

Escola Superior de Educação e Comunicação

Escola Superior de Saúde

Mestrado em Gerontologia Social

“Depressão em pessoas idosas institucionalizadas”

Rita Isabel Coelho Cavaco Pereira

ORIENTADOR: Prof. Doutor José Eusébio Palma Pacheco

Faro, 2014

Escola Superior de Educação e Comunicação

Escola Superior de Saúde

Mestrado em Gerontologia Social

“Depressão em pessoas idosas institucionalizadas”

Rita Isabel Coelho Cavaco Pereira

ORIENTADOR: Prof. Doutor José Eusébio Palma Pacheco

Dissertação para obtenção do grau de Mestre no âmbito do Mestrado em Gerontologia Social pela Universidade do Algarve.

Faro, 2014

Declaração de autoria de trabalho

Declaro ser a autora deste trabalho, que é original e inédito.
Autores e trabalhos consultados estão devidamente citados
no texto e constam da listagem de referências incluída.

Copyright © Rita Pereira 2014

A Universidade do Algarve tem o direito, perpétuo e sem limites geográficos, de arquivar e publicitar este trabalho através de formatos impressos reproduzidos em papel ou em forma digital, ou por qualquer outro meio conhecido ou que venha a ser inventado, de o divulgar através de repositórios científicos e de admitir a sua cópia e distribuição com objetivos educacionais ou de investigação, não comerciais, desde que seja dado crédito ao autor e editor.

“O estudo do envelhecimento é rico em dados e pobre em teorias, uma colecção vasta de informação desarticulada”

(Birren, 1995, citado por Fonseca, 2006, p.49)

A ti que sempre me encorajaste a realizar os meus sonhos

A ti que nunca me deixaste desistir

A ti que secaste as minhas lágrimas quando desesperei e reuniste os cacos quando quebrei

A ti meu Marido, meu Amor

Por estares sempre a meu lado e me conheceres melhor que ninguém

Agradecimentos

O meu mais sincero agradecimento vai, primeiramente para o meu orientador, Professor Doutor José Eusébio Palma Pacheco, pelo auxílio dado na realização deste trabalho. O seu contributo foi decisivo ao longo de todo o caminho percorrido. Estou profundamente grata pela permanente disponibilidade e pela forma como confiou nas minhas capacidades.

Ao Reverendo Padre Francisco Encarnação e a toda a equipa do Lar de São Bento, nomeadamente à D. Filomena, que tão bem me acolheram. Na mesma medida agradeço à Direção e a toda a equipa do Centro de Apoio a Idosos de Portimão, nomeadamente ao Enfermeiro Marco pelo apoio dado no processo de colheita de dados.

Por fim, um especial agradecimento à minha família que me ajudou a superar os obstáculos que foram surgindo ao longo do caminho e que sempre me incentivaram a ir mais além.

Resumo

Este trabalho baseia-se na convicção de que a depressão em idosos institucionalizados é uma realidade que atinge proporções preocupantes, podendo ser responsável pela ocorrência de deterioração da capacidade funcional nos mesmos. Por outro lado, também pretende esclarecer se existe relação em sentido contrário, ou seja, se o comprometimento da capacidade funcional vai influenciar a ocorrência de depressão nos idosos institucionalizados. A realização prévia de revisão da literatura sobre as temáticas abordadas definiu um quadro conceptual que permitiu estabelecer as hipóteses analisadas e, com isso, foi delineado um estudo do tipo quantitativo, descritivo simples e transversal, com o objetivo geral de avaliar a presença de depressão em idosos institucionalizados e objetivos específicos de avaliar a relação entre os aspetos sociodemográficos e a existência de depressão e relacionar o nível de incapacidade funcional e a presença de depressão, em ambos os sentidos. A amostra em estudo foi constituída por 85 pessoas residentes em Lar de Idosos, 26 no Baixo Alentejo e 59 no Algarve, com idades entre 66 e 100 anos.

Os resultados obtidos mostraram uma prevalência de depressão de 64,7%. Apurou-se que, das variáveis sociodemográficas consideradas, apenas a idade representa influência na condição depressiva dos idosos e quanto ao género, apesar de não influenciar, apresentou predominância significativa do feminino (78,18%). No que respeita ao nível de incapacidade funcional, avaliado pelo Índice de Barthel, apurou-se que 44,7% apresentavam a sua forma ligeira, 35,3% moderada e 20,0% elevada. Observou-se ainda que quanto maior a idade, tendencialmente maior será o nível de incapacidade funcional. Quanto à relação entre incapacidade funcional e depressão, os dados mostraram que o nível de incapacidade influencia positivamente a presença de depressão e, por outro lado, também esta perturbação do humor influencia a incapacidade funcional nos idosos institucionalizados. Concluiu-se também que as componentes da Escala de Depressão Geriátrica atuam sobre a incapacidade funcional nos idosos. Sendo que, à medida que a pontuação média alcançada para as referidas componentes vai aumentando, também o nível de incapacidade funcional aumenta. Notou-se ainda que a cada uma das componentes da EDG corresponde um nível distinto de incapacidade funcional.

Palavras-chave: Depressão; Idosos; Incapacidade Funcional; Institucionalização

Abstract

This work is based on the belief that depression in institutionalized elderly is a reality that reached alarming proportions and may be responsible for the deterioration of their functional capability. On the other hand, this work aims to clarify if there is a relation on the opposite direction, in other words, if the loss of functional capability may influence the occurrence of depression in institutionalized elderly. The prior literature review regarding the issues addressed defined the conceptual framework which allowed to set the analyzed hypotheses and, thereafter, outlined the quantitative and descriptive study, simple and transversal. The overall objective of this study is to evaluate the presence of depression in institutionalized elderly, while its specific objectives are to evaluate the relationship between sociodemographic aspects and the existence of depression and also to relate the level of disability and the presence of depression in both directions. The study sample consisted of 85 residents in Retirement Homes, 26 in Baixo Alentejo and 59 in Algarve, with ages between 66 and 100 years. The results obtained showed a prevalence of depression of 64.7%. It was found that, of the sociodemographic variables considered, only age has influence on depressive condition of elderly and, although gender has no influence, it showed a significant predominance of females subjects (78.18%). Regarding the level of functional disability, evaluated by the Barthel Index, it was found that 44,7% of the subjects showed its light form, 35,3% a moderate form and 20,0% an elevated condition. It was also observed that the higher the age, it tend to be higher the level of functional disability. Concerning the relationship between functional disability and depression, the data showed that the level of disability has positive influence on the presence of depression and, moreover, this mood disturbance also influences the functional disability in institutionalized elderly. It was also concluded that the components of the Geriatric Depression Scale influence functional disability in the elderly. Being that, as the average score achieved for the said components increases, it also increases the level of functional disability. With this study, it was noted also that each of the components of the EDG matches a distinct level of functional disability.

Keywords: Depression; Elderly; Functional Disability; Institutionalization.

SIGLAS E ABREVIATURAS

APA – American Psychological Association

AVDs – Atividades de Vida Diária

CAI – Centro de Apoio a Idosos

DGS – Direção-Geral da Saúde

DSM-IV – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

EDG – Escala de Depressão Geriátrica

Ed. – Edição

et al. – E outros colaboradores

EUA – Estados Unidos da América

EU-27 – União Europeia (27 países)

GDS – Geriatric Depression Scale

ICD-10 – International Classification of Diseases

INE – Instituto Nacional de Estatística

MRk_(x) – Mean Rank

N. – Número

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

p – Significância estatística

p. – Página

p.e. – Por exemplo

pp. – Páginas

s.d. – Sem Data

SPSS – Statistical Package for the Social Sciences

Vol. – Volume

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	1
<i>Parte I: Enquadramento Teórico</i>	
CAPÍTULO 1 – ENVELHECIMENTO.....	4
1.1. ENVELHECIMENTO GLOBAL.....	5
1.1.1. Dados demográficos e previsões para o futuro.....	5
1.2. ENVELHECIMENTO EM PORTUGAL.....	7
1.2.1. Dados demográficos e previsões para o futuro.....	7
CAPÍTULO 2 – INSTITUCIONALIZAÇÃO.....	10
2.1. RESPOSTAS SOCIAIS PARA OS IDOSOS.....	11
2.1.1. Instituições de longa permanência: Lar de Idosos.....	12
2.2. INSTITUCIONALIZAÇÃO DA PESSOA IDOSA.....	14
CAPÍTULO 3 – SAÚDE MENTAL E DEPRESSÃO.....	18
3.1. SAÚDE MENTAL.....	19
3.1.1. Saúde Mental na pessoa idosa.....	21
3.1.2. Perturbações do humor.....	23
3.2. DEPRESSÃO.....	24
3.2.1. Classificação da Depressão.....	24
3.2.2. Depressão na população idosa.....	26
3.2.2.1. Aspetos clínicos da depressão no idoso.....	29
3.2.2.2. Causas físicas e genéticas.....	30
3.2.2.3. Causas psicossociais.....	31
3.2.2.4. Personalidade.....	32
3.2.2.5. Acontecimentos de vida stressantes e coping.....	34
CAPÍTULO 4 – A DEPRESSÃO NA PESSOA IDOSA INSTITUCIONALIZADA.....	37
4.1. INSTITUCIONALIZAÇÃO E DEPRESSÃO NA PESSOA IDOSA.....	38

Parte II: Estudo de Campo

CAPÍTULO 1 – ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO.....	43
1.1. TIPO DE ESTUDO	44
1.2. QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO	45
1.3. PRINCIPAIS HIPÓTESES	46
1.4. POPULAÇÃO	47
1.4.1. Caracterização da amostra	47
1.5. INSTRUMENTOS DE COLHEITA DE DADOS	50
1.5.1. Questionário Sociodemográfico	50
1.5.2. Escala de Depressão Geriátrica.....	50
1.5.3. Índice de Barthel.....	54
CAPÍTULO 2 – APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	56
2.1. PREVALÊNCIA DE DEPRESSÃO	57
2.2. ANÁLISE PRÉVIA DAS RELAÇÕES ENTRE VARIÁVEIS	57
2.2.1. Relação entre a depressão e as variáveis sociodemográficas em estudo	57
2.2.1.1. Depressão na pessoa idosa e género.....	58
2.2.1.2. Depressão na pessoa idosa e idade.....	58
2.2.1.3. Depressão na pessoa idosa e tempo de institucionalização.....	59
2.2.1.4. Depressão na pessoa idosa e estado civil	60
2.2.1.5. Depressão na pessoa idosa e meio onde reside	60
2.2.1.6. Depressão na pessoa idosa e habilitações literárias	61
2.2.1.7. Depressão na pessoa idosa e religião	62
2.3. ANÁLISE DAS HIPÓTESES FORMULADAS	63
2.4. DISCUSSÃO DE RESULTADOS.....	67
CAPÍTULO 3 – CONCLUSÕES E IMPLICAÇÕES	74
BIBLIOGRAFIA	78
ANEXOS	

Anexo I

Pedido de autorização para realização de estudo no CAI.....	87
Autorização para o estudo no CAI.....	88
Pedido de autorização para realização de estudo no Lar de São Bento.....	89
Autorização para o estudo no Lar de São Bento.....	90

Anexo II

Consentimento Informado.....	92
------------------------------	----

Anexo III

Questionário Sociodemográfico.....	94
------------------------------------	----

Anexo IV

Escala de Depressão Geriátrica.....	96
-------------------------------------	----

Anexo V

Índice de Barthel.....	98
------------------------	----

ÍNDICE DE GRÁFICOS E QUADROS

Gráfico 1: Prevalência de Perturbações Mentais.....	22
Quadro 1: Fatores conducentes à institucionalização.....	15
Quadro 2: Vivência da institucionalização.....	16
Quadro 3: Sintomas da depressão no idoso.....	29
Quadro 4: Distinção entre depressão e demência.....	30
Quadro 5: Componentes principais da EDG.....	52
Quadro 6: Teste de Normalidade–SPSS (K-Smirnov).....	57
Quadro 7: Relação depressão e género–SPSS (Mann-Whitney U).....	58
Quadro 8: Relação depressão e idade–SPSS (Rho Spearman).....	59
Quadro 9: Relação depressão e ano de admissão–SPSS (Kruslal-Wallis).....	59
Quadro 10: Relação depressão e estado civil–SPSS (Kruslal-Wallis).....	60
Quadro 11: Relação depressão e meio onde reside–SPSS (Mann-Whitney U).....	61
Quadro 12: Relação depressão e habilitações literárias–SPSS (Kruslal-Wallis).....	61
Quadro 13: Relação depressão e religião–SPSS (Kruslal-Wallis).....	62
Quadro 14: <i>Ranks</i> – nível de incapacidade funcional e depressão–SPSS (Mann-Whitney).....	63
Quadro 14.1: Relação nível de incapacidade funcional e depressão–SPSS (Mann-Whitney).....	63
Quadro 15: <i>Ranks</i> – depressão e nível de incapacidade funcional–SPSS (Kruslal-Wallis).....	64
Quadro 15.1: Relação depressão e nível de incapacidade funcional–SPSS (Kruslal-Wallis).....	64
Quadro 16: <i>Ranks</i> – bem-estar/mal-estar e nível de incapacidade funcional–SPSS (Kruslal-Wallis).....	65
Quadro 16.1: Relação bem-estar/mal-estar e nível de incapacidade funcional–SPSS (Kruslal-Wallis).....	65
Quadro 17: <i>Ranks</i> – humor triste e nível de incapacidade funcional–SPSS (Kruslal-Wallis).....	65
Quadro 17.1: Relação humor triste e nível de incapacidade funcional–SPSS (Kruslal-Wallis).....	65
Quadro 18: <i>Ranks</i> – falhas mentais e físicas e nível de incapacidade funcional–SPSS (Kruslal-Wallis).....	66
Quadro 18.1: Relação falhas mentais e físicas e nível de incapacidade funcional–SPSS (Kruslal-Wallis).....	66

INTRODUÇÃO

A população mundial está a envelhecer, e Portugal, além de não constituir uma exceção, tem vindo a estabelecer-se como um dos países mais envelhecidos da Europa. Este envelhecimento acentuado resulta, por um lado, do progresso das ciências da saúde que se traduz num aumento da esperança média de vida e, por outro, a uma diminuição da taxa de natalidade, influenciada pelo estilo de vida moderno. Sendo que as expectativas apontam para um agravamento desta situação, o envelhecimento populacional representa uma alteração demográfica importante que suscita o surgimento de novos desafios tanto ao nível da saúde como das ciências sociais (Powell, 2010; Sequeira, 2010; Rosa, 2012).

Entende-se, usualmente, que a barreira para a terceira idade está nos 65 anos, mas é lógico que o processo de envelhecimento se inicia desde a concepção e decorre até ao momento da morte. É importante compreender que o envelhecimento faz parte do processo de desenvolvimento normal, do curso de vida, e nele vão ocorrendo modificações de todos os sistemas orgânicos. Estas alterações variam de indivíduo para indivíduo e são ainda desconhecidos os mecanismos exatos que as provocam (Bolander, 1998; Sequeira, 2010). Pela sua complexidade, o processo de envelhecimento vai transformando a pessoa a todos os níveis do seu ser biopsicossocial, pelo que autores como Fonseca (2006, p.50) referem que “...os factores psicológicos cruzam-se necessariamente com os culturais, sociais e biológicos, os quais interagindo entre si acabam por determinar a forma como cada género vive e envelhece”. Sendo a vida um constante balanceamento entre ganhos e perdas, entre os objetivos delineados e alcançados, alegrias e tristezas, mostra-se evidente que, no decorrer do processo de envelhecimento, a pessoa vai deparar-se com a diminuição do seu suporte sociofamiliar, perda de estatuto profissional e económico, aquando da reforma, e com algum declínio físico e cognitivo próprios do envelhecimento biológico e que podem acarretar perda de autonomia. Nesse sentido é importante que exista equilíbrio entre a estabilidade e a mudança e entre o progresso e o declínio (Fonseca, 2006; Salgueiro, 2007).

O mundo em que vivemos está em constante transformação e a sociedade contemporânea envolveu-se num culto à juventude que tem vindo retirar ao idoso o seu lugar privilegiado. A velocidade a que circula a informação e as mudanças constantes nas modas, nos hábitos

e inclusive nas crenças, fazem com que a maioria dos idosos não consiga acompanhar uma sociedade que já não caminha, mas corre. Também a alteração da estrutura familiar, assim como deslocação das famílias para as cidades mais industrializadas, contribuiu para que a institucionalização dos idosos fosse uma opção com um crescente atrativo para aqueles que iriam permanecer sozinhos nas suas casas ou socialmente isolados nas casas de seus filhos (Pimentel, 2001; Cardão, 2009). A decisão pela institucionalização do idoso pode ser tomada pelo próprio ou pelos seus familiares, sendo que, independentemente de quem a toma, esta tem sempre distintas interpretações. Seja qual for o motivo que leve a pessoa a ingressar num Lar de Idosos, “...o sofrimento de separação e/ou abandono é marcado por fantasias de «perda de liberdade, abandono pelos filhos, aproximação da morte, tratamento que irão receber de funcionários e colegas» (Born, 2002, p.407), enquanto que os seus familiares fantasiam que o internamento irá proporcionar-lhe mais convívio e melhor tratamento ao nível dos cuidados básicos e da saúde” (Cardão, 2009, p.41).

Numa perspetiva holística, “a saúde mental é tão importante como a saúde física para o bem-estar dos indivíduos, das sociedades e dos países. Não obstante, somente uma pequena minoria dos 450 milhões de pessoas que apresentam transtornos mentais e de comportamento está recebendo tratamento. (...) como muitas doenças físicas, os transtornos mentais e de comportamento resultam de uma complexa interação de fatores biológicos, psicológicos e sociais” (Organização Pan-Americana da Saúde & Organização Mundial da Saúde, 2001, p.1). Entende-se que estes transtornos se definem por um processo patológico onde se verificam características como a degradação da autoestima, da capacidade de adaptação, perda de autonomia e surgimento de desequilíbrios da personalidade, entre outras. Os distúrbios mentais tendem a agravar com a idade e resultam da má resolução de conflitos e de mecanismos adaptativos deficientes ao longo da vida.

Sendo que as síndromes demenciais surgem como o principal diagnóstico das doenças mentais na terceira idade e a depressão justifica mais de 60% das admissões nas unidades de psiquiatria geriátrica, representando um dos motivos principais de procura de consulta na área de saúde mental, emerge a necessidade de melhor compreender a dinâmica dos transtornos mentais que martirizam a população idosa e que tantas vezes passam dissimuladamente aos olhos dos mais próximos (Direção-Geral da Saúde, 2005; Salgueiro, 2007).

A institucionalização pode representar o ponto de partida para o desenvolvimento de transtornos do humor na pessoa idosa ou agravamento de uma condição já existente. Os sentimentos de perda e de abandono, a consciencialização da proximidade da morte e inclusive a própria dinâmica do Lar de Idosos, onde a vida “... vai correndo de forma monótona, num microcosmos onde o espaço e o tempo são regulados pela instituição, de uma forma quase estática” (Cardão, 2009, p.12) e onde o direito à privacidade também se perde pela partilha do espaço com desconhecidos, são fatores que, conjuntamente com uma capacidade de adaptação comprometida pelo passar dos anos, vão contribuir para o surgimento de estados depressivos que, silenciosamente, podem tornar-se extremamente graves e que, não só imprimirão um grande sofrimento psicológico ao idoso, como poderão contribuir para a perda de autonomia e surgimento de dor física, podendo vir a terminar em suicídio (Stella, et al., 2002; Cardão, 2009; Carvalho & Dias, 2011; Paúl & Ribeiro, 2012; Dantas, et al., 2013).

Com o objetivo máximo de aprofundar conhecimentos sobre a problemática da depressão em idosos institucionalizados, este estudo de investigação, na área gerontológica, propõe-se descobrir qual a prevalência de depressão entre os idosos que compõe a amostra, realizando analogias entre as diferentes variáveis sociodemográficas em estudo e o transtorno depressivo, bem como descortinar alguns aspetos da relação entre a depressão nos idosos institucionalizados e a sua capacidade funcional, ou seja, a competência para realizar as suas atividades de vida diária, que compreendem alimentação, mobilidade e transferências, cuidados de higiene pessoal e de vestuário e o controlo de esfíncteres (eliminação intestinal e vesical).

A apresentação do estudo encontra-se dividida em duas partes. Na primeira apresenta-se o enquadramento teórico, no qual se procura definir as variáveis incluídas na investigação, bem como apresentar o “estado da arte” no que respeita a anteriores pesquisas realizadas neste âmbito. A segunda parte compõe-se pelo estudo de campo, onde estão enquadrados os aspetos referentes à metodologia, análise, apresentação e discussão de resultados e finalmente conclusões e implicações.

Parte I: Enquadramento Teórico

CAPÍTULO 1 – ENVELHECIMENTO

1.1. ENVELHECIMENTO GLOBAL

O mundo, tal como o conhecemos, está em constante mudança. Mudam os costumes, alteram-se as crenças e toda a dinâmica do quotidiano do ser humano vai sendo modificada de acordo com a evolução da ciência e as necessidades da vida moderna.

Neste sentido, o envelhecimento populacional surge como uma das problemáticas com maior gravidade na atualidade e, apesar de global, é mais acentuado nos países conhecidos como “de primeiro mundo”. No entanto, o desenvolvimento demográfico mais surpreendente das últimas décadas terá sido, provavelmente, o ritmo acelerado de declínio da fertilidade em muitos dos países considerados menos desenvolvidos (Powell, 2010). O entendimento das causas *major* do envelhecimento global possibilita criar projeções para o futuro das comunidades sendo que os dados apontam para uma continuidade e agravamento deste fenómeno.

1.1.1. Dados demográficos e previsões para o futuro

O aumento da longevidade, associado à evolução das ciências da saúde e condições de saneamento básico, o declínio da fertilidade, que se traduz num menor número total de filhos por mulher associado às mudanças no estilo de vida que se prendem com uma maternidade tardia e, por último, o envelhecimento da geração dos *baby-boomers* traduzem os três principais fatores subjacentes ao envelhecimento da população mundial (Powell, 2010; Bloom, et al., 2011 e European Commission, 2011).

De acordo com o relatado no *Program on the Global Demography of Aging*, numa perspetiva mundial, a esperança média de vida aumentou cerca de 20 anos desde 1950, passando dos 48 para os 68 anos em 2005-2010 e o número de filhos por mulher diminuiu de 5 para cerca de 2,5 filhos no mesmo período. Quanto à geração de *baby-boomers*, evidencia-se que o grande aumento populacional associado ao término da Segunda Guerra Mundial, mais acentuado nos EUA, representa agora uma parcela importante do envelhecimento a escala mundial (Bloom, et al., 2011). As projeções elaboradas pela Comissão Europeia em 2008 indicavam já que em 2014 a população em idade ativa (20-64 anos) começaria a diminuir, uma vez que as grandes coortes de *baby-boomers* estariam a entrar nos seus 60 anos (European Commission, 2011).

