

INSTITUTO SUPERIOR MIGUEL TORGA

Escola Superior de Altos Estudos

**RASTREIO DE SINTOMAS PSICOPATOLÓGICOS E DE
BEM-ESTAR EM IDOSOS SOB RESPOSTA SOCIAL NA
ILHA DE SANTA MARIA, AÇORES**



TERESA MELO ANTUNES

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica

Coimbra, Setembro de 2012



RASTREIO DE SINTOMAS PSICOPATOLÓGICOS E DE
BEM-ESTAR EM IDOSOS SOB RESPOSTA SOCIAL NA
ILHA DE SANTA MARIA, AÇORES

TERESA MELO ANTUNES

Dissertação apresentada ao ISMT para obtenção de grau de mestre em Psicologia
Clínica

Ramo de especialização em Psicoterapia e Psicologia Clínica

Orientador: Professora Doutora Fernanda Daniel

Coimbra, Setembro de 2012

Imagem da Capa

Os desenhos que combinei na imagem desta capa foram realizados, em diferentes momentos, pela minha sobrinha e afilhada Maria José. Eles representam algumas lembranças e recordações que guardo com carinho dos momentos que passamos juntas, em que ela desenhava para mim. Na enorme saudade que me devora, nesta ausência sem mais volta, esta foi a forma que encontrei para agradecer toda força que ela me transmitia.

Agora que estás no céu, Maria, sinto que estás feliz e orgulhosa de os teus desenhos serem a imagem que escolhi. Porque te AMO muito e porque já não estás aqui, pertinho de mim, quero-te homenagear assim.

Agradecimentos

Assumir um compromisso de formação, como a realização deste mestrado em Psicologia Clínica, constituiu um enorme desafio pessoal e a sua concretização não seria possível sem o contributo de inúmeras pessoas que me apoiaram, motivaram e ajudaram.

Em primeiro quero agradecer à Prof.^a Doutora Fernanda Daniel toda a disponibilidade, atenção, carinho e compreensão que me dedicou ao longo da realização desta investigação.

Aos professores do mestrado em Psicologia Clínica, agradeço a partilha de conhecimento, a disponibilidade e amizade com que sempre me trataram.

Aos colegas e amigos do mestrado em Psicologia Clínica, quero deixar um sentido reconhecimento por terem partilhado comigo esta longa e árdua caminhada. Amigos que ficarão para sempre nesta estrada que é a vida e que, por vezes, se torna difícil de caminhar. Quero-vos agradecer também por todo o carinho e apoio que me deram na fase mais dolorosa da minha vida, na perda de quem eu tanto Amava.

Os meus sinceros agradecimentos à Santa Casa da Misericórdia de Vila do Porto e ao Recolhimento de Santa Maria Madalena por autorizarem a realização desta investigação. Aos idosos de Vila Porto, por voluntariamente aceitarem participar neste estudo. À Doutora Sónia Braga e à Doutora Paula Monteiro o meu muito obrigada pelo apoio e força incondicional. À Doutora Joana Loura agradeço a colaboração na avaliação dos idosos do Recolhimento de Santa Maria Madalena.

Agradeço-te a ti Maria, minha sobrinha e afilhada que tanto Amo, por toda a Força, Amor, Carinho, Admiração, Paciência e Paz que sempre me transmitiste. Eras a minha melhor amiga e grande confidente, agora és o meu Anjinho da Guarda, pois já não estás entre nós. Obrigada. Sei que continuas sempre comigo. AMO-TE MARIA!

À minha avó materna, um grande exemplo de coragem e força que procuro seguir. Obrigada por, em todos os momentos da minha vida, estares comigo.

Ao meu irmão Rui que é a minha alma gémea, agradeço o apoio incondicional na concretização deste sonho. Obrigada Mano, por sempre acreditares em mim e me ajudares a vencer. As tuas palavras acompanham-me e ajudam-me a superar os momentos mais difíceis. Obrigada pelo grande mano que tens sido para mim.

À minha cunhada Elda, pela força e apoio que sempre me deu. Sei que se estivesses entre nós estarias muito feliz pela concretização deste sonho e sei que, mesmo estando no céu te sentes assim! Adoro-te minha cunhada e grande Amiga! Obrigado por sempre estares comigo.

Aos meus pais pelo enorme apoio e afeto. Pelas palavras de amor e de coragem em todos os momentos da minha vida. A eles também agradeço o ser humano que sou hoje.

Para terminar, quero expressar que não teria sido possível chegar até aqui sem o companheirismo, o apoio e a força incondicional do meu esposo, Arnaldo. A ti meu Amor, agradeço o estares ao meu lado, o Amor, o Carinho, a Admiração, a Paciência e a enorme Paz que me transmites.

A Ti e ao José Maria, fruto do nosso Amor, dedico este trabalho.

Resumo

Um envelhecimento bem-sucedido tem como referência critérios sociais, psicológicos e fisiológicos. O presente trabalho tem como principal objetivo proceder ao rastreio dos sintomas psicopatológicos e de bem-estar numa amostra de idosos da ilha de Santa Maria, Açores.

Foram inquiridos 54 idosos (15 do sexo masculino e 39 do sexo feminino) com idades compreendidas ente os 55 e 98 anos ($M = 77,6$ e $Dp = 11,1$) beneficiários de resposta social em duas instituições de Vila do Porto: o Recolhimento de Santa Maria Madalena (Residência e Apoio Domiciliário) e Santa Casa da Misericórdia (Lar e Residência). Os resultados obtidos foram comparados com dados preliminares do Projeto “Trajetórias de Envelhecimento” do ISMT.

Constatou-se que a amostra de idosos da ilha de Santa Maria apresenta maior défice cognitivo, maior sintomatologia ansiosa e depressiva, menor satisfação com a vida e mais afetos negativos do que a amostra do ISMT. Não se verificam diferenças entre os sexos, sendo a idade e o nível de escolaridade as variáveis sociodemográficas que mais interferem na trajetória de envelhecimento. Os mais velhos e com menor escolaridade apresentam maior défice cognitivo. O aumento da idade está ainda relacionado com um aumento dos afetos negativos Estes resultados são preocupantes e sugerem a urgência de uma intervenção terapêutica planeada e especialmente desenhada para esta população, pois o facto de viverem numa ilha, com maior isolamento social e menor oferta de respostas sociais, parece prejudicar a sua saúde mental e a sua qualidade de vida.

Palavras-Chave: envelhecimento, défice cognitivo, psicopatologia, bem-estar, afetividade.

Abstract

Successful aging refers to social, psychological and physiological conditions. This research aims to proceed to the evaluation of the psychopathological symptoms and welfare in a group of elders of the Santa Maria Island, in Azores.

We inquire 54 elders (15 males and 39 females) aged between 55 and 98 years old ($M = 77.6$ e $SD = 11.1$) that use social services in two institutions: the Recolhimento de Santa Maria Madalena (Residences and Domicile Support) e Santa Casa da Misericórdia (Care Home and Residences). The obtained results were compared with those from the “Aging Trajectories” project of the ISMT.

The elder sample from the Santa Maria Island presented greater cognitive impairment, more anxious and depressive symptomatology, lesser satisfaction with life, and more negative affect than the ISMT sample. No differences were found between males and females, but age and education level influenced aging process. Elder persons with less education showed higher cognitive impairment, and the increasing of age was associated with an increase in negative affect. These results are disturbing, and suggest the need of an urgent and planned therapeutic intervention specially designed to this population, because the fact that they lived in an Island, with more social isolation and less social services, seems to prejudice their mental health and their quality of live.

Key Words: aging, cognitive deficit, psychopathology, welfare, affection.

Introdução

O envelhecimento da população é um fenómeno generalizado nos países desenvolvidos e motivo de preocupação de governos, instituições e da sociedade em geral (OMS, 2012). O XIV Recenseamento Geral da População, realizado em 2011, dá conta de que 19% da população portuguesa é idosa (com 65 ou mais anos) e as projeções para 2060 (INE, 2009) apontam - cenário central¹ - que a proporção de idosos na população seja 32,3%, aproximadamente um terço da população total.

Sem dúvida que uma das grandes conquistas da humanidade e motivo de regozijo para todos nós foi o aumento da esperança média de vida, resultante de uma melhoria substancial das condições de vida das populações, ainda que esta conquista esteja longe de se distribuir de forma equitativa nos diferentes contextos socioeconómicos. O que era um privilégio de poucos passou a ser a norma – chegar à velhice.

O aumento da longevidade foi acompanhado por outras mudanças na dinâmica populacional: a diminuição dos nascimentos, a maior mobilidade geográfica das populações, a emancipação da mulher e a sua consecutiva entrada no mercado de trabalho, alterações na estrutura e na dinâmica familiar (Relvas & Alarcão, 2002). Paralelamente, o aumento da proporção de idosos na população, desencadeia uma crescente expressão das doenças próprias do envelhecimento e a um aumento na procura de serviços de saúde (Lima-Costa & Veras, 2003). Aliás, a escassez de recursos para satisfazer as necessidades crescentes é um dos desafios atuais, pois as pessoas idosas consomem mais serviços de saúde e os internamentos hospitalares são mais frequentes e prolongados, quando comparados com outras faixas etárias. De um modo geral, as pessoas de idade avançadas tendem a padecer de múltiplas doenças crónicas exigindo um acompanhamento constante, cuidados permanentes, medicação contínua e exames periódicos (Lima-Costa & Veras, 2003). Assim, é legítimo perspetivar-se que o período de incapacidade e/ou dependência para a população de idade avançada venha a aumentar (Deus, Guadalupe & Daniel, 2012).

O envelhecimento da população é um indicador de modernidade e de desenvolvimento da sociedade, mas não basta viver mais. É preciso agregar qualidade de vida aos anos que se vivem a mais (Paschoal, 2000). O conceito de qualidade de vida engloba uma multiplicidade de aspetos da vida dos idosos. Para Neri (2003) as características que

¹ O cenário central, segundo o INE “conjuga um conjunto de hipóteses consideradas como mais prováveis face aos recentes desenvolvimentos demográficos” (2009, p.1).

determinam a existência de qualidade de vida nos idosos, têm por referência critérios sociais, psicológicos e fisiológicos. Envelhecer bem significa estar satisfeito com a vida atual, apesar dos constrangimentos naturais do processo de envelhecimento (Neri, 2003).

O envelhecimento não é uma doença, mas um processo natural do ciclo de vida humano (Fernandes, 2002). Trata-se de um processo complexo, universal e transversal a todos os seres vivos que difere de indivíduo para indivíduo, sendo comum a todos os seres vivos.

