



**Universidade Católica Portuguesa
Centro Regional de Braga**

**Qualidade de vida, Depressão e Suporte Social nas
Mulheres Idosas Institucionalizadas**

Dissertação de Mestrado apresentada à
Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de mestre em **Psicologia
Clínica e da Saúde**.

Elsa Miranda Rosas



FACULDADE DE FILOSOFIA
SETEMBRO 2013



Universidade Católica Portuguesa Centro Regional de Braga

Qualidade de vida, Depressão e Suporte Social nas Mulheres Idosas Institucionalizadas

Dissertação de Mestrado apresentada à
Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de mestre em **Psicologia
Clínica e da Saúde**.

Elsa Miranda Rosas

Sob a Orientação da Prof.^a Doutora **Eleonora Costa**
Supervisão da Prof.^a Doutora **Eleonora Costa**
Co - Orientação do Prof. Doutora **Sónia Basto**



FACULDADE DE FILOSOFIA
SETEMBRO 2013

Índice

Índice.....	1
Agradecimentos.....	4
Resumo.....	5
Abstract	6
Introdução	7
Capítulo I-O Envelhecimento.....	8
1.1.Características epidemiológicas	11
1.2. Características médicas	14
1.3.Características psicológicas.....	17
1.3. A Mulher Idosa Institucionalizada	20
Capítulo II-Variáveis Psicossociais.....	22
2.1. Qualidade de Vida.....	22
2.1.1. Conceito de qualidade de vida	22
2.1.2. Estudos realizados	27
2.2. Depressão	28
2.2.1. Definição de depressão.....	28
2.2.2. Estudos realizados	30
2.3. Suporte Social	31
2.3.1. Definição de Suporte Social.....	31
2.3.2. Estudos Realizados.....	36
Capítulo III-Estudo Empírico.....	37
Introdução	37
3.1. Metodologia	40
3.1.1. Participantes	40
3.1.2. Design	40
3.1.3. Variáveis	41
3.1.4. Hipóteses	41
3.1.5. Instrumentos	41
3.1.6. Procedimentos	43
3.1.7. Procedimentos estatísticos.....	44
Capítulo IV-Resultados	44
Capítulo V- Discussão.....	50

Referências..... 56

Índice Tabelas

Quadro 1 - Correlações entre as subescalas de idade, depressão, qualidade de vida e satisfação com o suporte social.....	47
Quadro 2 - Diferenças em função da naturalidade ao nível das dimensões da depressão, qualidade de vida e satisfação com o suporte social.....	48
Quadro 3 - Diferenças em função dos índices de depressão ao nível das dimensões qualidade de vida e satisfação com o suporte social.....	49

Agradecimentos

Gostaria de agradecer a todos aqueles que me apoiaram e ajudaram nesta longa e difícil etapa da minha vida.

Agradeço aos meus pais, por todo o sacrifício e esforço, para conseguirem pagar os meus estudos, pelo seu apoio incondicional, conselhos, incentivos, orientação e carinho demonstrado.

Quero, ainda, agradecer às minhas amigas, por todo o apoio e paciência demonstrada.

Neste meu agradecimento, gostaria de incluir todas as idosas que participaram neste estudo, sem as quais esta investigação não seria possível.

Agradeço ainda à minha orientadora de Mestrado a Professora Eleonora Costa, o tempo despendido.

Agradeço à minha orientadora de Estágio a Dra. Sónia Basto e à instituição Santa Casa Misericórdia de Braga pelo excelente acolhimento.

Agradeço ao Centro Social da Paróquia de Vieira do Minho pelo excelente acolhimento.

Por fim, agradeço a todos aqueles que tenho a certeza de estar a omitir, mas que contribuíram de forma direta ou indireta para este trabalho.

Elsa Miranda Rosas, 25 de Setembro de 2013

Resumo

A baixa qualidade de vida dos idosos institucionalizados está associada a um fraco suporte social e a maiores índices de depressão. O objetivo principal deste estudo foi verificar se a ausência de suporte social e a presença de depressão afetam a qualidade de vida das mulheres idosas institucionalizadas. A amostra foi constituída por 33 idosos do sexo feminino com idades compreendidas entre os 39 e os 90 anos (M=75.15, D.P.=12.84). Assim, 22 indivíduos eram naturais de um meio rural (66.7%), enquanto, que, 11 eram originários de um meio urbano (33.3%). As participantes eram provenientes do Lar Nevarte Gulbenkian, do Lar D. Diogo de Sousa e do Centro Social da Paróquia de Vieira do Minho. Os instrumentos utilizados foram, além de um questionário sócio - demográfico, a escala de depressão geriátrica (EDG), a escala WHOQOL – BREF e a escala de satisfação com o suporte social (ESSS). Os principais resultados deste estudo mostram que menores valores de depressão estão associados a maiores valores de qualidade de vida e de suporte social e que os participantes sem depressão apresentam uma avaliação mais positiva da sua qualidade de vida e da sua satisfação com o suporte social.

Palavras-chave: qualidade de vida, depressão e satisfação com o suporte social, idosas institucionalizadas.

Abstract

The low quality of life of institutionalized elderly people is associated to a weak social support and higher scores of depression. The goal of this study was to study if the lack of social support and the presence of depression affect the quality of life of institutionalized elderly women. The sample was composed by 33 elderly women, ranged between 39 and 90 years ($M=75.15$, $S.D.=12.84$). Thus, 22 individuals were natural from a rural area (66.7%) and 11 were born in an urban area (33.3%). The participants were from the Nevarte Gulbenkian's and D. Diogo de Sousa's home and Centro Social da Paróquia de Vieira do Minho. The used instruments were, beyond a demographic questionnaire, the geriatric depression scale (GDS), the WHOQOL – BREF scale and the social support satisfaction scale (SSSS). The main results of this study show that lower scores of depression are associated with higher values of quality of life and social support, and the participants with no depression present a more positive evaluation of their quality of life and social support satisfaction.

Key-words: quality of life, depression and social support satisfaction, institutionalized elderly people.

Introdução

O Envelhecimento Humano é considerado um fenómeno biopsicossocial de cariz individual, e o seu estudo deve incluir a dimensão biológica, psicológica e social que lhe são inerentes. A adoção de modelos psicológicos de análise torna-se necessária, para complementar a conceção biológica de velhice e envelhecimento (Fonseca, 2005).

A situação portuguesa não é muito diferente daquela que é apresentada a nível mundial (INE, 2002). De acordo com os dados mais recentes do Instituto Nacional de Estatística (INE, 2007), assistimos a um aumento da proporção da população idosa na população total, sendo de 17,1% (1 810 100 indivíduos). A esperança média de vida à nascença atingiu os valores de 74,9 anos para os homens e de 81,4 anos para as mulheres. Ele é mais notório nas mulheres, cuja proporção se elevou a 19,3%, face a 14,8% nos homens. As projeções efetuadas pelo INE (2007) até ao ano 2050 revelam uma tendência para o acentuar do envelhecimento da população, onde para esta situação contribuem os níveis de fecundidade abaixo do limiar de substituição de gerações, um contínuo aumento da esperança média de vida à nascença e um saldo migratório positivo mas moderado. Entre a população idosa, a percentagem de indivíduos com 85 e mais anos também continuará a aumentar, destacando-se uma vez mais a maior longevidade das mulheres.

Por outro lado, uma compreensão alargada da situação que as pessoas idosas e suas famílias experienciam depende do conhecimento dos processos de mudança que afetam os acontecimentos de vida, as relações geracionais e os padrões familiares (Hareven, 2001). Segundo o autor, as relações familiares na velhice são moldadas pelo conjunto das experiências de vida e das circunstâncias históricas específicas que afetam os indivíduos ao longo das suas vidas. Desta forma, as relações de apoio mútuo constroem-se ao longo do tempo e são modeladas por circunstâncias históricas. Assim, a qualidade de vida é considerada um dos principais indicadores de adaptação ao envelhecimento (OMS, 2002). De facto, Rodrigues e Leal (2004) referem que a depressão encontra-se associada a níveis mais reduzidos de qualidade de vida entre as pessoas idosas. Para estes autores, a identificação, diagnóstico e tratamento precoce desta perturbação são decisivos na promoção da qualidade de vida, autonomia e níveis de funcionamento das pessoas idosas.

Capítulo I-O Envelhecimento

O envelhecimento pode ser marcado por uma série de condicionantes sociais presentes ao longo do ciclo de vida, nomeadamente ao nível das condições culturais, económicas e políticas do país, os comportamentos e o estilo de vida de cada indivíduo e o meio familiar e social (Spar & La Rue, 2005). De acordo com Schroots e Birren (1980) o envelhecimento tem três componentes: o processo de envelhecimento biológico que resulta da vulnerabilidade crescente e de uma maior probabilidade de morrer (senescência); o processo de envelhecimento social, relativo aos papéis sociais, apropriado às expectativas da sociedade perante este nível etário; o processo de envelhecimento psicológico, definido pela auto-regulação do indivíduo no campo de forças, pelo tomar de decisões e opções, adaptando-se ao envelhecimento.

Foi baseado no envelhecimento da população idosa que a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2001) no final dos anos noventa lançou o paradigma do Envelhecimento Ativo como sendo o processo de otimização de oportunidades para a saúde, a participação e a segurança, no sentido de aumentar a qualidade de vida durante o envelhecimento. Esta definição mostra uma visão ativa que reconhece o direito, em todas as idades, à igualdade de oportunidades e à participação no processo de desenvolvimento económico, social e cultural.

Assim, o conceito do Envelhecimento Ativo tem como objetivo ampliar a expectativa de vida saudável, a produtividade e a qualidade de vida na velhice. Além disso, dar uma conceção de velhice enquanto sinónimo de vitalidade, de produtividade, desmistificando o estereótipo da velhice associada à improdutividade e doença (Caballo, 1991). O mesmo autor refere que para se ter um envelhecimento ativo, deveremos ter em atenção todas as determinantes pessoais, sociais, comportamentais, económicas, o meio físico e os serviços sociais.

Assim, Neri e Freire (2000) referem que envelhecer bem depende das hipóteses do indivíduo usufruir de condições adequadas de educação, de urbanização, de habitação, de saúde e de trabalho durante todo o seu curso de vida. Estes são os elementos cruciais à determinação da saúde (a real e a percebida), da longevidade, da atividade, da produtividade e da satisfação, da eficácia cognitiva e da competência social, da capacidade de manter papéis familiares e uma rede de relações informais, das capacidades de auto-regulação da personalidade, e do nível de motivação individual

para a busca de informação para a interação social. Essa adequação é relativa às estruturas e aos valores vigentes na sociedade, mas é de se esperar que num sistema social estável, que valoriza o ser humano para além de critérios de produtividade económica, as pessoas tenham condições mais favoráveis para uma velhice satisfatória.

Nesse sentido, Nasser e Piucco (2005) relatam que o envelhecimento ativo implica autonomia (controlo), independência (nas ABVD – atividades básicas de vida diária e nas AIVD – atividades instrumentais de vida diária), a qualidade de vida e a expectativa de vida saudável. Assim sendo, estes autores consideram que, as determinantes do envelhecimento ativo são compreendidas sempre numa perspetiva de género e de cultura, onde temos também de considerar as características individuais, as variáveis comportamentais, económicas, o meio físico e social e ainda a saúde e os serviços sociais.

Adicionalmente, as teorias do envelhecimento bem sucedido preconizam o sujeito como pró-ativo, regulando a sua qualidade de vida através da definição de objetivos e lutando para os alcançar, acumulando recursos que são úteis na adaptação à mudança e ativamente envolvidos na manutenção do bem-estar e da qualidade de vida. Assim, este processo deve ser fomentado ao longo dos estados anteriores de desenvolvimento (Ramos, 2002).

Neste sentido, Stella (2002) refere que os fatores que estariam na base de um processo de envelhecimento bem sucedido a nível individual e social, seriam a possibilidade de manter a capacidade de decisão e de controlo sobre a sua vida, manter uma voz ativa (em termos do seu meio e da sua comunidade), garantir e fomentar a sua participação cívica a todos os níveis de decisão (onde o exercício da cidadania é uma responsabilidade coletiva e um dever e um direito individual), de forma a potenciar a manutenção da autonomia física, psicológica e social do idoso.

É neste sentido que surge o princípio da otimização seletiva com compensação (Freund & Baltes, 1998) que está associado ao envelhecimento ótimo. Este ocorre a partir da seleção de áreas de investimento, que correspondem a competências prévias, onde indivíduo procura compensar perdas ocorridas com o envelhecimento. Assim sendo, o modelo conceptualiza o envelhecimento como um processo de desenvolvimento que envolve ganhos e perdas ao longo de todo o curso de vida. Desta forma, o envelhecimento com sucesso representa uma maior qualidade de saúde, pois o

indivíduo procura melhorar ativamente o seu desempenho, não devendo, contudo, corresponder a uma tentativa de imitação da juventude.

Adicionalmente, para Fonseca (2005), o envelhecer com sucesso trata-se de uma capacidade global de adaptação às perdas que ocorrem habitualmente na velhice e de uma escolha de determinados estilos de vida, que proporcionem a manutenção da integridade física e mental, onde os fatores biológicos (o papel da saúde, da alimentação e do exercício físico) os aspetos biológicos e genéticos, os fatores psicológicos (o funcionamento mental, as estratégias de *coping*, os mecanismos de defesa, a personalidade do sujeito) e os fatores sociais (os fatores históricos, as relações sociais, o contexto social, o suporte social, os recursos económicos, culturais e educacionais) têm um papel determinante no envelhecimento.

Segundo Fleck e colaboradores (2003), existem vários fatores que podem contribuir para um envelhecimento com qualidade, como a ocupação do tempo, a participação em atividades com objetivos gerontológicos, a prevenção e promoção da saúde, ou seja, tudo o que possa contribuir para um envelhecimento ativo. Assim sendo, a avaliação da qualidade de vida na velhice implica a adoção de múltiplos critérios de natureza biológica, psicológica e sócio-estrutural, onde vários elementos são apontados como determinantes ou indicadores de bem-estar na velhice: longevidade, saúde biológica, saúde mental, satisfação, controle cognitivo, *status* social, competência social, produtividade, atividade, renda, continuidade de papéis familiares e ocupacionais (principalmente a rede de amigos).

O envelhecimento ativo pode ter vários determinantes que diferem de autor para autor. Por exemplo, Krause (2001) e Fonseca (2005) sugerem que o aspeto mais determinante é a disponibilidade de redes de suporte social. Já para Baltes e Carstensen (1996); Fonseca (2005) são mais importantes os fatores psicossociais, a saúde física, as capacidades funcionais, o estilo de vida, as condições biofísicas e as condições sociais. Paúl (2002) acrescenta ainda as características do indivíduo, as variáveis comportamentais, económicas, do meio físico e do meio social e a saúde e os serviços sociais. Assim, o envelhecimento ativo pode ser considerado como o produto do processo de adaptação (a estes determinantes) que ocorre ao longo da vida através do qual se alcança um ótimo funcionamento físico (inclui a saúde), cognitivo, emocional, motivacional e social. A chave para atingi-lo pode ser a escolha de determinados estilos de vida, que satisfaçam o objetivo de manutenção da integridade física e mental até aos

últimos momentos da existência. Finalmente, Battine, Maciel e Finato (2006) referem estudos que apontam variáveis que diminuem as hipóteses para uma velhice bem sucedida como negar a velhice, isolar-se e agarrar-se ao passado, não aceitando as condições atuais.

Em suma, verifica-se que o envelhecimento ativo é o melhor preditor de Qualidade de Vida no idoso.

1.1. Características epidemiológicas

O envelhecimento pode ser compreendido como uma fase natural da vida, condicionada pela genética, o estilo de vida e o ambiente. Existe um início progressivo da deterioração das funções vitais do corpo e ocorrem também alterações da função imunológica, levando a um provável aumento do risco para desenvolver doenças infecciosas, auto-ímmunes ou malignas (Freire & Sommerhalder, 2000). Por outras palavras, trata-se de um fenómeno biológico, que está associado às causas do envelhecimento celular (morte de neurónios, ao aparecimento de placas senis, redução do peso e volume do cérebro, diminuição da neuro plasticidade), ao aparecimento de perturbações de saúde e à diminuição da capacidade funcional (Lima, 2010). Assim sendo, este processo é vivido de uma forma variável consoante o contexto social de cada indivíduo.

Desta forma, segundo a Comissão das Comunidades Europeias (2005), a segunda metade do século XX, é afetada pelo envelhecimento da população que constitui um fenómeno de amplitude mundial, cujas repercussões profundas resultam de uma transição demográfica que acentua esta tendência. De facto, as alterações verificadas ao longo dos últimos 30 anos são identificadas como a génese de uma nova sociedade que tem sofrido mutações profundas e cuja tendência é a de se intensificarem cada vez mais, o que representa um grande desafio para as políticas de saúde, sistemas de saúde e de proteção social.