Mundialmente, a população de 65 anos ou mais foi estimada em 461 milhões em 2004, o que se traduziu num aumento de 10,3 milhões desde 2003. Com estes e mais dados, a Divisão de População da ONU projeta para 2025 uma duplicação da população acima dos 60 anos de idade e que o número de pessoas nessas faixas etárias aumente de pouco menos de 800 milhões, em 2010 (11% da população mundial), para pouco mais de 2 bilhões em 2050 (22% da população mundial). Também a mesma Divisão da ONU refere que existirá um incremento da população mundial de 3,7 vezes entre 1950 e 2050, mas o número de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos aumentará cerca de 10 vezes. Além disso, prevê-se que a população com 65 anos ou mais aumente 104% e, dessa, aqueles acima dos 85 anos aumentem 151% entre 2005 e 2030, comparativamente, é expectado um aumento de 21% para a população com menos de 65 anos de idade. De todo o mundo, o aumento mais marcante ocorrerá no Japão, sendo que em 2030, cerca de 24% dos japoneses mais velhos terão pelo menos 85 anos, de acordo com as projeções. Prevê-se ainda um aumento da esperança média de vida para 76 anos e a continuidade do declínio da taxa de fertilidade mundial para uma média de 2,2 filhos por mulher até 2050 (Powell, 2010; Bloom, et al., 2011).

É evidente a existência de dados que comprovam o envelhecimento da população mundial e as projeções realizadas não vislumbram uma melhoria das condições que o provocam, antes sim, um agravamento da situação que irá provocar graves alterações nas dinâmicas políticas, sociais e económicas das nações. Portugal não é exceção à regra mundial pelo que seguidamente abordar-se-á a temática no contexto nacional.

1.2. ENVELHECIMENTO EM PORTUGAL

Sendo o envelhecimento demográfico uma realidade a nível mundial, Portugal não representa uma exceção. Aliás, é um dos países da Europa com índice de envelhecimento populacional mais acelerado, como refere a Rosa (2012, p.27) “... Portugal é actualmente, um dos países mais envelhecidos do espaço europeu e, como tal, do mundo”.

As principais causas do processo de envelhecimento da população portuguesa são a redução da taxa de mortalidade, associada ao aumento significativo da esperança média de vida e da taxa de fecundidade, o que traduz um “...aumento significativo do peso dos idosos no conjunto da população total do país” (Paúl & Fonseca, 2005, p.15). Um dos fatores de maior peso que influencia tanto a mortalidade como a esperança média de vida, resultante aos avanços científicos e sociais do país, é a acentuada diminuição da taxa de mortalidade infantil em Portugal, a qual é uma das mais baixas a nível mundial. Note-se que, no início da década de 60, em Portugal, morriam aproximadamente 80 crianças com idade inferior a um ano, por cada 1000 que nasciam. Em 2012, a mortalidade infantil baixou para 3,7 crianças que morrem antes de completar o primeiro ano, por cada 1000 que nascem (Rosa, 2012; Pordata, s.d.). Conjuntamente, as alterações no estilo de vida dos portugueses que levaram ao aumento da idade na qual a mulher tem o primeiro filho, que passou de 25 anos, em 1960, para 29,5 anos, em 2012, contribuiu para a diminuição do número médio de filhos por mulher em idade fértil, respetivamente, de 3,2 para 1,28 (Pordata, s.d.), tornando notória a diminuição da taxa de fertilidade. Conclui-se que Portugal está a envelhecer rapidamente e, de acordo com as previsões, é expectável a continuidade deste processo.

1.2.1. Dados demográficos e previsões para o futuro

Apesar do incremento populacional dos últimos tempos, de aproximadamente 9.851 milhões na década de 80 para 10.514 milhões em 2012 (Pordata, s.d.), as previsões apontam para um decréscimo da população portuguesa nos próximos anos. De acordo com o Instituto Nacional de Estatística (2004), as previsões mostram uma diminuição da população residente em Portugal até 2050, podendo cair até aos 7,5 milhões de habitantes, num cenário mais pessimista, ou aos 10 milhões, numa visão mais otimista, sendo o valor mais provável de 9,3 milhões de indivíduos na próxima década de 50. Além disso, as

projeções para Portugal indicam também “... um agravamento do envelhecimento, com a redução dos efectivos mais jovens, como resultado de níveis de fecundidade abaixo do limiar de substituição das gerações, e o aumento da população idosa, consequência do esperado aumento da esperança de vida” (INE, 2004, pp.3-4).

Em consequência da redução da taxa de fecundidade ao longo dos anos, o número de jovens com idade inferior a 15 anos tem vindo a diminuir, de 2.493.763 milhões nos anos 80 para 1.561.551 milhões em 2012 e, como resultado do aumento da esperança média de vida, o número de pessoas com 65 anos e mais aumentou, em igual período, de 1.132.638 milhões para 2.020.126 milhões. Assim, o índice de envelhecimento, que representa o número de idosos por cada 100 jovens, tem vindo a aumentar contínua e gradualmente ao longo dos anos, revelando uma ascensão de 45,4 para 129,4 idosos no referido período de tempo (Pordata, s.d.). Assim, observa-se já como o número de idosos excede o número de jovens o que revela um país envelhecido. Nesta área, as projeções não são animadoras pois, até 2050 prevê-se que a população de todas as regiões do país envelhecerá, podendo o índice de envelhecimento, na pior das hipóteses, estabelecer-se em 398 idosos por cada 100 jovens, mais do que triplicando o valor deste indicador em 2012. No entanto, as mesmas projeções sugerem um cenário mais provável de 243 idosos por cada 100 jovens, aproximadamente o dobro do existente em 2012 (INE, 2004). Pode concluir-se que o futuro de Portugal não será negro...mas será grisalho.

O envelhecimento populacional acarreta consequências para qualquer país e Portugal começa a mostrar já algumas sequelas. Os níveis de fecundidade abaixo do limiar de substituição das gerações acarretam uma diminuição da população em idade ativa e um número cada vez maior de reformados, o que se traduz numa gradual diminuição das contribuições dos ativos para um gradual aumento das despesas com os dependentes, ou seja, o índice de dependência de idosos que se traduz no número de idosos por cada 100 indivíduos em idade ativa poderá oscilar entre 54 a 67 idosos em 2050, valor em muito superior aos 28,8 apresentados nos Censos de 2011 (INE, 2013). Além disso, note-se que um país envelhecido é sinónimo de um país com maior índice de dependência funcional e morbilidade e, consequentemente, maior despesa na área da saúde. Tudo isto significa uma debilitação da economia do país que necessita de especial atenção. No que remete para o social, a carência acrescida de respostas sociais para os idosos torna-se cada vez mais evidente e impera a necessidade de procurar soluções adequadas para proporcionar bem-

estar e qualidade de vida aos mais dependentes (Rosa, 2012). Então, a indispensabilidade de adaptar as políticas económicas e sociais para fazer frente ao envelhecimento da população está a tornar-se cada vez mais importante e mais urgente com vista a preparar o futuro.

Parte I

CAPÍTULO 2 – INSTITUCIONALIZAÇÃO

2.1. RESPOSTAS SOCIAIS PARA OS IDOSOS

A sociedade está em constante transformação e durante esse processo infindável, vão ocorrendo alterações de papéis e estatutos dos seus diferentes membros. Citando Filomena Bayle, “A modernidade tirou ao idoso este lugar privilegiado, pois os conhecimentos hoje mudam constantemente, acabando este por ficar confinado a um papel secundário ou mesmo desvalorizado. Ele já não sabe tudo e por vezes já não sabe nada deste mundo em mudança constante” (Cardão, 2009, p.9).

Em Portugal, foi nos anos 50 que a estrutura familiar começou a alterar-se drasticamente. A industrialização obrigou muitas famílias, antes sustentadas pela agricultura, a migrarem para as cidades, além disso, as mulheres começaram a trabalhar fora de casa. Assim, o idoso ou resistia à migração e permanecia em sua casa, perdendo o suporte familiar, ou acompanhava a família para as cidades, ficando fragilizado face a um meio social que lhe impunha mudanças de hábitos e rotinas. Chegado a esse ponto, foi o idoso que “... , por sua própria iniciativa, dos filhos ou de amigos, teve então de procurar outras formas de ajuda” (Moura, 2002, p.15). Apesar disso, até meados da década de 70, o idoso que necessitasse de apoio, tinha obrigatoriamente que ser internado de forma permanente (Lar de Idosos), pois só nessa altura surgiram respostas de apoio social que permitiam a prestação de apoio a tempo parcial (Centros de Dia e de Convívio). Com o contínuo de alterações das necessidades na sociedade e como forma de responder às mesmas, foram surgindo novas valências no âmbito das respostas sociais e, atualmente, conta-se com um conjunto diversificado de respostas que procuram promover a autonomia, o bem-estar físico, mental e social dos idosos (Moura, 2002; Segurança Social, 2013).

Segundo os critérios da Segurança Social (2013) atualmente expostos distinguem-se 7 valências no âmbito das respostas de apoio social aos idosos. ¹⁾ Serviço de Apoio Domiciliário; ²⁾ Centro de Convívio; ³⁾ Centro de Dia; ⁴⁾ Centro de Noite; ⁵⁾ Acolhimento Familiar; ⁶⁾ Estruturas Residenciais (Lar de Idosos); ⁷⁾ Centro de Férias e Lazer. No entanto, de acordo com dados da Protecção Social a Idosos (2011), no ano de 2009, as valências com maior representatividade em Portugal eram o Serviço de Apoio Domiciliário, o Lar de Idosos e o Centro de Dia, retratando 90% do universo de respostas sociais disponíveis. A preferência por cada uma destas valências irá depender do grau

dependência do idoso na realização das AVDs, da disponibilidade da família ou outros cuidadores e das condições socioeconómicas do idoso.

2.1.1. Instituições de longa permanência: Lar de Idosos

Tendo em conta a temática abordada no presente estudo, importa definir que as Estruturas Residenciais ou Lar de Idosos, são instituições de longa permanência, destinadas ao alojamento coletivo, passíveis de utilização temporária ou permanente pelas pessoas com idade igual ou superior a 65 anos ou outras, com idade inferior, mas em situação de maior risco de perda de autonomia (Protecção Social a Idosos, 2011; Segurança Social, 2013).

A valência Lar de Idosos tem como objetivos:

- “- Acolher pessoas idosas, ou outras, cuja situação social, familiar, económica e/ou de saúde, não lhes permite permanecer no seu meio habitual de vida;
- Assegurar a prestação dos cuidados adequados à satisfação das necessidades, tendo em vista a manutenção da autonomia e independência;
- Proporcionar alojamento temporário, como forma de apoio à família;
- Criar condições que permitam preservar e incentivar a relação inter-familiar;
- Encaminhar e acompanhar as pessoas idosas para soluções adequadas à sua situação”.

(Protecção Social a Idosos, 2011, p.10)

A criação, desenvolvimento e modernização dos Lares de Idosos proporcionaram contributos positivos à sociedade, uma vez que ajudaram na resolução de uma situação social problemática, além disso, implementaram nos idosos normas de grupo e de interajuda, apoiaram os aspetos pedagógicos e lúdicos das atividades na terceira idade, contribuíram para a democratização da vivência entre pessoas, garantiram a satisfação das necessidades básicas dos idosos e facultaram a rentabilização dos recursos de infraestruturas institucionais e de pessoal especializado. Por outro lado, os Lares de Idosos representam a medida mais violenta no universo pessoal do idoso e serão sempre a alternativa de mais difícil adaptação e que exige maior plasticidade por parte do idoso assim como obriga a um maior suporte por parte da família e profissionais (Moura, 2002).

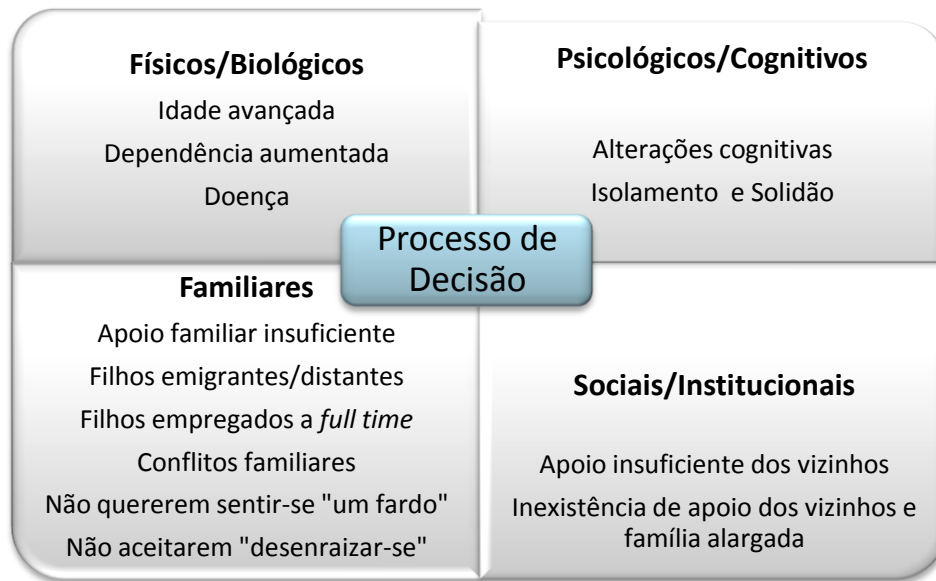
É importante notar que a decisão pela institucionalização da pessoa idosa “...em instituições de acolhimento que desenvolvem cuidados de longa duração (...), é uma realidade situacional e ambiental para algumas pessoas que, por motivos de vária ordem, não encontram dentro da comunidade uma resposta satisfatória às suas necessidades existenciais” (Cardão, 2009, p.39).

2.2. INSTITUCIONALIZAÇÃO DA PESSOA IDOSA

Diversas são as motivações que levam o idoso a ser institucionalizado e a forma como gerem essa mudança varia de indivíduo para indivíduo mas, o ingresso num Lar de Idosos “...é sempre um momento difícil, mais para uns que para outros, pois o sentimento de perda é variável em função do sujeito, da sua história de vida e da sua capacidade de fazer face ao luto” (Cardão, 2009, p.9). Como referido anteriormente, a institucionalização do idoso em regime de longa permanência apresenta dois polos. Apesar de ser, por vezes, a única forma de satisfazer as necessidades do idoso, é também a solução mais drástica e que envolve maiores mudanças na vida da pessoa.

A resolução pela institucionalização permanente pode vir do próprio idoso mas é a família que normalmente assume a decisão. Sendo várias as motivações, quer conjugadas ou individualmente, dependendo do seu grau de gravidade, a situação familiar do idoso tem sempre o maior peso, pois a falta de disponibilidade dos familiares para o cuidarem coloca-o numa situação débil e solitária. Num estudo conduzido por Carvalho e Dias (2011) conclui-se que a iniciativa de internamento pertence maioritariamente aos familiares (49,2%) e em 39,2% dos casos, a decisão é tomada pelo próprio idoso. A perda de autonomia, a maior fragilidade face às doenças agudas e a tendência para o agravamento das situações crónicas de saúde tanto física como mental, acompanhadas, muitas vezes pela viuvez, formam um conjunto de critérios com peso decisivo face à procura de “um novo lar para o idoso” (Cardão, 2009; Duarte, 2011; Alencar, et al., 2012).

Duarte (2011), estabelece uma diferenciação entre os fatores que conduzem à institucionalização do idoso – Físicos/Biológicos, Psicológicos/Cognitivos, Sociais/Institucionais e Familiares – os quais estão seguidamente representados:

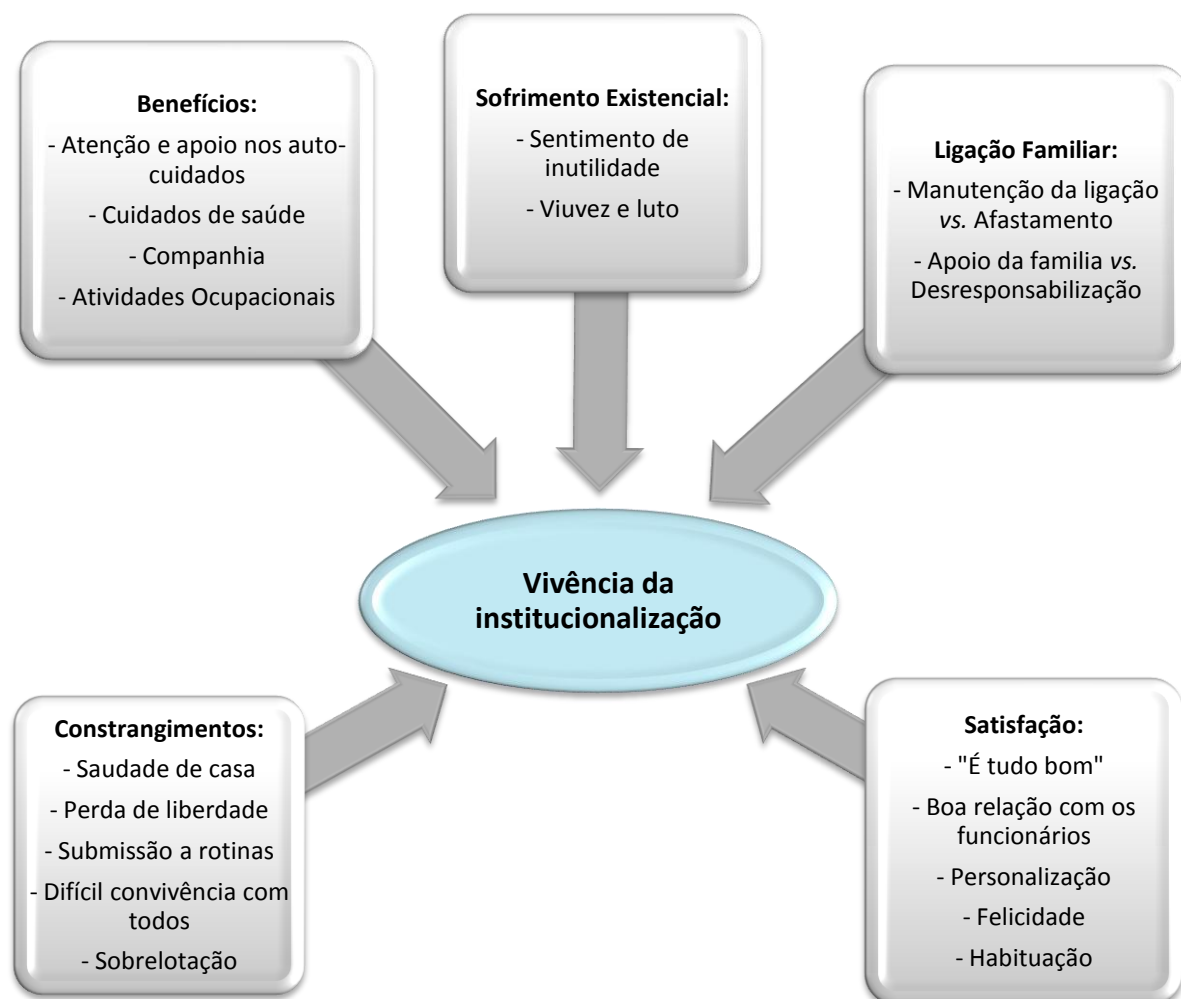


Quadro 1: Fatores conducentes à institucionalização (Duarte, 2011)

No campo físico e biológico, entende-se o grau de dependência funcional e a doença como os fatores com maior peso na decisão pela institucionalização do idoso (Duarte, 2011). Uma investigação, publicada por Alencar, et al. (2012) concluiu que os principais motivos para a institucionalização seriam a procura de cuidados (29,8%) e as situações de doença (14,9%). No âmbito psicológico e cognitivo, evidencia-se a solidão e o isolamento derivados sobretudo das situações de viuvez e da migração dos filhos em busca de melhores condições económicas. Também as alterações cognitivas que podem dificultar desde a gestão do regime medicamentoso até a capacidade de cuidar de si próprio, se mostram bastante relevantes no processo de decisão (Duarte, 2011). No plano familiar, a família tem sido a principal e tradicional fonte de cuidado ao idoso, no entanto, fatores como a incorporação da mulher ao mercado de trabalho e o aumento da esperança média de vida que acarreta situações como a sobrevivência aos filhos ou a incapacidade do idoso cuidar de outro com maior grau de dependência, levam a que a tradição seja trocada por uma maior recorrência à institucionalização (Prados et al., 2010). Além disso, muitas são as vezes em que o sistema familiar falha, sendo notória uma indisponibilidade para com os idosos que se sentem como um encargo, potenciando a instabilidade familiar e os conflitos. Existe também evidência do desejo dos idosos em não depender da família, preferindo alguns deles, recorrer a serviços institucionais. Esta opção deve-se à recusa em sobrecarregar os seus familiares, “não querendo impor a sua presença, mas também com a consciência de que aqueles não estariam dispostos a assumir o encargo de prestar os

cuidados necessários, ainda que o idoso manifestasse esse desejo” (Pimentel, 2001, p.181). Um estudo realizado por Carvalho e Dias (2011), relata que 28% da amostra de idosos institucionalizados apontavam como principal motivo de internamento a falta de apoio familiar, seguida da falta de habitação condigna (25%), depois pelos baixos recursos económicos (20%) e finalmente a dificuldade em realizar os autocuidados (16,7%).

Após a decisão pela institucionalização, este pode ser um processo muito doloroso e traumático para o idoso. “A institucionalização marca encontro com um ambiente colectivo de regras que não têm em conta a sua individualidade, a sua história de vida, e que funciona de igual modo para todos” (Cardão, 2009, p.12). A forma como o idoso vivencia este processo de adaptação irá influenciar o resto dos seus anos de vida e vários são também os fatores que influenciam esta experiência. De acordo com Duarte (2011), o sofrimento existencial, os benefícios e os constrangimentos, a ligação familiar e a satisfação irão influenciar essa vivência e encontram-se explicados no seguinte quadro.



Quadro 2: Vivência da institucionalização (Duarte, 2011)

A entrada da pessoa para uma Estrutura Residencial implica um processo de adaptação e, uma vez que essa capacidade vai diminuindo com a idade, conclui-se que as probabilidades de ocorrerem desajustes são cada vez maiores à medida que se vai envelhecendo (Carvalho & Dias, 2011). Tendo em conta os fatores que influenciam a vivência da institucionalização expostos por Duarte (2011), podemos considerar que dependendo do balanceamento feito pelo idoso assim a sua mudança para o Lar de Idosos poderá resultar ou não no desenvolvimento de um processo depressivo. Cardão (2009, p.,40) refere que “...a institucionalização, quer por vontade própria quer por sugestão de familiares ou outros (amigos, vizinhos), pode ser vista como um ganho, pelo recurso à oferta paga de acompanhamento e de cuidados, (...) trata-se da procura de vínculos alternativos, numa outra relação de apoio e de protecção, a fim de que o resto das suas vidas possa ser vivido em segurança”. Por outro lado, quando a necessidade de institucionalização é encarada como perda, como uma obrigatoriedade em viver num regime monótono em que a privacidade é perdida e a morte está mais perto e se torna mais real do que nunca, o idoso entra numa espiral de perda de autoestima e de interesse pela vida, deixando-se afundar cada vez mais nas recordações da sua juventude e alimentando um sentimento de revolta face à situação atual, o que culmina, em grande parte das vezes na desistência perante o que lhe resta para viver. De acordo com Carvalho e Dias (2011, p.167) “... o idoso apresenta uma boa adaptação se supera com eficiência as suas dificuldades, resolve os conflitos e consegue satisfações e realizações socialmente aceitáveis. Se, pelo contrário, vive sentimentos de medo, dependência, descontentamento, ansiedade, inferioridade, apatia e isolamento, então, estamos perante uma má adaptação” e existindo uma forma desadequada de lidar com a institucionalização pode esta facilmente desencadear em perturbações do humor, levando a estados depressivos no idoso.