Associado ao envelhecimento estão processos degenerativos e de degradação física e psicológica. Simões (2006) afirma que a demência afeta aproximadamente 8% da população com mais de 65 anos, verificando-se um aumento do risco de demência com a idade. A perda de capacidades cognitivas é, normalmente, designada por declínio cognitivo. Simões (2006) refere que os idosos demonstram um maior comprometimento nas aptidões psicomotoras, na agilidade mental e na concentração da atenção. Para alguns autores o declínio cognitivo observado em idosos resulta do declínio da memória, pois os idosos apresentam dificuldade em recordar nomes, em encontrar palavras e em executar tarefas que haviam planeado momentos antes (Craik, 1994; Mather & Carstensen, 2005). Este declínio estaria relacionado com a degeneração do sistema nervoso e a atrofia cerebral que se começam a evidenciar a partir dos 70 ou 80 anos (Calixto & Martins, 2010).

No entanto, outros autores salientam que a maior parte da população idosa não apresenta declínio cognitivo, apresentando uma trajetória evolutiva estável e benigna (Bennett, Wilson, Schneider, Evans, Beckett, Aggarwal, Barnes, Fox, & Bach, 2002). O diagnóstico de declínio cognitivo limita-se apenas aos sujeitos que apresentam demência (Bennett, *et al.*, 2002). Charchat-Fichman, Caramelli, Sameshima e Nitrini afirmam que, “apesar da diversidade metodológica e a utilização de diferentes sistemas de classificação diagnóstica, os estudos epidemiológicos corroboram que idosos com [declínio da capacidade cognitiva] (DCC) apresentam maior risco de desenvolver demência (2005, p. 81).

Bäckman, Ginovart, Dixon, Robins-Wahlin, Wahlin, Halldin e Farde (2000) investigaram as alterações no funcionamento da inteligência e da memória com a idade e verificaram que inteligência fluida, a memória episódica e a memória operatória (memória de trabalho) estão sujeitas a uma maior deterioração com a idade, apresentando um declínio precoce. Pelo contrário, a inteligência cristalizada e a memória semântica apresentam uma maior estabilidade ao longo do ciclo de vida, sendo a sua deterioração tardia. Por último, a memória primária e a memória implícita (procedimental) demonstram uma evolução menos consistentes, da idade jovem à velhice.

Assim as evidências empíricas parecem apontar para um declínio das habilidades fluidas, habilidades inatas como a memória e a atenção, anterior à perda das habilidades cristalizadas, habilidades socioculturais como as normas e as relações interpessoais (Horn & Cattell, 1967, citado por Oliveira, 2008).

Diversos estudos demonstram que o declínio cognitivo está associado a sintomas psicopatológicos, nomeadamente à ansiedade (Cushman & Abeles, 1998; Zandi, 2004). De acordo com a literatura, os sintomas mais frequentes desta perturbação são a insónia, a tensão, a angústia, a irritabilidade, a dificuldade de concentração, a taquicardia, as tonturas, as cefaleias, as dores musculares, o formigueiro e a sudação (Oliveira, Santos, Cruvinel & Néri, 2006). Vários autores afirmam que a ansiedade se encontra subavaliada na população idosa. Entre os motivos apontados destaca-se a dificuldade de obter um diagnóstico exato (Byrne, 2002; Pachana, Byrne, Siddle, Koloski, Harley & Arnold, 2007). Pachana e colaboradores (2007) salientam a dificuldade de reconhecer sintomas específicos da idade, de distinguir os sintomas de desordens físicas crónicas dos sintomas de ansiedade e a influência de aspetos psicossociais relacionados com a idade na apresentação dos sintomas de ansiedade em idade avançada. Byrne (2002) defende que o diagnóstico dos transtornos de ansiedade deve-se fundamentar em critérios rigorosos, apoiados em escalas de ansiedade que sejam comprovadamente fiáveis e válidas para a população idosa.

Segundo o Relatório sobre a Saúde no Mundo “Saúde mental: nova concepção, nova esperança”:

A prevalência geral de transtornos mentais e comportamentais não parece ser diferente entre homens e mulheres. Os transtornos da ansiedade e a depressão, contudo, são mais comuns no sexo feminino, ao passo que os devidos ao uso de substâncias são mais comuns no sexo masculino (Gold 1998). Quase todos os estudos mostram uma prevalência maior de transtornos depressivos e de ansiedade entre mulheres, observando-se usualmente uma razão de 1,5:1 a 2:1. Esses achados têm sido feitos não somente nos países desenvolvidos como também em vários países em desenvolvimento (Patel et al. 1999; Pearson 1995). É interessante assinalar que as diferenças sexuais quanto aos índices de depressão mostram forte correlação com a idade: as diferenças maiores ocorrem na vida adulta, sem diferenças assinaladas na infância e poucas na velhice (OMS, 2001, p.41).

A prevalência da desordem de ansiedade é frequentemente associada a problemas de saúde crónicos, estando altamente relacionada com os sintomas depressivos (Lenze, Mulsant,

Shear, Alexopoulos, Frank & Reynolds, 2001). A associação entre a ansiedade e as perturbações depressivas “ocorre muitas vezes em simultâneo. Observa-se essa comorbilidade em aproximadamente metade das pessoas com estas perturbações (Zimmerman, McDermt, & Mattia, 2000).

Qualquer pessoa pode sofrer de depressão, ao longo da vida. De entre as patologias que ocorrem na terceira idade, a depressão é mais frequente na população idosa devido às perdas sucessivas e às condicionantes físicas e mentais que limitam a sua capacidade funcional (Carvalho & Fernandez, 2002). Os fatores psicossociais que parecem predispor o idoso para a depressão são perda de suporte social, as condições adversas de vida, a doença do próprio ou do cônjuge, a viuvez (Carvalho & Fernandez, 2002).

A depressão manifesta-se, geralmente, através de sintomas físicos, da irritabilidade, das mudanças comportamentais e do isolamento, podendo não estar associada a uma diminuição subjetiva do humor. Jonker *et al.* (2000) afirmam que a depressão no idoso está frequentemente associada a distúrbios cognitivos e a um pior desempenho neuropsicológico.

Segundo Carvalho e Fernandez (2002) a institucionalização pode também despoletar sintomas depressivos no idoso, na medida em que este pode sentir-se retirado do seu contexto habitual, isolado do convívio social, o que poderá conduzir a uma perda de autonomia com consequências negativas para a sua auto-estima e identidade. Com a institucionalização, o idoso vê-se obrigado a alterar a sua rotina diária, a adaptar-se a horários e regras determinadas pela instituição. Muitas vezes, perde a sua privacidade, a sua intimidade.² Estima-se que a “prevalência de depressão em idosos institucionalizados (casas de repouso, asilos, etc.) varia entre 7% e 50%. Provavelmente esta ampla variação, caso se utilizasse um critério de diagnóstico mais rígido, oscilaria entre 7% e 14%. Em se tratando de idosos hospitalizados, sua incidência é de pelo menos 35%, embora raramente seja diagnosticada ou tratada pelo médico” (Carvalho & Fernandez, 2002, p. 161). Segundo o Relatório sobre a Saúde no Mundo, supra citado, “[é] interessante assinalar que as diferenças sexuais quanto aos índices de depressão mostram uma forte correlação com a idade: as maiores diferenças ocorrem na vida adulta, sem diferenças assinaladas na infância e poucas na velhice” (2002, p. 86).

São frequentes na literatura alusões a uma relação negativa entre as perturbações psicológicas (ansiedade e a depressão) e a satisfação com a vida. A satisfação com a vida é

² Importa refletir sobre o teor da Portaria n.º 67/2012 de 21 de março no que concerne à tipologia dos quartos em lares de Idosos.

definida, por diversos autores, como a percepção subjetiva que o sujeito tem da sua própria vida, tendo em conta a sua experiência em domínios específicos, como a saúde, o trabalho, as condições habitacionais, as relações sociais, a autonomia e o poder económico (Calixto & Martins, 2010; Joia, Ruiz, & Donalisio, 2007; Neto, 1999). A satisfação com a vida reflete o modo e os motivos que levam o indivíduo a viver as suas experiências de vida de forma mais positiva (Joia *et al.*, 2007). Oishi, Diener, Suh e Lucas (1999) sugerem que as pessoas apresentam satisfação com a vida na medida em que as suas necessidades são satisfeitas e os seus valores são respeitados.

Para Diener, Scollon & Lucas (2003), as emoções positivas, o prazer, a satisfação, os sentimentos de contentamento e de vida significativa são componentes da felicidade, que aludem a uma conceção de bem-estar. Tratando-se, essencialmente, de uma avaliação subjetiva do desenvolvimento pessoal face a objetivos e expectativas globais, a satisfação com a vida remete para uma avaliação da congruência entre as circunstâncias de vida reais e as ideais, de acordo com critérios estabelecidos pelo próprio indivíduo (Diener, Emmons, Larsen & Griffin, 1985; Pavot & Diener, 1993). Assim, a satisfação com a vida constitui um dos indicadores de um funcionamento psicológico positivo (Pavot & Diener, 1993).

Num estudo realizado por Sequeira e Silva o contexto habitacional do idoso apresentava uma influência sobre a satisfação com a vida. “Viver na sua própria casa é outro aspecto que parece fundamental para os idosos em questão, na medida em que referem valorizar muito a sua independência, preferindo manter-se em sua casa do que em casa de familiares ou num lar, o mesmo ocorrendo em relação ao meio onde residem, do qual todos os idosos referiram não querer sair” (2002, p, 514). Por exemplo, no meio rural, a vida tem um ritmo mais calmo e verifica-se uma maior estabilidade populacional, pelo que se mantêm mais facilmente os laços afetivos entre pessoas e há uma maior rede de suporte social, da qual resulta um maior apoio emocional e psicológico.

Júnior, Silva, Gomes, Paes e Bastos (2010) verificaram que os idosos não-institucionalizados (residentes na sua casa, mas utentes de Centros de Dia) apresentam maior satisfação com a vida. As atividades de lazer realizadas em grupo revelam-se um importante fator, porque estimulam as relações interpessoais, preservam a condição física de saúde o bem-estar psicológico. Bishop, Martin e Poon (2006) salientam que para além destes aspetos, o estatuto socioeconómico e o apoio social influem direta e indiretamente na satisfação de vida dos idosos. Curiosamente, a elevados níveis de satisfação com a vida estão associados níveis mais baixos de sintomatologia psicopatológica (John & Montgomery, 2010). A satisfação com a vida, em conjunto com a afetividade positiva e negativa constituem

indicadores complementares de um constructo mais amplo definido como bem-estar subjetivo.

Watson, Clark e Tellegen (1988) sugerem uma estrutura bidimensional da afetividade, a dimensão dos afetos positivos e a dos afetos negativos. O afeto positivo reflete até que ponto a pessoa se sente entusiasmada, ativa e vigilante. Assim, um afeto positivo elevado vai refletir energia, concentração e envolvimento prazeroso. Pelo contrário, um afeto positivo baixo indica tristeza e letargia. O afeto negativo concerne ao conjunto de estados de humor aversivos, como a raiva, a culpa, a irritabilidade ou o medo. Apresentar um baixo afeto negativo traduz-se, geralmente, em calma e serenidade (Watson *et al.*, 1988).

