

*Instituto Superior de Psicologia Aplicada*



**DEPRESSÃO NA PESSOA IDOSA EM DIFERENTES CONTEXTOS:  
INSTITUCIONAL  
CENTRO DE DIA  
APOIO DOMICILIARIO**

La-salette Alves Rodrigues

**N.º 11877**

Tese submetida como requisito parcial para obtenção do grau de

Mestre em Psicologia

Especialidade em Clínica

**2010**

Instituto Superior de Psicologia Aplicada

DEPRESSÃO NA PESSOA IDOSA EM DIFERENTES CONTEXTOS:

INSTITUCIONAL

CENTRO DE DIA

APOIO DOMICILIARIO

**La-salette Alves Rodrigues**

Dissertação orientada por Prof. Dr. António Pires

Tese submetida como requisito parcial para obtenção do grau de

**Mestre em Psicologia**

Especialidade em Psicologia Clínica

**2010**

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação de Dr. António Pires, apresentada no Instituto Superior de Psicologia Aplicada para obtenção de grau de Mestre na especialidade de Psicologia Clínica conforme o despacho da DGES, n.º 19673/2006 publicado em Diário da República 2ª série de 26 de Setembro, 2006.

## **Agradecimentos**

Sem o apoio e a colaboração de um amplo conjunto de pessoas, não teria sido possível alcançar os objectivos definidos, desde o início, para a conclusão da minha dissertação de mestrado.

Agradeço em especial ao Professor Doutor António Pires, supervisor do Seminário de Dissertação de Mestrado Integrado no ISPA, pela sua orientação, direcção e confiança sobre o meu trabalho.

Agradeço a todas as instituições, lar Padre Henrique, Mansão de São Jorge, Nobre Frei, Centro Paroquial e Social do Salvador e Centro de dia do bairro da Conceição, sem a colaboração dos seus superiores não seria possível, aceder a esta população.

À minha família e amigos, principalmente aos meus pais, Eglantina e José Horta, e a Antónia Cavaco, Conceição Alves, Marta Baptista, João Pereira, Ricardo Vilallonga, Maria Antonieta, pela motivação sempre recebida para continuar e finalizar o objectivo.

Fico eternamente agradecida aos idosos que participaram neste estudo, foram eles que me deram a possibilidade de o fazer. As suas histórias, para além das respostas às respectivas perguntas que eram necessárias, serão para sempre guardadas com muito carinho.

## Resumo

Esta tese insere-se no contexto da psicologia do idoso, onde se incluirá o tema da depressão do idoso em contexto de lar, em contexto de centro de dia e em contexto de apoio domiciliário.

Este estudo procurou conhecer a depressão no idoso, mediante o contexto em que está inserido.

Foi utilizada a “Escala de Depressão Geriátrica” (autores: Paradela Emylucy Martins Paiva, Lourenço Roberto Alves, Veras Renato Peixoto).

A principal conclusão sustenta que existe ainda, pouca informação sobre a depressão em geral, essencialmente no idoso, logo um distanciamento para a resolução deste mesmo problema, adiando uma melhor qualidade de vida na 3ª idade.

O estudo mostrou perante as variáveis estudadas e analisadas estatisticamente, que são, a idade, o género, o estado civil, o contexto, o tempo de institucionalização e as habilitações literárias, não haver relação significativa com a depressão, a não ser o género. Existem significativamente mais mulheres idosas a apresentar depressão ligeira (41.2%) comparativamente ao género masculino.

Foram inquiridas 82 pessoas, dessas 55, ou seja, 67 % de toda esta população apresentou, como resultados da escala aplicada, ausência de depressão.

**Palavras-Chave:** Depressão; idosos; institucionalização.

## *Abstract*

This thesis falls within the context of the psychology of the elderly, which will include the subject, depression in the elderly, in the context of, nursing home, day care and home support.

This study aimed to know the depression in the elderly by the context in which it appears.

Was used the “Escala de Depressão Geriátrica” (authors: Paradelo Emylucy Martins Paiva, Lourenço Roberto Alves, Veras Renato Peixoto).

The main conclusion contends that there is still little information about depression in general, mainly in the elderly, so there is a detachment to solve this same problem in order to provide better life quality in the 3rd age.

The study showed through the variables, as age, gender, marital status, context, time of institutionalization and the qualifications, studied and analyzed statistically, that there is no significant connection with depression, except in the gender. There are significantly more elderly women to produce mild depression (41.2%) compared to males.

The study surveyed 82 people, showing that 55 of them, or 67% of the entire population, presented as results by the scale applied, with absence of depression.

**Keywords:** Depression, elderly, institutionalization.



## Índice

<b>I – Introdução .....</b>	<b>1</b>
<b>II – Enquadramento Teórico .....</b>	<b>3</b>
2.1- Envelhecimento .....	3
2.2 – A nossa Idade .....	4
2.3 – Depressão .....	6
2.4 – Depressão no Idoso .....	7
2.4.1 – O Idoso e a Solidão .....	9
2.4.2 - Autonomia no Idoso .....	10
2.5 - Evolução da Conceção da Pessoa Idosa .....	12
2.6- Pessoa Idosa no contexto Institucional .....	14
2.7 - Pessoa Idosa no contexto de Centro de Dia .....	15
2.8 - Pessoa Idosa no contexto de Apoio Domiciliário .....	16
<b>III – Método .....</b>	<b>17</b>
3.1 – Participantes .....	17
3.2 – Definição das Variáveis .....	17
3.3 – Procedimento do Estudo .....	20
3.4 – Instrumento Utilizado .....	21
<b>IV – Resultados .....</b>	<b>22</b>
<b>V – Discussão .....</b>	<b>31</b>
<b>VII – Referências Bibliográficas .....</b>	<b>34</b>

**II**

**VIII – Anexos ..... 36**

**Lista de Anexos**

ANEXO A: Escala Geriátrica da Depressão



## I - Introdução

A questão da depressão no idoso surge ligada à preocupação, da qualidade de vida dos mesmos, às suas reais condições de vida. É neste contexto que se pretende explorar, a qualidade de vida emocional do idoso, em três diferentes contextos institucionais.

Pretende-se neste trabalho perceber, em qual dos contextos institucionais (lar, centro de dia, apoio domiciliário) o idoso sente mais tristeza, mais alegria, qual dos contextos o poderá deixar mais vulnerável a contrair um quadro depressivo.

Nos nossos dias com a diminuição da natalidade e com o conseqüente envelhecimento da população, surge a necessidade de proporcionar uma maior qualidade de vida aos idosos. Este é um facto generalizado no mundo inteiro e é de extrema importância o estudo de novos métodos e estratégias, que proporcionem ao idoso um maior bem-estar físico, psicológico e social.

O termo idoso aplica-se às populações que se caracterizam por terem conseguido viver determinado tempo, ou alcançado uma expectativa de vida esperada.

Envelhecimento refere-se ao processo de crescimento e senescência que ocorre com o decorrer dos anos e que é um dos estágios de desenvolvimento.

A cada dia que passa, acumulam-se evidências de que nem todos envelhecem da mesma maneira, nem com a mesma rapidez.

Segundo Oliveira (2005), existe uma perda progressiva e irreversível da capacidade de adaptação do organismo às condições mutáveis do ambiente. No processo do envelhecimento, estão presentes factores inerentes ao próprio sujeito, como a idade, as perdas sofridas e a adaptação à velhice, mas também factores que têm a ver com o próprio meio em que o idoso está inserido. Os idosos são particularmente vulneráveis às modificações do ambiente, pois possuem frequentemente défices sensoriais e/ou outros problemas.

Quando o ambiente é inadequado e ameaça a integridade do idoso, este pode regredir e o seu estado de saúde pode deteriorar-se rapidamente (Santos, 2002).

Com o envelhecimento começa a surgir a necessidade de respostas sociais relativamente à integração do idoso. Quando o grau de dependência do indivíduo se faz sentir

na sua própria vida, assim como, no seio de uma família, exige-se uma mobilização de recursos. Como resposta a essa situação, aposta-se, na maioria das vezes no apoio das respostas sociais existentes na sociedade (Lares para pessoas idosas; Serviço de Apoio Domiciliário integrado; Centros de Dia).

Os Lares para pessoas idosas, são uma resposta social desenvolvida em alojamento colectivo, de utilização temporária ou permanente em situação de maior risco de perda de independência e/ou autonomia (silva, 2001:184)

Os Serviços de Apoio Domiciliário, são uma resposta social, que se prende, com a prestação de cuidados individualizados e personalizados ao domicílio, a indivíduos e famílias, quando por motivo de doença, deficiência ou outro impedimento, não passam a assegurar temporária ou permanentemente a satisfação das suas necessidades básicas e/ou actividades básicas das suas vidas dárias. (Silva, 2001:183)

Os Centros de Dia, são outra, das respostas sociais, apresentadas na sociedade, que consiste na prestação de um conjunto de serviços que contribuem para a manutenção dos idosos no seu meio sócio-familiar. (Silva,2001:181)

A justificação deste estudo, surge no sentido de dar importância aos nossos idosos, a essa fase das suas vidas, assim como a avaliação da qualidade emocional, social e biológica dos mesmos.