Parte I

CAPÍTULO 3 – SAÚDE MENTAL E DEPRESSÃO

3.1. SAÚDE MENTAL

O conceito de saúde tem vindo a evoluir ao longo do tempo procurando abranger as várias dimensões do indivíduo como ser biopsicossocial e, conjuntamente, a noção de saúde mental foi também progredindo, distanciando-se do ideal de “ausência de doença”, passando a compreender a presença de emoções e sentimentos que proporcionem bem-estar. De acordo com a OMS “...a saúde é compreendida numa perspectiva multidimensional abarcando aspectos que se referem ao físico, ao psicológico e ao social. Todos estes aspectos, em interacção, interferem e têm um contributo importante para o estado de saúde do sujeito” (Paúl & Fonseca, 2005, p.138).

Com base na teoria do desenvolvimento humano de Erikson, que relata oito situações cruciais de conflito ao longo da vida, se tivermos em conta que as principais exigências feitas no domínio da saúde mental ocorrem nessas situações de crise, compreendemos que no curso de vida, cada pessoa sairá mais fortalecida ou enfraquecida de acordo com a forma como resolve essas crises, sendo que a cada uma, adquirirá também uma maior ou menor capacidade de resolução para fazer frente às novas crises que se irão apresentar (Paúl & Fonseca, 2005). Quando as situações que ocorrem ao longo da vida exigem mecanismos de adaptação, estes apresentam três níveis principais distintos: fisiológico, psicológico e sociocultural. O nível fisiológico de adaptação respeita às alterações sofridas pelo organismo como resposta às mudanças nas necessidades sentidas; o nível psicológico de adaptação engloba os ajustamentos de atitude como forma de lidar com uma situação geradora de *stress*; por sua vez, o nível sociocultural de adaptação engloba tanto o ajustamento das ações e normas de conduta ao convencional nos grupos sociais (p.e. família, grupos profissionais) como a integração dos conceitos e tradições de determinadas culturas (p.e. grupos raciais, grupos geográficos). A capacidade adaptativa de cada indivíduo está dependente de uma variedade de fatores: personalidade, experiências prévias, nível de instrução, sistemas de suporte, capacidade intelectual, níveis de ansiedade, estilo de vida e até capacidade económica (Bolander, 1998). De uma forma lacónica, a saúde mental pode ser compreendida como o equilíbrio psíquico resultante da interação entre a pessoa e o mundo que a rodeia, permitindo esta a satisfação das necessidades básicas e o desenvolvimento das suas potencialidades. O equilíbrio surge quando a pessoa se adapta a novas condições com que se depara ao longo do ciclo de vida (Alexopoulos, et al., 2002; Salgueiro, 2007).

Sendo a vida repleta de mudanças, crises e de acontecimentos stressantes que obrigam o indivíduo a recorrer à sua plasticidade para os superar e adaptar-se às mudanças de papéis sociais ao longo da sua existência, numa perspetiva de ciclo de vida, baseada nesses acontecimentos que supõem uma transição para o indivíduo e, nos papéis por este assumidos que impliquem alterações do autoconceito e da sua própria identidade (casar, ter filhos, progredir na carreira profissional, etc.), existe continuamente um balanceamento entre ganhos e perdas (Paúl & Fonseca, 2005; Fonseca, 2006; Fernández-Ballesteros, 2009; Luppá, et al., 2012^a; Paúl & Ribeiro, 2012). Assim sendo, uma avaliação positiva referente a si mesmo e à sua vida, a perspetiva de evolução pessoal e de estabelecimento de relações positivas com os outros, a capacidade de gerir a vida própria e de responder às exigências externas de forma satisfatória “... constituem as vias de construção do bem-estar psicológico e refletem, naturalmente, os sentimentos de satisfação e felicidade de cada um consigo próprio, com as suas condições de vida sociais, relacionais, com as realizações pessoais do passado e com as expectativas de futuro” (Novo, 2003, citado em Fonseca, 2006, p.158). Por outro lado, a saúde mental tem também um polo negativo que surge quando as dimensões do funcionamento psicológico acima referidas não se concretizam. Trata-se de um processo patológico onde se verificam características tais como: “(...) degradação da auto-estima (...) declínio da adaptação da própria representação à realidade (...) a diminuição do domínio do ambiente (...) a perda de autonomia (...) o aparecimento de desequilíbrios da personalidade (...) um declínio da capacidade de mudança (...)” (Birren & Renner citados por Fontaine, 2000, citado em Salgueiro, 2007, p.8). Estas situações podem desencadear distúrbios mentais que tendem a agravar com a idade e que resultam da má resolução de conflitos e de mecanismos adaptativos deficientes ao longo do curso de vida.

A saúde mental e a saúde física têm igual importância para o bem-estar dos indivíduos, das sociedades e dos países, sendo que de acordo com a Direção-Geral da Saúde (2013, p. 5), “os distúrbios mentais são responsáveis por mais de 12% da carga global de doença em todo o mundo, valor que sobe para 23% nos países desenvolvidos, (...). Na Europa, os problemas de saúde mental respondem por cerca de 26,6% da carga total de problemas de saúde, ...”, tornando-se evidente a importância do âmbito psicológico na vida das pessoas e das comunidades.

3.1.1. Saúde Mental na pessoa idosa

O processo de envelhecimento engloba três componentes, sendo elas a biológica – que reflete a vulnerabilidade crescente e a maior proximidade da morte, a social – que espelha os papéis sociais atribuídos aos idosos, e a psicológica – caracterizada pela capacidade de adaptação do indivíduo ao processo de envelhecimento (Fonseca, 2006). No entanto, apenas a componente biológica tem sido mais aprofundada, tornando-se importante investigar as restantes, “... o principal factor de emergência de um ‘olhar psicológico sobre o envelhecimento’ deriva, antes de mais, do facto de um conjunto alargado de autores e de perspectivas ter considerado desde cedo que a idade cronológica, embora relacionada com o processo de envelhecimento, não era um critério ideal para se estudar o envelhecimento, uma vez que o número de anos que um indivíduo vive não dá por si só qualquer informação sobre a qualidade da sua vida, sobre a sua experiência psicológica e social, ou mesmo sobre a sua saúde ...” (Fonseca, 2006, p.61), o que revela a necessidade de uma abordagem holística ao idoso como ser biopsicossocial.

A saúde mental detém grande importância durante todas as fases do desenvolvimento humano, mas tendo em consideração o peso das boas ou más adaptações ao longo da vida, juntamente com as doenças crónico-degenerativas e as suas repercussões sobre a saúde mental no indivíduo, torna-se expectável que com o avançar da idade, o risco para a manifestação de transtornos mentais se torne mais elevado (Stella et al., 2002; Luppá, et al., 2012^a). O primeiro estudo de prevalência de perturbações mentais em adultos, realizado em Portugal, revelou dados preocupantes, sendo o valor de prevalência anual encontrado (22,9%) o mais elevado entre os oito países da Europa integrados no estudo, apenas superado, no conjunto total dos países analisados, pelos EUA (26,4%). Inquietantes são também os dados de prevalência anual de perturbações psiquiátricas (exceto perturbações psicóticas esquizofreniformes e delirantes), em Portugal para o ano de 2013, seguidamente apresentados (Direção-Geral da Saúde, 2013):

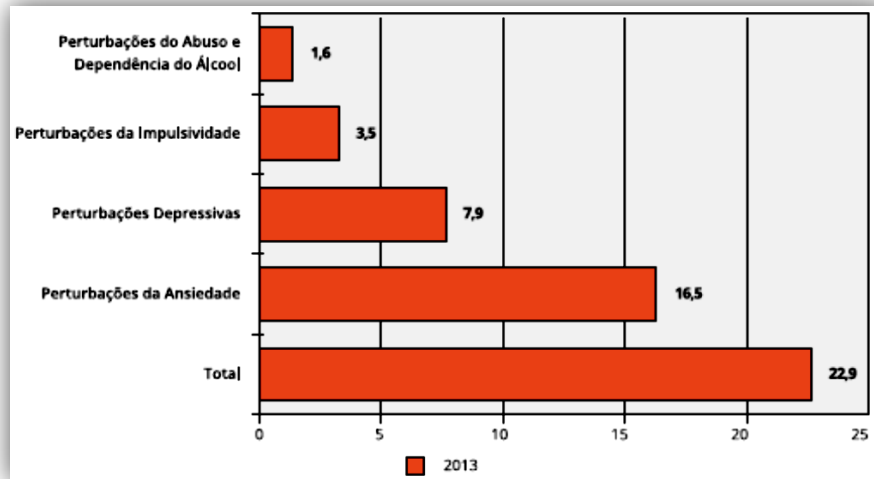


Gráfico 1: Prevalência de Perturbações Mentais (Direção-Geral da Saúde, 2013, p.54)

Se todos nós somos o resultado do nosso passado e se, como já foi referido, o curso de vida é marcado pela existência de conflitos e necessidade de adaptação, a lógica prevê que, quanto maior for a idade que se atinge, maior será o número de conflitos vivenciados e mais vezes terá ocorrido a necessidade de adaptar-se. A saúde mental no idoso engloba toda uma panóplia de vivências relacionadas com a sua história emocional e o seu percurso de vida. Assim esta "... deverá ser entendida, tal como o envelhecimento, como um processo, em que múltiplos factores intervêm – de ordem física, psicológica e social. Enquanto componentes deste processo, admitem-se valências negativas associadas a emoções negativas como ansiedade, depressão e falta de controlo emocional e comportamental..." (Paúl & Fonseca, 2005, p.153). Além disso, o aumento da idade está também associado a uma maior vulnerabilidade face à doença mental e, nesse sentido, alguns estudos referidos por Stella et al. (2002) revelam que a expectativa para o desenvolvimento de doenças mentais, incluindo quadros demenciais e transtornos funcionais, se eleva de 43% aos 61 anos, para 67% aos 81 anos, mostrando uma tendência para o desenvolvimento de doença mental proporcional à idade. Quando nos referimos à terceira idade, as síndromes demenciais surgem como o principal diagnóstico das doenças mentais. A esquizofrenia tem também grande peso nos grupos de diagnóstico com maior prevalência entre os idosos e, juntamente com as síndromes demenciais, formam o grande motivo de procura de cuidados psiquiátricos na população mais velha. As depressões, por sua vez, surgem como uma das principais razões de procura de consulta no âmbito da saúde mental (Direção-Geral da Saúde, 2005). Em Portugal, o registo de pessoas com

perturbações depressivas entre o número de utentes inscritos nos Cuidados de Saúde Primários, em 2010, revela valores percentuais acima dos 40% (Direção-Geral da Saúde, 2013).

Os idosos têm uma experiência de vida longa que se traduz numa variabilidade de estratégias adaptativas, uma vez que estão expostos a diferentes circunstâncias sociais e pessoais, atuais e passadas, de acordo com os acontecimentos stressantes aos quais estiveram expostos ao longo do seu ciclo de vida. Assim compreende-se que de indivíduo para indivíduo existam diferentes formas de interpretar e lidar com os acontecimentos stressantes que envolvem todo o processo de envelhecimento (Horta, Ferreira & Zhao, 2010; Luppá, et al., 2012^a). Apesar de não significar apenas degradação, é evidente que o idoso está numa situação de perdas constantes, como a diminuição do suporte sociofamiliar (p.e. viuvez, morte de familiares e amigos da mesma geração, isolamento), perda do estatuto profissional e económico (reforma) e algum declínio físico e cognitivo associado a uma maior incidência de doenças, o que predispõe ao aparecimento de perturbações da saúde mental na terceira idade (Salgueiro, 2007). Compreende-se então que “a prática de uma boa saúde mental através da vida promove uma boa saúde mental na velhice” (Bolander, 1998, p.302).

3.1.2. Perturbações do humor

As perturbações do humor caracterizam-se pelo predomínio de uma perturbação notória e persistente do humor, expressa pela ocorrência de humor depressivo, normalmente acompanhado de uma acentuada diminuição do interesse ou prazer em todas, ou quase todas as atividades ou por um humor eufórico, expansivo e irritável. Estas características tão contrárias podem algumas vezes persistir em simultâneo. Trata-se de um transtorno cujos sintomas causam sofrimento clinicamente significativo e prejudicam o funcionamento social ou ocupacional do indivíduo, podendo afetar qualquer outra das áreas importantes da sua vida (DSM-IV, 1994). Quando nos referimos à terceira idade, o mais frequente são as perturbações do humor relacionadas com a ansiedade. Normalmente o idoso experiencia o humor depressivo, associado à apatia e ao desinteresse pelas suas atividades habituais, tornando-se progressivamente mais suscetível ao aparecimento da depressão (Sequeira, 2010).

3.2. DEPRESSÃO

De acordo com a *American Psychological Association*, a depressão é o transtorno mental mais comum. O termo depressão, ou hipotimia (humor baixo), significa uma perturbação do humor caracterizada, geralmente, por um sentimento de profunda tristeza e desespero, com consequências que podem ser devastadoras para o indivíduo, uma vez que é responsável por causar incapacidade de funcionamento do ponto de vista físico, mental e social. No entanto, a depressão, não se apresenta apenas sob a forma de tristeza. A pessoa deprimida pode experimentar desmotivação face às atividades diárias e desprazer na realização de atividades que anteriormente lhe eram satisfatórias. Pode também apresentar alterações significativas de peso (perda ou ganho ponderal) e nos padrões de sono (insónia ou sonolência excessiva). Astenia, dificuldade em concentrar-se e sentimentos de culpa ou de impotência são também comuns, assim como pensamentos sobre morte e, nomeadamente suicídio (Alexopoulos, et al., 2002; Baldwin & Hirschfeld, 2003; Ballone, 2007; Salgueiro, 2007; APA, s.d.). Pela sua variedade de causas, sintomas e tipologias, a depressão é todo um mundo que tem vindo a ser analisado mas, tal como tudo o que concerne à mente humana, tem ainda muito por explorar.

3.2.1. Classificação da Depressão

O transtorno depressivo tem vindo a ser classificado de várias maneiras por diversos autores e por diferentes classificações internacionais. Pode significar uma síndrome traduzida em diversos sintomas somáticos ou, por si só, ser uma doença que se exprime na existência de profundas alterações afetivas (Ballone, 2007).

No campo motivacional, a depressão pode apresentar diferentes origens. Quando os afetos depressivos surgem como resposta a situações reais associadas a factos desagradáveis (p.e. perda, frustração, desilusão), estes estão relacionados com uma reação vivencial. Tratam-se do resultado face a fatores vivenciais externos ao indivíduo, sendo reação a um acontecimento real, pelo que este tipo de depressão se caracteriza como exógena ou reativa. Nada mais é do que uma resposta emocional a uma circunstância da vida. Por outro lado, quando o indivíduo manifesta afetos depressivos associados a condições inexistentes, sofrendo por antecipação com situações que ainda não ocorreram e podem nem vir a ocorrer, este valoriza conjeturas irreais e imaginárias, revelando-se então uma

motivação anímica. Numa outra perspetiva, quando os afetos depressivos surgem associados a um temperamento depressivo já existente, referente a situações vitais caracterizadas por transtornos da afetividade constitucionais e não relacionados com os fatores vivenciais, estes são motivados pela personalidade do indivíduo que está “talhada” para reagir depressivamente à vida, tratando-se de uma depressão caracterizada como endógena (Baldwin & Hirschfeld, 2003; Ballone, 2007; Paúl & Ribeiro 2012).

Diversos investigadores têm também diferenciado a depressão como típica ou atípica. De forma lacónica, a depressão típica será aquela que se apresenta através dos episódios depressivos e a depressão atípica aquela que se manifesta, predominantemente através de sintomas ansiosos (p.e. pânico, fobia) e somatizações. Os episódios depressivos estão definidos pela ICD-10 da OMS, correspondendo à classificação dos critérios de depressão *major* estabelecidos pelo DSM-IV da APA. Definem-se então pela existência, durante um período mínimo de duas semanas consecutivas, de humor deprimido e perda de interesse e prazer pelas atividades, conjuntamente com pelo menos, outros quatro sintomas adicionais, como alterações no apetite, alterações dos padrões de sono e atividade psicomotora, diminuição da energia, sentimentos de desvalorização ou culpa, dificuldade de estabelecer e manter raciocínio, concentração ou tomar decisões, pensamentos recorrentes sobre morte ou ideação suicida e ainda, planos ou tentativas de suicídio. Se um estado depressivo típico se manifesta de forma ligeira ou severa relaciona-se com a intensidade com a qual se apresentam os episódios depressivos (depressão *minor* e *major*, respetivamente) e se o estado depressivo é uma ocorrência única na vida da pessoa ou se é recorrente, irá depender da frequência com que se manifestam os referidos episódios (DSM-IV, 1994; Baldwin & Hirschfeld, 2003; Ballone, 2007; Cardão, 2009). “Numa tentativa de descrever grupos importantes de doentes, os sistemas de classificação recentes incluem uma faixa mais larga de perturbações depressivas do que as versões anteriores. Por exemplo, tanto a DSM-IV (APA, 1994) como a ICD-10 (OMS, 1992), incluem a distímia,...” (Baldwin & Hirschfeld, 2003, p.15) que se trata de uma perturbação depressiva ligeira crónica. A sua distinção face ao distúrbio depressivo *major* é feita com base na intensidade e durabilidade da sintomatologia. “Habitualmente, o Distúrbio Depressivo *Major* consiste num ou mais episódios Depressivos *Major* discretos, que se podem distinguir do funcionamento habitual da pessoa, enquanto o Distúrbio Distímico se caracteriza por sintomas crónicos, mas menos intensos, que têm estado presentes durante muitos anos” (Pocinho, 2007, p. 68). Um estudo realizado pela OMS revelou que cerca de 10% das pessoas acompanhadas pelo

médico de família cumprem os critérios de episódio depressivo segundo a classificação da ICD-10 anteriormente referidos e, outros 2% preenchem os critérios diagnósticos de distímia (Baldwin & Hirschfeld, 2003). Um outro estudo de prevalência realizado pelo *National Institutes of Health* (USA) mostra taxas de 1% de depressão *major* em idosos e 3% de distímia, apontado ainda para que entre 8% e 15% dos idosos apresentam sintomatologia depressiva significativa (Grinberg, 2006).

Seja qual for o seu tipo e a sua origem, o diagnóstico da depressão nunca é fácil, uma vez que se trata de um distúrbio mental, encontra-se rodeado de subjetividades e respeita a individualidade de cada pessoa. Existe a necessidade de observar para além do óbvio “comportamento deprimido” e compreender que os sintomas manifestados são expressão pessoal e adequada da personalidade do indivíduo afetado.

3.2.2. Depressão na população idosa

O aumento da longevidade é acompanhado por alterações económicas e sociais mas em termos clínicos, aparece muitas vezes associado à doença crónica e dentro desta, às enfermidades do foro mental, como as depressões e demências. Nomeadamente, a depressão surge na terceira idade como um dos transtornos mentais mais frequentes, estando associado a um elevado grau de sofrimento psicológico. Quando se trata de uma pessoa idosa, o transtorno depressivo, que pode ter estado presente durante muitos anos, acompanha uma série de outras patologias físicas e anomalias funcionais e estruturais do cérebro já envelhecido. (Bolander, 1998; Stella, et al., 2002; Fonseca, 2006; Salgueiro, 2007; Paúl & Ribeiro, 2012). Ortiz, Ballesteros e Carrasco (2006) referem o estudo realizado na comunidade por Prince e colaboradores em 1977, o qual estabelece uma relação entre a depressão, incapacidade mental e incapacidade funcional. Esta investigação encontrou uma taxa de 12% de incidência de depressão. Este estudo revela a relação estreita da incapacidade funcional e da etiologia da depressão, numa amostra que correspondia a 70% da população. Numa perspetiva comparativa, Ballone e Moura (2006) referem que a depressão apresenta uma incidência três vezes maior em idosos com alguma deterioração funcional que naqueles que a não possuem. Por outro lado, o próprio estado depressivo pode provocar perda de autonomia no idoso e deterioração funcional, como explicam Stella, et al. (2002, p.93), “ a depressão costuma manifestar-se por meio de queixas físicas frequentes e associada a doenças clínicas gerais, sobretudo aquelas que

imprimem sofrimento prolongado, levando à dependência física e à perda de autonomia,...”. Também Grinberg (2006) refere na sua publicação que a depressão em idosos ao ser muitas vezes ignorada, permanece sem tratamento, levando à incapacitação em grau elevado e ao prejuízo funcional.

No que respeita ao género, a depressão é mais comum no sexo feminino, alguns indicadores alertam para o facto de a depressão ser mais frequente entre as mulheres do que nos homens, atingindo proporções bastante significativas em idades avançadas (Salgueiro 2007; Siqueira, et al., 2009; Vaz & Gaspar, 2011; Luppa, et al., 2012^b; Silva, et al., 2012). De acordo com a OMS, “o rácio médio é de 1,5 mulheres por cada homem, embora em determinados países esta proporção seja de 3” (Serviço de Estudos sobre a População do Departamento de Estatísticas Censitárias e da População, 2002, p. 194). Além disso, existem ainda evidências de que as mulheres desenvolvem quadros clínicos de depressão mais graves e complexos em relação aos homens que, aparentemente, “...são mais capazes de superar ou esquecer episódios depressivos anteriores” (Baldwin & Hirschfeld, 2003, p.20). Um estudo metanalítico publicado em 2003, onde se combinaram os resultados de 20 estudos prospetivos realizados com sujeitos entre os 58 e os 85 anos a residir na comunidade, concluíram que, para além do género feminino, os transtornos do sono, a perda de autonomia e a ocorrência de episódio depressivo prévio constituem os fatores de risco para a depressão na terceira idade (Peña-Solano, et al., 2009).

“Na população em geral, a depressão tem prevalência em torno de 15% (...); em idosos vivendo na comunidade, essa prevalência situa-se entre 2 e 14% (...) e em idosos que residem em instituições, a prevalência da depressão chega a 30%...” (Stella, et al., 2002). Relativamente à população Portuguesa, estudos foram realizados separadamente em população idosa institucionalizada e na comunidade. No que remete para a população institucionalizada, a amostra compreendeu idosos de ambos os sexos, com idade superior ou igual a 65 anos, num total de 105 pessoas. Em termos de resultado da investigação nesta população, 45,4% dos idosos apresentam-se como não deprimidos, enquanto 31% manifestaram episódios de depressão *minor* e 23,6% episódios de depressão *major*, o que perfaz um total de 54,6% de indivíduos com depressão dentro da amostra estudada. No caso da população comunitária, utilizaram uma amostra de 106 pessoas residentes na comunidade, com idade igual ou superior a 65 anos. Analisando os resultados desta investigação, 32,1% dos idosos são tidos como não deprimidos, 44,3% apresentam episódios de depressão *minor* e 23,6% episódios de depressão *major*, tendo então 67,9%

desta amostra apresentado depressão (Paúl & Fonseca, 2005). É de concluir que a população idosa nos estudos apresentados está, na sua maioria, com transtorno depressivo. “Na população deprimida, independentemente do contexto (instituição ou comunidade), a maioria tem critérios de diagnóstico para depressão *minor*, sendo esta prevalência significativamente superior no contexto comunitário (...) No que respeita à depressão *major*, os resultados não se enquadram no que é referido pela literatura, onde se afirma que a prevalência de depressão *major* é mais elevada nos idosos institucionalizados do que nos idosos que residem na comunidade” (Paúl & Fonseca, 2005, p.174).

