 288 PLASSMAN, B. L; WELSH, K. A; HELMS, M *et al.* [1995] – *Intelligence and education as predictors of cognitive state in late life: a 50-year follow-up*. *Neurology*. **45**:(8); 1446-1450.
- 289 PLOMP, R. [1978] – *Auditory handicap of hearing impairment and the limited benefit of hearing aids*. *Journal Acoust Soc Am*. **63**:(2); 533-549.
- 290 POLIT, DENISSE F & HUNGLER, BERNARDETTE P. [1992] – *Investigación científica en ciencias de la salud*; (3rd ed.); México: Interamericana Mac Graw Hill.
- 291 POON, LEONARD W; RUBIN, DAVID C & WILSON, BARBARA A. [1989] – *Everyday cognition in adulthood and late life*; xii, 708 p.; Cambridge England; New York: Cambridge University Press.
- 292 PORTO, R. [1987] – *La sexualité*. *Psychologie médicales*.
- 293 POST, R. M. [1992] – *Transduction of psychosocial stress into the neurobiology of recurrent affective disorder*. *American Journal of Psychiatry*. **149**:(8); 999-1010.
- 294 PRADOS CUERTA, MERCEDES & MUÑOZ TORTOSA, JUAN [2002] – *La jubilación*. **In:** MUÑOZ TORTOSA, JUAN (Ed.), *Psicología del envejecimiento. (Psicología Pirámide)*; pp. 111-122; 204. Madrid: Ediciones Pirámide (Grupo Anaya, S.A.).

- 295 QUIVY, RAYMOND & CAMPENHOUDT, LUC VAN [1998] – *Manual de Investigação em Ciências sociais*; (2nd ed.); Lisboa: Gradiva.
- 296 RAMOS, FRANCISCO & GONZÁLEZ, HENAR [1994] – *La Sexualidad en la vejez*. **In:** BUENDÍA, JOSÉ (Ed.), (Comp.); *Envejecimiento y Psicología de la Salud*. pp. 151-178; xxii, 482. Madrid: Siglo Veintiuno de España Editores, S.A.
- 297 RAMOS, FRANCISCO & JIMÉNEZ, PILAR [1999] – *Salud y envejecimiento*; Madrid: Universidad Nacional de Educación a distancia.
- 298 RANE-SZOSTAK, D & HERTH, K. A. [1995] – *A new perspective on loneliness in later life*. *Issues in Mental Health Nursing*. **16**:(6); 583-592.
- 299 RAPP, S. R; PARISI, S. A & WALSH, D. A. [1988] – *Psychological dysfunction and physical health among elderly medical inpatients*. *Journal Consult Clin Psychol*. **56**:(6); 851-855.
- 300 READ, J. D. & LINDSAY, D. S [1994] – *Moving toward a middle ground on the false memory debate – Reply*. *Applied Cognitive Psychology*. **8**:(4); 407-435.
- 301 REGIER, D. A; BOYD, J. H; BURKE, J. D. JR *et al.* [1988] – *One-month prevalence of mental disorders in the United States. Based on five Epidemiologic Catchment Area sites*. *Arch Gen Psychiatry*. **45**:(11); 977-986.
- 302 REHM, L. P. [1977] – *A self control model of depression*. *Behavior Therapy*. **8**; 787-804.
- 303 REHM, L. P. [1982] – *Self-management in depression*. **In:** KAROLY, PAUL & KANFER, FREDERICK H. (Eds.); *Self-management and behavior change: from theory to practice*. (Pergamon general psychology series. **Vol.** 106); pp. 522-567; xii, 636. New York: Pergamon Press.
- 304 REICH, J. W; ZAUTRA, A. J & GUARNACCIA, C. A. [1989] – *Effects of disability and bereavement on the mental health and recovery of older adults*. *Psychol Aging*. **4**:(1); 57-65.
- 305 REIS, ANA JOÃO & SILVA, CRISTINA TEIXEIRA [2000] – *Medicina geral e familiar e a consulta domiciliária na população geriátrica*. *Geriatrics – Revista Portuguesa de Medicina Geriátrica*. **Ano XIII, Vol. XIII**:(126).