Dada a grande complexidade desta problemática, propõe-se como objectivo do presente estudo, procurar fazer uma avaliação do estado depressivo do idoso. Avaliar o bem-estar psicológico, na pessoa idosa nestes diferentes contextos sociais, abordados anteriormente.

A estrutura do presente trabalho organiza-se numa primeira parte, por uma pesquisa bibliográfica no domínio do processo de envelhecimento. São apresentados conceitos relacionados com o envelhecimento, a idade, como evolui o idoso na sua concepção, a depressão no geral, a depressão no idoso, bem como a pessoa idosa nos três contextos institucionais (lar, centro de dia e apoio domiciliário). Numa segunda parte é apresentada a metodologia, onde são apresentados os participantes, definidas as variáveis, é descrito o procedimento, o instrumento, os resultados e por fim a discussão de resultados.<sup>2</sup> – Enquadramento Teórico

## **II- Enquadramento Teórico**

### **2.1 – Envelhecimento**

O envelhecimento foi definido por Fontaine, como o conjunto de processos ou fenómenos dinâmicos que o organismo sofre após a sua fase de desenvolvimento, e que provocam modificações biológicas ou psicológicas.

Para o autor o conceito de envelhecimento difere do conceito de velhice. O primeiro é sinónimo de “senescência” e o segundo representa o grupo das pessoas com mais de sessenta anos.

“Envelhecimento e desenvolvimento são conjuntos de fenómenos dinâmicos que evocam transformações do organismo de natureza biológica ou psicológica em função do tempo” (Fontaine, R. 2000)

A abordagem long life span é muitas vezes falada pelos investigadores anglo-saxónicos, esta abordagem, é uma abordagem de “vida inteira”. Ela foca-se essencialmente no facto de serem observáveis profundas modificações psicológicas ao longo de toda a vida. Esta abordagem tem uma forte tonalidade relativamente ao princípio de Freud, segundo o qual a nossa estrutura mental se constrói durante a infância e que durante toda a vida, com melhor ou pior resultado, nós aprendemos a “viver com”. O entendimento do envelhecimento exige, assim, uma abordagem de “vida inteira”.

O resultado do envelhecimento é uma continuidade da vida de jovens e adultos, na lógica de que se envelhece como se viveu.

Os prazeres do físico vão sendo progressivamente substituídos pelos prazeres do espírito, como se de uma libertação se tratasse.

O envelhecimento não é um estado, mas sim um processo de degradação progressiva e diferencial. Este processo afecta todos os seres vivos e o seu termo natural é a morte do organismo. É assim impossível de datar o seu começo, porque de acordo com o nível ao qual ele se situa (biológico, sociológico ou psicológico)

O fenómeno do envelhecimento humano tem vindo a aumentar nas últimas décadas, sendo o reflexo, o aumento da esperança de vida sobretudo nos países industrializados.

Contudo, este fenómeno tende a expandir-se aos países em vias de desenvolvimento, devido aos avanços da medicina.

Segundo Binet e Bourdieu citado por Fernandes (2002:21), o envelhecimento está relacionado com modificações morfológicas, fisiológicas, bioquímicas e psicológicas do organismo humano ao longo da vida, bem como, pode constituir uma perda progressiva e inevitável da capacidade do indivíduo resistir às mudanças do meio ambiente. Há ainda a salientar que o envelhecimento não é uma doença, mas sim um processo natural (nasce-se, amadurece-se, logo envelhece-se) e um processo universal (comum a todos os homens). No entanto, o envelhecimento não é encarado de igual forma por todos os indivíduos, isto é, varia de pessoa para pessoa, de organismo para organismo, ou seja, tem ritmos diferentes consoante a forma como este encara as fases da sua vida.

Meirelles (2000), Fonseca (1998) e Silva (1997), enfatizam que o envelhecimento é um processo dinâmico, irreversível, lento e gradual, sendo a soma de vários processos entre si, envolvendo os aspectos biopsicossocial. Lorda & Sanchez (2001), Veras (1997) e Papaléo Netto (1996), afirmam que a sociedade considera o idoso pouco importante, ser velho significa ser incapaz, é problema, vem associado a senilidade, a dependência, a perda de status social e impotência, enfim, o idoso é uma pessoa que incomoda e atrapalha as outras. Diante desta imagem tão negativa ditada pela sociedade, Papaléo Netto (1996) destaca que, o idoso recusa-se a pensar e nega o seu próprio envelhecimento.

## **2.2 – A nossa idade**

Se nos fizerem a pergunta: que idade temos? Responderemos espontaneamente a nossa idade cronológica. No entanto, nós não somos iguais perante o tempo e duas pessoas de 65 anos de idade, não têm a mesma idade, se não de um ponto de vista de registo no bilhete de identidade.

Foi considerado por Birren e Cunningham (1985) que cada pessoa não tem uma, mas três idades diferentes, ou seja, a sua idade biológica, a sua idade social e a sua idade psicológica.

O envelhecimento orgânico é o que está ligado á idade biológica. Durante a vida, cada órgão sofre modificações que diminuem o seu funcionamento ao longo do tempo, e a capacidade de auto-regulação torna-se também menos eficaz. Os órgãos não parecem envelhecer todos ao mesmo ritmo, ou seja, em cada sujeito, o envelhecimento primário, exprimir-se-á por uma degradação do seu sistema cardiovascular, noutros por um envelhecimento cerebral precoce, ou ainda o mau funcionamento, isto é, um declínio funcional de outros órgãos.

A idade social está ligada aos papéis na sociedade, aos estatutos e aos hábitos da pessoa, relativamente aos outros membros da sociedade. O que determina fortemente esta idade também, é a cultura e a história de um país.

Na transição de adulto para a terceira idade, certas pessoas consideram esta “etapa” como uma morte social, como se fossem postas de lado, o que se faz acompanhar um sentimento de inutilidade social. Uma vez que é valorizado ao extremo o trabalho, nas nossas sociedades, ser colocado a margem das actividades remuneradas pode provocar grandes problemas psicológicos em algumas pessoas. A idade social está assim associada ao papel e ao estatuto que a nossa sociedade nos atribui.

Relativamente á idade psicológica, esta é relativas as competências comportamentais, incluindo as capacidades mnésicas (a memória), as capacidades intelectuais (a inteligência) e as motivações para o empreendimento. Ter uma boa manutenção destas actividades permite uma melhor auto-estima e a conservação de um nível elevado de autonomia e de controlo.

Pode-se concluir que o envelhecimento individual não é um estado, mas um processo diferencial de degradação.

O estudo do envelhecimento reduz-se assim a estudar a interacção das causas endógenas e exógenas.

O psicólogo interessa-se especialmente pelo sistema nervoso que elabora os nossos comportamentos e as nossas representações. Durante o envelhecimento, também o sistema nervoso não foge á regra, sofrendo também ele, modificações importantes. Uma das condições para uma melhor interpretação das modificações comportamentais observadas com a idade, é uma compreensão dos mecanismos do envelhecimento das estruturas nervosas.

*“Não será a depressão mais do que a resposta, “hiper-normal”, à questão imposta pela vida (objecto presente, mas emocionalmente ausente) ”*

**(Rui Coelho)**

### **2.3 – Depressão**

A depressão poderá ser definida como uma constelação de sinais, que são observáveis, e sintomas, referidos pelo paciente e atinge várias áreas, como os afectos, o pensamento, a cognição, o comportamento e o próprio organismo, provocando alterações biológicas.

A mudança de estado de ânimo é a característica primária e dominante. Na depressão a mudança de estado de ânimo consiste no surgimento de um sentimento generalizado de tristeza, cujo grau pode variar de um desalento moderado até ao mais intenso desespero.

Do reportório humano de respostas, faz parte o afecto depressivo. Tal como a angústia, o sentimento depressivo, a depressão é, uma experiência subjectiva universal, um dos meios através dos quais o Homem tenta lidar com os conflitos, as frustrações, as decepções e as perdas. A depressão, tal com a ansiedade, ao mesmo tempo que se trata de uma experiência afectiva, de significado psicológico geral, é o sintoma principal de um quadro clínico potencialmente grave e bem definido, ao qual chamamos doença depressiva.

A depressão foi caracterizada por Freud, como uma reacção a uma perda do objecto, real ou fantasiada, não sendo a essência do fenómeno depressivo a perda propriamente dita, mas antes o processo pelo qual esta perda é codificada, isto é, pensamentos conscientes e fantasias inconscientes que organizam a forma com a perda é vivenciada. Para que exista depressão a perda do objecto deverá ser acompanhada de uma persistência do desejo do objecto e pela representação da possibilidade de o alcançar, porque narcísico e não responsivo. “ O estado depressivo consiste não só no facto do desejo ser impossível de atingir, mas também, e mais importante ainda, na representação de si próprio, na sua incapacidade de satisfação (Bleichmar, 1996) “

Segundo Coimbra de Matos, o sistema relacional do depressivo seria, de uma marcada dependência de um objecto que provê os elementos de satisfação (objecto oral) e que ao mesmo tempo, apoia (objecto analítico) uma relação oral-anaclítico e uma relação de dependência. A baixa de auto-estima (deficiência narcísica) e o self real diminuto (auto-imagem desvalorizada ou pequenez do auto-conceito) são então as duas faces, isto é, investimental e representativa do sujeito.

