

INSTITUTO SUPERIOR MIGUEL TORGA

Escola Superior de Altos Estudos

SUPORTE SOCIAL, SINTOMAS DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO E SATISFAÇÃO COM A VIDA EM IDOSOS SOB RESPOSTA SOCIAL

Alexandra Pardal

**Dissertação de Mestrado para a obtenção de grau de Mestre em
Psicoterapia e Psicologia Clínica**

Coimbra, 2011



Suporte Social, Sintomas de Ansiedade, de Depressão e Satisfação com a Vida em Idosos sob Resposta Social

Alexandra Pardal

Dissertação Apresentada ao ISMT para a obtenção de grau de

Mestre em Psicoterapia e Psicologia Clínica

Orientadora: Professora Doutora Sandra Oliveira

Co-Orientadora: Professora Doutora Helena Espírito Santo

Coimbra, Junho de 2011

Dedicatória:

*Aos meus pais e ao esforço que fizeram ao longo do meu percurso.
Ao apoio que sempre me deram e por tanto acreditarem em mim. Mas
essencialmente pelos valores que me transmitiram.*

*Ao meu irmão que na sua forma despreocupada de agir esteve
sempre lá. E ao seu espírito crítico que tanto me ajudou.*

Aos meus amigos pela minha ausência em tantos momentos.

*"Foi o tempo que perdeste com tua rosa que fez tua rosa tão
importante."*

(Antoine de saint-exupéry, 1943)

Agradecimentos

Aos meus pais e irmão pelo esforço que fizeram ao longo deste percurso. Agradeço todo o apoio e sacrifício. Obrigada pela confiança depositada em mim.

A todos os meus professores, que acompanharam o meu percurso académico. Um especial obrigado à minha, mais que querida, professora da primária Licínia Parda, pilar do que sou hoje.

À Professora Doutora Sandra Oliveira, minha orientadora de dissertação de mestrado e supervisora de estágio, pela disponibilidade e ensinamentos. Obrigada pela paz e confiança transmitida nos momentos de maior dúvida e aflição.

À Dra. Mónica Videira, por ser mais que uma professora. Por todo o apoio, orientação e ensinamentos, e acima de tudo por saber serenar as minhas angústias e inseguranças.

À Professora Doutora Helena Espírito Santo, pela exigência que me permitiu exceder-me e alcançar novos voos.

À Professora Doutora Fernanda Daniel pelas dúvidas esclarecidas no momento certo.

Aos meus amigos que, mesmo à distância, sempre estiveram ao meu lado. Um especial obrigado aos amigos do RFEVA. Desculpem-me pela constante ausência e obrigada pela vossa amizade.

Finalmente, a todos que viveram comigo a experiência da vida académica. Ficarão para sempre saudades das noites de estudo e mais ainda destes tempos boémios.

A todos, Muito Obrigada!

Suporte social, Sintomas de Ansiedade de Depressão e Satisfação com a Vida em Idosos sob Resposta Social

Resumo

A investigação tem mostrado a importância do suporte social sobre a saúde mental, mas esse estudo não foi ainda feito em Portugal com idosos. Assim, é nosso objectivo estudar a relação entre a percepção do suporte social, a satisfação com a vida, os sintomas ansiosos e os sintomas depressivos.

Recolhemos uma amostra composta por 46 sujeitos idosos, com idades compreendidas entre os 65 e os 95 anos. Utilizámos o *Geriatric Anxiety Inventory* (GAI) e *Geriatric Depression Scale* (GDS) para avaliação, respectivamente, da sintomatologia ansiosa e depressiva. Para avaliação do suporte social, utilizámos o *Older Americans Resources and Services Program* (OARS) que avalia os recursos sociais, e para avaliação da satisfação com a vida o *Satisfaction With Life Scale* (SWLS).

Verificámos que 91,3% dos sujeitos eram analfabetos ou com escolaridade baixa e que apenas 4 (8,7%) tinham estudado para além do 4º ano. Os idosos revelaram médias elevadas de sintomatologia ansiosa, e depressiva, e de insatisfação. Em relação à percepção de suporte social, os idosos revelam elevada insatisfação essencialmente com a extensão do contacto com os outros e a disponibilidade de ajuda.

Verificámos ainda que percepção de Suporte Social se relaciona com a Saúde Mental e o Bem-estar, pelo que é importante pensar-se em estratégias que promovam a integração desta população na vida social. Fomentar o convívio multigeracional afigura-se como uma solução.

Palavras-Chave: Suporte social, Ansiedade, Depressão, Satisfação com a vida, Terceira idade.

Suporte social, Sintomas de Ansiedade de Depressão e Satisfação com a Vida em Idosos sob Resposta Social

Abstract

Research has shown the importance of social support on mental health, however, this investigation has not been done yet in elder population. It is so our aim to study the relationship between perceived social support, satisfaction with life, anxiety symptoms and depressive symptoms.

We collect a sample of 46 subject aged between 65 and 95 years old. We used the *Geriatric Anxiety Inventory* (GAI) and *Geriatric Depression Scale* (GDS) to assess anxious and depressive symptoms. To assess social support we use the *Older Americans Resources and Services Program* (OARS), which evaluate the social resources, and to assess the life satisfaction we use the *Satisfaction With Life Scale* (SWLS).

We found that 91.3% of subjects were illiterate or with low education and only 4 (8.7%) had studied beyond the fourth grade. The elders showed higher average symptoms of anxiety and depression, and dissatisfaction. Regarding the perception of social support, the elderly essentially reveal high dissatisfaction with the extent of contact with others and the availability of help.

We also found that perceived social support is related to the Mental Health and Well-being, it is so important to think in strategies that promote the integration of elder population in social life. The promotion of multigenerational intercourse seems to be a solution.

Key-words: Social Support, Anxiety, Depression, Life Satisfaction, Third age.

Suporte social, Sintomas de Ansiedade de Depressão e Satisfação com a Vida em
Idosos sob Resposta Social

Índice

1.	Introdução	1
2.	Objectivos	7
3.	Materiais e Métodos.....	8
3.1	Delineamento do estudo	8
3.2	Amostra	9
4.	Instrumentos.....	11
	Geriatric Anxiety Inventory (GAI).....	11
	Geriatric Depression Scale (GDS).....	12
	Satisfaction With Life Scale (SWLS).....	13
	Older Americans Resources and Services Program (OARS).....	13
	Rey-15 Item Test	14
5.	Procedimento metodológico e estatístico	15
6.	Resultados	16
7.	Discussão	21
8.	Conclusão.....	25
9.	Referências Bibliográficas	27

Suporte social, Sintomas de Ansiedade de Depressão e Satisfação com a Vida em
Idosos sob Resposta Social

Índice de quadros

Quadro 1 <i>Caracterização das Variáveis Sociodemográfica de uma Amostra de Idosos sob Resposta Social</i>	11
Quadro 2 <i>Pontuações Médias na Amostra no SWLS, GAI, GDS, 15-IMT e OARS em Idosos sob Resposta Social</i>	17
Quadro 3 <i>Correlações de Ró Pearson entre variáveis de Suporte Social (OARS), Ansiedade (GAI), Depressão (GDS), e Satisfação com a Vida (SWLS)</i>	18
Quadro 4 <i>Correlações de Ró Pearson entre variáveis de Suporte social (OARS), Ansiedade (GAI), Depressão (GDS), e Satisfação com a Vida (SWLS) excluindo a influência da</i> Quadro 5 <i>Correlações de Ró Pearson entre variáveis de Suporte social (OARS), Ansiedade (GAI), Depressão (GDS), e Satisfação com a Vida (SWLS) excluindo a influência da variável sociodemográfica Com Quem Vive em sua Casa. ..</i>	19
Quadro 5 <i>Correlações de Ró Pearson entre variáveis de Suporte social (OARS), Ansiedade (GAI), Depressão (GDS), e Satisfação com a Vida (SWLS) excluindo a influência da</i> Quadro 5 <i>Correlações de Ró Pearson entre variáveis de Suporte social (OARS), Ansiedade (GAI), Depressão (GDS), e Satisfação com a Vida (SWLS) excluindo a influência da variável sociodemográfica Quem o Visita Regularmente</i>	20
Quadro 6 <i>Correlações de Ró Pearson entre variáveis de Suporte social (OARS), Ansiedade (GAI), Depressão (GDS), e Satisfação com a Vida (SWLS) excluindo a influência da</i> Quadro 5 <i>Correlações de Ró Pearson entre variáveis de Suporte social (OARS), Ansiedade (GAI), Depressão (GDS), e Satisfação com a Vida (SWLS) excluindo a influência da variável sociodemográfica Resposta Social.</i>	21

1. Introdução

O envelhecimento é um conceito usual do discurso de senso comum, ao mesmo tempo que a todos soa familiar. Não se alheia porém da presença de dúvidas e questionamentos. Segundo Quaresma, Fernandes, Calado, & Pereira (2004), nas sociedades contemporâneas, o aumento substancial da esperança de média de vida verificado durante o século XX, associado às mudanças profundas sociais que para ele concorreram, fez emergir o envelhecimento e a velhice como questão social.

O envelhecimento não é sinónimo de velhice. É importante encarar o envelhecimento enquanto um processo de transformações do organismo de natureza biológica e psicológica em função do tempo. Tendo assim em atenção essas transformações em função do tempo, isto deixa-nos a pensar, de que forma estão a ser feitas e em última instância, o que há de positivo e negativo nelas. Em qualquer ponto do ciclo de vida - ainda mais na velhice - a adaptação e aquilo que dela resulta não dependem apenas do controlo que a pessoa exerce sobre a sua vida e sobre o seu desenvolvimento, mas também, da sua capacidade para aceitar o que é inalterável para se ajustar às circunstâncias que já não terá oportunidade de alterar. Todo o percurso de vida, o contexto em que se desenrolou toda a trajectória de vida e a forma como as relações de sociabilidade, familiares ou outras ocorreram estão directamente relacionadas com o modo como é vivida a fase final do ciclo da vida (Fonseca, 2005; Fontaine, 2000; Quaresma, et al., 2004).

Segundo Fontaine (2000), a velhice bem-sucedida está associada a três condições. A primeira, é a reduzida probabilidade de doenças, em especial as que causam perdas de autonomia. A segunda, consiste na manutenção de um elevado nível funcional nos planos cognitivo e físico, o que por vezes se denomina velhice óptima. A terceira, é a conservação de empenhamento social e de bem-estar subjectivo.

As dificuldades relacionais ao longo da vida são geralmente condicionantes de isolamento e solidão na velhice e geradoras de estados psicológicos depressivos e patológicos.

Isto, porque da mesma forma que pode existir a velhice bem-sucedida também a chegada da terceira idade é geradora de alguma instabilidade psíquica normativa, muitas vezes acompanhada de perturbações psicológicas graves. Entre as quais estados depressivos e a doença da Alzheimer como as mais frequentes. Na doença de Alzheimer, em que a pessoa perde progressivamente a sua autonomia e a sua dignidade, somos confrontados com a difícil

Suporte social, Sintomas de Ansiedade de Depressão e Satisfação com a Vida em Idosos sob Resposta Social

e dolorosa questão do suporte social e tratamento dos nossos familiares mais velhos vítimas desta patologia (Fontaine, 2000; Quaresma, et al., 2004).

As políticas de velhice associadas às perdas e incapacidades, não têm favorecido a integração desta fase da vida no *continuum* da existência dos indivíduos. Pelo contrário, têm funcionado para cristalizar as imagens desvalorizadoras da velhice e de se ser velho. Em termos de prestação de cuidados médicos, nos Cuidados de Saúde Primários (CSP), as consultas médicas são cada vez mais procuradas por idosos, sobretudo por falta de disponibilidade das famílias activas para cuida-los e ouvi-los, sendo esta uma das razões da necessidade de institucionalizar alguns idosos (Nunes, 2005; Quaresma, et al., 2004).