- 306 REIS JR., JOSÉ [1996] – *O envelhecimento*. *Geriatrics – Revista Portuguesa de Medicina Geriátrica*. **Ano IX, Vol. IX**:(83); 14-28.
- 307 REIS JR., JOSÉ [2000] – *Para um prolongamento da esperança de vida com a saúde no limiar do novo milénio*. *Geriatrics – Revista Portuguesa de Medicina Geriátrica*. **Ano XIII, Vol. XIII**:(127); 13-20.
- 308 REVENSON, T. A & JOHNSON, J. L. [1984] – *Social and demographic correlates of loneliness in late life*. *American Journal Community Psychol*. **12**:(1); 71-85.
- 309 RIBEIRO, JOSÉ LUÍS PAIS [1996] – *Saúde e desenvolvimento*. *Análise Psicológica*. **XIV**:(Sér 23).
- 310 RIBERA, D; REIG, A & MIQUEL, J. [1988] – *Psicología de la salud y envejecimiento: Estudio empírico en una residencia de ancianos*. *Revista Iberoamericana de Geriatria y Gerontología*. **2**; 23-36.

- 311 RILEY, MATILDA & FONER, ANNE [1968] – *Aging and society: An Inventory of Research. Findings*; New York: Russell Sage Foundation.
- 312 RILEY, MATILDA WHITE [1988] – *Forward*. **In:** SCHAIE, K. WARNER; NATIONAL INSTITUTE ON AGING; BEHAVIORAL AND SOCIAL RESEARCH PROGRAM *et al.* (Eds.); *Methodological issues in aging research*. pp.; xii, 260. New York: Springer.
- 313 RILEY, MATILDA WHITE; JOHNSON, M; FONER, ANNE *et al.* [1972] – *Aging and Society*; (A sociology of age stratification. **Vol.** 3) Russell Sage Foundation.
- 314 RIZLEY, R. [1978] – *Depression and distortion in the attribution of causality*. *Journal of Abnormal Psychology*. **87**:(1); 32-48.
- 315 ROBERT, LADISLAS [1995] – *O Envelhecimento: Factos e Teorias*; (Biblioteca Básica de Ciência e Cultura. **Vol.** 23); 7-154; p.; Lisboa: Instituto Piaget.
- 316 ROBERTS, R. E; KAPLAN, G. A; SHEMA, S. J *et al.* [1997] – *Prevalence and correlates of depression in an aging cohort: the Alameda County Study*. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. **52**:(5); S252-258.
- 317 ROCHA, GILBERTA [1995] – *Envelhecimento Demográfico na União Europeia*. **In:** *População, Família e Condições de Vida*; 1995, (Vol. Actas do Seminário); (INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA, (INE), ed.). Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, (INE).
- 318 ROCKSTEIN, M & SUSSMAN, M. [1979] – *Biology of aging*; Belmont, CA: Wodsworth.
- 319 RODRÍGUEZ, ÁNGEL [1994] – *Dimensiones Psicosociales de la vejez*. **In:** BUENDÍA, JOSÉ (Ed.), (Comp.); *Envejecimiento y Psicología de la Salud*. pp. 53-68; xxii, 482. Madrid: Siglo Veintiuno de España Editores, S.A.
- 320 RODRÍGUEZ CARRAJO, MANUEL [1999] – *Sociología de los Mayores*; (Manuales – Colección de textos de Estudios Universitarios de la Experiencia, 1. **Vol.** 14); ; 242 p.; Salamanca: Publicaciones Universidad Pontificia de Salamanca.
- 321 RODRÍGUEZ, P & SANCHO, M. T. [1995] – *Nuevos retos de la política social de atención a las personas mayores. Las situaciones de fragilidad*. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*. **30**:(3); 141-152.
- 322 ROSE, A. M. [1962] – *The subculture of aging: A topic for sociological research*. *The Gerontologist*. **12**; 123-127.
- 323 ROSE, MICHAEL R. [1991] – *Evolutionary biology of aging*; ; ix, 221 p.; New York: Oxford University Press.
- 324 ROSEN MAYR, LEOPOLD [1992] – *Dépendance et relation familiale à domicile et institution*. **In:** UNCCASAF (Ed.), *Viellissement et qualité de vie*. Paris: UNCCASAF.