Galinha e Ribeiro (2005) entendem o conceito de afeto no âmbito da emoção, seguindo a perspetiva de Tellegen (1985) que considera que as dimensões afetivas estão associadas à reatividade emocional positiva e negativa. Com efeito, Hawkins, Mothersbaugh e Best (2007) demonstraram que o conceito de emoção é intrínseco ao estudo dos afetos.

No sentido de encontrar uma melhor definição do afeto, Galinha e Ribeiro (2005) distinguem o afeto enquanto estado (emoções negativas e emoções positivas), do humor (ansiedade e depressão) e do afeto enquanto traço de personalidade. Esta diferenciação assenta numa base temporal e qualquer dos domínios é influenciado por fatores biopsicossociais.

O modelo tripartido de Clark e Watson (1991) permite estabelecer uma ponte entre os três domínios do afeto, salientando as diferenças entre a ansiedade e a depressão. Os sintomas de depressão e de ansiedade podem ser divididos em três grupos: um primeiro grupo inclui sintomas não específicos presentes nas duas perturbações: insónia, a irritabilidade ou a dificuldade de concentração. Os outros dois grupos, englobam sintomas específicos de cada perturbação. Este modelo demonstrou que, apesar do afeto negativo ser um sintoma partilhado pela ansiedade e pela depressão, o baixo afeto positivo é específico da depressão (Watson *et al.*, 1995)

Pinquart (2001) estudou os afetos positivos e negativos na população idosa e concluiu que nesta população prevalecem os afetos negativos sobre os afetos positivos (Pinquart, 2001). Este resultado foi posteriormente confirmado num estudo longitudinal, conduzido por Griffin, Mroczek e Spiro (2006) que constataram-se que os afetos positivos tendem a diminuir com a idade, mas as emoções negativas apresentam um padrão diferente, diminuindo até aos 70 anos e aumentando após esta idade.

Materiais e Métodos

Participantes

O principal objetivo deste estudo foi rastrear os sintomas psicopatológicos e de bem-estar de uma amostra de idosos sob resposta social, na freguesia de Vila do Porto, na ilha de Santa Maria, Açores. A freguesia de Vila Porto situa-se na costa oeste da ilha de Santa Maria que integra o grupo oriental do arquipélago dos Açores.

Optou-se por realizar uma investigação descritiva – correlacional, transversal, utilizando a bateria de testes P₁, criada no âmbito do Projeto “Trajetórias de Envelhecimento” do ISMT, para a recolha de dados.

A população inquirida beneficia da prestação de serviços de duas instituições com respostas sociais dirigidas à população idosa na localidade de Vila do Porto: o Recolhimento de Santa Maria Madalena - contexto de Residência e de Apoio Domiciliário; e Santa Casa da Misericórdia – contexto de Lar e Residência.

No estudo participaram 54 idosos, 15 utentes de sexo masculino e 39 de sexo feminino, com idades compreendidas ente os 55 e 98 anos e uma média de idades é de 77.6 anos, com desvio-padrão de 11,1 anos.

Procedimentos

O estudo aqui descrito foi antecedido de um pedido de autorização formal às duas instituições envolvidas, respeitando os princípios éticos e deontológicos que devem ser considerados no âmbito de uma investigação. Após a obtenção deste consentimento, fez-se a aplicação dos questionários, solicitando o consentimento informado de cada participante. Segundo Fortin (1999) existem cinco princípios fundamentais que devem ser respeitados na aplicação de métodos científicos ao ser humano, os quais foram determinados pelos códigos de ética e que são: o direito à autodeterminação, à intimidade, ao anonimato, à confidencialidade, à proteção contra o desconforto/prejuízo e o direito a um tratamento justo e equitativo. Assim, ao papel de investigador associam-se obrigações e responsabilidades morais para com a sociedade, a comunidade científica e os participantes do estudo.

Deste modo, a participação dos indivíduos foi voluntária, após terem sido devidamente informados dos objetivos do estudo. No sentido de garantir o anonimato e a confidencialidade das respostas, a identidade do sujeito não foi associada às respostas individuais, sendo os questionários enumerados. A apresentação dos resultados foi realizada de modo a acautelar estes direitos, de modo a que nenhum participante possa ser reconhecido

pelo investigador ou por outro leitor.

As sessões de recolha de informação decorreram na instituição ou no domicílio e tiveram uma duração aproximada de 40 minutos. Durante a sessão foram aplicados os seguintes instrumentos: um Questionário Sociodemográfico, a Avaliação Breve do Estado Mental (*Mini Mental State Examination* – MMSE), o Inventário Geriátrico de Ansiedade (*Geriatric Anxiety Inventory* – GAI), a Escala Geriátrica da Depressão (*Geriatric Depression Scale* – GDS), a Escala de Satisfação com a Vida (*Satisfaction With Life Scale* – SWLS) e a Escala de Afetos Positivos e Negativos (*Positive and Negative Affect Schedule* – PANAS) (ANEXO 1).

A administração dos questionários foi realizada na presença da investigadora, o que permitiu desmistificar e esclarecer algumas dúvidas, que foram surgindo ao longo do processo. De um modo geral, os inquiridos mostraram-se colaborativos, mas embaraçados face à quantidade e conteúdo de algumas questões.

Apesar do número de utentes das instituições totalizar 54 apenas 41 sujeitos responderam à totalidade das questões colocadas no MMSE, GAI, GDS, SWLS e PANAS. Os treze sujeitos excluídos apresentava problemas físicos ($n = 1$), problemas comportamentais e cognitivos ($n = 5$) e recusa verbal em realizar as tarefas ($n = 7$). Foram contudo retirados aquando da análise bivariada no MMSE e das análises com o GAI, GDS, SWLS e PANAS os sujeitos cuja pontuação no MMSE se situava abaixo do ponto de corte ≤ 9 pontos, indiciador de perda cognitiva grave.

Instrumentos

Questionário sociodemográfico

No sentido de recolher informação de carácter pessoal foi realizado um questionário sociodemográfico. O questionário é composto por 9 questões, combinando respostas abertas e fechadas: idade (anos); sexo (feminino; masculino); estado civil (solteiro, casado, união de facto, divorciado/separado e viúvo); habilitações literárias (não sabe ler/escrever; sabe ler e escrever sem possuir grau de ensino, ensino básico primário, ensino básico preparatório, ensino secundário, ensino médio, ensino superior); e identificação do cuidador informal (cônjuge, filho, filha, irmão, outros familiares, amigos/vizinhos, outra relação).

Avaliação Breve do Estado Mental (MMSE)

A Avaliação Breve do Estado Mental (MMSE) é um dos instrumentos padronizados mais utilizado a nível mundial, para a avaliação do estado cognitivo. Elaborado por Marshal Folstein, Susan Folstein e Paul McHugh (1975) é constituído por um conjunto de questões e tarefas que permitem avaliar as seguintes funções cognitivas: Orientação que está subdividida em dez questões, sendo que por cada resposta correta o sujeito recebe um ponto (pontuação máxima de dez pontos); Retenção, composta por uma tarefa que consiste na repetição de três palavras. Por cada palavra repetida corretamente o sujeito obtém um ponto (pontuação máxima de três pontos); Atenção e cálculo, em que o sujeito tem que realizar sucessivas subtrações a partir de um número indicado pelo investigador. A tarefa termina ao fim de cinco respostas (pontuação máxima de cinco pontos); Evocação/memória, onde é solicitado ao sujeito que repita as três palavras aprendidas na tarefa Retenção (pontuação máxima de três pontos); Linguagem, composta por sete tarefas: nomear dois objetos, repetir uma frase, realizar instruções, uma lida pelo sujeito e outra verbalizada pelo investigador e escrever uma frase (pontuação máxima de nove pontos) e Habilidade construtiva (pede-se ao sujeito que copie um desenho. Se a tarefa for corretamente realizada é atribuído um ponto (Guerrero-Berroa, Luo, Schmeidler, Rapp, Dahlman, Grossman, Haroutunian & Beeri, 2009).

Guerreiro, Silva, Botelho, Leitão, Castro-Caldas e Garcia (1994) validaram o MMSE para a população portuguesa encontrando os seguintes pontos de corte: nos analfabetos, uma pontuação igual ou inferior a 15 traduz défice cognitivo; nos indivíduos com um a onze anos de escolaridade, uma pontuação igual ou inferior a 22 representa declínio cognitivo; nos indivíduos com escolaridade superior a onze anos, uma pontuação igual ou inferior a 27 traduz declínio cognitivo. Esta adaptação foi apresentada em Coimbra, na Reunião da Primavera da Sociedade Portuguesa de Neurologia, sob o título: *Adaptação à população portuguesa da tradução do Mini Mental State Examination (MMSE)*.

A versão utilizada neste estudo é a versão traduzida e adaptada à população portuguesa por Guerreiro e colaboradores. (1994), com quatro dimensões: Orientação; Memória que inclui os resultados das tarefas de Retenção e Evocação/memória; Atenção e cálculo; Linguagem que inclui a tarefa de Habilidade construtiva. Os resultados do MMSE serviram de critérios de inclusão na amostra, pois a análise das características psicológicas e de bem-estar foi realizada somente para os sujeitos que obtiveram uma pontuação igual ou superior a dez.

Inventário Geriátrico de Ansiedade (GAI)

O Inventário Geriátrico de Ansiedade (GAI) surge da necessidade de criar um instrumento para diagnosticar e quantificar a ansiedade no idoso. Pachana, Byrne, Siddle, Koloski, Harley e Arnold (2007) desenvolveram uma ferramenta de triagem, de resposta rápida e de fácil administração. O GAI é um inventário composto por 20 itens dicotómicos, em que as opções de resposta são “concordo” (um ponto) ou “discordo” (zero pontos), devendo o sujeito que responde reportar-se às vivências da sua última semana. A pontuação varia, então, entre 0 pontos (mínimo) e 20 pontos (máximo) (Pachana *et al.*, 2007).

O GAI foi validado para a população portuguesa por Ribeiro, Paúl, Simões e Firmino (2011). A versão portuguesa do GAI apresenta elevada consistência interna; coeficiente alfa de Cronbach de 0,964 para população normal em idade avançada, e 0,956 para população psicogeriátrica. A validade concorrente do instrumento também foi boa, tendo sido utilizados o STAI, o GDS e GHQ-12 como testes concorrentes. Os autores determinaram como ponto de corte para a deteção de sintomas de ansiedade a pontuação de 8/9, exatamente o mesmo definido no estudo original de Pachana e colaboradores (2007).

Escala de Depressão Geriátrica (GDS)

A Escala de Depressão Geriátrica (GDS) é um instrumento utilizado para rastrear sintomas de depressão na população idosa, distinguindo graus de severidade desta patologia. A escala, desenvolvida e validada por Yesavage, Brink, Rose, Lum, Huang, Adey e Leirer, (1983) apresenta 30 itens dicotómicos, com opção de resposta entre “sim” ou “não”, e a amplitude de resultados possíveis varia entre 0 e 30 pontos.

