



**Universidade Católica Portuguesa
Centro Regional de Braga**

**“Sintomatologia Depressiva, Declínio Cognitivo e Suporte
Social no Idoso Institucionalizado:
Diferenças de Género”**

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

Cindy Conceição Silva Cunha



FACULDADE DE FILOSOFIA
OUTUBRO 2012



Universidade Católica Portuguesa Centro Regional de Braga

“Sintomatologia Depressiva, Declínio Cognitivo e Suporte Social no Idoso Institucionalizado: Diferenças de Género”

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

Cindy Conceição Silva Cunha

Sob a Orientação da Prof.^a **Doutora Eleonora Costa**



FACULDADE DE FILOSOFIA
OUTUBRO 2012

Resumo

Este estudo tem como finalidade estudar identificar e analisar a relação entre as variáveis Sintomatologia Depressiva, Declínio Cognitivo e Suporte Social numa amostra de 80 idosos institucionalizados. Trata-se de um estudo correlacional e transversal utilizando os seguintes instrumentos: *Mini Mental State Examination* (MMSE), versão portuguesa de Guerreiro e col. (1994); *Escala Geriátrica da Depressão* (EGD), versão portuguesa de Barreto e col. (2003); *Escala de Suporte Social do MOS*, (ESS-MOS), versão portuguesa de Fachado e col. (2007) e; de forma a caracterizar a amostra, será utilizado um Questionário Sócio- Demográfico e Clínico.

Os resultados da Hipótese 1 revelaram a existência de uma relação negativa entre a sintomatologia depressiva e desempenho cognitivo, sendo estatisticamente significativa e de moderada magnitude no grupo dos homens. Os resultados da Hipótese 2 evidenciaram a existência de uma relação inversa, de moderada magnitude entre a sintomatologia depressiva e o suporte social, sendo estatisticamente significativa no grupo das mulheres e na amostra total. Com a Hipótese 3 verificou-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre homens e mulheres quanto à sintomatologia depressiva. E na Hipótese 4 os resultados revelaram a existência de uma relação positiva e significativa entre o desempenho cognitivo e o nível de escolaridade, sendo esta relação significativa no grupo das mulheres e no total da amostra.

Considerando os resultados do presente estudo, afigura-se essencial uma intervenção psicossocial adequada aos idosos institucionalizados.

Palavras-chave: Idosos; Institucionalização; Depressão; Declínio Cognitivo; Suporte Social;

Abstract

This study aims to identify and analyze the relation between the variables Depressive Symptomatology, Cognitive Decline and Social Support in a sample of 80 institutionalized elders. This is a correlational and cross-sectional study, using the following instruments: *Mini Mental State Examination* (MMSE), Portuguese version of Guerreiro e col. (1994); *Geriatric Depression Scale* (GDS), Portuguese version of Barreto e col. (2003); *MOS Social Support Scale*, (MOS-SSS), Portuguese version of Fachado e col. (2007) and in order to characterize the sample, a questionnaire Socio-Demographic and Clinic will be used.

The results of Hypothesis 1 revealed the existence of a negative relationship between depressive symptoms and cognitive performance, with statistically significant and of moderate magnitude in men. The results of Hypothesis 2 revealed the existence of an inverse relationship between the magnitude of moderate depressive symptoms and social support, being statistically significant in the group of women and the total sample. With Hypothesis 3 it was found that no statistically significant differences between men and women regarding depressive symptoms. And in Hypothesis 4 results revealed the existence of a positive and significant relationship between cognitive performance and the level of schooling, and this significant relationship in the female group and the overall sample.

Considering the results of this study, it is essential to adequate psychosocial intervention on institutionalized elderly

Keywords: Elderly; Institutionalization; Depression; Cognitive Decline; Social Support.

ÍNDICE

Resumo.....	iii
<i>Abstract</i>	iv
Índice de Quadros.....	vi
Índice de Gráficos.....	vi
Introdução.....	7
I PARTE – Enquadramento Teórico.....	9
Capítulo I – O Envelhecimento.....	10
1.1. Envelhecimento Demográfico.....	11
1.2. Envelhecimento em Portugal.....	12
1.3. Envelhecimento: um conceito multidimensional	14
1.3.1. Contexto Institucional do Idoso.....	16
Capítulo II – Depressão, Declínio Cognitivo e Suporte Social no Idoso.....	19
2.1. Depressão Geriátrica.....	10
2.1.1. Epidemiologia.....	21
2.1.2. Manifestação e modo de ocorrência.....	24
2.1.3. Etiologia e Factores de risco.....	26
2.2. Envelhecimento e Declínio Cognitivo.....	27
2.2.1. Conceito de Declínio Cognitivo Leve: definição, formas e causas.....	29
2.2.2. Associação entre Depressão e Declínio Cognitivo.....	32
2.3. A importância do Suporte Social	35
2.3.1. Suporte Social e Saúde.....	36
2.3.2. Suporte Social no Idoso.....	38
II PARTE – Investigação Empírica.....	40
1. Metodologia.....	41
1.1. Tipo de Estudo.....	41
1.2. Objectivos do Estudo.....	41
1.3. Hipóteses de Investigação.....	42
1.4. Amostra.....	43
1.5. Variáveis em estudo.....	43
1.6. Procedimentos de Recolha dos Dados.....	43
1.7. Instrumentos de Avaliação Utilizados.....	45
1.7.1. Questionário Sócio-Demográfico e Clínico.....	46

1.7.2. Escala Geriátrica da Depressão (EGD)	46
1.7.3. <i>Mini Mental State Examination</i> (MMSE)	48
1.7.4. Escala de Suporte Social do MOS (ESS-MOS).....	51
1.8. Procedimentos da análise dos dados.....	52
2. Apresentação dos Resultados.....	54
2.1. Caracterização sócio-demográfica da amostra.....	54
2.2. Resultados.....	58
2.3. Análises Exploratórias.....	62
3. Discussão dos Resultados.....	64
4. Conclusões e Implicações para o Futuro.....	70
4.1. Conclusão.....	70
4.2. Limitações e Implicações para o futuro.....	71
Referências Bibliográficas.....	73
Anexos.....	82

Índice de Quadros

Quadro 1 – Caracterização sócio-demográfica da amostra ($N=80$)
Quadro 2 – Caracterização sócio-demográfica da amostra (cont.) ($N=80$)
Quadro 3 – Resultados da Análise de Consistência Interna (Alfa de <i>Cronbach</i> (α)) dos instrumentos MMSE, EDG-30 e MOS-SSS ($N=80$)
Quadro 4 – Coeficiente de correlação de <i>Pearson</i> entre a sintomatologia depressiva (EGD) e o desempenho cognitivo (MMSE) ($N=80$)
Quadro 5 – Coeficiente de correlação de <i>Pearson</i> entre o suporte social (SS) e a sintomatologia depressiva (EDG) ($N=80$)
Quadro 6 – Frequência absoluta (n) e relativa (%) de sujeitos da amostra em cada grau de sintomatologia depressiva ($N=80$)
Quadro 7 – Média, desvio-padrão, valores mínimo e máximo, da variável sintomatologia depressiva e por grau de escolaridade. Teste Qui-quadrado de medidas independentes na comparação entre géneros ($N=80$)
Quadro 8 – Coeficiente de correlação de <i>Pearson</i> entre o desempenho cognitivo e a escolaridade ($N=80$)
Quadro 9 – Coeficiente de correlação de <i>Pearson</i> entre o desempenho cognitivo e algumas variáveis sócio-demográficas ($N=80$)
Quadro 10 – Coeficiente de correlação de <i>Pearson</i> entre o desempenho cognitivo e algumas variáveis sócio-demográficas para o género masculino ($N=25$)
Quadro 11 – Coeficiente de correlação de <i>Pearson</i> entre o desempenho cognitivo e algumas variáveis sócio-demográficas para o género feminino ($N=55$)

Índice de Gráficos

Gráfico 1 – Caracterização da profissão da amostra ($N=80$)
--

Introdução Geral

Para Fonseca (2004), o envelhecimento constitui um fenómeno natural, parte integrante do desenvolvimento humano, influenciado por determinados contextos sociais e históricos que envolvem o indivíduo, acarretando mudanças adaptativas. Deste modo, o processo de envelhecimento deve ser focado mediante uma abordagem biopsicossocial, tendo em conta as mudanças desenvolvimentais típicas desta etapa da vida.

O envelhecimento pode ser abordado mediante duas grandes vertentes, a demográfica e a individual. A perspectiva demográfica, enfoca o aumento da proporção das pessoas idosas na população total, encontrando-se os países desenvolvidos e em desenvolvimento cada vez mais envelhecidos. Ao nível individual, o envelhecimento assenta no aumento da esperança média de vida, ou seja, na maior longevidade dos indivíduos. Neste sentido, o processo de envelhecimento deve ser considerado mediante uma abordagem holística que tenha em conta a análise do conjunto das condições físicas, funcionais, mentais e de saúde de cada indivíduo (Papalia & Olds, 2000).

Perante o aumento do segmento da população com idades mais avançadas a nível mundial, as Nações Unidas lançam projecções mencionando que a proporção de jovens diminui progressivamente, podendo alcançar os 21% do total da população no ano de 2050, e em contrapartida, a faixa da população idosa, prevê-se que aumentará para 15.6% no mesmo ano (INE, 2002).

Do mesmo modo que os restantes países Europeus, a estrutura demográfica de Portugal, caracteriza-se pelo envelhecimento da população, sendo que em 2004, a proporção da população idosa atingia os 17%, ultrapassando a média estimada para a União Europeia (16.5%) referente ao mesmo ano (INE, 2005). Este fenómeno de crescimento demográfico deve-se a um progressivo declínio das taxas de mortalidade e das taxas de fecundidade, que apresentam tendência para se acentuarem, reforçando assim o envelhecimento da população mundial, a médio prazo (Andrade, 2009).

O efeito deste fenómeno demográfico é colossal, enfocando a necessidade crescente de cuidados específicos de saúde e assistência que são prestados pelas redes sociais de apoio formal e informal. Este aumento contínuo do segmento da população com idades avançadas, despoletou a criação de estruturas de apoio ao idoso e à família, e desencadeou o aumento das taxas de institucionalização. Os factores que mais frequentemente são apontados como determinantes para o processo de institucionalização são o declínio cognitivo, a falta de saúde, ausência de autonomia funcional, rede social escassa e a idade avançada (Russel & Cutrona, 1991).

Sendo que a população institucionalizada experiencia uma situação de *stress* e potenciadora de depressão, acrescida de ser quase sempre caracterizada por ausência de suporte social e sendo que os idosos neste contexto não recebem estimulação para a sua reserva cognitiva, a análise destas vertentes nesta população apresenta-se necessária.

Esta Dissertação será dividida em duas Partes, e dois capítulos teóricos:

Na Primeira Parte, composta por dois capítulos teóricos, será focado o fenómeno do envelhecimento e estará adjacente a conceptualização das variáveis em estudo, com base na revisão da literatura efectuada. Neste sentido:

- No Capítulo I (O Envelhecimento): retratamos a problemática do envelhecimento demográfico, a nível mundial e em Portugal, abordamos a multidimensionalidade do conceito do envelhecimento, caracterizamos o meio institucional e indicamos causas e efeitos da institucionalização dos idosos.

- No Capítulo II (Depressão, Declínio Cognitivo e Suporte Social no Idoso) dedicado às variáveis psicossociais em estudo, procede-se à sua definição e características, indicam-se taxas de prevalência, factores de risco e implicações para os indivíduos idosos, nomeadamente, tendo em conta o contexto institucional.

Na Segunda Parte da dissertação, proceder-se-á à exposição da investigação empírica realizada, caracterizando o tipo de investigação, a amostra e objectivos propostos, formulação de hipóteses e são descritos os instrumentos e os procedimentos de recolha de dados. Posteriormente, apresentar-se-á os resultados obtidos e a discussão dos mesmos, terminando com uma conclusão em forma de reflexão sobre os resultados obtidos e sobre a sua importância.

I PARTE
ENQUADRAMENTO TEÓRICO

CAPÍTULO I
O ENVELHECIMENTO

1.1. Envelhecimento Demográfico

O envelhecimento populacional constitui um dos maiores privilégios da humanidade, porém, também um dos seus maiores desafios (OMS, 2002). Nas últimas décadas tem-se observado a nível mundial um progressivo declínio das taxas de mortalidade, natalidade e fecundidade, associado a um aumento da esperança média de vida, conduzindo a mudanças nítidas na composição etária da população.

O envelhecimento consiste num fenómeno particular de cada individuo, porém, está a tornar-se cada vez mais um fenómeno colectivo que se coaduna com o envelhecimento demográfico (Valentim Rosa, 1996, cit. in Teixeira, 2007). Este fenómeno, característico das sociedades actuais e partilhado também pela sociedade portuguesa, compreende modificações na estrutura etária da população e resulta no fenómeno denominado de “envelhecimento no topo”, isto é, a percentagem de pessoas idosas aumenta, precipitando um alargamento na parte superior da pirâmide de idades, e “envelhecimento da base”, que se verifica quando a percentagem de jovens decresce e, por conseguinte, a base da pirâmide de idades torna-se substancialmente diminuída, podendo ainda resultar na combinação de ambos os processos, isto é, o “duplo envelhecimento”. Neste sentido, o envelhecimento demográfico afecta a dimensão e proporção dos diversos grupos populacionais, alterando as relações de dependência entre jovens e idosos em relação à população activa (Ferreira, 2009).

Mundialmente, a proporção de pessoas com 60 e mais anos, está a crescer a um ritmo mais célere do que qualquer outra faixa etária. Entre 1970 e 2025, é esperado um aumento da população idosa em cerca de 694 milhões (223%). Em 2025, haverá um total de cerca de 1.2 biliões de pessoas com idade superior a 60 anos. Em 2050 existirão cerca de 2 biliões com 80% deles a viverem em países em desenvolvimento (OMS, 2002).

Contudo, este envelhecimento não se desenvolve ao mesmo ritmo em todos os países do mundo. Num relatório publicado pelo *US Department and Health and Human Services* é referido que os países desenvolvidos apresentam uma maior percentagem de idosos, porém, é nos países em vias de desenvolvimento que se verifica o crescimento mais célere deste grupo populacional (Kinsella & Velkoff, 2001).