- 325 ROTH, D & REHM, L. P. [1980] – *Relationships among self-monitoring processes, memory, and depression*. *Cognitive Therapy and Research*. **4**; 149-157.
- 326 ROVNER, B. W; KAFONEK, S; FILIPP, L *et al.* [1986] – *Prevalence of mental illness in a community nursing home*. *American Journal of Psychiatry*. **143**:(11); 1446-1449.
- 327 ROWE, J. W. & KAHN, R. L. [1997] – *Successful aging*. *The Gerontologist*. **37**:(4); 433-440.

- 328 RUBIN, ISADORE [1965] – *Sexual life after sixty*; ; xiv, 274 p.; New York: Basic Books.
- 329 RUBIO HERRERA, RAMONA; OSORIO GUILLÓN, LUIS; VILLAVERDE GUTIÉRREZ, CARMEN *et al.* [1997] – *Niveles de adaptación con éxito en las personas mayores*. **In:** RUBIO HERRERA, RAMONA; OSORIO GUILLÓN, LUIS; VILLAVERDE GUTIÉRREZ, MARÍA DEL CARMEN *et al.* (Eds.); (Comp.); *Temas de Gerontología II*. pp. 177-201.; Universidad de Granada: Máster de Gerontología Social (Ministerios de Trabajo y Asuntos Sociales. Instituto Nacional de Servicios Sociales).
- 330 RUFFIÉ, JAQUES [1986] – *Le sexe et la mort*; Paris: Odibe Jacobes.
- 331 RUIZ-TORRES, A. [1989] – *Multidisciplinary Study on Aging and Health condiction of the Population of Nogueira de Ramuin*; Madrid: Tecnipublicaciones, S.A.
- 332 SÁEZ NARRO, N; ALEIXANDRE, M; VICENTE, P *et al.* [1993] – *Cambio y socialización en la tercera edad*. **Investigaciones Psicológicas**. **12**; 129-152.
- 333 SÁEZ NARRO, N. [1996] – *Socialización y Tercera Edad*. **In:** SÁEZ NARRO, N; RUBIO HERRERA, RAMONA & DOSIL MACEIRA, A. (Eds.); *Tratado de Psicogerontología*. Valencia: Promolibro.
- 334 SAN MARTÍN, H; PASTOR & ALDEGUER, V. [1990] – *Epidemiología de la vejez. ¿Qué edad tendrá usted cuando cumpla setenta años?*; Madrid: McGraw-Hill Interamericana de España.
- 335 SANCHO, TERESA & RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, PILAR [1999] – *Programas y Servicios para Personas Mayores*. **In:** IZAL, MARÍA & MONTORIO, IGNACIO (Eds.); *Gerontología Conductual; Bases para la intervención y ámbitos de aplicación. (Síntesis. Vol. 2)*; pp. 207-235; 270. Madrid: Editorial Síntesis, S.A.
- 336 SAS INSTITUTE, INC. [2003] – *JMP® Statistics and Graphics Guide, Version 5.1*; (The Statistical Discovery Software); ; 770 p.; USA, Cary, NC: SAS Institute Inc.
- 337 SCHNEIDER, EDWARD L & ROWE, JOHN W. [1990] – *Handbook of the biology of aging*; (The handbooks of aging 3rd ed.); ; xvii, 489 p.; San Diego: Academic Press.
- 338 SCHROOTS, JOHANNES & BIRREN, JAMES E. [1980] – *A Psychological point of view toward human aging and adapatability*. **In:** INTERNATIONAL CENTER OF SOCIAL GERONTOLOGY (Ed.), *International Conference of Social Gerontology: Adaptability and aging: IXth International Conference of Social Gerontology, Quebec, Canada, 27th-29th August 1980*. pp. 43-54;. International Center of Social Gerontology.
- 339 SEGAL, Z. V; HOOD, J. E; SHAW, B. F *et al.* [1988] – *A structural analysis of the self-schema construct in major depression*. **Cognitive Therapy and Research**. **12**; 471-485.
- 340 SEGAL, Z. V & VELLA, D. D. [1990] – *Self-schema in major depression: replication and extension of a priming methodology*. **Cognitive Therapy and Research**. **14**; 162-176.