Neste sentido, a Comissão das Comunidades Europeias (2005) refere que o fenómeno de envelhecimento demográfico ocorreu em todos os países desenvolvidos e tem ganho maior intensidade nos países em desenvolvimento. Assim, o declínio progressivo das taxas de natalidade e de mortalidade, acompanhado do aumento da

esperança média de vida (EMV), da existência de fortes fluxos migratórios, da melhoria das condições de vida (saúde, trabalho, habitação, condições sanitárias), da diminuição da fecundidade e da evolução tecnológica, fomenta a presença de idosos, nomeadamente os muito idosos. De notar que esta realidade é acentuada com o processo de envelhecimento das gerações decorrentes do período do “*baby boom*”, verificando-se um contínuo crescimento desta população.

Assim, a Organização Mundial de Saúde (2001, cit. por Sousa, Galante & Figueiredo, 2002) prevê que em 2025 existirão 1.2 biliões de pessoas com mais de 60 anos. Neste caso, Portugal não é exceção a este panorama mundial (Instituto Nacional de Estatística, 2009), pois as projeções para os próximos 50 anos apontam que o índice de envelhecimento da população aumentará, a proporção de jovens diminuirá (de 15.3% em 2008 para 11.9% em 2060) e ocorrerá um aumento considerável da percentagem de população com 65 ou mais anos de idade (passando de 17.4% em 2008 para 32.3% em 2060).

Todavia, o Instituto Nacional de Estatística (2009) refere que apesar de na década de 70 Portugal ter sido considerado um dos países mais jovens da Europa, atualmente é identificado como o 8º país mais envelhecido a nível mundial. De facto, assiste-se a um aumento de idosos, acompanhado por um declínio de jovens, o que decreta um duplo envelhecimento. Assim, na década de 60 a proporção de indivíduos idosos mais que duplicou, contrariamente ao declínio abrupto da população jovem, nomeadamente a partir da década de 80. Nesse sentido, evidencia-se o progressivo aumento do Índice de Envelhecimento (IE), que traduz o envelhecimento populacional, refletindo o aumento da população idosa face à diminuição da população jovem. Adicionalmente, em 2005, 17.1% da população era idosa e 15.6% era constituída por jovens.

De acordo com o INE (2009) o envelhecimento pode ser analisado de acordo com duas óticas conceptuais. Assim, se por um lado, assiste-se a um envelhecimento individual resultante do aumento da longevidade, ou seja, a esperança média de vida para indivíduos com 65 anos tem vindo a aumentar, por outro lado, concomitantemente, há um envelhecimento populacional, derivado do aumento da proporção de pessoas idosas em relação à população total. Assim, é de salientar que o número de idosos em Portugal sofreu um aumento para os 18% até à atualidade e prevê-se que continuará a aumentar de modo significativo.

Nesta perspetiva, Krause (2001); Bowling, Gabriel e colaboradores (2003); Fonseca, Paúl e colaboradores (2005) referem que diante deste fenómeno de transição demográfica, a velhice assume uma nova dimensão designada de “*velhice subjetiva*” (velhice de algumas pessoas), e é obscurecida pela “*velhice objectiva*”, que é um fenómeno estrutural que concerne toda a sociedade.

Deste modo, torna-se premente refletir nesta problemática em torno da inserção das populações idosas, nomeadamente as condições de vida que lhes são proporcionadas. É neste contexto de fortes transformações sócio-demográficas que as políticas de prevenção comunitária devem ser adaptadas, para responder da melhor forma a este grande desafio que se coloca para a sociedade portuguesa.

Por outro lado, Costa e colaboradores (2001) referem que quando os idosos têm conhecimento do que acontece em seu corpo, partindo do pressuposto que o conhecimento permite a categorização, controle da atenção e aquisição de informações visuais, eles conseguem, de maneira harmónica, buscar alternativas que possam mudar a sua realidade, visando uma vida saudável e com qualidade. Essa mudança de realidade tem implicações no perfil epidemiológico, no qual se verifica o aumento das doenças crónico - degenerativas, que são as principais geradoras de incapacidades e dependência.

Desta forma, Fonseca, Paúl e colaboradores (2005) referem que a terceira idade foi associada à aposentadoria, doença e dependência. Este paradigma ultrapassado não reflete a realidade, pois, as pessoas podem permanecer independentes na idade mais avançada. Por exemplo, nos países em desenvolvimento existem casos de trabalhadores com 60 anos ou mais que continuam a trabalhar, sendo bastante ativos no setor do trabalho informal, embora este facto não seja reconhecido nas estatísticas do mercado de trabalho. A contribuição não remunerada das pessoas idosas em casa (cuidar dos netos ou de pessoas doentes) permite que os jovens da família tenham atividades remuneradas. Assim, em todos os países, as atividades voluntárias dos idosos são uma importante contribuição social e económica para a sociedade.

De acordo com Schroots e Birren (1980), o envelhecimento está subjacente a três influências, sendo elas a biológica, social e psicológica, constituindo-se, portanto, um fenómeno biopsicossocial. De salientar, que estes domínios não são distintos uns dos outros, uma vez que se verifica uma forte relação entre todos eles. Assim, o

envelhecimento biológico compreende uma dinâmica entre ganhos e perdas, na qual estas últimas se destacam na medida em que cada indivíduo envelhece. Contudo, são as mudanças físicas que afetam de algum modo o padrão global de saúde, reduzindo a eficiência dos sistemas orgânicos e funcionais do organismo e diminuindo a probabilidade de sobrevivência.

1.2. Características médicas

O caráter biológico do envelhecimento exterioriza-se por um declínio das funções físicas, com uma patente lentidão e enfraquecimento das capacidades motoras. Estes distúrbios funcionais advêm da diminuta capacidade de manutenção do equilíbrio homeostático com que o idoso se depara num determinado momento da sua vida, o que conduz a uma vulnerabilidade crescente para as doenças crónicas e perda de autonomia e dependência, assim como também aumenta a sua suscetibilidade para a morte (Heckhausen, Dixon & Baltes, 1989).

Segundo Fleck, Chachamovich e Trentini (2003), procurou-se explicar e entender o envelhecimento humano através das teorias biológicas, psicológicas e sociológicas. Na atualidade, a teoria do *Life-span* ou ciclo da vida tem merecido destaque por defender que perdas e ganhos concorrem durante toda a existência de um indivíduo, possibilitando compensações adaptativas e favorecendo a motivação para um envelhecimento saudável e competente.

Todavia, Netto e Ponte (2002) referem que podemos admitir duas tipologias de envelhecimento. Por um lado, identifica-se o envelhecimento primário (normal), que diz respeito ao processo de senescência e que depende de fatores genéticos. Daí que, como não envelhecemos ao mesmo ritmo, nem do mesmo modo, nem sempre nos é possível prever atempadamente as alterações decorrentes do avançar da idade. Por outro lado, reconhece-se o envelhecimento secundário (patológico), que se caracteriza pela presença de doenças e que depende de diversos fatores interdependentes do próprio processo de senescência, da sua própria especificidade humana e de um conjunto de fatores, como a idade, o sexo e o contexto onde o indivíduo se encontra inserido. De facto, as limitações impostas pelo envelhecimento normal são acentuadas quando surgem doenças debilitantes. Assim, qualquer tipo de doença arrasta consigo uma série de perdas que ameaçam o equilíbrio orgânico e psíquico do indivíduo.

Mais concretamente, segundo Matsudo, Matsudo e Barros Neto (2000), as principais alterações no envelhecimento ao nível antropométrico são: a diminuição da estatura em consequência da compressão vertebral, estreitamento de discos e cifose, o aumento de peso por volta dos 45 anos, estabilizando-se aos setenta anos e com declínio aos oitenta anos, como consequência, o índice de massa corporal (IMC) altera-se. Além disso, a composição corporal modifica-se: o volume de água corporal total diminui, há a distribuição da gordura corporal (os homens mantendo características andróides-forma de maçã e as mulheres em ginecóides básica-forma de pera) e ocorre, gradualmente, a perda de massa livre de gordura, principalmente pela perda de tecido muscular. Adicionalmente, também há a diminuição na velocidade de contração muscular e a atrofia das fibras que compõem esses músculos, conseqüentemente diminuindo a elasticidade muscular. Além disso, existe também uma perda de mineralização óssea, tornando os ossos mais frágeis, e a diminuição da amplitude articular em todos os movimentos. Igualmente, também sucede a perda muscular, tendo como consequência a diminuição da força muscular, que é a principal responsável pela deterioração na mobilidade e na capacidade funcional do indivíduo que está envelhecendo. Assim, com o avançar da idade, as principais mudanças a nível cardiovascular, segundo Mazo, Lopes e Benedetti (2004) são: a diminuição do consumo do oxigênio (VO₂ máx.), a diminuição do débito cardíaco, a diminuição da frequência cardíaca máxima e possível insuficiência respiratória. Além disso, Geis (2003) refere que podem ocorrer distúrbios elétricos cardíacos com diferentes graus de bloqueio e de arritmia. Quanto à visão, o mesmo autor menciona que com a perda da gordura que se localiza ao redor do globo ocular, o olho tem aparência afundada na face e há a diminuição na produção de lágrimas e a impossibilidade de fixar a visão em objetos muito próximos. Nesta perspectiva, ocorre também a perda da audição em grande parte das pessoas com mais de sessenta anos. Também as papilas gustativas e as terminações olfativas diminuem em número. Além disso, ocorre uma diminuição da capacidade de coordenação motora fina, tornando as pontas dos dedos menos sensíveis. Adicionalmente, existe um ressecamento da pele, tornando-a mais fina e menos moldável, a perda dos dentes, menor adaptação a climas e lugares diferentes daqueles do seu dia-a-dia, cansaço físico e mental, aumento da probabilidade de quedas e de fraturas e dificuldades de recuperação (Skinner & Vaughan, 1985). Também ocorre o aparecimento dos cabelos brancos, as rugas, as dificuldades de visão e de audição, a lentidão dos reflexos, entre outras. Estas transformações significam um desafio para quem envelhece: a aceitação de um novo

self e ainda a possível perda da autonomia funcional e outro desafio é colocado: o de ficar dependente (Silva, Rauen & Moreira 2005).

Desta forma, Borges e colaboradores (2010) expõem que com a funcionalidade do corpo mais lenta, as capacidades físicas, como a força, a resistência, a flexibilidade, a agilidade e a velocidade diminuem caso não sejam treinadas. Assim, a perda da capacidade funcional, total ou parcial, leva à incapacidade para realizar as atividades básicas da vida diária (ABVD), ou seja, a perda gradual da autonomia. No entanto, não constitui um estado permanente, mas um processo dinâmico que pode ser modificado e prevenido se houver ambiente e assistência adequados (Fleck, Chachamovich e Trentini (2003).

Analisadas na perspectiva das tarefas evolutivas, a dependência e a independência, na etapa da vida adulta ou maturidade tendem a um equilíbrio denominado interdependência, que se configura como base do ajustamento pessoal da satisfação na vida e na geratividade (Zimmerman, 2000). Assim, na velhice, o conceito de interdependência fica relegado para segundo plano. Nessa fase, a resposta social ao declínio biológico, o afastamento do trabalho, a mudança da identidade social, a desvalorização social do idoso e a indefinição de um contexto social pertinente implicam um alto grau de *stress* na vida do idoso, dificultando a realização das tarefas evolutivas. Pode-se dizer, então, que as mudanças biológicas e as mudanças nas exigências sociais, segundo o mesmo autor, constituem fatores fortemente preditivos das dependências na velhice. Essas dependências são classificadas em dependência estruturada, física e comportamental. No caso da dependência estruturada, está ligada à ideia de que o valor do ser humano é determinado, em primeira instância, por sua participação no processo produtivo (parte da população trabalhadora disponível para sustentar os que estão fora da força de trabalho). No entanto, outros fatores podem determinar situação extrema de dependência física e psicológica em indivíduos sadios ou agravar a dependência de portadores de algum comprometimento funcional, cognitivo ou social. Por exemplo, a participação nas guerras, prisão, exílio, hospitalização prolongada em instituições psiquiátricas, asilamento, fome, tortura ou maus-tratos.

Por outro lado, a dependência física diz respeito à incapacidade funcional, ao desamparo prático ou à incapacidade individual que a pessoa apresenta para realizar atividades da vida diária. Pode variar em graus de acordo com idade, gênero, classe

social e ocorrência de problemas psiquiátricos, porém é mais frequente entre os idosos. Desta forma, à medida em que envelhece, o indivíduo procura o equilíbrio entre as suas limitações e as suas potencialidades, que ainda permanecem e que devem ser maximizadas (Helin, 2000).

Segundo Patrick, Johnson, Goins e Brown (2004), quando se pretende avaliar o idoso são fundamentais aspetos como: uma história clínica bem elaborada, o grau de autonomia ao nível da motricidade, das atividades básicas de vida diária, atividades de lazer, nível de deterioração cognitiva, dinâmica sócio-familiar, suporte social, o estatuto económico, a morbilidade física, a capacidade de auto-cuidado, a visão, a audição, o estado dos membros superiores, o estado dos membros inferiores, a incontinência, a nutrição, o estado depressivo, a interação social, o ajustamento pessoal e o ambiente percebido.

A título ilustrativo, num estudo de Bennett e Murphy, (1999) observou-se, que tanto para os homens como para as mulheres de meia-idade a saúde era um estado de bem-estar físico e mental, mas as mulheres mais velhas definiam a saúde em termos de realização social, incluindo a capacidade para se dar com os outros. Ou seja, embora ambos os sexos de meia-idade privilegiem o bem-estar físico e mental, as mulheres mais velhas valorizam a natureza mais relacional da saúde.

1.3.Características psicológicas

Relativamente ao envelhecimento psicológico, na segunda metade do século XX, os estudos apontavam para um declínio intelectual em diferentes domínios, que acompanhavam o processo de envelhecimento. Este conceito compreende as reações emocionais, os mecanismos perceptivos, a personalidade, os estilos de relação interpessoal, a aprendizagem, a memória e a cognição, que determinam a capacidade do indivíduo para enfrentar e se adaptar as mudanças que ocorrem com o envelhecimento. Neste caso, as capacidades mais afetadas que podem ser identificadas são: a organização de informação; a concentração; a resolução de raciocínios abstratos; a realização de tarefas não familiares; a adaptação a novas situações; a aquisição de novos conceitos e o tempo de reação.

Adicionalmente, para Lindeboom e Weinstein (2004) e Nunes (2008) é necessário ter em consideração que o envelhecimento não provoca um declínio generalizado da cognição. As funções cognitivas que mais podem sofrer o efeito da idade são a atenção, a memória, a capacidade perceptiva e espacial, as funções executivas e a velocidade de processamento. Neste sentido, Berger e Mailloux-Poirier (1995) e Spar e La Rue (2005) referem que as principais modificações da memória e da aprendizagem ao longo da senescência são: o declínio da memória a curto prazo (que inclui a memória de trabalho), a deficiência na organização da informação e a diminuição da capacidade de recuperar a informação armazenada na memória recente. Ainda que a capacidade de armazenamento se encontre intacta, existe um declínio dos desempenhos mnésicos relativos à memória recente devido a défices de codificação e recuperação. Segundo os mesmos autores há uma conservação da memória a longo prazo (exceto na entrada de novos dados), ou seja, as informações armazenadas e consolidadas há bastante tempo aparentam manter-se conservadas independentemente da idade. Também há uma preservação da capacidade de aprendizagem, ou seja, os idosos são capazes de adquirir novos conhecimentos se colocados nas situações apropriadas, isto é, em situações em que o fator tempo não é primordial. Além disso, na maioria dos casos, a aprendizagem depende mais da motivação do que da memória. No que respeita à atenção, os idosos permanecem com a mesma capacidade de manutenção da atenção sobre um determinado assunto, podendo apresentar algumas dificuldades para repartirem a atenção por vários tópicos.

Contudo, o declínio cognitivo ligado à idade é um processo dinâmico que afeta vários domínios, mas observa-se uma grande variabilidade dentro do mesmo grupo etário, que pode ser reflexo de diferentes condições pré-mórbidas que deterioram a cognição. Assim, o declínio cognitivo está associado a agentes de saúde e de estilo de vida prévios, especialmente no que respeita a agentes de risco vascular (Christensen, Anstey, Parslow, Maller, Mackinnon, & Sachdev (2007).

Adicionalmente, Spar e La Rue (2005) mencionam a existência de algumas variáveis que influenciam o grau de alteração cognitiva que as pessoas manifestam com a idade: os fatores genéticos que explicam cerca de 50% da variabilidade cognitiva na chamada terceira idade; a saúde, uma vez que as pessoas saudáveis apresentam menos alterações cognitivas; o nível de instrução, pois é sabido que um nível de instrução mais elevado funciona como um fator protetor das funções cognitivas; a atividade mental,

visto que as atividades mentalmente estimulantes apresentam uma correlação com melhor desempenho cognitivo; a atividade física, pois a boa forma aeróbica está relacionada com uma melhor preservação das aptidões cognitivas e a personalidade e o humor podem também influenciar positiva ou negativamente áreas como a memória ou a atenção.

No entanto, nem todas as capacidades cognitivas decrescem com a mesma rapidez nem com o mesmo grau de severidade (Rodrigues, 2001). Os efeitos negativos das perdas são muitas vezes colmatados pela experiência do sujeito que lhe permite, em situações reais, contornar os défices, ou seja, através de aprendizagens e estratégias que permitem compensar os défices cognitivos existentes (plasticidade cognitiva). Assim, estudos recentes mostram que o eventual declínio das capacidades cognitivas ocorre mais pela falta de uso e de estimulação do que devido a uma deterioração irreversível.