A estrutura depressiva, para Coimbra de Matos, organiza-se por efeito de pequenas perdas acumuladas ou como sequela de uma reacção depressiva. No entanto, também, na sequência de uma relação patológica, em que o sujeito dá mais, sobretudo afectivamente, do que recebe, vivendo num sistema de perda continua, vai-se tratar aí, de um amor não correspondido. Há uma dependência do indivíduo do objecto imaturo e narcísico, que suga o afecto e só dá para receber mais em troca.

O sujeito perante uma perda afectiva/ abandono, reage por dor, abatimento que se acompanham de raiva e revolta – reacção depressiva. O doente aqui pode fazer um desenvolvimento depressivo, que consiste essencialmente na auto desvalorização e/ou auto-acusação, tentando explicar a si mesmo a razão da perda. São aqui então elaborados, sentimentos de inferioridade e/ou culpa.

#### **2.4 - Depressão no Idoso**

A velhice sem independência e autonomia ainda faz parte de uma face oculta da opinião pública, em Portugal, pois muitas vezes é mantida no âmbito familiar dos domicílios ou nas instituições / lares, impedindo assim a sua visibilidade e dificultando uma maior preocupação política em termos de protecção social.

A depressão, representando a primeira causa de incapacidade nos países desenvolvidos no âmbito global das doenças psiquiátricas, pode atingir cerca de 20% da população, com tendência a aumentar. A depressão em conjunto com a esquizofrenia, é responsável por 60 % dos suicídios em Portugal (Ministério da Saúde, 2002) e foi revelado também que os resultados do terceiro censo psiquiátrico realizado em 2001, indicavam nos idosos, uma predominância de casos de depressão na consulta externa e na urgência.

Para as famílias e instituições que providenciam cuidado aos idosos, a depressão é altamente destruidora da qualidade de vida, e como tal, impõe uma carga social e económica para a sociedade.

Foram realizados estudos na comunidade europeia (um dos exemplos, EURODEP Study), estimam que aproximadamente oito milhões de cidadãos, com idade superior a 65 anos, sofrem formas potencialmente tratáveis de depressão (Copeland, 1999). Um dos problemas maiores de saúde pública, continua a ser a detecção clínica da depressão nos idosos.

Existem várias consequências e implicações da depressão no idoso, sob vários pontos de vista, o económico, em que há um aumento da população dependente, aumento das despesas com a saúde e a segurança social; o social, em que há alterações das relações familiares e interpessoais, maior necessidade de instituições que prestem cuidado e assistência ao idoso; o sanitário, ou seja, o aumento do consumo de cuidados primários e diferenciados, aumento da necessidade de pessoal e de instituições especializadas; e o ultimo ponto de vista, o ético, que se relaciona com a problemática do suicídio no idoso, isto tudo justificado por um estudo desta questão no nosso país, á luz do que tem vindo a ser realizado um pouco por todo o mundo.

Em muitas situações a depressão no idoso, terá de ser enquadrada, no contexto social em que o sujeito está inserido. Pode-se afirmar que sujeitos deprimidos afectam de forma relevante aqueles com que os mesmos contactam e, por seu lado, são afectados por pessoas com que se relacionam. Muitas situações de depressão estão relacionadas, com a ameaça de rompimento, ou rompimento, de vínculos ou de diversos tipos de relações afectivas com familiares próximos. Desta forma, a depressão no idoso, irá forçosamente, a curto ou a médio prazo, exercer a sua influência nos sujeitos com que se relaciona mais intimamente, em particular, os seus familiares.

Tão frequente quanto a demência, a depressão nos idosos é um motivo de hospitalização. De um modo geral, o quadro clínico que desencadeia, é parecido com o que se pode encontrar em outras idades, sendo, no entanto, menos vulgares o sentimento de culpa e a incapacidade grave. Certas características, como a hipocondria, a agitação, sintomas obsessivos e medo de indigência, são mais frequentes.

Existem três grandes factores, que em termos etiológicos, são geralmente apresentados como importantes no despertar da depressão nos idosos, segundo Marques et al (1989), são eles, os factores ambientais, os factores genéticos e os factores orgânicos.

Relativamente aos factores ambientais, são consideradas todas as situações traumáticas que se deparam aos idosos, relacionadas com as condições do meio profissional, social e/ ou familiar. Apontadas como mais importantes, são, o isolamento e a falta do convívio social; a ausência de trabalho, com conseqüente imobilidade; a saída dos filhos de casa, ou síndrome de “ninho vazio”; a morte do conjuge ou familiares; a noção de desvalorização social e profissional; a noção de “fardo”; as perdas físicas, mentais e sociais próprias da terceira idade.

No que respeita aos factores genéticos, afirma-se que existe uma predisposição para depressão em idades tardias e que as suas manifestações têm vindo a aumentar de geração em geração.

No desencadear de uma depressão, quanto aos factores orgânicos, é referido haver a existência de uma grande diversidade de afecções orgânicas que se podem manifestar, salientando-se as alterações senis e ateroscleróticas e os acidentes vasculares cerebrais. É necessário, no entanto, alertar para uma discriminação de uma alteração afectiva primária de sintomas depressivos decorrentes de doença orgânica.

### **2.4.1 O Idoso e a Solidão**

As expectativas individuais são as que determinam, o sentimento de solidão, em relação aos contactos sociais. A solidão pode também resultar da falta de planos para as actividades diárias.

Segundo Berger (1995, p. 387), a solidão “é uma experiência excessivamente penosa que se liga a uma necessidade de intimidade não satisfeita, consecutiva a relações sociais sentidas como insuficientes ou não satisfatórias”

A progressiva diminuição da audição, da visão, a insegurança que se instala no próprio andar, a doença, a dependência e a incapacidade que se vão instalando, são experiências negativas que conduzem normalmente á solidão, especialmente no caso, do idoso não ter

apoios familiares ou sociais. É susceptível de aumentar a solidão, tudo o que possa diminuir a auto-estima.

A solidão é um problema que faz desencadear uma situação ameaçadora nas pessoas idosas, podendo vir a ser particularmente grave, nos idosos que vivem sós ou se debatem com problemas de saúde graves.

Quando é debatida a problemática da solidão, há que ter em conta, que mesmo podendo constituir um sentimento significativamente presente no idoso, que diferentes pessoas, em diferentes situações, podem experimentar diferentes sentimentos de solidão, ou seja, é acima de tudo uma experiência subjectiva e pode ser também sentida, mesmo acompanhados. Que se relaciona muitas vezes pelo facto das pessoas estarem acompanhadas por outras, mas pelas quais não desejam estar.

Muitas vezes, vulgariza-se a ideia de que os idosos estão bem é a viverem com os seus filhos e netos, por vezes pode não ser bem assim, ou seja, muitas pessoas idosas que convivem com amigos ou outros grupos fora da família, sentem-se por vezes menos sós e isoladas, do que as que vivem apenas e só com a família.

Quando o tipo de relações que as pessoas têm é pouco satisfatório e reduzido, ou quando perdem o cónjuge, há uma queixa de solidão. Muitas vezes, uma relação harmoniosa com outros indivíduos, com quem partilhem vários interesses, substitui vantajosamente, as relações de dependência de pais e filhos.

#### **2.4.2 - Autonomia no Idoso**

Paschoal (1996) refere que “num determinado nível situa-se o limiar da incapacidade. Acima do limiar, as pessoas vivem de forma independente. Abaixo dele as pessoas incapazes, dependentes. As pessoas podem atrasar ou adiantar a chegada do limiar. Envelhecer sem incapacidade é um factor indispensável para a manutenção da boa qualidade de vida.”

De um modo geral, podemos afirmar, que a perda da autonomia é um dos fenómenos, que maior influência exerce, sobretudo a nível psicológico, na qualidade de vida dos idosos.

O contrário de autonomia, será exactamente, a perda de autonomia, isto é, a incapacidade e/ou a interdição de uma pessoa escolher ela própria, as regras do seu comportamento, a orientação dos seus actos e os riscos a que se pode sujeitar. Assim, a autonomia é, a conduta do indivíduo em relação a si mesmo que se rege pelas suas próprias leis e valores para gerir o seu comportamento.

A autonomia é assim entendida, como a capacidade individual para a realização da vontade própria, constituindo uma componente fundamental para o bem-estar do idoso.