- 341 SELIGMAN, M. E; ABRAMSON, L. Y; SEMMEL, A *et al.* [1979] – *Depressive attributional style*. **Journal of Abnormal Psychology**. **88**:(3); 242-247.
- 342 SELYE, HANS [1976] – *The stress of life*; (Rev. ed.); ; xxvii, 515 p.; New York: McGraw-Hill.

- 343 SEROW, W. J & SLY, D. [1988] – *Trends in the characteristics of the oldest-old: 1940 to 2000*. *Journal of Aging Studies*. 2:(2); 145-156.
- 344 SHANAS, ETHEL [1984] – *Old parents and middle-aged children: the four- and five-generation family*. *Journal of Geriatric Psychiatry*. 17:(1); 7-19.
- 345 SHAVELSON, R. J & BOLUS, R. [1982] – *Self-concept: the interplay of theory and methods*. *Journal of Education Psychology*. 74:(1).
- 346 SHAVELSON, R. J; HUBNER, J. J & STANTON, J. C. [1976] – *Self-concept: Validation of construct interpretations*. *Review of Educational Research*. 46; 407-441.
- 347 SHAVIT, Y. [1991] – *Stress immune modulation in animals: opiates and endogenous opioid peptides*. In: ADER, ROBERT; FELTEN, DAVID L. & COHEN, NICHOLAS (Eds.); *Psychoneuroimmunology*. pp.; xxvii, 1218. San Diego: Academic Press.
- 348 SHIP, J. A & WEIFFENBACH, J. M. [1993] – *Age, gender, medical treatment, and medication effects on smell identification*. *Journal of Gerontology*. 48:(1); M 26-32.
- 349 SHOCK, N. W; GREULICH, R. C; ANDRES, R *et al.* [1984] – *Normal human aging: The Baltimore Longitudinal Study of Aging*; (Published by National Institute of Health - NIH. Vol. 84); 2450; Washington, DC: U.S. Public Health Service.
- 350 SILVA, CARLOS FERNANDES [2001] – *Sopa como da nossa velha mãe não há*. *Humanidades, Cultura e Cidadania*. I:(4); 24-25.
- 351 SIMEONI, I. [1989] – *Les affects de la famille: entre l'amour et la haine*. In: / (Ed.), *Les familles des personnes âgées*. (Vol. 48) Rev. Gerontology et Société.
- 352 SIMON, G. E & VONKORFF, M. [1991] – *Somatization and psychiatric disorder in the NIMH Epidemiologic Catchment Area study*. *American Journal of Psychiatry*. 148:(11); 1494-1500.
- 353 SKINNER, B. F & VAUGHAN, M. E. [1983] – *Enjoy old age: a program of self-management*; (1st ed.); 157 p.; New York: Norton.
- 354 SKINNER, B. F & VAUGHAN, M. E. [1986] – *Disfrutar la vejez*; A. Martínez Roca.
- 355 SLUZKI, CARLOS E. [1996] – *La Red Social: Frontera de la Práctica Sistemica*; Barcelona: Gedisa editorial.
- 356 SMALL, G. W & FAWZY, F. I. [1988] – *Psychiatric consultation for the medically ill elderly in the general hospital: need for a collaborative model of care*. *Psychosomatics*. 29:(1); 94-103.
- 357 SNYDER, C. R & DINOFF, BETH L. [1999] – *Coping: Where Have You Been?* In: SNYDER, C. R. (Ed.), *Coping: the psychology of what works*. pp. 3-19; xvi, 350. New York: Oxford University Press.
- 358 SOLOMON, ELDRA PEARL & DAVIS, P. WILLIAMS [1981] – *Anatomie et physiologie humaine*; pp. 512-513; xvi, 668 p.; ill. (certaines en coul.); Montréal: McGraw-Hill.
- 359 SOUSA, ANTÓNIO JORGE DE [2002] – *ANDAD (V. 7.10) – Manual do Utilizador*; (Textos de Apoio ao Curso Intensivo de Análise de Dados V. 7.10 ed.); 1-1; 7-11 p.; Lisboa: CVRM – Centro de Geo-Sistemas, Instituto Superior Técnico,.