Outros estudos mostram a prevalência da depressão no idoso em Portugal. Um deles, realizado por Barreto em 1984 na comunidade idosa do norte de Portugal, revelou prevalência de 25% de depressão. Posteriormente, Valente, em 1991, produziu um estudo com idosos utentes dos centros de saúde de Lisboa, obtendo uma prevalência de 35%. Um dos resultados mais marcantes foi de Seabra e colaboradores, no mesmo ano, onde surgiu uma prevalência 72% de depressão nos idosos reformados do Algarve (Fernandes, 2000).

A depressão na velhice manifesta-se frequentemente de maneira atípica, o que dificulta o seu reconhecimento pois os seus sintomas confundem-se com o que será característico em determinadas patologias associadas à terceira idade. Em certos estados de depressão pode surgir perda de funções cognitivas (p.e. memória, concentração), o que leva algumas vezes a um quadro pseudodemencial, “quase expectável” nas idades mais avançadas, pelo que muitas vezes não é valorizado. A tristeza, sendo outro dos sintomas, também se torna difícil de detetar no idoso, pois este exprime-a através da somatização e não necessariamente chorando ou isolando-se (Stella, et al., 2003; Pocinho, 2007, Lima, Silva e Ramos, 2009; Sequeira, 2010; Luppá, et al., 2012^a). A depressão é então um dos problemas de saúde de maior relevância na terceira idade, podendo os seus sinais e sintomas serem desvalorizados pelos que rodeiam o idoso como sendo “normal” ou “esperado” nesta idade. Além disso, a elevada prevalência de depressão entre a população idosa tem variadas consequências previsíveis. Do ponto de vista económico, com o aumento da população dependente, das despesas de saúde e da segurança social; no âmbito social, pela alteração das relações familiares e interpessoais e a criação progressiva de maior necessidade de existência de instituições que prestem cuidados aos idosos; ao nível sanitário, pelo aumento da procura de cuidados de saúde primários especializados e a exigência de pessoal e instituições especializados; e, por fim, sob o ponto de vista ético,

relacionado com a problemática do suicídio no idoso, uma vez que as taxas de mortalidade por suicídio são superiores na população idosa do que nos grupos mais jovens, variando entre 5 e 10% e os transtornos afetivos surgem como um dos principais fatores de risco para o suicídio neste grupo etário (Paúl & Fonseca, 2005; Peña-Solano, et al., 2009). Neste contexto sobressai a necessidade de melhor compreender a depressão no idoso como transtorno mental e não como um modo de vida.

3.2.2.1. Aspetos clínicos da depressão no idoso

Do ponto de vista clínico, seria muito fácil se a depressão fosse caracterizada, exclusivamente, como um rebaixamento do humor, acompanhado de manifestação de tristeza, choro e desmotivação. No entanto, notoriamente, o transtorno depressivo pode surgir numa grande variedade de manifestações, tornando-se, particularmente no idoso, de difícil diagnóstico, uma vez que facilmente se confunde a sua sintomatologia com processos demenciais, patologias físicas e até, efeitos colaterais da polimedicação muito comum na terceira idade, além do que, nos idosos, os sintomas comuns de depressão costumam rodear-se por queixas somáticas e hipocondria (Stella, et al., 2002; Ballone, 2007; Lima, Silva e Ramos, 2009). O transtorno depressivo no idoso pode então apresentar vários sintomas distintos, apresentados no seguinte quadro:

Estado de humor	Neurovegetativos	Cognitivos	Psicóticos
Humor deprimido/disfórico	Anorexia	Dificuldade de concentração	Ideias paranoides
Irritabilidade	Emagrecimento	Dificuldade de memória	Delírios de ruína
Tristeza	Distúrbio do sono	Lentificação do raciocínio	Delírios de morte
Desânimo	Astenia		Alucinações
Sentimento de abandono	Lentificação psicomotora		comendativas de suicídio
Sentimento de inutilidade	Agitação		
Baixa autoestima	psicomotora		
Isolamento social/solidão	Hipocondria		
Anedonia e desinteresse	Dores inespecíficas		
Pensamentos autodepreciativos			
Pensamentos de morte			
Tentativas de suicídio			

Quadro 3: Sintomas da depressão no idoso (Stella, et al., 2002)

Apesar de ser notório que, na terceira idade, a demência e a depressão “caminham de mãos dadas”, trata-se de transtornos mentais distintos que, apesar de poderem coexistir, necessitam de um diagnóstico diferencial. O quadro seguidamente apresentado mostra as diferentes características entre a depressão e a demência:

Características	<i>Depressão</i>	<i>Demência</i>
Início	Preciso	Indeterminado
Progressão	Rápida	Lenta
Atendimento médico	Mais precoce	Mais tardia
Valor da queixa	Detalhada	Ausente
O que é valorizado pela pessoa	Fracassos	Sucessos
Esforço e disposição	Pouco	Mantido
Sociabilidade	Perdida	Mantida
Piora	Manhã	Tarde

Quadro 4: Distinção entre depressão e demência (Alonso, 2003)

Um estado depressivo tem tendência sempre ao agravamento quando não é detetado e sujeito a tratamento. Só quando o idoso começa a manifestar alguns dos sintomas dos mais graves acima descritos é que a família começa a consciencializar-se de que alguma coisa não estará bem, no entanto, em muitos casos, aqueles que rodeiam o idoso adotam uma postura demasiado passiva face às alterações cognitivas e comportamentais apresentadas, o que retarda a possibilidade de diagnóstico e intervenção precoces (Stella, et al., 2002; Cardão, 2009; Sequeira, 2010).

3.2.2.2. Causas físicas e genéticas

De acordo com Fernandes (2000), existem dois grandes determinantes na manifestação da depressão nos idosos: os físicos, que se referem à enorme variedade de doenças que podem apresentar sintomas de natureza depressiva e os genéticos, predisponentes para a depressão em idades tardias.

Quanto aos determinantes físicos, dentro dos fatores de risco para a depressão na terceira idade, a agudização de sintomas de doenças crónicas, a incapacidade, as disfunções e o facto de algumas doenças se tornarem crónicas. Existem exemplos de doentes de Acidente

Vascular Cerebral com uma prevalência de depressão *minor* e *major* de cerca de 20%. Além disso, a hipotensão, a demência e a doença de Parkinson surgem como morbidades predisponentes à depressão no idoso. Outros fatores de risco referidos são os transtornos do sono, o consumo excessivo de álcool e a incapacidade física. No que respeita aos determinantes genéticos, pesquisas têm mostrado que a probabilidade de depressão na idade avançada é proporcional ao aumento da homocisteína no sangue. Acredita-se que até 15% dos casos de depressão tardia devem-se aos níveis aumentados desta proteína resultante da digestão de carnes ou laticínios. Para além da sua relação com a depressão tardia, o excesso de homocisteína, aumenta também o risco de coágulos e problemas arteriais, constituindo risco aumentado de Acidente Vascular Cerebral e Enfarte Agudo do Miocárdio. A sua concentração no sangue pode ser controlada e diminuída através da toma de suplementos de ácido fólico e vitamina B6 e B12 (Stella, et al., 2002; Alonso, 2003; Baldwin & Hirschfeld, 2003). No entanto algumas evidências apontam para que as causas genéticas estejam mais relacionadas com os transtornos depressivos nas idades mais jovens, segundo afirmam Ortiz, Ballesteros e Carrasco (2006). Quando falamos então de uma condição depressiva resultante de alguma condição genética ou física, estamos a referir-nos a uma depressão secundária, uma vez que o idoso desenvolve estados patológicos e degenerativos que facilitam o desenvolvimento da depressão e, neste sentido, realça-se o facto da incapacidade funcional poder exercer influência sobre a condição depressiva (Alonso, 2003; Rabelo & Cardoso, 2007).

3.2.2.3. Causas psicossociais

Segundo Fontaine (2000) o envelhecimento pode ser compreendido em três níveis: o biológico, que se refere às mudanças orgânicas associadas ao passar dos anos, o social, com a mudança de estatuto conferida pela reforma e, o nível psicológico, com as mudanças das capacidades intelectuais e das motivações. Embora o envelhecimento seja diferente de pessoa para pessoa e o seu efeito sobre as atividades psicológicas não ser homogéneo, o mesmo autor estabelece relações entre o envelhecimento cerebral e alterações psicológicas: “O envelhecimento é um processo de degradação geral do organismo e do sistema nervoso. Pode-se esperar uma diminuição no plano intelectual e modificações gerais do comportamento; (...) atinge preferencialmente determinadas estruturas e pode-se esperar que no plano psicológico algumas actividades resistam e outras não; (...) No plano

psicológico podemos esperar perfis psicológicos diferentes dependentes da história de vida e modos de vida de cada pessoa...” (Fontaine, 2000, p. 42).

Numa outra perspetiva, já Freud explicava que os transtornos mentais poderiam ser divididos em dois: os que a pessoa transporta consigo para a vida e aqueles que a vida lhe oferece, ou seja, por um lado, se “... o indivíduo viveu sempre desadaptadamente, então no envelhecimento também irá ter dificuldade em adaptar-se e em encontrar o equilíbrio” (Salgueiro, 2007, p.10) e, por outro, as defesas psicológicas utilizadas ao longo do ciclo de vida de forma a gerar adaptação a diferentes situações que ocorrem tendem a falhar na velhice, “as pulsões e paixões reprimidas ao longo da vida não encontram mais na velhice a energia suficiente para mantê-las em repressão e eclode na consciência um triste e amargo culto do passado, com as suas frustrações, seus pecados, angústias e seus rancores” (Salgueiro, 2007, p.10). Assim, esta falha dos mecanismos de defesa psicológicos que acompanham a pessoa ao longo da vida pode facilmente levar à instalação de sentimentos depressivos.

Pode dizer-se que os idosos da nossa sociedade são, muitas vezes, marginados. Eles são excluídos da produção (reforma), tornam-se pouco consumidores porque têm menos recursos económicos em relação ao que estavam habituados e consomem recursos da saúde porque têm maior tendência a desenvolver doenças tanto agudas como crónicas. A rutura de vínculos sociais, perda do espaço ocupacional, a diminuição do rendimento económico, o isolamento são elementos do suporte social que favorecem a depressão (Alonso, 2003; Lima, Silva e Ramos, 2009). “Para além da diminuição dos contactos sociais, inerentes ao próprio estatuto de reformado, observa-se por vezes que a própria família perpetua esta situação. (...) o indivíduo mais velho é colocado numa posição de forma a incomodar o menos possível a dinâmica familiar” (Salgueiro, 2007, p.10). Neste contexto surge muitas vezes a escolha pela institucionalização que acarreta um abandono dos hábitos e rotinas ao longo da vida e uma necessidade de adaptação a um espaço e realidades muito distintas, assim dá-se um aumento da vulnerabilidade do idoso, o que predispõe à depressão.

3.2.2.4. Personalidade

É de concordância geral que determinados traços da personalidade podem predispor o indivíduo ao surgimento de transtornos mentais. Uma das características da personalidade

que mais parece favorecer a instalação de perturbações depressivas é a dependência interpessoal, caracterizada pela necessidade de reafirmação, apoio e atenção pelos outros. Apesar de não ser preditiva de depressão, este traço de personalidade surge associado a um aumento do risco nos grupos mais idosos. As teorias psicológicas de Freud, defendem que uma baixa autoestima relacionada com um desenvolvimento da personalidade deficitário explica o processo depressivo. Outros autores entendem que indivíduos com perturbações claras da personalidade e que revelem incapacidade de expressar sentimentos de hostilidade e agressividade, experienciam sentimentos de angústia e culpa, que facilitam o surgimento de quadros clínicos de depressão (Baldwin & Hirschfeld, 2003; Wilkinson, Moore & Moore, 2005).

Estudos realizados na década de 60 revelaram a existência de quatro tipos de personalidade em indivíduos entre os cinquenta e os noventa anos. Estes estudos de Havighurst, Neugarten e Tobin, publicados em 1968 e citados por Fonseca (2006, pp.116–117) articulam a personalidade com os respetivos papéis sociais, níveis de atividade e de satisfação com a vida: Personalidade Integrada “pessoas apresentando um bom funcionamento psicológico geral (...) um elevado nível de satisfação dos papéis desempenhados”; Personalidade Defensivo-Combativa “pessoas orientadas para a realização, lutadoras e controladas, experimentando níveis de satisfação entre o moderado e o elevado”; Personalidade Passivo-Dependente “dependendo do tipo de funcionamento ao longo da vida, assim estas pessoas apresentam na velhice uma orientação passiva ou dependente, mostrando graus de satisfação muito variados”; e Personalidade Desintegrada “pessoas com lacunas no funcionamento psicológico, pouca actividade, controlo pobre de emoções e deterioração dos processos cognitivos, com baixa satisfação de vida”. Tendo em conta estes diferentes tipos, conclui-se que a personalidade do indivíduo contribui fundamentalmente para o desenvolvimento ou não de depressão, podendo dizer-se que personalidades diferentes predis põem para diferentes manifestações de doença mental (Harrison, Geddes & Sharpe, 2006).

Vários estudos foram realizados com o intuito de definir em que medida a personalidade do indivíduo influencia o envelhecimento e é influenciada pelo mesmo. Neste sentido, entendeu-se que, enquanto dados transversais apresentam, com frequência, um panorama de mudanças da personalidade com o decorrer dos anos de vida, sendo que os estudos sequenciais sobre a personalidade na idade adulta revelam diferenças de coorte para muitos

dos traços, os estudos longitudinais apresentam um quadro claro de estabilidade ao longo do tempo, apontando para que a personalidade se define por um conjunto de traços persistentes, mais do que por adaptações aprendidas em função da experiência, defendendo que a mudança da personalidade ao longo da vida acontece como um aspecto intrínseco da maturação humana (Fonseca, 2006).

3.2.2.5. Acontecimentos de vida stressantes e *coping*

Ao longo da vida “...o sucesso em lidar com as situações de estresse dependerá do *coping*, isto é, são as estratégias que cada indivíduo define que vão possibilitar lidar com a situação de uma forma saudável, ajustando-se às adversidades e garantindo uma melhor adaptação às circunstâncias” (Rocha & Pacheco, 2013, p.51). As estratégias de *coping* estão entre os mecanismos de autorregulação do *self*, tendo grande influência na determinação de bem-estar subjetivo ao longo de toda a vida. A avaliação que cada indivíduo faz do acontecimento de vida stressante e dos recursos de que dispõe para superar a situação é um processo que define porque e em que medida certo relacionamento entre a pessoa e o ambiente que a rodeia é stressante. As estratégias de *coping* traduzem-se em esforços cognitivos e comportamentais desenvolvidos para responder às exigências de uma situação que, quando surge, exige ao indivíduo, recursos superiores àqueles de que se dispõe até então (Souza-Talarico, et al., 2009; Paúl & Ribeiro, 2012).

“Durante a velhice, geralmente, ocorrem vários tipos de perda, tais como problemas de saúde, redução de rede social (morte de membros da família, amigos, vizinhos), perda de papéis e *status*, viuvez e redução do rendimento económico. O impacto dessas perdas, no bem estar do indivíduo depende da avaliação que o mesmo faz das perdas, tornando ou não esses acontecimentos stressores, e da forma como lida com as situações...” (Paúl & Ribeiro, 2012, p. 163). Os acontecimentos de vida stressantes têm-se revelado como fatores etiológicos importantes quando se fala da depressão no idoso. Ortiz, Ballesteros e Carrasco (2006) referem diferentes estudos, como os de Murphy em 1982 e Post em 1987. No primeiro, 48% da amostra dos idosos deprimidos descreviam um acontecimento de vida stressante no ano anterior, relacionado com a perda de pessoas próximas ou de propriedades, situação de doença grave em alguém próximo, dificuldades económicas ou mudança de residência. No segundo concluiu-se que dois terços dos idosos com depressão

relatavam um acontecimento stressante, normalmente relacionado com a morte de um ente querido.

Tendo em conta todos os momentos de crise que surgem ao longo dos anos, o sentimento de controlo é, durante todo o ciclo de vida, uma característica fundamental à adaptação e, neste sentido, Paúl e Ribeiro (2012, p.167) referem Heckhausen e Schulz (1993) que identificam duas estratégias de controlo: primário e secundário. Assim, "...estratégias de controlo primário, que consistem em condutas instrumentais de modificação dos acontecimentos. (...) As estratégias de controlo secundário podem consistir na alteração da avaliação e significado da situação, na diminuição de desejabilidade do objetivo ou em fazer uma comparação social que seja favorável". No decorrer dos anos, o indivíduo tende a implementar preferencialmente estratégias de controlo primário, ou seja, centradas no problema, no entanto, com o envelhecimento, as perdas tendem a não ser restauráveis através de modificações instrumentais e a utilização de estratégias de *coping* secundário tende a ser mais frequente (Souza-Talarico, et al., 2009; Paúl & Ribeiro, 2012).

O estudo realizado por Fortes-Burgos, Neri e Cupertino (2008) que relacionou acontecimentos de vida stressantes, estratégias *coping*, sua eficácia e depressão em idosos residentes na comunidade conclui que o confronto com situações de *stress* foi fator de maior influência para a depressão. O estudo revelou que os idosos deprimidos foram aqueles que adotaram como estratégias de *coping* comportamentos de risco ou excessos comportamentais (p.e. uso de medicamentos para controlar ansiedade e depressão, abuso de substâncias) e expressões emocionais negativas contra os outros (hostilidade e agressividade). Concluíram também que entre os idosos deprimidos estão aqueles que avaliaram a sua autoeficácia no *coping* como inadequada, mostrando-se insatisfeitos com o próprio desempenho face ao acontecimento stressante que enfrentaram e, quando questionadas sobre eventos semelhantes no futuro, essas pessoas também esperavam desenvolver estratégias de *coping* inadequadas. As próprias autoras do estudo relacionam estes resultados com as principais manifestações cognitivas e emocionais da depressão, nomeadamente com os padrões negativos de pensamento, traduzidos numa visão negativa de si mesmo, do ambiente e do futuro. Neste estudo são também referidos outros investigadores como Holahan, publicado em 1987, Holahan e Kavanagh, em 1992, O'Leary, no mesmo ano e Bandura, em 1997 que chegaram a semelhantes conclusões,

referindo que avaliações negativas da autoeficácia estão relacionadas com sintomas de ansiedade, *stress* e depressão.

Na terceira idade, a ocorrência de eventos stressantes por si só não determina consequências negativas, sendo que a natureza dessas consequências para o bem-estar depende da avaliação cognitiva sobre a situação e das estratégias de *coping* que são capazes de acionar. Os idosos detêm uma grande experiência com eventos stressantes e estratégias de *coping*, uma vez que têm já uma vivência significativa, além de serem dotados de diferentes graus de resiliência e possuem distintas formas de balancear os ganhos e perdas que vão ocorrendo. A depressão na terceira idade e a inaptidão para aplicar estratégias de *coping* eficientes apresentam uma forte ligação, sendo que, se no idoso não existir a capacidade de atenuar o impacto das perdas sofridas no decorrer do processo de envelhecimento e, se o peso dos acontecimentos de vida stressantes se tornar demasiado, a probabilidade para o surgimento de estados depressivos aumenta, por outro lado, o facto de apresentar um estado prévio de depressão também irá influenciar a adoção de estratégias de *coping* inadequadas.

Parte I

CAPÍTULO 4 – A DEPRESSÃO NA PESSOA IDOSA INSTITUCIONALIZADA

4.1. INSTITUCIONALIZAÇÃO E DEPRESSÃO NA PESSOA IDOSA

Quando a decisão pela institucionalização é tomada, inicia-se uma nova etapa na vida do idoso. As suas rotinas e hábitos serão alterados e o processo de adaptação a uma vida partilhada com estranhos inicia-se, muitas vezes, de forma abrupta. Tendo em conta o explicado por Cardão (2009, p.12), para a pessoa idosa aquando do acolhimento numa instituição de longa permanência, com todas as mudanças que este processo implica, “à perda do meio familiar, com os sentimentos mais ou menos manifestos de «abandono» pela família, depressa se juntam outras vivências de perda, como a da sua independência e do exercício pleno da sua vontade, devido à normatização e observância da sua conduta dentro da instituição”. O idoso institucionalizado sente que não é mais o dono do seu tempo, este fica reduzido à opressão cronológica comandada pelo órgão gestor do Lar de Idosos. Existem momentos definidos para tudo, há tempo de acordar, tempo de comer, tempo de dormir, etc. “O tempo, nesse contexto, é arbitrariamente controlado pela cadência e pelo ritmo das atividades diárias da instituição. É justamente esse controle que contribui para a sensação de perda e expropriação” (Dantas et al., 2013, p.37). A juntar a estes sentimentos, também a convivência com a degradação física e cognitiva e a noção esmagadora de finitude que advém da consciência de proximidade da morte, vão também contribuir para que ocorram perturbações do humor (Paúl & Fonseca, 2005; Choi, Ransom & Wyllie, 2008; Cardão, 2009).

Ao tratar-se de um momento de crise, associado a grandes perdas na vida da pessoa idosa, tal como em outras situações geradoras de *stress*, o sucesso em lidar com esta, dependerá do *coping* e, o êxito das estratégias aplicadas pelo indivíduo poderá vir a determinar a manutenção da sua saúde mental. Se tivermos em conta que a capacidade de adaptação do indivíduo vai diminuindo com a idade, conclui-se portanto, que as probabilidades de desajustes são maiores quando se trata do ingresso num Lar de Idosos (Paúl & Fonseca, 2005; Carvalho & Dias, 2011; Luppá, et al., 2012^b; Paúl & Ribeiro, 2012). Além disso, o apoio familiar pode nem sempre ser o ideal nem o esperado pelo idoso aquando da decisão pela institucionalização, sendo que não raras vezes a família “abandona” a pessoa na instituição não lhe dedicando qualquer atenção. Por outro lado, a instituição e as condições que oferece constituem também um pilar importante para que a adaptação do idoso ao seu novo estilo de vida seja bem-sucedida, é importante ter em conta que no “... confronto com o meio institucional, acresce a angústia perante o estranho, consubstanciada pelos

medos (...) do desconhecido, do mau trato, do desrespeito pela sua integridade física e psicológica” (Cardão, 2009, p.41). Pelo exposto, pode assumir-se que face ao processo de institucionalização permanente, é relativamente fácil que ocorram situações de má adaptação no idoso, as quais poderão desencadear transtornos mentais, nomeadamente estados depressivos (Peña-Solano, et al., 2009; Carvalho & Dias, 2011; Luppá, et al., 2012^b; Dantas, et al., 2013). Carvalho e Dias (2011) procuraram determinar de que forma as respostas dadas pela instituição e as relações familiares estariam associadas à adaptação e expectativas da qualidade de vida dos idosos institucionalizados. A amostra analisada foi de 120 idosos residentes na Santa Casa da Misericórdia de Cinfães, distrito de Viseu. Apesar de terem encontrado elevados níveis de satisfação relativamente aos cuidados prestados e às instalações, os idosos revelaram níveis de insatisfação e tristeza referentes ao contexto familiar, à perda de autonomia e à existência de doenças e outras limitações físicas. Os autores constataram que existe uma forte ligação entre o ambiente familiar e o processo de adaptação à instituição, sendo o primeiro determinante para uma boa integração do idoso.