A GDS foi traduzida e validada para a população portuguesa por Barreto, Leuschner, Santos e Sobral (2008) e a interpretação das pontuações obtidas é a seguinte: entre 0 e 10 pontos – ausência de depressão; entre 11 e 20 – evidência de depressão ligeira; entre 21 e 30 – depressão grave.

Escala de Satisfação com a Vida (SWLS)

A Escala de Satisfação com a Vida (SWLS), tal como o nome indica, avalia o grau de satisfação com a vida e foi desenvolvido por Diener, Emmons, Larsen e Griffin (1985). É um instrumento constituído por 5 itens, que utiliza uma escala de Likert com sete opções de resposta: (1) “totalmente em desacordo” e (7) “totalmente de acordo”. As pontuações mais elevadas refletem níveis mais altos de satisfação. A SWLS apresenta excelentes índices de

consistência interna e de estabilidade temporal. Ao nível da validade de constructo a escala, tem evidenciado um padrão de correlações na direção esperada (Pavot & Diener, 1993).

A versão portuguesa da escala, validada por Simões (1992) é também composta por cinco itens, mas com cinco alternativas de resposta: 1) discordo muito, 2) discordo um pouco, 3) não concordo, nem discordo, 4) concordo um pouco e 5) concordo muito, sendo que a sua pontuação pode oscilar entre 5 e 25 pontos. A versão portuguesa apresenta propriedades psicométricas satisfatórias, coeficiente alfa de Cronbach de 0,77, com uma estrutura fatorial unidimensional e que explica de 53,1% da variância (Simões, 1992).

Escala de Afeto Positivo e de Afeto Negativo (PANAS)

A Escala de Afeto Positivo e de Afeto Negativo (PANAS) é um questionário de 22 itens, com 5 opções de resposta, em escala de Likert, que avalia os afetos positivos e negativos, desenvolvido por Watson, Clark, e Tellegen (1988). A subescala do afeto positivo (AP) é constituída por 11 itens que refletem até que ponto uma pessoa se sente entusiasta, ativa, alerta, com energia e com participação gratificante. A subescala do afeto negativo (AN), também com 11 itens, representa uma dimensão geral de distress subjetivo e uma participação desagradável que inclui uma variedade de estados emocionais aversivos, como desgosto, ira, culpa, medo e nervosismo (Crawford & Henry, 2004).

De acordo com o estudo de Crawford e Henry (2004), o PANAS é um instrumento de medida fidedigno e com validade de constructo. Na versão portuguesa da escala, desenvolvida por Galinha e Ribeiro (2005), as subescalas AP e NA são compostas por 10 itens. Mas, para preservar a possibilidade de estabelecer comparações com os resultados preliminares do Projeto “Trajetórias de Envelhecimento” do ISMT, mantivemos a escala original de 22 itens.

Análise Estatística

Os dados recolhidos foram inseridos numa base de dados do programa informático *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS, versão 19.0 para o Windows). Para caracterizar a amostra procedeu-se à análise descritiva das variáveis sociodemográficas, psicológicas e de bem-estar. A análise comparativa foi realizada utilizando o qui-quadrado (variáveis qualitativas) e o t-teste (variáveis quantitativas) e a análise correlacional foi efectuada utilizando o coeficiente r de Spearman.

Resultados

Em seguida passaremos a descrever os principais resultados obtidos, tendo em conta o objetivo deste estudo: *screening* cognitivo e descrição dos sintomas psicopatológicos e de bem-estar dos idosos sob resposta social do concelho de Vila do Porto, na ilha de Santa Maria – Açores. Concomitantemente é nosso objetivo proceder à comparação dos nossos resultados com os obtidos na primeira fase de recolha de dados no projeto “Trajetórias de Envelhecimento” (2011). A primeira parte apresenta os resultados relativos à análise descritiva e a segunda é dedicada à apresentação dos resultados a partir de análise bivariada.

Caraterização da amostra

Na caracterização da amostra recorreremos à equipa técnica da instituição quando não nos foi possível através de inquirição indireta obter os dados. A amostra do presente estudo é maioritariamente constituída por mulheres, com uma idade média de 77,6 anos e desvio-padrão de 11,1 anos. A maioria dos idosos tem o estado civil de viúvo, possui habilitações ao nível do 1º ciclo do ensino básico e exerceu a profissão de doméstica. Salienta-se ainda o facto de uma percentagem considerável da amostra não ter filhos (Quadro 1).

Quadro 1

Caraterização sociodemográfica da amostra.

Variável	<i>n</i>	%	Estatística Descritiva
Sexo			
Feminino	39	72,2	<i>Mo</i> =Feminino
Masculino	15	27,8	
Total	54	100,0	
Faixa Etária			
<= 65	8	14,8	<i>M</i> = 77,59; σ =11,1 <i>Mo</i> = 74 anos <i>Md</i> = 80 anos
66 – 75	16	29,6	
76 – 85	15	27,8	
86 – 95	13	24,1	
96+	2	3,7	
Total	54	100,0	
Estado Civil			
Solteiro	17	31,5	<i>Mo</i> = Viúvo/a
União de Facto	1	1,9	
Casado	5	9,3	
Divorciado/Separado	4	7,4	
Viúvo	27	50,0	
Total	54	100,0	

Habilitações			
Não sabe ler nem escrever	19	35,2	
Sabe ler e escrever sem grau de ensino	2	3,7	
Ensino Básico Primário	30	55,6	Mo=E B Primário
Ensino Básico Preparatório	2	3,7	Me= E B Primário
Ensino Secundário	1	1,9	
Total	54	100,0	
Profissões³			
Empregada Doméstica	24	44,4	
Agricultor	8	14,8	
Empregada Limpeza	4	7,4	
Costureira	4	7,4	Mo= Empregada Doméstica
Cozinheira	2	3,7	
...	
Total	52	96,3	
Filhos			
Sem filhos	23	42,6	$\bar{x} = 1,6; \sigma = 1,8$
1	5	9,3	Mo=0
2	10	18,5	Me=1
3 ou mais	16	29,6	
Total	54	100,0	

Avaliação da fidedignidade - consistência interna

Para avaliarmos a consistência interna dos instrumentos administrados utilizámos o coeficiente alfa de *Cronbach*. De acordo com Pavot, Diener, Colvin & Sandvik (1991), um valor de alfa superior a 0,70 pode ser interpretado como indicativo de uma boa consistência interna. Assim, consideramos que todos os instrumentos utilizados cumpriam o requisito de fidedignidade medida através do coeficiente alfa de *Cronbach* (Quadro 2).

Quadro 2

Análise da Fidedignidade dos instrumentos.

Escala	Valor do Alfa Cronbach
MMSE	0,927
GAI	0,916
GDS	0,804
SWLS	0,777
PANAS	0,783

³ Apresentamos apenas as profissões cuja frequência superior ou igual a 2.

Screening cognitivo e deteção de relações/diferenças com as variáveis sociodemográficas

Os resultados do MMSE (Quadro 3) mostram que, tanto o grupo dos sujeitos analfabetos como o dos que frequentaram o ensino entre um e onze anos apresentam um quadro de défice cognitivo, pois os valores médios que apresentam situam-se abaixo da pontuação de referência para cada grupo de escolaridade.

Quadro 3

Análise descritiva do MMSE por escolaridade ($n = 41$).

	Global	Analfabetos	1-11 anos
Média	16,1	12,0	15,1
DP	7,7	7,7	7,1
Mediana	-17,0	12,5	19,0
Pontuação de referência	---	≤ 15	≤ 22

A análise comparativa dos dois grupos de escolaridade (Figura 1) permite constatar que existem diferenças significativas no défice cognitivo. Observa-se que o grupo dos sujeitos analfabetos apresenta, no global, maior défice cognitivo, destacando-se os domínios orientação (temporal e espacial) e atenção e cálculo (Quadro 4).

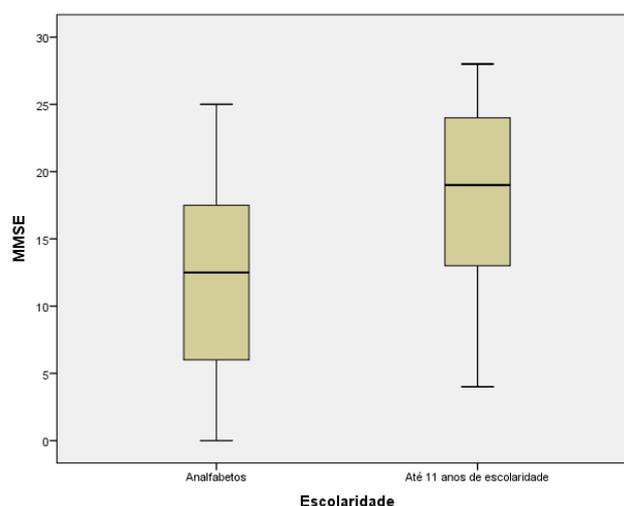


Figura 1. Análise comparativa do MMSE em dois grupos (analfabetos vs. alfabetizados).

Quadro 4

Análise comparativa do MMSE e seus domínios nos dois grupos de escolaridade.

Dimensões	Analfabetos (n=12)		Alfabetizados (n=29)		U Mann-Whitney	p
	\bar{x}	σ	\bar{x}	σ		
Orientação	3,7	2,9	5,9	3,0	105,000	0,045
Memória	3,3	2,8	4,1	1,4	159,500	0,671
Atenção e Cálculo	0,42	1,4	2,0	2,3	107,500	0,026
Linguagem	4,7	2,6	5,8	1,7	135,500	0,249
MMSE	12,0	7,7	17,8	7,1	104,000	0,045

Observa-se ainda que é entre os indivíduos institucionalizados na valência lar, que a função cognitiva se encontra mais comprometida, quer ao nível global quer nos outros domínios (Quadro 5).

Quadro 5

Análise comparativa do MMSE e seus domínios nas três valências de resposta social.

Dimensões	Institucionalizados				Não Institucionalizados		X ²	p
	Lar (n=20)		Residência (n=13)		SAD (n=8)			
	\bar{x}	σ	\bar{x}	σ	\bar{x}	σ		
Orientação	3,8	3,1	6,3	3,0	7,0	1,4	7,794	0,020
Memória	3,0	2,1	4,5	1,6	4,9	1,0	6,849	0,033
Atenção e Cálculo	0,7	1,7	2,2	2,4	2,6	2,3	6,893	0,032
Linguagem	4,5	2,3	6,2	1,4	6,8	0,7	10,290	0,006
MMSE	12,0	7,4	19,2	6,6	21,3	4,1	11,610	0,003

Relativamente às relações entre o estado mental e as variáveis sociodemográficas, constata-se que não se verifica nenhuma relação entre o sexo e o estado civil do sujeito e o MMSE. No entanto, a idade apresenta uma relação negativa e significativa com o estado cognitivo dos sujeitos, nomeadamente com os domínios orientação e atenção e cálculo, sugerindo que quanto maior a idade do idoso, menor a sua função cognitiva, particularmente nestes domínios. O grau de escolaridade também está diretamente relacionado com o estado mental, particularmente com a orientação (Quadro 6)

Quadro 6

Correlação entre as variáveis sociodemográficas, o MMSE e seus domínios.