- 360 SOUSA, ANTÓNIO JORGE DE & SOUSA, PEDRO DE [2003] – *ANDAD*; (7.12 v.); Windows OS; Lisboa: CVRM – Centro de Geo-Sistemas, Instituto Superior Técnico.
- 361 SPAR, JAMES E & LA RUE, ASENATH [1998] – *Guia de Psiquiatria Geriátrica*; (1st ed.); pp. 1-63; x, 202 p.; Lisboa: Climepsi Editores.
- 362 SPEAS, K & OBENSHAIN, B. [1995] – *Images of aging in America*; Washington, DC: American Association of Retired Persons.
- 363 SPIRDUSO, W. W. [1980] – *Physical fitness, aging, and psychomotor speed: a review. Journal of Gerontology. 35*:(6); 850-865.
- 364 STAAB, ANGELA SIMON & HODGES, LINDA COMPTON [1997] – *La población anciana (El anciano)*. **In:** STAAB, ANGELA SIMON & HODGES, LINDA COMPTON (Eds.); *Enfermería Gerontológica: Adaptación al proceso de envejecimiento*. (1st ed.); pp. 3-15; México: McGraw-Hill Interamericana – Healthcare Group.
- 365 STARR, B. D & WEINER, M. [1993] – *The projective assessment of aging method in clinic practice. Clinical Gerontologist. 12*:(4); 69-80.
- 366 STARR, B. D. [1985] – *Sexuality and aging. Annual Review of Gerontology and Geriatrics. 5*; 97-126.
- 367 STARR, BERNARD D & WEINER, MARCELLA BAKUR [1981] – *The Starr-Weiner report on sex & sexuality in the mature years*; ; ix, 302 p.; New York: Stein and Day.
- 368 STEWART, IAN [2003] – *Os Números da Natureza – A realidade irreal da imaginação matemática*. (Ed. TEMAS E DEBATES); (Coleção Mestres da Ciência); 165 p.; Lisboa: Rocco – Temas e Debates.
- 369 STREIB, GORDON FRANKLIN & SCHNEIDER, CLEMENT J. [1971] – *Retirement in American society; impact and process*; ; xiii, 316 p.; Ithaca: Cornell University Press.
- 370 STREIM, JOEL E & KATZ, IRA R. [1999] – *Psiquiatria Clínica em Asilos*. **In:** BUSSE, EWALD W & BLAZER, DAN G. (Eds.); *Psiquiatria Geriátrica*. (2nd ed.); pp. 417-435; Porto Alegre: Editora Artes Médicas.
- 371 STURGIS, E. T; DOLEE, J.J & DICKERSON, P. C. [1987] – *Pain management in the elderly*. **In:** CARSTENSEN, LAURA L & EDELSTEIN, BARRY A. (Eds.); *Handbook of clinical gerontology. (Pergamon general psychology series. Vol. 146)*; pp.; xii, 436. New York: Pergamon Press.
- 372 SUGISAWA, H; LIANG, J & LIU, X. [1994] – *Social networks, social support, and mortality among older people in Japan. Journal of Gerontology. 49*:(1); S3-13.
- 373 TAJFEL, HENRI [1984] – *Grupos humanos y categorías sociales. Estudio de psicología social*; Barcelona: Editorial Herder.
- 374 TAUSSIG, I. M; HENDERSON, V. W & MACK, W. [1992] – *Spanish translation and validation of a neuropsychological battery: performance of Spanish- and English-speaking Alzheimer's disease patients and normal comparison subjects. Clinical Gerontologist. 2*; 95-108.

- 375 TAVRIS, CAROL & SADD, SUSAN [1977] – *The Redbook report on female sexuality: 100,000 married women disclose the good news about sex*; xv, 186 p.; New York: Delacorte Press.
- 376 TEASDALE, J. D & DENT, J. [1987] – *Cognitive vulnerability to depression: an investigation of two hypotheses*. **British Journal of Clinical Psychology**. **26 (Pt 2)**; 113-126.
- 377 TEASDALE, J. D & FOGARTY, S. J. [1979] – *Differential effects of induced mood on retrieval of pleasant and unpleasant events from episodic memory*. **Journal of Abnormal Psychology**. **88**:(3); 248-257.