Concretamente, ao analisarmos a situação mundial, podemos verificar que existem dois grandes grupos. Um dos grupos é constituído pelos países em desenvolvimento, onde se concretizou primeiro o fenómeno da transição demográfica, com a população jovem a evoluir segundo taxas negativas e a população com mais de 65 anos a crescer a um ritmo célere desde 1970. O outro grupo é constituído pelos países menos desenvolvidos que iniciaram o fenómeno da transição demográfica mais tarde, mostrando taxas de crescimento da população

jovem positivas, com tendência para se aproximar do valor nulo a partir de 2030, e em relação à população com 65 e mais anos, a taxa média de crescimento anual entre 1990 e 2000 atinge os 3.1%, prevendo-se que continue a aumentar até 2040 (INE, 2002).

Neste panorama demográfico, a Europa segue a tendência mundial, evidenciando uma estrutura etária cada vez mais envelhecida, com cerca de 17% de jovens e 16% de idosos e, actualmente, a maior proporção de pessoas idosas encontra-se na Europa. Para o ano de 2025, os indivíduos com 60 ou mais anos devem constituir cerca de um terço da população dos países como Japão, Alemanha e Itália, a par de outros países europeus. O que é menos conhecido é a velocidade e significância do envelhecimento da população em países menos desenvolvidos, todavia, a maioria dos idosos, cerca de 70%, vive em países em desenvolvimento, e estes números continuarão a crescer (OMS, 2002).

Outro fenómeno interessante consiste no facto de que, especialmente nos países desenvolvidos, a população idosa em si também está a envelhecer, sendo que, são vários os autores que referem o aumento do número de idosos com idade mais avançada (e.g., Giddens, 2004). Embora as pessoas com mais de 80 anos de idade representem cerca de 1% da população mundial e 3% da população nas regiões desenvolvidas, este grupo etário é o segmento que apresenta um maior crescimento, e a maioria reside nas regiões mais desenvolvidas.

Por outro lado, assiste-se ainda ao fenómeno da feminilização da velhice, constatando-se um predomínio das mulheres idosas em relação aos homens, dada a maior longevidade alcançada que, a nível dos países desenvolvidos se situa nos 80 anos para as mulheres e 72 para os homens e nos países subdesenvolvidos se situa nos 64 para as mulheres e 61 para os homens (Rosa, Seabra & Santos, 2003).

1.2. Envelhecimento em Portugal

A estrutura demográfica de Portugal, tal como dos restantes países a nível mundial, caracteriza-se pelo envelhecimento da população. Deste modo, Portugal também conhece a importância deste fenómeno já expressivo que irá assumir uma dimensão ainda mais relevante nas próximas décadas (Teixeira, 2007).

Entre 1960 e 2001 o fenómeno do envelhecimento demográfico em Portugal traduziu-se por um decréscimo de cerca de 36% na população jovem e um incremento de 140% da população idosa. Em valores absolutos, a população idosa aumentou quase um milhão de indivíduos, passando de 708 570, em 1960, para 1 702 120, em 2001, dos quais 715 073 homens e 987 047 mulheres (INE, 2002). Sendo que, em 1960 a população idosa representava

8% do total da população, este número aumentou para 16.5% em 2001, data do último recenseamento da população, ultrapassando assim o número da população jovem, que em quarenta anos apresentaram uma redução de 36.3%, traduzido numa diminuição do peso relativo dos jovens na população total de 29.1% para 16%. Em 2004, o índice de envelhecimento atingiu os 108.7%, sendo que nesta população o crescimento é mais forte na população com 75 ou mais anos, que subiu de 6.9% em 2001 para 7.3% em 2004, averiguando-se a tendência mais acentuada nas mulheres (8.2% em 2001 para 8.8% em 2004). (INE, 2005).

Segundo dados obtidos nos censos de 2009, a população residente em Portugal foi estimada em 10 637 713 indivíduos, sendo que a taxa de crescimento efectivo situou-se em 0.1%, valor bastante inferior ao verificado no ano de 2002 (0.75%), o valor mais elevado dos últimos anos. Com o reduzido aumento da população, a evolução da população residente em Portugal tem vindo a denotar um continuado envelhecimento demográfico, como resultado das tendências de aumento da longevidade e de declínio da fecundidade. Nos últimos cinco anos (2004-2009), a proporção de jovens decresceu de 15.6% para 15.2% da população residente total, verificando-se o aumento do peso dos idosos de 17.0% para 17.9%. Como resultado destas alterações, o índice de envelhecimento aumentou de 109 para 118 idosos por cada 100 jovens, entre 2004 e 2009 (INE, 2010).

Neste âmbito, as alterações demográficas do século XX, traduziram-se na modificação e, por vezes, na inversão das pirâmides etárias, o que reflecte o envelhecimento da população, colocando aos governos, às famílias e à sociedade em geral, desafios para os quais não estavam preparados (DGS, 2004). O acentuado envelhecimento da população levanta questões no que respeita aos seus efeitos sobre as relações familiares, a equidade entre gerações, os estilos de vida e a economia das nações.

Perante este cenário demográfico, com o aumento do número de pessoas idosas, e em particular, do número dos grandes idosos, a redefinição do que é ser idoso e em que concerne o envelhecimento normal e saudável poderá constituir-se peremptória (Yali & Revenson, 2004, cit. in Teixeira, 2007). O Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas, parte integrante do Programa Nacional de Saúde 2004-2010 (DGS, 2004), já consagra directrizes que vislumbram a saúde como conceito de âmbito holístico, expressando preocupações que enfatizam a necessidade de contrariar as práticas de exclusão a que, frequentemente, as pessoas idosas são alvo, reforçando a necessidade de potenciar uma efectiva cidadania e participação desta população. Desta forma, a Organização Mundial de Saúde (OMS) assevera que o fenómeno do envelhecimento pode decorrer de forma satisfatória, porém, os governos,

organizações internacionais e a sociedade civil devem proclamar políticas e programas que promovam a saúde, a participação e segurança dos cidadãos idosos, promovendo assim, o "envelhecimento activo" da população (OMS, 2002).

Perante estes factos, é evidente que estamos perante um envelhecimento demográfico que gera novos e distintos desafios no decorrer do século XXI, encaminhando-nos a uma reflexão sobre os meios de subsistência, a qualidade de vida, o estatuto dos idosos na sociedade, a solidariedade e a sustentabilidade dos sistemas de segurança social e de saúde. (Ferreira, 2009). Actualmente, um envelhecimento saudável, com autonomia e independência é um desafio, sendo que a promoção do envelhecimento saudável, diz respeito aos diferentes intervenientes, nomeadamente, à saúde, segurança social e educação.

1.3. Envelhecimento: um conceito multidimensional

O envelhecimento da população constitui um dos maiores desafios da humanidade, e por sua vez, um dos fenómenos mais importantes da actualidade, dado que as suas consequências são múltiplas, diversas e difusas. Manifesta-se de diversos modos e com ritmos diferentes, variando entre as diferentes comunidades, o que pode ser denominado por “envelhecimento diferencial”. De facto, no fenómeno do envelhecimento verificam-se disparidades de indivíduo para indivíduo, de comunidade para comunidade e entre diferentes agregados populacionais (Ferreira, 2009).

O envelhecimento integra um fenómeno universal, colectivo, e ainda, individualizado, que se inicia à nascença e no qual se reúnem alterações fisiológicas, psicológicas e comportamentais, porém torna-se difícil a definição de uma categoria particular que envolva os indivíduos idosos (Pimentel, 2001). Neste modo, como forma de uniformização de critérios, segundo a Organização Mundial da Saúde (1999, cit. in DGS, 2004), consideram-se pessoas idosas os homens e as mulheres com idade igual ou superior a 65 anos. No entanto, o processo de envelhecimento dever ser considerado sob o ponto de vista diferencial, uma vez que se manifesta, de forma distinta de indivíduo para indivíduo, resultante da combinação de factores de natureza genética e de factores extrínsecos a que o indivíduo tenha sido exposto, e ainda, o estilo de vida adoptado (Fontaine, 2000). Na realidade, esta variabilidade não se verifica somente entre indivíduos, mas também na própria pessoa dado que algumas dimensões podem envelhecer mais rapidamente que outras (Spar & La Rue, 1998). Deste modo, o envelhecimento constitui um processo de degradação progressiva e diferencial que afecta todos os seres vivos sendo impossível datar o seu início pois, de acordo com o nível no

qual ele se situa (biológico, psicológico ou sociológico), a sua velocidade e a sua gravidade são profundamente variáveis de indivíduo para indivíduo (Fontaine, 2000).

Dado que o estudo do processo de envelhecimento é relativamente recente, este tem sido marcado por dificuldades de ordem conceptual, verificando-se assim, uma ausência de quadros conceptuais sustentados relativos a este fenómeno (Fonseca, 2004).

Apesar das múltiplas teorias que existem, enquanto processo global, o envelhecimento ainda é mal compreendido. As teorias do envelhecimento podem ser agrupadas, segundo Cavanaugh (1999) em: teorias das ciências biológicas, teorias das ciências comportamentais (psicológicas) e teorias das ciências sociais.

Apesar da existência de várias teorias que tentam explicar essas alterações, nenhuma pode ser considerada suprema no sentido de considerar todo o processo de envelhecimento. As teorias do envelhecimento distinguem os aspectos fisiológicos e patológicos, mas persiste a dificuldade em distinguir entre o envelhecimento primário (geneticamente determinado, imutável, dependente da idade) e o envelhecimento secundário relacionado a factores pessoais que podem ser sujeitos a mudanças (Almeida, 2008).

Deste modo, a implementação de modelos psicológicos de análise revela-se essencial para a complementação da concepção biológica de velhice e de envelhecimento, uma vez que, se no âmbito biológico, o envelhecimento é percebido como um processo resultante de uma mal adaptação, resultando numa quebra ou rotura do organismo, alguns autores (e.g., Shock, 1985, cit. in Fonseca, 2006) sustentam que determinadas mudanças ao longo da vida devem ser consideradas como parcialmente independentes do processo biológico, pois dependem também da variabilidade do comportamento dos indivíduos e dos modelos culturais, e respectiva evolução biológica. Para se alcançar uma perspectiva integrada e global sobre o envelhecimento, as componentes biológicas têm de ser articuladas com outras dimensões de natureza psicológica e ambiental.

De acordo com Shroots e Birren (1980, cit. in Paúl & Fonseca, 2001), o fenómeno de envelhecimento ostenta assim, três dimensões: a dimensão biológica, denominada senescência, que resulta de uma vulnerabilidade crescente inerente; a dimensão psicológica, que engloba a capacidade de auto-regulação do indivíduo, de escolher e decidir face ao processo de senescência; e a dimensão social, relacionada com os papéis sociais adequados às expectativas da sociedade para esta população.

Deste modo, sendo aceite a ideia de que o envelhecimento constitui um fenómeno individualizado e bio-psico-social, as abordagens psicológicas a este respeito terão de ser de

cariz multidisciplinar, uma vez que, para ser entendido terá sempre que se ter em conta as suas dimensões biológica, psicológica e social que lhe estão inerentes (Fonseca, 2004)

O processo de envelhecimento estabelece, portanto, um declínio das capacidades físicas e cognitivas dos idosos, de acordo com as suas características de vida. De entre os inúmeros prejuízos que o indivíduo idoso sofre, destacam-se as inúmeras perdas biológicas, cognitivas e sociais, destacando-se a depressão (Junior, Silva & Bastos, 2009).

Relacionada com estas implicações, está então, a qualidade de vida da população idosa, dado que a longevidade é, na maioria das vezes acompanhada de declínio funcional, doenças crónicas, maior dependência, perda de autonomia e isolamento social (Ferreira, 2009).

Deste modo, várias evidências empíricas têm demonstrado a importância dos aspectos psicológicos na qualidade de vida e na longevidade dos idosos, tais como, a capacidade cognitiva, a avaliação subjectiva da saúde, o sentimento de ser útil, e outras medidas de bem-estar psicológico (Lehr, 1993, cit in Fonseca, 2004).

Neste sentido, o envelhecimento da população apresenta-se como um fenómeno em progressão que necessita de ser melhor estudado com vista a proporcionar uma qualidade de vida mais satisfatória para essa população (Teixeira, 2007).

1.3.1. Contexto Institucional do Idoso

O aumento do extracto da população com idades mais avançadas, implica uma resposta da sociedade no desenvolvimento de estruturas de apoio ao idoso e família específicos, dadas as limitações que lhes estão associadas (Ferreira, 2009).

O problema social que decorre do envelhecimento populacional, e particularmente do aumento do número de idosos, tem também origem nas alterações que ocorreram ao nível social e ao nível da própria estrutura das relações familiares (Almeida, 2008). Actualmente, a família tem grandes dificuldades para o desempenho das suas funções tradicionais, como cuidar dos idosos, uma vez que, as ajudas eficazes destinadas a estas pessoas cuidadores são quase inexistentes, constituindo este o centro dos problemas relativos às famílias dos idosos e a principal razão pela qual as famílias recorrem às instituições de apoio aos idosos (Jacob, 2002). Como tal, anteriormente as instituições destinavam-se apenas para o cuidado a idosos dependentes, porém, actualmente, as suas funções passam por cuidar de idosos necessitados a vários níveis devido a perdas funcionais que tornam complexa a vida a sós ou com a família (Pereira, 2005). Assim, o aumento das taxas de institucionalização reflectem não somente o progressivo

envelhecimento demográfico, mas também a crescente dificuldade das famílias em dar apoio aos seus idosos.

Pela análise da distribuição da população idosa institucionalizada, verificou-se uma intensificação do fenómeno, e dado o fenómeno da feminização do envelhecimento demográfico, a proporção de idosos em instituições é mais elevada no sexo feminino, tal como se verifica nos EUA, cerca de 72.9% de mulheres e 44.3% homens, no total das convívências no ano de 2001 (Gonçalves, 2003).

Para Paúl (2005), as causas da institucionalização poderão estar relacionadas com problemas de saúde, falta de recursos económicos para a manutenção da casa, viuvez e situação de despejo, sobretudo nos centros da cidade. Num estudo realizado por Carriere e Pelletier (1995 cit. in Almeida, 2008) apurou-se uma relação positiva entre a institucionalização e a idade, e uma relação negativa com os recursos económicos, a saúde e o casamento. Num estudo de Davim, Torres, Dantas e Lima (2004) com o objectivo de perceber o contexto social, económico e de saúde dos idosos institucionalizados, apuraram grande parte dos idosos era do sexo feminino, apresentava baixo nível de escolaridade, dificuldades financeiras, relacionamento familiar conflituoso, actividades de lazer limitadas e problemas de saúde. Assim, podemos inferir que as causas para a institucionalização podem ser múltiplas, sendo que muitas vezes a conjugação de diversas causas, é que origina a opção da institucionalização.