Dimensões	Sexo		Idade		Estado civil		Escolaridade	
	Spearman (<i>r</i>)	<i>p</i>	Spearman (<i>r</i>)	<i>p</i>	Spearman (<i>r</i>)	<i>p</i>	Spearman (<i>r</i>)	<i>p</i>
Orientação	0,134	0,405	-0,349	0,025	0,104	0,516	0,310	0,048
Memória	-0,042	0,792	-0,196	0,220	0,278	0,079	0,086	0,593
Atenção e Cálculo	-0,027	0,865	-0,326	0,038	0,152	0,343	0,259	0,103
Linguagem	0,052	0,749	-0,216	0,175	0,047	0,769	0,265	0,094
MMSE	0,036	0,821	-0,381	0,014	0,167	0,296	0,322	0,040

A leitura destes resultados sugere que existem diferentes trajectórias de envelhecimento e quanto maior é o grau de escolaridade dos sujeitos, melhor é a sua capacidade cognitivo (MMSE), especialmente a orientação, com o avançar da idade.

Comparativamente aos idosos que participaram no Projeto “Trajetórias de Envelhecimento” do ISMT verifica-se que a amostra de idosos da ilha de Santa Maria apresenta maior defice cognitivo (Quadro 7).

Quadro 7

Análise comparativa do MMSE em duas amostras.

	Amostra de idosos em estudo				Trajetórias de envelhecimento				<i>t</i>	<i>p</i>
	Mín.	Máx.	\bar{x}	σ	Mín.	Máx.	\bar{x}	σ		
MMSE	0	30	16,1	7,7	0	30	20,62	6,043	-3,801	0,000

Com base nestes resultados e, tendo em conta a existência de pontuações muito baixas no MMSE que sugerem um significativo comprometimento cognitivo, optou-se por utilizar o MMSE como fator discriminante, estabelecendo como critério de inclusão na amostra um valor de $MMSE \leq 9$. Assim, os resultados que se apresentam de seguida referem-se a uma amostra mais reduzida ($n = 31$).

Caraterização Psicológica de estados emocionais positivos e negativos

GAI

Na generalidade os sujeitos da amostra concordam com as afirmações do GAI, o que significa que os idosos da amostra se auto avaliam como pessoas preocupadas, nervosas e ansiosas (Tabela 5). Os itens que apresentam maior concordância são: “Sinto-me muitas vezes nervoso(a)” (93%), “Muitas vezes os meus próprios pensamentos põem-me ansioso(a)” (93%), “Vejo-me como uma pessoa nervosa” (87%), “Muitas vezes sinto-me aflito(a)” (87%) e “Vejo-me como uma pessoa preocupada” (77%).

Quadro 8

Análise descritiva dos itens do GAI ($n = 31$).

Itens		<i>n</i>	%
GAI 1 - Ando preocupado(a) a maior parte do tempo	Discordo	7	23
	Concordo	24	77
GAI 2 - Tenho dificuldades em tomar decisões	Discordo	14	45
	Concordo	17	55
GAI 3 - Sinto-me inquieto(a) muitas vezes	Discordo	7	23
	Concordo	24	77
GAI 4 - Tenho dificuldade em relaxar	Discordo	7	23
	Concordo	22	77
GAI 5 - Muitas vezes não consigo apreciar as coisas por causa das minhas preocupações	Discordo	8	26
	Concordo	23	74
GAI 6 - Coisas sem importância preocupam-me bastante	Discordo	9	29
	Concordo	22	71
GAI 7 - Sinto muitas vezes um aperto no estômago	Discordo	9	29
	Concordo	22	71
GAI 8 - Vejo-me como uma pessoa preocupada	Discordo	4	13
	Concordo	27	87
GAI 9 - Não consigo evitar preocupar-me, mesmo com coisas menores	Discordo	9	29
	Concordo	22	71
GAI 10 - Sinto-me muitas vezes nervoso (a)	Discordo	2	7
	Concordo	29	93
GAI 11 - Muitas vezes os meus próprios pensamentos põem-me ansioso(a)	Discordo	2	7
	Concordo	29	93
GAI 12 - Fico com o estômago às voltas devido à minha preocupação constante	Discordo	11	36
	Concordo	20	64
GAI 13 - Vejo-me como uma pessoa nervosa	Discordo	4	13
	Concordo	27	87
GAI 14 - Estou sempre à espera que aconteça o pior	Discordo	6	19
	Concordo	25	81
GAI 15 - Muitas vezes sinto-me agitado(a) interiormente	Discordo	7	23
	Concordo	24	77
GAI 16 - Acho que as minhas preocupações interferem com a minha vida	Discordo	8	26
	Concordo	23	74
GAI 17 - Muitas vezes sou dominado(a) pelas minhas preocupações	Discordo	9	29
	Concordo	22	71
GAI 18 - Por vezes sinto um nó grande no estômago	Discordo	9	29
	Concordo	22	71
GAI 19 - Deixo de me envolver nas coisas por me preocupar demasiado	Discordo	11	36
	Concordo	20	64
GAI 20 - Muitas vezes sinto-me aflito(a)	Discordo	4	13
	Concordo	27	87

Comparativamente aos dados disponíveis do Projeto “Trajetórias de Envelhecimento” (Projeto Alzheimer do ISMT) verifica-se que a amostra insular em estudo apresenta níveis de ansiedade superiores à amostra do continente (Quadro 9).

Quadro 9

Análise comparativa do GAI em duas amostras.

	Amostra de idosos em estudo				Trajetórias de envelhecimento				<i>t</i>	<i>p</i>
	Min.	Máx.	\bar{x}	σ	Min.	Máx.	\bar{x}	σ		
GAI	0	20	15,3	5,2	0	20	12,5	6,1	4,398	0,000

GDS

Os resultados da análise do GDS mostram que a maioria dos inquiridos apresenta sintomas depressivos (Quadro 10). As questões que suscitam maior concordância dos inquiridos são “Sente muitas vezes vontade de chorar?” (90%), “Sente a sua vida vazia?” (87%), “Pôs de lado muitas das suas actividades e interesses?” (81%) e “Aflige-se muitas vezes com pequenas coisas?” (81%).

A baixa frequência de resposta nas questões “Tem esperança no futuro?” (45%) e “O seu pensamento é tão claro como era antes?” (22%) deve ser interpretada como indicativa de algum mal-estar.

Somente as respostas às questões “Acha que tem mais dificuldades de memória do que as outras pessoas?” (Não = 55%) e “Preocupa-se muito com o passado?” (Não = 52%) permitem uma interpretação mais positiva das respostas dos inquiridos.

Quadro 10

Análise descritiva dos itens do GDS (*n* = 31).

Itens		<i>n</i>	%
GDS 1 – Está satisfeito(a) com a sua vida?	Não	11	36
	Sim	20	64
GDS 2 – Pôs de lado muitas das suas actividades e interesses?	Não	6	19
	Sim	25	81
GDS 3 – Sente a sua vida vazia?	Não	4	13
	Sim	27	87
GDS 4 – Fica muitas vezes aborrecido(a)?	Não	11	36
	Sim	20	64
GDS 5 – Tem esperança no futuro?	Não	17	55
	Sim	14	45
GDS 6 – Anda incomodado(a) com pensamentos que não consegue afastar?	Não	12	39
	Sim	19	61
GDS 7 – Está bem disposto(a) a maior parte do tempo?	Não	9	29

	Sim	22	71
GDS 8 – Tem medo que lhe vá acontecer alguma coisa de mal?	Não	7	23
	Sim	24	77
GDS 9 – Sente-se feliz a maior parte do tempo?	Não	11	36
	Sim	20	64
GDS 10 – Sente-se muitas vezes desamparado(a)?	Não	9	29
	Sim	22	71
GDS 11 – Fica muitas vezes inquieto(a) e nervoso(a)?	Não	7	23
	Sim	24	77
GDS 12 – Prefere ficar em casa em vez de sair e fazer coisas novas?	Não	8	26
	Sim	23	74
GDS 13 – Preocupa-se muitas vezes com o futuro?	Não	10	32
	Sim	21	68
GDS 14 – Acha que tem mais dificuldades de memória do que as outras pessoas?	Não	17	55
	Sim	14	45
GDS 15 – pensa que é muito bom estar vivo(a)?	Não	6	19
	Sim	25	81
GDS 16 – Sente-se muitas vezes desanimado(a) e abatido(a)?	Não	7	23
	Sim	24	77
GDS 17 – Sente-se inútil?	Não	10	32
	Sim	21	68
GDS 18 – Preocupa-se muito com o passado?	Não	16	52
	Sim	15	48
GDS 19 – Acha a sua vida interessante?	Não	11	36
	Sim	20	64
GDS 20 – É difícil começar novas actividades?	Não	7	23
	Sim	24	77
GDS 21 – Sente-se cheio(a) de energia?	Não	15	48
	Sim	16	52
GDS 22 – Sente que para si não há esperança?	Não	14	45
	Sim	17	55
GDS 23 – Pensa que a maioria das pessoas passa melhor que o(a) senhor(a)?	Não	9	29
	Sim	22	71
GDS 24 – Aflige-se muitas vezes com pequenas coisas?	Não	6	19
	Sim	25	81
GDS 25 – Sente muitas vezes vontade de chorar?	Não	3	10
	Sim	28	90
GDS 26 – Tem dificuldade em se concentrar?	Não	9	29
	Sim	22	71
GDS 27 – Gosta de se levantar de manhã?	Não	10	32
	Sim	21	68
GDS 28 – Prefere evitar encontrar-se com muitas pessoas?	Não	13	42
	Sim	18	58
GDS 29 – Tem facilidade em tomar decisões?	Não	9	29
	Sim	22	71
GDS 30 – O seu pensamento é tão claro como era antes?	Não	29	9
	Sim	71	22

Relativamente aos dados do Projeto “Trajetórias de Envelhecimento” verifica-se que os sujeitos deste estudo apresentam níveis mais elevados de depressão (Quadro 11).

Quadro 11

Análise comparativa do GDS em duas amostras.

	Amostra de idosos em estudo				Trajetórias de envelhecimento				<i>t</i>	<i>p</i>
	Min.	Máx.	\bar{x}	σ	Min.	Máx.	\bar{x}	σ		
GDS	11	26	20,1	4,2	0	28	14,0	6,2	10,592	0,000

SWLS

A análise de frequências permite-nos constatar que existe uma grande dispersão nas respostas dos sujeitos, não havendo nenhuma alternativa de resposta que concentre 50% das escolhas dos inquiridos. Assim, verifica-se que, em relação à primeira questão, a opção de resposta mais frequente é “Concordo um pouco” (32%). Na segunda questão, a alternativa de resposta mais escolhida é “Não concordo nem discordo” (39%) o mesmo acontecendo na terceira questão (36%). Na quarta questão, a opção de resposta mais escolhida pelos inquiridos é “Concordo um pouco” (36%) e, na quinta e última questão, as respostas mais frequentes são “Não concordo nem discordo” (23%) e “Concordo muito” (23%). De um modo geral, estes resultados permitem-nos sugerir que os sujeitos apresentam uma baixa satisfação com a vida (Quadro 12).