## 2.5 – Evolução da Concepção da Pessoa Idosa

Segundo Bize, “a evolução processa-se segundo uma repetição infinita de ciclos, ou, pelo menos, uma sucessão de períodos diversos” (Bize, 1985:38).

Hoje vive-se com a crescente perplexidade e incomodo social, um dos mais notáveis paradoxos do desenvolvimento e da modernização dos países industrializados: a esperança de vida aumenta sistematicamente, mas esvazia-se de autonomia, de *status* social, de oportunidades e de qualidade de vida a condição social da maior parte da população idosa.

Deste modo, a pessoa idoso tem vindo a sofrer alterações ao longo dos tempos, nomeadamente na forma como as pessoas encaravam a velhice antigamente, pois esta era considerada como uma fase de sabedoria e de experiência de vida riquíssima, permitindo assim às gerações mais novas adquirir respeito pelos mais velhos e conhecimentos essenciais para o seu crescimento e maturidade.

Antigamente, a maior parte da população dedicava-se à agricultura, permanecendo ao longo da vida na propriedade da família e ai vivendo até ao fim dos seus dias. Com efeito, não tinham problemas ao nível de recursos de subsistência, uma vez que viviam dos produtos que cultivavam. Deste modo, não havia problemas ao nível da reforma, pois as pessoas trabalhavam ao longo da sua vida, embora diminuíssem a carga de trabalho devido à idade, nunca abandonavam o trabalho. As pessoas não pagavam imposto sobre os rendimentos, pagando só o imposto municipal, ou seja, as despesas eram em parte mais reduzidas.

Contudo, antigamente o acesso aos direitos estava limitado, a Segurança Social não estava de forma alguma assegurada, ou seja, as pessoas idosas não tinham direito à reforma, uma vez que a maioria da população trabalhava na agricultura e somente os funcionários públicos é que poderiam beneficiar do direito à reforma. Outro dos aspectos relevantes, era o facto de a educação não ser gratuita, o que implicava o aumento da taxa de analfabetismo, que ainda hoje é visível na maior parte da população idosa.

Nas sociedades modernas, a pessoa idosa tem uma identidade própria e representa um grupo etário que esta dependente financeiramente da população activa. Deste modo, as pessoas com 65 ou mais anos são um reflexo do aumento dos custos sociais e

consequentemente uma sobrecarga financeira para a sociedade, de acordo com o pensamento de Valente citado por purificação Fernandes (2002:28).

Neste sentido define-se a pessoa idosa sendo, “(...) uma pessoa com mais idade que a maioria daqueles que a rodeiam!” (Philibert, in Pimentel, 2005:42). Em termos biológicos é definida por aquela pessoa que tem “65 anos de idade ou mais”, de acordo com o autor Kabbabe, citado por Philibert (2005:42).

Por conseguinte, o envelhecimento demográfico constitui-se como um efeito perverso para a sociedade, na medida em que as pessoas idosas são discriminadas em função do conceito de idade. Desta forma, como resposta a esta situação é necessária a “implementação de uma política económica, social e familiar” (Valente, in Fernandes, 2002:30), mais especificamente preservar a integração familiar das pessoas idosas, criar condições para manter os idosos no activo, mesmo sendo reformados, ou seja, promover o empowerment dos anciões para que estes continuem activos na sociedade e resistentes ao sentimento de solidão.

## 2.6 - Pessoa Idosa no Contexto Institucional (lar)

Na medida em que há uma diminuição das capacidades físicas e psicológicas da pessoa idosa, torna-se necessário, encarar a hipótese de internamento numa instituição.

A perspectiva da mudança, particularmente, a mudança de ambiente familiar para um ambiente desconhecido, é normalmente vivenciada, pela pessoa idosa como uma ameaça á sua segurança”.

Uma vez institucionalizado o idoso, importa, evitar os factores negativos da própria institucionalização. Os factores que poderão intervir de uma forma negativa, são, a despersonalização, ou seja, a pouca privacidade, a desinserção familiar e comunitária, a vida monótona e rotineira, que trata todos os idosos de igual forma sem ter em conta as diferenças individuais de cada um. Todas estas condições, se reunidas podem levar o idoso a sentir uma forte carência de liberdade.

Devem ser respeitadas e aceites as necessidades sociais, psicológicas, culturais, religiosas, políticas e sexuais dos idosos. Apenas permitir as restrições necessárias para a execução de um bom nível de cuidados, relativamente à protecção da saúde e segurança do idoso.

Há toda uma vantagem em determinar periodicamente, os efeitos da institucionalização no idoso. Pois poder-se-á considerar que a institucionalização tem os seus riscos, podendo vir a causar desintegração e regressão social, falta de privacidade, perda de responsabilidades por decisões pessoais, ausência de estimulação intelectual e privação espiritual. Todas estas condições reunidas podem levar à perda de amor próprio, à diminuição de interesses e respostas emocionais, dependência excessiva e perda de interesses pelo mundo exterior.

Nem todos os estudos já efectuados indicam que os efeitos institucionais possam ser nocivos, existem inclusive opiniões diferentes, que referem que a institucionalização, poderá na verdade, ser útil para a auto-estima, uma vez que vai aumentar as possibilidades de interacção e papeis sociais adequados ao idoso.

## 2.7 - Pessoa Idosa no Contexto de Centro de Dia

O Centro de Dia é uma Resposta Social, desenvolvida em equipamento, que consiste na prestação de serviços que contribuem para a manutenção das pessoas no seu meio habitual de vida, visando a promoção da autonomia e a prevenção de situações de dependência ou o seu agravamento.

As diferentes alterações que se têm verificado na sociedade actual, sobretudo ao nível da composição e funções do grupo familiar, da solidariedade intergeracional e social, da falta de investimento no envelhecimento por parte da sociedade e da insuficiência de respostas adequadas ao controlo das situações de dependência, permitem verificar que, um grande número de pessoas, nestas situações, encontra no Centro de Dia uma resposta que contribui para colmatar algumas das dificuldades com que elas próprias e mesmo o seu agregado familiar se debatem quotidianamente.

Ao instituir-se o Centro de Dia, no âmbito das Respostas Sociais, procurou-se que o mesmo possibilitasse uma oferta de serviços de proximidade diversificada, permitindo que o cidadão permanecesse, o maior tempo possível, no seu meio habitual de vida, retardando e invertendo a lógica de integração em Lar, como a única resposta possível.

Simultaneamente, o Centro de Dia é uma resposta que possibilita às pessoas novos relacionamentos e elos de ligação com o exterior, através do estabelecimento de contactos com os colaboradores, voluntários, clientes e pessoas da comunidade, donde a qualidade da intervenção dever ser uma exigência a ter em conta permanentemente na gestão desta Resposta Social.

## **2.8 – Pessoa Idosa no Contexto de Apoio Domiciliário**

O conceito de serviço de apoio domiciliário liga-se a uma resposta social, desenvolvida a partir de um equipamento, que consiste na prestação de cuidados individualizados e personalizados, no domicílio a indivíduos e famílias quando, por motivo de doença, deficiência ou outro impedimento, não possam assegurar temporária ou permanentemente, a satisfação das necessidades básicas e/ou as actividades da vida diárias.

O serviço de apoio domiciliário tem como principais objectivos, a contribuição para a melhoria da qualidade de vida dos indivíduos e famílias; garantir a prestação de cuidados física e apoio psicossocial a indivíduos e famílias, de modo a contribuir para o seu equilíbrio e bem-estar; apoiar os indivíduos e famílias na satisfação das necessidades básicas e actividades de vida diárias; criar condições que permitem preservar e incentivar as relações inter-familiares; colaborar e/ou assegurar o acesso à prestação de cuidados de saúde; contribuir para retardar ou evitar a institucionalização; prevenir situações de dependência, promovendo a autonomia.

### III – Método

#### 3.1 Participantes

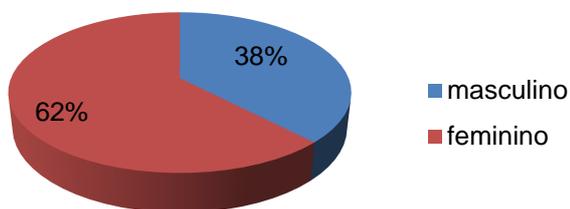
Colaboraram no estudo 82 idosos, todos localizados na área de Beja, dos quais 50 se encontram institucionalizados, 27 em centro de dia e 5 em situação de apoio domiciliário. Trata-se de uma amostra maioritariamente composta por mulheres (62,0%) enquanto o género masculino se encontra representado por apenas 38,0% do total de inquiridos, conforme se pode comprovar pela análise da figura nº 1.

Os idosos em questão foram seleccionados aleatoriamente, tendo só como condição primária, pertencerem a um dos três contextos estudados, isto é, ou inseridos em contexto de lar, ou inseridos em contexto de centro de dia ou inseridos em contexto de apoio domiciliário.