Também as consequências da institucionalização dos idosos têm sido amplamente investigadas, constituindo um tema de alguma controvérsia. Segundo uma investigação de Paúl (1992, 1997, cit. por Fonseca, 2005), os idosos residentes em lares apresentam sintomas de solidão, encontrando-se afastados das suas redes sociais, num ambiente monótono e sem perspectivas e investimento no futuro. Por outro lado, apresentam menos agitação vivendo mais calmamente e manifestam atitudes mais positivas face ao envelhecimento.

Vieira (1996), refere que a institucionalização constitui uma situação potenciadora de *stress* e por sua vez induz ao desenvolvimento de depressão, pois o idoso encontra-se isolado do seu meio social, encontra-se inserido num estilo de vida diferente, tendo de adaptar-se a uma rotina diferente e imposta, conduzindo-o à perda de identidade, liberdade, auto-estima, o que pode justificar a alta prevalência de depressão em instituições. As instituições são habitualmente retratadas como espaços impessoais, monótonos, pouco estimulantes, prejudicando a qualidade de vida dos idosos

Um estudo de Cheloni (2003, cit. in Junior, Silva & Bastos, 2009) acerca da prevalência da depressão em idosos institucionalizados, apurou uma prevalência de depressão de 51%,

sugerindo que este transtorno psiquiátrico aumenta de forma importante com o aumento da idade, principalmente, em situações de institucionalização, porém não faz parte do processo normal de envelhecimento.

Numa outra investigação de Bruno, Nunes e Peixoto (2007), que analisou a depressão em idosos institucionalizados, os resultados obtidos assinalaram que 17% das mulheres não apresentavam depressão, 66% apresentava depressão leve e 17% depressão leve a moderada. Já entre os homens, os resultados divulgaram que 22% não apresentava depressão, 44% apresentava depressão leve e 34% depressão moderada, apurando que a falta dos familiares, o sedentarismo e a suposta invalidez contribuem para deprimi-los.

Neste sentido, Paúl (1997) defende que o contexto físico e social em que os idosos estão inseridos é importante para a promoção de uma velhice bem-sucedida, e portanto, a compreensão do contexto ambiental dos idosos institucionalizados é crucial para o estudo do seu comportamento, como forma de posteriormente se poder perspectivar formas de intervenção mais ajustadas com vista a promoção do seu bem-estar.

Em suma, grande parte dos investigadores apresenta críticas negativas sobre os cuidados institucionais, salientando a deterioração física, psicológica e social resultante, e apontando a vida em comunidade como preferível à vida institucional. (Vaz, 2009).

Os estudos apontam, assim, para a importância de se dedicar a atenção adequada à saúde mental do idoso em situação de institucionalização, objectivando o diagnóstico, a elaboração de práticas preventivas, bem como, o tratamento de patologias mentais que possam ser verificadas.

CAPÍTULO II

DEPRESSÃO, DECLÍNIO COGNITIVO E SUPORTE SOCIAL NO IDOSO

2.1. A Depressão Geriátrica

Nos últimos anos, verificou-se um aumento significativo do número de investigações que abordam o processo de envelhecimento e as suas repercussões na saúde do idoso, atestando a relevância e a crescente de consciencialização sobre a necessidade de um maior conhecimento das especificidades do idoso, nos aspectos biológico, social, cultural e económico para diminuir os preconceitos que excluem estes indivíduos na sociedade (Barlow & Durand, 2003).

O envelhecimento é caracterizado por mudanças físicas, alterações psicológicas e comportamentais e, acrescido de algumas patologias, dificuldade de concentração, perda cognitiva, distúrbios do ciclo do sono e vigília, pode efectivamente desencadear sintomatologia depressiva (Weydt et al., 2004, cit. in Oliveira, Freire & Giarreta, 2009). Neste sentido, os temas depressão e envelhecimento estão inter-relacionados, devendo-se em parte aos factores do envelhecimento populacional, à prevalência dos distúrbios depressivos em idosos e das contingências inerentes à terceira idade.

Embora muitos idosos não apresentem problemas ao nível da saúde, nem limitações relevantes derivadas de problemas de saúde, uma parcela notável de idosos apresenta problemas crónicos de saúde ou outra condição potencialmente limitante, tal como, problemas de ordem psiquiátrica ou neurológica, destacando-se neste âmbito os défices cognitivos e os transtornos de humor (Papalia & Olds, 2000).

A depressão é uma das perturbações que mais afecta o idoso, ocupando um dos primeiros lugares de causas de sofrimento nos indivíduos, quer pela gravidade, quer pela frequência. Para além do sofrimento instigado, acrescenta-se a incapacidade funcional e a perda de esperança que frequentemente incita o suicídio no idoso. Associa-se a distúrbios de sono, hipocondria e agitação, sendo o seu diagnóstico mais complexo de elaborar em relação a outras faixas etárias, pois, frequentemente, a apresentação das perturbações de humor complica-se dada a presença de doenças médicas ou sintomas de demência. Isto significa que a presença de depressão pode ser causada por doença física ou sinais de demência, ou seja, os sinais de depressão podem ser atribuídos à doença ou à demência e, portanto, podem ser mais facilmente desconsiderados (Barlow & Durand, 2003).

As causas da depressão, numa fase de vida tardia, são atribuídas a acontecimentos stressantes e negativos, sendo uma doença caracterizada por uma tristeza persistente, desencorajamento e perda de auto-estima, necessitando de atenção clínica devido ao seu carácter severo, que poderá comprometer o funcionamento normal do indivíduo. Além da perturbação do humor, o indivíduo pode manifestar baixos níveis de energia mental e física,

culpabilidade, somatização, preocupação com a morte e ideação suicida. (Spar & La Rue, 1998). Também os problemas cognitivos, como disfunção executiva, e a associação com outros distúrbios clínicos e neuropsiquiátricos são comuns em idosos que apresentam depressão. Particularmente na população envelhecida, os quadros depressivos apresentam características clínicas específicas e peculiares, sendo que estas peculiaridades verificam-se quer para a sintomatologia quanto para a etiologia, curso e epidemiologia. (Marinho, 2009).

A depressão na velhice assume-se mais severa, duradoura e incapacitante, em relação a outros estratos etários, apresenta início insidioso, com alterações comportamentais frequentemente associadas a eventos desencadeadores orgânicos ou ambientais (Oliveira et al., 2009).

Sendo que a taxa de suicídio aumenta severamente na população idosa, subentende-se que esta patologia é frequentemente ignorada e negligenciada nos idosos, sendo os factores que mais influenciam o comportamento suicida nos idosos a reforma, baixo suporte social, viuvez, abuso de álcool e sintomas de depressão (Marques & Ramalheira, 2006).

Parece consensual, portanto, que a depressão não é convenientemente diagnosticada e tratada nos idosos, podendo ser confundida com demência, ou podendo ser perspectivada como um acompanhamento natural da velhice, como uma resposta natural às múltiplas perdas e outros factores stressantes associados ao envelhecimento (Papalia & Olds, 2000). Parte desta dificuldade deve-se ao facto da depressão nos idosos ser uma síndrome heterogénea quanto à etiologia e também quanto à resposta ao tratamento (Ávila, 2008). Deste modo, este subdiagnóstico e falta de tratamento vai incitar uma queda da qualidade de vida e um aumento da sobrecarga económica com os cuidados directos e indirectos aos idosos.

2.1.1. Epidemiologia

Paralelamente ao crescimento da população idosa, ocorre o aumento da incidência e da prevalência de doenças associadas ao envelhecimento, entre as quais as perturbações mentais. De facto, as perturbações depressivas tendem a aumentar significativamente em todo o mundo gerando nos sistemas de saúde e nos serviços sociais maior demanda de profissionais com qualificação para o atendimento desta população, resultando no aumento do número de pesquisas aplicadas no campo da neuropsiquiatria geriátrica em todo o mundo (Ávila, 2008).

É consensualmente aceite que a depressão é a perturbação psiquiátrica mais comum entre idosos, quer se trate de depressão Major, quer de outras formas depressivas, sendo mesmo considerada pela Organização Mundial de Saúde como um dos principais problemas de saúde pública no mundo desenvolvido (OMS, 2002).

Contrariamente ao que se pensava, a incidência de transtornos de humor não aumenta significativamente com a idade (Papalia & Olds, 2000), sendo que a prevalência geral da Perturbação Depressiva *Major* é a mesma ou um pouco mais baixa nos indivíduos de idade avançada em relação à população geral. Uma razão explicativa possível para este facto poderá ser porque os acontecimentos de vida stressantes que desencadeiam os episódios depressivos diminuem progressivamente com a idade. Todavia, constata-se que os sintomas leves que não cumprem os critérios para a Perturbação Depressiva *Major*, provavelmente são mais comuns entre a terceira idade (Barlow & Durand, 2003).

Os dados epidemiológicos sobre a depressão geriátrica são muito diversificados, podendo surgir de registos clínicos, da avaliação de idosos institucionalizados e da avaliação de comunidades (Blazer, 2002). As estimativas de prevalência da depressão apresentam uma variação considerável consoante a definição de depressão aplicada, o método de avaliação utilizado, como escalas e sistemas de diagnóstico, e as características da amostra da população estudada, podendo verificar-se flutuações substanciais nas taxas de prevalência (Marques & Ramalheira, 2006).

Numa revisão sistemática de literatura sobre estudos epidemiológicos da depressão geriátrica realizados em quatro países diferentes (Reino Unido, EUA, Finlândia e Japão) e envolvendo mais de quinze mil idosos, Blazer (2002) estimou uma prevalência de cerca de 15% para sintomatologia depressiva e de 3% para diagnóstico de episódio depressivo, *minor* ou *major*.

A prevalência da depressão tende a ser mais elevada em populações de idosos institucionalizados, em relação a populações idosas que vivem na comunidade (Marques & Ramalheira, 2006). Os estudos epidemiológicos realizados no âmbito da depressão das pessoas idosas a viver em comunidade obtêm habitualmente resultados entre os 4 e os 6%, obtendo-se valores consideravelmente mais elevados quando são avaliados contextos institucionais. Estudos epidemiológicos realizados em instituições dos Estados Unidos da América indicam que 80% das pessoas institucionalizadas evidenciam perturbações gerontopsiquiátricas, sendo um quinto relativo a sintomatologia depressiva (Jones & Beck-Little, 2002, cit. in Ávila, 2008).

Numa revisão de estudos de Ávila (2008), sobre a prevalência de depressão em idosos, a taxa de Perturbação Depressiva Major (PDM) variou de 0.9% a 9.4% entre os indivíduos residentes na comunidade, de 14% a 42% em idosos institucionalizados e de 1% a 16% em idosos em ambas as condições.

Em alguns estudos estima-se que entre 18% e 20% de idosos institucionalizados podem apresentar episódios depressivos, sendo provavelmente crónicos se despoletam pela primeira vez depois dos 60 anos de idade (Barlow & Durand, 2006).

No que diz respeito ao continente europeu, a depressão afecta cerca de 33.4 milhões de pessoas (DGS, 2004). O *European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESeMED)*, o primeiro estudo de grande magnitude em 6 países europeus (Bélgica, França, Alemanha, Itália, Holanda e Espanha), apurou resultados que demonstraram que 14% dos sujeitos tiveram pelo menos uma perturbação de humor na sua história de vida e 4.2% referiu uma perturbação de humor no último ano.

O consórcio de estudos EURODEP estimou a prevalência de depressão em idosos em cerca de 12%, porém, muitos desses estudos excluíram os idosos que residem em instituições. Uma análise prévia da *Medical Research Council Cognitive Function and Ageing Study (MRCCFAS)*, que incluiu participantes institucionalizados, estimou a prevalência de 8.7% para depressão primária e 9.7% quando a depressão secundária a demência foi incluída (McDougall, Matthews, Kvall & Brayne, 2007). As estimativas da prevalência de depressão em instituições variam amplamente entre os estudos, dependendo do método de diagnóstico e do tipo de instituição a partir do qual a amostra é configurada. Uma revisão recente da literatura reporta que 44% de idosos que vivem em instituições apresentam, pelo menos, alguns sintomas depressivos e 16% foram diagnosticados com depressão *major* (Jongenelis, Pot, Eisses, Beekman, Kluitter & Ribbe, 2004).

Numa investigação de McDougall, et al., (2007) da *Medical Research Council Cognitive Function and Ageing Study (MRCCFAS)*, com o objectivo de avaliar a prevalência de depressão e sintomatologia depressiva em indivíduos residentes em instituições em comparação com os da comunidade e, ainda a identificar factores associados, com uma amostra de 13.004 indivíduos com 65 anos ou mais, de cinco localidades de Inglaterra e do País de Gales, verificou que a prevalência de depressão nos idosos institucionalizados foi de 27.1% em comparação com 9.3% nos idosos não institucionalizados.

Em relação ao panorama nacional, apesar das necessidades, a escassez de dados e o défice metodológico dos estudos são a regra, não estando ainda disponíveis quaisquer dados fiáveis de prevalência. Verifica-se que a incidência de depressão tem vindo a aumentar nos últimos anos, variando entre quatro a vinte casos por mil habitantes por ano. No Plano Nacional de Saúde 2004-2010, definido pela Direcção Geral de Saúde (DGS, 2004), é estimada a prevalência de perturbações psiquiátricas na população geral portuguesa em cerca de 30%, sendo aproximadamente de 12% a prevalência de perturbações psiquiátricas graves.

Um estudo nacional realizado junto de pessoas idosas institucionalizadas (N=105) e a viver em comunidade (N=106), avaliadas através de escalas de avaliação do funcionamento cognitivo, da sintomatologia depressiva e das actividades instrumentais, concluiu que a prevalência do diagnóstico de episódio depressivo era de cerca de 55% e 68%, respectivamente (Costa, 2005).

Estes dados mais uma vez apontam para a elevada prevalência da depressão nos idosos, principalmente aqueles que vivem em alguma instituição, e também sugerem que, nessa população, os quadros de depressão *minor* e as síndromes depressivas são especialmente relevantes, em oposição à menor frequência de depressões graves observadas noutras faixas etárias.

2.1.2. Manifestação e modo de ocorrência

A depressão constitui, antes de mais, um dos problemas de saúde mais incapacitantes e de maior sofrimento para as pessoas, tem a particularidade de afectar de modo particular as mulheres, alcançando proporções de mais do dobro em relação à população masculina (Caballo, Salazar & Carrobbles, 2011).