Quadro 12

Distribuição de frequências do SWLS (*n* = 31).

Itens	Discordo muito (1)		Discordo um pouco (2)		Não concordo nem discordo (3)		Concordo um pouco (4)		Concordo muito (5)	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
	SWLS 1 – A minha vida parece-me, em quase tudo, com o que eu desejaria que ela fosse	3	10	7	23	6	19	10	32	5
SWLS 2 – As minhas condições de vida são muito boas	1	3	7	23	12	39	6	19	5	16
SWLS 3 – Estou satisfeito com a minha vida	3	10	3	10	11	36	9	29	5	16
SWLS 4 – Até agora, tenho conseguido as coisas importantes da vida, que eu desejaria	6	19	3	10	6	19	11	36	5	16
SWLS 5 – Se eu pudesse recomeçar a minha vida, não mudaria quase nada	6	19	6	19	7	23	5	16	7	23

A comparação dos resultados com os dados do Projeto “Trajetórias de Envelhecimento” permite-nos afirmar que se trata de uma amostra de sujeitos menos satisfeita com a vida (Quadro 13).

Quadro 13

Análise comparativa do SWLS em duas amostras.

	Amostra de idosos em estudo				Trajetórias de envelhecimento				t	p
	Min.	Máx.	\bar{x}	σ	Min.	Máx.	\bar{x}	σ		
SWLS	8	25	16,0	4,6	10	25	19,8	4,3	-5,858	0,000

PANAS

Relativamente ao domínio dos afetos, observa-se um predomínio dos afetos negativos sobre os aspectos positivos (Quadro 14). Enquanto os afetos positivos mais prevalentes são sentir-se atencioso (43%), emocionado (29%) e estimulado (23%), os afetos negativos preponderantes são sentir-se nervoso (55%), aflito (39%), inquieto (39%) e aborrecido (30%) o que corrobora, de certo modo, os resultados obtidos no GAI e no GDS.

A Figura 2 apresenta uma análise comparativa da proporção de afetos positivos e negativos referidos pelos idosos. É evidente a maior proporção de respostas pouco ou nada/um pouco (linha escura) nos afetos positivos e maior proporção de respostas muito/muitíssimo (linha clara) nos afetos negativos.

Quadro 14

Análise descritiva dos itens das duas dimensões do PANAS.

	Muito pouco ou nada (1)		Um pouco (2)		Assim assim (3)		Muito (4)		Muitíssimo (5)	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
	Escala de Afetos Positivos (PA)									
PA 1 – Interessado(a)	5	16	9	29	12	39	5	16	0	-
PA 2 – Estimulado(a)	1	3	8	26	15	48	5	16	2	7
PA 3 – Forte	7	23	11	36	9	29	3	10	1	3
PA 4 – Entusiasmado(a) /arrebataado(a)	13	42	11	36	6	19	1	3	0	-
PA 5 – Orgulhoso(a)	16	52	8	26	4	13	3	10	0	-
PA 6 – Atento(a)	5	16	12	39	11	36	2	7	1	3
PA 7 – Inspirado(a)	13	42	10	32	6	19	2	7	0	-
PA 8 – Decidido(a)	4	12	9	29	13	42	5	16	0	-
PA 9 – Atencioso(a)	4	13	3	10	11	36	11	36	2	7
PA 10 – Activo(a) /mexido(a)	8	26	6	19	12	39	5	16	0	-
PA 11 – Emocionado(a)	3	10	10	32	9	29	9	29	0	-

Escala de Afetos Negativos (NA)

NA 1 – Aflito(a)	3	10	5	16	11	36	10	32	2	7
NA 2 – Aborrecido(a)	6	19	8	26	8	26	7	23	2	7
NA 3 – Culpado(a)	22	71	5	16	4	13	0	-	0	-
NA 4 – Assustado(a)	11	36	10	32	3	9	6	19	1	3
NA 5 – Hostil/Agressivo(a)	20	65	7	23	3	10	1	3	0	-
NA 6 – Irritável	11	36	12	39	4	13	3	10	1	3
NA 7 – Envergonhado(a)	13	42	10	32	2	7	5	16	1	3
NA 8 – Nervoso(a)	1	3	5	16	8	26	12	39	5	16
NA 9 – Inquieto(a)	5	16	2	7	12	39	10	32	2	7
NA 10 – Medroso(a)	10	32	10	32	3	10	8	26	0	-
NA 11 – Magoado(a)	8	26	10	32	5	16	3	10	5	16

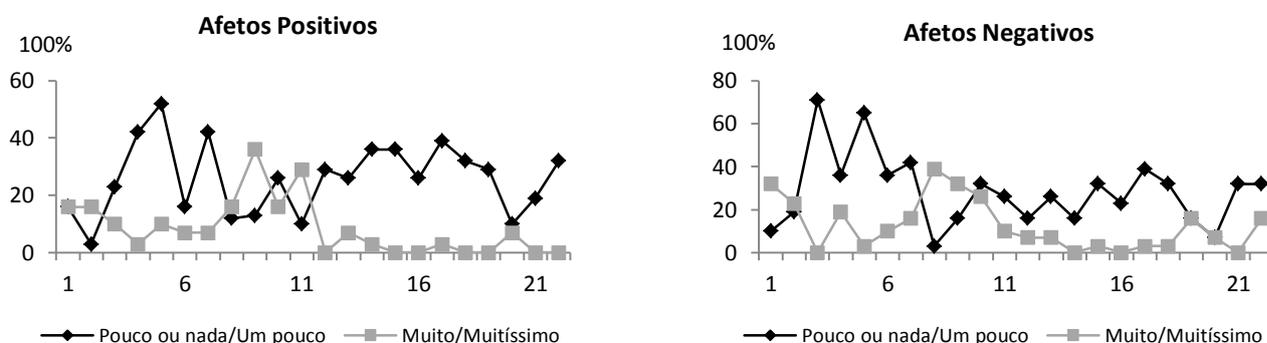


Figura 2. Proporção de afetos positivos e negativos (PANAS).

Comparativamente aos dados do Projeto “Trajetórias de Envelhecimento” verifica-se que a amostra em estudo apresenta um predomínio dos afetos negativos sobre os afetos positivos enquanto a amostra do projecto do ISMT apresenta uma predominância de afetos positivos (Quadro 15).

Quadro 15

Análise comparativa do PANAS em duas amostras.

	Amostra de idosos em estudo				Trajetórias de envelhecimento				t	p
	Min.	Máx.	\bar{x}	σ	Min.	Máx.	\bar{x}	σ		
PANAS										
PA	2	27	14,8	5,7	12	53	31,1	7,9	-18,518	0,000
NA	2	32	16,1	7,6	11	53	24,8	9,3	-7,361	0,000

Relação entre características sociodemográficas, psicológicas e de bem-estar

Não se verifica nenhuma relação/diferença entre o sexo, o estado civil e a escolaridade do sujeito e as variáveis psicológicas (GAI, GDS) e de bem-estar (SWLS e PANAS). No entanto, observa-se uma relação positiva e significativa com os afetos negativos, mostrando que nos idosos mais velhos predominam os afetos negativos (Quadro 16). Os estados emocionais não apresentam diferença quando analisados a partir da variável estado civil.

Quadro 16

Correlação entre as variáveis sociodemográficas, psicológicas e de bem-estar.

Dimensões	Sexo		Idade		Estado civil		Escolaridade	
	Spearman (r)	p	Spearman (r)	p	Spearman (r)	p	Spearman (r)	p
GAI	-0,124	0,439	0,265	0,094	0,163	0,307	-0,154	0,338
GDS	-0,08	0,961	0,107	0,504	-0,247	0,119	-0,166	0,301
SWLS	-0,068	0,673	-0,123	0,442	0,103	0,523	0,091	0,570
PANAS Positivo	-0,159	0,321	-0,048	0,766	0,178	0,266	0,173	0,281
PANAS Negativo	-0,261	0,100	0,327	0,037	0,204	0,200	-0,177	0,269

Resposta Social

A amostra aqui estudada é beneficiária de três valências distintas de resposta social: institucionalização em lar, institucionalização em residência e serviço de apoio domiciliário. Constata-se que os idosos que, apesar dos idosos institucionalizados em lar apresentarem mais problemas psicológicos e menor bem-estar, não existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos (Quadro 17).

Quadro 17

Análise comparativa das características psicológicas nos três tipos de resposta social.

Dimensões	Institucionalizados				Não Institucionalizados		X ²	p
	Lar (n=20)		Residência (n=13)		SAD (n=8)			
	\bar{x}	σ	\bar{x}	σ	\bar{x}	σ		
GAI	16,7	3,6	15,5	5,7	14,6	6,8	0,220	0,896
GDS	21,4	4,0	20,7	4,0	18,9	4,3	2,710	0,258
SWLS	10,6	4,5	10,2	4,4	11,9	4,9	1,145	0,564
PANAS Positivo	13,6	6,5	15,9	5,0	15,9	4,1	1,849	0,397
PANAS Negativo	16,6	6,2	13,9	7,2	18,2	11,1	1,269	0,530

De um modo geral, os resultados chamam a nossa atenção para as diferenças existentes entre os idosos que vivem na ilha de Santa Maria e os idosos do continente que participaram no projecto Alzheimer intitulado “Trajetórias de envelhecimento” que está a ser desenvolvido no ISMT. Passaremos de seguida à discussão destes resultados tendo em conta o que está descrito na literatura e os resultados de outros estudos empíricos.

Discussão e Conclusão

O processo de envelhecimento humano é um fenómeno complexo, simultaneamente idêntico e diverso em cada indivíduo. A este processo estão associadas múltiplas perdas irreversíveis que fragilizam os idosos, tornando-os um grupo particularmente vulnerável (Justo, Dias, Nogueira, Escoval & Jesuino, 2005).

A caracterização sociodemográfica dos idosos do concelho de Vila do Porto, da ilha de Santa Maria, Açores, mostrou que a amostra é maioritariamente constituída por mulheres; que a idade média dos idosos é de 77,6 anos e desvio-padrão de 11,1 anos; que a maioria dos idosos tem o estado civil de viúvo; possui habilitações literárias ao nível do 1º ciclo do ensino básico; exerceu a profissão de doméstica, verificando-se que uma percentagem considerável da amostra não tem filhos (42,6%).

De um modo geral, estas características estão de acordo com os resultados provisórios do XV recenseamento geral da população (Censos, 2011). A feminização da amostra vai ao encontro do referido nos Censos (2011) quanto ao reforço da preponderância da população feminina à medida que a idade avança. Segundo Daniel, a feminização da população idosa resulta da “[mortalidade] *diferenciada entre os sexos que origina uma relação numericamente favorável ao sexo feminino*” (2010, p. 163).