- 378 TEIXEIRA, JOÃO MARQUES [1997] – *Aprendizagem e Memória: Abordagem Psicofisiológica*; Porto: Instituto Superior de Ciências da Saúde, Curso de Psicologia Clínica.
- 379 TIBBITTS, CLARK [1960] – *Origin, scope, and fields of social gerontology*. **In**: TIBBITTS, CLARK (Ed.), *Handbook of social gerontology*. pp.; xix, 770. Chicago: University of Chicago Press.
- 380 TOBÍN, S & LIEBERMAN, J. A. [1976] – *Nursing homes and retirement communities*. **In**: CRANDALL, RICHARD C. (Ed.), *Gerontology: A behavioral science approach*. New York: Newbery Award Record.
- 381 TOBÍN, S. [1989] – *The effects of institutionalization*. **In**: MARKIDES, KYRIAKOS S & COOPER, CARY L. (Eds.); *Aging, Stress and Health*. New York: John Wiley & Sons, Inc.
- 382 TOHARIA, J. J. [1989] – *Cambios recientes en la sociedad española*; Madrid: Instituto de Estudios Económicos.
- 383 TOLSDORF, C. C. [1976] – *Social networks, support, and coping: an exploratory study*. **Fam Process**. **15**:(4); 407-417.
- 384 TRIADO, C & VILAR, F. [1997] – *Modelos de envejecimiento y percepción de cambios en una muestra de personas mayores*. **Anuario de Psicología**. **73**:(2); 271-281.
- 385 TROVÃO, SUZANA [1988] – *Rostos de velhice na cidade de Lisboa*. **Povos e Culturas**. **3**.
- 386 TUBESING, NANCY LOVING; TUBESING, DONALD A; CHRISTIAN, SANDY STEWART *et al.* [1983] – *Structured exercises in stress management: a handbook for trainers, educators, group leaders*; ; v, <1-2, 5>; Duluth, MN: Whole Person Associates.
- 387 TUNSTALL, JEREMY [1966] – *Old and alone: a sociological study of old people*; xi, 344 p.; London: Routledge & Kegan Paul.
- 388 TURK, D. C; OKIFUJI, A & SCHARFF, L. [1995] – *Chronic pain and depression: role of perceived impact and perceived control in different age cohorts*. **Pain**. **61**:(1); 93-101.
- 389 TURNER, R. J & NOH, S. [1988] – *Physical disability and depression: a longitudinal analysis*. **J Health Soc Behav**. **29**:(1); 23-37.
- 390 TYHURST, J & SALK, L. [1957] – *Mortality, morbidity and retirement*. **American Journal of Public Health**:(47); 1434-1444.
- 391 VASCO URIBE, ALBERTO [1999] – *El Envejecimiento como Novedad*. **Revista de Enfermería ROL – Enfermería viva**. **22**:(5-167); 353-356.

- 392 VAZ SERRA, ADRIANO [1985] – *O Inventário Clínico de Auto-Conceito*. **In:** *I Congresso Português de Terapia Comportamental*, 1985-Oct-25, (I CONGRESSO PORTUGUÊS DE TERAPIA COMPORTAMENTAL, ed.). Coimbra.
- 393 VAZ SERRA, ADRIANO [1986a] – *A importância do auto-conceito*. *Psiquiatria Clínica*. 7:(2); 57-66.
- 394 VAZ SERRA, ADRIANO [1986b] – *O Inventário Clínico de Auto-Conceito*. *Psiquiatria Clínica*. 7:(2); 67-84.
- 395 VAZ SERRA, ADRIANO [1988] – *O auto-conceito*. *Análise Psicológica*. VI:(2); 101-110.
- 396 VAZ SERRA, ADRIANO [1989] – *Abordagem Cognitivo-Comportamental da Depressão*. *Psiquiatria Clínica*. 10:(2); 71-78.
- 397 VAZ SERRA, ADRIANO [1999] – *O Stress na vida de todos os dias*; ; 779 p.; Coimbra: Adriano Vaz Serra.