Para Marchand (2005), a idade avançada está associada ao declínio das capacidades intelectuais, mas nem sempre é possível proceder a uma clara distinção relativamente aos aspetos sócio-biológicos, uma vez que não são independentes uns dos outros, ou seja, se por um lado as mudanças sócio-biológicas afetam o psicológico, também este pode afetar o funcionamento biológico e a acomodação ao contexto social.

No entanto Fernández-Ballesteros (2009) concluiu que a atividade cognitiva diária e as atividades sociais e de lazer têm um efeito positivo no funcionamento cognitivo e são um fator protetor contra a deterioração cognitiva. Assim, há grande plasticidade cognitiva e capacidade de reserva tanto ao longo da vida como na velhice, sendo que estas podem melhorar através da intervenção com programas de estimulação cognitiva quer em pessoas com demência, quer em pessoas idosas saudáveis.

Spiriduso (2005) refere que além das alterações já mencionadas, no processo do envelhecimento, também podem ocorrer perdas sociais, afetivas e psicológicas. No caso das perdas sociais estas relacionam-se com a perda parcial dos papéis do quotidiano (profissional, político ou familiar), a perda económica, a perda de poder, levando ao afastamento da sociedade. Já a nível psicológico, aparece a perda de identidade, de auto-estima e de auto-imagem, existindo a necessidade de dividir a dor, o ressentimento e o medo com alguém, para que a tristeza possa ser superada e se evite, assim, o agravamento de situações depressivas ou o aparecimento de novas patologias. Por fim, as perdas afetivas dão-se pela separação (filhos, cônjuge, família e amigos), no homem

a impotência sexual acentua-se e na mulher acontece a chegada da menopausa, que a fragiliza, podendo levar à depressão. Assim, o envelhecimento compromete o bom funcionamento do sistema nervoso central, ocorrendo a perda progressiva e degenerativa de células nervosas no sistema vestibular periférico e central, onde é de salientar que este processo degenerativo pode levar à ocorrência de vertigem, tonturas ou desequilíbrios. Portanto, o processo do envelhecimento está associado às doenças que podem comprometer o bom funcionamento do sistema nervoso central, como as enfermidades neuropsiquiátricas, principalmente a depressão.

Também Soares, (2006) afirma que as aptidões intelectuais mais afetadas no envelhecimento são a capacidade de entender a informação não verbal, a aquisição e a aplicação de conceitos e as atividades perceptivo-motoras. Relativamente às aptidões menos afetadas, refere a execução e resolução de problemas familiares e quotidianos, o uso do conhecimento adquirido e o entendimento da informação verbal.

Para Osório e Pinto (2007), a inteligência e a capacidade de aprendizagem, se forem exercitadas, podem manter-se estáveis e até mesmo progredirem. Assim, podemos concluir que relativamente à diminuição das capacidades físicas e mentais, se não forem afetadas pela doença ou pela ausência de atividades sociais, culturais, de ocupação, o idoso conseguirá ultrapassar as dificuldades de um envelhecimento normal e manter a autonomia.

Neste sentido, Paúl (2002), afirma que os fatores psicológicos e sociais têm muita influência ao longo da vida, condicionando um envelhecimento com qualidade. Assim, é fundamental ter estratégias de adaptação, de controlo sobre as mudanças que vão surgindo, para que se saiba lidar com as perdas ocorridas e as que possam ocorrer

1.3. A Mulher Idosa Institucionalizada

Tal como se verifica na generalidade dos países a população idosa tem, também, em Portugal uma percentagem superior de mulheres. As estimativas de 1998 do Instituto Nacional de Estatística (2009) indicavam que na população com 65 ou mais anos (total: 1.519.010) 59.1% eram mulheres (homens: 621.860; mulheres: 897.150). Paralelamente, a esperança de vida no sexo feminino é superior e verifica-se que as mulheres com 65 anos vivem em média mais três anos e meio do que os homens (os

homens vivem mais, 14.4 anos, e as mulheres 17.9 anos). Desta forma, de acordo com Gray, Ventis e Hayslip (1992), as diferenças entre os dois sexos tendem a manter-se ou a acentuar-se. Assim, em 2020, o índice de envelhecimento será de 135.6 para as mulheres e de 89.3 para os homens.

Segundo o INE (2009), 40% da população idosa necessita de auxílio para realizar pelo menos uma atividade instrumental de vida diária (AIVD), sendo que desses, 10% necessitam de ajuda com as atividades básicas de vida diária (ABVD). Porém, as pesquisas envolvendo idosos institucionalizados mostram que este grupo é formado prioritariamente por mulheres, de baixa escolaridade, que apresentam altos percentuais de demência ou de dependência mental e física. Além disso, são ainda observadas diferenças quanto à condição funcional em função da modalidade de institucionalização: pública ou privada. Ainda de acordo com este organismo, a superioridade numérica das mulheres, é devida à maior esperança de vida, que aumenta com o avançar da idade. Assim, o índice de envelhecimento traduz-se em 122 mulheres e 84 homens. Onde o envelhecimento da população do sexo feminino está associado a um maior número de incapacidades. Embora as mulheres vivam mais anos, a esperança de vida sem incapacidades é bastante mais reduzida quando comparada com a dos homens. Face a estes dados, verifica-se que o sexo feminino tem uma maior probabilidade de se deparar com a viuvez, com o papel de prestador de cuidados e com a institucionalização.

Nesta perspetiva, Carvalho, Peixoto e Capella (2007) descrevem que as mulheres manifestam maior dependência funcional, mais problemas mentais (como a demência) e mais depressão, mais solidão que os homens estando, no entanto, mais capacitadas para desenvolver e manter relações sociais íntimas.

De acordo com Beal (2006) a vulnerabilidade para a depressão pode estar associada a acontecimentos de vida, como a viuvez, a institucionalização e à existência de doença crónica. Assim, num estudo qualitativo realizado com 12 mulheres com idades compreendidas entre os 70 e os 93 anos com doença crónica, verificou-se que a depressão é uma reação à presença de doenças associadas a limitações físicas.

Neste âmbito, Smith (2007) refere que algumas investigações indicam que as mulheres idosas institucionalizadas reportam mais problemas de saúde, imagem negativa do corpo e menos satisfação com a vida.

Também Serra e Gouveia (1977), em Unhais da Serra, estudaram um grupo de reformados e observaram que 40% dos homens tinha perturbações afetivas e que esta percentagem era ligeiramente mais baixa nas mulheres. A autora concluiu, assim, que a depressão parece ser a perturbação psíquica mais frequente nos idosos.

Capítulo II-Variáveis Psicossociais

2.1. Qualidade de Vida

2.1.1. Conceito de qualidade de vida

O conceito de bem-estar mudou a partir de meados do século XX, pois, até aí significava, apenas, disponibilidade de bens materiais (como comida, casa de banho, casa aceitável, acesso a serviços de saúde e de ação social e dinheiro suficiente) e atualmente relaciona-se, também, com dimensões menos tangíveis (como o sentido de segurança, a dignidade pessoal, as oportunidades para atingir os objetivos pessoais, a satisfação com a vida, a alegria e o sentido positivo de si), mas a noção de qualidade de vida também passa pela mesma alteração e engloba os recursos, o direito a gozar a vida (Smith, 2001).

Assim, a saúde é uma área fulcral da qualidade de vida, tendo-se verificado, nos últimos anos, um crescimento no interesse nesta área (Paúl, 2002). Assim, para a Organização Mundial de Saúde (1995) “a Qualidade de Vida é a perceção que o indivíduo tem da sua posição na vida, no contexto cultural e sistema de valores, nas quais ele vive e em relação com os seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações.” Esta definição expressa um conhecimento amplo e complexo de qualidade de vida, que engloba a saúde física, o estado psicológico, o nível de independência, as relações sociais, as crenças pessoais e a relação com as características do meio envolvente (em que o indivíduo está inserido). Por outras palavras, pode ser entendida como o bem-estar subjetivo que, no caso do idoso, está associado a conceitos tais como: felicidade, qualidade de vida e velhice bem-sucedida. Assim, o bem-estar subjetivo é concretizado através de indicadores como a felicidade, a moral e a satisfação com a vida. Este refere-se ao grau de contentamento com a forma como a vida tem corrido (Simões, 2006).

Desta forma, para a Organização Mundial de Saúde (2002), existem três dimensões de bem-estar: o bem-estar físico que refere-se a habilidade de realizar as

atividades normais como tomar banho, vestir, comer e movimentar-se, o bem-estar mental que implica que as atividades cognitivas estão intactas e que o indivíduo não está submetido a ansiedade, medo, stress, depressão ou outras emoções negativas e, por fim, o bem-estar social que é relativo a habilidade de participar na sociedade, desempenhando os papéis de membro de família, amigo, trabalhador, cidadão ou qualquer outra forma de interação.

Já Minayo, Hartz e Buss (2000) afirmam que Qualidade de Vida é uma noção eminentemente humana, que tem sido aproximada ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiente, e pressupõe a capacidade de efetuar uma síntese cultural de todos os elementos que determinada sociedade considera seu padrão de conforto e bem-estar.

Por outro lado, Veras e colaboradores (2002) atribuem a longevidade da população como consequência das inovações tecnológicas e científicas na área da saúde, bem como na melhoria das condições de vida, o estilo de vida e a situação de vida como: a urbanização, as condições de saneamento básico, a moradia, as melhorias no ambiente e no trabalho, a perda da mobilidade, as alterações urinárias, piora a dificuldade em lidar com a dor, a educação em higiene pessoal e qualidade nutricional, a introdução de novas técnicas diagnósticas, fármacos, métodos terapêuticos para controlar os processos mórbidos. Para além disso, a Qualidade de Vida tem um carácter multidimensional, que inclui outros domínios como o acesso à educação e saúde, o trabalho, a moradia, o transporte e as oportunidades de lazer.

Nesse sentido, Martin e Stockler (1998) expõem que a Qualidade de Vida é uma noção simultaneamente individual e coletiva, produto da cultura, definida pela sociedade, derivada da combinação dos graus de satisfação encontrados na vida familiar, amorosa, social, ocupacional, ambiental e existencial. Além disso, a Qualidade de Vida é subjetiva e determinada pela importância e percepção do significado individual atribuído experiências inter e intra-individuais

No entanto, parece haver evidência da relação estreita entre Saúde e Qualidade de Vida, mas são termos que não têm o mesmo significado, pois podem estar ligeiramente ligados à vida diária, onde a primeira é vista como um bem que se busca quotidianamente, fazendo uso de meios individuais e coletivos, inclusive das capacidades físicas. Quanto à Qualidade de Vida pode ser compreendida, também,

como uma dimensão individual e social, que pode ser avaliada por vários meios, uns mais objetivos e outros mais subjetivos, como por exemplo, o bem-estar físico, mental e emocional, além dos relacionamentos sociais, condições de saúde, nível cultural, poder aquisitivo e outras circunstâncias da vida (Silva & colaboradores, 2010).

Neste sentido, segundo Bowling (1995) a Qualidade de Vida depende da conjugação de fatores sociais (contactos com o outro), fatores físicos (saúde ou patologia), fatores funcionais (atividades de vida diárias) e fatores psicológicos (estado emocional). Assim, quando estes fatores falham ou se tornam mais deficitários, o ser humano torna-se mais débil, vulnerável e a Qualidade de vida é afetada.

No entanto, Fleck e colaboradores (2003) referem que embora não haja um consenso a respeito do conceito de qualidade de vida, há concordância considerável acerca de três características deste constructo: subjetividade (depende das perceções da pessoa), multidimensionalidade (inclui, pelo menos, três dimensões: física, psicológica e social) e a presença de dimensões positivas (e.g., autonomia) e negativas (e.g., dependência).

Todavia Santos, Costa Santos, Fernandes e Henriques (2002), mostram que a qualidade de vida do idoso pode estar relacionada com os seguintes componentes: capacidade funcional, estado emocional, interação social, atividade intelectual e auto-proteção da saúde. Já Frutuoso (1999) indica que muitos estudos fazem referência a um aumento da qualidade de vida e da longevidade em idosos que apresentam vida social intensa.

Numa revisão de literatura efetuada por Jacob (2007), observou que a qualidade de vida dos idosos depende sobretudo dos seguintes determinantes: possuir autonomia para executar as atividades do dia-a-dia; manter uma relação familiar e com o exterior regular; ter recursos económicos suficientes e realizar atividades lúdicas e recreativas constantemente.

Apesar destas conclusões, segundo Sousa e colaboradores, (2004) e Fonseca, Paul, Martin e Amado, (2005) temos de ter sempre em conta que a qualidade de vida varia de pessoa para pessoa, consoante o contexto social, as experiências de vida e outros determinantes pessoais. Além disso, os idosos estão sujeitos a estas e outras circunstâncias específicas do processo de envelhecimento que podem levar a uma diminuição da qualidade de vida.

Contudo, na perspectiva psicológica a Qualidade de Vida depende totalmente da personalidade de cada indivíduo e aponta ainda para conceitos, tais como, a felicidade, o estado de ânimo e a satisfação com a vida. Assim sendo, a perspectiva psicológica reflete-se na auto – estima, no respeito pelo seu semelhante, saber ultrapassar as adversidades da vida mantendo o equilíbrio mental, conseguir manter as relações sociais, ter boas expectativas em relação ao futuro, ajudar o próximo, gostar da vida, ser ético, ter calma e ponderação em relação aos obstáculos da vida (Baltes & Baltes, 1990).

Assim, para Fonseca, Paul, Martín e Amado (2005), as redes de suporte social não parecem significativamente associadas à satisfação de vida dos idosos, mas estão claramente associadas à qualidade de vida. Assim, a satisfação de vida é encarada como uma dimensão psicológica, que surge como uma variável mais intra – psíquica, provavelmente associada às características da personalidade e menos associada variáveis externas, sejam físicas, sociais ou ambientais, enquanto a percepção de qualidade de vida, aparece associada a variáveis sócio – demográficas, físicas ou de contexto.

A nível psicológico ressaltam-se os aspetos relacionados com a imagem corporal, a atividade profissional, a capacidade para realizar atividades de vida diárias, a mobilidade e os aspetos que cada um considera contribuir para a sua felicidade. Assim sendo, segundo os mesmos autores a velhice constitui um período de grandes mudanças a nível biológico, psicológico e social, bem como no plano das relações com o exterior. Estas mudanças exigem ao idoso um esforço de adaptação as novas condições de vida, tratando-se de um momento de risco para o equilíbrio e bem-estar psicológico do idoso (Sequeira & Silva, 2002).

Neste sentido, Santos e colaboradores, (2002) referem que a Satisfação é uma categoria subjetiva, complexa e, por isso, de difícil mensuração. A Satisfação com a Vida é um julgamento cognitivo de alguns domínios específicos na vida como saúde, trabalho, condições de moradia, relações sociais, autonomia entre outros, ou seja, um processo de juízo e avaliação geral da própria vida de acordo com um critério próprio. O julgamento da satisfação depende de uma comparação entre as circunstâncias de vida do indivíduo e um padrão por ele estabelecido. Os autores acrescentam que à medida que entra na terceira idade, a pessoa idosa necessita cada vez mais de cuidados relacionados com o conforto e manutenção da qualidade de vida, e menos com tratamentos

específicos relacionados com a cura de uma determinada doença. A qualidade de vida e a satisfação na velhice têm sido frequentemente associadas às questões de dependência, autonomia, mas é importante também distinguir os chamados ‘efeitos da idade’. Algumas pessoas apresentam declínio no estado de saúde e nas competências cognitivas precocemente, enquanto outras vivem saudáveis até idades muito avançadas. Adicionalmente, a satisfação de vida e o bem-estar na velhice implicam um reajustamento psicológico em relação às mudanças do corpo e uma adaptação à própria sociedade. Assim, é importante que o idoso mantenha os objetivos de vida que vão para além da morte, que adapte os seus objetivos e tarefas aos limites do seu próprio corpo, com a execução de atividades e com autonomia.

Assim, de acordo com Fonseca, Paul, Martin e Amado (2005) é fundamental que o idoso detenha a capacidade para se adaptar a todas as perdas, assim como adotar um estilo de vida que propicie a manutenção da sua integridade física e mental, de forma a conseguir uma velhice com qualidade. São as características da personalidade e as influências do desenvolvimento ao longo do curso de vida que prevalecem como determinantes para a Qualidade de Vida individual, e não a idade e as condições de saúde associadas a velhice.

Todavia, Ramos (2002) relata que é importante distinguir os efeitos da idade de patologia, porque, algumas pessoas mostram um declínio no estado de saúde e nas competências cognitivas precoces, enquanto outras vivem saudáveis até aos 80 anos e mesmo 90 anos. Assim, começa a ser aceite que qualquer declínio precoce provavelmente reflete patologia e não os efeitos da idade, ou seja, a dependência não é um elemento que caracteriza apenas esta fase da vida.