Clinicamente, caracteriza-se por um estado de ânimo de marcada tristeza ou desinteresse generalizado por quase tudo o que rodeia o indivíduo, com uma diminuição da actividade física e psicofisiológica, manifestada através da falta de motivação, apetite, libido, insónia e, nos casos mais graves, pela perda da vontade de viver e suicídio (Fernandes, 2000).

As manifestações depressivas são muito frequentes nos idosos, expressando-se, na maioria das vezes, através de auto-verbalizações negativas relativamente a si mesmo, aos outros, ao mundo e à velhice. Neste contexto, revelam uma percepção diminuída das suas capacidades, uma baixa auto-estima e adoptam uma participação social reduzida. Em muitas situações, a depressão encontra-se associada à demência, o que dificulta o diagnóstico de ambas as patologias (Sequeira, 2010). Por isso, numa fase precoce, é importante a utilização de um instrumento de medida que nos possa ajudar na tomada de decisão sobre o diagnóstico de depressão.

A depressão na terceira idade é frequentemente caracterizada pela presença de comorbidades médicas, maior apatia, maior patologia vascular cerebral, maior comprometimento cognitivo, e uma forte associação com a demência. Por exemplo, a depressão é comum em indivíduos mais velhos em recuperação de um enfarte agudo do miocárdio e outras doenças cardíacas, em idosos com diabetes e que sofreram um acidente vascular cerebral (Blazer, 2003). Já a depressão de início precoce é mais frequentemente

associada a comorbidades psiquiátricas, história familiar de transtorno de humor e perda de volume do hipocampo, quando não tratada ou recorrente (Potter & Steffens, 2007).

Esta problemática conjectura-se particularmente relevante, não apenas devido à sua prevalência mas principalmente devido à sua apresentação diferenciada. Kales e Valenstein (2002, cit. in Teixeira, 2007) assumem que a depressão entre os idosos é extremamente complexa, apresentando uma sintomatologia diversificada. Pode surgir predominantemente através da manifestação de sintomas físicos como perda de apetite, fadiga e diminuição da mobilidade física, o que dificulta o seu diagnóstico por profissionais de saúde e cuidadores, ou através da manifestação de sintomas psíquicos, tais como, desinteresse, alterações do humor, distúrbios do sono. Estes sintomas característicos, quer físicos, quer psíquicos, podem passar despercebidos e serem considerados naturais nesta faixa etária, levando a que as pessoas idosas deprimidas não possam aceder ao devido diagnóstico e tratamento (Marinho et al., 2009).

A dificuldade em reconhecer a sintomatologia depressiva na população idosa em geral, e na população institucionalizada em particular, constitui uma situação problemática, uma vez que esta condição é normalmente acompanhada de dados funcionais e incapacidades psicossociais, que podem conduzir a um estado depressivo, com um impacto significativo sobre a vida dos idosos (Alexopoulos et al., 2002).

Apesar de ser possível, e até desejável, adoptar uma perspectiva positiva sobre o envelhecimento, numa óptica de desenvolvimento ao longo do ciclo de vida, no trabalho de campo com pessoas idosas, nomeadamente no âmbito institucional, torna-se patente a elevada incidência de patologias, do foro físico e mental. Especificamente no ambiente institucional, o idoso pode desenvolver depressão devido à perda do seu convívio social o que resulta na perda de auto-estima, da liberdade, da identidade, aumentando a solidão e, muitas vezes, a perda da vontade de viver (Gonçalves, 2007).

A depressão surge mais frequentemente na forma a que se tem chamado típica, com predomínio da tristeza e lentificação motora, perda de apetite, insónia matinal e, ainda ideação pessimista e auto-desvalorização. Por outro lado, na terceira idade podem surgir formas clínicas atípicas, que muitas vezes se confundem com outras situações e que devem ser tomadas em consideração: 1) a depressão somatizada: com predomínio das queixas somáticas, geralmente dores de longa evolução ou reaparecimento de dores antigas, evidenciando-se a centralização da atenção do indivíduo nos sintomas somáticos; 2) depressão agitada: demonstração de angústia incessante, inquietação e perturbações do sono; 3) depressão psicótica: presença de ideias sobrevalorizadas ou delirantes; 4)

depressão com défice cognitivo: manifestação de dificuldade de concentração e de realização de operações mentais comprometendo gravemente o seu funcionamento em comunidade; 5) alcoolismo secundário: o surgimento de um consumo excessivo de álcool nesta faixa etária pode ter por base uma depressão subjacente (Barreto, 2006).

Desta forma, o surgimento e manutenção de sintomatologia depressiva, mesmo em níveis sub-clínicos, condicionam de modo considerável o quotidiano das pessoas idosas, ficando a sua autonomia gravemente comprometida perante a depressão.

2.1.3. Etiologia e Factores de Risco

A epidemiologia define como factores de risco, variáveis sociais ou biológicas que, quando presentes, aumentam a probabilidade de ocorrência de uma dada doença. Sendo que o fenómeno da depressão no idoso não se trata de uma categoria homogénea, são várias as causas que podem estar implícitas a um estado depressivo (Blazer, 2002).

Nos modelos etiológicos para as perturbações de humor, é levada em conta a possível influência tanto de susceptibilidade hereditária como de factores de risco ambientais, que englobam factores recentes e remotos (Barreto, 2006). Tal como na depressão de início precoce, não existe uma teoria única que possa explicar a etiologia da depressão de início tardio. Algumas evidências são a existência de alterações estruturais, vasculares, neuroendócrinas e bioquímicas, sendo esta menos influenciada pela predisposição genética (Ávila, 2008).

Nesse sentido, a literatura tem apontado algumas características que, quando presentes, se associam ao risco aumentado de morbilidade psiquiátrica. Aos factores de risco habitualmente associados à perturbação depressiva associam-se alguns factores específicos desta faixa etária, como as alterações biológicas e o aumento progressivo de perdas, reais e simbólicas (Alexopoulos, 2002).

O idoso vai experimentando, a nível pessoal e social, várias perdas que criam situações de luto, e cuja resolução não é fácil, sobretudo na presença de determinados factores negativos como a falta de apoio familiar, a carência de recursos materiais, a falta de situações de prazer e o isolamento social. Para além destas causas psicogénicas, a doença física assume um papel destacado. (Barreto, 2006).

Perante a observação de várias investigações com idosos deprimidos, de uma forma geral, de entre os factores de risco apurados, encontra-se o sexo feminino, o nível sócio-económico baixo, doença somática, défices cognitivos e funcionais e história de depressão (Jongenelis et al., 2004).

Especificamente, os factores demográficos que têm sido associados à perturbação depressiva em pesquisas populacionais são, por exemplo, o género, a idade, a situação conjugal, o local de residência, factores sócio-económicos, eventos vitais, *stress* crónico e suporte social. Em relação aos factores demográficos, o local de residência apresenta-se como uma situação frequentemente subjacente às crises biopsicossociais que ocorrem durante o processo de envelhecimento, nomeadamente, a institucionalização (Pestana & Gaspar, 2006). Também a condição sócio-económica do indivíduo é uma variável subjacente às perturbações emocionais na terceira idade e os resultados de vários estudos evidenciam que o baixo *status* social, isto é, indivíduos com recursos sócio-económicos deficitários, não apresentam disponibilidade afectiva ou emocional, que lhes permita atender às suas necessidades vitais. Por outro lado, indivíduos com elevado *status* social, têm maiores probabilidades de participação activa na resolução dos seus problemas (Fernandes, 2000). Deste modo, a situação sócio-económica influencia a vivência do envelhecimento, sendo que a maior parte das perturbações nesta fase da vida são devidas à pobreza e às privações sócio-económicas.

Segundo Carvalho e Fernandez (2002), os factores etiológicos que mais influenciam o idoso, são os factores psicossociais, sendo os mais relevantes, a perda de suporte social, as situações adversas de vida, a ocorrência de doenças físicas no próprio ou no cônjuge, ou até mesmo, uma situação de viuvez recente. Também a redução de perspectivas sociais, declínio da saúde, perdas frequentes, alterações biológicas, vasculares, estruturais e funcionais, além de disfunção neuroendócrina e neuroquímica que ocorrem no cérebro durante o envelhecimento tornam esta população mais propensa ao surgimento de depressão.

Assim, é importante salientar que estes factores formam uma rede causal, sendo que cada factor não afecta apenas directamente o indivíduo, como também está em interacção com os outros. Neste sentido, o desenvolvimento da depressão em idosos tem, portanto, um carácter fundamentalmente multifactorial.

2.2. Envelhecimento e Declínio Cognitivo

A cognição envolve todo o funcionamento mental como as habilidades de pensar, de perceber, de lembrar, de sentir, de raciocinar e de responder aos estímulos externos. Embora ocorram mudanças no desempenho cognitivo em alguns domínios com o envelhecimento, esses prejuízos não chegam a afectar a vida quotidiana dos idosos e dos seus familiares e além disso, verifica-se uma grande variabilidade intra e inter-individual no funcionamento cognitivo nos idosos (Papalia & Olds, 2000).

Numa revisão de trabalhos publicados acerca das mudanças cognitivas associadas ao envelhecimento, Denney (1982, cit. in Fonseca, 2004) verificou que a generalidade dos estudos constatava a existência de diferenças nas capacidades cognitivas entre adultos jovens e idosos, favorecendo os primeiros. Salthouse (2004, cit. in Ribeiro, Guerreiro & Mendonça, 2006) é peremptório ao afirmar que o declínio do funcionamento cognitivo associado com a idade é relativamente grande, tem início cedo na vida adulta, manifesta-se em vários tipos diferentes de capacidades cognitivas e, nem sempre é acompanhado de aumentos na variabilidade entre indivíduos.

As razões explicativas para a verificação de um declínio cognitivo associado ao envelhecimento continuam escassas. Sabe-se que determinadas áreas cognitivas como a memória, o raciocínio abstracto, a resolução de problemas e a aprendizagem de novas tarefas declinam com a idade, porém grande parte não é explicada pela idade, impedindo a previsão e prevenção dos efeitos do envelhecimento ao nível da cognição (Paúl & Fonseca, 2001).

As demências, e em especial a doença de Alzheimer (DA), constituem uma grande preocupação para as pessoas que ultrapassam os 70 anos de idade. Estas representam um problema de saúde pública crescente, são uma das causas mais importantes de morbidade e mortalidade e trazem graves consequências para a vida do idoso e dos seus familiares. Apesar de ser fatalmente uma consequência natural do envelhecimento, tanto a sua incidência como a sua prevalência aumenta dramaticamente com a idade (Ganguli, 2000 cit. in Petersen, 1999). Estudos epidemiológicos indicam que a prevalência de demências em idosos pode variar de 1 a 2% entre aqueles com 60 a 65 anos, 20% entre os indivíduos com 80 a 90 anos, e pode chegar aos 40% entre os mais velhos (acima de 90 anos) (Ávila, 2008).

O comprometimento das funções cognitivas é caracterizado, na demência, pela deterioração progressiva das habilidades intelectuais, como, por exemplo, a perda da capacidade de julgamento, da memória, do raciocínio abstracto e das habilidades visuo-espaciais, que afectam a capacidade funcional do indivíduo no seu dia-a-dia, implicando a perda de independência e autonomia, a qual varia de acordo com o grau de gravidade, com consequente perda da qualidade de vida do idoso (Neto, Temelini & Forlenza, 2005). Além disso, uma demência deve apresentar o desenvolvimento de pelo menos uma das seguintes perturbações cognitivas: afasia, apraxia, agnosia ou uma perturbação do funcionamento executivo (Bertolucci, Brucki, Campacci, & Juliano, 1994). Os défices cognitivos devem comprometer o funcionamento ocupacional ou social e representar um declínio em relação a um nível anteriormente superior de funcionamento, podendo assim comprometer a capacidade funcional do idoso.

Estudos epidemiológicos sobre envelhecimento e demência demonstram que o uso de critérios para a classificação de demência leva ao surgimento de três grupos de sujeitos: aqueles que são demenciados, aqueles que não são demenciados e um terceiro grupo de indivíduos que não podem ser classificados como normais ou demenciados, embora possuam prejuízo cognitivo (Argimon & Stein, 2005). Neste âmbito, o diagnóstico de comprometimento cognitivo revela-se uma tarefa complexa e ainda não bem sistematizada na população de idosos. Os quadros leves de comprometimento cognitivo são frequentes, passando muitas vezes despercebidos, e há uma necessidade de distinguir (o que é muitas vezes difícil) entre as manifestações iniciais de doença e modificações associadas com o processo normal de envelhecimento.

Idosos com “declínio cognitivo leve” (DCL), caracterizado por um declínio cognitivo maior do que o esperado, têm maior risco de desenvolver algum tipo de demência, especialmente a do tipo Alzheimer (DA). Porém, na perspectiva de Dufouil, Fuhrer, Dartigues & Álperovich (1996), um baixo funcionamento cognitivo não é sinónimo de demência, até porque a existência de algum declínio cognitivo faz parte do normal envelhecimento (Pettersen et al., 2001 cit. in Ávila, 2008).

Considerando a significativa prevalência desta doença e as consequências que ela pode acarretar na vida dos envolvidos, é de suma importância que os profissionais de saúde saibam identificar indivíduos com risco potencial de desenvolver demência, bem como que estejam preparados para lidar com as exigências destes pacientes. À medida que a terapia progride, a identificação precoce pode conduzir à prevenção das incapacidades cognitivas relacionadas com a idade, o que implica saber distinguir entre o envelhecimento normal e o patológico para que as intervenções sejam adequadas e mais eficazes (Lee, Potter, Wagner, Welsh-Bohmer & Steffens 2007).

Privilegiar o envelhecimento bem-sucedido requer também avaliar e antecipar factores de risco para o declínio cognitivo, bem como diagnosticar precocemente desvios que possam resultar num envelhecimento cognitivo patológico.

2.2.1. Conceito de Declínio Cognitivo Leve: definição, formas e causas

O conceito de Declínio Cognitivo Leve (DCL), Defeito Cognitivo Ligeiro ou Comprometimento Cognitivo Leve, surgiu na década de 90, marcando esta temática como um foco de estudo na comunidade científica internacional, para uma tentativa de diagnóstico precoce da doença de Alzheimer e outras formas de demência, sendo introduzido para descrever a disfunção cognitiva em indivíduos não demenciados (Pettersen, 1999). Desde

então, fizeram-se importantes observações sobre a sua definição, limites e resultados. Numa conferência sobre “Current Concepts of Mild Cognitive Impairment” realizada em 1999 em Chicago, efectivou-se que o défice cognitivo ligeiro era um relevante tema de estudo, apesar de não existir consenso quanto à uniformidade da sua definição (Ribeiro, Guerreiro & Mendonça, 2006).