Actualmente a forma de prestação de cuidados e serviços não assenta directamente no pacto das sociedades tradicionais em que os adultos investiam nos seus filhos na expectativa da recompensa. O pacto, não desapareceu de todo, apenas tem passado por um processo de despersonalização. Nos dias de hoje há uma maior diversidade de medidas e respostas no sentido de facilitar o quotidiano dos idosos e dos seus familiares. Um vasto leque de serviços de âmbito comunitário e domiciliário. Alguns constituem a institucionalização dos idosos. Outros, procuram retardar ou evitar o recurso a esta medida. Desta forma a responsabilidade da prestação de serviços antigamente suportada directamente pelos filhos, é hoje delegada a instituições custeadas pelas gerações mais novas. Ainda assim a diversidade de serviços existentes não dá resposta ao pretendido. Isto porque nos lares as listas são extensas, e a eficácia dos restantes serviços, encontra-se ligada, podemos até dizer dependente, do envolvimento de outros, como a família, os amigos, os vizinhos, ou até mesmo ao facto de o idoso possuir algum grau de autonomia que lhe permita efectuar determinadas tarefas sozinho (Pimentel, 2001).

A falta de saúde, de redes sociais e de capacidades funcionais, aliadas ao facto de prestação de cuidados não ser directamente efectuada pelas gerações mais jovens, faz despoletar sentimentos de solidão. Este fenómeno psicológico instala-se e tem tendência a aumentar com a idade. Perde o idoso muitas das vezes parte da sua autonomia, depara-se com falta de desafios, aprendizagens, oportunidades, estimulação e desinvestimento do contacto social e até no próprio indivíduo. Facilmente será distorcida a percepção de satisfação com a vida e precipitadamente chegarão os sintomas de ansiedade e depressão. As ideias pré-concebidas de estagnação e declínio que são assim associados aos idosos aliam-se à ideia de que a solidão é algo que não se pode evitar (Augusto, Oliveira, & Pocinho, 2008; Nunes, 2005).

Suporte social, Sintomas de Ansiedade de Depressão e Satisfação com a Vida em Idosos sob Resposta Social

A depressão no idoso é motivo de hospitalização tão frequente como a demência, com um quadro clínico, de um modo geral, parecido com o que se pode encontrar em outras idades, sendo contudo menos vulgares os sentimentos de culpa e a incapacidade grave. Os idosos evidenciam elevada hipocondria, preocupações com a sua imagem física, com os seus pertences, experiência e ganhos do passado. Uns isolam-se, outros manifestam reacções paranóides e /ou depressivas, outros ainda apresentam reacções emocionais menos profundas como desespero e angústia. A depressão pode manifestar-se por apatia, tristeza, abatimento moral e físico, com sensações de impotência e desespero. Contudo, todos passam por momentos de baixa auto-estima, o que potenciará mais ainda os estados ansiosos e depressivos. É de suma importância que a depressão não seja confundida com pequenos estados de tristeza, ou sentimentos de alguma desmoralização associados a acontecimentos diários. A depressão tem sido de difícil diagnóstico na prática clínica. Esta dificuldade advém do facto de a depressão não poder ser descrita como um objecto e não poder ser completamente percebida pelos sentidos. Mesmo quando é grave, metade dos casos ficam por diagnosticar (Fernandes, 2000; Grinberg, 2000; Hell, 2009; Montgomery, 2000; Nunes, 2005).

De acordo com Nunes (2005), as síndromes depressivas e as demências são as patologias geronto-psiquiátricas mais frequentes, e não raras vezes encontram-se inter-relacionadas. Se por um lado a depressão influencia de forma negativa diversas funções cognitivas e pode desencadear síndrome demencial e agravá-lo, por outro lado, a demência pode levar à depressão enquanto o idoso não perder a consciência de si próprio. Idosos deprimidos que apresentam défices cognitivos, como parte da síndrome depressiva, possuem um risco mais elevado de evoluir para demência, mesmo aqueles que obtêm remissão dos sintomas demenciais após o tratamento bem-sucedido da depressão. Logo, podem estar presentes ambas as patologias, no sentido em que uma pode levar à outra, não se tratando, no entanto, de uma relação causa efeito. E por isso, muitas vezes, grande parte dos sintomas são comuns às duas patologias em doentes geriátricos e daí a grande dificuldade de diagnóstico e com consequências inevitáveis nas terapêuticas aplicadas (Costa, Peppe, Carlesimo, et al., 2006; Forlenza, 2000; Murphy & O'Leary, 2010; Nunes, 2005; Richard, 2007; Rosness, Barca, & Engedal, 2010).

A dificuldade de diagnóstico claro e preciso de depressão, está todo envolto pelo facto de esta poder ser caracterizada por inúmeros estados emocionais tais como: a ansiedade, o humor triste e apático, o autoconceito negativo que envolve auto-reprovação, a auto-recriminação, o desejo de evitar outras pessoas, a perda de sono e de apetite e do desejo

Suporte social, Sintomas de Ansiedade de Depressão e Satisfação com a Vida em Idosos sob Resposta Social

sexual, a modificação do nível de actividade, normalmente tendendo para a letargia, mas por vezes sob a forma de agitação. A depressão, é assim um estado de tristeza e abatimento relacionado com uma perda dos laços afectivos de amor e protecção, com um objecto, real ou fantasiado. No entanto a depressividade não é uma depressão, sendo que, o que domina o estado afectivo não é a tristeza e o sentimento de perda, mas um mal consciencializado sentimento de dependência e opressão, um receio de vir a ficar só, uma incapacidade de se visualizar autónomo. Na depressão o Eu encontra-se paralisado porque se sente incapaz de enfrentar o perigo; por vezes, o desejo de viver encontra-se substituído pelo desejo de morrer uma vez que se considera impotente para superar o perigo que o ameaça (Grinberg, 2000; Matos, 2007a; Strongman, 2004).

Não sem controvérsia, os sintomas de ansiedade e depressão possuem limites difusos e passíveis de serem confundidos. Entre todas as emoções específicas, a ansiedade foi a mais investigada e aquela em relação à qual se avançaram mais teorias (Strongman, 2004). Matos (2007b), diz-nos que a ansiedade é um afecto produzido pela ameaça de perda ou insegurança, o medo; a depressão vem na sequência da perda ou solidão efectivas, é a dor. A ansiedade mobiliza esforços para sobreviver, pondo agressividade na luta ou na fuga, a depressão é a desistência e conformação com o sucedido, inflectindo a agressividade para o interior do próprio sujeito.

Ao contrário do que acontece com a depressão, a ansiedade é mais facilmente diagnosticada. Os doentes consideram-na mais aceitável e queixam-se de imediato dos sintomas somáticos de ansiedade. Não o fazem tão facilmente com os sintomas depressivos. É bem conhecida a coexistência de sintomas ansiosos e depressivos. Para investigar um paciente que se apresenta com ansiedade mas no qual também existem sintomas depressivos, é considerar a possibilidade de que o indivíduo esteja, de facto, a sofrer de depressão. Ocasionalmente, um certo grau de ansiedade no nosso dia-a-dia, é útil para nos estimular a agir. A emoção da ansiedade é encarada como normal, se for adequada às circunstâncias, e aceite como um acontecimento que acompanha naturalmente o estímulo necessário para lidar com uma situação específica (Montgomery, 2000).

Tanto a depressão como a ansiedade relacionam-se então com a perturbação do bem-estar do indivíduo, estando muitas vezes ligadas aos sentimentos de solidão e abandono. O Suporte Social assume-se assim como uma medida importante, uma vez que se define pela percepção do indivíduo, de quanto ele pode depender dos outros para apoio emocional, bem como para outras formas de valiosos recursos interpessoais. Os idosos do nosso país têm percepção da indisponibilidade dos seus familiares para os acompanharem. Sentem-se assim um fardo que

Suporte social, Sintomas de Ansiedade de Depressão e Satisfação com a Vida em Idosos sob Resposta Social

pode perturbar a dinâmica familiar (Pimentel, 2001; Ribeiro, 1999; Williams & Galliher, 2006).

É fundamental que se entenda que a existência de uma rede social não significa existência efectiva de suporte social. Não podemos pressupor que todas as pessoas ou famílias relativamente às quais identificamos uma rede social pessoal ou familiar têm suporte social disponível e garantido por tal rede. Aliás, as redes sociais podem igualmente assumir-se enquanto redes inócuas ou mesmo destrutivas, dependendo da sua natureza e composição (Coimbra, 1990 *cit in* Guadalupe, 2009).

Segundo Guadalupe (2009), o suporte social engloba um ou diversos tipos específicos de apoios prestados por indivíduos, grupos ou instituições. E estas são por vezes o apoio que os familiares encontram para não deixarem os idosos sozinhos. A Demência é de longe o motivo mais comum para institucionalização de idosos. É o desafio do presente e do futuro garantir os cuidados a idosos com declínios cognitivos (Wettstein, Schmid, & König, 2004). A institucionalização é assim por vezes apresentada pelos familiares como única solução para o não isolamento do idoso. Segundo Pimentel (2001), se para alguns a institucionalização representou uma significativa melhoria das condições de vida e da sua estabilidade emocional, para outros significou a ruptura com o seu espaço físico e relacional, acompanhada de sentimentos depressivos e pela consciência dolorosa da situação de exclusão a que foram expostos.

Para Augusto, Oliveira, & Pocinho (2008), o suporte social, estabelece uma relação estreita com a preocupação com a saúde, bem como com as questões relacionadas com a etiologia e evolução da doença física. Embora se encontrem muitos estudos que afirmam o papel benéfico do suporte social na saúde, não existem, ainda, explicações plausíveis para o modo como essa influência se processa.

As variáveis do suporte social são as mais fortemente correlacionadas com o bem-estar subjectivo (Cohen, 1988 *cit in* Deng, Hu, Wu, Dong, & Wu, 2010). Na literatura existente, os conceitos de felicidade, satisfação com a vida, bem-estar e qualidade de vida tendem a ser utilizados indiferenciadamente e variam nas dimensões que abrangem consoante autores. Para Cummins, 1995, 2004, 2005, *cit in* Westaway, Olorunju, & Rai (2007) as dimensões consideradas acerca da satisfação pela vida ou bem-estar subjectivo são padrão de vida, saúde, realização pessoal, relações interpessoais, segurança, segurança futura e integração na comunidade. Já Westaway, 2006 *cit in* Westaway, Olorunju, & Rai (2007), considera nove dimensões: satisfação com o próprio, parceiro, família, amigos, tempo livre, vizinhança, rendimentos, vida social e saúde.

Suporte social, Sintomas de Ansiedade de Depressão e Satisfação com a Vida em Idosos sob Resposta Social

Cada vez mais estudos corroboram a tese de que actividades físicas, sociais ou de lazer diminuem a prevalência do risco de demência, assim como os sintomas depressivos e ansiosos, aumentando desta forma a saúde emocional (Crowe, Andel, Pedersen, Johansson, & Gatz, 2003; Forstmeier & Maercker, 2008; Kruglanski et al., 2000).

O bem-estar subjectivo é de igual forma um factor actualmente considerado importante para o estado geral de saúde. É definido como felicidade e satisfação pela vida (Diener, 1984 *cit in* Hassett, et al., 2009). Outro factor considerado importante no estado geral de saúde é o bem-estar psicológico. Este bem-estar associa-se a áreas de aspiração pessoal como auto-aceitação, autonomia e propósito de vida (Ryff & Singer, 1996 *cit in* Hassett, et al., 2009). Foram ainda verificadas algumas correlações biológicas entre bem-estar e afectos negativos como a depressão, ansiedade e raiva. A medição da depressão e das emoções são necessárias e suficientes para predizer a satisfação pela vida (Schimmack, U., Oishi, S., Furr, R. M., & Funder, D. C., 2004 *cit in* Eklund, Bäckström, Lissner, Björkelund, & Sonn, 2010; Ryff, et al., 2006).