#### 3.2 – Definição das Variáveis

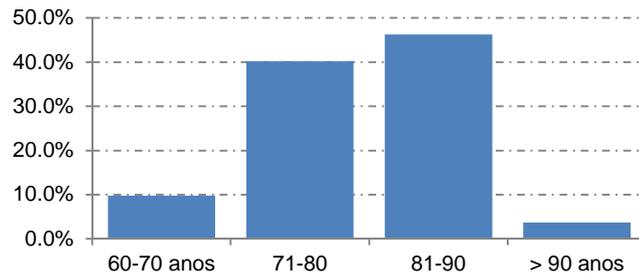
De forma a possibilitar a caracterização da população, procedemos à análise das variáveis Independentes – género, idade, estado civil, contexto, tempo e habilitações literárias. Para a análise das frequências recorreu-se à estatística descritiva

*Figura nº 1- Género*



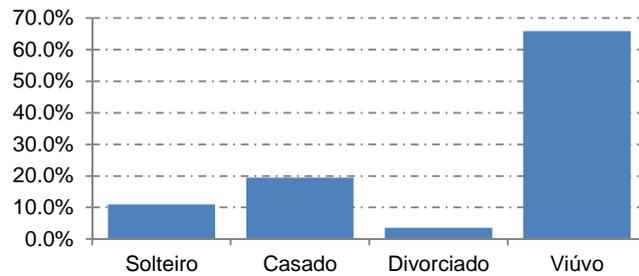
A média de idades é de 79,8 anos (desvio padrão = 6,8 anos), o sujeito mais novo tem 65 anos e o mais idoso 96 anos. O escalão etário mais representado é o escalão 81-90 anos que compreende 46,3% do total.

Figura nº 2 – Escalões etários



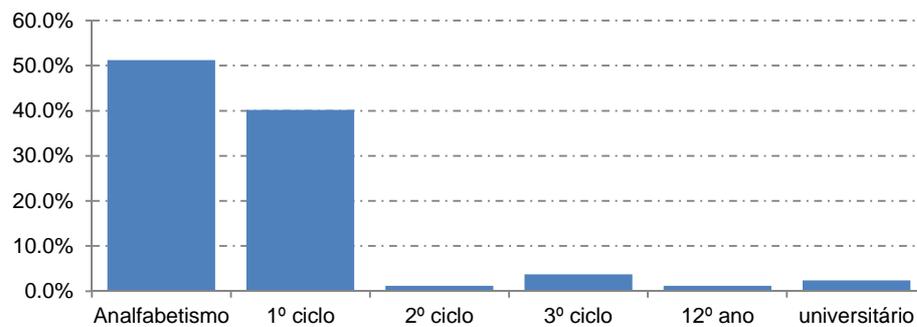
Os viúvos representam a grande maioria dos idosos (65,9%), enquanto os casados representam 19,5% e os solteiros 11,0%.

Figura nº 3 – Estado civil



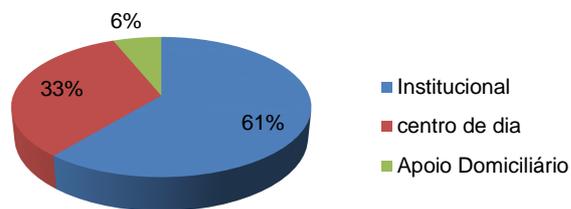
A análise dos níveis de escolaridade indica-nos que se trata de uma amostra com predomínio muito grande de sujeitos com baixa escolaridade. Os analfabetos representam cerca de 50,0% e os com o 1º ciclo são 40,2% do total.

Figura nº 4 - Escolaridade



*Contexto*

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulada
Institucional	50	61,0	61,0	61,0
centro de dia	27	32,9	32,9	93,9
Apoio Domiciliário	5	6,1	6,1	100,0
Total	82	100,0	100,0	

*Tempo*

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulada
0	10	12,2	12,2	12,2
1	16	19,5	19,5	31,7
2	33	40,2	40,2	72,0
3	11	13,4	13,4	85,4
4	5	6,1	6,1	91,5
5	5	6,1	6,1	97,6
6	1	1,2	1,2	98,8
8	1	1,2	1,2	100,0
Total	82	100,0	100,0	

*Tempo*

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Tempo	82	0	8	2,12	1,502

### 3.3 – Procedimento do Estudo

Uma vez que se trata de um estudo sobre a depressão no idoso, em diferentes contextos institucionais (regime de lar, regime de centro de dia e apoio domiciliário), num primeiro momento, foram contactadas as instituições via telefone, explicado o tipo de estudo, a abordagem, deixando assim aos dirigentes a iniciativa do contacto inicial com a população alvo, ou seja, os idosos pertencentes a estas instituições.

Estas instituições, lar Padre Henrique, Mansão de São Jorge, Nobre Frei, Centro Paroquial e Social do Salvador e Centro de dia do bairro da Conceição, que também presta apoio domiciliário, estão localizadas na região do Baixo Alentejo, na localidade de Beja.

Num segundo momento, existiu em cada instituição uma sessão para uma breve apresentação dos objectivos do estudo, do consentimento informado e do instrumento, cada director/coordenador da respectiva instituição, tendo-se estabelecido como procedimento o contacto individual com cada idoso, explicando o estudo e a sua importante participação. Depois de dada toda a informação sobre o que se iria questionar e dada a permissão dos idosos, procedeu-se a aplicação dos questionários, individualmente.

Posteriormente os dados foram recolhidos no momento, após cada aplicação do questionário nos vários contextos.

Após a recolha de todos os dados, iniciou-se o tratamento estatístico, com a utilização do sistema SPSS.

Foi feita uma análise da estatística descritiva, ou seja, verificou-se quais as percentagens, as medidas de tendência central e dispersão, que permitiram melhor a amostragem, de acordo com as variáveis independentes (idade, género, estado civil, contexto, tempo e habilitações literárias) do estudo.

Seguidamente, passou-se á descrição estatística das variáveis independentes e as suas respectivas percentagens.

Tendo em conta o objectivo do estudo, ou seja, estudar os níveis de depressão no idoso, em diferentes contextos, procurou-se através de uma análise quantitativa, verificar a relação ou associação entre as variáveis.

### 3.4 Instrumento Utilizado

A escala utilizada, é a Escala Geriátrica de Depressão – Geriatric Depression Scale (GDS) – traduzida, aferida e adaptada à população portuguesa por Veríssimo (1988), na “Avaliação Diagnóstica dos Síndromes Demenciais” e proposta no serviço de Neurologia e Neurocirurgia do Hospital de S. João, Porto (Anexos 1,2 e 3).

Esta escala, construída por Brink, Jesavage, Lum, Heersema, Adey e Rose, é segundo os mesmos, o único instrumento que se conhece que terá sido elaborado com o objectivo de ser utilizado, especificamente, para pessoas idosas. Além disso elimina a confusão, geralmente presente em outros instrumentos de avaliação da depressão, entre indicadores somáticos da depressão e manifestações físicas normais na velhice (Ballesteros, 1992).

Trata-se de uma escala de hetero-avaliação constituída por 28 itens (actualmente a escala foi alterada, sendo constituída agora por 30 itens), com duas alternativas de resposta (sim ou não), consoante o modo “como o idoso se tem sentido ultimamente, em especial de há uma semana para cá”.

Como procedimento para preenchimento da GDS, deve atender-se que os itens 1, 5, 7, 9, 15, 19, 21 e 27, devem ser pontuados negativamente, isto é, a uma resposta “Não” corresponde um ponto. Aos itens 2, 3, 4, 6, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 20, 22, 23, 24, 25, 26 e 28, será atribuída um ponto a cada resposta “Sim”.

Veríssimo (1988) sugere que, para a quantificação dos resultados, se proceda à seguinte classificação: valores de 0-10 pontos: idosos normais; para pontuações iguais ou superiores a 11, são indicativos de depressão de severidade crescente; uma pontuação média de 23 é indicadora de idosos gravemente deprimidos.

#### IV - Resultados

As respostas dos sujeitos às 30 questões da escala geriátrica de depressão (Geriatric Depression Scale) podem ser apreciadas na tabela nº 1. Nela se realça em cinza claro as respostas mais frequentes em cada item.