Os indivíduos com DCL são de importância clínica significativa, porque apresentam um risco aumentado de desenvolver demência do tipo Alzheimer, porém, verifica-se bastante divergência sobre o conceito de DCL, na medida em que não há uma definição uniforme, não há uma única causa subjacente e o resultado a longo prazo parece ser heterogéneo (Paternity, Verdier-Taillefer, Dufouil & Alperovitch, 2002).

O DCL é um síndrome definido como um declínio cognitivo maior do que o esperado para a idade e escolaridade de um indivíduo, mas que não interfere notavelmente nas actividades de vida diária (Petersen, 1999), é considerada uma entidade transicional entre o envelhecimento normal e a demência. Estudos longitudinais demonstram que a grande maioria dos doentes com esta situação evoluem para demência e, particularmente, para Doença de Alzheimer (DA) (Magalhães, 2007). Todavia, indivíduos com DCL podem permanecer estáveis ou voltar à normalidade ao longo do tempo, mas mais de metade progride para uma demência num período de cinco anos. Por isso é hoje considerada uma entidade de risco para demência, especialmente para DA, e daí o grande interesse no seu estudo, na medida em que, que a sua identificação pode conduzir a uma prevenção secundária, pelo controlo dos factores de risco associados (Rabelo, 2009).

Sabe-se que é uma situação frequente nos idosos, e estudos epidemiológicos longitudinais mostram que o DCL é uma entidade de risco para conversão para demência: a taxa de conversão dos pacientes idosos com DCL é de cerca de 10-15% por ano, sendo que ao fim de cinco anos, mais de metade dos idosos com DCL convertem para demência (Petersen, et al., 1999).

Neste âmbito, atesta-se a importância que os critérios de diagnóstico possuem, na medida em que uma vez que, nos critérios de diagnóstico de DA, uma das premissas é a existência de demência, e com base nos critérios de DCL, deverá haver ausência de demência. Contudo, em grande parte dos pacientes com DCL, este é causado pela DA num estágio ainda muito inicial. (Magalhães, 2007)

O risco de desenvolvimento de declínio cognitivo tem sido associado a factores intrínsecos e extrínsecos ao indivíduo. Têm-se destacado na literatura factores tais como a baixa escolaridade, idade avançada, presença de doenças crónicas, (e.g., hipertensão arterial,

história de acidente vascular encefálico) predominância em mulheres, incapacidade funcional, depressão, comorbidades, baixo suporte social, actividade intelectual pobre, tabagismo, viver sozinho, sedentarismo e percepção negativa da saúde (Oliveira et al., 2007).

O desempenho cognitivo entre os indivíduos iletrados e os que detêm baixos níveis educacionais é inferior ao observado em indivíduos com maior nível de escolaridade. Esta diferença pode ser um factor de confusão quando se torna necessário um diagnóstico preciso de comprometimento cognitivo. Além disso, verifica-se uma grande heterogeneidade no desempenho de indivíduos analfabetos, provavelmente devido às diferentes exigências ambientais e origens sócio-culturais. Muitos estudos descreveram a influência da educação nas medidas neuropsicológicas e testes de rastreio, como o MMSE. Num estudo em que se pretendia analisar o desempenho de duas amostras com o mesmo nível educacional mas de diferentes bases sociais e culturais, verificou-se que a base social e cultural, além das exigências do meio ambiente, influenciam nos testes de rastreio (Brucki & Nitrini, 2010). Os autores apuraram que a escolaridade constitui uma variável que engloba experiências ambientais exercendo efeitos na cognição, influenciando no desempenho dos indivíduos em tarefas neuropsicológicas. Estas diferenças têm consequências na estrutura cerebral, com um incremento no número de sinapses ou na vascularização cerebral. Assim, aumento da escolaridade pode estar associado a mudanças nas conexões cerebrais e pode constituir um factor protector para patologias neurológicas, como tal, devem cada vez mais ser analisadas (Parente, Scherer, Zimmermann & Fonseca, 2009).

De facto, a procura de um entendimento mais profundo sobre a influência de factores sócio-demográficos e/ou socioculturais no processamento das diferentes funções cognitivas tem sido intensa, destacando-se o nível sócio-económico, a escolaridade, e as experiências pessoais, quantidade de actividades de vida diária, entre outros (Stern, 2009, cit. in Parente, et al., 2009).

Segundo Ribeiro e Yassuda (2007), estudos actuais têm demonstrado relações entre o estilo de vida e a capacidade cognitiva, tendo determinados estilos de vida potencial para proteger os idosos do declínio cognitivo. As componentes mais estudadas são o envolvimento social, as redes sociais e o envolvimento em actividades mentais, de lazer e físicas.

Fratiglioni e colaboradores (2000, cit. in Rabelo, 2009) acompanharam um grupo de idosos inicialmente saudáveis ao longo de três anos na Suécia. Verificaram que os indivíduos que viviam sozinhos, sem contactos sociais próximos, apresentaram maior risco de desenvolvimento de uma demência. De modo geral, uma rede social limitada aumenta o risco de declínio cognitivo. Seeman e col. (2001, cit. in Rabelo, 2009) apuraram resultados

semelhantes ao investigar um grupo de idosos americanos com alto funcionamento físico e mental ao longo de sete anos e meio. Os participantes que recebiam mais suporte emocional apresentaram melhor funcionamento cognitivo. Os dados corroboram a relevância do papel do ambiente social na protecção contra o declínio cognitivo na velhice.

Tendo em vista os factores de risco para a progressão de uma demência, devemos considerar que os profissionais de saúde devem monitorizar os indivíduos que se encontram nessas condições e aqueles com DCL. Existem evidências suficientes indicando que uma intervenção planeada é benéfica na prevenção do declínio cognitivo (Chertkow et al., 2008).

2.2.3. Associação entre Depressão e Declínio Cognitivo

A depressão e o declínio cognitivo estão entre os problemas de saúde mental mais significativos nos idosos (Barlow & Durand, 2003). As consequências da depressão e do declínio cognitivo nesta faixa etária são conhecidas por serem graves, abrangendo uma diminuição da qualidade de vida, declínio funcional, aumento da utilização dos serviços de saúde e da taxa de mortalidade (Vinkers, Gussekloo, Westendorp & Van der Mast, 2004).

A depressão constitui essencialmente, um transtorno de humor, mas também pode implicar alterações cognitivas para muitos idosos. Em amostras comunitárias, a co-ocorrência de depressão e disfunção cognitiva duplica a cada cinco anos após a idade de 70 anos, e estima-se que co-ocorrem em pelo menos 25% das pessoas com mais de 85 anos. Uma das implicações clínicas da co-ocorrência de depressão e dificuldades cognitivas é que existe um maior risco de resultados adversos para a saúde física, estado funcional e mortalidade do que a partir de cada condição isolada. Além disso, os estudos sugerem que a depressão na terceira idade pode ser um sintoma prodromico da doença de Alzheimer ou um factor de risco para a demência em geral (Potter & Steffens, 2007).

A prevalência de DCL na depressão varia de aproximadamente 25% a 50%, que se afigura substancialmente mais elevada do que a prevalência de 3% a 6% apontada pelos estudos convencionais acerca do DCL em indivíduos que não se encontram deprimidos (Lee et al., 2007). Uma implicação clínica importante é que o DCL ou outra disfunção cognitiva, durante um episódio de depressão pode persistir após a melhora dos sintomas da depressão.

Frequentemente, verifica-se a co-ocorrência de depressão na idade avançada e os défices cognitivos, sugerindo uma estreita relação entre ambos. De facto, muitos estudos têm demonstrado uma associação entre sintomas depressivos e demência ou declínio cognitivo, porém, a natureza desta relação continua ambígua (Paternity et al., 2002). Não se sabe, ao certo, se a depressão conduz ao declínio cognitivo ou se o comprometimento cognitivo

conduz à depressão, porém, a prática clínica e evidências de várias pesquisas sugerem que os sintomas depressivos precedem o declínio cognitivo em idade mais avançada e outras investigações enfatizam que estes acompanham o início da demência (Lee et al., 2007).

Apesar de muitos estudos terem apurado uma relação transversal entre depressão e demência ou sintomatologia depressiva e declínio cognitivo, a direcção desta associação é ainda desconhecida. Neste sentido, numa investigação longitudinal e pioneira na análise desta associação de Dufouil e col. (1996), com o objectivo de verificar se a sintomatologia depressiva constituía um factor preditor de deterioração cognitiva entre os idosos institucionalizados três anos mais tarde no *follow-up*, o trabalho relata que um nível elevado de sintomatologia depressiva não é preditora do declínio cognitivo três anos mais tarde. Os autores observaram que o risco de deterioração cognitiva estava associado com o nível concomitante de sintomatologia depressiva nos três anos de *follow-up*, independentemente dos sintomas depressivos no período inicial. Deste modo, os resultados deste estudo indicam que a associação entre elevada sintomatologia depressiva e um pobre funcionamento cognitivo é transversal.

Por outro lado, de acordo com Kral e Emery (1983; 1988, cit. in Plati, Covre, Lukasova & Macedo, 2005), a depressão precede o declínio cognitivo e, como consequência, desorientação ou perdas de memória podem ser relatadas pelos idosos deprimidos. Os estudos têm demonstrado que formas leves e graves de depressão estão associadas com défices da cognição, das habilidades motoras, perceptivas e de comunicação, entre outras. De entre as várias funções cognitivas, a memória nos idosos é a que merece maior atenção, no sentido em que, estudos anteriores sugeriram que o seu comprometimento pode estar relacionado com a depressão. Deste modo, a depressão pode ser um factor de risco para o desenvolvimento de declínio cognitivo, principalmente entre idosos institucionalizados, para além de que, os idosos institucionalizados que permanecem mentalmente inactivos têm o seu potencial intelectual reduzido, a sua criatividade afectada e tendem a apresentar sinais de declínio mental. Portanto, a institucionalização e a falta de actividades parecem afectar tanto a depressão como o desempenho cognitivo.

Segundo Paternity e colaboradores (2002), através de uma investigação longitudinal, os elevados níveis de sintomatologia depressiva no momento inicial foram preditores do declínio cognitivo numa população idosa de 1.003 pessoas com bom funcionamento cognitivo no momento de recrutamento. Indivíduos com elevados níveis de sintomas depressivos no momento inicial apresentaram maior risco de ter um funcionamento cognitivo persistentemente baixo no momento do *follow-up*. Estes resultados vão de encontro aos vários

estudos longitudinais que enfatizam que os sintomas depressivos são preditores de declínio cognitivo (e.g., Bassuk et al., 1998).

Num estudo de Plati e colaboradores (2005), com o objectivo de comparar a frequência e a severidade dos sintomas depressivos e o comprometimento cognitivo entre os idosos institucionalizados e não institucionalizados e, além disso, o efeito dos programas de actividade cognitiva no desempenho e sintomatologia depressiva de idosos, os resultados apontaram taxas de sintomas depressivos mais elevados nos idosos institucionalizados. Estes resultados são confirmados por outros estudos que estimaram uma incidência de depressão quatro vezes maior entre os idosos institucionalizados. De facto, são várias as investigações que demonstram que a depressão pode constituir um factor de risco para o desenvolvimento de declínio cognitivo, principalmente entre idosos institucionalizados (e.g., Parmelle, Kleban, Lawton & Katz, 1991).

Paternity e col. (2002), associou a depressão a um maior risco de declínio cognitivo, estando este resultado em concordância com a observação de que pessoas com sintomas depressivos, muitas vezes sofrem de disfunção cognitiva, que podem ser graves (pseudodemência), mas é geralmente transitória e resolve-se no tratamento da depressão. Os sintomas depressivos podem ser um pródromo de declínio cognitivo, constituindo a manifestação precoce de um processo neurodegenerativo, causando depressão e demência. O facto de que a depressão prediz o declínio cognitivo em idosos tem implicações práticas e clínicas. A detecção de sintomas depressivos nestes indivíduos é importante porque o tratamento precoce da depressão pode melhorar o prognóstico. Além disso, sintomas depressivos, principalmente quando são persistentes, podem ser o primeiro sinal de diminuição do funcionamento cognitivo, levando não só a um risco maior de demência, mas também a uma maior mortalidade.

Em suma, subsistem um conjunto de evidências sugerindo que a depressão tem impacto na função cognitiva de indivíduos idosos. Efectivamente, os idosos com depressão apresentam frequentemente sinais e sintomas indicativos de comprometimento funcional ou cognitivo. Estes sintomas somáticos tornam a avaliação e tratamento da depressão nos idosos mais complexos. O prejuízo cognitivo nesta fase pode ser um resultado do transtorno depressivo ou de uma condição demencial subjacente. Pelo facto dos sintomas depressivos muitas vezes coexistirem com a demência, é importante determinar a relação temporal entre os sintomas depressivos e as alterações cognitivas. Se os sintomas depressivos são anteriores ao défice cognitivo e os sintomas cognitivos são leves e temporários, a depressão é a provável etiologia do defeito cognitivo. Se as mudanças cognitivas aparecem antes da depressão e os sintomas

persistirem após a depressão ser tratada com sucesso, uma demência subjacente é o mais provável (Wilkins, Mathews & Sheline, 2009).

Com ou sem comprometimento cognitivo, a ocorrência de depressão na terceira idade é uma preocupação clínica porque pode constituir um factor de risco ou um sintoma precoce de demência. É provável que para alguns indivíduos a depressão seja um factor de risco para a demência, ao passo que para outros é um sinal precoce de demência, especialmente quando o primeiro surto de depressão ocorre numa fase avançada na vida. (Potter & Steffens, 2007).