- 398 VAZ SERRA, ADRIANO [2000] – *Senescência*. **In:** *Congresso “O Idoso no Ano 2000”*; 2000-Jan-20, (CONGRESSO “O IDOSO NO ANO 2000”, ed.); pp. 14 p. Coimbra: Clínica Psiquiátrica – Hospitais da Universidade.
- 399 VAZ SERRA, ADRIANO; ANTUNES, RUI & FIRMINO, HORÁCIO [1986] – *Relação entre Auto-Conceito e Expectativas*. *Psiquiatria Clínica*. 7:(2); 85-90.
- 400 VAZ SERRA, ADRIANO; FIRMINO, HORÁCIO; BARREIRO, MARIA EDITE *et al.* [1989] – *Auto conceito, solidão e comportamentos de lidar com estados de tensão*. *Psiquiatria Clínica*. 10:(3); 157-164.
- 401 VAZ SERRA, ADRIANO; FIRMINO, HORÁCIO & MATOS, A. P. [1987] – *Influência das relações pais-filhos no auto-conceito*. *Psiquiatria Clínica*. 8:(3); 137-141.
- 402 VÁZQUEZ, CARMELO & LOZOYA, GERARDO [1994] – *Evaluación y diagnóstico diferencial de los trastornos depresivos en personas de edad*. **In:** BUENDÍA, JOSÉ (Ed.), (Comp.); *Envejecimiento y Psicología de la Salud*. pp. 247-277; xxii, 482. Madrid: Siglo Veintiuno de España Editores, S.A.
- 403 VEGA VEGA, JOSÉ LUIS & BUENO MARTÍNEZ, MARIA BELÉN [1996] – *Pensando en el Futuro. Curso de Preparación para la Jubilación*; ; 5-495 p.; Madrid: Editorial Síntesis, S.A.
- 404 VEGA VEGA, JOSÉ LUIS & BUENO MARTÍNEZ, MARIA BELÉN [2000] – *Desarrollo Adulto y Envejecimiento*; (Psicología Evolutiva y de la Educación 2nd Reimp. April 2000; 1st Reimp. Oct. 1996 ed.); ; 365 p.; España: Editorial Síntesis, S.A.
- 405 VERZAR, F. [1963] – *The aging of collagen*. *Scientific American*. 208:(4); 104-117.
- 406 VICENTE DE CASTRO, FLORENCIO [2000] – *Propuestas de realización activa para Mayores*. **In:** *A Terceira Idade e o Mundo do Trabalho*; 2000-Nov-06, (IV CONGRESSO LUSO-ESPANHOL, ed.). Universidade Portucalense – Porto.
- 407 VICENTE DE CASTRO, FLORENCIO; DÍAZ DÍAZ, ANTONIO VENTURA & VEGA VEGA, JOSÉ LUIS [1999] – *Construcción Psicológica de la Identidad Regional. Tópicos y Estereotipos en el proceso de socialización. El referente a Extremadura*; pp. 51-92; 19; 401 p.; Badajoz: Diputación Provincial de Badajoz.

- 408 WADDINGTON, C. H. [1968] – *The basic ideas of biology*. **In:** H, WADDINGTON C. & SCIENCES, INTERNATIONAL UNION OF BIOLOGICAL (Eds.); *Towards a theoretical biology, 1: Prolegomena; an IUBS symposium*. pp.; v. London: Edinburgh University Press.
- 409 WATSON, DAVID; DAVID, JAMES P & SULS, JERRY [1999] – *Personality, Affectivity, and Coping*. **In:** SNYDER, C. R. (Ed.), *Coping: the psychology of what works*. pp. 120-121; xvi, 350. New York: Oxford University Press.
- 410 WEINBERG, J. [1975] – *Geriatric Psychiatry*. **In:** FREEDMAN, ALFRED M; KAPLAN, HAROLD I & SADOCK, BENJAMIN J. (Eds.); *Comprehensive textbook of psychiatry, II*. (2nd ed.); pp.; 2 v. (xxvi, 2609, xxvii-xciii). Baltimore: Williams & Wilkins.
- 411 WEISS, R. [1982] – *Issues in the study of loneliness*. **In:** PEPLAU, LETITIA ANNE & PERLMAN, DANIEL (Eds.); *Loneliness: a sourcebook of current theory, research, and therapy*. (Wiley series on personality processes); pp.; xvii, 430. New York: John Wiley & Sons, Inc.