Neste sentido, a velhice é uma etapa de satisfação, enquanto para outros é uma fase negativa da vida, desde que, a Qualidade de Vida, seja entendida como estar de bem consigo mesmo, com a vida, com as pessoas, enfim, manter-se em um certo estado de equilíbrio físico, emocional e social, onde o desejo de uma velhice com qualidade de vida vai além de se constituir num interesse individual é, também, uma responsabilidade social relacionado às políticas públicas. Assim, o envelhecimento e a qualidade de vida são dois aspetos que antes pareciam tão distantes um do outro, mas hoje tornaram-se cada vez mais próximos (Moreira, 2000).

A Qualidade de Vida boa ou excelente é aquela que oferece os meios para que os indivíduos possam desenvolver o máximo das suas potencialidades, sendo determinantes aspetos importantes como: a capacidade funcional, o nível sócio-económico, o estado emocional, a interação social, a atividade intelectual, o suporte familiar, a saúde satisfatória, a satisfação com as atividades diárias, além de valores culturais e éticos (Vecchia & colaboradores, 2005).

2.1.2. Estudos realizados

Os resultados a que Bowling, Gabriel e colaboradores (2003) chegaram com base na análise de dados de um rastreio sobre a qualidade de vida da população idosa mostram que os aspetos mais valorizados pelos idosos são residir na comunidade, a boa vizinhança, ter boas relações com a família e com os amigos, ter papéis sociais como o voluntariado, a ocupação dos tempos livres, ter boa saúde, funcionalidade, ter uma visão positiva da vida, manter o controlo e a independência.

Adicionalmente, Caldas (2003) estudaram a qualidade de vida e o bem-estar dos doentes deprimidos e verificaram que os melhores preditores de qualidade de vida eram a gravidade da depressão, o número de episódios, o sexo do indivíduo, a presença ou ausência de defeitos da personalidade; para o bem-estar era a gravidade da depressão, o estado civil e o nível de educação. Em síntese, a gravidade da depressão foi o fator principal que influencia tanto a avaliação da Qualidade de Vida como do bem-estar do indivíduo deprimido.

Noutra investigação com idosos, Hwang e colaboradores (2003) concluíram que todas as associações entre os domínios da qualidade de vida geral e da perceção geral de saúde foram altamente significativos.

Num estudo de Chan, Chiu, Chien, Thompson, & Lam, (2006) os autores verificaram resultados similares entre todos os domínios destas duas variáveis.

Finalmente, Fleck e colaboradores (2003) reportaram o efeito da idade nos domínios psicológico, relações sociais e ambiente, sendo que o grupo de participantes mais velhos (45 – 65 anos) percecionou uma melhor qualidade de vida nos fatores mencionados. Pelo contrário, os participantes mais novos (16-44anos) manifestaram *scores* superiores nos domínios nível de independência e relações sociais.

2.2. Depressão

2.2.1. Definição de depressão

A depressão pode ser considerada como um problema de saúde importante que atinge pessoas de todas as idades, conduzindo a sentimentos de tristeza e isolamento social (Martins, 2008). Segundo o autor, é muito mais do que um sentimento. Ela pode ser uma doença mental grave e incapacitante, interferindo em todos os aspetos do dia-a-dia de uma pessoa. Uma pessoa deprimida pode manifestar mudanças cognitivas e comportamentais características desta desordem emocional: falta de motivação, perturbações na vontade, desinteresse, perda de apetite, somatização, dores físicas, irritabilidade, dificuldade de concentração, problemas de sono, perda de gosto pela vida, fraqueza física, dificuldade de convívio com os amigos, colegas e familiares. Pode ainda mostrar-se apática, desmotivada e muito sensível aos acontecimentos negativos da vida. Porém, é nas idades avançadas que a depressão compreende elevados índices de morbidade e mortalidade, pois adota formas atípicas, muitas vezes de difícil diagnóstico e, conseqüentemente, de difícil tratamento.

Do ponto de vista vivencial, como já vimos anteriormente, o idoso está numa situação de perdas continuadas. Assim, Ballone (2002) e Martins (2008) referem que estas perdas despertam, muitas vezes, sentimentos de desânimo e tristeza que acabam por originar síndromes depressivas. Também a adaptação individual ao processo de envelhecimento pode tornar a pessoa mais vulnerável à depressão. Nesse sentido, Fernandes (2000) relata que a depressão no idoso relaciona-se igualmente com o contexto social em que este está inserido.

No entanto, Zimerman (2000) menciona que, geralmente, a depressão traz alguns efeitos que prejudicam a vida do idoso. Na área intelectual, ocorre a diminuição de capacidades e perturbações de memória que dificultam a aprendizagem. Na área social, ocorre o afastamento dos grupos, a perda de estatuto, o abandono, o isolamento. Do ponto de vista somático, podem ocorrer problemas cardíacos, pulmonares e gastrointestinais.

Além disso, Nardi (1998) e Fernandes (2000), mencionam que existem três grandes determinantes que são comumente importantes no surgimento da depressão nos idosos, por exemplo, as determinantes ambientais (o isolamento e a falta de convívio social, a ausência de trabalho, a morte do cônjuge a desvalorização social e

profissional), os determinantes genéticos predisponentes para a depressão em idades tardias e os determinantes orgânicos que se referem à enorme variedade de doenças orgânicas que podem apresentar sintomas desta natureza.

Adicionalmente, Horowitz, French e Anderson (1982) descrevem que o sentimento de depressão é uma experiência subjetiva. Assim sendo, para alguns indivíduos a depressão pode ser experienciada através de sentimentos profundos de inferioridade, para outros pode ser uma falha nos contactos sociais e para outros pode ser experienciada através de sentimentos de alienação e isolamento. Daí que, os mesmos autores descrevem o indivíduo que sofre de depressão como sendo isolado, depressivo, introvertido.

Neste sentido, estes indivíduos sentem-se sós, diferentes, não amados, inferiores, evitam o contacto social, o pessimismo, a falta de esperança, a frustração, a introversão, a timidez e a baixa auto – estima. Daí que, um indivíduo que sofra de depressão possui muitas das características da solidão (Peplau, Bikson, Rook & Goodchilds, 1982).

Para Lawton, Moss, Fulcomer e Kleban (1982), o problema mais comum nos sujeitos que sofrem de depressão é dificuldades na tarefa de socialização, como, por exemplo, fazer amigos, apresentarem-se a alguém novo e participarem em atividades de grupo. Assim sendo, estes indivíduos atribuem as suas falhas interpessoais à falta de habilidade, creem que tem menos competência, enquanto os que não sofrem de depressão, atribuem a traços pessoais. Assim é de referir que os indivíduos depressivos estão menos capacitados para resolver problemas.

Para além disso, Lezak, Howieson e Loring, (2004); Nunes (2008) mencionam que a depressão tem um efeito inegável sobre o desempenho da memória, sendo esta uma das principais queixas das pessoas com depressão. Pode afetá-la de várias formas, por exemplo, a sensação de cansaço e de fadiga que está associada à depressão pode comprometer o desempenho das capacidades cognitivas. Além deste, também os aspetos motivacionais da memória podem estar alterados, na medida em que as pessoas podem simplesmente despende menos esforço do que o necessário para a tarefa de recuperação da informação.

2.2.2. Estudos realizados

Numa investigação realizada por Fernandes (2000) com seis grupos de idosos com diferentes características, o autor observou um maior número de depressões nos idosos que não trabalham, e que a ocupação e a atividade exercem um papel relevante na prevenção da depressão. Logo, concluiu que a incidência da depressão nos idosos depende da sua condição sócio - profissional. Além disso, também se verificou que a depressão é mais frequente em idosos solteiros, e mais baixa em idosos reformados por limite de idade.

Num estudo efetuado por Blazer e colaboradores (2001), foi analisada a influência do local de residência no aparecimento de perturbações afetivas como a depressão. Os autores verificaram que os idosos residentes em áreas urbanas apresentaram valores mais elevados de perturbações do que os residentes em áreas rurais. Ou seja, houve um efeito do meio urbano nos índices depressivos.

Adicionalmente, Fleck e colaboradores (2003), Xavier e colaboradores (2001) e Carneiro e colaboradores (2007) apontaram outras variáveis que influenciam a prevalência de depressão, por exemplo, uma relação direta entre relacionamentos sociais, qualidade de vida, capacidade funcional e depressão.

Goldney, Phillips, Fisher e Wilson (2004) verificaram diferenças significativas entre idosos depressivos com diabetes e idosos sem essas morbilidades ao nível da sua qualidade de vida. O segundo grupo apresentou uma avaliação mais positiva da sua qualidade de vida.

Finalmente, num estudo com 358 idosos, Leite, Carvalho, Barreto e Falcão (2006) relacionaram o envelhecimento e a depressão, e concluíram que o único fator demográfico que se correlacionou com esta perturbação foi o nível de escolaridade. Ou seja, maiores índices de depressão estão associados a menores habilitações literárias.

2.3. Suporte Social

2.3.1. Definição de Suporte Social

A capacidade de interagir socialmente é fundamental para o idoso, para conquistar e manter redes de apoio social e, conseqüentemente, garantir melhor qualidade de vida (Gray, Ventis & Hayslip, 1992).

Assim, o apoio social refere-se ao “grau em que as relações interpessoais correspondem a determinadas funções, por exemplo ao apoio emocional, material e afetivo em situações de necessidade” (Chor, Griep, Lopes & Faerstein, 2001, p. 74). Neste sentido, refere-se sobretudo a três medidas: a integração social, ou seja, a frequência de contactos com os outros, o apoio recebido, que corresponde à quantidade de ajuda efetivamente fornecida por elementos da rede e o apoio percebido, que corresponde à crença de que os outros significativos podem ajudar em caso de necessidade, sendo que a experiência passada nesse sentido, reforça ou não essa crença Uchino (2004). Segundo o autor, as redes de apoio informal ou o suporte informal (como por exemplo a família, os amigos, os vizinhos), inclui quer as estruturas da vida social do indivíduo, (como a pertença a um grupo ou a existência de laços familiares), quer funções explícitas, instrumentais ou sócio-afetivas (como o apoio emocional, informativo e de pertença). Por outro lado Litwak (1981), refere que devemos diferenciar as redes familiares das redes de amigos, sendo que a primeira é “involuntária” e baseada no sentido de obrigação, enquanto a segunda é uma escolha voluntária, o que produz efeitos diferentes na qualidade de vida dos idosos, sendo potencialmente mais positivo o efeito das redes de suporte dos amigos e dos vizinhos. Adicionalmente, Goldstein (1995) refere que não se pode confundir apoio social com interação social, salientando que nem todo relacionamento oferece apoio e que alguns podem ser, na realidade, muito stressantes.

De um modo geral, com o passar da idade as relações sociais e a troca de apoio social diminuem. Deste modo, o sentimento de solidão surge associado à diminuição das redes sociais. É um conceito que se encontra fortemente relacionado com o isolamento social e com o viver só (Sousa & colaboradores, 2004).

Segundo Figueiredo (2007), a velhice caracteriza-se pela mudança de papéis e pela perda de alguns deles, tais como a perda do estatuto profissional, mudança nas relações familiares e nas redes sociais. Essas mudanças são inevitáveis pois trata-se de uma etapa especialmente intensa de perdas afetivas (perda de papéis, filhos que saem de casa, reforma, viuvez, etc.). Como tal, o desafio principal do envelhecimento é o confronto com essas perdas, o que vai exigir um esforço por parte do idoso para adaptar-se a essas situações para manter a qualidade de vida desejada. Neste sentido, o autor refere que esta mudança de papéis implica, de uma forma, geral, a diminuição de recursos económicos, a diminuição de oportunidade de contactos sociais e um maior tempo livre. Assim sendo, o objetivo deverá ser reorganizar o seu quotidiano, onde todas as mudanças despoletadas pela aposentação vão permitir ao sujeito uma nova reformulação de valores, rotinas e objetivos. Assim, essa inatividade pode ter repercussões negativas na saúde e no bem-estar do idoso (Izal & Fernández-Ballesteros, 1990). Desta forma, deverá descentrar-se da profissão e centrar-se na vida familiar e em ocupações de tempos livres que fomentem o envolvimento e a participação social. Assim sendo, os familiares são os maiores prestadores de apoio para a resolução dos problemas e os amigos permitem um melhor acesso às atividades de ocupação (Osório & Pinto, 2007). Tal, nem sempre é possível devido às baixas expectativas em relação a constituição de novas amizades e ao agravamento de doenças (Sousa, Figueiredo & Cerqueira, 2004).

Neste sentido, Pinto (2000) e Santos (2005) relatam que as próprias transformações económicas, sociais e familiares em conjunto com as mudanças e/ou perdas de competências intelectuais e funcionais, têm repercussões na auto-estima, no bem-estar e na qualidade de vida. Por isso, segundo Cicirelli (1990), uma das funções dos suportes sociais é que as pessoas idosas sintam-se amadas, seguras para lidar com problemas de saúde e tenham alta auto-estima. Adicionalmente, as deficiências e os comprometimentos de competências sociais estão geralmente associados a dificuldades nas relações interpessoais e a diversos tipos de transtornos psicológicos como, por exemplo, a timidez, o isolamento social, o suicídio e a depressão (Del Prette & Del Prette, 2001). Assim, tais acontecimentos poderão conduzir ao aparecimento de perturbações comportamentais reativas que têm uma maior incidência nesta idade, como por exemplo, a depressão (Figueiredo, 2007). Por outro lado, Katz e Rubin (2000) referem que a ausência de convívio social causa severos efeitos negativos na capacidade cognitiva geral.

Assim, a pobreza de relações sociais como um fator de risco à saúde tem sido considerada tão danosa quanto o fumo, a pressão arterial elevada, a obesidade e a ausência de atividade física. Neste caso, este conjunto de evidências sugere que a deterioração da saúde pode ser causada não somente por um desgaste natural do organismo, sedentarismo ou uso de tabaco, mas, também, pela redução da quantidade ou qualidade das relações sociais. Desta forma, parece haver evidência que as pessoas que têm maior contacto social vivem mais e com melhor saúde e qualidade de vida que as pessoas com menor contacto social.

No entanto, Chelala (1992) e Oliveira, Pasian e Jacquemin, (2001) ressaltam que a qualidade dos contactos sociais é mais importante do que a quantidade. Como também propõem Carmona e Melo (2000), uma pessoa que tem uma conduta interpessoal efetiva é capaz de desenvolver redes sociais de apoio, que operam como um dos fatores mais relevantes na recuperação e prevenção dos problemas de saúde mental.

Além disso, a interação social pode contribuir para a adaptação ao envelhecimento e o desenvolvimento destas competências sociais estão relacionadas com uma melhor qualidade de vida (Del Prette & Del Prette, 2001). Contudo, é importante diferenciar os termos competências sociais, competência social e desempenho social. O termo competências sociais refere-se à existência de diferentes classes de comportamentos sociais no repertório do indivíduo para lidar de maneira adequada com as demandas das situações interpessoais. A competência social tem sentido avaliativo que remete aos efeitos do desempenho social nas situações vividas pelo indivíduo.

Relativamente ao desempenho social, refere-se à emissão de um comportamento ou sequência de comportamentos em uma situação qualquer. Além disso, o conjunto das competências requeridas para relações interpessoais satisfatórias inclui diferentes classes e sub-classes dentre as quais as competências de comunicação, assertivas, empáticas, de civilidade, de expressividade emocional, de trabalho etc. Já Gatto (2002) destaca a importância das habilidades empáticas e de vinculação às assertivas para que as interações sociais sejam bem sucedidas. Assim, a empatia é entendida como a capacidade de compreender e de expressar compreensão cuidada sobre a perspectiva e sentimentos de outra pessoa, além de experimentar compaixão e interesse pelo bem-estar desta. Apesar das redes de suporte social não surgirem associadas à satisfação de vida dos idosos, elas estão claramente ligadas à qualidade de vida (no seu todo e nos

seus vários domínios). Assim, a “satisfação de vida” e a “qualidade de vida” são conceitos diferentes, pois a satisfação de vida é uma variável intra-psíquica relacionada a características de personalidade, enquanto a qualidade de vida está ligada a variáveis sócio-demográficas, físicas e de contexto.

Quanto à competência social, deve incluir a capacidade do indivíduo para obter satisfação pessoal (assertividade) e, ao mesmo tempo, a motivação genuína para compreender e atender às necessidades da outra pessoa (empatia). A falta ou deficiência em manifestar empatia e assertividade pode ocasionar padrões de comportamento socialmente inadequados, tais como a agressividade. Esses padrões acabam prejudicando a qualidade da interação e favorecendo os conflitos sociais (Falcone, 2002). Por outro lado, Carmona e Melo (2000) mencionam que o comportamento socialmente competente não compreende apenas desempenho aberto (verbal e não verbal) mas também componentes cognitivos de atenção, percepção e processamento de informação. Assim, numa interação social eficaz, o indivíduo seleciona, de forma acurada, informações úteis e relevantes de um contexto interpessoal, usa essa informação para apresentar comportamentos apropriados dirigidos a uma meta e, finalmente, executa os comportamentos verbais e não verbais que maximizam a probabilidade de obter e manter boas relações com os outros.