Em 1995, a Organização Mundial de Saúde definiu a qualidade de vida como a percepção do indivíduo da sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele se insere e em relação aos seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações. Esta definição pressupõe que um indivíduo, para perceber a sua qualidade de vida e consequente satisfação pela vida, esteja em posse das faculdades cognitivas necessárias para realizar juízos subjectivos sobre si. Ressalvam-se assim algumas reservas quanto à capacidade de pessoas com demências conseguirem realizar esses juízos. Os juízos acerca do que é importante para a qualidade de vida podem mudar conforme a demência progride (Post, 1994).

Estudos revelam que também a depressão tem grande impacto na qualidade de vida tanto do paciente como dos cuidadores. E os sintomas depressivos podem ser associados não só com funções cognitivas mas também com baixa satisfação pela vida (John & Montgomery, 2010; Schrag, 2006; Schrag, Morley, & et al., 2006).

Em suma, Quaresma, et al., (2004), dizem-nos que podemos afirmar que os ganhos em esperança de vida formam um equilíbrio dinâmico com os ganhos da morbilidade e a diminuição da incapacidade nas pessoas idosas. Os efeitos acumulados do envelhecimento sobre a incapacidade, contêm uma certa ambiguidade. Se a mortalidade recua mais do que a morbilidade e a incapacidade, então temos um cenário de aumento da prevalência de incapacidade. Se, pelo contrário, a melhoria das condições de vida e de cuidados médicos

Suporte social, Sintomas de Ansiedade de Depressão e Satisfação com a Vida em Idosos sob Resposta Social

proporciona melhores condições de saúde. Estamos perante o cenário de compreensão da morbilidade.

Não obstante todas as problemáticas que a faixa etária de que falamos nos apresenta, alguns autores defendem que é comum alguma simulação e ou exagero da sintomatologia. Adultos idosos, podem estar motivados para simular ou fingir a presença de problemas mnésicos que constituem sintomas característicos de lesão, demência ou declínio cognitivo (Simões, et al., 2010).

Segundo Simões, et al., (2010), as perturbações psicopatológicas, como a Depressão ou neurocognitivas, como o Declínio Cognitivo Ligeiro e a Demência, são exemplos de problemas clínicos comuns que podem envolver algum contexto de ganho secundário, associado, por exemplo, à determinação de incapacidade e a pedidos de antecipação da reforma que levam muitas vezes a população idosa a simular ou aumentar sintomas.

2. Objectivos

Na compreensão da etiologia e manutenção das diversas patologias, é difícil agregá-las num só modelo explicativo. Ainda assim, conseguimos de alguma forma relacionar algumas patologias como a Depressão, Ansiedade e Satisfação com a vida. E se pensarmos que as actuais investigações ainda carecem de um pensamento mais direccionado para a dimensão psicossocial do indivíduo, podemos então pensar no suporte social como uma possível influência nas referidas patologias.

Na revisão da literatura verificámos que há relação entre o suporte social e a saúde. Segundo Sequeira e colaboradores (2009), é importante realçar que o suporte social, e, especialmente, o suporte social da família e dos amigos, se evidencia como tendo um impacto positivo nos sujeitos, diminuindo em parte, alguns dos efeitos negativos da doença. Isto será especialmente verdade em relação ao impacto do suporte social sobre a saúde mental. Segundo Morris (1991), os sujeitos deprimidos que percebiam o suporte social como inadequado, mantinham os sintomas depressivos mais tempo do que aqueles que percepcionavam um suporte social mais adequado e satisfatório.

No entanto, não foi ainda estudado em Portugal se essa relação existe. Como os sintomas depressivos e/ou ansiosos e satisfação com a vida aparecem habitualmente relacionados, propomo-nos assim estudar a relação entre a percepção do suporte social, a satisfação com a vida, os sintomas ansiosos e os sintomas depressivos.

Sob uma forma mais específica, estipulámos os seguintes objectivos:

Suporte social, Sintomas de Ansiedade de Depressão e Satisfação com a Vida em Idosos sob Resposta Social

- Estudo descritivo das características sociodemográficas de idosos sob resposta social;
- Estudo descritivo das características da percepção do suporte social, da satisfação com a vida, dos níveis de ansiedade e de depressão entre sujeitos idosos que se encontram sob resposta social;
- Estudo da relação entre a percepção do suporte social e o modo como o sujeito exprime a sua satisfação com a vida;
- Estudo de relação entre a percepção do suporte social e os sintomas ansiosos e os sintomas depressivos.
- Estudo da relação entre a forma como os sujeitos expressam a sua satisfação com a vida e os sintomas ansiosos e os sintomas depressivos.

3. Materiais e Métodos

3.1 Delineamento do estudo

Este estudo fez parte do coorte I de um projecto de Investigação baseado na população, Trajectórias do Envelhecimento de Idosos em Resposta Social: Estudo dos Factores Preditivos do Envelhecimento Saudável e da Demência. Consistiu num estudo exploratório, descritivo e correlacional em que o objectivo principal do coorte I consistia no rastreio cognitivo e na avaliação multidimensional de todos os idosos que se encontram sob resposta social no concelho de Coimbra. O universo de idosos incluiu 1.914 pessoas com idades compreendidas entre 36 e 100 anos. Após o contacto com as instituições¹ e estabelecimento de protocolos de parcerias, a recolha de dados foi efectuada por equipas de jovens investigadores (estudantes do 3º ano do 1º ciclo e estudantes do 1º ano do 2º ciclo de psicologia)² supervisionadas por chefes de equipas e coordenadas por um investigador sénior.

Neste sentido, obtivemos a autorização de cada responsável da instituição para o início da recolha dos dados. Os idosos cooperaram de forma voluntária e foram devidamente informados que os seus dados eram confidenciais e somente eram usados para propósitos científicos. Cada idoso voluntário, depois de ter dado consentimento³, era avaliado com uma bateria de testes dividida em três sessões e administrada por três estudantes separadamente.

¹ As instituições foram contactadas, inicialmente, por carta com descrição detalhada do estudo.

² Estes estudantes tiveram acções de formação e treino prático na administração dos testes.

³ Ou alguém responsável pelo idoso.

Suporte social, Sintomas de Ansiedade de Depressão e Satisfação com a Vida em Idosos sob Resposta Social

Nestes protocolos estão inseridos uma série de questionários, nomeadamente, os necessários ao cumprimento dos objectivos propostos. Na primeira sessão eram aplicados o MMSE, o GAI, o GDS, o SWLS e o PANAS pelo aluno do 3º ano de licenciatura, durando cerca de 20 a 30 minutos. A segunda sessão, administrada pelo estudante do 1º ano de mestrado e demorando cerca de 60 minutos, incluía o MOCA, a Figura Complexa de Rey, 3 testes de Fluência Verbal, teste Stroop, Rey 15-item e Teste do troco e do dinheiro. E a terceira sessão, administrada pelo aluno do segundo ano de mestrado, incluía o OARS, o FAB e o CDR. As primeiras duas sessões eram acompanhadas por um mestrado que monitorizava e apoiava a administração por forma a corrigir eventuais erros. As avaliações iniciaram-se em Novembro de 2010 e continuam em curso. Em Maio de 2011, a taxa de recolha era de 26,6%, com 509 idosos avaliados e uma taxa de resposta de 22,7%. Desta feita, e porque o presente estudo se encontra inserido num projecto de investigação, a amostra para o estudo da presente dissertação consistiu em 46 sujeitos, visto que a amostra constitui o universo de idosos avaliados pelos dois momentos avaliativos necessários à verificação dos objectivos acima referidos. Os instrumentos para medir a ansiedade foram o GAI, para medir a depressão usou-se o GDS, para a satisfação com a vida o SWLS e, finalmente, para avaliação do suporte social usou-se o OARS, mais especificamente os factores que compõem a dimensão dos recursos sociais.

3.2 Amostra

A nossa amostra total era constituída por 509 sujeitos, em que 127 (25%) eram homens e 382 (75%) eram mulheres. Excluímos 42 pessoas por terem idade inferior a 65 anos, 167 idosos por, até à data, ainda não lhes ter sido aplicados o protocolo 1⁴, e 240 idosos por não lhes ter sido aplicado até à data o Protocolo 3⁵ que incluía o OARS. A nossa amostra final ficou com 46 idosos.

No Quadro 1 apresentamos a caracterização demográfica da nossa amostra. Como é possível verificar, os sujeitos tem idades compreendidas entre os 65 anos e acima dos 86 anos, com idade média de 77,5 e desvio padrão de 7,11. Dois dos sujeitos não sabiam a idade. Constatámos ainda que a maioria dos sujeitos é do sexo feminino com 37 idosos (80,4%) e nove idosos do sexo masculino (19,6%). Relativamente ao estado civil da nossa amostra, verificámos que a maioria dos idosos é viúva (54,3%). Um sujeito não respondeu ao estado

⁴ O Protocolo 1 é constituído pelos testes MMSE, o GAI, o GDS, o SWLS e o PANAS.

⁵ O Protocolo 3 incluía os testes FAB, CDR e OARS. Na presente dissertação é utilizada avaliação fornecida pelo OARS.

Suporte social, Sintomas de Ansiedade de Depressão e Satisfação com a Vida em Idosos sob Resposta Social

civil quando inquirido. No que toca à escolaridade dos idosos da nossa amostra, verificámos que uma grande percentagem de idosos é analfabeta ou com escolaridade baixa (91,3%) e que apenas quatro idosos (8,7%) estudaram além do 4º ano.

Tendo em conta que estamos perante avaliação dos recursos sociais, foi importante caracterizar os contactos como *peçoas que o visitam regularmente*. Posto isto, verificámos que a maioria (45,7%) é visitada pela família; somente quatro idosos referiram que não eram visitados por ninguém (8,7%), mas 34,8% não respondeu. Dos idosos inquiridos, 32 responderam-nos ainda *com quem vivem nas suas casas*: 21 idosos (45,8%) disseram-nos que vivem com os cônjuges, filhos e outros familiares, dez idosos que vivem sozinhos (21,7%) e dois vivem na instituição (4,3%). A resposta social dos idosos da amostra está a cargo de sete instituições. A Casa de Repouso de Coimbra (n = 2), Cáritas Diocesanas de Coimbra (n = 32), Centro de Apoio social de Souselas (n = 1), Centro Social de São João (n = 1), Centro Operário Católico da Conchada (n = 7), Santa Casa da Misericórdia de São Martinho do Bispo (n = 1) e Centro Paroquial de São Martinho (n = 2).

Os critérios de inclusão para a amostra foram: todos os idosos voluntários sob resposta social que quiseram participar no estudo. Excluíram-se os idosos cuja capacidade cognitiva e linguística não permitia a compreensão do que lhes era pedido. Ainda assim, tivemos de reformular algumas perguntas para compreensão do significado das mesmas nos quatro questionários.