Tabela 1 – Respostas na GDS

		Sim	Não	Total
1. Está satisfeito (a) com a sua vida?	Freq.	45	37	82
	%	54,9%	45,1%	100,0%
2. Põe de lado muitas das suas actividades e interesses?	Freq.	44	38	82
	%	53,7%	46,3%	100,0%
3. Sente a sua vida vazia?	Freq.	64	18	82
	%	78,0%	22,0%	100,0%
4. Fica muitas vezes aborrecido (a)?	Freq.	62	20	82
	%	75,6%	24,4%	100,0%
5. Tem esperança no futuro?	Freq.	31	51	82
	%	37,8%	62,2%	100,0%
6. Anda incomodado (a) com pensamentos que não consegue afastar?	Freq.	45	37	82
	%	54,9%	45,1%	100,0%
7. Está bem disposto(a) a maior parte do Tempo	Freq.	62	20	82
	%	75,6%	24,4%	100,0%
8. Tem medo que lhe vá acontecer alguma coisa de mal?	Freq.	30	52	82
	%	36,6%	63,4%	100,0%
9. Sente-se feliz a maior parte do tempo?	Freq.	46	36	82
	%	56,1%	43,9%	100,0%
10. Sente-se muitas vezes desamparado?	Freq.	50	32	82
	%	61,0%	39,0%	100,0%
11. Fica muitas vezes inquieto e nervoso?	Freq.	61	21	82
	%	74,4%	25,6%	100,0%
12. Prefere ficar em casa, em vez de sair e fazer coisas novas?	Freq.	32	50	82
	%	39,0%	61,0%	100,0%
13. Preocupa-se muitas vezes com o futuro?	Freq.	39	43	82
	%	47,6%	52,4%	100,0%
14. Acha que tem mais dificuldades de memória do que as outras pessoas?	Freq.	44	38	82
	%	53,7%	46,3%	100,0%
15. Pensa que é muito bom estar vivo (a)?	Freq.	64	18	82
	%	78,0%	22,0%	100,0%
16. Sente-se muitas vezes desanimado (a) e abatido (a)?	Freq.	58	24	82
	%	70,7%	29,3%	100,0%
17. Sente-se inútil?	Freq.	45	37	82
	%	54,9%	45,1%	100,0%
18. Preocupa-se muitas vezes com o passado?	Freq.	43	39	82
	%	52,4%	47,6%	100,0%
19. Acha a sua vida interessante?	Freq.	39	43	82

	%	47,6%	52,4%	100,0%
20.É difícil começar novas actividades?	Freq.	60	22	82
	%	73,2%	26,8%	100,0%
21.Sente-se cheio de energia?	Freq.	49	33	82
	%	59,8%	40,2%	100,0%
22.Sente que para si não há esperança?	Freq.	43	39	82
	%	52,4%	47,6%	100,0%
23.Pensa que a maioria das pessoas passa melhor que o senhor?	Freq.	31	51	82
	%	37,8%	62,2%	100,0%
24.Aflige-se muitas vezes com pequenas coisas?	Freq.	64	18	82
	%	78,0%	22,0%	100,0%
25.Sente muitas vezes vontade de chorar?	Freq.	59	23	82
	%	72,0%	28,0%	100,0%
26.Tem dificuldade em se concentrar?	Freq.	45	37	82
	%	54,9%	45,1%	100,0%
27.Gosta de se levantar de manhã?	Freq.	67	15	82
	%	81,7%	18,3%	100,0%
28.Prefere evitar encontrar-se com muitas pessoas?	Freq.	24	58	82
	%	29,3%	70,7%	100,0%
29.Tem facilidade em decidir as coisas?	Freq.	40	42	82
	%	48,8%	51,2%	100,0%
30.O seu pensamento é tão claro como era antes?	Freq.	31	51	82
	%	37,8%	62,2%	100,0%

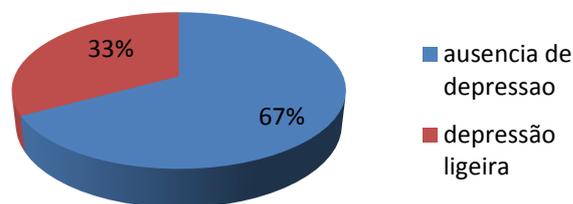
A média dos valores de depressão foi de 8,6 pontos, ( $dp=3,5$ ), o sujeito com pontuação mais baixa obteve 2 pontos e o sujeito com a pontuação máxima obteve 17 pontos.

Depois de categorizados de acordo a seguinte classificação:

0-10= Ausência de depressão  
 11-20= Depressão ligeira  
 21-30= Depressão grave

67,0% dos idosos foram identificados como tendo ausência de depressão.

Figura 5 – Depressão



### Consistência interna

A análise de consistência interna foi efectuada com recurso ao coeficiente de consistência interna Alfa de Cronbach. Como os itens são de tipo nominal, o coeficiente foi calculado através do CATPCA - Principal Components Analysis for Categorical Data.

O valor global encontrado foi de 0,833 e pode ser considerado como Bom (Hill, 2003).

Tabela 2 – Consistência interna

	Alpha de Cronbach	Nº de Items
Valor Global	,833	30

### Hipóteses

Nas hipóteses que de seguida se formulam vamos utilizar com referência para aceitar ou rejeitar a hipótese nula um nível de significância  $\leq 0,05$ . Em todas as hipóteses vamos utilizar o teste de independência do qui-quadrado pois estamos a analisar a relação entre variáveis categorizadas.

A análise estatística foi efectuada com o SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 15.0 para Windows.

### Hipótese 1 – A idade influencia significativamente os níveis de depressão.

Existe uma maior percentagem de sujeitos do escalão etário 71-80 anos com depressão ligeira (36,4%), embora a diferença de proporções não seja estatisticamente significativa, Qui-quadrado (2) = 0,965,  $p=0,617$ .

Tabela 3 – Testes do Qui-Quadrado

	Valor	df	Sig.
Pearson Chi-Square	,965	2	,617
Likelihood Ratio	,959	2	,619
Linear-by-Linear Association	,167	1	,682
N of Valid Cases	79		

Tabela 4 – Idade \* Depressão

		Depressão		
		Ausência de depressão	Depressão ligeira	Total
60-70 anos	Freq.	6	2	8
	% Idade	75,0%	25,0%	100,0%
	% Depressão	10,9%	8,3%	10,1%
	% do Total	7,6%	2,5%	10,1%
71-80	Freq.	21	12	33
	% Idade	63,6%	36,4%	100,0%
	% Depressão	38,2%	50,0%	41,8%
	% do Total	26,6%	15,2%	41,8%
81-90	Freq.	28	10	38
	% Idade	73,7%	26,3%	100,0%
	% Depressão	50,9%	41,7%	48,1%
	% do Total	35,4%	12,7%	48,1%
Total	Freq.	55	24	79
	% Idade	69,6%	30,4%	100,0%
	% Depressão	100,0%	100,0%	100,0%
	% do Total	69,6%	30,4%	100,0%

### Hipótese 2 – O género influencia significativamente os níveis de depressão.

Há uma relação significativa entre o género e a depressão, Qui-quadrado (1) = 4,157,  $p=0,041$ . A análise dos resíduos ajustados indica-nos que a percentagem de idosos do género feminino

com depressão ligeira (41,2%) é significativamente superior á dos idosos masculinos com depressão ligeira (19,4%).

*Tabela 5 – Testes do Qui-Quadrado*

	Valor	df	Sig.	Sig.
Pearson Chi-Square	4,157	1	,041	
Continuity Correction(a)	3,228	1	,072	
Likelihood Ratio	4,353	1	,037	
Fisher's Exact Test				,054
Linear-by-Linear Association	4,106	1	,043	
N of Valid Cases	82			

*Tabela 6 – Género \* Depressão*

		Depressão		Total
		Ausência de depressão	Depressão ligeira	
masculino	Freq.	25	6	31
	% Sexo	80,6%	19,4%	100,0%
	% Depressão	45,5%	22,2%	37,8%
	% do Total	30,5%	7,3%	37,8%
	Resíduos ajustados	2,0	-2,0	
feminino	Freq.	30	21	51
	% Sexo	58,8%	41,2%	100,0%
	% Depressão	54,5%	77,8%	62,2%
	% do Total	36,6%	25,6%	62,2%
	Resíduos ajustados	-2,0	2,0	
Total	Freq.	55	27	82
	% Sexo	67,1%	32,9%	100,0%
	% Depressão	100,0%	100,0%	100,0%
	% do Total	67,1%	32,9%	100,0%

### **Hipótese 3 – O estado civil influencia significativamente os níveis de depressão.**

Não há relação significativa entre o estado civil e a depressão, Qui-quadrado (2) = 0,014,  $p=0,993$ .

Tabela 7 – Testes do Qui-Quadrado

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	,014	2	,993
Likelihood Ratio	,014	2	,993
Linear-by-Linear Association	,005	1	,944
N of Valid Cases	79		

Tabela 8 – Estado Civil \* Depressão

		Depressão		
		Ausência de depressão	Depressão ligeira	Total
Solteiro	Freq.	6	3	9
	% Estado Civil	66,7%	33,3%	100,0%
	% Depressão	11,1%	12,0%	11,4%
	% do Total	7,6%	3,8%	11,4%
Casado	Freq.	11	5	16
	% Estado Civil	68,8%	31,3%	100,0%
	% Depressão	20,4%	20,0%	20,3%
	% do Total	13,9%	6,3%	20,3%
Viuvo	Freq.	37	17	54
	% Estado Civil	68,5%	31,5%	100,0%
	% Depressão	68,5%	68,0%	68,4%
	% do Total	46,8%	21,5%	68,4%
Total	Freq.	54	25	79
	% Estado Civil	68,4%	31,6%	100,0%
	% Depressão	100,0%	100,0%	100,0%
	% do Total	68,4%	31,6%	100,0%

#### Hipótese 4 – O contexto influencia significativamente os níveis de depressão.

Não há relação significativa entre o contexto e a depressão, Qui-quadrado (1) = 0,055,  $p=0,815$ .