Por outro lado, Uchino (2004) menciona que há um convincente conjunto de investigações que mostram que o apoio social (estrutural ou funcional) é uma determinante chave do envelhecimento bem sucedido. De facto, segundo Fontaine (2000), temos de considerar o efeito das redes sociais na saúde e na mortalidade, mas também os efeitos no bem-estar psicológico e na satisfação de vida do idoso. Assim sendo, é de referir o efeito protetor das redes sociais no processo de envelhecimento, ou seja, tem a função de evitar ou amortecer os efeitos do *stress* associado ao envelhecimento.

Adicionalmente, Silverstein, Bengston e Lawton (1997) referem que algumas pesquisas têm demonstrado que as relações sociais são capazes de moderar o *stress* em pessoas que experienciam problemas de saúde, como a morte do cônjuge ou mesmo crises financeiras. Assim, é de salientar que os efeitos positivos do suporte social estão associados com a utilidade de diferentes tipos de suporte (emocional ou funcional) fornecidos pela família.

Segundo Cockerham (1991), as redes sociais formadas por familiares e amigos abalam significativamente os efeitos do *stress* nos indivíduos mais velhos. Elas oferecem suporte social na forma de amor, afeição, preocupação e assistência. Assim, as pessoas que não têm este tipo de suporte tendem a ter mais dificuldade para lidar com o *stress* que aquelas pessoas que têm o suporte social.

Para Bisconti e Bergeman, (1998), um dos efeitos positivos exercidos pela família na saúde dos idosos está relacionado ao facto de que este suporte tende a reduzir os efeitos negativos do *stress* na saúde mental. Isso na medida em que a ajuda dada ou recebida contribui para o aumento de um sentido de controlo pessoal, tendo uma influência positiva no bem-estar psicológico.

Segundo Lapierre, Bouffard e Bastrian (1997), a aspiração de auto-desenvolvimento e de interesses das pessoas está associada a sentimentos de bem-estar na velhice. Assim sendo, este último aspeto está relacionado com a capacidade de efetuar trocas, isto é dar e receber alguma ajuda de forma balanceada. Seguindo este argumento, cabe à pessoa distinguir a frequência das relações sociais da qualidade delas. Isto é, podemos identificar interações positivas e negativas, que dependem do balanço das trocas e do que está sendo trocado.

Por outro lado, Kalache (1999) e Jacob (2007) referem que o contacto com os vizinhos demonstrou aumentar o sentimento de utilidade, talvez porque os contactos sociais fora da esfera da família sejam mais voluntários e menos baseados em obrigações sociais, portanto, menos desiguais. Este facto está ainda relacionado com a perceção de trocas não balanceadas, a perceção de que alguém dá mais que recebe ou o inverso. Assim, quando os idosos percebem uma troca não balanceada, isto é, uma falta de capacidade para retribuir, eles podem ficar deprimidos (Ferraro & Su, 1998).

No entanto, para Krause (2001) a quantidade de laços sociais parece ter reflexos negativos na qualidade de vida percebida por estes idosos. Assim, esses resultados negativos podem existir em função da excessiva assistência ou dependência em relação a poucas pessoas que possam ajudar. Desta forma, os efeitos negativos do suporte social na saúde estão associados com alguns efeitos negativos produzidos pelas tarefas dos cuidadores e também pelo descompasso na relação entre o cuidador e o recetor de cuidados. Nesse sentido, um efeito negativo importante é a falta de auto-estima, que acontece devido ao reconhecimento, por parte das pessoas idosas, de sua dependência, e

causa a percepção de uma falta de autonomia e a incapacidade para retribuir ajudas recebidas. Assim sendo, isto pode levar a insatisfação, *stress*, e depressão da pessoa idosas. Normalmente essa depressão está também associada com um sentimento de ser uma carga para aquelas pessoas a quem ela ama (Farinatti, 2008).

Segundo Matsudo e colaboradores (2000), as consequências negativas como os sentimentos de ser uma carga são mais prevalentes em sociedades como a sociedade ocidental na qual a produtividade e a capacidade para retribuir são extremamente valorizadas. Assim, o aspeto da desvalorização das pessoas idosas está relacionado com o problema de como os jovens percebem seus parentes idosos nos países do Ocidente. Isto é, este problema está relacionado com os valores que predominam nas culturas ocidentais que não enfatizam os cuidados ao idoso como uma tarefa importante. Assim, os filhos normalmente assumem um comportamento paternalista com os seus idosos, não considerando os seus desejos e preferências, principalmente nas sociedades ocidentais. Assim sendo, estes efeitos negativos das relações sociais contribuem para exacerbar problemas de saúde.

2.3.2. Estudos Realizados

Num trabalho de Slepj (2000), a autora estudou a diferença entre idosos do meio rural e do meio urbano relativamente à satisfação com o suporte social. Os resultados mostraram uma avaliação mais positiva por parte do primeiro grupo.

Adicionalmente, num estudo de Barros e colaboradores (1997) pretendeu-se analisar as associações entre suporte social, variáveis demográficas e clínicas, como a depressão. Os resultados obtidos indicam relações significativas entre as variáveis e sugerem, em particular, que a satisfação com o suporte social e a depressão estão negativamente associados.

Marinho (2010) relacionou o suporte social com a depressão e concluiu, por um lado, que existe uma associação parcialmente inversa entre estes dois construtos e que o comprometimento conjugal torna-se essencial na depressão e na satisfação com o suporte social.

Numa investigação de Aquino, Russell, Cutrona e Altmaier (1996), os resultados mostraram que o número de horas de trabalho, menores níveis de depressão e a

perceção de maior suporte social está diretamente relacionado com elevados índices de satisfação com a vida nos idosos.

Cupertino, Rosa, Ribeiro, (2007) avaliaram a relação entre *stress* e suporte social na infância e na adolescência com a depressão nos idosos. Os autores verificaram associações significativas entre os stressores e disciplina recompensatória com sintomas depressivos na velhice.

Finalmente, Teixeira (2010) procurou avaliar um programa de intervenção e explorar possíveis alterações ao nível da depressão, suporte social e qualidade de vida na população idosa. Os resultados mostraram que existe uma correlação positiva entre suporte social e qualidade de vida e negativa com a depressão. Por sua vez, a depressão associou-se negativamente com a qualidade de vida.

Capítulo III-Estudo Empírico

Introdução

O envelhecimento é um processo de deterioração que engloba três componentes: biológica, social e psicológica (Sales & Cordeiro, 2012). Enquanto fenómeno biológico está associado ao envelhecimento celular (ex: morte de neurónios, aparecimento de placas senis, redução do peso e do volume do cérebro), à diminuição da neuroplasticidade, à diminuição da capacidade funcional e ao aparecimento de problemas de saúde. Como fenómeno psicológico refere-se à capacidade de auto-regulação, à tomada de decisão e de adaptação a este processo. No entanto, para Spar e La Rue (2005) existem dois tipos de envelhecimento, primário ou normal (processo de senescência que depende de fatores genéticos) e secundário ou patológico que se caracteriza pela aceleração do processo de senescência e pela presença de doença.

Relativamente à noção de qualidade de vida, este conceito depende da conjugação de fatores sociais (contacto com os outros), fatores físicos (saúde ou patologia), fatores funcionais (atividades de vida diárias) e fatores psicológicos (estado emocional) (Lima, 2010). Assim, trata-se da “perceção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos

seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (Fleck, Louzada, Xavier, Chachamovich, Vieira, Santos & Pinzon, 1999).

Nos idosos, a sua qualidade de vida depende de possuir autonomia para executar as atividades, manter as relações familiares ou com o exterior regularmente, ter recursos económicos suficientes e realizar atividades lúdicas e recreativas constantemente (Jacob, 2007).

Assim, a relação entre o envelhecimento e a qualidade de vida varia com o contexto social de cada indivíduo. Este resulta dos seus papéis e hábitos de vida, das suas experiências de vida, do seu estilo de vida, dos seus apoios sociais e de saúde existentes, o seu nível socioeconómico, a sua disposição pessoal, as suas redes de apoio, o seu desempenho de atividades, o seu bem-estar físico, emocional, cognitivo e social e a sua perceção da sua capacidade funcional (Lima, 2010).

Adicionalmente, Fonseca (2005) refere que o processo de envelhecimento relacionado com a qualidade de vida inclui uma perspectiva ecológica e de integração do indivíduo no seu contexto sociocultural, integrando a sua vida passada e atual, ponderando uma dinâmica de forças entre as pressões ambientais e as suas capacidades adaptativas.

É neste sentido que para Santos, Costa Santos, Fernandes e Henriques (2002), o envelhecimento e a qualidade de vida podem estar relacionados com o suporte social, com o estado emocional e com a capacidade funcional. Assim, Frutoso (1999) indica que alguns estudos fazem referência ao facto de existir um aumento da qualidade de vida, nos idosos que apresentam uma vida social intensa.

Assim, para Chor, Griep, Lopes e Faerstein (2004), o termo suporte social refere-se “ao grau em que as relações interpessoais, correspondem a determinadas funções (por exemplo, suporte emocional, suporte material, suporte afetivo) em situações de necessidade”. Krause (2001) associa-o à integração social, ou seja, à frequência de contacto com os outros, à quantidade de ajuda fornecida por elementos da rede social e o apoio percebido (crença de que os outros significativos podem ajudar em caso de necessidade, onde a experiência passada reforça ou não essa crença). Por outras palavras, trata-se da capacidade de interagir socialmente (habilidades sociais), sendo fundamental para o idoso estabelecer e manter as redes de suporte social e por sua vez garantir uma melhor qualidade de vida (Gray, Ventis & Hayslip, 1992).

Nesta perspectiva Dunst e Trivette (1990), distinguem duas fontes de suporte social, o suporte social informal e o suporte social formal. Relativamente ao primeiro, este inclui os indivíduos (como por exemplo os familiares e os amigos) e os grupos sociais (passíveis de fornecer apoio nas atividades do dia a dia). Por outro lado, as redes de suporte social formal abrangem as organizações sociais (hospitais, serviços de saúde, programas governamentais) e os profissionais (médicos, assistentes sociais, psicólogos), organizados para fornecer assistência ou ajuda às pessoas necessitadas.

Assim, os autores sugerem a existência de cinco componentes do suporte social: constitucional, que inclui as necessidades, a congruência entre essas necessidades e o suporte existente; relacional, que engloba o estatuto familiar, o estatuto profissional, o tamanho da rede social e a participação em organizações sociais; funcional, que abrange o suporte disponível, o tipo de suporte, a sua qualidade e a quantidade; estrutural, relacionada com a proximidade física, ou seja, a frequência de contactos e a proximidade psicológica (nível de relação, reciprocidade e consistência) e a satisfação que está ligada à utilidade e à ajuda fornecida.

Desta forma, o comprometimento das habilidades sociais está associado a diferenças nas relações interpessoais e a diversos tipos de transtornos psicológicos como, por exemplo, o isolamento social, a depressão e o suicídio (Del Prette e Dell Prette, 2001). Da mesma forma, Freire e Sommerhalder (2000) referem que a pobreza de relações sociais causa efeitos negativos na capacidade cognitiva, além de depressão.

Adicionalmente, Fernandes (2000) refere dois fatores que promovem o surgimento da depressão e uma alteração da qualidade de vida: os determinantes ambientais (isolamento social, desvalorização social e profissional) e os determinantes genéticos, ou seja, a predisposição do indivíduo e a presença de doenças orgânicas que podem apresentar sintomas depressivos.

Neste sentido, o indivíduo com depressão pode manifestar mudanças cognitivas e comportamentais como a falta de motivação, a perda de apetite, a irritabilidade, a dificuldade de concentração, problemas de sono, somatização, dificuldades no convívio com os familiares, amigos, colegas, perda do gosto pela vida, apatia e muita sensibilidade aos acontecimentos de vida negativos Zirmernam (2000).

Assim e de acordo com os aspetos centrais do nosso estudo empírico, a qualidade de vida nas mulheres idosas institucionalizadas pode estar relacionada com a depressão e o suporte social.

O objetivo principal do estudo foi avaliar a relação entre suporte social, depressão e qualidade de vida nas mulheres idosas institucionalizadas. Pretendeu-se avaliar a sua qualidade de vida, utilizando o instrumento World Health Organization Quality of Life – Abreviado (WHOQOL – BREF) e analisar se os idosos estão satisfeitos com a sua rede de suporte social, utilizando a escala que avalia a satisfação com o suporte social (ESSS). Neste âmbito, o estudo procurou também avaliar se estes apresentam ou não um transtorno depressivo, utilizando a escala de depressão geriátrica (EDG).

3.1. Metodologia

3.1.1. Participantes

O presente estudo envolveu 33 participantes em regime de institucionalização no Lar Nevarte Gulbenkian, no Lar D. Diogo de Sousa e no Centro Social da Paróquia de Vieira do Minho, as participantes eram do sexo feminino com idades compreendidas entre os 39 e os 90 anos ($M=75.15$, $S.D.=12.84$). Na nossa amostra 22 indivíduos eram naturais de um meio rural (66.7%), enquanto, que 11 eram originários de um meio urbano (33.3%).

3.1.2. Design

Tratou-se de um *design* de estudo quantitativo, correlacional, pois procurámos avaliar a relação entre as variáveis e descrever as modificações intrínsecas da relação entre essas mesmas variáveis.

Por outro lado, efetuámos análises inter-sujeitos através da manipulação das variáveis independentes (variáveis demográficas e índice de depressão) com o fim de verificar a existência de diferenças estatisticamente significativas ao nível das variáveis dependentes (qualidade de vida, suporte social e índice de depressão) num único momento (transversal).

3.1.3. Variáveis

Variáveis Sócio – Demográficas: a idade, o género, o grau de escolaridade, o estado civil e a situação profissional prévia.

Variáveis Psicológicas: qualidade de vida, morbilidade psicológica (depressão) e suporte social.

3.1.4. Hipóteses

Hipótese 1: Espera-se uma associação negativa entre o índice de depressão apresentado pelas mulheres idosas institucionalizadas, a sua qualidade de vida e a sua satisfação com o suporte social.

Hipótese 2: Espera-se uma relação positiva entre o suporte social e a qualidade de vida nas idosas institucionalizadas.

Hipótese 3: Esperam-se diferenças significativas nas variáveis psicológicas (depressão, suporte social e qualidade de vida) em função da idade.

Hipótese 4: Esperam-se diferenças significativas nas variáveis psicológicas (suporte social e qualidade de vida) em função do índice de depressão verificado.

3.1.5. Instrumentos

Foi aplicado a todos os participantes um questionário que incluía os seguintes instrumentos:

Questionário sócio-demográfico: este questionário tem como objetivo recolher informações que facilitem a caracterização do participante como a idade, o género, o grau de escolaridade e o estado civil.

Escala World Health Organization Quality of Life – Abreviado (WHOQOL – BREF): esta escala foi elaborada pelo The WHOQOL Group (1994), traduzida e adaptada à população portuguesa por Fleck, Louzada, Xavier, Chachamovich, Vieira, Santos e Pinzon (2000) e avalia a qualidade de vida do adulto jovem. Este instrumento é composto por vinte e seis questões com respostas estruturadas por uma escala *Likert* de um a cinco pontos (conteúdo, intensidade, capacidade, frequência e avaliação),

encontra-se subdividida em dois domínios de âmbito geral, que avalia a perceção de qualidade de vida geral, avalia a satisfação com a saúde e avalia quatro domínios (físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente), estes domínios são divididos pelas seguintes facetas: dor/ desconforto, dependência de medicação/ tratamentos, energia/ fadiga, mobilidade, sono/repouso, atividades de vida quotidiana, capacidade de trabalho, sentimentos positivos/negativos, espiritualidade/religião/ crenças pessoais, pensar/aprender/memória/ concentração, imagem corporal e aparência, auto - estima, relações pessoais, atividade sexual, suporte social, segurança física e proteção, ambiente físico (poluição, ruído, trânsito, clima), recursos financeiros, oportunidades para adquirir novas informações e habilidade, participar e oportunidades de lazer, ambiente no lar, cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade, meio de transporte.

A escala preenche os critérios de validade discriminante, de validade de conteúdo, de validade concorrente e de confiabilidade teste – reteste. Assim, a consistência interna desta escala é de .91.

Escala de Depressão Geriátrica (EDG): a escala de Depressão Geriátrica foi elaborada por Sheikh e Yesavage (1986), traduzida e adaptada a população portuguesa por Veríssimo (1988), é considerada apropriada para identificar casos de pessoas com depressão no âmbito da população idosa. Assim, é composta por trinta questões de resposta dicotómica (sim ou não) e cotação dicotómica (0 ou 1), que avaliam igual número de dimensões tais como: a insatisfação com a vida, a sensação de vida vazia, o sentimento de desesperança, a sensação de desamparo, a perda de energia, o medo de maus acontecimentos, o retraimento social, a diminuição do interesse e do prazer, o sentimento de tédio, a vontade frequente de chorar, a sensação de inutilidade, a sensação de culpa, a sensação de fadiga, o desânimo, a agitação, a tristeza, a baixa auto-estima, a dificuldade em tomar decisões, a redução da capacidade mental.

A consistência interna deste instrumento é de .60.

Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS): a escala de Satisfação com o Suporte Social foi elaborada por Wethington e Kessler (1986), traduzida e adaptada a população portuguesa por Ribeiro (1999) e é composta por quinze itens com respostas estruturadas por uma escala *Likert* de um a cinco pontos (concordo totalmente, concordo na maior parte, não concordo nem discordo, discordo na maior parte, discordo totalmente) e que avaliam quatro dimensões tais como: a satisfação com os amigos, a

intimidade, a satisfação com a família e as atividades sociais. Perante o exposto, é de referir, que a primeira dimensão, denominada de «satisfação com os amigos», mede a satisfação com as amizades/amigos que tem, a segunda dimensão, designada de «intimidade», mede a perceção da existência de suporte social íntimo, ao passo que, a terceira dimensão, intitulada de «satisfação com a família», mede a satisfação com o suporte social familiar existente e a última dimensão, apelidada de «atividades sociais», mede a satisfação com as atividades sociais que realiza. Trata-se de uma escala que mede a satisfação com o suporte social existente.

A consistência interna deste instrumento é de .85.

3.1.6. Procedimentos

O método de amostragem foi o aleatório, não probabilístico de conveniência, porque optámos por um grupo de indivíduos que assegurasse a representatividade da amostra comparativamente a diferentes participantes em contextos idênticos.

O projeto de investigação foi submetido à Comissão de Ética do Lar Nevarte Gulbenkian e do Lar D. Diogo de Sousa. Após o seu consentimento procedeu-se à recolha dos dados. Os critérios de seleção dos participantes foram os seguintes: idosos utentes do Lar Nevarte Gulbenkian e do Lar D. Diogo de Sousa que foram selecionados com base na ausência de incapacidade física ou condições psicopatológicas co-mórbidas.

Todos os participantes foram informados dos objetivos do estudo e dos procedimentos da administração dos questionários. Adicionalmente, foram informados da confidencialidade dos dados, do anonimato das respostas e da possibilidade de desistência em qualquer fase da avaliação. Assim, foram pedidas duas assinaturas do consentimento informado, sendo que um dos documentos ficou com o participante e outro com o investigador.

3.1.7. Procedimentos estatísticos

Na realização dos procedimentos estatísticos, a Análise Exploratória de Dados revelou não estarem cumpridos os pressupostos subjacentes à utilização de testes paramétricos. Este procedimento foi efetuado através do teste *Kolmogorov-Smirnov* (verificação da normalidade) e o teste de *Levene* (verificação da homogeneidade das variâncias).

Num primeiro tipo de análises, foram efetuadas as associações entre quatro fatores: qualidade de vida, depressão, suporte social e a idade. Este procedimento foi realizado através do teste de correlação de *Spearman*.

Subsequentemente, para avaliarmos o efeito das variáveis demográficas nas dimensões centrais deste estudo, relativamente aos três instrumentos, utilizámos o teste U de *Mann-Whitney*.

Em face do anteriormente exposto, é de referir quais as razões, que fundamentaram a utilização dos testes não – paramétricos em detrimento da utilização dos testes paramétricos, que foram a condição limitativa da homogeneidade da amostra (sexo feminino), o número de utentes ser analogamente pequeno, inviabilizando uma análise estatística mais precisa, não permitindo a generalização dos resultados obtidos à população, sendo mais pertinente circunscrever os mesmos ao grupo estudado (mulheres idosas institucionalizadas). Consequentemente, a utilização de testes de auto – resposta enviesam os resultados, verificou-se também que não há normalidade na distribuição dos dados e não há homogeneidade da variância.

Capítulo IV-Resultados

O tratamento estatístico e a análise de dados foram efetuados através do *software* SPSS (versão 20.0 para *Windows*).

Hipótese 1: Espera-se uma associação negativa entre o índice de depressão apresentado pelas mulheres idosas institucionalizadas, a sua qualidade de vida e a sua satisfação com o suporte social.

Como se pode verificar pelo **Quadro 1** existe uma relação negativa significativa entre a pontuação obtida na escala de depressão e a qualidade de vida domínio físico

($r_{sp} = -.47$, $p < .01$), qualidade de vida domínio psicológico ($r_{sp} = -.44$, $p < .05$), qualidade de vida domínio relações sociais ($r_{sp} = -.32$, $p < .10$), qualidade de vida domínio ambiental ($r_{sp} = -.38$, $p < .05$), satisfação com os amigos ($r_{sp} = -.48$, $p < .01$), satisfação com a intimidade ($r = -.34$, $p < .10$) e satisfação com a família ($r_{sp} = -.66$, $p < .001$). Os participantes com maiores índices depressivos avaliaram mais negativamente as restantes dimensões. Ou seja, excetuando a dimensão satisfação com as atividades sociais, as idosas com uma avaliação mais positiva nos fatores referentes à satisfação com o suporte social e à qualidade de vida obtiveram um *score* baixo nos índices de depressão.

Existe, também, uma associação positiva significativa entre a qualidade de vida psicológica e a qualidade de vida relações sociais ($r_{sp} = .38$, $p < .05$) e a qualidade de vida ambiental ($r_{sp} = .64$, $p < .001$). Os participantes com maior percepção de qualidade de vida psicológica, cotaram mais positivamente nas dimensões qualidade de vida relações sociais e ambiental.

Adicionalmente, verificámos uma correlação negativa significativa entre a idade e a qualidade de vida física dos participantes ($r_{sp} = -.32$, $p < .10$). Os idosos com mais idade tendem a ter maiores défices físicos.

Hipótese 2: Espera-se uma relação positiva entre o suporte social e a qualidade de vida nas idosas institucionalizadas.

Nesta hipótese analisámos a existência de correlações entre as dimensões das escalas de qualidade de vida e das escalas de satisfação com o suporte social. Assim, verificámos que há uma correlação positiva significativa entre a qualidade de vida domínio relações sociais e a qualidade de vida domínio ambiental ($r_{sp} = .42$, $p < .05$), a satisfação com os amigos ($r_{sp} = .59$, $p < .001$), a satisfação com a intimidade ($r_{sp} = .47$, $p < .01$) e a satisfação com a família ($r_{sp} = .39$, $p < .05$). Os participantes com maior qualidade de vida com as relações sociais avaliaram mais positivamente os restantes fatores. Além disso, existe uma associação positiva significativa entre a qualidade de vida domínio ambiental e a satisfação com os amigos ($r_{sp} = .35$, $p < .05$), a satisfação com a intimidade ($r_{sp} = .45$, $p < .01$) e a satisfação com a família ($r_{sp} = .33$, $p < .10$). Os participantes com maiores índices nesta dimensão da qualidade de vida têm uma percepção mais elevada nas dimensões de suporte social.

Não se evidenciaram, porém, associações estatisticamente significativas entre as primeiras duas dimensões relativas à qualidade de vida e os fatores relacionados com o nível de satisfação com o suporte social. Por esta razão, esta hipótese é parcialmente confirmada.

Há uma correlação positiva significativa entre a satisfação com os amigos e a satisfação com a intimidade ($r_{sp}=.32$, $p<.10$) e a satisfação com a família ($r_{sp}=.52$, $p<.01$). Os participantes que avaliam mais positivamente a sua satisfação com os amigos, obtiveram *scores* mais elevados na satisfação com a sua intimidade e com a sua família.

Existe uma associação positiva significativa entre a satisfação com a intimidade e a satisfação com a família ($r_{sp}=.38$, $p<.05$). Os participantes com maior satisfação com a sua intimidade exibiram resultados mais elevados na satisfação com a sua família.

Hipótese 3: Esperam-se diferenças significativas nas variáveis psicológicas (depressão, suporte social e qualidade de vida) em função da idade.

Relativamente a esta hipótese não encontramos nenhuma diferença estatisticamente significativa em função da idade ao nível dos fatores dos questionários aplicados. Isto quer dizer que esta hipótese não foi confirmada.

No entanto, encontramos diferenças marginalmente significativas em função da naturalidade ao nível da satisfação com os amigos ($z=-1.74$, $p<.10$) e significativas na satisfação com as atividades sociais ($z=-1.96$, $p<.05$). No caso da satisfação com os amigos, os participantes provenientes de zonas rurais tendem a ter uma perceção mais elevada, enquanto que os indivíduos provenientes de zonas urbanas avaliaram mais positivamente a sua satisfação com as atividades sociais (**Quadro 2**).

Quadro 1- Correlações entre as subescalas de idade, depressão, qualidade de vida e satisfação com o suporte social

	Idade	Depressão	Qualidade de Vida Física	Qualidade de Vida Psicológica	Qualidade de Vida Relações Sociais	Qualidade de Vida Ambiental	Satisfação Amigos	Satisfação Intimidade	Satisfação Família	Satisfação At. Sociais
Idade	-	.16	-.32 ⁺	-.02	-.21	-.00	-.08	-.15	-.15	-.09
Depressão	.16	-	-.47**	-.44*	-.32⁺	-.38*	-.48**	-.34*	-.66***	-.04
Qualidade de Vida físico	-.32 ⁺	-.47**	-	.53**	.04	.33⁺	.08	.10	.27	.28
Qualidade de Vida psicológico	-.02	-.44*	.53**	-	.38*	.67***	.21	.18	.33 ⁺	-.03
Qualidade de Vida relações sociais	-.21	-.32⁺	.04	.38*	-	.42*	.59***	.47**	.39**	-.19
Qualidade de Vida ambiente	-.00	-.38*	.33⁺	.64***	.42*	-	.35*	.45**	.34⁺	-.04
Satisfação Amigos	-.08	-.48**	.08	.21	.59***	.35*	-	.32**	.52**	-.16
Satisfação Intimidade	-.15	-.34⁺	.10	.18	.47**	.45*	.32⁺	-	.38*	.05
Satisfação Família	-.15	-.66***	.27	.33 ⁺	.39*	.33⁺	.52**	.38*	-	-.27
Satisfação At. Sociais	-.09	-.04	.28	-.03	-.19	-.04	-.16	-.05	-.27	-

*p<.05, **p<.01, ***p<.001, ⁺p<.10

QUADRO 2- Diferenças em função da naturalidade ao nível das dimensões da depressão, qualidade de vida e satisfação com o suporte social

	Rural (n=22)	Urbana (n=11)	z
	Ordem Média	Ordem Média	
Depressão	16.36	18.27	-.54
Qualidade de vida física	16.20	18.59	-.67
Qualidade de vida psicológica	16.93	17.14	-.06
Qualidade de vida relações sociais	17.48	16.05	-.44
Qualidade de vida ambiente	17.20	16.59	-.17
Satisfação com os amigos	19.05	12.91	-1.74⁺
Satisfação com a intimidade	16.16	18.68	-.71
Satisfação com a família	17.61	15.67	-.54
Satisfação com as atividades sociais	14.70	21.59	-1.96*

*p<.05, **p<.01, ***p<.001, ⁺p<.10

Hipótese 4: Esperam-se diferenças significativas nas variáveis psicológicas (suporte social e qualidade de vida) em função do índice de depressão verificado.

Finalmente, nesta hipótese encontramos diferenças significativas entre os indivíduos que obtiveram um *score* de ausência de depressão e os de depressão ligeira ao nível da qualidade de vida física ($z=-2.50$, $p<.05$), qualidade de vida psicológica ($z=-2.51$, $p<.05$), qualidade de vida ambiental ($z=-2.02$, $p<.05$), satisfação com os amigos ($z=-2.03$, $p<.05$), satisfação com a intimidade ($z=-2.00$, $p<.05$) e satisfação com a

família ($z=-3.24$, $p<.01$). Os indivíduos sem depressão relataram maior qualidade de vida física, psicológica, ambiental e maior satisfação com os amigos, intimidade e com a família (**Quadro 3**).

QUADRO 3- Diferenças em função dos índices de depressão ao nível das dimensões qualidade de vida e satisfação com o suporte social

	Ausência de depressão (n=10) Ordem Média	Depressão ligeira (n=23) Ordem Média	z
Qualidade de vida física	23.35	14.24	-2.50*
Qualidade de vida psicológica	23.35	14.24	-2.51*
Qualidade de vida relações sociais	19.60	15.87	-1.12
Qualidade de vida ambiente	22.10	14.78	-2.02*
Satisfação com os amigos	22.10	14.78	-2.03*
Satisfação com a intimidade	22.05	14.80	-2.00*
Satisfação com a família	24.95	13.54	-3.24**
Satisfação com as atividades sociais	18.30	16.43	-.52

* $p<.05$, ** $p<.01$, *** $p<.001$, + $p<.10$

Capítulo V- Discussão

O presente trabalho pretendeu analisar a variabilidade dos índices de qualidade de vida num grupo de pessoas não diagnosticadas com qualquer patologia física ou mental, em função de vários indicadores sociodemográficos, numa tentativa de identificar quais os aspetos que mais parecem influenciar a qualidade de vida destes indivíduos institucionalizados.

Para isso, teve dois objetivos específicos. Em primeiro lugar, procurámos analisar se existia uma associação entre as três variáveis centrais desta investigação: qualidade de vida, depressão e suporte social. Em segundo lugar, tentámos compreender o efeito das variáveis demográficas (idade, habilitações literárias, ocupação, naturalidade e estado civil) ao nível da qualidade de vida, da depressão e da satisfação com o suporte social. Adicionalmente, avaliámos o efeito dos índices de depressão na qualidade de vida e na satisfação com o suporte social.

Assim, relativamente às análises de correlação entre os domínios dos três questionários, verificámos que existe uma correlação negativa entre os índices de depressão e as dimensões da qualidade de vida. Ou seja, um aumento da pontuação na primeira escala está associado a uma diminuição da qualidade de vida física, psicológica, nas relações sociais e ambientais. Estes resultados vão de encontro com os dados verificados por Rapaport e Piccinini (2006), bem como em contextos de intervenção terapêutica nos estudos de Diehr e colaboradores (2006) e de Skevington e Wright (2001), nos quais se reitera a sensibilidade dos indicadores de qualidade de vida à existência e intensidade da perturbação de humor. Adicionalmente, parecem confirmar os resultados de Wells e colaboradores (1989) relativos à interferência negativa da depressão ser semelhante ou até superior à de outras condições físicas crónicas. Os autores concluíram que em ambos os grupos (população em geral e psiquiátrica) há uma correlação negativa entre a sintomatologia depressiva e a qualidade de vida, entre $-.34$ e $-.65$ e entre $-.31$ e $-.55$, respetivamente. As únicas exceções foram os coeficientes observados entre a sintomatologia depressiva e o domínio ambiente no primeiro grupo e entre a sintomatologia depressiva e o domínio relações sociais no segundo grupo.

Além disso, verificámos uma correlação negativa entre os índices de depressão e as dimensões de satisfação com o suporte social (exceto com a satisfação com as

atividades sociais). Ou seja, um maior índice de depressão está associado a uma menor qualidade de vida. Estes dados parecem ir de encontro aos obtidos por Correia e Barbosa (2009), que verificaram que os indivíduos sem sinais de depressão perceberam melhor qualidade de vida e mostraram-se mais satisfeitos com a sua saúde, quando comparados com aqueles que apresentavam sinais de depressão.

Desta forma, confirmámos a hipótese 1, visto que a qualidade de vida e a satisfação com o suporte social estão relacionadas negativamente com a depressão.

Adicionalmente, encontrámos uma relação entre a idade dos participantes e apenas um domínio da sua qualidade de vida (física). Este dado parece, parcialmente, ir de encontro aos resultados de Vaz Serra (2006), embora os fatores físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, ambiente e espiritualidade se associassem positivamente com a idade, os seus coeficientes de correlação foram baixos. Também Trompenars e colaboradores (2005) observaram correlações estatisticamente significativas baixas entre a idade e os resultados e as dimensões da qualidade de vida. Ainda assim, neste trabalho, a idade dos respondentes (população psiquiátrica) demonstrou estar negativamente associada ao domínio relações sociais e à faceta geral de qualidade de vida.

Na segunda hipótese averiguámos se existia uma relação positiva entre o suporte social e a qualidade de vida nas idosas institucionalizadas. Assim, ela foi confirmada parcialmente, pois verificámos uma correlação positiva entre a qualidade de vida com as relações sociais e a satisfação com os amigos, intimidade e com a família. Os mesmos resultados foram verificados em relação à qualidade de vida ambiental. Isto quer dizer que uma maior satisfação com o suporte social está associada a uma maior qualidade de vida. Resultados idênticos foram obtidos por Teixeira (2010), em que estas duas variáveis correlacionadas apresentaram valores altamente significativos.

Num segundo patamar de análises, procurámos perceber as diferenças entre os grupos dos participantes, em função das suas características demográficas ao nível dos fatores das três escalas. Assim, rejeitámos a hipótese 3, pois não registámos o efeito da idade ao nível destas dimensões. Estes resultados confirmam os dados de Chepp (2006) num estudo com 121 idosos com idades superiores a 80 anos. O autor verificou a ausência de efeito destas variáveis neste grupo etário, particularmente elevadas nos domínios físico e psicológico. Também para Wahl e colaboradores (2004), no que

respeita à idade, não têm sido reportadas diferenças significativas, apesar de que os idosos expressam níveis mais elevados de satisfação com a vida. Segundo os autores, ao nível do estado civil, os indivíduos casados ou unidos de facto apresentam valores mais elevados de qualidade de vida, quando comparados com indivíduos solteiros, separados, divorciados, viúvos. Em síntese, apenas em relação à idade e ao género se registam contradições entre os estudos que analisam a sua influência na qualidade de vida e na qualidade de vida relacionada com a saúde, com os segundos a apontar para valores mais baixos para as pessoas mais idosas e pertencentes ao género feminino (Thomé, Dykes, & Hallberg, 2004).