Suporte social, Sintomas de Ansiedade de Depressão e Satisfação com a Vida em Idosos sob Resposta Social

Quadro 1 Caracterização das Variáveis Sociodemográfica de uma Amostra de Idosos sob Resposta Social

	(N = 45)				χ^2	p
	N	%	M	DP		
Idade*	46					
65 - 70	13	21,7				
71 - 80	18	39,2	775	7,11	15,83	0,007
81 - 85	16	34,8				
>86	2	4,3				
Sexo	46					
Masculino	9	19,6			17,04	0,000
Feminino	37	80,4				
Estado Civil &	45					
Solteiro/ Divorciado	13	28,3			22,82	0,000
Casado e união de facto	7	15,2				
Viúvo	25	54,3				
Escolaridade	45					
Analfabetos	10	21,7	249	1,180	41,13	0,000
<=4	32	69,6				
>4	4	8,7				
Visitas regulares	26					
Família	21	45,7			8,62	0,125
Amigos/Vizinhos	2	4,3				
Ninguém	4	8,7				
Vive com	45					
Cônjuge/ Filhos/ Familiares	21	45,8			16,00	0,014
Sozinho	10	21,7				
Instituição	2	4,3				

Notas: M = média; DP = desvio-padrão; p = nível de significância; #Teste do qui-quadrado da Aderência; *Idade em anos; & Uma não resposta; ^ 15 não respostas, 3 não aplicáveis, e 1 recusa verbal; #12 respostas não aplicáveis e 1 recusa verbal.

4. Instrumentos

Geriatric Anxiety Inventory (GAI)

O **Inventário Geriátrico de Ansiedade (GAI)** foi desenvolvido por Pachana e sua equipa (2007) para avaliar os sintomas comuns da ansiedade em pessoas idosas. É constituído por 20 itens, de resposta *concordo* ou *discordo*, sobre a sintomatologia ansiosa vivenciada durante a última semana. Este estudo contou com uma amostra de 452 idosos saudáveis para avaliar a consistência interna do instrumento. Verificaram-se correlações de item-total de 0,50, o coeficiente alfa foi de 0,91, e a pontuação total do GAI teve uma média de 2,3 (DP = 3,8). O GAI foi posteriormente testado numa amostra clínica constituída por 46 idosos com uma

Suporte social, Sintomas de Ansiedade de Depressão e Satisfação com a Vida em Idosos sob Resposta Social

média de idade de 78 anos e no intervalo 66-94. A pontuação média desta amostra psiquiátrica foi de 5,22 ($DP = 5,83$). Os sujeitos que preenchem os critérios do DSM-IV de qualquer distúrbio de ansiedade estado ($n = 11$) obtiveram uma pontuação média de 10,64 ($DP = 5,87$). Já os indivíduos que satisfaziam os critérios do DSM-IV para o Transtorno de Ansiedade Generalizada ($n = 8$) obtiveram uma média de 10,75 ($DP = 6,27$). Não foram verificadas relações entre os resultados obtidos no GAI e as variáveis idade, género e funções cognitivas. A fidelidade teste-reteste foi realizada com uma semana de intervalo ($r = 0,91$) (Pachana, Byrne, Siddle, Koloski, Harley, & Arnold, 2007). Os dados de validação para a população portuguesa são recentes (Ribeiro, Paul, Simões, & Firmino, 2011) e indicam uma consistência interna forte (dois factores explicaram 61,7% da variância e o alfa de Cronbach foi de 0,96), uma boa validade concorrente com os questionários *Spielberg State-Trait Anxiety Inventory*, *Geriatric Depression Scale*, e o *General Health Questionnaire* e uma fiabilidade teste-reteste boa (coeficiente de correlação intraclassa 0,995; $p < 0,001$). Nesta validação, os investigadores estimaram um ponto de corte óptimo para detectar sintomas ansiosos graves em 8/9 pontos. A média para os idosos sem sofrimento psicológico foi de $4,1 \pm 5,4$, seguida da média dos idosos com sofrimento psicológico ($16,3 \pm DP = 4,9$) e da média dos idosos com problemas de ansiedade generalizada ($16,1 \pm 4,7$). O alfa de Cronbach⁶ da nossa investigação foi igualmente alto, comprovando a sua forte consistência interna (0,92 com um $n = 46$).

Geriatric Depression Scale (GDS)

A **Escala de Depressão Geriátrica** (GDS, *Geriatric Depression Scale*; Yesavage et al., 1983) (Descrição pormenorizada no anexo A) foi então elaborada por Yesavage e seus colaboradores exclusivamente para a população idosa. É uma escala constituída por 30 itens com potencial para distinguir os indivíduos depressivos dos não-depressivos, através da avaliação dos comportamentos e sentimentos vivenciados na última semana. O questionário é de resposta dicotómica (*sim* ou *não*). O estudo de validação demonstrou uma excelente consistência interna, com um coeficiente de alfa de 0,94. O teste-reteste foi aplicado com uma semana de intervalo entre cada aplicação, demonstrando uma boa fiabilidade com uma correlação de 0,85 (Yesavage & Brink, 1983). Em 2009 a Escala de Depressão Geriátrica foi

⁶ A consistência interna dos factores define-se como a proporção da variabilidade nas respostas que resulta de diferenças nos inquiridos. Isto é, as respostas diferem, não porque o inquirido seja confuso e leve a diferentes interpretações, mas porque os inquiridos têm diversas opiniões (Gageiro & Pestana, 2005).

Suporte social, Sintomas de Ansiedade de Depressão e Satisfação com a Vida em Idosos sob Resposta Social

traduzida e adaptada para a população portuguesa). Três itens da escala original (itens 27, 29 e 30) foram removidos por não apresentarem consistência interna. Os resultados do estudo apuraram uma média de 9,6 e permitiram verificar a validade convergente do instrumento. O teste-reteste foi intercalado com oitos dias, demonstrando uma elevada fiabilidade com uma correlação de Pearson de 0,995 (Pocinho, Farate, Dias, Lee, & Yesavage, 2009).

Na nossa investigação, o GDS apresenta uma consistência interna aceitável ($\alpha = 0,72$). Um dos itens, o 29 poderia ser eliminado do estudo, isto porque eliminando-o, aumentar-se-ia a consistência interna do factor.

Satisfaction With Life Scale (SWLS)

A **Escala de Satisfação pela Vida (SWLS)** pretende avaliar o bem-estar subjectivo, isto é a maneira positiva ou negativa como as pessoas experienciam a vida (Simões, 1992). Foi elaborado e validado por Diener e os seus colaboradores (1985). O instrumento é composto por 5 itens com 7 respostas possíveis (1 – *discordo muito*; 2 – *discordo*; 3 – *discordo um pouco*; 4 – *não concordo nem discordo*; 5 – *concordo um pouco*; 6 – *concordo*; 7 – *concordo muito*). O estudo de validação contou com 176 alunos da universidade de Illinois tendo obtido uma pontuação média de 23,0 valores e um desvio padrão de 6,43. Demonstrou uma boa consistência interna (Coeficiente alfa de Cronbach de 0,87). O teste-reteste teve um intervalo de dois meses entre cada aplicação, demonstrando boa fidedignidade (0,82). No estudo com população geriátrica contou com 53 pessoas, com uma média de idade de 75 anos. Demonstrou uma boa validade interna, com coeficiente alfa de 0,69 e uma boa validade convergente (Diener, Emmons, Larsen, & Griffin, 1985). Em 1992 Simões realizou uma validação do instrumento para a população portuguesa. Esse estudo contou então com 74 alunos da faculdade de psicologia e ciências da educação de Coimbra, e 130 adultos de diversas idades, profissões e classe social. A média de idade da amostra era de 40,89 anos. Simões (1992) reformulou o instrumento reduzindo o número de respostas dos cinco itens para cinco (1 – *discordo muito*; 2 – *discordo um pouco*; 3 – *não concordo nem discordo*; 4 – *concordo um pouco*; 5 – *concordo muito*). Obteve uma boa consistência interna (Coeficiente alfa de Cronbach de 0,77) (Simões, 1992). Na nossa investigação, o SWLS apresenta uma boa consistência interna ($\alpha = 0,80$).

Older Americans Resources and Services Program (OARS)

Suporte social, Sintomas de Ansiedade de Depressão e Satisfação com a Vida em Idosos sob Resposta Social

O **Questionário de avaliação funcional multidimensional de idosos (OARS)** consiste num questionário de avaliação funcional multidimensional de idosos e assenta num modelo conceitual que inclui três elementos: (1) avaliação da capacidade funcional, permitindo agrupar os sujeitos em grupos homogéneos; (2) avaliação do uso e da necessidade de serviços; (3) avaliação de implementação de serviços em função da capacidade funcional (Rodrigues, 2008). O OARS divide-se, por isso em duas partes: a parte A (*Multidimensional Functional Assessment Questionnaire*) que faz uma avaliação funcional multidimensional e a parte B que avalia a utilização e necessidade percebida de serviços. As duas partes podem ser utilizadas, tanto em conjunto, como em separado. A parte A do OARS avalia cinco dimensões funcionais, permitindo classificar os sujeitos avaliados numa escala segundo as suas incapacidades em cada área. O nosso estudo utiliza a primeira dimensão da parte A, nomeadamente os *recursos sociais*, centrando-se na quantidade e adequação da interacção social e na disponibilidade de ajuda em caso de doença ou incapacidade. São avaliadas as dimensões *Extensão do Contacto com Outros*; *Satisfação com os Contactos*; *Extensão da Satisfação com os Contactos*; *Disponibilidade de Ajuda*; *Ajuda Indicada pelo Informante*; *Auto-avaliação dos Recursos Sociais*; *Avaliação dos Recursos Sociais pelo Informante*; *Avaliação dos Recursos Sociais* (Ferreira, Rodrigues, & Nogueira, 2006; Filenbaum & Smyer, 1981).

O OARS foi validado para a população portuguesa. A coerência interna e a validade de construção da versão portuguesa foi comprovada através da análise factorial. Os valores alfa de Cronbach obtidos nas diversas escalas acompanham os valores das outras versões (Norte-Americano e Espanhol): *recursos sociais* (0,64), *recursos económicos* (0,89), *saúde mental* (0,83), *saúde física* (0,85), *actividades de vida diária* (0,91). O teste-reteste foi realizado em 30 indivíduos, com uma semana de intervalo entre cada momento. Os resultados foram excelentes, sendo o valor mais baixo 0,859. Verificaram-se, no entanto, dificuldades quanto à validade de critério (Fillenbaum & Smyer, 1981; Rodrigues, 2008). Na nossa investigação, o OARS apresenta uma boa consistência interna ($\alpha = 0,11$).

Rey-15 Item Test

O **Rey 15-Item Memory Test** (15-IMT; Rey, (1964) foi desenvolvido para avaliar a simulação de défices ou declínio mnésico ou o esforço insuficiente em contexto forense/criminal. Foi validado por Simões (2010) para a população geriátrica. O teste é composto por duas partes, uma de evocação e outra de reconhecimento. Este teste é apresentado como uma prova de elevada dificuldade, sendo na verdade uma tarefa muito

Suporte social, Sintomas de Ansiedade de Depressão e Satisfação com a Vida em Idosos sob Resposta Social

simples (Boone et al., 2002; Simões et al., 2010). Foi estabelecido o ponto de corte em < 9 para o ensaio da evocação imediata e < 20 para o resultado combinado do ensaio de reconhecimentos. Contudo, os pontos de corte terão de ser ajustados às características das amostras [idosos com depressão < 6 para evocação e reconhecimento; idosos com problemas cognitivos < 2 para evocação e 2 para o reconhecimento; idosos saudáveis < 6 para a evocação e 12 para o reconhecimento (Boone, Salazar, Lu, Warner-Chacon, & Razani, 2002; Simões et al., 2010)]. Na nossa investigação, o 15-IMT apresenta uma fraca consistência interna ($\alpha = 0,11$).

5. Procedimento metodológico e estatístico

No nosso estudo, as variáveis utilizadas foram o suporte social/recursos sociais medidos pelo OARS, a satisfação com a vida medida pelo SWLS, os sintomas de ansiedade e de depressão medidas, respectivamente, pelo GAI e GDS.

Para a análise estatística, utilizámos o programa estatístico Software Statistical Package Scienses for Windows, versão 17,0.