Havendo uma crescente consciencialização da problemática do envelhecimento e tendo em conta que “...a depressão sobrecarrega as famílias e as instituições que providenciam cuidado aos idosos, é altamente destruidora da qualidade de vida, e como tal, impõe uma grande carga social e económica para a sociedade (Paúl & Fonseca, 2005, p.157), ao longo dos últimos anos, têm vindo a ser desenvolvidos vários estudos, com objetivo de melhor compreender a associação entre a institucionalização das pessoas idosas e os transtornos depressivos.

Baseados em resultados da investigação na área gerontológica que demonstravam consistentemente que a privação de autonomia individual, de motivação e de independência nas instituições de longa permanência contribuíam para uma baixa qualidade de vida e depressão entre os seus moradores, Choi, Ransom e Wyllie (2008), realizaram um estudo no qual entrevistaram 65 idosos residentes em Lar de Idosos no Texas Central (EUA), procurando examinar a própria compreensão dos idosos e a sua perceção dos sintomas depressivos, as causas de depressão e as suas estratégias de adaptação. Concluíram que cerca de metade da sua amostra afirmou sentir-se ou estar deprimida. De acordo com a aplicação da EDG, concluíram que 33,8% dos entrevistados apresentavam sintomas depressivos. Além disso, quando questionados sobre se tinham

experienciado sintomas depressivos desde a entrada na instituição, a maioria admitiu que tinha ficado deprimida aquando da mudança. Muitos afirmaram que a sua depressão teria sido de transição e adaptação, associando-a ao facto de não quererem ir para a instituição e, segundo os idosos, durou de 2 meses a 1 ano. Apenas seis dos entrevistados afirmaram ter ingressado no Lar de Idosos por vontade própria e não ter tido dificuldade de adaptação. Os principais fatores relacionados com as causas da depressão foram a perda de autonomia, de liberdade e a impossibilidade de continuar com sua vida anterior à institucionalização, além disso foram também referidos sentimentos de isolamento social e solidão, falta de privacidade e frustração com o inconveniente de ter um companheiro de quarto e de partilha de casa de banho, a ambivalência em relação aos residentes com prejuízo cognitivo, a presença constante da morte e da dor, a escassez e rotatividade de pessoal e a falta de atividades significativas na instituição. Quanto aos mecanismos de adaptação, os idosos destacaram a religião e a resignação, o senso de realidade e de apoio à família e a atitude positiva.

Em Pernambuco (Brasil), Siqueira, et al. (2009) desenvolveram uma investigação com o objetivo de determinar o índice de depressão entre 55 idosos institucionalizados em regime de longa permanência. Através da aplicação da EDG, os autores concluíram que 51% da amostra estudada apresentava depressão. Em Portugal, Cardão (2009), com uma amostra de 40 pessoas entre 60 e 95 anos, residentes no CAI de Portimão, realizou um estudo comparativo entre as duas valências disponíveis na instituição (alojamento coletivo e residências de duas pessoas), tendo o objetivo de determinar, com aplicação da EDG, a prevalência de depressão em ambas valências bem como o grau de gravidade da mesma. A autora relata que “metade das pessoas inquiridas no grupo residencial manifesta ausência de depressão, e um nível baixo de depressão severa (10%) – unicamente observado em mulheres –, ao passo que no grupo de internato colectivo a ausência de depressão diminui significativamente para 25%, e a depressão severa aumenta para os 35%, englobando ambos os sexos” (p.67). No que remete para a depressão ligeira, a autora deparou-se com percentagens de concentração idênticas nos dois grupos institucionais, 40%, imputada aos efeitos da institucionalização.

No Paraná (Brasil), Neu, et al. (2011), desenvolveu um estudo quantitativo descritivo transversal, com o objetivo de identificar os indicadores de depressão em idosos residentes em instituição de longa permanência. A amostra utilizada constituía-se por 21 idosos e os

dados foram obtidos através do questionário multidimensional BOAS (*Brazil Old Age Schedule*). As conclusões expõem que 42,86% dos idosos apresentaram indicadores de depressão, sendo que 28,57% possuíam depressão leve e 14,29% depressão severa. Dos restantes 57,14% dos idosos, apurou-se que apresentavam elevado índice de sintomatologia depressiva, entretanto, não suficiente para determinar o diagnóstico de depressão. Em Portugal, na Região Norte do país, Vaz e Gaspar (2011) levaram a cabo um estudo sobre a depressão em idosos institucionalizados do distrito de Bragança. Os objetivos delineados incluíam determinar a prevalência da depressão, bem como apurar a existência de alguns dos fatores de risco relacionados com esse transtorno. A amostra foi constituída por 186 idosos residentes em 14 lares do referido distrito. Para além da EDG, foram também utilizadas a Escala de Avaliação do Estado Mental e o Índice de Barthel. Para estimar a adaptação à situação institucional e a importância dada à participação em atividades de lazer, os autores construíram um Índice de Adaptação e um Índice de Atividade de Lazer, o sentimento de solidão foi alvo de autoavaliação. Nas suas conclusões, observa-se uma taxa de prevalência de depressão de 47%. Consegue ainda relacionar-se a depressão com um menor nível cognitivo, menor adaptação à vida institucional, menor importância dada às atividades de lazer, maior índice de solidão e maior dependência nas atividades de vida diárias.

Silva et al. (2012) desenvolveram um estudo envolvendo 102 idosos residentes em cinco instituições de longa permanência no Distrito Federal (Brasil). A equipa de investigadores teve como objetivo comprovar a existência de depressão na sua amostra, através da utilização da EDG. Constataram que 49% dos idosos apresentavam depressão. Destes, 36,3% sofriam de depressão leve a moderada e 12,7% de depressão severa. Conseguiram estabelecer relação entre os sintomas de depressão e fatores como o aumento da idade, o género feminino, a perda de autonomia e a insatisfação face à instituição. Posteriormente, Estrada et al. (2013) publicaram um estudo que teve como objetivo explorar os fatores associados aos sintomas depressivos em idosos institucionalizados. O referido estudo transversal foi realizado com uma amostra de 276 idosos residentes em instituições de longa permanência de Medellín (Colômbia). Com a aplicação de EDG, os investigadores concluíram que 45,7% do total da amostra apresentavam depressão, sendo 102 pessoas idosas com sintomas depressivos moderados e 24 com sintomatologia severa. Em geral, as conclusões apontaram para a perda de papéis, o grau de dependência e a diminuição da

qualidade de vida como principais fatores responsáveis pelo aumento dos sintomas depressivos.

Compreende-se, pelo exposto, que a institucionalização, a qual está fortemente associada à depressão na terceira idade e, neste âmbito, à adaptação à mesma que, por sua vez depende de outra panóplia de fatores, é elemento determinante na manutenção da saúde mental da pessoa idosa. Mostra-se de extrema importância, numa perspectiva gerontológica, a fim de melhor compreender os transtornos depressivos dos mais velhos, procurar as suas causas mais comuns e compreender quais as variáveis que mais influenciam o seu surgimento e agravamento. Os estudos neste âmbito, apesar de estarem progressivamente a aumentar, são ainda escassos e, tendo em conta o ritmo a que o envelhecimento demográfico ocorre, a sua importância torna-se cada vez mais evidente.

Parte II: Estudo de Campo

CAPÍTULO 1 – ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

1.1. TIPO DE ESTUDO

A fim de satisfazer o objetivo delineado para este trabalho de investigação, desenvolveu-se um estudo quantitativo, uma vez que dito método de investigação se direciona para a colheita de dados observáveis e quantificáveis, baseando-se “...na observação de factos objectivos, de acontecimentos e de fenómenos que existem independentemente do investigador (...) tem por finalidade contribuir para o desenvolvimento e validação dos acontecimentos; oferece também a possibilidade de generalizar os resultados, de predizer e de controlar os acontecimentos” (Fortin, 1999, p.22). Tratou-se também de um estudo do tipo descritivo simples, uma vez que procurou “...discriminar os factores determinantes ou conceitos que eventualmente possam estar associados ao fenómeno em estudo”, bem como “...procurar as relações entre os conceitos a fim de obter um perfil geral do fenómeno (...) relativo a uma população, de maneira a estabelecer as características desta população ou de uma amostra...” (Fortin, 1999, pp.162-163). Quanto ao tempo, foi transversal pois teve um período de tempo pré-estabelecido para a sua realização de aproximadamente oito meses.

1.2. QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO

O interesse pela temática desenvolvida neste trabalho resultou da experiência enquanto profissional de enfermagem que confluuiu para o reconhecimento de inúmeras situações de depressão na terceira idade, tornando-se suspeito o facto da institucionalização em centros de apoio a idosos poderia contribuir para um aumento da taxa de depressão ou agravamento da mesma, a somar ao gosto pessoal pela área da saúde mental e, mais especificamente, da depressão no idoso. A revisão da literatura desenvolvida ao longo do Mestrado em Gerontologia Social nas áreas da Psicologia do Envelhecimento e Saúde Mental do Idoso, entre outras, tornaram o tema gradualmente mais aliciante.

Foi delineado como objetivo geral deste estudo a avaliação da presença de depressão em idosos institucionalizados. Tendo os seguintes objetivos específicos:

- Avaliar a relação entre os aspetos sociodemográficos (género, idade, tempo de institucionalização, estado civil, meio de residência, habilitações literárias, devoção religiosa) e a existência de depressão nas pessoas idosas institucionalizadas;
- Relacionar o nível de incapacidade funcional e a presença de depressão nas pessoas idosas institucionalizadas;
- Verificar a existência de influência da depressão sobre a incapacidade funcional nas pessoas idosas institucionalizadas.
- Entender a relação entre a incapacidade funcional nas pessoas idosas institucionalizadas e as componentes principais da Escala de Depressão Geriátrica.

Definiu-se assim a questão de investigação “qual é a prevalência de depressão entre os idosos institucionalizados?”. No seguimento, as questões de pesquisa definidas foram: “Quais as variáveis sociodemográficas (género, idade, tempo de institucionalização, etc.) que influenciam a presença de depressão nos idosos institucionalizados?” e “Qual a relação entre a depressão e incapacidade funcional nos idosos institucionalizados?”.

1.3. PRINCIPAIS HIPÓTESES

Através da análise da amostra, a inferência estatística permite ao investigador alargar as suas conclusões a um universo mais vasto. É neste ramo da estatística que se inserem os testes de hipóteses, os quais visam testar afirmações sobre a população em estudo. Assim, a formulação das hipóteses deverá ser realizada tendo em conta a revisão da literatura e nunca observação da amostra (Laureano, 2011).

Tendo em consideração os objetivos propostos, no sentido de identificar a presença de depressão nas pessoas idosas institucionalizadas, foram elaboradas as seguintes hipóteses (designadas por **H**) em função da literatura consultada:

H₁: A incapacidade funcional influencia positivamente a presença de depressão nas pessoas idosas institucionalizadas.

H₂: A depressão influencia positivamente a incapacidade funcional nas pessoas idosas institucionalizadas.

H_{2.1}: O bem-estar/mal-estar, na depressão, influencia positivamente a incapacidade funcional nas pessoas idosas institucionalizadas.

H_{2.2}: O humor triste, na depressão, influencia positivamente a incapacidade funcional nas pessoas idosas institucionalizadas.

H_{2.3}: As falhas mentais e físicas, na depressão, influenciam positivamente a incapacidade funcional nas pessoas idosas institucionalizadas.

1.4. POPULAÇÃO

Este estudo incidiu sobre uma população de idosos residentes em regime de internamento em instituições de apoio à terceira idade sitas no Baixo Alentejo e no Algarve. Para Fortin (1999, p.202), “uma população é uma colecção de elementos ou de sujeitos que partilhem características comuns,...”.

1.4.1. Caracterização da amostra

De acordo com Fortin (1999, p.202), a amostra é “...um sub-conjunto de uma população ou de um grupo de sujeitos que fazem parte de uma mesma população. É, de qualquer forma, uma réplica em miniatura da população alvo”.

Tendo em consideração os objetivos propostos, foi criada uma amostra contendo pessoas com idade superior a 65 anos, residentes em Lar de Idosos, que apresentassem orientação no espaço, no tempo e na própria pessoa e que aceitassem participar no estudo. Assim, a amostra classifica-se como não probabilística, pois tratou-se de “...um procedimento de selecção segundo o qual cada elemento da população não tem uma probabilidade igual de ser escolhido para formar a amostra” (Fortin, 1999, p.208) e intencional ou por selecção racional, uma vez que “...tem por base o julgamento do investigador para constituir uma amostra de sujeitos em função do seu carácter típico,...” (Fortin, 1999, p. 209).

Ao momento da colheita de dados, no Baixo Alentejo, em Vila Nova de São Bento, concelho de Serpa, o Lar de São Bento acolhia 40 idosos (20 homens e 20 mulheres), enquanto, no Algarve, o Centro de Apoio a Idosos de Portimão albergava 137 idosos (47 homens e 90 mulheres), o que perfazia um total de 207 idosos institucionalizados.

Como referido, devido à particularidade da população-alvo, houve necessidade de especificar alguns critérios de exclusão, nomeadamente a existência de processos demenciais avançados e/ou deterioração cognitiva que tornassem a pessoa incapaz de compreender e dar o seu consentimento informado e, posteriormente, de responder de forma coerente aos instrumentos de colheita de dados. Essa selecção foi realizada através da consulta das listagens de residentes e com orientação das equipas multidisciplinares responsáveis de ambas instituições. Da referida triagem resultou um total de 113 idosos

que correspondiam aos critérios cognitivos necessários e que foram tidos como possíveis participantes. Desses, 26 residentes no Lar de São Bento e 87 no CAI Portimão.

A todos os idosos, sem exceção, foi apresentado o Consentimento Informado e, apesar de alguns deles não saberem assinar ou estarem fisicamente incapacitados de o fazer, a aplicação dos instrumentos de colheita de dados foi sempre realizada após sua exposição e compreensão. Sendo que alguns dos idosos a quem foi proposta participação no estudo recusaram e outros encontravam-se ausentes das instituições por motivos de internamento hospitalar ou visita à família, a amostra ficou reduzida a um total de 85 participantes ($n = 85$), 26 residentes no Baixo Alentejo e 59 no Algarve, o que representa 75,2% dos possíveis participantes.

O total da amostra, com idades compreendidas entre os 66 e os 100 anos, apresentou uma média de idade de 84,8 anos. Quanto ao género, contendo 24 homens e 61 mulheres, houve uma predominância do feminino, que representa 71,8% da amostra, com 28,2% para o género masculino. Acerca do estado civil, a viuvez representa 74,1% da amostra (63 pessoas), 12,9% eram solteiros (11 pessoas), 9,4% estavam casados ou em união de facto (8 pessoas) e os restantes 3,5% eram divorciados ou separados (3 pessoas). Sobre as habilitações literárias, 50,6% das pessoas inquiridas terminaram o ensino básico (43 pessoas), 24,7% era analfabeto ou sabia apenas assinar o nome (21 pessoas), 14,1% sabia ler e escrever sem ter frequentado o ensino (12 pessoas), 5,9% haviam terminado o ensino secundário (5 pessoas) e apenas 4,7% concluíram o ensino superior (4 pessoas). Quanto à religião, a grande maioria dos inquiridos era católica, 91,8% (78 pessoas), 7% considerou-se ateu (6 pessoas) e 1,2% Ortodoxa (1 pessoa). Antes de viver em instituição, 60% residiam em meio urbano (51 pessoas) e 40% residiam em meio rural (34 pessoas). No respeitante ao tempo de institucionalização, os anos de admissão variaram entre 1999 e 2013, sendo que 1,2% (1 pessoa) foi admitido em 1999, 3,5% (3 pessoas) em 2000, 2,4% (2 pessoas) em 2001, 3,5% (3 pessoas) em 2003, 3,5% (3 pessoas) em 2004, 5,9% (5 pessoas) em 2005, 9,4% (8 pessoas) em 2006, 8,2% (7 pessoas) em 2007, 2,4% (2 pessoas) em 2008, 8,2% (7 pessoas) em 2009, 11,8% (10 pessoas) em 2010, 8,2% (7 pessoas) em 2011, 12,9% (11 pessoas) em 2012 e 18,8% (16 pessoas) residiam na instituição há menos de um ano. Note-se que não houve inquiridos que tivessem ingressado na instituição no ano de 2002. É ainda relevante na amostra o facto de 21,2% (18 pessoas) terem diagnóstico médico de depressão prévio à realização do inquérito, no entanto, apenas 14,1% (12

peças) dos idosos estava em tratamento com medicação de efeito antidepressivo, o que pode significar um acompanhamento pouco efetivo dessas pessoas.

1.5. INSTRUMENTOS DE COLHEITA DE DADOS

No que remete para os instrumentos de colheita de dados, de acordo com Fortin (1999, p.239), “a natureza do problema de investigação determina o tipo de método de colheita de dados a utilizar (...) São de considerar certos factores na escolha de um instrumento de medida: os objectivos de estudo, o nível dos conhecimentos que o investigador possui sobre as variáveis, a possibilidade de obter medidas apropriadas às definições conceptuais, a fidelidade e a validade dos instrumentos de medida, assim como, a eventual concepção pelo investigador dos seus próprios instrumentos de medida”.

De acordo com os objetivos delineados para este estudo e a particularidade da população-alvo, foram definidos como meios de recolha de dados o questionário sociodemográfico e as escalas de medida – Escala de Depressão Geriátrica e Índice de Barthel.

1.5.1. Questionário Sociodemográfico

O questionário sociodemográfico foi aplicado aos idosos institucionalizados, sendo preenchido pelo investigador devido à considerável taxa de analfabetismo entre os idosos portugueses, à usual diminuição da acuidade visual e alguma possível alteração da capacidade motora. Este método de colheita de dados trata-se de um “instrumento de medida que traduz os objectivos de um estudo com variáveis mensuráveis” (Fortin, 1999, p.249). Foi então construído como questionário de autoavaliação composto por perguntas fechadas, cujo objetivo foi caracterizar os indivíduos na sua dimensão pessoal e social, através da identificação de: ¹⁾género, ²⁾idade, ³⁾data de admissão na instituição, ⁴⁾estado civil, ⁵⁾residência, ⁶⁾habilitações literárias, ⁷⁾religião.

Face à especificidade da problemática definida para este estudo, foram ainda acrescentadas ao questionário questões acerca de diagnóstico prévio de depressão e toma regular de medicação antidepressiva.

1.5.2. Escala de Depressão Geriátrica

As manifestações depressivas são muitas vezes manifestadas pelos idosos através de afirmações negativistas sobre si mesmos, sobre os outros e o mundo que os rodeia ou até

mesmo sobre a velhice em geral. Além disso, quando o humor deprimido está associado à demência, o grau de dificuldade em estabelecer um diagnóstico diferencial aumenta. Então, “... numa fase precoce, é importante a utilização de um instrumento de medida que nos possa ajudar na tomada de decisão sobre o diagnóstico de depressão” (Sequeira, 2010, p.129). A Escala de Depressão Geriátrica é uma escala que permite identificar os sintomas de depressão em idosos, construída originalmente por Yesavage, Brink, Rose, Lum, Huang, Adey e Leirer em 1983. A escala original contém 30 itens com duas alternativas de resposta (sim ou não) e incide sobre o modo como a pessoa idosa se tem vindo a sentir nos últimos tempos. A cada resposta é atribuída a pontuação 0 ou 1 e após completada a escala é somado o *score* total que revela a presença ou não de depressão no idoso (Pocinho, 2007). Neste estudo foi aplicada a versão portuguesa da EDG com 27 itens, cedida pela Doutora Margarida Pocinho. Nesta versão, os itens 27, 29 e 30 da escala original foram ocultados por não apresentarem consistência interna e a sua correlação positiva com cada uma das dimensões da escala foi sempre inferior a 0,3 (Pocinho, et al., 1999).

Quanto à pontuação, sendo o valor mínimo da escala 0 e o máximo 27, de acordo com a autora, define-se o ponto de corte no valor 11 do *score* total, pois “... tomando como ponto de corte o valor 11, a acurácia da GDS é de 95%, apresentando uma capacidade de 100% de detectar doença quando ela existe de facto, e de detectar a ausência de doença quando ela não existe de facto, de 83%. Face ao exposto, decidimo-nos definitivamente pelo ponto de corte 11”. (Pocinho, 2007, p.162). Assim, também neste estudo o *score* total inferior a 11 (< 11) corresponderá à ausência de depressão e o *score* total igual ou superior a 11 (≥ 11) indicará presença de depressão no idoso.

No que respeita à fidedignidade da EDG utilizada neste estudo, a mesma foi avaliada através da consistência interna, sendo que esta representa a “consistência dos resultados ao longo do teste quando este é aplicado uma vez, ou seja, a precisão da medição efetuada num determinado momento” (Pocinho, 2012, p.80). Tendo em conta os critérios de Prieto e Muñiz a EDG aplicada neste estudo revela um bom coeficiente de confiabilidade, com um valor *alfa de Cronbach* de 0,836, uma vez que os autores consideram bons os coeficientes entre 0,80 e 0,85 (Pocinho, 2012), no entanto, a versão da EDG de Pocinho (2007) apresentava uma fidedignidade global de *alfa de Cronbach* = 0,906, o que se considera muito elevada.

Sendo que a esta escala faculta um valor global, o qual se traduz na ausência ou presença de depressão na pessoa idosa, a mesma apresenta ainda três componentes principais, definidas por Pocinho (2007), as quais categorizam a EDG de forma a melhor conceber a sua dimensão psicológica e assim entender de forma mais aprofundada a relação existente entre as respostas dadas e o resultado final da sua aplicação: ¹⁾ Bem-estar/Mal-estar, ²⁾ Humor Triste, ³⁾ Falhas Mentais e Físicas. Tendo em conta que a autora não apresentou os valores de consistência interna das três componentes principais definidas e, seguindo a mesma metodologia, não serão apresentadas para este estudo, as consistências internas das referidas componentes.

Componentes	Questões da EDG
Bem-estar/Mal-estar	1. Está satisfeito com a sua vida atual? 2. Abandonou muitas das suas atividades e interesses? 3. Sente que a sua vida está vazia? 5. Encara o futuro com esperança? 7. Sente-se animado e com boa disposição a maior parte do tempo? 9. Sente-se feliz a maior parte do tempo? 10. Sente-se muitas vezes desamparado ou desprotegido? 15. Atualmente, sente-se muito contente por estar vivo? 16. Sente-se muitas vezes desanimado e abatido? 17. Sente que, nas condições atuais, é um pouco inútil? 19. Sente-se cheio de interesse pela vida? 21. Sente-se cheio de energia? 22. Sente que para a sua situação não há qualquer esperança?
Humor Triste	4. Anda muitas vezes aborrecido? 6. Tem pensamentos que o incomodam e não consegue afastar? 8. Anda com medo que lhe vá acontecer alguma coisa má? 11. Fica muitas vezes inquieto e nervoso?