Por outro lado, encontrámos diferenças entre a naturalidade dos participantes ao nível do seu suporte social. No caso da satisfação com os amigos, os participantes com origem urbana reportaram uma avaliação mais positiva, contrariamente ao que aconteceu na satisfação com as atividades sociais. No primeiro caso, os dados devem ser analisados com cuidado, pois tratam - se de valores marginalmente significativos. A título ilustrativo, num estudo de Sales e Cordeiro, (2012) a comparação entre a amostra rural e a amostra urbana relativamente à perceção do suporte social verificou-se resultados estatisticamente significativos em duas dimensões: satisfação com as amizades e satisfação com a família. Para além destas, não se observam diferenças significativas nas outras duas dimensões da satisfação com o suporte social-Intimidade e atividades sociais nem na Escala Total. Na dimensão satisfação com as amizades a amostra rural apresenta uma avaliação mais positiva, por comparação com a amostra urbana. Esta dimensão mede a satisfação com o suporte familiar existente (Ribeiro, 1999) e exhibe um maior contentamento do primeiro grupo em relação a esta variável.

Além disso, da comparação entre as amostras relativamente ao estudo da qualidade de vida foram reveladas diferenças estatísticas significativas nas subescalas que medem o domínio físico. Assim, a média dos resultados obtidos na amostra rural é bastante superior à da amostra urbana indicando, por isso, menor deterioração nesta dimensão. Em contrapartida, não se confirmaram diferenças estatisticamente significativas nos restantes domínios.

Adicionalmente, parecem não ir de encontro ao estudo de Vaz Serra e colaboradores (2006) onde foram consideradas três categorias (predominantemente urbano, moderadamente urbano, predominantemente rural) e não foram encontradas

diferenças significativas nas várias dimensões (qualidade de vida, depressão, suporte social, entre outras). Além disso, este estudo validou o efeito do estado civil e das habilitações literárias na qualidade de vida, onde os indivíduos casados e com mais estudos apresentaram percepções mais positivas nesse fator. Na nossa investigação estes resultados não se verificam, assim como no estudo de Bayram, Thorburn, Demirhan e Bilgel, (2007) em que os participantes solteiros comunicaram uma melhor qualidade de vida, por comparação aos casados e divorciados. Contudo, este efeito pode ser devido ao facto do primeiro grupo ter idades compreendidas entre os 16 e os 26 anos (contaminação dos resultados pela variável idade). Outro fator para que estes dados não se confirmem no nosso estudo pode estar relacionado com um número de participantes pequeno (n=33). Em estudos futuros, esta recolha deverá ser superior.

Por outro lado, Bayram e colaboradores (2007) concluíram, também, que os indivíduos com formação universitária comunicam também uma melhor qualidade de vida, comparativamente aos que apenas tem escolaridade primária.

Finalmente, a última hipótese foi parcialmente aceite pois encontra-mos diferenças em função do índice de depressão dos participantes em quase todas as dimensões da qualidade de vida e da satisfação com o suporte social (exceto relações sociais, ambiente e atividades sociais). Desta forma, os indivíduos sem depressão avaliaram mais positivamente a sua qualidade de vida e a sua satisfação com o suporte social que os participantes com depressão ligeira. Estes dados parecem ir de encontro aos estudos de Lawrence, Pakerson e Doraiswamy (2002), em que os clientes com perturbação depressiva apresentaram pior qualidade de vida, quando comparados com outros dois grupos em todos os domínios. Estes resultados confirmam a interferência grave e tendencialmente generalizada daquele diagnóstico sobre o funcionamento global do indivíduo. Adicionalmente, para Rapaport e Piccinini (2006), os utentes dos cuidados primários de saúde, apesar de percecionarem níveis de qualidade de vida superiores ao do primeiro grupo, apresentaram determinados domínios mais afetados do que a população em geral. Se considerarmos que a maior parte dos utentes dos centros de saúde não recorrem a esses serviços por questões primeiramente relacionadas com a saúde mental, mas relacionadas com as condições físicas, estes resultados estão pelo menos parcialmente de acordo com o observado anteriormente por Wells e colaboradores (1989) relativamente à interferência negativa da depressão ser semelhante ou até superior à de outras condições físicas crónicas. Segundo os autores, a relação

entre a sintomatologia depressiva e a qualidade de vida verifica-se em todos os grupos estudados, clínicos e não clínicos, o aumento da frequência, intensidade e duração dos sintomas depressivos tende a fazer-se acompanhar por uma diminuição da qualidade de vida. Por outro lado, Rigler (1999) refere que a existência de recaídas frequentes em doentes deprimidos encontra-se associada ao reforço das baixas expectativas de auto-eficácia em relação à sua capacidade de resolver os problemas diários e de manter os ganhos terapêuticos que porventura são alcançados. Adicionalmente, Rapaport e Piccinini (2006) e McCullough (2000) evidenciam a eficácia do aconselhamento psicológico de índole cognitivo-comportamental, interpessoal e focado na resolução de problemas. Essa eficácia parece ser otimizada quando o aconselhamento é conduzido em complemento das intervenções farmacológicas.

Assim, os resultados deste estudo permitem a reflexão de um conjunto de implicações clínicas (ao nível da prevenção, avaliação e tratamento da depressão) que considerem as especificidades dos contextos e se centrem no diagnóstico precoce e ajustamento das intervenções (preventiva ou terapêutica) às necessidades das populações a que se direcionem. Desta forma, salienta a importância do acompanhamento psicológico, pois parece haver evidência que uma diminuição dos índices de depressão origina uma melhoria da qualidade de vida no domínio físico e psicológico.

Subsequentemente, considera-se relevante o papel que a satisfação com o suporte social tem na depressão e na qualidade de vida. Neste sentido, parece fundamental considerar a possibilidade de promover uma intervenção psicossocial em idosos institucionalizados, com o objetivo de fomentar as relações de intimidade, as relações familiares, relações de conjugabilidade, evitando a baixa satisfação com o suporte social nos idosos e uma consecutiva prevenção dos sintomas depressivos.

Além disso, considerando o fenómeno do envelhecimento demográfico, parece evidente a necessidade de realização de novos estudos que compreendam uma análise multidimensional, permitindo identificar as perturbações, de modo a contribuir para a elaboração de um plano de investigação em que a ênfase seja posta na manutenção ou na recuperação das capacidades.

Por outro lado, a inclusão, em futuros estudos, de outras variáveis mais positivas como a esperança ou a felicidade, poderiam auxiliar os investigadores a compreender melhor outras dimensões que medeiam a qualidade de vida.

Adicionalmente, na área do suporte social aplicado à população idosa, poderá ser realizado um maior aprofundamento de questões relacionadas com o tamanho e diversidade das redes de suporte social, como a frequência de contatos, a percepção individual da qualidade das relações e a sua duração.

Apesar de escassos, existem alguns trabalhos que estudam a população envelhecida nos meios rurais e urbanos. Contudo são ainda poucos os autores que dedicam atenção à comparação de variáveis entre dois grupos ao nível da qualidade de vida e da satisfação com o suporte social.

Relativamente às limitações deste estudo, de salientar a brevidade da aplicação do instrumento (Escala de Satisfação com o Suporte Social) que não permite recolher informação suficiente para analisar detalhadamente a percepção da satisfação com o suporte social desta população idosa.

Adicionalmente, no momento da realização da entrevista seria útil questionar cada participante acerca da sua definição de suporte social, pois, como se verificou na literatura, não existe consenso acerca desta definição.

Ressalta-se, também, como condição restritiva, a homogeneidade da amostra (sexo feminino) e o facto do número de participantes ser relativamente pequeno, o que impossibilita uma análise estatística mais precisa. Não tendo sido possível aceder ao número exato de utentes que frequentam os Lares onde foi recolhida a amostra, verifica-se que esta não é representativa da população, sendo mais prudente circunscrever os resultados obtidos ao grupo estudado (mulheres idosas institucionalizadas). Seria necessário um maior número de utentes a fim de podermos generalizá-los.

Outras das limitações deveu-se ao facto do nosso estudo ter sido efetuado no local de estágio, instituição escolhida por conveniência, onde o número de utentes disponível foi reduzido. Esta situação pode ter inibido as participantes nas suas respostas, pois a investigadora conhecia-as e convivia com elas profissionalmente.

Em suma, os dados deste estudo mostram que menores valores de depressão estão associados a maiores valores de qualidade de vida e de suporte social e que os participantes sem depressão apresentam uma avaliação mais positiva da sua qualidade de vida e da sua satisfação com o suporte social.

Referências

- Aquino, J., Russell, D., Cutrona, C., & Altmaier, M. (1996). Employment status, social support, and life satisfaction among the elderly. *Journal of Counseling Psychology, 43* (4), 480-489.
- Araújo, F. (2007). Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Revista Portuguesa de Saúde Pública, Vol. 25, n° 2*, p. 59-66.
- Azeredo, Z., Matos, E. (2003). Grau de dependência em doentes que sofreram AVC. *Revista da Faculdade de Medicina de Lisboa. Série III. 8, 4*, 199-204.
- Ballone, G.J (2002). Menopausa e Reposição Hormonal. *Gerontology, 35*, 543-551
- Baltes, M. M., & Carstensen L. L. (1996). *The Process of Successful Ageing, Ageing and Society*, 16, pp. 397-422.
- Baltes, P. B., & Baltes, M. M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. In P. Baltes & M. Baltes. *Successful aging: perspectives from the behavioural sciences* (pp. 1-34). Canada: Cambridge University Press.
- Battine, E., Maciel, E. M., & Finato, M. S. S. (2006). *Identificação de variáveis que afetam o envelhecimento: análise comportamental de um caso clínico*. Estudos de Psicologia. Campinas. N 23 (4).
- Bayram, N., Thorburn, D., Demirhan, H., & Bilgel, N. (2007). Quality of life among turkish immigrants in Sweden. *Quality of Life Research, 16*, 1319-1333.
- Barros, M., & Antonieta, M. (1997) *O cuidar de ontem e o de hoje*. Nursing, Lisboa, nº111, p: 8 -13.

- Blazer, D., Hybels, C., & Pieper, C. (2001). The association of depression and mortality in elderly persons: a case for multiple independent pathways. *Journal of Gerontology: Medical Sciences*, 56A, M505–M509.
- Beal, C. (2006). Loneliness in older women: a review of the literature. *Issues in mental health nursing*, 27, 795-813.
- Bennett, P., & Murphy, S. (1999). *Psicologia e Promoção da Saúde*. Lisboa: Climepsi Editores
- Berger, L., & Mailloux-Poirier, D. (1995). *Pessoas idosas - uma abordagem global* (M. A. Madeira, F. A. Silva, L. Abecasis & M. C. Rosa, Trad.). Lisboa: Lusodidacta.
- Bisconti, L.T., & Bergeman, C.S. (1998). Perceived Social Control as a Mediator of the Relationships Among Social Support, Psychological Well-Being, and Perceived Health. *Oxford Journals Medicine & Social Sciences The Gerontologist Volume 39*, Issue 1Pp. 94-104.
- Borges, M. S., Aprahamian, I., Radanovic, M., & Forlenza, O. V. (2010). Psicomotricidade e retrogênese: considerações sobre o envelhecimento e a doença de Alzheimer. *Revista de Psiquiatria Clínica*. vol.37 n.3 São Paulo.
- Bowling, A. (1995). What things are importante in peoples lives? A survey of public´s judgements to inform scales of health related quality of life. *Social Science and Medicine*, 41(10), 1447-1462.
- Bowling, A., Gabriel, Z., Dykes, J., Dowding, L., Evans, O., Fleissig, A., Banister, D., & Sutton, S. (2003). Let`s ask them: a national survey of definitions of quality of life and it`s enhancement among people age 65 and over. *International Journal of aging and human development* 56(4), 269- 306.
- Caballo, V. E. (1991). El entrenamiento en habilidades sociales. In V. E. Caballo (Ed.), *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta* (pp. 403-471). Madrid, España: Siglo Veintiuno.
- Caldas, C. P. (2003). Envelhecimento com dependência: Responsabilidades e demandas da família. *Cadernos de Saúde Pública*, 19 (3), 773-781.

- Carmona, C. G. H., & Melo, N. A. (2000). *Comunicacion interpersonal: Programa de Entrenamiento en Habilidades Sociales*. Santiago: Ediciones Universidad Católica de Chile.
- Carneiro, P., Crawford, C., & Goodman, A. (2007) *The impact of early cognitive and non-cognitive skills on later outcomes*. London: Centre for the Economics of Education, LSE.
- Carvalho, G.A., Peixoto, N.M., Capella, P.D. (2007). Análise comparativa da avaliação funcional do paciente geriátrico institucionalizado por meio dos protocolos de Katz e Tinetti. *Revista Digital - Buenos Aires - Año 12 - N° 114*.
- CEE, Comissão das Comunidades Europeias (2005). *Livro Verde: Uma nova solidariedade entre gerações face às mutações demográficas*. Bruxelas: Comissão das Comunidades Europeias.
- Cockerham, W. (1991). *This aging society*. New Jersey: Prentice Hall.
- Correia, T. D., & Barbosa, A. (2009). Ansiedade e depressão em medicina. *Ata médica Portuguesa*, 22, 889-898.
- Costa, E.F.A., PORTO, C.C., & ALMEIDA, J.C. (2001). Semiologia do Idoso. In: Porto, C.C. (ed). *Semiologia Médica*. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan. cap. 9, p.165-197.
- Cicirelli, V.G. (1990). Family support in relation to health problems of the elderly. In T.H. Brubaker (ed.), *Family relationships in later life*. 2nd ed.. Newbury Park, CA: Sage, p.212-228.
- Cupertino, A., Rosa, F., & Ribeiro, P. (2007). Definição de Envelhecimento Saudável na Perspetiva de Indivíduos Idosos. *Psicologia: Reflexão e Crítica* 20 (1), pp:81-86.
- Chan, S.W., Chiu, H. F., Chien, W., Thompson, D. R., & Lam, L. (2006). Quality of life in Chinese elderly people with depression. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 21, 312-318.

Chelala, C.A. (1992). La salud de los ancianos: una preocupación de todos. Washington: *Organización Panamericana de la Salud*, 3-30.

Chepp, C.C. (2006). *Estudo transversal da qualidade de vida através da escala whoqol-bref da população octogenária e nonagenária de Siderópolis*. [dissertação]. Criciúma. Universidade do Extremo Sul Catarinense, 1-52.

Chor, D., Griep, R. H., Lopes, C. S., & Faerstein, E. (2001). Social network and social support measures from the pró-saúde study: Pre-tests and pilot study. *Cadernos de Saúde Pública*, 17(4), 887-896.

Christensen, H., Anstey, K. J., Parslow, R. A., Maller, J., Mackinnon, A., & Sachdev, P. (2007). The brain reserve hypothesis, brain atrophy and aging. *Gerontology*, 53, 82-95.

Del Prette, Z. A. P., & Del Prette, A (2001). *Inventário de habilidades sociais: Manual de aplicação, apuração e interpretação*. São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.

Diehr, P. H., Derleth, A. M., McKenna, S. P., Martin, M. L., Bushnell, D. M., Simon, G., & Patrick, D. L. (2006). Synchrony of change in depressive symptoms, health status and quality of life in persons with clinical depression. *Health and Quality of Life Outcomes*, 4, 27. doi:10.1186/1477-7525-4-27.

Dunst, C., & Trivette, C. (1990). Assessment of social support in early intervention programs. In S. Meisels, & J. Shonkoff (Eds.), *Handbook of early childhood intervention* (pp. 326-349). New York: Cambridge University Press.

Falcone, E. O. (2002). Contribuições para o treinamento de habilidades de interação. In H. J. Guilhardi, M. B. B. P. Madi, P. P. Queiroz & M. C. Scoz (Orgs.), *Sobre comportamento e cognição. Contribuições para a construção da teoria do comportamento* (pp. 91-104). Santo André, SP: ESETec.

Farinatti, P. T. V. (2008). *Envelhecimento, promoção de Saúde e exercício*. Barueri, SP: Manole, pp.2-4.

Fernandes, P. (2000). *A depressão no Idoso – Estudo da relação entre factores pessoais e situacionais e manifestações na depressão*. Coimbra: Quarteto.

Fernández-Ballesteros. (2009). *Envejecimiento Activo: Contribuciones da Psicologia*. Ediciones Pirámide: Madrid.

Ferraro, F.K., Su, P-Y(1998). Financial Strain, Social Relations, and Psychological Distress Among Older People: A Cross-Cultural Analysis. *Oxford Journals Life Sciences & Medicine The Journals of Gerontology: Series B Volume 54B, Issue 1*, Pp. S3-S15.

Fleck, M. P. A., Chachamovich, E., & Trentini, C. M. (2003). Projeto WHOQOL-OLD: método e resultado de grupos focais no Brasil. *Revista de Saúde Pública, 37 (6)*, 793-799.

Fleck, M. P., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., Santos, L., & Pinzon, V. (2000). Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação de qualidade de vida – WHOQOL-bref. *Revista de Saúde Pública, 33 (2)*, 178-183.