Começámos por fazer o estudo univariado de cada uma das variáveis, analisando os valores de frequência observados, ou a média e desvio-padrão amostral consoante a natureza das variáveis. Para conjecturar sobre os valores de população e decidirmos sobre as estatísticas apropriadas, utilizando os valores da amostra, estudámos a normalidade das distribuições de cada variável. Para o efeito utilizámos o teste de Kolmogorov-Smirnov⁷. De seguida, utilizámos o teste t para uma amostra para compararmos as médias das nossas variáveis de estudo com as médias apresentadas pelos autores das validações portuguesas. Como a distribuição das pontuações da maior parte das nossas variáveis não foi normal, teríamos de calcular as correlações de Spearman, no entanto pudemos avançar com as correlações Pearson, depois de testar a igualdade entre os coeficientes de Pearson e Spearman, recorrendo à distribuição Z de Fisher, e verificar que não havia diferenças significativas (7,5%). Optámos pelo Ró de Pearson⁸, uma vez que pretendíamos usar

⁷ O teste Kolmogorov-Semirnov de aderência à normalidade, serve para analisar o ajustamento à normalidade da distribuição de uma variável de nível ordinal ou superior, através da comparação das frequências relativas acumuladas observadas com as frequências relativas acumuladas esperadas. O valor do teste é a maior diferença que existe entre ambas. O nível de significância do teste é 0,000 (Gageiro & Pestana, 2005)

⁸ O Ró de Pearson mede a relação entre duas variáveis, onde o seu valor varia de -1 a 1. Se for -1 ou 1 existe uma correlação linear perfeita e se for não existe correlação. Ainda assim a correlação indica que os fenómenos

Suporte social, Sintomas de Ansiedade de Depressão e Satisfação com a Vida em Idosos sob Resposta Social

correlações parciais, para as quais apenas o *R*ó de Pearson pode ser utilizado (Cohen, 1988, pp. 111, 125; Pestana & Gageiro, 2005). Por fim, realizou-se o coeficiente de correlação parcial⁹ que mede a contribuição que uma variável exógena tem na variação endógena, controlando os efeitos das outras variáveis que influenciam a relação.

Considerámos a tipologia de Pestana e Gageiro (2005) para as correlações: baixas entre 0,20 e 0,39, moderadas entre 0,40 a 0,69 e altas entre 0,70 e 0,89 considera-se correlação alta. Para determinação do efeito eventual das variáveis independentes nas correlações, calculámos o valor de *q*, convertendo os valores de *ρ* em valores *z* segundo a metodologia de Cohen (1988).

6. Resultados

No Quadro 2 podemos verificar as médias e os desvios padrão dos instrumentos da nossa amostra. No SWLS a média foi de 17,60 (*DP* = 5,78), sendo significativamente inferior à média da validação do instrumento obtida com jovens universitários ($t = 6,27; p < 0,001$). No GAI, a média obtida no nosso estudo foi de 11,20 (*DP* = 6,26) e foi superior às médias de pontuação do estudo original com uma amostra de idosos saudáveis ($M = 2,30; DP = 3,8; t = 9,54; p < 0,001$) e a média de uma amostra psiquiátrica ($M = 5,22; DP = 5,83; t = 6,41; p < 0,001$). No GDS, a média resultante no nosso estudo foi de 12,11 e (*DP* = 5,88), sendo significativamente superior à média do estudo português ($M = 9,6; t = 2,86; p < 0,001$). Relativamente ao 15-IMT, a média foi de 4,28 (*DP* = 5,90). Por fim, relativamente à média da percepção de suporte social o nosso estudo apresenta na Extensão do contacto com os outros ($M = 1,30$ e *DP* = 0,59), Satisfação com os contactos ($M = 2,00$ e *DP* = 0,72), Extensão e satisfação com os contactos ($M = 1,37$ e *DP* = 0,54), Disponibilidade de ajuda ($M = 1,83$ e *DP* = 1,27), Ajuda indicada pelo informante ($M = 2,15$ e *DP* = 1,21), Auto-avaliação dos recursos sociais ($M = 3,85$ e *DP* = 1,51), Avaliação dos recursos sociais pelo informante ($M = 2,38$ e *DP* = 1,68) e Avaliação dos recursos sociais ($M = 3,77$ e *DP* = 1,52).

não estão indissolúvelmente ligados, mas, sim, que a intensidade do outro, no mesmo sentido ou sem sentido inverso (Murteira, 1993, pp. 144).

⁹ As correlações parciais são o coeficiente de correlação de primeira ordem, por ter uma variável sobre controlo, ou seja, mantém uma variável constante, eliminando o efeito dessa variável na correlação (Maroco, 2010)

Suporte social, Sintomas de Ansiedade de Depressão e Satisfação com a Vida em Idosos sob Resposta Social

Quadro 2 Pontuações Médias na Amostra no SWLS, GAI, GDS, 15-IMT e OARS em Idosos sob Resposta Social.

	Total	
	M	DP
SWLS	17,60	5,78
GAI	11,20	6,26
GDS	12,11	5,88
15-IMT	4,28	5,90
Social – Extensão do contacto com os outros	1,30	0,59
Social – Satisfação com os contactos	2,00	0,72
Social – Extensão e satisfação com os contactos	1,37	0,54
Social – Disponibilidade de ajuda	1,83	1,27
Social – Ajuda indicada pelo informante	2,15	1,21
Social – Auto-avaliação dos recursos sociais	3,85	1,51
Social – Avaliação dos recursos sociais pelo informante	2,38	1,68
Social – Avaliação dos recursos sociais	3,77	1,52

Notas: *M* = média; *DP* = desvio-padrão.

No Quadro 3 apresentamos as correlações Ró de Pearson relativamente à relação entre a percepção do suporte social, satisfação com a vida, sintomas ansiosos e sintomas depressivos. Encontrámos correlações significativas altas entre os *sintomas ansiosos* e os *sintomas depressivos* (GAI e GDS), entre a *extensão da satisfação com os contactos* e a *satisfação com os contactos* (Social – ESC e Social – SC) e entre a *disponibilidade de ajuda* e a *ajuda indicada pelo informante* (Social – DA e a Social – AII) as correlações são consideradas altas (respectivamente $r = 0,74$, $r = 0,74$ e $r = 0,70$).

Entre a ansiedade e a satisfação com os contactos (GAI e a Social – SC) ($r = -0,46$), entre a depressão e satisfação com os contactos (GDS e Social – SC) ($r = -0,56$), entre a depressão e a extensão da satisfação com os contactos (GDS e Social – ESC) ($r = -0,43$), entre a extensão do contacto com os outros e a extensão da satisfação com os contactos (Social – ECO e Social – ESC) ($r = 0,46$), entre a satisfação com os contactos e a auto avaliação dos recursos sociais (Social – SC e Social – AARS) ($r = -0,55$), entre a extensão da satisfação com os contactos e a auto avaliação dos recursos sociais (Social – ESC e Social – AARS) ($r = -0,52$), entre a ajuda indicada pelo informante e a auto avaliação do recursos sociais (Social – AII e Social – AARS) ($r = -0,67$), entre a auto avaliação dos recursos sociais e a avaliação dos recursos sociais pelo informante (Social – AARS e Social – ARSI) ($r = -0,66$), entre a auto avaliação dos recursos sociais e a avaliação dos recursos sociais pelo informante (Social – AARS e Social – ARSI) ($r = 0,63$), entre a satisfação com os contactos e a avaliação dos recursos sociais (Social – SC e Social – ARS) ($r = -0,51$), entre a extensão da satisfação com os contactos e a avaliação dos recursos sociais (Social – ESC e Social – ARS) ($r = -0,51$),

Suporte social, Sintomas de Ansiedade de Depressão e Satisfação com a Vida em Idosos sob Resposta Social

entre a ajuda indicada pelo informante e a avaliação dos recursos sociais (Social – AII e Social – ARS) ($r = -0,66$) e entre a avaliação dos recursos sociais pelo informante e a avaliação dos recursos sociais (Social – ARSI e a Social – ARS) ($r = 0,63$), as correlações entre estas variáveis são consideradas moderadas. A correlação entre estas variáveis é com significância a 1 %. Algumas delas são correlações negativas¹⁰.

Entre a depressão e a satisfação com a vida (GDS e SWLS) ($r = -0,33$), entre a satisfação com os contactos e a disponibilidade de ajuda (Social – SC e Social – DA) ($r = 0,37$), e entre a Satisfação com a vida e a avaliação dos recursos sociais pelo informante (SWLS e Social – ARSI) ($r = -0,32$) as correlações são consideradas baixas e com significância a 5 %.

Os factores que compõem a dimensão dos recursos sociais revelam-se maioritariamente com uma correlação negativa com significância a 1%.

Quadro 3 Correlações de Ró Pearson entre variáveis de Suporte Social (OARS), Ansiedade (GAI), Depressão (GDS), e Satisfação com a Vida (SWLS).

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
GAI	0,74**	-0,05	0,21	-0,46**	-0,38*	-0,02	-0,02	0,13	0,04	0,08
1 - GDS		-0,33*	0,11	-0,56**	-0,43**	-0,15	-0,21	0,26	0,21	0,21
2 - SWLS			0,08	0,25	0,11	0,19	0,30	-0,20	-0,32*	-0,19
3 - ECO				0,00	0,46**	0,04	-0,23	-0,14	0,22	-0,14
4 - SC					0,74**	0,37*	0,30	-0,55**	-0,30	-0,51**
5 - ESC						0,25	0,08	-0,52**	-0,10	-0,51**
6 - DA							0,70**	-0,96**	-0,66**	-0,95**
7 - AII								-0,67**	-0,96**	-0,66**
8 - AARS									0,63**	1,00**
9 - ARSI										0,63**
10 - ARS										

Notas: Variáveis do Suporte Social: ECO = extensão do contacto com outros; SC = Satisfação com os contactos; ESC = Extensão da Satisfação com os Contactos; DA = Disponibilidade de ajuda; AII = Ajuda Indicada pelo Informante; AARS = Auto-avaliação dos recursos sociais; ARSI = Avaliação dos recursos Sociais informante; ARS = Avaliação dos Recursos Sociais.

** p < 0,01

* p < 0,05

Utilizámos as correlações parciais¹¹ (Quadros 4,5 e 6) para medir a intensidade da relação entre as variáveis de critério, excluindo a influência das variáveis demográficas que,

¹⁰ Correlações negativas é quando duas variáveis variam em sentidos contrários, ou seja, para além de uma relação de dependência mais ao menos forte entre elas, existe uma variação em sentidos contrários.

¹¹ As correlações parciais podem revelar variáveis que aumentam ou diminuem a relação entre outras duas variáveis.

Suporte social, Sintomas de Ansiedade de Depressão e Satisfação com a Vida em Idosos sob Resposta Social

da análise da literatura, nos pareceram relevantes: *Com quem vive em sua casa*, *Pessoas que o visitam regularmente* e *Resposta social*.