	<p>13. Anda muitas vezes preocupado com o futuro?</p> <p>18. Preocupa-se muito com o passado?</p> <p>24. Aflige-se muitas vezes por coisas sem grande importância?</p> <p>25. Dá-lhe muitas vezes vontade de chorar?</p>
<p>Falhas Mentais e Físicas</p>	<p>12. Prefere ficar em casa em vez de sair e fazer outras coisas?</p> <p>14. Acha que tem mais problemas de memória do que as outras pessoas?</p> <p>20. Custa-lhe muito meter-se em novas atividades?</p> <p>23. Julga que a maior parte das pessoas passa bem melhor que o senhor?</p> <p>26. Sente dificuldade em se concentrar?</p> <p>27. Evita estar em locais onde estejam muitas pessoas (reuniões sociais)?</p>

Quadro 5: Componentes principais da EDG (Pocinho, 2007)

Observando a divisão por componentes feita, pode entender-se que o bem-estar/mal-estar se encontra composto pelas questões da escala que representam a satisfação de vida, entendida por Fonseca (2006, p.143) como “... uma avaliação individual das condições gerais decorrentes do curso da vida humana, reflectindo a satisfação de vida na velhice uma comparação entre as aspirações iniciais e aquilo que foi realmente alcançado, um balanço entre os objectivos previstos e as metas alcançadas”, o mesmo autor refere-se ao bem-estar, na sua extensão psicológica, como sendo composto por dimensões de autonomia, relações positivas com os outros, crescimento pessoal e aceitação de si mesmo, cujo balanceamento surge como pilar na saúde mental durante todo o processo de envelhecimento. Seguidamente, analisando o humor triste, este compõe-se pelas questões da escala que caracterizam os transtornos do humor e ansiedade, segundo os quais Sequeira (2010) refere que na terceira idade é frequente ocorrerem alterações do humor relacionadas com a ansiedade que surge em consequência de uma negação do idoso em aceitar as incapacidades crescentes, notando-se que o mesmo “...experiencia tipologias de humor depressivo, associadas a apatia progressiva e a um desinteresse pelas actividades habituais que gostava de realizar” (p.115). Finalmente surge a componente falhas físicas e mentais, onde se encontram as questões que representam a cognição e a capacidade física, às quais se associam a deterioração física e cognitiva que são parte natural do processo de

envelhecimento, podendo manifestar-se dentro dos parâmetros normais ou tornarem-se patológicos. Não é raro, nos processos depressivos, a ocorrência de prejuízo no pensamento e na tomada de decisões, assim como o enfraquecimento acentuado da memória e a falta de concentração. (Paúl & Fonseca, 2005; Ballone, 2007)

1.5.3. Índice de Barthel

Sendo que a incapacidade funcional se relaciona com a falta de autonomia na execução das tarefas de prática diária e que são necessárias a todos os indivíduos, como as atividades que envolvem cuidados pessoais e as tarefas de adaptação ao meio que os rodeia (Paúl & Fonseca, 2005), o Índice de Barthel foi criado como um dos meios de avaliação das AVDs que mensura o grau de incapacidade funcional do indivíduo em vários aspetos: ¹⁾alimentação, ²⁾transferências, ³⁾toalete, ⁴⁾utilização do WC, ⁵⁾banho, ⁶⁾mobilidade, ⁷⁾subir e descer escadas, ⁸⁾vestir, ⁹⁾controlo intestinal, ¹⁰⁾controlo urinário. Sendo que “... cada item é pontuado de acordo com o desempenho do paciente em realizar tarefas de forma independente, com alguma ajuda ou de forma dependente” (Minosso, et al., 2010, p. 219).

O Índice de Barthel aplicado encontra-se normalizado pela Direção-Geral da Saúde (2011), sendo constituído por afirmações pontuadas entre 0 e 15, sendo a pontuação total variante de 0 a 100, consoante o *score* total, a incapacidade funcional divide-se em três níveis: ligeira (Barthel > 90), moderada (90 > Barthel > 55) e elevada (Barthel < 55). Entenda-se que a pontuação final do índice varia de forma inversamente proporcional ao grau de dependência do idoso, ou seja, quanto menor for a pontuação obtida maior é o grau de dependência funcional apresentado (Sequeira, 2010).

A aplicação do índice de Barthel neste trabalho de investigação possibilitou a avaliação da incapacidade funcional de cada idoso institucionalizado e a determinação do grau de dependência de forma global e de forma parcelar em cada atividade (Sequeira, 2010), permitindo estabelecer analogias com os estados depressivos. O principal objetivo da aplicação deste índice foi determinar o grau de independência, sem qualquer ajuda, física ou verbal, sendo que, aquando da necessidade de supervisão, considerou-se a pessoa como não independente. Foi aplicado diretamente aos idosos e, tendo em conta as diretivas, considerou-se o seu desempenho nas últimas 24 a 48 horas, sendo que, na sua maioria, as

necessidades de apoio estavam já presentes há mais tempo (Direção-Geral da Saúde, 2011).

No que respeita à fidedignidade, o índice foi avaliado através da consistência interna, obtendo um valor *alfa de Cronbach* de 0,928, o qual, de acordo com Prieto e Muñiz, se trata de um coeficiente de confiabilidade excelente, uma vez que se encontra acima de 0,85 (Pocinho, 2012). Quanto ao Índice de Barthel original, foi apresentado valor global de *alfa de Cronbach* = 0,90, sendo este coeficiente de confiabilidade também excelente (Minosso, et al., 2010).

Parte II

CAPÍTULO 2 – APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

2.1. PREVALÊNCIA DE DEPRESSÃO

Sendo a questão de investigação proposta descobrir a prevalência de depressão nas pessoas idosas institucionalizadas, este estudo revelou a existência de 55 casos de diagnóstico depressivo, de acordo com a aplicação da EDG, representando 64,7% do total da amostra. É ainda importante referir, que comparativamente com o número de idosos que apresentavam diagnóstico médico de depressão prévio à realização do inquérito, surgiram 37 pessoas com valores na EDG que evidenciaram estados depressivos, os quais não estariam ainda identificados, correspondendo a 43,5% de incidência de depressão entre a população estudada.

2.2. ANÁLISE PRÉVIA DAS RELAÇÕES ENTRE VARIÁVEIS

A fim de melhor compreender a influência exercida pelas variáveis em estudo e a forma como eventualmente se relacionam, foi realizado o tratamento de dados através do *software* aplicativo SPSS versão 21.

Sendo que a amostra analisada é superior a 50 ($n = 85$), optou-se pela aplicação do teste *Kolmogorov-Smirnov*, com correlação de *Lilliefors*, a fim de verificar se a distribuição da variável em estudo seria normal (Laureano, 2011).

	Kolmogorov-Smirnov		
	Statistic	Df	Sig.
Depressão Score Total	,416	85	,000

Quadro 6: Teste de Normalidade – SPSS (K-Smirnov)

Assim, com um nível de significância $p = 0,000$, existem evidências estatísticas para se poder afirmar que a variável depressão nos idosos institucionalizados não segue uma distribuição normal, pelo que se considerou conveniente a utilização de testes de hipóteses não-paramétricos para análise da relação entre as variáveis incluídas no estudo (Laureano, 2011; Pocinho, 2012).

2.2.1. Relação entre a depressão e as variáveis sociodemográficas em estudo

Tendo em conta o principal objetivo deste estudo e com o intuito de obter esclarecimento acerca de uma das questões de investigação, “quais as variáveis sociodemográficas que

influenciam a presença de depressão nos idosos institucionalizados?”, foi realizada a análise das relações entre as variáveis sociodemográficas e a variável dependente, seguidamente apresentadas. Note-se que estas observações não se incluem nas principais hipóteses formuladas para o estudo, essas serão posteriormente testadas.

2.2.1.1. Depressão na pessoa idosa e género

Para compreender se o género influencia positivamente a depressão nos idosos institucionalizados foi aplicado o teste de *Mann-Whitney U* para duas amostras independentes, uma vez que a existência de depressão é uma variável quantitativa e o género é uma variável qualitativa nominal dicotómica, definida por dois grupos independentes – feminino e masculino (Laureano, 2011).

	Depressão Score Total
Mann-Whitney U	582,000
Wilcoxon W	882,000
Z	-1,769
Asymp. Sig. (2-tailed)	,077

Quadro 7: Relação depressão e género – SPSS (Mann-Whitney U)

Então, com um valor de *Mann-Whitney U* = 582,0 e $\hat{p} = 0,077$, pode concluir-se que não existe evidência estatística que comprove a influência do género sobre a ocorrência de depressão nos idosos que constituem a amostra em estudo. No entanto, ao observar os valores das médias entre os géneros, podemos concluir que existe predominância da depressão entre as mulheres ($MRk_{(F)} = 45,46$) em relação aos homens ($MRk_{(M)} = 36,75$).

2.2.1.2. Depressão na pessoa idosa e idade

De forma a perceber se a idade influencia positivamente a depressão nos idosos institucionalizados foi aplicado o teste ao coeficiente de correlação de *Spearman*, uma vez que se tratam de duas variáveis quantitativas. Ao não poder assumir-se uma distribuição normal, será este utilizado como alternativa não-paramétrica ao teste de correlação linear de *Pearson* (Laureano, 2011).

		Depressão Score Total	Idade	
Spearman's rho	Depressão Score Total	Correlation Coefficient	1,000	
		Sig. (2-tailed)	,286	
		N	85	
	Idade	Correlation Coefficient	,286	1,000
		Sig. (2-tailed)	,008	.
		N	85	85

Quadro 8: Relação depressão e idade – SPSS (Rho Spearman)

Considerando o intervalo de idades em estudo entre 66 e 100 anos, alcançou-se um valor de $Rho\ Spearman = 0,286$ e $p = 0,008$, pode concluir-se que existe evidência estatística que comprova a influência da idade sobre a ocorrência de depressão nos idosos que constituem a amostra em estudo. Verifica-se ainda que a correlação existente é positiva, pelo que se conclui que o aumento dos anos de vida refletem um aumento do índice de depressão entre os idosos institucionalizados.

2.2.1.3. Depressão na pessoa idosa e tempo de institucionalização

Para entender se o tempo de institucionalização influencia positivamente a depressão nos idosos institucionalizados foi aplicado o teste de *Kruskal-Wallis H* para k amostras independentes, pois pretende-se comparar distribuições de duas variáveis quantitativas. Ao não poder assumir-se uma distribuição normal, será este utilizado como alternativa não-paramétrica ao teste *One-way ANOVA* (Laureano, 2011).

	Depressão Score Total
Chi-Square	6,926
Df	13
Asymp. Sig.	,906

Quadro 9: Relação depressão e ano de admissão – SPSS (Kruskal-Wallis)

Então, com o ano mínimo de admissão na instituição sendo 1999 e o ano máximo 2013, obtemos um valor de $Chi-Square = 6,926$ e $p = 0,906$, o que leva a concluir que não existe

evidência estatística que comprove a influência do tempo de institucionalização sobre a ocorrência de depressão nos idosos que constituem a amostra em estudo.

2.2.1.4. Depressão na pessoa idosa e estado civil

Para entender se o estado civil influencia positivamente a depressão nos idosos institucionalizados foi aplicado o teste de *Kruskal-Wallis H* para k amostras independentes, pois pretende-se comparar distribuições de duas variáveis, entendendo-se o estado civil como qualitativa nominal e a existência de depressão como quantitativa. Ao não poder assumir-se uma distribuição normal, será este utilizado como alternativa não-paramétrica ao teste *One-way ANOVA* (Laureano, 2011).

	Depressão Score Total
Chi-Square	5,801
Df	3
Asymp. Sig.	,122

Quadro 10: Relação depressão e estado civil – SPSS (Kruskal-Wallis)

Compreendendo o estado civil sob as formas de Casado/União de Facto, Solteiro, Divorciado/Separado e Viúvo, alcançando um valor de *Chi-Square* = 5,801 e $p = 0,122$, pode afirmar-se que não existe evidência estatística que comprove a influência do estado civil sobre a ocorrência de depressão nos idosos que constituem a amostra em estudo. No entanto, comparando as médias entre os diferentes estados civis, pode observar-se que o estado de viuvez é o que afeita maior índice de depressão ($MRk_{(V)} = 44,51$) enquanto que o Divorciado/Separado apresenta o menor índice de depressão ($MRk_{(D)} = 15,50$).

2.2.1.5. Depressão na pessoa idosa e meio onde reside

Para compreender se o meio onde reside influencia positivamente a depressão nos idosos institucionalizados foi aplicado o teste de *Mann-Whitney U* para duas amostras independentes, uma vez que a existência de depressão é uma variável quantitativa e o meio onde reside é uma variável qualitativa nominal dicotómica, definida por dois grupos independentes – meio rural e meio urbano (Laureano, 2011).

	Depressão Score Total
Mann-Whitney U	867,000
Wilcoxon W	2193,000
Z	,000
Asymp. Sig. (2-tailed)	1,000

Quadro 11: Relação depressão e meio onde reside – SPSS (Mann-Whitney U)

Então, com um valor de *Mann-Whitney U* = 867,0 e $\beta = 1,000$, pode concluir-se que não existe evidência estatística que comprove a influência do meio onde reside sobre a ocorrência de depressão nos idosos que constituem a amostra em estudo. Além disso, quando comparamos as médias entre as populações dos dois meios, obtemos uma igualdade ($MRk_{(R)} = MRk_{(U)} = 43,00$).

2.2.1.6. Depressão na pessoa idosa e habilitações literárias

Para entender se o grau de habilitações literárias influencia positivamente a depressão nos idosos institucionalizados foi aplicado o teste de *Kruskal-Wallis H* para *k* amostras independentes, pois pretende-se comparar distribuições de duas variáveis, entendendo-se a existência de depressão como variável quantitativa e as habilitações literárias como variável qualitativa ordinal e pretende testar-se a igualdade das distribuições dos cinco grupos definidos através das suas ordenações. Ao não poder assumir-se uma distribuição normal, será este utilizado como alternativa não-paramétrica ao teste *One-way ANOVA* (Laureano, 2011).

	Depressão Score Total
Chi-Square	3,538
Df	4
Asymp. Sig.	,472

Quadro 12: Relação depressão e habilitações literárias – SPSS (Kruskal-Wallis)

Diferenciando os graus de habilitações literárias em Analfabeto/Sabe apenas assinar o nome, Sabe ler e escrever, Ensino Básico, Ensino Secundário e Ensino Superior, obteve-se o valor de *Chi-Square* = 3,538 e uma significância $\beta = 0,472$, pelo que pode afirmar-se que

não existe evidência estatística que comprove a influência das habilitações literárias sobre a ocorrência de depressão nos idosos que constituem a amostra em estudo.

2.2.1.7. Depressão na pessoa idosa e religião

Para entender se a religião influencia positivamente a depressão nos idosos institucionalizados foi aplicado o teste de *Kruskal-Wallis H* para *k* amostras independentes, pois neste caso pretendeu-se testar a igualdade de médias entre seis grupos independentes definidos por uma variável qualitativa nominal e a variável dependente depressão é quantitativa. Ao não poder assumir-se uma distribuição normal, será este utilizado como alternativa não-paramétrica ao teste *One-way ANOVA* (Laureano, 2011).

	Depressão Score Total
Chi-Square	1,116
Df	2
Asymp. Sig.	,572

Quadro 13: Relação depressão e religião – SPSS (Kruskal-Wallis)

As diferentes religiões referidas no questionário foram Católica, Ortodoxa, Protestante, Judaica, Muçulmana e Ateísta, no entanto, apenas três delas foram opção de escolha dos idosos, sendo que as religiões Protestante, Judaica e Muçulmana não foram nunca assinaladas. Obteve-se o valor de *Chi-Square* = 1,116 e uma significância $p = 0,572$, pelo que pode afirmar-se que não existe evidência estatística que comprove a influência da religião sobre a ocorrência de depressão nos idosos que constituem a amostra em estudo.

2.3. ANÁLISE DAS HIPÓTESES FORMULADAS

Com vista a obter esclarecimento das restantes questões de pesquisa propostas, foram definidas as hipóteses de investigação que foram anteriormente apresentadas e cuja análise será seguidamente apresentada.

Quanto à primeira hipótese definida (H_1), pretende esclarecer-se se a incapacidade funcional influencia positivamente a presença de depressão nas pessoas idosas institucionalizadas. Ao tratar-se aqui da incapacidade funcional como variável independente qualitativa ordinal e a depressão como variável dependente quantitativa, optou-se pela utilização do teste de *Mann-Whitney U* para duas amostras independentes (Laureano, 2011).

	Depressão Score Total	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Incapacidade Funcional (nível)	0	30	33,53	1006,00
	1	55	48,16	2649,00
	Total	85		

Quadro 14: Ranks – nível de incapacidade funcional e depressão – SPSS (Mann-Whitney U)

	Incapacidade Funcional (nível)
Mann-Whitney U	541,000
Wilcoxon W	1006,000
Z	-2,818
Asymp. Sig. (2-tailed)	,005

Quadro 14.1: Relação nível de incapacidade funcional e depressão – SPSS (Mann-Whitney U)

Após análise dos dados, com um valor de *Mann-Whitney U* = 541,0 e $\beta = 0,005$, pode concluir-se que existe evidência estatística a verificar que o nível de incapacidade funcional influencia positivamente a presença de depressão nos idosos institucionalizados, pelo que se aceita H_1 .

No que respeita à segunda hipótese formulada (H_2), quis-se entender em que medida a depressão influencia positivamente a incapacidade funcional nas pessoas idosas institucionalizadas. Assim, optou-se pelo teste de *Kruskal-Wallis H* para k amostras independentes, pois pretende-se comparar distribuições de duas variáveis, entendendo-se a existência de depressão como variável independente quantitativa e o nível de incapacidade funcional como variável dependente qualitativa ordinal, tendo em vista a testar a igualdade

das distribuições dos três grupos definidos através das suas ordenações. Ao não poder assumir-se uma distribuição normal, será este utilizado como alternativa não-paramétrica ao teste *One-way ANOVA* (Laureano, 2011).

	Incapacidade Funcional (nível)	N	Mean Rank
Depressão Score Total	Ligeira	38	36,75
	Moderada	30	45,25
	Elevada	17	53,00
	Total	85	

Quadro 15: Ranks – depressão e nível de incapacidade funcional – SPSS (Kruskal-Wallis)

	Depressão Score Total
Chi-Square	7,993
Df	2
Asymp. Sig.	,018

Quadro 15.1: Relação depressão e nível de incapacidade funcional – SPSS (Kruskal-Wallis)

A análise de dados revelou o valor de $Chi-Square = 7,993$ e $p = 0,018$, pelo que se confirma que existe evidência estatística que apoia o facto de a depressão influenciar positivamente a incapacidade funcional nos idosos institucionalizados, pelo que se aceita H_2 . Note-se que, ao comparar as médias se consegue compreender que o índice de depressão aumenta conforme o nível de incapacidade ($MR_{k(L)} < MR_{k(M)} < MR_{k(E)}$).

Nas sub-hipóteses formuladas de forma a explorar quais as componentes principais da Escala de Depressão Geriátrica que exercem maior influência sobre o nível de incapacidade funcional das pessoas idosas institucionalizadas, optou-se por utilizar sempre o teste de *Kruskal-Wallis H* para k amostras independentes, pois pretende-se comparar distribuições de duas variáveis, entendendo-se cada uma das componentes principais da EDG como variável independente qualitativa nominal e o nível de incapacidade funcional como variável dependente qualitativa ordinal. Ao não poder assumir-se uma distribuição normal, será este utilizado como alternativa não-paramétrica ao teste *One-way ANOVA* (Laureano, 2011).

Para $H_{2,1}$ foi objetivo compreender se o bem-estar/mal-estar, na depressão, influencia positivamente a incapacidade funcional nas pessoas idosas institucionalizadas.

	Incapacidade Funcional (nível)	N	Mean Rank
Bem-Estar/Mal-Estar (EDG)	Ligeira	38	34,83
	Moderada	30	42,13
	Elevada	17	62,79
	Total	85	

Quadro 16: Ranks – bem-estar/mal-estar e nível de incapacidade funcional – SPSS (Kruskal-Wallis)

	Bem-Estar/Mal-Estar (EDG)
Chi-Square	15,327
Df	2
Asymp. Sig.	,000

Quadro 16.1: Relação bem-estar/mal-estar e nível de incapacidade funcional – SPSS (Kruskal-Wallis)

Através da análise de dados obteve-se valor de $Chi-Square = 15,327$ e $p = 0,000$, pelo que há evidência estatística que permite afirmar que o bem-estar/mal-estar, na depressão, vai influenciar positivamente a incapacidade funcional nos idosos institucionalizados, pelo que se aceita $H_{2.1}$.

Para $H_{2.2}$ procurou-se compreender se o humor triste, na depressão, influencia positivamente a incapacidade funcional nas pessoas idosas institucionalizadas.

	Incapacidade Funcional (nível)	N	Mean Rank
Humor Triste (EDG)	Ligeira	38	33,68
	Moderada	30	49,48
	Elevada	17	52,38
	Total	85	

Quadro 17: Ranks – humor triste e nível de incapacidade funcional – SPSS (Kruskal-Wallis)

	Humor Triste (EDG)
Chi-Square	10,157
df	2
Asymp. Sig.	,006

Quadro 17.1: Relação humor triste e nível de incapacidade funcional – SPSS (Kruskal-Wallis)

Pela análise de dados obteve-se um valor de $Chi-Square = 10,157$ e $p = 0,006$, pelo que pode afirmar-se que existe evidência estatística que confirma que o humor triste, na depressão, influencia positivamente a incapacidade funcional nos idosos institucionalizados, pelo que se aceita $H_{2.2}$.

Finalmente, para $H_{2.3}$ a proposta foi de compreender se as falhas mentais e físicas, na depressão, influenciam positivamente a incapacidade funcional nas pessoas idosas institucionalizadas.

	Incapacidade Funcional (nível)	N	Mean Rank
Falhas Mentais e Físicas (EDG)	Ligeira	38	36,30
	Moderada	30	45,13
	Elevada	17	54,21
	Total	85	

Quadro 18: Ranks – falhas mentais e físicas e nível de incapacidade funcional – SPSS (Kruskal-Wallis)

	Falhas Mentais e Físicas (EDG)
Chi-Square	6,892
Df	2
Asymp. Sig.	,032

Quadro 18.1: Relação falhas mentais e físicas e nível de incapacidade funcional – SPSS (Kruskal-Wallis)

Segundo a análise de dados obteve-se um valor de $Chi-Square = 6,892$ e $p = 0,032$, pelo que se consideram existir evidência estatística comprovante que as falhas mentais e físicas, na depressão, influenciam positivamente a incapacidade funcional nos idosos institucionalizados, pelo que se aceita $H_{2.3}$.