Atendendo à idade média dos idosos, não podemos considerar a amostra envelhecida, uma vez que, a esperança de vida à nascença em Portugal, estimada para o ano 2010, era de 79,5 anos (INE/PORDATA). Este resultado é concordante com os Censos (2011) que referem que as regiões autónomas dos Açores e da Madeira apresentam os menores índices de envelhecimento do país e a maior percentagem de população jovem.

Relativamente ao estado civil, verifica-se que 50% dos idosos de Vila do Porto são viúvos. Contudo, esta viuvez é sobretudo feminina, o que poderá ser explicado pela sobremortalidade da população masculina e maior longevidade da população feminina, uma

vez em que, em 2010, a esperança de vida à nascença era de 82,3 anos para as mulheres e 76,4 anos para os homens (INE/PORDATA).

No que se refere à habilitação literária, constata-se que a maioria frequentou o 1º ciclo do ensino básico. Relativamente a este parâmetro, os Censos (2011) referem a região autónoma dos Açores como a região do país onde a população apresenta um nível mais baixo de escolaridade.

No que se refere ao *screening* cognitivo, às variáveis psicológicas e aos indicadores de bem-estar, os idosos da ilha de Santa Maria apresentam, de um modo global, uma menor condição de saúde mental e uma menor qualidade de vida. A amostra de idosos aqui estudada apresenta um maior défice cognitivo do que os idosos continentais, maior estado de ansiedade, mais sintomas depressivos, menor satisfação com a vida e um predomínio de afetos negativos sobre os afetos positivos. Estes resultados são preocupantes e sugerem a urgência de uma intervenção terapêutica planeada e especialmente desenhada para estes idosos, pois o facto de viverem numa ilha poderá ter alguma influência na sua maneira de pensar e sentir.

O *screening* cognitivo permitiu verificar que o grupo dos sujeitos analfabetos apresenta valores médios significativamente mais baixos do que o grupo dos sujeitos alfabetizados e que essas diferenças são mais evidentes nas dimensões orientação (temporal e espacial) e atenção e cálculo. Observa-se ainda que é entre os indivíduos institucionalizados, especialmente na valência lar, que a função cognitiva se encontra mais comprometida, quer ao nível global quer ao nível das suas dimensões. Também Gaspar, Marques, Matreno, Fermino, Pena, Lemos, Amaro, Daniel, Guadalupe e Simões (2012) concluíram que os idosos institucionalizados em lar apresentavam maior défice cognitivo do que os idosos em centro de dia, pelo menos no que respeita à memória a curto prazo.

A ideia de que a institucionalização é um último recurso levou a que muitas famílias e idosos procurassem esta ajuda numa altura em que estes já possuíam muitas limitações e dependências físicas o que explica, de certa forma, as características dos idosos que se encontram institucionalizados em lar (Sousa, Galante e Figueiredo, 2003). Para Jacob (2001) muitas instituições não têm infra-estruturas adequadas à população idosa, estando mais preparadas para a chegada da morte do que para o aproveitamento vida que resta, daí que o declínio cognitivo seja mais rápido e evidente nesta subpopulação.

No que se refere aos sintomas de ansiedade e depressão, tivemos como referência os instrumentos validados para a população portuguesa, procurando usar os mesmos instrumentos que foram definidos no âmbito do projecto “Trajetórias de envelhecimento” do

ISMT, de modo a permitir a análise comparativa das duas amostras de idosos. Constatou-se que a amostra insular apresenta níveis de ansiedade superiores à amostra de idosos do projeto “Trajetórias de Envelhecimento”. A insularidade é por si reconhecida como um fator determinante do bem-estar psicológico, devido ao maior isolamento social a que está associada. A ilha de Santa Maria caracteriza-se por apresentar um povoamento disperso, com casas espalhadas por toda a ilha, formando pequenos núcleos nas zonas mais ricas em água da parte ocidental ou aninhadas em vales da parte oriental (Figueiredo, 1990). Os valores médios de ansiedade (GAI) e de depressão (GDS) exibidos na amostra de idosos desta ilha são equiparáveis aos apresentados por Ribeiro, Paúl, Simões e Firmino (2011) para uma amostra da comunidade com perturbação psicológica (GAI = 16.3 ± 4.9 ; GDS = 20.7 ± 5.7) e para amostras clínicas de pacientes ansiosos (GAI = 14.8 ± 4.0 ; GDS = 18.1 ± 6.2) e deprimidos (GAI = 15.2 ± 5.6 ; GDS = 20.0 ± 6.8).

David Goldberg e Peter Huxley (1992) propuseram um modelo explicativo as perturbações mentais mais comuns baseado em três componentes principais: 1) a vulnerabilidade que se refere aos fatores que tornam alguns indivíduos mais suscetíveis do que outros a episódios de transtorno mental; 2) a desestabilização, ou o processo de começar a sentir os sintomas, e 3) a restabilização que compreende os fatores que determinam quanto tempo vai durar um episódio de doença num determinado indivíduo. Estes autores descrevem os processos físicos subjacentes aos estados de depressão e de ansiedade, e mostram como os fatores ambientais podem exercer efeitos diretos sobre esses processos.

A teoria das competências sociais salienta a importância do isolamento social e mostra como viver socialmente isolado pode comprometer a saúde mental. Segundo esta teoria, o desenvolvimento de diferentes identidades sociais, enquanto formas de promoção do relacionamento social, pode dar sentido e orientação ao comportamento, evitando a ansiedade, a depressão e a conduta desordenada (Bolsoni-Silva, 2002).

Roca, Gili, Ferrer, Bernardo, Montañó, Salvà, Flores, e Leal (1999) compararam a prevalência de perturbações mentais entre a população das ilhas Baleares, Espanha e a população espanhola, tendo verificado que a prevalência era superior nas ilhas. De entre as perturbações estudadas destacam-se os sintomas depressivos, a ansiedade, as perturbações do sono e do humor.

Em termo de satisfação com a vida, a percepção dos idosos da ilha de Santa Maria é inferior à observada nos idosos do projeto “Trajetórias de Envelhecimento” do ISMT. Pelo conhecimento que temos da realidade da ilha e pelo que nos foi dado a conhecer, no contato direto com a população idosa, o afastamento dos familiares, em particular dos filhos, dos

netos e dos irmãos, é sentido de uma forma bastante profunda por esta população. O constante sentimento de saudade poderá explicar a maior tendência dos idosos do concelho de Vila Porto para demonstrarem afetos negativo, quando a amostra do estudo do ISMT, com idade mais avançada, apresenta mais afetos positivos.

As respostas sociais existentes no concelho de Vila do Porto são recentes, porque durante décadas o cuidar dos idosos foi entendido como uma responsabilidade da família que, nos Açores, tendia a ser uma família alargada (Figueiredo, 1990). O aumento da mobilidade geográfica, principalmente dos jovens, tem gerado uma maior dispersão dos elementos do agregado familiar. Muitos jovens açorianos vêm estudar para o continente, aqui estabelecem o seu novo núcleo familiar, visitando esporadicamente os familiares que permaneceram nas ilhas. O fenómeno migratório, desenhou de forma incontornável a personalidade das ilhas, criando uma crescente necessidade de respostas sociais vocacionadas para a população idosa (www.Azores.gov.pt).

Alguns investigadores defendem que a institucionalização em Lar deveria funcionar em moldes diferentes dos que conhecemos, não sendo necessário investir em novas respostas. Contudo, por vezes, é mais fácil criar uma resposta nova para os novos casos, com características diferentes das que existem do que adaptar respostas previamente existentes. As Residência e o Apoio Domiciliário parecem ser mais adequadas ao novo entendimento que se tem dado à institucionalização e às características do idoso que apesar de autónomo reconhece que precisa de ajuda e de apoio.

Este foi o primeiro rastreio psicológico realizado na população idosa sob resposta social de Vila do Porto e a sua realização permitiu-me perceber compreender que é uma mais-valia a realização de trabalhos desta natureza, uma vez que podem constituir pontos de partida para uma melhoria contínua dos serviços, nomeadamente no que respeita à adequação dos serviços à realidade contextual dos idosos e às suas características individuais, tendo como principal preocupação a manutenção das suas capacidades cognitivas e o seu bem-estar psicológico.

Em termos de investigações futuras seria importante identificar os fatores responsáveis por valores tão alarmantes de ansiedade e depressão, de modo a definir uma intervenção terapêutica capaz de garantir um ambiente envolvente estimulante aos idosos, no sentido destes conseguirem manter as suas capacidades cognitivas, o seu bem-estar físico e psicológico e a satisfação com a vida.

Bibliografia

- Bäckman, L., Ginovart, N., Dixon, R. A., Robins-Wahlin, T. B., Wahlin, A., Halldin, C. & Farde, L. (2000). Age-related cognitive deficits mediated by changes in the striatal dopamine system. *American Journal of Psychiatry*, 157, 635–637.
- Baker, L., Cahalin, L., Gertst, K. & Burr, J. (2005). *Productive Activities and Subjective Well-Being Among Older Adults: The Influence of Number of Activities and Time Commitment*, Social Indicators Research, 73, 431-458.
- Barreto, J., Leuschner, A., Santos, F. & Sobral, M. (2008). Escala de Depressão Geriátrica: Geriatric Depression Scale (GDS). In Grupo de Estudos de Envelhecimento Cerebral e Demência (Ed.). *Escalas e Testes na Demência* (pp. 70-72). Lisboa: Novartis.
- Bennett D. A., Wilson, R. S., Schneider, J. A., Evans, D. A., Beckett, L. A., Aggarwal, N. T., Barnes, L. L., Fox, J. H. & Bach, J. (2002). Natural history of mild cognitive impairment in older persons. *Neurology*, 59:198–205.
- Birren, J., & Cunningham, W. (1985). Research on the psychology of aging: principles, concepts and theory. In J. E. Birren e K.W. Schaie (Eds.), *Handbook of the psychology of aging*. Nova Iorque: Von Nostrand, Rheinhold.
- Bishop, A. J., Martin, P. & Poon, L. (2006). Happiness and Congruence in Older Adulthood: A Structural Model of Life Satisfaction. *Aging & Mental Health*, 10 (5), 445-453.
- Blazer, D., Bachar, J. & Hughes, D. (1987). Major depression with melancholia: a comparison of middle-age and elderly adults. *Journal of American Geriatric Society*, 35, 927-932.
- Bolsoni-Silva, A. T. (2002). Habilidades sociais: breve análise da teoria e da prática à luz da análise do comportamento. *Interação em Psicologia*, 6 (2), 233-242.

Byrne, G. (2002). What happens to anxiety disorders in later life? *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24 (1), 74-80.

Calixto, E., & Martins, H. (2010). Os fatores biopsicossociais na satisfação com a vida de idosos institucionalizados. *Atas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia*, Universidade do Minho, Portugal.