- 412 WEISSMAN, M. M & KLERMAN, G. L. [1977] – *Sex differences and the epidemiology of depression*. *Arch Gen Psychiatry*. **34**(1); 98-111.
- 413 WEISSMAN, M. M; MYERS, J. K; TISCHLER, G. L *et al.* [1985] – *Psychiatric disorders (DSM-III) and cognitive impairment among the elderly in a U.S. urban community*. *Acta Psychiatr Scand*. **71**(4); 366-379.
- 414 WEIZMAN, R & HART, J. [1987] – *Sexual behavior in healthy married elderly men*. *Arch Sex Behav*. **16**(1); 39-44.
- 415 WELLMAN, B. [1981] – *Applying network analysis to the study of support*. **In:** GOTTLIEB, BENJAMIN H. (Ed.), *Social networks and social support*. (Sage studies in community mental health. Vol. 4); pp. 171-199; 304. Beverly Hills; London: Sage.
- 416 WELLS, L. EDWARD & MARWELL, GERALD [1976] – *Self-esteem its conceptualization and measurement*; (Sage library of social research: Sage library of social research. Vol. 20); [5], 290 p.; Beverly Hills, London: Sage Publications.
- 417 WICKENS, ANDREW P. [1998] – *The causes of aging*; xii, 327 p.; ill; Harwood: Academic Publishers.
- 418 WILLIAMS, D. R; TAKEUCHI, D. T. & ADAIR, R. K. [1992] – *Marital status and psychiatric disorders among blacks and whites*. *J Health Soc Behav*. **33**(2); 140-157.
- 419 WILLIAMSON, G. M & SCHULZ, R. [1992] – *Pain, activity restriction, and symptoms of depression among community-residing elderly adults*. *Journal of Gerontology*. **47**(6); P 367-372.
- 420 WOLFE, R; MARROW, J & FREDERIKSON, B. L. [1996] – *Mood disorders in older adults*. **In:** CARSTENSEN, LAURA L; EDELSTEIN, BARRY A & DORNBRAND, LAURIE (Eds.); *The practical handbook of clinical gerontology*. pp.; 717 p. Thousand Oaks, Calif.: Sage Publications.
- 421 YANGUAS, J. JAVIER; LETURIA, F. JAVIER; LETURIA, MIGUEL *et al.* [1998] – *Intervención Psicosocial en Gerontología: Manual Práctico*; ; xxxii, 318 p.; Madrid: Cáritas Española.

- 422 YATES, F. E. [1988] – *The dynamics of aging and time: How physical action implies social action*. **In:** BIRREN, JAMES E; BENGTON, VERN L & DEUTCHMAN, DONNA E. (Eds.); *Emergent theories of aging*. pp. 90-117; xiv, 530. New York: Springer Pub. Co.
- 423 YATES, F. E. [1993] – *Vulnerability and aging*. **In:** SCHROOTS, JOHANNES (Ed.), *Aging health and competence: The next generation of longitudinal research*. Amsterdam: Elsevier Science Publishers.
- 424 YESAVAGE, J. A; ADEY, M & WERNER, P. D. [1981] – *Development of a geriatric behavioral self-assessment scale*. *Journal of American Geriatric Society*. **29**(6); 285-288.
- 425 YESAVAGE, J. A; BRINK, T. L; ROSE, T. L *et al.* [1982] – *Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report*. *Journal Psychiatric Research*. **17**(1); 37-49.
- 426 YOUNKIN, S. L & BETZ, N. E. [1996] – *Psychological Hardiness: A Reconceptualization and Measurement*. **In:** MILLER, THOMAS W. (Ed.), *Theory and assessment of stressful life events. Stress and health series ; monograph 6*. pp. 161-178; xxiii, 350 p. Madison, Connecticut: International Universities Press.
- 427 ZIMBARD, P. G. [1972] – *A Timidez*, Edições 70.
- 428 ZUNG, W. W; RICHARDS, C. B & SHORT, M. J. [1965] – *Self-rating depression scale in an outpatient clinic. Further validation of the SDS*. *Arch Gen Psychiatry*. **13**(6); 508-515.