2.4. DISCUSSÃO DE RESULTADOS

Em resposta à principal questão de investigação, nomeadamente, qual seria a prevalência de depressão entre os idosos institucionalizados, surgiram 55 idosos com *score* total na EDG igual ou superior 11, pelo que se conclui que 64,7% da amostra apresentaram valores de depressão, sendo que os *scores* da EDG para estas pessoas variaram entre 11 e 23. A prevalência de depressão aqui obtida considera-se elevada, coincidindo, com os resultados conseguidos por outros investigadores que estudaram os idosos institucionalizados em Portugal, como Paúl e Fonseca (2005), que assinalaram uma prevalência de 54,6% numa amostra de 105 idosos, Cardão (2009) descobriu 40% de prevalência de depressão numa amostra de 40 idosos e Vaz e Garpar (2011) obtiveram 47% de diagnósticos de depressão entre 186 pessoas idosas institucionalizadas.

Crê-se ainda relevante referir que, entre a população estudada, foram identificados 37 *scores* de depressão baseados na aplicação da EDG que não estavam ainda diagnosticados. Considerando que o total da amostra foi composto por pessoas em risco de apresentar estados depressivos, pode afirmar-se que este estudo mostrou uma incidência de depressão em idosos institucionalizados de 43,5%. Vários foram os autores consultados que fazem referência ao difícil diagnóstico da depressão na terceira idade e à forma como esta condição pode facilmente passar disfarçada entre os que rodeiam o idoso (Stella et al., 2002; Ballone, 2007; Sequeira, 2010). No entanto, não foi possível, neste domínio efetuar comparação com estudos anteriormente realizados, uma vez que não se encontraram na literatura consultada, investigações que determinassem a incidência de depressão na população idosa em geral e, entre os institucionalizados em particular, sendo que a predileção dos investigadores tem vindo a cair sobre a prevalência.

Com base na observação dos resultados obtidos, no que respeita às variáveis sociodemográficas em estudo, pode afirmar-se que apenas a idade surgiu como fator influente na condição depressiva dos idosos institucionalizados. A revisão da literatura efetuada corrobora a afirmação de que a idade é uma variável importante quando se fala em depressão no idoso institucionalizado, uma vez que este transtorno do humor é uma das doenças mentais mais comuns na população idosa e tende a agravar-se com o passar dos anos. Autores como Cardão (2009), Carvalho e Dias (2011), Duarte (2011) e Dantas et al. (2013) afirmam que a adaptação à institucionalização pode desencadear processos depressivos ou agravar os já existentes, uma vez que a plasticidade vai diminuindo com a

idade, e as probabilidades de ocorrerem desajustes vão aumentando à medida que se vai envelhecendo. O resultado aqui obtido, com uma significância $p = 0,008$ é concordante com o estudo publicado por Silva, et al. (2012) que refere uma associação significativa ($p = 0,04$) entre a depressão e a idade, tendo observado que “... a proporção de indivíduos com depressão, bem como sua gravidade, teve aumento proporcional com o aumento da idade” (p.1389).

Quanto ao género, apesar de não apresentar valores estatisticamente significativos no que respeita à influência sobre a depressão nos idosos institucionalizados, mostrou uma predominância do feminino, 78,18% dos idosos com transtorno depressivo eram mulheres, com uma discrepância entre médias de 45,46 no género feminino e 36,75 no masculino. Já Vaz e Gaspar (2011) encontraram um predomínio da depressão nas mulheres (50,9%), apresentando uma média de depressão, na escala geriátrica, superior nas mulheres (12.3) comparativamente à média obtida nos homens (9.1). Silva, et al. (2012) corroboram a afirmação, apresentando valores de prevalência entre as mulheres com depressão, ($p = 0.01$), referindo que, “...destas 19,4% apresentaram depressão severa e 38,7% leve. Entre os homens foi observado 2,5% de depressão severa e 32,5% de depressão leve” (p.1389). Numa parte maioritária da literatura consultada existem referências à predominância do género feminino no que respeita aos transtornos depressivos na terceira idade em geral e, particularmente, entre idosos institucionalizados (Salgueiro 2007; Lima, Silva & Ramos, 2009; Siqueira, et al., 2009; Vaz & Gaspar, 2011; Luppá, et al., 2012^a; Luppá, et al., 2012^b; Silva, et al., 2012). Como referido anteriormente, no seu artigo de revisão de literatura baseado em 48 publicações dos últimos 14 anos, Peña-Solano et al. (2009) refere-se ao género feminino como fator de risco para a depressão na terceira idade. No entanto, contrariando este preceito, Estrada, et al. (2013) referem ter encontrado, entre os idosos institucionalizados que estudaram, uma prevalência semelhante de depressão entre mulheres e homens, de 74,6% ($p = 0,4398$).

No que respeita ao tempo de institucionalização, o mesmo não se mostrou como fator influente na ocorrência de depressão entre os idosos institucionalizados ($p = 0,906$). Neste sentido, Silva et al. (2012), no seu estudo sobre prevalência e fatores associados à depressão entre idosos institucionalizados, concluíram que, entre os fatores analisados, não se verificou diferença significativa entre médias apresentadas por idosos com e sem depressão no que concerne aos anos de institucionalização.

Em relação ao estado civil, apesar dos resultados mostrarem diferenças entre médias, revelando-se uma tendência para maior prevalência de depressão relacionada com a viuvez, esta diferença não é significativa, pelo que se concluiu que o estado civil não influencia a ocorrência de depressão nos idosos institucionalizados ($\beta = 0,122$). Comparativamente, Silva, et al. (2012), referem nos seus resultados que o estado civil é relevante no que respeita à depressão no idoso institucionalizado ($\beta = 0,134$). Também Estrada et al. (2013) declararam não encontrar associação entre o estado civil e a sintomatologia depressiva na sua investigação.

Quanto ao meio onde reside, este estudo de investigação concluiu não se tratar de um fator importante na ocorrência de depressão entre as pessoas idosas institucionalizadas ($\beta = 1,000$). No entanto, não foi possível, neste domínio efetuar comparação com estudos anteriormente realizados, uma vez que não se encontraram na literatura consultada, investigações com semelhante variável.

No que concerne às habilitações literárias, este estudo concluiu que as mesmas não exercem influência sobre a ocorrência de depressão nos idosos institucionalizados. O resultado obtido é concordante com o revelado pelo estudo de Estrada, et al. (2013), onde se constatou não existir evidência estatística ($\beta = 0,0820$) que comprovasse a influência do nível de habilitações literárias sobre a existência de depressão entre os idosos. No entanto, estes investigadores mostraram que, entre os níveis de habilitações literárias apresentados (nenhuma; primária; secundária; técnica/tecnológica e universitária), os idosos com nenhum nível de habilitações literárias apresentaram a maior prevalência de depressão (58,4%), sendo que esta tendência não se verificou neste estudo de investigação.

Relativamente à religião, não foi encontrada evidência estatística que confirme a influência de uma determinada crença sobre a existência de depressão nos idosos institucionalizados que compunham a amostra em estudo ($\beta = 0,572$). Já Silva, et al. (2012) referem também nos seus resultados que, com $\beta = 0,8348$, as diferentes crenças religiosas não influenciam a prevalência de depressão nos idosos institucionalizados. É de referir que raros foram os estudos encontrados na revisão da literatura onde esta variável fosse tida em conta, constando algumas vezes nos questionários sociodemográficos mas carecendo depois de avaliação objetiva.

No que respeita ao nível de incapacidade funcional, avaliado com recurso ao Índice de Barthel, a análise estatística revelou que 44,7% dos idosos institucionalizados sofriam de incapacidade funcional ligeira, 35,3% apresentavam incapacidade funcional moderada e 20,0% tinham incapacidade funcional elevada. Em relação com a idade, com um valor de significância $p = 0,004$, observou-se que quanto maior a idade, tendencialmente maior será o nível de incapacidade funcional apresentado ($Rho Spearman = 0,307$).

Procurando relacionar a incapacidade funcional com a depressão (H_1), os dados em análise mostraram que, com $p = 0,005$, pode concluir-se que o nível de incapacidade funcional influencia positivamente a presença de depressão nos idosos institucionalizados. Autores como Alexopoulos, et al. (2002), Alonso (2003), Lima, Silva e Ramos (2009) e Sequeira (2010) referem que a perda de autonomia relacionada com incapacidade funcional está diretamente associada com a depressão em idades mais avançadas. Nomeadamente, Lima, Silva e Ramos (2009, p.6) referem no seu estudo que "...foi observada tendência crescente na proporção de deprimidos à medida que os idosos se tornavam mais dependentes fisicamente. Há uma maior proporção de deprimidos entre os idosos com maiores índices de comprometimento nas AVDs".

Abordando a problemática da relação entre a depressão e a incapacidade funcional por um outro prisma, procurou-se entender em que medida a depressão influenciaria positivamente a incapacidade funcional (H_2). Compreendeu-se, com $p = 0,018$, que a depressão influencia a incapacidade funcional nos idosos institucionalizados. No sentido de explicar esta influência, Grinberg (2006, p.322) refere que "... a incapacitação e a fragilidade do idoso não devem ser vistas como sinónimos de depressão, mas sim como fatores que podem ser amplificados pelo estado depressivo". Stella, et al. (2002) e Cardão (2009) propõem como justificação a ocorrência de manifestações físicas da depressão, onde se podem verificar alterações dos padrões de sono, do comportamento alimentar, lentificação ou agitação psicomotora, astenia e inclusive dor física, pelo que uma deterioração na capacidade de realização das atividades de vida diária estará diretamente relacionada com a existência de depressão na população idosa institucionalizada. Pocinho (2007, p.76) nota ainda que "... a dependência destes indivíduos também é compreensível em termos cognitivos. Eles tendem a procurar ajuda e segurança nos outros, que consideram mais competentes e capazes, pois consideram as tarefas normais como excessivamente difíceis e acreditam não serem capazes de as realizar".

Com a aplicação da EDG, foi possível avaliar, para além da elevada prevalência de depressão existente na amostra (64,7%), quais as componentes da escala, que representam a dimensão psicológica da mesma, tinham influência sobre a incapacidade funcional nos idosos institucionalizados. Após análise das hipóteses formuladas nesse sentido, pode concluir-se que tanto o bem-estar/mal-estar, como o humor triste e as falhas físicas e mentais influenciavam positivamente o nível de incapacidade funcional. Observou-se ainda que, à medida que a pontuação média alcançada para as referidas componentes vai aumentando, também o nível de incapacidade funcional aumenta. Assim, ao valor da média mais elevado de cada uma das componentes da EDG, corresponde o nível mais elevado de incapacidade funcional.

Realizando uma abordagem mais pormenorizada das diferentes componentes principais da EDG, o bem-estar/mal-estar, com $\beta = 0,000$, revelou exercer bastante influência sobre o nível de incapacidade funcional nos idosos institucionalizados. Sendo este entendido como representante da satisfação de vida na velhice, resultante da comparação entre o esperado e o alcançado, juntamente com o nível de autonomia, a existência de relações positivas com os outros, o crescimento pessoal e a aceitação de si mesmo e do meio que o rodeia (Fonseca, 2006), o referido vai ao encontro das conclusões de Pocinho (2007, p.57) a qual refere que “...a incapacidade de alterar o meio físico e social deixa nos idosos uma sensação de fracasso, que quando atribuído a deficiências pessoais, generalizadas e duradouras, levam à sensação de ineficácia (...) quanto maior o sentimento de controlo pessoal, de capacidade de decisão e de comando, mais intensos são os sentimentos de satisfação e, por oposição, quanto mais baixos forem aqueles sentimentos, maiores as possibilidades de depressão, preocupação e desamparo”.

No que respeita à componente designada como humor triste, esta mostrou, com $\beta = 0,006$, que influencia positivamente o nível de incapacidade funcional das pessoas idosas institucionalizadas. As alterações do humor surgem muitas vezes associadas à perda de motivação de prazer na realização das atividades habituais e o humor triste pode desencadear no idoso sintomas neurovegetativos e cognitivos como astenia, lentificação ou agitação psicomotora, inclusive dores inespecíficas e ainda dificuldade de concentração, de raciocínio e de memória (Stella, et al., 2002; Sequeira, 2010), podendo isto levar a uma deterioração da aptidão para realizar as AVDs.

Por fim, surge a componente principal falhas físicas e mentais que, com $\beta = 0,032$, reflete também a competência de influenciar o nível de incapacidade funcional nos idosos institucionalizados. Tanto as falhas do ponto de vista físico como mental, estão associadas com o processo de envelhecimento natural e podem ocorrer de forma progressiva ou mais acelerada, relacionando-se, ou não, com processos patológicos e podendo vir a tornar-se problemáticas. Nesse sentido, Sequeira (2010, p. 90) refere que esses “...distúrbios são suficientes para interferir no cotidiano da pessoa (trabalho, actividades diárias)”.

Foi possível notar, através da análise de dados, que a componente bem-estar/mal-estar, formada pelas questões da escala que representam a satisfação de vida, se encontra significativamente associada com a dependência funcional elevada; a componente humor triste formada pelas questões da escala que caracterizam os transtornos do humor e ansiedade, está mais associada com a incapacidade funcional moderada e, finalmente, a componente falhas físicas e mentais, onde se encontram as questões que representam a cognição e a capacidade física, associa-se à incapacidade funcional ligeira. Não foram, no entanto, encontrados estudos que permitam justificar a relação entre cada uma das componentes e o nível de incapacidade funcional, contudo, pode suspeitar-se que, estando as falhas físicas e mentais e o humor triste associados, de forma mais estreita à saúde mental e física, estes podem ser compreendidos como parte integrante do processo de envelhecimento, quase “expectáveis” e, por isso, estarem associados aos níveis de incapacidade funcional mais baixos, sendo que envolverão menor revolta e negação por parte do idoso; enquanto a componente bem-estar/mal-estar, ao se relacionar com a avaliação que o idoso faz da sua vida e com o balanceamento entre o que pretendia para a mesma e o que conseguiu alcançar, estará esta componente ligada a todos os aspetos da vida do idoso institucionalizado, físicos, mentais e sociais, sendo mais abrangente, pelo que poderá associar-se ao nível de incapacidade funcional elevado.

Pocinho (2007) explica que a satisfação que o idoso sente com a sua vida atual depende, não apenas da sensação de bem-estar e ausência de sofrimento, mas também da existência de esperança, de visão de futuro, de metas a atingir e de autoeficácia, sendo que esse balanceamento irá influenciar o desejo de continuar a viver. Nesse sentido, as crenças de autoeficácia funcionam como um forte elemento contra a incapacidade, uma vez que influenciam a motivação favorecendo a gestão do ambiente social e físico. Entende-se que quanto mais o idoso crê na sua eficácia pessoal, menor é o nível de incapacidade funcional,

menor é o declínio nas atividades de vida diária e maior é a capacidade de mobilização de recursos pessoais de enfrentamento, com melhoria da capacidade de adaptação na velhice (Rabelo & Cardoso, 2007).

Parte II

CAPÍTULO 3 – CONCLUSÕES E IMPLICAÇÕES

O envelhecimento da população mundial é um facto, sendo que Portugal se encontra entre os países mais envelhecidos da Europa. Este processo contínuo e galopante de envelhecimento resulta da combinação entre o progresso das ciências da saúde que resulta no aumento da esperança média de vida e a diminuição da taxa de natalidade, sendo esta um reflexo da modernidade. Uma vez que as projeções apontam para um agravamento desta situação, o envelhecimento populacional representa uma alteração demográfica que requer a atenção das ciências sociais e da saúde. Há que ter em conta que um país envelhecido significa uma nação com maior índice de dependência funcional e morbidade e, conseqüentemente, com despesas aumentadas na área da saúde e do apoio social. Referente a este último, a carência acrescida de respostas sociais para os idosos irá tornar-se gradualmente mais evidente e a necessidade de procurar soluções adequadas para proporcionar bem-estar e qualidade de vida aos mais dependentes será cada vez mais acentuada.

Sendo a depressão um dos problemas de saúde mental que mais assola a população idosa em geral, mas que se agrava especificamente aquando da entrada numa instituição de longa permanência, este estudo ajudou a compreender alguns dos fatores importantes que contribuem para o surgimento ou agravamento dos estados depressivos bem como as suas conseqüências ao nível da capacidade dos idosos em realizar as suas atividades de vida diárias.

Ao abordar a depressão na terceira idade, entendeu-se que esta envolve uma panóplia de causalidades e manifestações que interagem entre elas. Esta perturbação do humor pode estar relacionada com fatores físicos e genéticos da idade avançada, assim como causas psicossociais ou, derivar do tipo de personalidade ou da adaptação face aos acontecimentos de vida geradores de *stress*. A sua sintomatologia é também variada, podendo a depressão manifestar-se nos idosos em diversas formas, com sintomas de alterações de humor, neurovegetativos, cognitivos e psicóticos, podendo terminar em suicídio. Nos idosos, o transtorno depressivo manifesta-se maioritariamente na forma atípica, adquirindo contornos de ansiedade (pânico e fobias) e somatização. Além disso não poucas vezes, a sua sintomatologia é confundida com demência, pelo que permanece subdiagnosticada e, conseqüentemente, não é tratada. É importante compreender que a depressão é muito mais do que tristeza, podendo as suas conseqüências serem devastadoras para o idoso.

Compreendeu-se, pela revisão da literatura efetuada, que a institucionalização pode surgir como fator positivo na vida do idoso, uma vez que proporciona resposta às suas necessidades de saúde, de conforto, e inclusive sociais, retirando-o muitas vezes da solidão e do isolamento. No entanto, trata-se de um antagonismo, pois a entrada para a instituição envolve uma mudança drástica na vida do idoso, exigindo uma capacidade de adaptação que ele pode já não ter, uma vez que as estratégias de *coping* tendem a ser menos eficazes com o avançar da idade. O processo de decisão pela institucionalização pode, por si só, ser importante para o surgimento de posteriores sintomas depressivos no idoso. Se a decisão é tomada por iniciativa própria, em conjunto com a família ou por terceiros, assim como os fatores, físicos e biológicos, psicológicos e cognitivos, familiares e sociais que contribuem para a tomada de decisão vão constituir variáveis decretórias sob a forma como a institucionalização será encarada. A institucionalização do idoso, com todas as modificações que exige na sua vida e pela necessidade de adaptação que acarreta, pode ser desencadeante de estados depressivos ou agravar condições depressivas já existentes.

Na investigação realizada encontrou-se um índice de depressão elevado (64,7%) entre os idosos institucionalizados, sendo as mulheres que apresentaram maior prevalência de sintomas depressivos, segundo a Escala de Depressão Geriátrica.

Pode observar-se ainda a relação existente entre a idade e a depressão nos idosos institucionalizados, uma vez que a maior prevalência de depressão se encontra nas idades mais avançadas. Quanto às restantes variáveis sociodemográficas em estudo – tempo de institucionalização, estado civil, meio onde reside, habilitações literárias e religião – não houve evidência estatística que comprovasse a sua influência sobre a ocorrência de depressão. No entanto, no que respeita ao estado civil, notou-se uma maior tendência para a ocorrência de depressão entre os idosos viúvos, comparativamente com as restantes categorias, apesar desta diferença entre médias não ser estatisticamente significativa.

No que remete para a depressão nos idosos institucionalizados e o nível de incapacidade funcional, provou-se existir uma relação de reciprocidade. Isto é, percebeu-se que o nível de incapacidade funcional influencia a ocorrência de depressão, uma vez que o maior índice de depressão encontrou-se entre os idosos com maior nível de incapacidade funcional (elevado). Por outro lado, às pontuações mais elevadas obtidas na EDG e que correspondem à ocorrência de um maior número de sintomas depressivos nos idosos inquiridos, correspondem os níveis mais elevados de incapacidade funcional, ou seja,

quanto mais sintomas depressivos a pessoa idosa apresenta, mais comprometida se apresenta também a sua autonomia na realização das AVDs. A análise das componentes da Escala de Depressão Geriátrica mostrou também conclusões interessantes, uma vez que comprova que todas as suas “partes” exercem influência sobre a incapacidade funcional do idoso. Além disso, foi possível estabelecer uma analogia entre cada uma das componentes e um nível de incapacidade funcional específico – à componente bem-estar/mal-estar associou-se a dependência funcional elevada, à componente humor triste associou-se a incapacidade funcional moderada e à componente falhas físicas e mentais associou-se a incapacidade funcional ligeira. Estas últimas conclusões necessitariam de ser aprofundadas por mais pesquisa, pois trata-se de uma questão pouco explorada na literatura consultada.

Todas as temáticas abordadas nesta investigação mostraram-se bastante interessantes e pertinentes, com um vasto leque de assuntos que poderiam ser explorados e aprofundados, o que não pode acontecer devido ao *timing* estipulado para a sua realização, sendo esta uma investigação do tipo transversal. Quanto aos obstáculos encontrados durante o processo de investigação, note-se a dificuldade em reunir uma amostra numericamente aceitável, pelo que houve necessidade de recorrer a duas instituições distintas, fator que, por outro lado, contribuiu para uma maior heterogeneidade da amostra (Alentejo e Algarve). Além disso, o estabelecimento de uma relação de confiança com os idosos inquiridos exigiu tempo e disponibilidade, assim como a diminuição da capacidade auditiva e visual de alguns deles dificultou a colheita de dados. Aquando da realização da revisão da literatura, a dificuldade prendeu-se sobretudo com a quantidade reduzida de investigação que existe ainda na área do envelhecimento e da depressão na terceira idade, sobretudo quando procuramos estudos realizados no âmbito nacional. No entanto e, superadas as dificuldades, esta foi uma investigação que decorreu sem grandes percalços e para a qual obtive total colaboração das instituições envolvidas e dos idosos que aceitaram participar.

Devido à importância da sua temática e ao comprovado envelhecimento da população global, a depressão em idosos institucionalizados tem vindo a ganhar destaque. Assim, considero que este estudo, juntamente com aqueles que têm, timidamente, vindo a surgir no panorama português, poderá constituir um alicerce para outras possíveis investigações na área da gerontologia.

BIBLIOGRAFIA

- Alencar, M.A.; Bruck, N.N.S.; Pereira, B.C.; Câmara, T.M.M. & Almeida, R.D.S. (2012). *Perfil dos idosos residentes em uma instituição de longa permanência*. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia. Vol.4, N.15. Rio de Janeiro. pp.785-796.
- Alexopoulos, G.S., Borson, S., Cuthbert, N., Devanand, D.P., Mulsant, B.H., Olin, J.T. & Oslin, D.W. (2002). *Assessment of Late Life Depression*. Society of Biological Psychiatry, N.52, pp. 164-174.
- Alonso, I.Z. (2003). *La depresion en la tercera edad*. Revista electrónica de Geriátría y Gerontología, Vol. 5, N.º 2. Consultado a 10-11-2012, disponível em <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/boletin/2003/numero-07/art-03-09-01.pdf>.
- American Psychological Association (s.d.). *Depression*. Consultado a 28-04-2014, disponível em <http://www.apa.org/topics/depress/>.
- Baldwin, D.S. & Hirschfeld, R.M.A. (2003). *Depressão*. Porto: Medisa. Edições e Divulgações Científicas, Lda.
- Ballone, G.J. & Moura E.C. (2006). *Depressão e Ansiedade no Idoso*. Consultado a 29-04-2014, disponível em <http://psiqweb.med.br/>.
- Ballone, G.J. (2007). *Depressão: o que é isso?*. Consultado a 28-04-2014, disponível em <http://www.psiqweb.med.br/>.
- Bloom, D.E.; Boersch-Supan, A.; McGee, P. & Seike, A. (2011). *Population Aging: Facts, Challenges, and Responses*. Program on the Global Demography of Aging. Working Paper N.71, Harvard Initiative for Global Health. Consultado a 05-02-2014, disponível em http://www.hsph.harvard.edu/pgda/WorkingPapers/2011/PGDA_WP_71.pdf.
- Bolander, V.R. (1998). *Enfermagem Fundamental – Abordagem Psicofisiológica*. Lisboa: Lusodidacta.
- Cardão, S. (2009). *O Idoso Institucionalizado*. Lisboa: Coisas de Ler.