Tabela 9 – Testes do Qui-Quadrado

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	,055	1	,815	
Continuity Correction(a)	,000	1	1,000	
Likelihood Ratio	,055	1	,815	
Fisher's Exact Test				1,000

Linear-by-Linear Association	,054	1	,816
N of Valid Cases	77		

*Tabela 10 - Contexto \* Depressão*

Contexto		Depressão		
		Ausência de depressão	Depressão ligeira	Total
Institucional	Freq.	32	18	50
	% Contexto	64,0%	36,0%	100,0%
	% Depressão	64,0%	66,7%	64,9%
	% do Total	41,6%	23,4%	64,9%
centro de dia	Freq.	18	9	27
	% Contexto	66,7%	33,3%	100,0%
	% Depressão	36,0%	33,3%	35,1%
	% do Total	23,4%	11,7%	35,1%
Total	Freq.	50	27	77
	% Contexto	64,9%	35,1%	100,0%
	% Depressão	100,0%	100,0%	100,0%
	% do Total	64,9%	35,1%	100,0%

**Hipótese 5 – O tempo de institucionalização influencia significativamente os níveis de depressão.**

Não há relação significativa entre o contexto e a depressão, Qui-quadrado (1) = 0,055,  $p=0,815$ .

*Tabela 11 – Testes do Qui-Quadrado*

	Value	df	Sig.	Sig.
Pearson Chi-Square	,050	1	,823	
Continuity Correction(a)	,000	1	1,000	
Likelihood Ratio	,050	1	,824	
Fisher's Exact Test				1,000

Linear-by-Linear Association	,049	1	,824
N of Valid Cases	82		

*Tabela 12 – Tempo de contexto \* Depressão*

		Depressão		
		Ausência de depressão	Depressão ligeira	Total
- tempo	Freq.	40	19	59
	% Tempo	67,8%	32,2%	100,0%
	% Depressão	72,7%	70,4%	72,0%
	% do Total	48,8%	23,2%	72,0%
+ tempo	Freq.	15	8	23
	% Tempo	65,2%	34,8%	100,0%
	% Depressão	27,3%	29,6%	28,0%
	% do Total	18,3%	9,8%	28,0%
Total	Freq.	55	27	82
	% Tempo	67,1%	32,9%	100,0%
	% Depressão	100,0%	100,0%	100,0%
	% do Total	67,1%	32,9%	100,0%

**Hipótese 6 – As habilitações literárias influenciam significativamente os níveis de depressão.**

Não há relação significativa entre as habilitações literárias e a depressão, Qui-quadrado (1) = 01,405,  $p=0,236$ .

*Tabela 13 – Testes do Qui-Quadrado*

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	1,405	1	,236	

Continuity Correction(a)	,865	1	,352	
Likelihood Ratio	1,399	1	,237	
Fisher's Exact Test				,309
Linear-by-Linear Association	1,386	1	,239	
N of Valid Cases	75			

*Tabela 14 - Habilitações \* Depressão*

		Depressão		Total
		Ausência de depressão	Depressão ligeira	
Analfabetismo	Freq.	32	10	42
	% Habilitações	76,2%	23,8%	100,0%
	% Depressão	60,4%	45,5%	56,0%
	% do Total	42,7%	13,3%	56,0%
1º ciclo	Freq.	21	12	33
	% Habilitações	63,6%	36,4%	100,0%
	% Depressão	39,6%	54,5%	44,0%
	% do Total	28,0%	16,0%	44,0%
Total	Freq.	53	22	75
	% Habilitações	70,7%	29,3%	100,0%
	% Depressão	100,0%	100,0%	100,0%
	% do Total	70,7%	29,3%	100,0%

## V – Discussão

No decorrer deste estudo, verificou-se na maioria da população inquirida, como resultado, uma ausência de depressão. Curiosamente este é um resultado que não se esperava, no entanto, após várias leituras e reflexões, encontraram-se explicações possíveis para tal resultado.

Por hábito, parece ser mais fácil encontrar o que “está mal”, as situações negativas. Por alguma razão cultural ou outra, habituamo-nos a tentar perceber o que não está bem, deixando quase sempre ou muitas vezes, a reflexão do que está bem e porque razão o está! Se o que encontramos mal nos pode ajudar a perceber, o que falta, as carências o que fazer para melhorar tal situação, também o que está bem nos pode ajudar a perceber o mesmo, mas numa perspectiva totalmente inversa.

Neste estudo, como já foi dito, a ideia principal como resultados, foi a ausência de depressão, e se isto se revelou desta forma, significa muitas coisas, e uma delas diz respeito ao funcionamento destes lares de apoio á terceira idade. Dados os resultados, há que notar o percurso favorável e positivo feito pelos mesmos.

Havendo assim, nesta região específica do Alentejo, mais especificamente em Beja, a existência de lares de apoio a terceira idade, lares com bases religiosas, há certamente uma ligação que nos dará uma conclusão.

As pessoas que foram questionadas estavam maioritariamente institucionalizadas em lares, considerados de luxo. Isto pode ser uma das possíveis explicações, no que toca as bases de apoio, ou seja, as necessidades básicas destas pessoas encontram-se totalmente satisfeitas, se considerarmos a pirâmide de Maslow, percebemos o quanto elas são importantes como pilares nas nossas vidas, e como são uma “escada” para alcançar as restantes necessidades.

Dentro da hierarquia das necessidades, verifica-se neste estudo, que as necessidades base, como as fisiológicas e as de seguranças estão satisfeitas, e muitas das necessidades em termos sociais também, apesar da maior parte destas pessoas inquiridas serem viúvas, a solidão não parece ser um marco na vida destas pessoas. Isto vai de encontro a outra das possíveis explicações, para o resultado em questão (ausência de depressão), ou seja, o convívio na vida e na idade destas pessoas é extremamente importante e reconfortante para as suas vidas. O convívio com pessoas da mesma faixa etária, gera amizades e partilha de

histórias. Muitas vezes com situações em comum, visto que “os tempos eram os mesmos”, além disso, há um facto importante que se liga á pertença a algo, pois uma vez que existe convívio entre estas pessoas, diariamente, existe um grupo ou vários, e isso faz muitas vezes com que se sintam bem e mais confortáveis nos contextos em que estão inseridos, pois existe a pertença a um grupo e aceitação por parte do mesmo.

Outra das possíveis explicações diz respeito á solidão, ou melhor, neste caso, à ausência de solidão. A solidão faz sem dúvida parte da depressão, é uma aliada forte da mesma, fazendo-a crescer com bastante força. Quando se caminha para a terceira idade, há na realidade o aumento de momentos a sós e na maioria das vezes a presença constante da solidão. No entanto, neste estudo especificamente, a solidão não se fez notar, embora exista, não sobressai, nem se sobrepõe.

Nestes contextos institucionais é possível estar quase sempre acompanhado, os momentos de solidão podem aparecer, mas não predominam, pois havendo a necessidade de companhia, convívio e sendo essa necessidade possível de satisfazer, é mais fácil, preencher situações de isolamento. As pessoas aqui, inseridas nestes contextos, têm sempre algo em comum, o espaço em que estão, isto é, a presença de outras pessoas, nas mesmas circunstâncias, disponíveis, nem que sejam para conversas casuais ou partilha de refeições vai quebrar sem dúvida o silêncio que poderia existir, se estivessem em suas casas.

Uma vez que já foi estudado que o meio urbano é susceptível de exercer uma maior influência no desenvolvimento de depressões, aqui poderá existir outra explicação possível, para o resultado deste estudo. Dado que se trata de pessoas residentes no baixo Alentejo, mais especificamente em Beja, pois apesar de ser urbano, ser uma cidade, é sem dúvida mais calma que os grandes centros urbanos como Lisboa ou Porto. Nestes parâmetros a qualidade de vida é maior. Isto quer assim dizer, que as pessoas com o aumentar da idade, dão prioridade a qualidade, pode ser menos, mas que seja melhor. Não há o medo de se sair á rua, pois todas as pessoas, ou a maioria conhecem-se uma as outras e cumprimentam-se, e o facto de ser um meio mais pequeno favorece esta população, pois conseguem orientar-se melhor em termos de espaço e de conhecimento dos locais que querem ou necessitam ir.

As investigações demonstraram que é possível conservar a saúde mental até ao fim da vida. Muitos idosos conservam o que adquiriram e desenvolvem trajectórias de vida pessoais adaptadas à nova condição.

Alguns dos critérios que permitem a existência de saúde mental no idoso, relacionam-se, com o conhecimento e aceitação de si próprio e dos outros, percepção justa do ambiente e da realidade, capacidade de se manter sereno e de se interessar pela vida e aptidões para a integração.