2.3. A importância do Suporte Social

O suporte social tem uma grande importância na saúde física e psíquica dos indivíduos, porém ainda não existe um consenso quanto à conceptualização deste conceito, conduzindo ao surgimento de várias teorias e modelos explicativos. Assim, as definições de suporte social, apesar de abordarem muitas das mesmas áreas e dimensões, são múltiplas. (Monteiro, 2009)

Bowling (1991) define o suporte social como um regime de interacção em que os indivíduos detêm ajuda emocional, material ou económica da sua rede social. Por sua vez, Thoits (1982, cit. in Fachado, Martinez, Villalva & Pereira, 2007) acrescenta o aspecto da percepção subjectiva e definindo o suporte social como o conjunto de elementos funcionais ou estruturais, reais ou percebidos, que os indivíduos recebem da sua rede social. Para Lin (1986, cit. in Rodrigues, 2008), o suporte social consiste no apoio acessível a um indivíduo, através dos elos sociais com outros indivíduos. Serra (1999) conceptualiza o suporte social como relativo à quantidade e coesão das relações sociais que envolvem um indivíduo. Trata-se, portanto, de um conceito interactivo referente a transacções entre os indivíduos, no sentido de promover o bem-estar físico e psicológico (Pais-Ribeiro & Ponte, 2009)

O suporte social pode ser qualificado com base em duas dimensões, sendo a primeira focada no apoio social estrutural, concernente à rede social, fornecendo informação relativamente à quantidade de relações sociais ou número de pessoas que podem auxiliar o indivíduo, e a segunda focada no apoio social funcional, concernente às percepções dos indivíduos da sua própria disponibilidade de suporte (Fachado et al., 2007).

Segundo Dunst e Trivette (1990, cit. in Pais-Ribeiro, 1999), verificam-se duas fontes de suporte social, o informal e o formal. As redes de suporte informal abrangem os indivíduos (familiares, amigos, vizinhos, etc.) e os grupos sociais (clubes, igreja, etc.) que podem fornecer suporte nas actividades do quotidiano, isto é, incluem quer estruturas da vida social de um indivíduo (como a pertença a um grupo ou a existência de laços familiares), quer funções explícitas, instrumentais ou sócio-afectivas, como o apoio emocional, informativo,

tangível e de pertença (Paúl, 2004). As redes de suporte social formal englobam as organizações sociais formais, como hospitais, programas governamentais, serviços de saúde, como os profissionais de saúde que estão organizados para fornecer assistência a quem necessita (Pais-Ribeiro, 1999).

Essencialmente, o suporte social corresponde a três dimensões: 1) A integração social, ou seja, a frequência de contactos com os outros; 2) O apoio recebido, correspondente à quantidade de ajuda efectivamente fornecida por elementos da rede e, 3) O apoio percebido, que corresponde à crença do possível auxílio que pode ser recebido em caso de necessidade, constituindo uma protecção que as pessoas procuram como forma de lidarem eficazmente com os problemas do quotidiano (Paúl, 2004).

O suporte social constitui um factor protector importantes para o equilíbrio e bem-estar do indivíduo, a as investigações têm revelado o papel do suporte social percebido como um factor cognitivo e interpessoal fulcral, pois as percepções que cada sujeito tem do seu suporte social e da sua disponibilidade dependem de variáveis situacionais (dependente da interacção social) mas também de características da sua personalidade (e.g, capacidade para comunicar as suas necessidades) e do seu estilo cognitivo (Abbey, Andrews, & Halman, 1995, cit. in Matos & Ferreira, 2000). Deste modo, os estudos referenciam o suporte social e, em particular, o apoio sócio-emocional como o principal discriminador entre os grupos deprimidos e de controlo (Canavarro, 1999, cit. in Monteiro, 2009)

2.3.1. Suporte Social e Saúde

Os estudos sobre os efeitos do suporte social, no âmbito da saúde ganharam relevância no início nos anos setenta e, o papel desempenhado pelo que se consignou o suporte social na doença física e na sua recuperação tem sido, actualmente, objecto de estudo de múltiplas investigações. Apesar da definição deste termo ainda não ser consensual, este tem sido referenciado como possuindo efeitos positivos em diversos domínios, incluindo a saúde física, o bem-estar mental e as funções sociais, sendo visto nos dias de hoje como um tema de pesquisa psicossocial (Wortman & Dunkel-Setter, 1987).

Numa revisão de investigação sobre o suporte social, Callaghan e Morrissey, (1993, cit. in Ribeiro & Ponte, 2009) concluem haver evidência de que o suporte social pode ter um papel relevante na manutenção da saúde e no esmorecimento dos efeitos deletérios do distresse social e ambiental.

O suporte social e os relacionamentos sociais possuem um efeito positivo na saúde física e mental do indivíduo, desempenhando um papel positivo no ajustamento psicológico e na

saúde, afastando os estados de *stress* (Sarason, Sarason, Earl, Potter & Antoni, 1985; Segrin, 2006, cit. in Tavares & Claudino, 2010)

Neste âmbito, os investigadores que avaliaram as relações entre suporte social, acontecimentos de vida stressantes e estado de saúde físico e mental, propuseram dois modelos explicativos destas relações. O primeiro modelo postula, a hipótese de *buffering*, em que o suporte social detém um papel protector principalmente em situações de *stress*, melhorando o comportamento de coping adaptativo (estratégias de enfrentamento), sendo que o efeito do *stress* sobre as variáveis de saúde altera de acordo com o nível de suporte social. Com base no segundo modelo, o suporte social possui efeitos positivos sobre a saúde e o bem-estar, na presença e na ausência de *stress*, conjecturando que se verifica uma relação positiva entre o suporte social e a saúde física e mental que é independente dos efeitos do *stress* (Russel & Cutrona, 1991).

Este efeito mediador sustentado pelo suporte social pode ser meramente preventivo, ou pode constituir um componente importante a integrar no processo reabilitacional. Neste sentido, as investigações epidemiológicas indicam principalmente quatro mecanismos no que se refere à forma como o suporte social poderá influenciar os níveis/estados de saúde dos sujeitos: 1) providenciando preocupação directamente ao indivíduo; 2) aconselhando-o ou apoiando-o nas suas dificuldades para procurar a atenção e cuidado médico apropriado; 3) fornecendo modelos de identificação comportamentais em relação a atitudes saudáveis (alimentação, medicação e outros), encorajando-o simultaneamente a evitar os comportamentos de risco; 4) e ainda promovendo interacções psicossociais (Oliveira, 2000).

A existência de uma relação entre o suporte social percebido e uma variedade de medidas dependentes, incluindo a saúde, a protecção da saúde ao longo de todo o ciclo vital, a adaptação psicológica, a percepção de bem-estar, a redução do mal-estar, a satisfação com a vida, a longevidade e a mortalidade, as queixas somáticas, a resistência a doenças e a redução do risco de demência e a protecção para indivíduos em risco para subsequentes perturbações mentais, é sugerida num grande corpo de evidência (Ornelas, 1996).

Sarason e colaboradores (1983, cit. in Ribeiro & Ponte, 2009) referem que o suporte social contribui para um ajustamento positivo e para o desenvolvimento pessoal, fornecendo protecção contra os efeitos do *stress*.

Segundo Russel e Cutrona (1991) indivíduos com baixos níveis de apoio social experienciam mais acontecimentos de vida negativos e um maior número de eventos stressantes, em relação a indivíduos com altos níveis de apoio. No estudo de Russel e Cutrona (1991) os resultados evidenciaram que os défices no apoio social exercem efeitos directos

sobre os níveis de depressão um ano mais tarde, e efeitos indirectos, através do aumento da probabilidade de experimentar dificuldades diárias durante o período de intervenção de 11 meses.

Um estado emocional relacionado com a depressão e a ansiedade por ser evitado ou minimizado, se o individuo perceber a existência de suporte social, uma vez que, este tem um efeito directo sobre o bem-estar, fomentando a saúde independentemente do nível de *stress*, o que significa que quanto maior for o apoio social percebido menor será o mal-estar psicológico experimentado pelo indivíduo, ao passo que, e quanto menor for o suporte social percebido maior será a incidência das perturbações mentais (Tavares & Claudino, 2010).

2.3.2. Suporte Social no Idoso

As relações sociais neste estrato etário envelhecido, são filtradas e vividas mais intensamente, devido a um acumular de factores emocionais, psicológicos, físicos e cognitivos. Muitos idosos vivenciam e percebem o processo de envelhecimento de uma forma negativa e pessimista, porém, ainda existem aqueles que adoptam uma postura activa e positiva para a vivência desta etapa (Tavares & Claudino, 2010).

Quase todos os idosos, mas especialmente aqueles que se encontram institucionalizados, experienciam uma miríade de prejuízos sociais e um substancial comprometimento das suas redes de apoio social. Tais rupturas das redes de apoio social podem afectar negativamente o bem-estar físico, cognitivo e mental dos idosos, verificando-se, que baixos níveis de apoio social relacionam-se com implicações negativas na saúde física e sobre as variáveis de saúde mental, na medida em que, pobres suportes sociais e emocionais estão associados a um aumento da probabilidade de desenvolvimento de depressão (Winningham & Pike, 2007).

Vários estudos têm revelado que as relações sociais modelam o *stress* em indivíduos que experienciam problemas a vários níveis, uma vez que, os efeitos positivos do suporte social encontram-se associados com a utilidade de diferentes tipos de suporte fornecidos pela família (emocional ou funcional) (Ramos, 2002).

A existência de ligações afectivas próximas, entre as quais, podemos destacar o casamento, parece favorecer o processo de envelhecimento bem sucedido. Por exemplo, no estudo de Fonseca e Paúl (2002, cit. in Fachado et al., 2007), verificou-se que o estado civil é uma variável preditora de melhores resultados de envelhecimento. As redes sociais formadas por família e amigos, significativamente, amortecem os efeitos do *stress*, oferecendo suporte social na forma de amor, afecto, preocupação e assistência. Indivíduos que não detêm este

tipo de suporte tendem a apresentar maiores dificuldades para lidar com o *stress*, em relação àqueles indivíduos que apresentam suporte social (Ramos, 2002).

O suporte social percebido é, definitivamente, importante para a saúde e bem-estar psicológico no envelhecimento e os indivíduos com poucas teias sociais correm o risco de morrer mais cedo. Os indivíduos que têm, de facto, um forte suporte social e que o conseguem perceber são aqueles que apresentam uma melhor saúde física e mental, quando comparados com os indivíduos que estão socialmente isolados. Assim, é notório o contributo do suporte social percebido para a percepção do estado de saúde dos indivíduos, mas também para o bem-estar psicológico e geral (Siebert, Mutran & Reitzes, 1999, cit. in Tavares & Claudino, 2010).

Em suma, as redes e os contactos sociais, mesmo que não sejam íntimos, são capazes de mobilizar componentes de natureza interna, de forma a modificar significativamente a percepção que o indivíduo tem dos outros e de si próprio (Oliveira, 2000). As investigações que vêm sido feitas relativamente ao suporte social, acarretaram progressos teóricos e empíricos, tendo possibilitado compreender o papel fundamental do apoio social percebido como um factor significativo enquanto preditor de saúde e de adaptação individual e, inversamente, as deficiências nas redes sociais constituem-se relevantes para aumentar a vulnerabilidade à depressão (Pinheiro & Ferreira, 2002, cit. in Monteiro, 2009).

II PARTE

INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA

O presente capítulo destina-se à apresentação do desenho do estudo que inclui o objectivo geral, os objectivos específicos e hipóteses a testar e sua fundamentação. Posteriormente, serão enunciadas as variáveis de estudo, o procedimento de recolha de dados, os instrumentos de avaliação utilizados, incluindo as versões originais e as características psicométricas das versões adaptadas à população portuguesa e os procedimentos estatísticos de análise dos dados.

1. Metodologia

1.1. Tipo de estudo

O tipo de estudo é determinado de acordo com a problemática a estudar e com os objectivos de investigação. Deste modo, com o intuito de alcançar os objectivos estipulados, optou-se pela realização de uma investigação de índole quantitativa, sendo efectuado um estudo do tipo descritivo-correlacional com uma análise transversal, visando identificar as ligações entre os factores e descrever estas relações (Ribeiro, 2008).

Quantitativo, no sentido em que, os dados utilizados para obter informação são numéricos e a análise dos mesmos é feita através de procedimentos estatísticos. Descritivo pois pretende-se descrever a relação existente entre as variáveis em estudo, fornecendo-nos basicamente, informação sobre a população em estudo, tal como refere Fortin (1999), consiste em descrever simplesmente um fenómeno ou um conceito relativo a uma população, de maneira a estabelecer as características desta população, o que vai de encontro a um dos objectivos do trabalho. Para além de descritivo é também correlacional, uma vez que, se pretende examinar as relações existentes entre algumas variáveis, relacionando efeitos de variáveis e apreciar interacções que possam ser relevantes para o estudo, e ainda é transversal, no sentido em que os sujeitos foram avaliados num único período de tempo (Ribeiro, 1999).

1.2. Objectivos do Estudo

O capítulo anterior relativo à sintomatologia depressiva, ao declínio cognitivo e ao suporte social, permitiram estruturar um enquadramento teórico-conceptual que fundamenta o estudo empírico que apresentamos de seguida.

É um facto constatado por todos os investigadores, que estudam o fenómeno do envelhecimento, que a população mundial está a envelhecer. Como tal, frequentemente surge a necessidade de recorrer à institucionalização do indivíduo idoso, embora também seja aceite que só em último recurso se deva recorrer a este tipo de apoio social, onde em determinadas situações, surge como uma ameaça à dignidade deste grupo etário da população (Almeida,

2008). O interesse científico deste trabalho visa avaliar a realidade da problemática do envelhecimento, especificamente no contexto da institucionalização, reflectindo acerca dos resultados encontrados, de forma a ajudar a implementar métodos de prevenção, tendo em conta, não só a saúde e o bem-estar do idoso, como também daqueles que mais directamente se relacionam e preocupam com esta temática.

Dos estudos consultados, podemos enfatizar que o envelhecimento compreende um conjunto de transformações a vários níveis, nomeadamente, físico, psíquico e social, em interacção recíproca e quase sempre sentidas como perdas, dificuldades cognitivas e sensoriais, doenças físicas, dependência, perda de autonomia, de relações afectivas por morte do cônjuge, parentes e amigos, reforma e isolamento social. Face a este conjunto de realidades, o idoso pode reagir de uma forma positiva, adaptando-se às referidas transformações ou, o que acontece frequentemente, ser incapaz de se reorganizar e desenvolver um quadro depressivo.