Quadro 4 Correlações de Ró Pearson entre variáveis de Suporte social (OARS), Ansiedade (GAI), Depressão (GDS), e Satisfação com a Vida (SWLS) excluindo a influência da Quadro 5 Correlações de Ró Pearson entre variáveis de Suporte social (OARS), Ansiedade (GAI), Depressão (GDS), e Satisfação com a Vida (SWLS) excluindo a influência da variável sociodemográfica *Com Quem Vive em sua Casa*.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
GAI	0,73**	-0,04	0,17	-0,43*	-0,37*	0,08	0,03	0,04	0,01	0,02
1 - GDS		-0,33	0,01	-0,49**	-0,41*	-0,01	-0,15	0,12	0,18	0,07
2 - SWLS			0,11	0,24	0,10	0,17	0,29	-0,19	-0,32	-0,17
3 - ECO				0,14	0,52**	0,19	-0,18	-0,33	0,20	-0,32
4 - SC					0,78**	0,24	0,23	-0,46**	-0,28	-0,40*
5 - ESC						0,22	0,05	-0,52**	-0,08	-0,51**
6 - DA							0,69**	-0,95**	-0,67**	-0,94**
7 - AII								-0,65**	-0,97**	-0,64**
8 - AARS									0,65**	1**
9 - ARSI										0,65**
10 - ARS										

Notas: Variáveis do Suporte Social: ECO = extensão do contacto com outros; SC = Satisfação com os contactos; ESC = Extensão da Satisfação com os Contactos; DA = Disponibilidade de ajuda; AII = Ajuda Indicada pelo Informante; AARS = Auto-avaliação dos recursos sociais; ARSI = Avaliação dos recursos Sociais informante; ARS = Avaliação dos Recursos Sociais.

** $p < 0,01$

* $p < 0,05$

Constatámos que a variável *Com quem vive em sua casa* não influencia a relação entre as variáveis em estudo (Quadro 4). Algumas correlações alteraram-se, mas o efeito foi pequeno ($q < 10$ -20; 8-15%).

Suporte social, Sintomas de Ansiedade de Depressão e Satisfação com a Vida em Idosos sob Resposta Social

Quadro 5 *Correlações de Ró Pearson entre variáveis de Suporte social (OARS), Ansiedade (GAI), Depressão (GDS), e Satisfação com a Vida (SWLS) excluindo a influência da* **Quadro 5** *Correlações de Ró Pearson entre variáveis de Suporte social (OARS), Ansiedade (GAI), Depressão (GDS), e Satisfação com a Vida (SWLS) excluindo a influência da variável sociodemográfica* *Quem o Visita Regularmente*

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
GAI	0,73**	-0,09	0,33	-0,46*	-0,36	-0,00	-0,03	0,11	0,04	0,06
1 - GDS		-0,37	0,19	-0,55**	-0,41	-0,14	-0,22	0,24	0,21	0,20
2 - SWLS			0,17	0,27	0,16	0,20	0,29	-0,22	-0,32	-0,22
3 - ECO				-0,04	0,41	0,02	-0,23	-0,10	0,25	-0,09
4 - SC					0,74**	0,37	0,30	-0,55**	-0,30	-0,51**
5 - ESC						0,25	0,10	-0,51**	-0,10	-0,50**
6 - DA							0,71**	-0,96**	-0,66**	-0,95**
7 - AII								-0,69**	-0,96**	-0,68**
8 - AARS									0,64**	1**
9 - ARSI										0,63**
10 - ARS										

Notas: Variáveis do Suporte Social: ECO = extensão do contacto com outros; SC = Satisfação com os contactos; ESC = Extensão da Satisfação com os Contactos; DA = Disponibilidade de ajuda; AII = Ajuda Indicada pelo Informante; AARS = Auto-avaliação dos recursos sociais; ARSI = Avaliação dos recursos Sociais informante; ARS = Avaliação dos Recursos Sociais.

** $p < 0,01$

* $p < 0,05$

O mesmo aconteceu com a variável *Quem o visita regularmente*; esta não influencia a relação entre as variáveis em estudo (Quadro 5). Algumas correlações também se alteraram, mas o efeito foi pequeno ($q < 10-20$; 8-15%).

Suporte social, Sintomas de Ansiedade de Depressão e Satisfação com a Vida em Idosos sob Resposta Social

Quadro 6 Correlações de Ró Pearson entre variáveis de Suporte social (OARS), Ansiedade (GAI), Depressão (GDS), e Satisfação com a Vida (SWLS) excluindo a influência da Quadro 5 Correlações de Ró Pearson entre variáveis de Suporte social (OARS), Ansiedade (GAI), Depressão (GDS), e Satisfação com a Vida (SWLS) excluindo a influência da variável sociodemográfica Resposta Social.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
GAI	0,74**	-0,04	0,23	-0,48**	-0,40**	-0,08	-0,08	0,22	0,08	0,16
1 - GDS		-0,32*	0,13	-0,60**	-0,46**	-0,33*	-0,38*	0,45**	0,32	0,40*
2 - SWLS			0,06	0,28	0,13	0,34*	0,47**	-0,34*	-0,42**	-0,33*
3 - ECO				0,02	0,48**	0,15	-0,20	-0,27	0,19	-0,26
4 - SC					0,73**	0,35*	0,25	-0,57**	-0,26	-0,52**
5 - ESC						0,21	-0,00	-0,54**	-0,03	-0,53**
6 - DA							0,54**	-0,93**	-0,56**	0,92**
7 - AII								-0,50**	-0,98**	-0,50**
8 - AARS									0,52**	1**
9 - ARSI										0,52**
10 - ARS										

Notas: Variáveis do Suporte Social: ECO = extensão do contacto com outros; SC = Satisfação com os contactos; ESC = Extensão da Satisfação com os Contactos; DA = Disponibilidade de ajuda; AII = Ajuda Indicada pelo Informante; AARS = Auto-avaliação dos recursos sociais; ARSI = Avaliação dos recursos Sociais informante; ARS = Avaliação dos Recursos Sociais.

A vermelho estão assinaladas as correlações que aumentaram na diferença $q = z1 - z2$ entre 0,20 e 0,30.

** $p < 0,01$

* $p < 0,05$

Quanto à *Resposta social* (Quadro 6), sem ela, aumenta a correlação entre os *sintomas depressivos* e a *Disponibilidade de ajuda* e entre os *sintomas depressivos* e a *Auto-avaliação dos recursos sociais*. O tamanho do efeito é, no entanto, fraco ($q > 20$ e < 30 ; 15-20%).

7. Discussão

Propusemo-nos estudar o suporte social, a satisfação com a vida, os níveis ansiedade e de depressão entre sujeitos idosos que se encontram sob resposta social.

Quisemos também saber se existe relação entre a percepção do suporte social e o modo como o sujeito exprime a sua satisfação com a vida, entre a percepção do suporte social e a eventual existência de sintomas ansiosos e/ou depressivos e a relação entre a forma como o sujeitos expressam a sua satisfação com a vida e eventual existência de sintomas ansiosos e/ou depressivos.

Nos lares do conselho de Coimbra, foram avaliados idosos situados entre os 71 e os 85 anos. Constatámos que a maioria dos entrevistados são mulheres (37 mulheres para 9

Suporte social, Sintomas de Ansiedade de Depressão e Satisfação com a Vida em Idosos sob Resposta Social

homens), indo assim ao encontro da tendência relatada pela literatura. Segundo Daniel, Ribeiro, e Guadalupe (no prelo), é nas idades mais avançadas que as relações de masculinidade desequilibradas se acentuam com vantagem numérica para as mulheres.

Relativamente ao estado civil dos idosos, verificámos que a maioria da população da nossa amostra (54,3%) é viúva.

Segundo dados do INE (2009), em Portugal, no ano de 2009, dissolveram-se 46.634 casamentos por morte do cônjuge. Destas dissoluções resultaram 13.769 viúvos e 32.865 viúvas. A viuvez afecta sobretudo as mulheres devido à sobremortalidade masculina.

O nível de instrução formal é na maioria dos casos muito baixo ou mesmo inexistente. De facto, 91,3% dos inquiridos são analfabetos ou tem um nível de escolaridade muito baixo. Historicamente, facilmente explicamos esta baixa escolarização tendo em atenção que estamos a falar de idosos que atravessavam uma época complicada, tanto a nível de recursos económicos por parte das famílias, como nas medidas que vigoravam em Portugal na altura da sua infância. Segundo o CITI (s.d.), estas medidas serviram para criar um estado repressivo, que dominava pelo medo e pela ignorância. Para esta situação ajudavam também as más condições de vida de grande parte da população e as elevadas taxas de analfabetismo. Era mais fácil dominar uma sociedade pobre e sem cultura. Esta homogeneidade de condições socioculturais confere-nos então uma abordagem clara e concreta sobre o sentido elaborado por esta população sobre a sua condição.

O estado civil dos idosos por nós estudados e a sua condição residencial levanta-nos outras reflexões. Segundo Ribeiro (2001), no modelo de família alargado, a família garantia a protecção aos seus membros mais velhos até ao fim da vida, mas com o aumento da importância de família nuclear, as pessoas idosas encontram-se muitas vezes sós, em casal, isoladas ou em instituições nos últimos anos da sua vida. A solidão é assim um índice comum que se pode inferir a partir de diversos pontos que caracterizam a nossa amostra. Existem algumas características que, de facto, fomentam o isolamento: 54,3% dos entrevistados são viúvos, 15,4% vive sozinho e, somente, 30,8% dos idosos sob resposta social moram com os filhos ou com um dos filhos.

Segundo Martín (2005), numa argumentação social e materialista, podemos observar que as famílias tentam otimizar a sua produtividade, o que fará com que o cuidado informal recaia nos elementos que menos percam com esse papel. No entanto, a migração das pessoas para as cidades, a supremacia das famílias nucleares, os processos de igualdade laboral entre homens e mulheres e o aumento dos níveis educacionais da população, virá fazer com que o cuidado prestado evolua para um padrão em que o doente tem um papel cada vez mais activo.

Suporte social, Sintomas de Ansiedade de Depressão e Satisfação com a Vida em Idosos sob Resposta Social

Tal padrão de cuidado será prestado sobretudo pelo companheiro (independente do sexo) e pelo aumento do apoio por serviços e estruturas de cuidado formal, profissional e das organizações de voluntariado social dos grupos de auto ajuda.

Podemos então reflectir sobre de que forma este sentimento, a solidão, afecta a perspectiva do idoso sobre a velhice. Os idosos que moram sozinhos sentir-se-ão naturalmente mais isolados e desamparados. Apesar de poderem beneficiar de resposta social durante o dia, ficam sem suporte durante a noite. Além dessa falta de apoio, ressalta o facto de passarem a noite sozinhos o que pode constituir uma fonte de ansiedade relacionada com a morte. Já os idosos que perderam o seu parceiro poderão padecer de diversos mal-estares advectos dessa solidão. Além do sofrimento do luto, podemos considerar o mal-estar subjectivo criado pela perda da companhia e do suporte cristalizado que representava o cônjuge.

Os idosos que vivem com os filhos e frequentam instituições aparentam, à primeira vista, não vivenciar sentimentos de solidão. No entanto, um olhar mais profundo sobre a situação dessas pessoas revela-nos uma dimensão dissimulada acerca da forma como vivenciam as suas interacções sociais. O relacionamento familiar é, sem necessidade de discussão, uma premissa essencial no que diz respeito ao apoio sentido. No entanto, o facto de passarem o dia numa instituição revela que, apesar de morarem com os filhos, estes não revelam disponibilidade para despender tempo de qualidade com eles. As condições laborais obrigam, na maior parte dos casos, quem trabalha a chegar a casa ao final do dia, sendo o tempo disponível aproveitado para realizar as tarefas domésticas que um lar exige e beneficiar de algum descanso. Esses idosos podem assim facilmente revelar um elevado índice de isolamento, pois apesar de morarem junto dos filhos, não podem desfrutar plenamente de uma relação satisfatória. Podemos conjecturar que esses sentimentos de solidão estejam espelhados nos elevados índices de ansiedade, de depressão e de insatisfação.