Figueiredo, L. (2007). *Cuidados familiares ao idoso dependente*. Lisboa: Climepsi Editores.

Folstein, M., Folstein, S.E., & Mchugh, P.R. (1975). Mini – Mental State: A Practical Method for Grading the Cognitive State of Patients for the Clinician. *Journal of Psychiatric Research, 12 (3)*, 189-198.

Fonseca, A. (2004). *O envelhecimento: Uma abordagem psicológica*. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa.

Fonseca, A. M., Paul, C., Martin, I., & Amado, J. (2005). Condição psicossocial de idosos rurais numa aldeia do interior de Portugal. In C. Paul, & A. M. Fonseca (Eds.), *Envelhecer em Portugal* (pp.97-108). Lisboa: Climepsi Editores.

Freire, S. A., & Sommerhalder, C. (2000). Envelhecer nos tempos modernos. In A. L. Neri & S. A. Freire (Eds.), *E por falar em boa velhice* (pp. 125-135). Campinas, SP: Papyrus.

Freund, A. M., & Baltes, P. B. (1998). Selection, optimization, and compensation as strategies of life management: Correlations with subjective indicators of successful aging. *Psychology and Aging, 13*, 531-543.

Frutuoso, D. (1999). *A terceira idade na universidade*. Rio de Janeiro, RJ: Ágora da Ilha.

- Gatto, I. (2002). Aspectos Psicológicos do Envelhecimento. In M. Netto (Ed.) *Gerontologia: A Velhice e o Envelhecimento em Visão Globalizante* (pp. 109-113). São Paulo: Editora Atheneu.
- Gray, G. R., Ventis, D. G., & Hayslip, B. (1992). Socio-cognitive skills as a determinant of life satisfaction in aged persons. *Int. J. Aging and Human Development*, 35(3), 205-218.
- Geis, P. P. (2003) *Atividade física e saúde na terceira idade: teoria e prática*. Trad. de Magda Schwartzaupt Chaves. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.
- Goldney, R.D., Philips, P.J, Fisher, L.I., Wilson, D.H. (2004). *Diabetes, depression, and quality of life: a population study*. Department of Psychiatry, University of Adelaide, The Adelaide Clinic, Park Terrace, Gilberton, South Australia, 27(5):1066-70.
- Goldstein, L. L. (1995). Stress e coping. Na vida adulta e na velhice. In A. L. Neri (Ed.), *Psicologia do envelhecimento* (pp. 145-194). Campinas, SP: Papirus.
- Guerreiro, M., Silva, A.P., Botelho, A., Leitão, O., Castro-Caldas, A., & Garcia, C. (1994). *Adaptação à população portuguesa da tradução do Mini Mental State Examination (MMSE)*. Coimbra: Reunião da Primavera da Sociedade Portuguesa de Neurologia.
- Hareven, T. (2001). Historical perspectives on aging and family relations. In R. Binstock e L. George (Eds.), *Handbook of Aging and Social Sciences*, 5th Edition (pp. 141-159). S. Diego, USA: Academic Press.
- Heckhausen, J., Dixon, R.A., & Baltes, P.B. (1989). Gains and losses in development throughout adulthood as perceived by different adult groups. *Development Psychology*, 25, 109-121.
- Helin, S. (2000). Functional decline and the process of compensation in elderly people. *Studies in Sport, Physical Education and Health*, 71, 195-204.
- Horowitz, L. M., French, R. S., & Anderson, C. A. (1982). The prototype of a lonely person. In L.Hwang, H.F., Liang, W.M., Chiu, Y.N., & Lin, M.R. (2003). Suitability of the WHOQOL-BREF for community-dwelling olderpeople in Taiwan. *Age Ageing*, 32, 593-600.

INE (2002). *O envelhecimento em Portugal: situação sócio-demográfica e sócio-económica recente das pessoas idosas*. Lisboa: INE/DECP/Serviços de Estudos sobre a População.

INE. (2007). *Estatísticas demográficas, 2005*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.

Instituto Nacional de Estatística (2009). *Estatísticas Demográficas*. Disponível em linha em: www.ine.pt

Izal, M., & Fernández-Ballesteros, R., (1990). Modelos ambientales sobre la vejez. *Anales de psicologia*, 6 (2), pp. 181-198.

Jacob, L. (2007). *Animação de Idosos: Actividades*. Porto: Âmbar.

Kalache, A. (1999). *A diferença está no envelhecimento activo*. *Servir.* , Vol. Nº47, Nº5, pp. 237-238.

Katz, L., & Rubin, M. (2000). *Mantenha o seu cérebro vivo*. São Paulo: Sextante.

Krause , N.(2001). Social Support , In R. Binstock e L. George(eds.). *Handbook of aging and the social science*. Fith edition : San Diego Academic Press272-294.

Lapierre, S, Bouffard, L., & Bastin, E. (1997). Personal goals and subjective well being in later life. *International Journal of Aging and Human Development*, 45, 4, p.287-303.

Lawrence, R. W.U., Pakerson, J.R.R.G., & Doraiswamy, M.P. (2002). Health perception, pain, and disability as correlates of anxiety and depression symptoms in primary care patients. *Journal of the American Board Family Medicine* 2002 vol. 15 no. 3, 183-190.

Lawton, M.P, Moss, M., Fulcomer, M., & Kleban, M.H. (1982). A research and service oriented multilevel assesement instrument. *Journal Gerontologie* vol 37 (1), pp : 91-99.

Leite, V., Carvalho, E., Barreto, K., & Falcão, I. (2006). Depressão e envelhecimento: estudo nos participantes do Programa Universidade Aberta à Terceira Idade. *Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil*, v6, n1.

Lezak, M.D., Howieson, D., & Loring, D. (2004). *Neuropsychological assesement*. (4thed.) Oxford: Oxford University Press.

- Lima, N. (2010). Como Rejuvenescer a Mente. In: *Idade Maior: Saber Viver*. Disponível em: <http://www.idademaior.iol.pt/bem-estar/ginastica-mental/comorejuvenescer-a-mente/>.
- Lindeboom, J., & Weinstein, H. (2004). Neuropsychology of cognitive aging minimal cognitive impairment, Alzheimer's disease and vascular cognitive impairment. *European Journal of pharmacology*, 490, 83-86.
- Litwak, E. (1981). *The modified extend family, social networks, and research continuities in aging*. New York : Columbia University Center for Social Sciences.
- Marchand, H. (2005). *A idade da sabedoria*. Porto: Ambar.
- Marinho, S. M. B. A. (2010). *O suporte social e a depressão no idoso*. Tese de Mestrado. Universidade Fernando Pessoa, Porto, Portugal.
- Martin, A.J., & Stockler, M. (1998). Quality of life assessment in health care research and practice. *Evaluation & Health Professions*, v. 21, n. 2, p. 141-156.
- Martins, R. (2008). A depressão no idoso. *Millenium - Revista do ISPV*, 34.
- Matsudo, S., Matsudo, V., Barros Neto, T. (2000). Impacto do envelhecimento nas variáveis antropométricas, neuromotoras e metabólicas da aptidão física. *Revista Brasileira Ciência e Movimento*, v. 8, n. 4, p. 21-32.
- Mazo, G., Lopes, M., & Benedetti, T. (2004). *Atividade física e o idoso: concepção gerontológica*. 2. ed. Porto Alegre: Sulina.
- McCullough, J.P. (2000). *Treatment for Chronic Depression: Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy*. Guilford Press, New York.
- Minayo, M.C.D.S, Hartz, Z.N.A., & Buss, P.M. (2000). Qualidade de vida e saúde: um desafio necessário. *Ciências e Saúde coletiva*, 5(1), 25-33.
- Moreira, M. M. S. (2000). *Trabalho, Qualidade de Vida e Envelhecimento*. 100 f. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2000.
- Nardi, E.A. (1998). *Questões Atuais sobre a Depressão*. São Paulo: Lemos Editorial 2ª Edição.

- Nasser, J., & Piucco, T. (2005). Retrospectiva do uso de calçado por idosos em actividades de lazer. In: Gonçalves, A. K., Groenwald, R. M. F. *Qualidade de vida e estilo activo no envelhecimento*. Porto Alegre: Novo Tempo.
- Neri, A., & Freire, S. (2000). E por falar em boa velhice. In: *Qual é a idade da velhice?* Campinas: Papirus, p. 7-20.
- Netto, M. P., & Ponte, J. R. (2002). Envelhecimento: desafio na transição do século. In M. P. Netto. *Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada*. São Paulo: Atheneu.
- Nunes, B. (2008). *Memória: Funcionamento, perturbações e treino*. Lisboa: Lidel.
- Oliveira, E. A., Pasian, S. R., & Jacquemin, A. (2001). A vivência afetiva em idosos. *Psicologia Ciência e Profissão*, 21 (1), 68-83.
- OMS. (2002). *Global Burden of Disease. Review*. Genebra: Organização Mundial da Saúde.
- OMS (2001). *Mental Health: New Understanding, New Hope* (Relatório Mundial de Saúde). Genebra: Organização Mundial da Saúde.
- Organização Mundial de Saúde (1995) The WHOQOL Group. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Méd*; 41, 1403-1410.
- Osório, A.R., & Pinto, F.C (2007). *As pessoas idosas*. Instituto Piaget: Horizontes Pedagógicos.
- Patrick, J. H., Johnson, J. C., Goins, R. T., & Brown, D. K. (2004). The effects of depressed affect on functional disability among rural older adults. *Quality of Life Research*, 13, 959-967.
- Paúl, C. (2002). Bem-Estar e satisfação de vida em idosos. In D. d. Educação, *Terceira Idade: Uma questão para a Educação Social* (pp. 29-33). Porto: Universidade Portucalense.

- Peplau, L.A., Bikson, T.K., Rook, K.S., & Goodchilds, J.D. (1982). *Being old and living alone*. In: L.A. Peplau, & D. Perlman (Eds.), *Loneliness: a source book of current theory, research and therapy* (pp. 327-344). New York: John Wiley & Sons.
- Pinto, A. (2000). *Envelhecer Vivendo*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Ramos, M. P. (2002). Apoio social e saúde entre idosos. *Sociologias*, 7, 156-175.
- Rapoport, A., & Piccinini C. (2006). Apoio social e experiência da maternidade. *Revista Brasileira Crescimento e Desenvolvimento Humano*, 16 (1), 85-96.
- Rodrigues, F. C., & LEAL, P.I. (2004). *Limitações da qualidade de vida e depressão em pessoas idosas*. Actas do 5º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde Organizado por J. Ribeiro e I. Leal, Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Rodrigues, N.C. (2001). Política Nacional do Idoso: retrospectiva histórica. *Estudos Interdisciplinares do Envelhecimento*; 3, 149-58.
- Ribeiro, J.L.P. (1999). *Investigação e Avaliação em Psicologia e Saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Rigler, S. K. (1999). Preventing falls in older adults. *Hospital Practice*, 34(8), 117-120.
- Sales, L. T., & Cordeiro, N. (2012). *Envelhecer Saudável e ativo*. Lidel.
- Santos, S. R., Costa Santos, I. B., Fernandes, M. G. M., & Henriques, M. E. R. M. (2002). Qualidade de vida do idoso na comunidade: Aplicação da Escala de Flanagan. *Revista Latino- Americana de Enfermagem*, 10(6), 757-764.
- Santos, T. M. M. (2005). *Evidência de validade entre percepção de suporte familiar e traços de personalidade*. Dissertação de Mestrado em Psicologia, Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Psicologia, Universidade São Francisco, Itatiba, SP.
- Sequeira, A., & Silva, M. (2002). O bem-estar da pessoa idosa em meio rural. *Análise Psicológica*, 3(20), 505-516.
- Soares, E. (2006). Memória e envelhecimento: aspetos neuropsicológicos e estratégias preventivas. *Psicologia Portugal*, v. 1, p. 1-8.

- Sousa, L., Figueiredo, D., & Cerqueira, M. (2004). *Envelhecer em família. Os cuidados familiares na velhice*. Porto: Âmbar.
- Sousa, L., Galante, H., & Figueiredo, D. (2002). EASYcare: um sistema de avaliação de idosos (qualidades psicométricas). *Revista de Estatística*, 26, 10-25.
- Silva, R.S., Silva, I., Silva, R.A., Tomasi, E. (2010). Atividade física e qualidade de vida. *Ciências e Saúde coletiva*, 15(1), 115- 120.
- Silva, R., Rauen, M.S., & Moreira, E.A.M. (2005). Hábitos alimentares em idosos. *Rev. Bras. Nut. Clín*, 20(4), 246-250.
- Silverstein, M., Bengtson, V., & Lawton, L. (1997). Intergenerational Solidarity and Structure of Adult Child-Parent Relationships in American Families. *The American Journal of Sociology*, 103, 429-460.
- Simões, A. (2006). *A nova velhice. Um público a educar*. Porto: Âmbar.
- Skevington, M.S, Wright, A. (2001). *Changes in the quality of life of patients receiving antidepressant medication in primary care: validation of the WHOQOL-100*, *Psychiatry*, 178: 261-267.
- Skinner, B. F., & Vaughan, M. E. (1985). Viva bem a velhice: aprendendo a programar a sua vida. (A. L. Neri, Trad.). São Paulo: Summus Silva R, Rauen MS, Moreira EAM. Hábitos alimentares em idosos. *Rev. Bras. Nut. Clín*, 20(4), 246-250.
- Schroots, J., & Birren, J. (1980). *Psychological point of view toward human aging and adaptability*, In adaptability and aging proceedings of 9th International Conference of Social Gerontology. Quebec : Canada, 43-54.
- Sheikh, J.I., Yesavage, J.A. (1986). *Geriatric Depression Scale (GDS): Recent evidence and development of a shorter version*. *Clinical Gerontology : A Guide to Assessment and Intervention*, 165-173, NY: The Haworth Press.
- Slepoj, V. (2000). *As relações de família*. Lisboa: Editorial Presença.
- Smith J. (2001). Well-being and health from age 70 to 100: findings from the Berlin Aging Study. *Europa Revista*, 9, 461-77.

- Spar, E. J., & La Rue, A. (2005). *Guia Prático de Psiquiatria Geriátrica* (J. Almeida, Trad.). Lisboa: Climepsi. (Original publicado em 2002).
- Spiriduso, W. (2005). *Dimensões físicas do envelhecimento*. Barueri: Manole.
- Stella, F. (2002). Depressão no idoso: diagnóstico, tratamento e benefícios da actividade física. *Motriz*, v. 8, n. 3, p. 7-13.
- Teixeira, L. (2010). *Solidão, Depressão e Qualidade de Vida em Idosos: Um Estudo Avaliativo Exploratório e Implementação-Piloto de Um Programa de Intervenção*. Lisboa: Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa (Dissertação de Mestrado).
- Thomé, B., Dykes, A., & Hallberg, I. R. (2004). Quality of life in old people with and without câncer. *Quality of Life Research*, 13 (6), 1067-1080.
- Uchino, B. N. (2004). *Social support and physical health: Understanding the health consequences of relationships*. Yale University Press, New Haven, CT.
- Vaz Serra, A., Canavarro, M. C., Simões, M. R., Pereira, M., Gameiro, S., & Quartilho, M. J. (2006). Estudos psicométricos do instrumento de avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL100) para Português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*, 27(1), 31-40.
- Vecchia, R.D. (2005). Qualidade de vida na terceira idade, um conceito subjetivo. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, vol.8(5).
- Veras, R. P., Lourenço, R., Martins, C. S. F., Sanchez, M. A., & Chaves, P. H. (2002). Novos paradigmas do modelo assistencial no setor saúde: Consequência da explosão populacional dos idosos no Brasil. *Medicina Social*. In: *Terceira Idade: Gestão Contemporânea em Saúde* (R. Veras, org.), pp. 11-79, Rio de Janeiro: Universidade Aberta da Terceira Idade, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/Relume Dumará.
- Veríssimo, M. T. (1988). *Avaliação Diagnóstica dos síndromes demenciais: Escala dedepressão geriátrica*. Porto: Serviço de Neurologia do Hospital S. João do Porto.
- Veríssimo, M. T. (2006). Avaliação Multidimensional do idoso. Em, H.Firmino (Ed.), *Psicogeriatrics* (489-498). Coimbra: Psiquiatria Clínica.

Wahl, A.K., Rustoen, T., Hanestad, B.R., Lerdal, A., & Moum, T. (2004). Quality of life in the general Norwegian population, measured by the Quality of Life Scale (QOLS-N). *Quality of Life Research*, 13, 1001-1009.

Wells, K., Steward, A., & Hays, R. (1989). The functioning and wellbeing of depressed patients: results from the medical outcomes study. *JAMA*, 262, 914-9.

Wethington, E., & Kessler, R.C. (1986). Perceived support, received support, and adjustment to stressful life events. *Journal of Health and Social Behavior*, 27, 78-89.

Xavier, F. M. F., Ferraz, M. P. T., Bertollucci, P., Poyares, D., & Moriguchi, E. H. (2001). Episódio depressivo maior, prevalência e impacto sobre qualidade de vida, sono e cognição em octogenários. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 23(2), 62-70.

Zimmerman G. (2000). *Velhice, aspectos biopsicossociais*. Porto Alegre: Artmed.