Neste âmbito, o desenvolvimento desta investigação será orientado pelos seguintes objectivos específicos: a) Identificar a presença de sintomatologia depressiva, de défice cognitivo e de percepção de suporte social no idoso institucionalizado; b) Analisar a relação entre a sintomatologia depressiva, o declínio cognitivo e o suporte social nos idosos; c) Avaliar a relação entre a sintomatologia depressiva, o declínio cognitivo e o suporte social nos diferentes géneros e, ainda, verificar se existem diferenças de género; d) Perceber a influência de algumas variáveis sócio-demográficas (escolaridade, tempo de institucionalização, rendimento pessoal de reforma, existência de doenças crónicas e a avaliação subjectiva da saúde) nas principais variáveis em estudo.

1.3. Hipóteses de Investigação

Por meio de um processo de formulação de hipóteses dedutivas (Almeida & Freire, 2003), edificou-se a hipótese geral de estudo que visa estabelecer uma relação entre a sintomatologia depressiva e o declínio cognitivo, bem como, o suporte social na população idosa institucionalizada, e expressar a relação esperada em termos quantitativos.

Deste modo, consoante a revisão bibliográfica efectuada foram formuladas as seguintes hipóteses de estudo, a saber:

Hipótese 1 – “Espera-se que na população idosa institucionalizada exista uma relação significativa e negativa entre a sintomatologia depressiva e o desempenho cognitivo, assim como, que esta relação se mantenha para os diferentes géneros”.

Hipótese 2 – “Espera-se uma relação significativa e negativa entre a sintomatologia depressiva e o suporte social percebido”.

Hipóteses 3 – “Esperam-se diferenças de género nos níveis de Depressão, esperando-se que as mulheres apresentem maiores níveis de sintomatologia depressiva em relação aos homens e apurar a relação com algumas variáveis sócio-demográficas”.

Hipótese 4 – “Espera-se que exista uma relação significativa e positiva entre o desempenho cognitivo e o nível de escolaridade dos idosos, bem como apurar a relação com algumas variáveis sócio-demográficas”.

1.4. Amostra

A amostra do presente estudo é constituída por 80 idosos em situação de institucionalização. A amostra deste estudo diz respeito aos idosos seleccionados de duas instituições do conselho de Vila Verde, especificamente do Lar da Misericórdia de Vila Verde e do Lar da Misericórdia de Amares, que foram seleccionados aleatoriamente. O método de amostragem seleccionado foi a amostra probabilística, por conveniência, cujos participantes cumpriram os seguintes critérios de inclusão: a) Idade igual ou superior a 65 anos; b) Situação actual de institucionalização; c) Ausência de patologia actual enquadrável no eixo I do DSM-IV-TR (APA, 2006); d) Ausência de alterações cognitivas graves com base em pontuações iguais ou inferiores a 15 sobre o instrumento de rastreio cognitivo Mini Mental State Examination (MMSE); e) Ausência de demência, surdez severa, graves problemas afásicos ou a existência de condições clínicas impeditivas de responderem aos questionários; f) Capacidade de comunicar eficazmente com o investigador e compreender o que lhe é pedido.

1.5. Variáveis em estudo

Variáveis Sócio-Demográficas: Idade; Género; Etnia; Habilitações literárias; Situação conjugal; Profissão desempenhada; Condição sócio-económica; Rendimento pessoal de reforma; Número de filhos; Tempo de institucionalização; Crença Religiosa.

Variáveis Psicossociais: Sintomatologia Depressiva; Suporte Social.

Variáveis Clínicas: Défice Cognitivo; Condição de Saúde do idoso (Avaliação subjectiva da Saúde); Doenças crónicas.

1.6. Procedimentos de Recolha dos Dados

Com a finalidade de efectuar a recolha de dados junto dos idosos em situação de institucionalização, efectuaram-se diligências junto das direcções da Santa Casa da Misericórdia para a devida autorização. Foi elaborado por escrito um pedido de autorização

ao Dirigente de cada instituição, tendo sido esta concedida. Foi apresentada informação pormenorizada sobre o projecto de investigação, bem como, a explicação do tipo de trabalho que se pretendeu efectuar e qual a sua finalidade, assumindo o compromisso da completa confidencialidade dos dados e de que o preenchimento dos questionários seriam efectuados num local indicado, de forma a não perturbar o normal funcionamento das instituições, nomeadamente, horário de refeições, de repouso e eventuais saídas.

Através do auxílio das Psicólogas das instituições, o passo seguinte incidiu na avaliação dos processos clínicos e consequente selecção de todos os idosos que cumprissem os critérios de inclusão estipulados, de forma a tornar o processo mais célere. Em seguida, foi elaborada uma lista com um grupo de idosos, de onde foram seleccionados 80 idosos para o estudo.

Depois de informados e esclarecidos acerca dos objectivos do estudo, a participação dos idosos institucionalizados teve por base o seu consentimento e colaboração voluntária (Anexo 1). A selecção do concelho de Vila Verde, deve-se ao facto de possuir duas Instituições de Apoio Social na sua área geográfica, especificamente o Lar da Misericórdia de Vila Verde e o Lar da Misericórdia de Amares, de onde foram seleccionados idosos, que fizeram parte da amostra. Por sua vez, a selecção destas instituições deve-se ao facto de termos conhecimento do funcionamento das mesmas por imperativos curriculares (local de estágio curricular) e também porque, à partida, antevíamos quer a autorização dos seus dirigentes quer a colaboração por parte dos idosos e também por existir nesta comunidade do conselho de Vila Verde um número considerável de idosos internados nestas instituições.

Tal como em qualquer trabalho de investigação, também aqui os aspectos éticos relacionados com o investigador e com os participantes foram tomados em consideração. Primeiramente, depois da selecção dos instrumentos, obtiveram-se as autorizações necessárias, nomeadamente, dos autores da validação portuguesa dos instrumentos a utilizar na investigação. Em seguida, quanto aos participantes, estes foram elucidados sobre o âmbito da investigação, os objectivos do estudo, assim como da confidencialidade dos dados, assegurando-se assim, os direitos humanos desses mesmos participantes, que são a autodeterminação, a privacidade, o anonimato e a confidencialidade (Fortin, 1999). Deste modo, a participação dos idosos foi voluntária, contando com a administração de um protocolo de investigação, precedido pela entrega do consentimento individual informado referenciando informação sobre o âmbito e a finalidade do estudo, assim como o potencial contributo para a produção científica.

Após esta etapa, iniciou-se a administração dos instrumentos de avaliação. Durante a realização deste estudo, que englobou um só momento de avaliação, e como procedimento de

recolha de dados, solicitou-se aos participantes o preenchimento dos instrumentos seleccionados, bem como, o preenchimento do questionário Sócio-Demográfico e Clínico, segundo a mesma ordem: primeiro o questionário Sócio-Demográfico, seguido do *Mini Mental State Examination* (MMSE) e da *Escala de Depressão Geriátrica* (GDS) e, por fim, a *Escala de Suporte Social do MOS* (ESS-MOS). A recolha dos dados foi efectuada pelo próprio investigador, com o intuito de padronizar os procedimentos de aplicação dos instrumentos e dar instruções precisas aos participantes, de forma a minimizar o aparecimento de erros interpretativos ou de variáveis parasitas. Tendo em conta que se tratavam de indivíduos com as características anteriormente descritas e, em particular, de baixo nível de instrução e avançada idade, procurámos individualizar o processo de recolha de dados. Deste modo, depois de ser explicado a cada indivíduo a necessidade e a importância do estudo, procedemos à aplicação dos instrumentos de forma individualizada, sendo os itens lidos, em voz alta, e sendo anotadas as respostas. Deste modo, é notória a realização de um planeamento objectivo e metódico da investigação que se pretende realizar, com o intuito de otimizar os resultados do estudo e de garantir o carácter científico do mesmo.

De um modo geral, a reacção dos inquiridos foi positiva, manifestando, muitos deles, satisfação por participar neste trabalho. Não podemos, contudo, deixar de referir que nos deparámos, por vezes, com alguma falta de privacidade para a administração dos instrumentos.

Entendeu-se que o número de idosos era suficiente, tendo em conta aos objectivos de investigação, ao tipo de inquérito, bem como à técnica utilizada para a sua aplicação. Esta técnica foi tomada em consideração, atendendo às características da amostra, nomeadamente no que se refere à escolaridade, idade e estado de saúde, bem como a carências de várias ordens, que em grande medida se prendem com a baixa situação económica que auferem.

1.7. Instrumentos de avaliação utilizados

A escolha dos instrumentos de recolha dos dados tem que ter em conta vários aspectos, nomeadamente, os objectivos do estudo, questões de investigação e hipóteses formuladas. Considerando as variáveis contempladas pelas nossas hipóteses, seleccionamos como instrumentos de recolha de dados: (i) Questionário Sócio-Demográfico e Clínico; (ii) *Mini-Mental State Examination*, para estabelecimento do funcionamento cognitivo; (iii) *Geriatric Depression Scale*, para definição da sintomatologia depressiva e; (iv) *Escala de Suporte Social do MOS*, para obtenção dos níveis de percepção de suporte social. Descrevemos em seguida os instrumentos utilizados.

1.7.1. Questionário Sócio-Demográfico e Clínico

O questionário sócio-demográfico (Anexo II) foi desenvolvido com o objectivo de recolher dados sócio-demográficos e outras variáveis clínicas consideradas relevantes para a caracterização da amostra. O questionário reúne a seguinte informação: género, idade, etnia, habilitações literárias (número de anos de estudo com sucesso), situação conjugal, profissão desempenhada, condição sócio-económica, rendimento pessoal de reforma, número de filhos, tempo de institucionalização e crença religiosa. Também serão avaliadas variáveis clínicas como a presença de défice cognitivo, a existência de doenças crónicas e a avaliação subjectiva da saúde. Foi construído com base na literatura, nomeadamente, através da consulta de estudos realizados com idosos institucionalizados.

1.7.2. Escala Geriátrica de Depressão, EGD (Yesavage, Brink, Lum, Heersema, Adey e Rose, 1983)

Versão Original

A Escala Geriátrica de Depressão - *Geriatric Depression Scale* (GDS-30) foi construída por Yesavage, Brink, Rose, Lum, Huang, Adey & Leirer em 1983 e traduzida, aferida e adaptada à população portuguesa pelo Grupo de Estudos de Envelhecimento Cerebral e Demências-GEECD (Barreto, Leuschner, Santos & Sobral, 2003).

É uma escala de auto-avaliação criada especificamente para avaliar a sintomatologia depressiva na população idosa (Yesavage et al., 1983). É uma escala de avaliação da depressão geriátrica, desenvolvida para colmatar as discrepâncias verificadas entre os sintomas examinados nos instrumentos destinados a faixas etárias mais jovens e aqueles verificados nos quadros de depressão em idosos.

Embora se possam aplicar as escalas de depressão psiquiátrica gerais nesta população, os idosos apresentam problemas exclusivos para os clínicos e pesquisadores interessados no estudo e tratamento da depressão. Um grande problema consiste na confusão entre demência e depressão em idosos. A denominada síndrome de “Pseudodemência” com retardo psicomotor e recusa passiva para responder adequadamente a testes cognitivos é confundida com demência (Wells, 1979). A depressão no idoso é muitas vezes acompanhada de experiências subjectivas de perda de memória e dificuldade cognitiva (Kahn et al., 1975), sintomas estes que se encontram com menor frequência em jovens. Por outro lado, os sintomas somáticos que são geralmente a chave para o diagnóstico de depressão nos jovens são menos úteis nos idosos, como por exemplo, os distúrbios do sono são um sintoma comum da depressão

endógena, mas tais distúrbios também são comuns em idosos não deprimidos, e no entanto, raros em pessoas mais jovens que não sofrem de depressão (Yesavage et al., 1983).

Neste sentido, os autores desenvolveram a GDS para ultrapassar as limitações normalmente associadas com os questionários destinados a jovens ou adultos, através da selecção de itens relacionados com sintomatologia somática (McDowell & Newell, 1996).

No que concerne às características psicométricas, a EGD tem boas medidas de consistência interna ($\alpha = .94$) e confiabilidade (.94), de igual modo sugere estabilidade no re-teste de oito dias ($r = .85$) e apresenta uma boa validade em relação com outras escalas de depressão. A GDS com 30 itens apresenta uma sensibilidade de 84% e uma especificidade de 95% (Roman & Callen, 2008). Ao contrário de outras escalas de depressão, a GDS não engloba questões relacionadas com queixas somáticas que poderão causar falsos negativos, uma vez que estas queixas podem ser ambíguas. A GDS com 30 itens, permanece inalterada desde 1983 e tornou-se o instrumento mais frequentemente usado por investigadores e clínicos no diagnóstico da depressão. A versão reduzida com 15 itens tem uma menor sensibilidade e especificidade que a de 30 itens, não sendo tão eficaz no diagnóstico de depressão *minor* quanto esta última (Edwards, 2004).

Cotação e Interpretação

É um instrumento de rápida aplicação e de fácil compreensão e execução para o paciente. A escala pode ser auto-administrada ou aplicada por um técnico, em função das características do idoso e do contexto de interacção (McDowell & Newell, 1996). A escala é constituída por 30 perguntas às quais o indivíduo deverá responder sim ou não de acordo com a forma como se tem sentido na semana imediatamente anterior. Se o indivíduo responder “Sim” nos itens 2 a 4, 6, 8, 10 a 14, 16 a 18, 20, 22 a 26 e 28, atribuir-se-á um ponto a cada um destes itens, caso contrário, ou seja, se o sujeito responder “Não” a alguma destas mesmas questões, a pontuação a atribuir será de zero pontos. Cota-se igualmente com um ponto por item se o sujeito responder “Não” nas questões 1, 5, 7, 9, 15, 19, 21, 27, 29 e 30, e com zero pontos se a sua resposta for “Sim”. Consoante a pontuação final obtida, deduzem-se diferentes interpretações: uma pontuação final compreendida entre zero e dez pontos indica ausência de depressão; pontuações entre 11 e 20 pontos correspondem a uma depressão ligeira; e pontuações entre 21 a 30 pontos equivalem a uma depressão grave (Yesavage et al., 1983).

Esta escala é considerada a mais completa de entre os instrumentos utilizados para avaliar a depressão geriátrica (Baldwin & Wild, 2004), e estudos epidemiológicos realizados

anteriormente comprovam a sua validade, tornando redundante a utilização de instrumentos psicométricos adicionais (Coleman *et al.*, 1995).

A escolha desta escala tem como objectivo avaliar o nível de depressão na amostra de idosos estudados. Escolheu-se a EDG por ser um dos instrumentos mais utilizados para o rastreamento de depressão entre a população idosa, por ser uma escala de fácil aplicação, específica para a população idosa, onde os itens são baseados nas características da depressão deste grupo etário.