O indivíduo pode manter a saúde mental, se conservar a auto-estima que se relaciona com a maturidade (actividade ou acumulação de atitudes ou de actividades úteis variáveis, de sabedoria e comportamentos sociais estáveis e aceitáveis ou ainda um amadurecimento e uma preparação para a próxima etapa na vida).

No idoso, deve-se olhar o potencial que ele apresenta, dando oportunidades de crescimento pessoal, através da manutenção de actividades que lhes sejam significativas e não olharmos somente as perdas, inerentes nesta fase da vida, pois a qualidade de vida do idoso, depende do equilíbrio entre as potencialidades e as limitações próprias da idade.

## VII – Referências Bibliográficas

Berger, L. (1995). Pessoas Idosas. Uma Abordagem Global. Aspectos psicológicos e cognitivos do envelhecimento, in Louise Berger. Lisboa. Lusodidacta.

Birren, J. Cunningham, W. (1985). Reserch on The Psychology of Aging: Principles Concepts and Theor. In: Psychology of Aging. New York. Van Nostrand Reinhold Company.

Bize, R. P., Vallier, C. (1985). Uma vida nova: a terceira idade. Lisboa, Verbo Editora

Botelho, M. A. S. (2000). Autonomia Funcional em Idosos. Caracterização multidimensional em idosos utentes de um centro de saúde urbano. Porto. Editora Laboratórios Bial

Charazac, P. (2001). Introdução aos Cuidados Gerontopsiquiátricos. Paris. Climepsi Editores.

Coimbra de Matos, A. (2001). A depressão. Lisboa. Climepsi Editores.

Coelho, R. (2004). Depressão – Perspectiva Psicodinâmica. Lisboa: Lidel Edições Técnicas.

Copeland, JRM., Beekman, ATF., Dewey, ME., Hooijer, C., Jordan, A., Lawlor, BA., et al. (1999). Depression in Europe. Geographical distribution among older people. Br, J. Psychiatry, 174: 312 – 321.

Fernandes, P. (2002). A depressão no idoso. Coimbra. Quarteto Editora.

Fernandes, J.L. (2009). Novos Olhares Sobre Velhas Questões – Animação Sócio - Cultural com Idosos. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

Fonseca, M. A. (2005). Desenvolvimento humano e envelhecimento. Lisboa. Climepsi Editores.

Fontaine, R. (2000). Psicologia do Envelhecimento. Lisboa: Climepsi Editores.

Gameiro, J. cit. por Portugal (2002). Ministério da Saúde. Direcção- Geral da Saúde – Ganhos de Saúde em Portugal: Ponto da situação: Relatório do Director-Geral e Auto-Comissário de Saúde. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.

Maslow, A. H.(1970). A Theory of Human Motivation. In Motivation and Personality. (2ª Ed). New York. Harper & Row.

Maslow, A. H. (1987). Motivation and Personality. New York. Longman.

Maslow, A. H. (2003). A Teoria da Motivação de Maslow. Porto. Porto Editora.

Meirelles, Morgana, A. E. (2000). Actividade Física na Terceira Idade. Rio de Janeiro. Editora Sprint.

Paschoal, S. M. P. (1996). Autonomia e independência. In: Papaléo-Netto M. (org). Gerontologia. São Paulo. Atheneu.

Paúl, M. C., Fonseca, A. M. (2005). Envelhecer em Portugal. Lisboa. Climepsi Editores.

Paúl, M. C. (1997). Lá Para o Fim da Vida – Idosos, Família e Meio Ambiente. Coimbra: Almedina.

Pimentel, L. (2005). O lugar do idoso na família: contextos e trajetórias. Coimbra. Quarteto Editora.

Portugal, INSA (2001). Inquérito Nacional de Saúde, 1998 – 1999. Lisboa: INSA.

Santos, P.(2002). A Depressão no Idoso – Estudo da Relação entre Factores Pessoais e Situacionais e Manifestações da Depressão. Coimbra: Quarteto Editor.

Silva, J. L., Alves, L. S. & Coelho, M. R. M. (1997). Família em fase última. Em: C. M. de O. Cerveny & C. M. E., Berthoud (Orgs). Família e ciclo de vital, nossa realidade em pesquisa. São Paulo. Casa do Psicólogo.

Spar, J. E., & Rue, A. L.(2005). Guia prático de Psiquiatria Geriátrica (1ª Ed.). Lisboa: Climepsi Editores.

Remann, F. (1990). A Arte de Envelhecer. S. Paulo. Veredas Editora.

Oliveira, R. A. (2005). Análise Psicológica 1 (XXIII): 11-18 – Sobre o trabalho clínico de reabilitação de condutores. Lisboa: ISPA.

Oliveira, R. A. (2001). Psicologia clínica e reabilitação física. Uma abordagem psicoterapêutica da incapacidade física adquirida. Lisboa: ISPA.

Vala, J. e Monteiro, M. B. (1993). Psicologia Social. Lisboa. Editora Fundação Calouste Gulbenkian.

**VIII - Anexos**

**ANEXO A: Escala Geriátrica da Depressão**

**ANEXO B: Carta de Consentimento Informado**

## ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA

### *GERIATRIC DEPRESSION SCALE (GDS)*

Yesavage et al.(1983) Development and validation of geriatric depression screening scale J.  
Psychiatric Res. 17:37-49

Nome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Responda **Sim** ou **Não** consoante se tem sentido de há uma semana para cá:

1.Está satisfeito (a) com a sua vida? _____	<b>S</b> ____	<b>N</b> ____
2.Pôs de lado muitas das suas actividades e interesses? _____	<b>S</b> ____	<b>N</b> ____
3.Sente a sua vida vazia? _____	<b>S</b> ____	<b>N</b> ____
4.Fica muitas vezes aborrecido (a)? _____	<b>S</b> ____	<b>N</b> ____
5.Tem esperança no futuro? _____	<b>S</b> ____	<b>N</b> ____
6. Anda incomodado (a) com pensamentos que não consegue afastar? _____	<b>S</b> ____	<b>N</b> ____
7.Está bem disposto(a) a maior parte do tempo _____	<b>S</b> ____	<b>N</b> ____
8.Tem medo que lhe vá acontecer alguma coisa de mal? _____	<b>S</b> ____	<b>N</b> ____
9.Sente-se feliz a maior parte do tempo? _____	<b>S</b> ____	<b>N</b> ____
10.Sente-se muitas vezes desamparado (a)? _____	<b>S</b> ____	<b>N</b> ____
11.Fica muitas vezes inquieto (a)? e nervoso (a)? _____	<b>S</b> ____	<b>N</b> ____
12.Prefere ficar em casa, em vez de sair e fazer coisas novas? _____	<b>S</b> ____	<b>N</b> ____

13.Preocupa-se muitas vezes com o futuro? _____	<b>S</b> ____	<b>N</b> ____
14: Acha que tem mais dificuldades de memória do que as outras pessoas? _____	<b>S</b> ____	<b>N</b> ____
15.Pensa que é muito bom estar vivo (a)? _____	<b>S</b> ____	<b>N</b> ____
16.Sente-se muitas vezes desanimado (a) e abatido (a)? _____	<b>S</b> ____	<b>N</b> ____
17.Sente-se inútil? _____	<b>S</b> ____	<b>N</b> ____
18.Preocupa-se muitas vezes com o passado? _____	<b>S</b> ____	<b>N</b> ____
19.Acha a sua vida interessante? _____	<b>S</b> ____	<b>N</b> ____
20.É difícil começar novas actividades? _____	<b>S</b> ____	<b>N</b> ____
21.Sente-se cheio de energia? _____	<b>S</b> ____	<b>N</b> ____
22.Sente que para si não há esperança? _____	<b>S</b> ____	<b>N</b> ____
23.Pensa que a maioria das pessoas passa melhor que o (a) senhor (a)? _____	<b>S</b> ____	<b>N</b> ____
24.Aflige-se muitas vezes com pequenas coisas? _____	<b>S</b> ____	<b>N</b> ____
25.Sente muitas vezes vontade de chorar? _____	<b>S</b> ____	<b>N</b> ____
26.Tem dificuldade em se concentrar? _____	<b>S</b> ____	<b>N</b> ____
27.Gosta de se levantar de manhã? _____	<b>S</b> ____	<b>N</b> ____
28.Prefere evitar encontrar-se com muitas pessoas? _____	<b>S</b> ____	<b>N</b> ____
29.Tem facilidade em decidir as coisas? _____	<b>S</b> ____	<b>N</b> ____
30.O seu pensamento é tão claro como era antes? _____	<b>S</b> ____	<b>N</b> ____

**PONTUAÇÃO:**

1 Ponto para as respostas **Sim** nas questões: 2-4, 6, 8, 10-14, 16-18, 20, 22-26, 28

1 Ponto para as respostas **Não** nas questões: 1, 5, 7, 9, 15, 19, 21, 27, 29, 30

**Classificação:**

0-10= Ausência de depressão

11-20= Depressão ligeira

21-30= Depressão grave