- Carvalho, P. & Dias, O. (2011). *Adaptação dos idosos institucionalizados*. Revista Millenium, N.40, pp. 161-184.
- Choi, N.G., Ransom, S. & Wyllie, R.J. (2008). *Depression in older nursing home residents: The influence of nursing home environmental stressors, coping, and acceptance of group and individual therapy*. Aging & Mental Health, Vol.12, N.5, pp. 536 – 547. Doi: 10.1080/13607860802343001.
- Dantas, L.C.V., Ferreira, L.A.K., Andrade, C.V.S., Silva, S.M.S. & Soares, E. (2013). *Impactos da institucionalização na saúde mental do idoso*. Revista Portal de Divulgação, São Paulo. Ano 4, N.36, pp. 35 – 43.
- Direção-Geral da Saúde (2005). *Psiquiatria e Saúde Mental das Pessoas Idosas*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde (2011). *Acidente Vascular Cerebral: Prescrição de Medicina Física e de Reabilitação*. Norma n.º 054/2011 de 27/12/2011, Ministério da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde (2013). *Portugal: Saúde Mental em números 2013*. Programa Nacional para a Saúde Mental. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- DSM-IV (1994). *Classificação das Doenças Mentais*. Psicosite. Consultado a 24-04-2014, disponível em http://www.psicosite.com.br/cla/d_humor.htm#29383.
- Duarte, I.A. (2011). *A institucionalização do idoso no concelho de Anadia*. Revista Transdisciplinar de Gerontologia, Ano 5, Vol.4, N.2. Universidade Sénior Contemporânea, pp.37-45.
- Estrada, A., Cardona, D., Segura, A.M., Ordóñez, J., Osorio, J.J. & Chavarriaga, L.M. (2013). *Síntomas depressivos en adultos mayores institucionalizados y factores asociados*. Universitas Psychologica, 12(1), pp. 81 – 94.
- European Commission. (2011). *Demography Report 2010: Older, more numerous and diverse Europeans*. Luxembourg: Publications Office of the European Union. Doi: 10.2767/79004.
- Fernandes, P. (2000). *A depressão no idoso*. Lisboa: Quarteto Editora.

- Fernández-Ballesteros, R. (Coord.) (2009). *Gerontologia Social*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Fonseca, A.M. (2006). *O Envelhecimento: Uma abordagem psicológica*. 2.^a Ed. Lisboa: Universidade Católica Editora.
- Fontaine, R. (2000). *Psicologia do envelhecimento*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Fortes-Burgos, A.C.G.; Neri, A.L. & Cupertino, A.P.F.B. (2008). *Eventos estressantes, estratégias de enfrentamento, auto-eficácia e sintomas depressivos entre idosos residentes na comunidade*. *Psicologia: Reflexão Crítica*, Vol.21, N.º1, pp. 74-82.
- Fortin, M.F. (1999). *O Processo de Investigação – da concepção à realização*. Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Grinberg, L.P. (2006). *Depressão em idosos – desafios no diagnóstico e tratamento*. *Revista Brasileira de Medicina e Pediatria Moderna*, Brasil: Grupo Editorial Moreira Jr., pp. 317-330.
- Harrison, P.; Gueddes, J. & Sharpe, M. (2006). *Guia Prático de Psiquiatria*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Horta, A.L.M.; Ferreira, D.C.O. & Zhao, L.M. (2010). *Envelhecimento, estratégias de enfrentamento do idoso e repercussões na família*. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, Vol.63, N.º4, pp. 523-528.
- Instituto Nacional de Estatística (2004). *Decréscimo e Envelhecimento da População até 2050*. Destaque - Informação à Comunicação Social: Projeções de População Residente, Portugal e NUTS II 2000-2050.
- Instituto Nacional de Estatística (2013). *Censos 2011: Resultados Definitivos*. Consultado a 06-02-2014, disponível em http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=censos2011_apresentaca
- Laureano, R.M.S. (2011). *Testes de Hipóteses com SPSS – O Meu Manual de Consulta Rápida*. 1.^a Ed. Lisboa: Edições Sílabo, Lda.

- Lima, M.T.R., Silva, R.S. & Ramos, L.R. (2009). *Fatores associados à sintomatologia depressiva numa coorte urbana de idosos*. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria* 58(1), pp. 1-7.
- Luppa, M., Luck, T., Koning, H., Angermeyer, M.C. & Riedel-Heller, S.G. (2012)^a. *Natural course of depressive symptoms in late life. An 8-year population-based prospective study*. *Journal of Affective Disorders*, N.142, pp. 166-171. Doi: 10.1016/j.jad.2012.05.009.
- Luppa, M., Sikorski, C., Luck, T., Ehrek, L., Konnopka, A., Wiese, B., Weyerer, S., Koning, H. & Riedel-Heller, S.G. (2012)^b. *Age and gender-specific prevalence of depression in latest-life – Systematic review and meta-analysis*. *Journal of Affective Disorders*, N.136, pp. 212-221. Doi: 10.1016/j.jad.2010.11.033.
- Minosso, J.S.M.; Amendola, F.; Alvarenga, M.R.M. & Oliveira, M.A.C. (2010). *Validação, no Brasil, do Índice de Barthel em idosos atendidos em ambulatórios*. *Acta Paulista de Enfermagem*, Vol.23, N.2, pp. 218-223.
- Moura, M.M.S. (2002). *As respostas sociais no apoio aos idosos – Opções tradicionais e novas perspectivas*. III Encontro das Misericórdias do Distrito de Aveiro, Misericórdia de Aveiro.
- Neu, D.K.M., Lenardt, M.H., Betioli, S.E., Michel, T. & Willing, M.H. (2011). *Indicadores de depressão em idosos institucionalizados*. *Cogitare Enfermagem*, Universidade Federal do Paraná, 16(3), pp. 418 – 423.
- Organização Pan-Americana da Saúde & Organização Mundial da Saúde (2001). *Relatório sobre a Saúde no Mundo. Saúde Mental: Nova Concepção, Nova Esperança*. Genève: Organização Mundial da Saúde.
- Ortiz, L.A., Ballesteros, J.C. & Carrasco, M. (Coord.) (2006). *Psiquiatria Geriátrica*. 2.^a Ed. Barcelona: Masson, S.A.
- Paúl, C. & Fonseca, A.M. (Coord). (2005). *Envelhecer em Portugal*. 1.^a Ed. Lisboa: Climepsi Editores.

- Paúl, C. & Ribeiro, O. (Coord.) (2012). *Manual de Gerontologia: Aspetos biocomportamentais, psicológicos e sociais do envelhecimento*. Lisboa: Lidel – edições técnicas, lda.
- Peña-Solano, D.M., Herazo-Dilson, M.I. & Calvo-Gómez, J.M. (2009). *Depresión en ansianos*. Revista Facultad Medicina. N.57, pp. 347 – 355.
- Pimentel, L.M. (2001). *O Lugar do Idoso na Família: Contextos e Trajectórias*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Pocinho, Farate, Dias, Lee & Yesavage (1999). *Clinical and Psychometric Validation of the Geriatric Depression Scale (GDS) for Portuguese Elders*. Clinical Gerontologist, Vol.32, pp. 223-236. Doi: 10.1080/07317110802678680.
- Pocinho, M. (2012). *Metodologia de Investigação e Comunicação do Conhecimento Científico*. Lisboa: Lidel – edições técnicas, Lda.
- Pocinho, M.T.S. (2007). *Factores Socioculturais, Depressão e Suicídio no Idoso Alentejano*. Dissertação de Doutoramento em Ciências Biomédicas (Saúde Mental) do Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Universidade do Porto.
- Pordata (s.d.). *Números de Portugal*. Fundação Francisco Manuel dos Santos. Consultado a 28-01-2014, disponível em <http://www.pordata.pt/Tema/Portugal/Populacao-1>.
- Powell, J.L. (2010). *The Power of Global Aging*. Ageing International Journal – Springer, N.35. pp. 1-14. Doi: 10.1007/s12126-010-9051-6.
- Prados, I.T., Cañete, O.R., Moreno, M.F., Sánchez, L.A., García, L.M. & García, J.R. (2010). *Dependencia y familia: una perspectiva socio-económica*. Colección Estudios Serie Dependencia n.º 12013. Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales. Consultado a 22-04-2014, disponível em <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/dizy-dependencia-01.pdf>.

- Protecção Social a Idosos (2011). *Rede de Serviços e Equipamentos Sociais*. SERGA, Governo da Republica Portuguesa e Fundo Social Europeu. Consultado a 29-03-2014, disponível em <http://www.updigital.pt/clientes/serga/website/userfiles/files/protec%C3%A7%C3%A3o%20social%20a%20idosos%20RN.pdf>.
- Rabelo, D.F. & Cardoso, C.M. (2007). *Auto-eficácia, doenças crônicas e incapacidade funcional na velhice*. Psico-USF, Vol.2, N.1, pp. 75-81.
- Rocha, B.M.P. & Pacheco, J.E.P. (2013). *Idoso em situação de dependência: estresse e coping do cuidador informal*. Acta Paulista de Enfermagem, Vol.26, N.º1, pp.50–56.
- Rosa, M.J.V. (2012). *O Envelhecimento da Sociedade Portuguesa*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Salgueiro, H.D. (2007). *Determinantes psico-sociais da depressão no idoso*. Revista Nursing, Vol.17, N.º 222, pp. 7-11.
- Segurança Social (2013). *Idosos*. Consultado a 29-03-2014, disponível em <http://www4.seg-social.pt/idosos>. Atualizado a 23-08-2013
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lisboa: Lidel – edições técnicas, Lda.
- Serviço de Estudos sobre a População do Departamento de Estatísticas Censitárias e da População (2002). *O Envelhecimento em Portugal: Situação demográfica e socio-económica recente das pessoas idosas*. Revista de Estudos Demográficos. Consultado a 29-04-2014, disponível em http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=ine_censos_estudo_det&menuBOUI=13707294&contexto=es&ESTUDOSest_boui=106370&ESTUDOSmodo=2&selTab=tab1.
- Silva, E.R., Sousa, A.R.P., Ferreira, L.B. & Peixoto, H.M. (2012). *Prevalência e fatores associados à depressão entre idosos institucionalizados: subsídio ao cuidado de enfermagem*. Revista da Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 46(6), pp. 1387 – 1393.

- Siqueira, G.R., Vasconcelos, D.T., Duarte, G.C., Arruda, I.C., Costa, J.A.S. & Cardoso, R.O. (2009). *Análise da sintomatologia depressiva nos moradores do Abrigo Cristo Redentor através da aplicação da Escala de Depressão Geriátrica (EDG)*. Revista Ciência & Saúde Coletiva, 14(1), pp. 253 – 259.
- Souza-Talarico, J.; Caramelli, P.; Nitrini, R. & Chaves, E. (2009). *Sintomas de estresse e estratégias de coping em idosos saudáveis*. Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Vol. 43, N.º4, pp. 803-809.
- Stella, F., Gobbi, S., Corazza, D.I. & Costa, J.L.R. (2002). *Depressão no idoso: diagnóstico, tratamento e benefícios da atividade física*. Motriz – Revista de Educação Física. Vol.8, N.3, pp. 91-98.
- Vaz, S.F.A. & Gaspar, N.M.S. (2011). *Depressão em idosos institucionalizados no distrito de Bragança*. Revista de Enfermagem Referência, III Série, N.4, pp. 49 – 58.
- Wilkinson, G., Moore, B. & Moore, P. (2005). *Guia Prático do Tratamento da Depressão*. Lisboa: Climepsi Editores.

ANEXOS

Anexo I

Pedido de autorização para realização de estudo no CAI

Exmo. Sr. Presidente da Direcção do Centro de Apoio a Idosos de Portimão

Assunto: Pedido de autorização para realização de estudo no Centro de Apoio a Idosos de Portimão

Rita Isabel Coelho Cavaco Pereira, Enfermeira, a desempenhar funções no Serviço de Ginecologia do Hospital de Portimão integrante do Centro Hospitalar do Algarve e frequentando o 2º e último ano do Mestrado em Gerontologia Social, da Escola de Educação e Comunicação e Escola Superior de Saúde da Universidade do Algarve (Faro) pretendo realizar a dissertação final de mestrado sob a orientação do Prof. Doutor José Eusébio Pacheco (docente da instituição), tendo como objectivo *avaliar a presença de depressão nos idosos institucionalizados* através da aplicação de um questionário sociodemográfico e escalas de avaliação da depressão e grau de dependência funcional.

Sendo a vossa instituição de grande reputação na região e uma vez que sou residente em Portimão, pretendo realizar a minha investigação no Centro de Apoio a Idosos de Portimão. Venho então, por este meio, solicitar a V. Exa. autorização para proceder à fase de recolha de dados junto dos idosos residentes na instituição que V. Exa. dirige, entre os meses de Novembro e Janeiro de 2013/2014. Gostaria também de pedir a V. Exa. que me facultasse dados da instituição relativamente ao número de residentes com idade igual ou superior a 65 anos, com e sem diagnóstico médico de depressão e que estejam em condições de poder colaborar neste estudo.

Comprometo-me a respeitar todos os requisitos éticos que um trabalho desta natureza obriga. Para tal, e para além da vossa autorização providenciarei o consentimento informado de todos os utentes incluídos no estudo. Comprometo-me também a facultar posteriormente uma cópia da dissertação que pretendo desenvolver.

Fico disponível para qualquer esclarecimento adicional e a aguardar a sua melhor resposta.

Grata desde já pela atenção, com os melhores cumprimentos.

Portimão, 15 de Outubro de 2013

(Rita Pereira)

Autorização para o estudo no CAI



Centro de Apoio a Idosos
Portimão

Ex.º Sr.

Rita Isabel Coelho Cavaco Pereira

8500-826 Portimão

Sua referência:

Sua comunicação de:

Nossa referência:

PORTIMÃO

OP. 1003 LC

17-10-2013

ASSUNTO *"Autorização para realização de estudo".*

Exma. Senhora

Vimos, no contexto da sua prezada solicitação, informar que a Direção se encontra disponível quer para V.ª Ex.ª efetue a recolha de elementos empíricos que entenda desejáveis, bem assim todos os elementos internos que entenda arrolar para a sua tese.

Com os votos de um trabalho exitoso, somos com especial consideração e estima

Cordialmente
O Presidente da Direção
PORTIMÃO
José Braquel Figueiredo Santos

Mod.1/SA/ext.

Instituição Particular de Solidariedade Social, Contribuinte N.º 500 875 839, fundada no ano de 1932.
Avenida S. João de Deus, n.º 2 - 8500-509 Portimão - E-mail: info@cai-portimao.pt
Telef: 282 450 800 • Telem.: 912 220 268 / 968 777 004 • Fax: 282 450 809

Pedido de autorização para realização de estudo no Lar de São Bento

Reverendo Padre Francisco Encarnação

Assunto: Pedido de autorização para realização de estudo no Lar de São Bento

Rita Isabel Coelho Cavaco Pereira, Enfermeira, a desempenhar funções no Serviço de Ginecologia do Hospital de Portimão integrante do Centro Hospitalar do Algarve e frequentando o 2º e último ano do Mestrado em Gerontologia Social, da Escola de Educação e Comunicação e Escola Superior de Saúde da Universidade do Algarve (Faro) pretendo realizar a dissertação final de mestrado sob a orientação do Prof. Doutor José Eusébio Pacheco (docente da instituição), tendo como objetivo *avaliar a presença de depressão nos idosos institucionalizados* através da aplicação de um questionário sociodemográfico e escalas de avaliação da depressão e grau de dependência funcional.

Pretendo realizar a minha investigação no Lar de São Bento e venho então, por este meio, solicitar a V. Exa. autorização para proceder à fase de recolha de dados junto dos idosos residentes na instituição, durante o mês de Janeiro de 2014. Gostaria também de pedir a V. Exa. que me facultasse dados da instituição relativamente ao número de residentes com idade igual ou superior a 65 anos, com e sem diagnóstico médico de depressão e que estejam em condições de poder colaborar neste estudo.

Comprometo-me a respeitar todos os requisitos éticos que um trabalho desta natureza obriga. Para tal, e para além da vossa autorização providenciarei o consentimento informado de todos os utentes incluídos no estudo. Comprometo-me também a facultar posteriormente uma cópia da dissertação que pretendo desenvolver.

Fico disponível para qualquer esclarecimento adicional e a aguardar a sua melhor resposta.

Grata desde já pela atenção, com os melhores cumprimentos.

Portimão, 24 de Novembro de 2013

(Rita Pereira)

Autorização para o estudo no Lar de São Bento

De: **Francisco Encarnação** ([redacted]@gmail.com) Este remetente está na [lista de contactos](#).

Enviada: segunda-feira, 25 de Novembro de 2013 14:58:56

Para: RiTa PeReiRa ([redacted]@hotmail.com)

Boa tarde Dona Rita,

Pode ser sim, poderá fazer esta recolha de dados e vou pedir ao Dr Rui para lhe facultar os dados pedidos.

Saudações, votos de uma boa semana,
Pe Francisco

Anexo II

Consentimento Informado

O meu nome é Rita Pereira e sou enfermeira no Hospital de Portimão. Encontro-me neste momento a frequentar o Mestrado em Gerontologia Social, na Universidade do Algarve, estando a realizar a dissertação sobre o tema: “*Depressão em pessoas idosas institucionalizadas*”.

Informo-o de que o questionário que lhe será apresentado, bem como as escalas a aplicar fazem parte de um trabalho de investigação para o final do curso, onde se pretende conhecer a forma como se sente consigo próprio e com o meio envolvente.

Todas as respostas que vier a dar, serão tratadas de forma confidencial, não pondo em causa a sua identidade. Assim, o seu nome e qualquer outra forma de identificação não deverão constar das páginas do formulário e escalas.

Considero-me informado dos objetivos do estudo e aceito participar no mesmo.

Portimão, ___/___/___ **Ass.:** _____

Agradeço a sua colaboração

Rita Pereira

Anexo III

Questionário Sociodemográfico

1. Género: Feminino Masculino

2. Idade: anos

3. Data de admissão na instituição:

4. Estado Civil:
Casado/União de facto
Solteiro
Divorciado/Separado
Viúvo

5. Residente em:
Zona Rural
Zona Urbana

6. Habilitações Literárias:
Analfabeto/Sabe apenas assinar o nome
Sabe ler e escrever
Ensino básico
Ensino Secundário
Ensino Superior

7. Religião:
Católica
Ortodoxa
Protestante
Judaica
Muçulmana
Ateísta

8. Diagnóstico de depressão: Sim Não

9. Toma medicação antidepressiva? Sim Não

Anexo IV

Escala de Depressão Geriátrica

Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage (1983)

(adaptada à população portuguesa por Pocinho, 2007)

Assinale com um círculo em redor do número correspondente à resposta dada – exemplo: (1)

DGS	Sim	Não
1- Está satisfeito com a sua vida atual?	0	1
2- Abandonou muitas das suas atividades e Interesses?	1	0
3- Sente que a sua vida está vazia?	1	0
4- Anda muitas vezes aborrecido?	1	0
5- Encara o futuro com esperança?	0	1
6- Tem pensamentos que o incomodam e não consegue afastar?	1	0
7- Sente-se animado e com boa disposição a maior parte do tempo?	0	1
8- Anda com medo que lhe vá acontecer alguma coisa má?	1	0
9- Sente-se feliz a maior parte do tempo?	0	1
10- Sente-se muitas vezes desamparado ou desprotegido?	1	0
11- Fica muitas vezes Inquieto e nervoso?	1	0
12- Prefere ficar em casa em vez de sair e fazer outras coisas?	1	0
13- Anda muitas vezes preocupado com o futuro?	1	0
14- Acha que tem mais problemas de memória do que as outras pessoas?	1	0
15- Atualmente, sente-se muito contente por estar vivo?	0	1
16- Sente-se muitas vezes desanimado e abatido?	1	0
17- Sente que, nas condições atuais, é um pouco inútil?	1	0
18- Preocupa-se muito com o passado?	1	0
19- Sente-se cheio de interesse pela vida?	0	1
20- Custa-lhe muito meter-se em novas atividades?	1	0
21- Sente-se cheio de energia?	0	1
22- Sente que para a sua situação não há qualquer esperança?	1	0
23- Julga que a maior parte das pessoas passa bem melhor que o senhor?	1	0
24- Aflige-se muitas vezes por coisas sem grande importância?	1	0
25- Da-lhe muitas vezes vontade de chorar?	1	0
26- Sente dificuldade em se concentrar?	1	0
27- Evita estar em locais onde estejam muitas pessoas (reuniões sociais)?	1	0

Anexo V

Índice de Barthel

1- Alimentação	Independente	10
	Precisa de alguma ajuda (por exemplo para cortar os alimentos)	5
	Dependente	0
2- Transferências	Independente	15
	Precisa de alguma ajuda	10
	Necessita de ajuda de outra pessoa, mas não consegue sentar-se	5
	Dependente, não tem equilíbrio sentado	0
3- Toalete	Independente a fazer a barba, lavar a cara, lavar os dentes	5
	Dependente, necessita de alguma ajuda	0
4- Utilização do WC	Independente	10
	Precisa de alguma ajuda	5
	Dependente	0
5- Banho	Toma banho só (sai e entra do duche ou banheira sem ajuda)	5
	Dependente, necessita de alguma ajuda	0
6- Mobilidade	Caminha 50 metros sem ajuda ou supervisão (pode usar ortóteses)	15
	Caminha menos de 50 metros, com pouca ajuda	10
	Independente, em cadeira de rodas, pelo menos 50 metros incluindo esquinas	5
	Imóvel	0
7- Subir e descer escadas	Independente, com ou sem ajudas técnicas	10
	Precisa de ajuda	5
	Dependente	0
8- Vestir	Independente	10
	Com ajuda	5
	Impossível	0
9- Controlo Intestinal	Controla perfeitamente, sem acidente, podendo fazer uso de supositórios ou similar	10
	Acidente ocasional	5
	Incontinente ou precisa de uso de clisteres	0
10- Controlo Urinário	Controla perfeitamente, mesmo algallado desde que seja capaz de manejar a algália sozinho	10
	Acidente ocasional (máximo uma vez por semana)	5
	Incontinente, ou algallado sendo incapaz de manejar a algália sozinho	0

Total