De facto, relativamente à ansiedade, a nossa amostra apresenta uma média 11,20 (DP = 6,26) significativamente superior à obtida numa amostra clínica da população portuguesa (M = 5,22 e DP = 5,83). Segundo (Martins, Andrade, & Rodrigues, 2010), o futuro para os idosos representa uma incerteza perante a qual assumem uma postura de passividade. De facto, a maioria dos idosos da nossa amostra revelaram que não faz planos, sente tristeza, solidão, e os principais receios associam-se ao “medo de sofrer” e de “incomodar os outros”. Estes sentimentos, embora partilhados, encontram maior expressão nos grupos institucionalizados. Essa poderá ser uma razão para os níveis de sintomas ansiosos na população geriátrica serem mais elevados. Ainda a propósito da ansiedade, a nossa

Suporte social, Sintomas de Ansiedade de Depressão e Satisfação com a Vida em Idosos sob Resposta Social

investigação confirma a relação com a depressão e com a extensão e satisfação com os contactos. A relação entre a depressão e a ansiedade é uma discussão antiga no campo da psicologia. Algumas perspectivas rejeitam mesmo a diferenciação entre estes dois constructos. De facto, a comorbilidade entre as perturbações depressivas e ansiosas são elevadas (Marques-Teixeira, 2001; Pais-Ribeiro, Honrado, & Leal, 2004). O nosso estudo vem, mais uma vez, reforçar a elevada correlação existente entre ansiedade e depressão. Não encontramos, no entanto, estudos que relacionassem a ansiedade e a extensão e satisfação com os contactos por forma a comparar os resultados. No nosso estudo estas variáveis apresentam-se relacionadas negativamente. Os idosos avaliados estão insatisfeitos com os contactos e tem percepção de como estes são para eles limitados, isto, relaciona-se com os níveis elevados de sintomas de ansiedade que sentem.

No que concerne à depressão, a nossa amostra mostra uma média de 12,11 (DP = 5,89) também superior à média da validação do teste. A nossa investigação constatou uma relação entre a depressão e a satisfação com a vida e a extensão e satisfação com os contactos. Apesar de não existirem estudos que relacionem directamente depressão e a extensão e satisfação com os contactos que permitam comparar os resultados, as referências bibliográficas apontam para uma relação entre o suporte social geral, onde podemos incluir a extensão e satisfação com os contactos. Segundo Ensel (1986), baixos níveis de apoio social estão altamente correlacionados com depressão em homens e mulheres. Assim, parece evidente que o apoio social funciona como um factor de protecção em relação à depressão.

Em relação à satisfação com a vida, a nossa amostra tem uma média de 17,60 (DP = 5,78) inferior à média do estudo de validação, mas que foi feito com jovens universitário tendo obtido uma pontuação média de 23,0 (DP = 6,43). Apesar de não podermos comparar idosos com jovens, a revisão bibliográfica sustenta uma diminuição da satisfação com a vida no envelhecimento. Segundo Martins, et al., (2010), a maioria dos idosos gosta de viver, está satisfeita com o modo como a vida decorreu, no entanto expressa indefinição relativamente ao (des)encorajamento perante a vida. Os maiores problemas que os idosos enfrentam, na sua própria opinião, prendem-se com a solidão, reformas baixas, rejeição familiar e exclusão social. Entendem ser um dever de justiça serem tratados com carinho e respeito, com humanidade e o melhor possível. Reclamam para melhorar o seu dia-a-dia, melhores condições de vida, sobretudo a nível residencial, económico e de apoio social. Talvez por isso, a nossa investigação confirme a relação da satisfação com a vida com a depressão. Diversos estudos indicam uma relação negativa entre a depressão e a satisfação pela vida (Dorahy, Lewis, Schumaker, Akuamoah-Boateng, Duze, & Sibiya, 2000; Maia, Guimarães,

Suporte social, Sintomas de Ansiedade de Depressão e Satisfação com a Vida em Idosos sob Resposta Social

Carvalho, Capitão, Carvalho, & Capela, 2007). De facto, o eventual impacto da depressão na qualidade de vida dos doentes, por vezes superior ao impacto de algumas doenças somáticas, poderá reflectir-se na percepção da satisfação pela vida (McIntyre, Barroso, & Lourenço, 2002).

O nosso estudo confirmou a existência de relação entre a percepção do suporte social, satisfação com a vida, sintomas ansiosos e/ou depressivos. Em particular, tanto os sintomas ansiosos, como os depressivos se correlacionam significativamente com a satisfação com os contactos e com a extensão da satisfação com os contactos. Este factor confirma-nos a importância do contacto social. Segundo Oliveira (1998), os vínculos sociais produzem um efeito importante e significativo na saúde física e mental, assim como no bem-estar geral.

A concepção de suporte social assenta nesta premissa que os vínculos sociais influenciam a saúde e bem-estar das pessoas. É assim natural que o suporte social possa contribuir, tanto positivamente, como negativamente na forma como o indivíduo recupera das frequentes doenças que acompanham o envelhecimento e naquilo que sente em relação a si próprio (Oliveira, 1998; Paúl, 2005). Assim se entende a relação verificada entre a satisfação pela vida e a avaliação dos recursos sociais pelo informando. A satisfação pela vida encontra-se inevitavelmente ligada a uma complexa rede de factores inerentes à saúde, às redes sociais às capacidades funcionais. Perante uma baixa satisfação com a qualidade destes factores, são despoletados sentimentos de solidão. Estes sentimentos têm tendência a aumentar com a idade. Os preconceitos sobre o envelhecimento acerca de estagnação e declínio e a perspectiva de falta de desafios, aprendizagens, oportunidades, estimulação e desinvestimento no contacto social reforçam a ideia de que a solidão é algo inevitável (Augusto, et al., 2008). Percebe-se desta forma a relação negativa verificada entre a satisfação pela vida e os sintomas depressivos, se considerarmos a importância que a qualidade dos vínculos sociais tem na saúde mental e no bem-estar geral.

8. Conclusão

Concluimos, através do nosso estudo que os idosos desta população se mostram insatisfeitos com os contactos. É assim fundamental a intervenção junto desta população por forma a minimizar estes resultados.

Segundo Martins (2005), o apoio social não deve ser simplesmente uma construção teórica, mas antes um processo dinâmico e complexo, que envolve transacções entre

Suporte social, Sintomas de Ansiedade de Depressão e Satisfação com a Vida em Idosos sob Resposta Social

indivíduos e as suas redes sociais, no sentido de satisfazer necessidades sociais, promovendo e completando os recursos pessoais que possuem, para enfrentarem as novas exigências e atingirem novos objectivos. Por isso, as redes sociais de apoio revestem-se de importância crucial nos idosos, dado que o sentimento de ser amado e valorizado, a pertença a grupos de comunicação e obrigação recíprocas, levam os indivíduos a escapar ao isolamento e ao anonimato.

Segundo Luchesi (2011), a relação entre as crianças e os idosos é importante para ambos. O facto de a criança conviver com um idoso, independentemente de possuir ou não algum vínculo familiar, pode despertar diversas questões nestas crianças. Elas podem assim atentar para aspectos dos idosos não observados anteriormente e também podem encontrar nos idosos grandes aliados.

Diversos estudos realizados mostram-nos que a co-residência intergeracional, geralmente ocorre para atender às necessidades, tanto dos idosos, como dos seus descendentes, sendo uma de suas principais justificativas a necessidade de cuidado exigida pelo idoso (Aguiar, 2007).

Atendendo ao facto de que estamos perante um envelhecimento populacional, é de suma importância pensar em formas de melhorar a qualidade de vida dos nossos idosos.

Estudos têm revelado a importância da convivência multigeracional com idosos. Segundo Aguiar (2007), as idosas demonstram que a co-residência lhes possibilitou um tipo de vida, permeada por actividades realizadas com os membros da família, pois mantêm um bom relacionamento com os seus filhos, genros, noras e netos onde existe apoio e preocupação mútua. Elas sentem-se cuidadas pelos seus familiares, e eles preocupam-se com seu bem-estar, estão próximos não as deixando sentir solidão; enfim elas sentem-se felizes. Posto isto, este convívio permitirá aos idosos sentirem-se inseridos e participantes do contexto familiar e social, podendo assim manter a sua liberdade, autoridade e responsabilidade ao invés de se sentirem como inúteis e dependentes.

A intervenção do idoso na vida quotidiana, inserida neste contexto de interacção entre gerações oferece uma troca de experiências que valorizam a experiência do idoso. De facto, esta população tem muito a oferecer às gerações mais novas. Possuem um alargado conhecimento prático sobre ser e viver em sociedade, fruto da sua própria alargada experiência de vida, podendo assim partilhar informações e conselhos que julgam importantes ao futuro dos seus descendentes. De todas as formas este conhecimento pode ser partilhado e as actuais intervenções vão exactamente neste sentido. Juntar idosos a crianças para que juntos partilhem um grande número de experiências.

Suporte social, Sintomas de Ansiedade de Depressão e Satisfação com a Vida em Idosos sob Resposta Social

Por tudo o que os idosos representam e tudo que têm para nos oferecer, defende-se que os profissionais de saúde devem procurar cuidar do idoso de forma diferenciada, num processo com elevada carga de humanização, não se limitando exclusivamente ao conhecimento científico e à técnica ligada ao processo saúde-doença. É necessário ter em conta os detalhes de ser idoso aqui e agora, numa perspectiva de inserção familiar e social, respeitando as vontades e necessidades específicas próprias da idade e procurando beneficiar de todo o potencial de vivências, experiências e herança cultural.

Por fim, não podemos deixar de concluir o presente trabalho, sem uma breve reflexão crítica acerca do que consideramos serem algumas das limitações, possíveis de aqui serem encontradas e as quais poderão ser colmatadas num trabalho futuro.

Sublinhámos num primeiro momento, o facto da presente investigação se encontrar inserida num estudo institucional mais amplo, de grandes dimensões e, como tal, com incontornáveis contingências que complexificam um controlo rigoroso de todas as medidas idealmente necessárias à garantia da validação interna e externa de uma investigação. O carácter temporal do estudo não permitiu o acesso facilitado a uma amostra de maiores dimensões (dentro do espaço de tempo disponível para a realização do presente trabalho). Tal aspecto deveu-se, em parte, ao facto de outras variáveis e respectivos dados (não menos importantes que os referidos por nós) estarem a ser concomitantemente avaliados. Nessa medida não podemos deixar de prestar particular atenção às especiais necessidades e disponibilidades temporais dos nossos inquiridos, para dessa forma não saturarmos mentalmente os nossos sujeitos. Adicionalmente assinalámos que a amostra foi seleccionada a partir de uma população de idosos do concelho de Coimbra sob resposta social. Consideramos que uma selecção somente debruçada em sujeitos idosos sob resposta social não representa, de forma potencial, a variedade de origens, experiências e perspectivas e todo um conjunto de questões que podem alterar os resultados que nos propusemos estudar. Aconselhamos portanto o alargamento do estudo a idosos que não estejam sob resposta social e idealmente a idosos fora do concelho de Coimbra.

9. Referências Bibliográficas

Aguiar, J. E. (2007). *A experiência da co-residência para idosas em família intergeracional*. Dissertação apresentada no Curso de Mestrado em Enfermagem, Programa de Pós-

Suporte social, Sintomas de Ansiedade de Depressão e Satisfação com a Vida em Idosos sob Resposta Social

Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, Curitiba.