Charchat-Fichman, H., Caramelli, P., Sameshima K. & Nitrini, R. (2005). Declínio da capacidade cognitiva durante o envelhecimento. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 27 (1), 79-82.

Chiu, E., Ames, D., Brian, D. & Snowden, J. (2005). Transtornos depressivos em idosos: uma revisão. In. M. Maj & N. Sartorius (Eds.). *Transtornos depressivos*. (2ª Ed.). Porto Alegre: Artmed.

Craik, F. (1994). Memory Changes in Normal Aging. *Current Directions in Psychological Science*, 3(5), 155-158.

Clark, L. & Watson, D. (1991). Tripartite model of anxiety and depression: Psychometric evidence and taxonomic implications. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 316–336.

Crawford, J. R. & Henry, J. (2004). The Positive and Negative Affect Schedule (PANAS): Construct validity, measurement properties and normative data in a large non-clinical sample. *British Journal of Clinical Psychology*, 43, 245–265.

Cushman J. & Abeles N. (1998). Memory complaints in the able elderly. *Clinical Gerontology*, 19 (2), 3-25.

Daniel, F. (2010). Sete mulheres para cada homem? Uma análise sobre relações de masculinidade. *População e Sociedade*, 18, 157-167.

Diener, E. D., Emmons, R. A., Larsen, R. J. & Griffin, S. (1985). The Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49 (1), 71-75.

Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R., & Smith, H. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress: 1967 to 1997. *Psychological Bulletin*, 125, 276-302.

Diener, E., Scollon, C. & Lucas, R. (2003). The evolving concept of subjective well-being: the multifaceted nature of happiness. *Advances in Cell Aging and Gerontology*, 15, 187–219.

Fernandes, P. (2002). *Depressão no idoso*. Coimbra: Quarteto Editora.

Figueiredo, J. (1990). *Ilha de Gonçalo Velho: da descoberta até ao aeroporto* (2.^a Ed.). Vila do Porto (Açores): Câmara Municipal de Vila do Porto.

Folstein, M., Folstein, S. & McHugh, P. (1975). Mini-Mental State: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12, 189-198.

Fontaine, R. (2000). *Psicologia do envelhecimento* (1^a Ed.). Lisboa: Climepsi Editores.

Fortin, M. (1999). *O processo de investigação: da concepção à realização*. Camarate: Lusociência.

Galinha, I. & Ribeiro, J. (2005). Contribuição para o estudo da versão portuguesa da Positive and Negative Affect Schedule (PANAS): II - Abordagem teórica ao conceito de afeto. *Análise Psicológica*, 23 (2), 209-218.

Gaspar, A., Marques, M., Matreno, J., Fermino, S., Pena, I., Lemos, L., Amaro, H., Daniel, F., Guadalupe, S., Simões, D. (2012). Memórias a curto prazo em idosos em lar e em centro de dia. *Proceedings of V Congresso Internacional y X Nacional de Psicologia Clínica*.

Goldberg, D. & Huxley, P. (1992). *Common mental disorders: A bio-social model*. Nova Iorque: Tavistock/Routledge.

Griffin, P., Mroczek, D. & Spiro, A. (2006). Variability in affective change among aging men: Longitudinal findings from the VA Normative Aging Study. *Journal of Research in Personality*, 40, 942-965.

Guerreiro, M., Silva, A. P., Botelho, A., Leitão, O., Castro-Caldas, A. & Garcia, C. (1994). *Adaptação à população portuguesa da tradução do Mini Mental State Examination (MMSE)*. Coimbra: Reunião da Primavera da Sociedade Portuguesa de Neurologia.

Guerrero-Berroa, E., Luo, X., Schmeidler, J., Rapp, M. A., Dahlman, K., Grossman, H. T., Haroutunian V. & Beeri M. S. (2009). The MMSE orientation for time domain is a strong predictor of subsequent cognitive decline in the elderly. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 24(12), 1429-1437.

Gurland, B. (1976). The comparative frequency of depression in various adult age groups. *Journal of Gerontology*, 31, 283-292.

Hawkins, D., Mothersbaugh, D. & Best, R. (2007). *Comportamento do consumidor: construindo a estratégia de marketing*. (Trad. Cláudia Mello Belhassof). Rio de Janeiro: Elsevier.

Horn, J. & Cattell, R. (1967). Age differences in fluid and crystallized intelligence. *Acta Psychologica*, 26, 107-129.

INE (2011). *Censos 2011: Resultados Provisórios*. Instituto Nacional de Estatística. Lisboa.

John, P., & Montgomery, P. (2010). Cognitive impairment and life satisfaction in older adults. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 25, 814-821.

Joia, L. C., Ruiz, T. & Donalísio, M.R. (2007). Condições associadas ao grau de satisfação com a vida entre a população de idosos. *Revista Saúde Pública*, 41 (1), 131-138.

Jonker C., Geerlings, M. I. & Schmand, B. (2000). Are memory complaints predictive for dementia? A review of clinical and population-based studies. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 15 (11), 983-91.

Júnior, R. & Tavares, M. (2005). A saúde sob o olhar do idoso institucionalizado: conhecendo e valorizando sua opinião. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 9 (16), 147-58.

Júnior, J., Silva, R., Gomes, G., Paes, E. & Bastos, O. (2010). Teoria da mente e depressão em idosos institucionalizados. *Neurobiologia*, 73 (3), 143-149.

Justo, C., Dias, G., Nogueira, D., Nogueira, F., Escoval, A. e Jesuíno, J. C. (2005). *Eu Gostava de ir ver Gente*. Lisboa: Campos da Comunicação.

Lenze, E. J., Mulsant, B. H., Shear, M. K., Alexopoulos, G. S., Frank, E. e Reynolds, C. F. (2001). Comorbidity of depression and anxiety in later life. *Depression and Anxiety*, 14, 86-93.

Lima-Costa, M. F & Veras, R. (2003). Saúde pública e envelhecimento. *Cadernos de Saúde Pública* vol. 19 (3), 700-701.

Mather, M., & Carstensen, L. (2005). Aging and motivated cognition: the positivity effect in attention and memory. *Trends in Cognitive Sciences*, 9(10), 496-502.

Meyers, B. & Greenberg R. (1986). Late-life delusional depression. *Journal of Affective Disorders*, 11, 133-137.

Nelson, J. & Bowers, M. (1978). Delusional unipolar depression: description and drug response. *Archive of General Psychiatry*, 35, 1321-1328.

Neri, A. (2003). *Qualidade de vida e idade madura*. Campina: Papyrus.

Neto, F. (1999). Satisfação com a vida e características de personalidade. *Psychologica*, 22, 55-70.

Oliveira, J. B. (2008). *Psicologia do envelhecimento e do idoso* (3.^a Ed.). Lisboa: Licpsic-Psicologia.

Oliveira, K., Santos, A., Cruvinel, M. e Néri, A. (2006). Relação entre ansiedade, depressão e desesperança num grupo de idosos. *Psicologia em Estudo*, 11 (2), 351-359.

Oishi, S., Diener, E., Suh, E. & Lucas, R. (1999). Cross-cultural variations in predictors of life satisfaction: perspectives from needs and values. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 25 (8), 980-990.

Pachana, N., Byrne, G., Siddle, H., Koloski, N., Harley, E. & Arnold, E. (2007). Development and validation of the Geriatric Anxiety Inventory. *International Psychogeriatrics*, 19 (1), 103-114.

Paschoal, S. (2000). *Qualidade de vida do idoso: elaboração de um instrumento que privilegia a sua opinião*. Dissertação de mestrado. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Patel, V., Araya, R., de Lima, M., Ludermir, A. & Todd, C. (1999). Women, poverty and common mental disorders in four restructuring societies. *Social Science and Medicine*, 49: 1461-1471.

Pavot, W. & Diener, E. (1993). Review of the satisfaction with life scale. *Psychological Assessment*, 5, 164-172.

Pearson V. (1995). Goods on which one loses: women and mental health in China. *Social Science and Medicine*, 41(8): 1159-1173.

Pinquart, M. (2001). Age differences in perceived positive affect, negative affect, and affect balance in middle and old age. *Journal of Happiness Studies*, 2, 375-405.

Relvas, A & Alarcão, M. (2002) *Novas formas de Famílias*. Coimbra: Quarteto.

Ribeiro, O., Paúl, C., Simões, M. e Firmino, H. (2011). Portuguese version of the Geriatric Anxiety Inventory: transcultural adaptation and psychometric validation. *Agind & Mental Health*, 15 (6), 742-748.

Roca, M., Gili, M., Ferrer, V., Bernardo, M., Montañó, J. J., Salvà, J. J., Flores, I. e Leal, S. (1999). Mental disorders on the island of Formentera: prevalence in general population using the Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry (SCAN). *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 34 (8), 410-415.

Sequeira, A. & Silva, M. (2002). O bem-estar da pessoa idosa em meio rural. *Análise Psicológica*, 3, 505-516.

Simões, A. (2006). *A nova velhice: um novo público a educar*. Porto: Ambar.

Simões, A. (1992). Ulterior Validação de uma Escala de Satisfação com a Vida (SWLS). *Revista Portuguesa de Pedagogia*, XXVI (3), 503-515.

Sinoff, G., & Werner P. (2003). Anxiety disorder and accompanying subjective memory loss in the elderly as a predictor of future cognitive decline. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 18, 951-959.

Sousa, L., Galante, H. & Figueiredo, D. (2003). Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. *Revista de Saúde Pública*, 37 (3): 364-371.

Tellegen, A. (1985). Structures of mood and personality and their relevance to assessing anxiety, with an emphasis on self-report. In: A. H. Tuma & J. D. Maser (Eds.). *Anxiety and the Anxiety disorders* (pp. 681-706). Nova-Iorque: Erlbaum.

Watson, D., Weber, K., Assenheimer, J., Clark, L., Strauss, M. & McCormick, R. (1995). Testing a tripartite model: I. Evaluating the convergent and discriminant validity of anxiety and depression symptom scales. *Journal of Abnormal Psychology*, 104, 3-14.

Watson, D. Clark, L. & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS Scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 47, 1063-1070.

Yesavage, J., Brink, T., Rose, T., Lum, O., Huang, V., Adey, M., & Leirer, V. (1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, 17 (1), 37-49.

Zandi, T. (2004). Relationship between subjective memory complaints, objective memory performance, and depression among older adults. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 19 (6), 353-360.

Zimmerman M, McDermut W, Mattia JI (2000). Frequency of anxiety disorders in psychiatric outpatients with major depressive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 157: 1337-1340.

Publicações eletrónicas

INE/PORDATA Acedido a 3 de setembro de 2012 em <http://www.pordata.pt/Portugal/Esperanca+de+vida+a+nascenca+total+e+por+sexo-418>.

Priberam (2008). *Dicionário Priberam da língua portuguesa*. Acedido em 20 setembro, 2012 em <http://www.priberam.pt/dlpo/default.aspx>.

World Health Organization (WHO). Acedido em 12 setembro de 2012, em <http://www.who.int/topics/ageing/en/>

ANEXO 1