- American Psychological Association (2005). Publication manual of the American psychological Association (5ª ed.). Washington DC: APA.
- Augusto, S., Oliveira, R. A., & Pocinho, M. (2008). Solidão e Envelhecimento nos Doentes Reumáticos. *Interações*, 15, pp. 69-94.
- Boome, K. B., Salazar, X., Lu, P., Warner-Chacon, K., & Razani, J. (2002). The Rey 15-Item Recognition Trial: A Technique to Enhance Sensitivity of the Rey 15-Item Memorization Test. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 24, 561-573.
- CITI. (sem data). *Ditadura*. Acedido em 19, julho, 2011, em http://www.citi.pt/cultura/musica/musicos/jose_afonso/index.html
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis* (2ªEd., pp.110-144). New Jersey: Psychology Press: Lawrence Erlbaum
- Costa, A., Peppe, A., Carlesimo, G., Pasqualetti, P., Caltagirone, C. (2006). Major and minor depression in Parkinson's disease: a neuropsychological investigation. *European Journal Neurology*, 13, 972-920.
- Crowe, M., Andel, R., Pedersen, N. L., Johansson, B., & Gatz, M., (2003). Does Participation in Leisure Activities Lead to Reduced Risk of Alzheimer's Disease? A Prospective Study of Swedish Twins. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 58, 249-255.
- Daniel, F., Ribeiro, A. M., & Guadalupe, S. (2011, Maio). *Recursos sociais na velhice: um estudo sobre as redes sociais de idosos beneficiários de apoio domiciliário*. Congresso Internacional " A solidão nos limiares da pessoa e da solidariedade: entre os laços e as fracturas sociais" Porto.
- Deng, J., Hu, J., Wu, W., Dong, B., & Wu, H. (2010). Subjective well-being, social support, and age-related functioning among the very old in China. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 25, 697-703.
- Diener, E., Emmons, R., Larsem, R., & Griffin, S. (1985). The Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49, 71-75.
- Dorahy, M., Lewis, C., Schumaker, J., Akuamoah-Boateng, R., Duze, M., & Sibiya, T. (2000). Depression and life satisfaction among Australian, Ghanaian, Nigerian, Northern Irish, and Swazi University Students. *Journal of Social Behavior and Personality*, 15, 569-580.

Suporte social, Sintomas de Ansiedade de Depressão e Satisfação com a Vida em Idosos sob Resposta Social

- Eklund, M., Bäckström, M., Lissner, L., Björkelund, C., & Sonn, U. (2010). Daily activities mediate the relationship between personality and quality of life in middle-aged women. *Quality of Life Research, 19*, 1477-1486.
- Ensel, W. M. (1986). Sex, marital status, and depression: the role of events in social support. In A. D. N. Lin, *Social support, life events, and depression* (pp. 231-247). Orlando, FL: Academic Press, Inc.
- Espírito Santo, H., Cunha, M. (2009). *Regras de escrita de trabalhos de investigação científica e dissertações de mestrados - segundo as normas da APA*. Manuscrito não publicado, Instituto Superior Miguel Torga de Coimbra.
- Fernandes, P. (2000). *A depressão no Idoso*. Coimbra: Quarteto.
- Ferreira, P. L., Rodrigues, R., & Nogueira, D. (2006). *Avaliação multidimensional em idosos*. Coimbra: Mar da Palavra.
- Filembaum, G. G., & Smyer, M. (1981). The Development, Validity, and Reliability of the OARS Multidimensional Functional Assessment Questionnaire. *Journal of Gerontology, 36*, 428-434.
- Fonseca, A. M. (2005). *Desenvolvimento Humano e Envelhecimento*. Lisboa: Climepsi.
- Fontaine, R. (2000). *Psicologia do Envelhecimento*. Lisboa: Climepsi.
- Forlenza, O. V. (2000). Transtornos depressivos na doença de Alzheimer: diagnóstico e tratamento. *Revista Brasileira de Psiquiatria, 22*, 87-95.
- Forstmeier, S., & Maercker, A. (2008). Motivational Reserve: Lifetime Motivational Abilities Contribute to Cognitive and Emotional Health in Old Age. *Psychology and Aging, 23*, 886-899.
- Grinberg, L. (2000). *Culpa e Depressão*. Lisboa: Climepsi.
- Guadalupe, S. (2009). *Intervenção em rede*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Hassett, A. L., Maclean, R., Peterson, C., Stuart, M. R., Buyske, S., Park, N., et al. (2009). The Observational Evaluation of Subjective Well-Being in Patients with Rheumatoid Arthritis. *Applied Psychology: Health and Well-Being, 1*, 46-61. doi: 10.1111/j.1758-0854.2008.01002.x.
- Hell, D. (2009). *Depressão - que sentido faz?* Lisboa: Sete Caminhos.
- Instituto Nacional de Estatística. (2009). *Estatísticas demográficas - 2009*. Acedido em 17, junho, 2009, em http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOE_Spub_boui=102638621&PUBLICACOESmodo=2

Suporte social, Sintomas de Ansiedade de Depressão e Satisfação com a Vida em Idosos sob Resposta Social

- John, P., & Montgomery, P. (2010). Cognitive impairment and life satisfaction in older adults. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 25, 814-821.
- Luchesi, B. M. (2011). *Crianças que convivem com idosos: Atitudes em relação à velhice e percepção sobre demência*. Dissertação apresentada ao programa de pós graduação em enfermagem, para obtenção de título de mestre em enfermagem, com apoio financeiro da FAPESP (bolsa mestrado), Universidade federal, São Carlos.
- Maia, Â., Guimarães, C., Carvalho, C., Capitão, L., Carvalho, S., & Capela, S. (2007, Outubro). *Maus-tratos na infância, psicopatologia e satisfação com a vida: um estudo com jovens portugueses*. Congresso família, saúde e doença - Modelos, Investigação e prática em diversos contextos de saúde, Universidade do Minho, Braga.
- Maroco, J. (2010). *Análise estatística com utilização do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Marques-Teixeira, J. (2001). Comorbilidade: depressão e ansiedade. *Revista saúde mental*, 3, 9-20.
- Martín, I. (2005). O cuidado informal no âmbito social. In C. Paúl, & A. Fonseca, *Envelhecer em Portugal* (pp. 180-202). Lisboa: Climepsi.
- Martins, R. M. (2005). A relevância do apoio social na velhice. *Millenium - Revista do Instituto Superior Politécnico de Viseu*, 31, 128-134.
- Martins, R., Andrade, A., & Rodrigues, M. (2010). A vida... vista pelos idosos. *Millenium - Revista do Instituto Superior Politécnico de Viseu*, 39, 121-130.
- Matos, A. C. (2007b). *O Desespero* (2ªed.). Lisboa: Climepsi.
- Matos, A. C. (2007a). *A depressão* (2ªed.). Lisboa: Climepsi.
- McIntyre, T., Barroso, R., & Lourenço, M. (2002). Impacto da depressão na qualidade de vida dos doentes. *Revista saúde mental*, 4, 13-24.
- Montgomery, S. A. (2000). *Ansiedade e Depressão*. Lisboa: Climepsi.
- Morris, P., Robinson, R., & Bishop, D. (1991). Social support and post-stroke depression. *Psychiatry*, 54, 305-315.
- Murphy, M., & O'Leary, E. (2010). Depression, cognitive reserve and memory performance in older adults. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 25, 675-671.
- Murteira, B. (1993). *Análise Exploratória de dados - Estatística descritiva*. Lisboa: McGrawHill.
- Nunes, M. P. (2005). *O Envelhecimento no Feminino - Um desafio para o novo milénio*. Lisboa: Coleção para a Igualdade e para os Direitos das Mulheres.

Suporte social, Sintomas de Ansiedade de Depressão e Satisfação com a Vida em Idosos sob Resposta Social

- Oliveira, A. (2008). *Estudo exploratório sobre a relação entre orientação de papéis de género, satisfação de vida e locus de controlo de saúde*. Dissertação de mestrado não publicada, Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Oliveira, R. A. (1998). *Do vínculo ao suporte social aspectos psicodinâmicos em sujeitos com deficiências físicas adquiridas*. Dissertação de doutoramento em psicologia Clínica. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Pachana, N., Byrne, G., Siddle, H., Koloski, N., Harley, E., & Arnold, E. (2007). Development and validation of the Geriatric Anxiety Inventory. *International Psychogeriatrics, 19*, 103-114.
- Pais-Ribeiro, J., Honrado, A., & Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de ansiedade, depressão e stress (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibnd. *Psicologia, saúde & doenças, 5*, 229-239.
- Paúl, C. (2005). Envelhecimento activo e redes de suporte social. *Sociologia Porto: UP, ISSN0872-3419, 15*, 275-287.
- Pestana, M., & Gageiro, J. (2008). *Análise de dados para ciências sociais: a complementariedade do SPSS (5ª Ed)*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Pimentel, L. M. (2001). *O Lugar do Idoso na Família: contextos e trajectórias*. Coimbra: Quarteto.
- Post, S. (1994). What is quality of life? *Cleveland Area Chapter Alzheimer's Association: Issues in Focus, Dec 3*.
- Quaresma, M. L., Fernandes, A. A., Calado, D. F., & Pereira, M. (2004). *O sentido das idades da Vida*. Lisboa: Cesdet Edições.
- Ribeiro, D. (2001). Envelhecimento. In L. F. Silva, *Acção social na Área da Família* (pp. 169-197). Lisboa: Universidade Aberta.
- Ribeiro, J. L. (1999). Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS). *Análise Psicológica, 17*, 547-558.
- Richard, I. H. (2007). Depression and Apathy in Parkinson's Disease. *Current Neurology and Neuroscience Reports, 7*, 295-301.
- Rodrigues, R. M. (2008). Validação da versão em português europeu de questionário de avaliação funcional multidimensional de idosos. *Revista Panamericana de Salud Publica, 23*, 109-115.

Suporte social, Sintomas de Ansiedade de Depressão e Satisfação com a Vida em Idosos sob Resposta Social

- Rosness, T. A., Barca, M. L., & Engedal, K. (2010). Occurrence of depression and its correlates in early onset dementia patients. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 25, 704-711.
- Ryff, C., Deinberg, L. G., Urry, H. L., Muller, D., Rosenkranz, M., Friedman, E., ... Singer, B. (2006). Psychological well-being and ill-being: Do they have distinct or mirrored biological correlates? *Psychotherapy and Psychosomatics*, 75, 85-95.
- Schrag, A. (2006). A Quality of life and depression in Parkinson's disease. *Journal Neurological Scienc*, 248, 151-157.
- Schrag, A., Hovris, A., Morley, D., Quinn, N., Jahanshahi, M. (2006). Caregiver-burden in Parkinson's disease is closely associated with psychiatric symptoms, falls, and disability. *Parkinsonism Related Disord*, 12, 35-41.
- Sequeira, C., Ribeiro, I. L., Carvalho, J. C., Martins, T., & Rodrigues, T. (2009). *Saúde e qualidade de vida em análise*. Porto: Núcleo de Investigação em Saúde e Qualidade de Vida.
- Simões, A. (1992). Ulterior validação de um escala de satisfação com a vida (SWLS). *Revista Portuguesa de pedagogia*, 26, 503-515.
- Simões, M., Sousa, L., Duarte, P., Firmínio, H., Pinho, M. S., Gaspar, N., ... França, S. (2010). Avaliação da simulação ou esforço insuficiente com o Rey 15-Item Memory Test (15-IMT): Estudos de validação em grupos de adultos idosos (*). *Análise Psicológica*, 28, 209-226.
- Strongman, K. (2004). *A psicologia da Emoção*. Lisboa: Climepsi.
- Westaway, M. S., Olorunju, S., & Rai, L.-C. (2007). Which personal quality of life domains affect the happiness of older South Africans? *Quality of Life Research*, 16, 1425-1438.
- Wettstein, A., Schmid, R., & König, M. (2004). Who Participates in Psychosocial Interventions for Caregivers of Patients with Dementia? *Dementia and Geriatric cognitive Disorders*, 18, 80-86.
- Williams, K., & Galliher, R. (2006). Predicting Depression and Self-esteem from Social Connectedness, Support and Competence. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 25, 855-875.
- Yesavage, J., Brink, T., Rose, T., Lum, O., Huang, V., Adey, M., et al. (1983). Development and Validation of a Geriatric Depression screening Scale: A Preliminary Report. *Journal of Psychiatric Research*, 17, 37-49.