Características Psicométricas no Presente Estudo

Uma vez que este instrumento se encontra validado para a população portuguesa, apenas se avaliou a fidelidade na presente amostra. Assim, verificou-se que o alfa de Cronbach da escala total foi de .89 (boa consistência interna).

1.7.3. *Mini Mental State Examination, MMSE* (Folstein, Folstein & McHugh, 1975)

Versão Original

O *Mini Mental State Examination* (MMSE) – Avaliação Breve do Estado Mental – foi criado nos Estados Unidos da América por Folstein e cols. (1975) e traduzido e adaptado para Portugal em 1993 por Guerreiro, Silva, Botelho, Leitão, Caldas & Garcia (1994). É um instrumento padronizado frequentemente utilizado em rastreios populacionais de demências e de defeito cognitivo ligeiro, devido à sua fácil administração, ao pouco tempo necessário para a sua aplicação, à ampla difusão na literatura e à sua elevada sensibilidade. Trata-se de uma prova que avalia rapidamente o desempenho e a capacidade cognitiva de um indivíduo, permitindo documentar as subseqüentes alterações cognitivas. Revela-se um instrumento capaz de objectivar o défice cognitivo que numa avaliação clínica pode parecer vago e subjectivo (Folstein *et al.*, 1975). Trata-se de um instrumento discriminativo, tendo como finalidade diferenciar idosos normais e idosos com alguma deterioração intelectual de qualquer grau porém, embora permitam estabelecer diferentes graus de intensidade de deterioração, não permite diferenciar distintos tipos de deterioração nem conhecer as causas da mesma, nomeadamente se se trata de causas funcionais ou patológicas (Fernandes, 2000).

Cotação e Interpretação

O M.M.S.E. é composto por 30 questões inseridas em seis provas distintas. Uma prova de orientação, uma de retenção, uma de atenção e cálculo, uma de evocação, uma de linguagem e uma de habilidade construtiva. Especificamente, procura avaliar as diversas aptidões cognitivas, como sejam: a orientação espacial e temporal (à qual são atribuídos dez pontos); a

memória que é mensurada através da retenção de palavras (três pontos) e da evocação de palavras (três pontos); a atenção e o cálculo (cinco pontos); a linguagem que é avaliada através de provas que incluem a denominação (dois pontos), a repetição (um ponto), a leitura (um ponto), a escrita (um ponto) e a compreensão que, ao mesmo tempo, avalia a praxia (três pontos); e a habilidade construtiva (um ponto). A pontuação total é obtida com o somatório das pontuações parcelares de cada uma das provas, sendo o valor de cotação máximo trinta pontos e o mínimo de zero. Além disso, o seu preenchimento é rápido (5-10 minutos) e a sua aplicação pode ser repetida, uma vez que revela pouco efeito de aprendizagem (Folstein et al., 1975).

Existe uma relação inversa entre os resultados do MMSE e a idade, e os participantes mais escolarizados tendem a obter resultados mais elevados. Este dado é importante para a utilização deste instrumento na população portuguesa, uma vez que existe uma grande percentagem de pessoas idosas com baixo nível de escolaridade. Apesar de ser bastante eficaz na deteção de declínio cognitivo, o MMSE não deve ser utilizado como um instrumento de diagnóstico de quadros patológicos, como a demência, uma vez que os resultados podem ser influenciados por outros factores, como por exemplo níveis reduzidos de instrução (Tombaugh *et al.*, 1992, cit. in McDowell & Newell, 1996).

As propriedades psicométricas do MMSE têm sido estudadas por muitos investigadores. Folstein e colaboradores consideraram-no exaustivo no domínio cognitivo, obtendo bons índices de teste-reteste com intervalos de 24 horas e 28 dias, mesmo com diferentes examinadores (entre .83 e .89) concluindo que o MMSE apresenta coeficientes de fidelidade entre moderado e alto, demonstrando elevados níveis de sensibilidade para identificar o declínio cognitivo. A fidelidade, medida através do teste-reteste, após um período de 24 horas, na amostra original padronizada de pacientes não dementes, foi elevada ($r=.89$), já a fidelidade teste-reteste, após um período de 4 semanas, foi quase perfeita para os doentes demenciais, na amostra de Folstein ($r=.99$). Este instrumento possui uma excelente fidelidade inter-juízo e teste-reteste (usualmente bem acima de .80), sendo sensível a défices globais e, concretamente, do hemisfério esquerdo, mas não do hemisfério direito. De um modo geral, o MMSE tem uma boa correlação com a cotação de outros testes de rastreio cognitivo, e razoavelmente boa com um determinado número de testes neuropsicológicos.

Porém, várias limitações emergiram com a disseminação do MMSE. As críticas mais frequentes recaem sobre a falha na discriminação entre a demência ligeira e não demenciados; capacidade limitada para identificar deficiências causadas por lesões, em particular do hemisfério direito; itens com linguagem excessivamente simples que reduzem a sensibilidade

a deficiências ligeiras de linguagem; e grande número de falsos positivos em indivíduos pouco escolarizados. Por um lado, este instrumento pode não ser sensível às alterações cognitivas em pacientes com elevada inteligência pré-mórbida ou elevado nível educacional, conduzindo-os a falsos negativos. Por outro lado, a idade avançada, baixo nível educacional, diferenças culturais, assim como défices sensoriais podem levar a falsos positivos, podendo os indivíduos apresentar pontuações muito baixas na prova sem que, na realidade, possuam défice cognitivo. Por conseguinte, o MMSE necessita de ser ajustado para os efeitos da idade e do nível educacional (Ismail & Shulman, 2006).

Têm sido descritas na literatura interpretações da pontuação final do MMSE relacionadas com a idade, género e outras condições sócio-económicas porém, a interpretação da classificação relacionada com a escolaridade é a mais vulgarmente utilizada (Nunes, 2005). Apesar de todas as suas limitações o MMSE tem sido frequentemente utilizado na investigação e continua a ser um teste amplamente utilizado e recomendado a nível mundial (Ismail & Shulman, 2006).

Versão Portuguesa

Guerreiro e col. (1993), definiram pontos de corte diferenciados consoante o grau de escolarização dos sujeitos. Assim, os autores consideram existir défice cognitivo quando a pontuação é menor ou igual a 15 pontos para iletrados, 22 pontos para sujeitos com 11 anos ou menos de escolaridade e 27 pontos para pessoas com mais de 11 anos de escolaridade. Utilizamos neste estudo a tradução realizada por Guerreiro e col. (1993), bem como os pontos de corte por eles definidos.

No presente estudo, este instrumento foi utilizado como instrumento de despistagem da incapacidade cognitiva e de alterações no estado mental. Foi escolhido porque fornece uma ideia global do funcionamento cognitivo dos idosos ao nível de várias funções: orientação, retenção, atenção e cálculo, evocação, linguagem e a habilidade construtiva. Ao responder a este instrumento o idoso expõe as suas competências, permitindo conhecer o seu estado mental nestas áreas.

Características psicométricas no Presente Estudo

Uma vez que este instrumento de encontra validado para a população portuguesa, apenas se avaliou a fidelidade na presente amostra. Assim, verificou-se que a escala total apresentou um alfa de .91 (elevada consistência interna).

1.7.4. Escala de Suporte Social do MOS (ESS-MOS) - *Medical Outcomes Study Social Support Survey* (MOSS-SSS) (Sherbourne & Stewart, 1991)

Versão Original

A Escala de Suporte Social do MOS, foi desenvolvida por Sherbourne e Stewart em 1991, no âmbito de um amplo estudo com pessoas com doenças crónicas, o *Medical Outcomes Study* ou MOS, sendo um dos instrumentos mais aplicados e que oferece melhores valores de confiabilidade e reprodutibilidade. A adaptação transcultural, tradução e validação do instrumento foi realizada por Fachado, Martinez, Villalva & Pereira em 2007, com pessoas com doença crónica. Também um outro estudo utilizando este instrumento em Português Europeu com pessoas da comunidade é o dos autores Ponte e Pais-Ribeiro em 2008 e ainda um subsequente estudo com população idosa (Pais-Ribeiro & Ponte, 2009).

O questionário contém 20 itens que avaliam o suporte social estrutural e funcional. Para avaliar a rede social (apoio estrutural) é efectuada uma primeira questão que é definida no item 1 com a pergunta: “Quantos amigos íntimos ou familiares próximos tem? ”. A avaliação do apoio funcional deste questionário define quatro dimensões: apoio material, apoio emocional, apoio afectivo e interacção social positiva. Para esta análise existem 19 itens que são avaliados numa escala de Likert de 1 (nunca) a 5 (sempre). A escala tem uma elevada consistência interna, apresentando um Alfa de Cronbach de 0.97.

Ambos os estudos sobre este instrumento realizados em Português Europeu Fachado e col. (2007) e Pais-Ribeiro e Ponte (2009) mostram uma estrutura factorial de quatro factores e propriedades psicométricas de magnitude elevada, semelhantes à versão original.

Cotação e Interpretação

A Escala de Suporte Social do MOS, é um questionário de auto-administração constituído por 19 itens (que são afirmações sobre suporte social disponível) e que espelham cinco dimensões funcionais de suporte social: “tangível” que consiste no fornecimento de ajuda material ou de assistência, “afectivo” que envolve a expressão de amor e afecto, “emocional” que consiste na expressão de afecto positivo, compreensão empática e encorajamento de expressão de sentimentos, “informacional” que consiste em orientação ou feedback, que ajude a encontrar uma solução para o problema, “interacção social positiva”, ou seja, a existência de outras pessoas com quem fazer coisas interessantes e divertidas. A resposta a cada item é dada em cinco alternativas entre “nunca” e “sempre”. Resultam um score por cada um dos quatro factores mais um score global (Pais-Ribeiro & Ponte, 2009).

Características Psicométricas no Presente Estudo

Uma vez que este instrumento se encontra validado para a população portuguesa, apenas se avaliou a fidelidade na presente amostra. Assim, verificou-se que o alfa da sub-escala “Suporte Social Tangível” foi de .85 (boa consistência interna); o alfa da sub-escala “Suporte Social Afectivo” foi de .92 (elevada consistência interna); o alfa da sub-escala Suporte Social Emocional e Informacional foi de .94 (elevada consistência interna) e o alfa da sub-escala “Interacção Social Positiva” foi de .94 (elevada consistência interna). No presente estudo foi utilizada a escala total e as sub-escalas componentes.

1.8. Procedimentos da análise dos dados

Após a recolha dos dados, os mesmos foram lançados numa base de dados informática e processados pelo programa estatístico SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*, versão 19.0). Os dados relativos à caracterização da amostra foram obtidos a partir da estatística descritiva (frequência, média e desvio-padrão).

O nível de significância estatístico adoptado foi de 5% ($p \leq .05$). Todavia, a existência de valores de significância superiores a 5% e iguais ou inferiores a 10%, foram considerados marginalmente significativos ($.05 < p \leq .10$).

A análise exploratória de dados incidiu sobre a frequência absoluta (n) e frequência relativa (%), para as variáveis qualitativas, e sobre a média (M), o desvio-padrão (DP), valores mínimo (Mín) e máximo (Máx) para as variáveis quantitativas.

No grupo dos homens, o estudo da normalidade das distribuições, foi realizado pelo teste de Shapiro-Wilk ($n < 50$); no grupo das mulheres, a normalidade das distribuições foi efectuada pelo teste de Kolmogorov-Smirnov, com correcção de *Lilliefors* ($n > 50$). Se $p > .05$ a distribuição é normal, se $p < .05$ a distribuição é não-normal.

Nas variáveis quantitativas, a comparação entre os grupos de homens e mulheres quanto às dimensões do *Mini Mental State Examination* (MMSE), à pontuação obtida no questionário *Escala de Depressão Geriátrica* (EDG) e às dimensões da *Escala de Suporte Social do MOS* (ESS-MOS), foi realizada pelo teste t de medidas independentes (variáveis com distribuição normal) ou pelo teste U Mann-Whitney (variáveis com distribuição não-normal).

Nas variáveis com distribuição normal, a homogeneidade das variâncias foi verificada pelo teste de Levene *statistics* (se $p > .05$ as variâncias são homogéneas; se $p < .05$ as variâncias são não-homogéneas). Nas variáveis do tipo ordinal ou nas quantitativas com distribuição não-normal, a comparação simultânea entre três ou mais grupos foi realizada pelo teste de

Kruskal-Wallis. Na existência de diferenças estatisticamente significativas, utilizou-se o *post-hoc* de Bonferroni.

O estudo da correlação foi efectuado pelo Coeficiente de Correlação de *Pearson* sempre que os pressupostos da estatística paramétrica se encontravam preenchidos e para os restantes casos o Coeficiente de Correlação de *Spearman*. A interpretação da magnitude da correlação foi efectuada pelo intervalo de correlação de Pestana e Gageiro (2005).

A verificação da existência de relações de dependência entre duas variáveis qualitativas (género *versus* opção de resposta em cada item dos questionários), foi efectuada pelo teste de independência do qui-quadrado de Pearson (χ^2). O teste do qui-quadrado pressupõe que nenhuma célula da tabela tenha frequência esperada inferior a 1 e que não mais do que 20% das células tenham frequência esperada inferior a 5 unidades. Ou seja, pretende-se que todas as células tenham frequência esperada superior a 1 e que 80% das células tenham frequência esperada superior a 5 unidades. Sempre que este pressuposto não foi garantido, analisou-se a relação entre as variáveis por recurso aos resíduos ajustados estandardizados, os quais informam sobre quais as células que têm comportamento significativamente diferente do esperado. Assim, o teste do qui-quadrado para as células que violaram o pressuposto obteve-se pela soma do quadrado dos seus resíduos estandardizados. Nos casos em que não foi possível a aplicação rigorosa do teste, recorreu-se ao teste do qui-quadrado com simulação de Monte Carlo, com um nível de confiança de 99%. Nas tabelas 2x2, na impossibilidade cumprimento dos pressupostos recorreu-se ao teste de Fisher (*Fisher's Exact Test*). A consistência interna foi avaliada pelo α -Cronbach.

2. Apresentação dos Resultados

2.1. Caracterização sócio-demográfica da amostra

No presente estudo, recorremos a uma amostra de conveniência, extraída da população idosa integrante dos Lares da Santa Casa da Misericórdia de Vila Verde e de Amares.

A amostra deste estudo foi constituída por um total de 80 indivíduos de ambos os géneros, distribuídos por 55 mulheres (68.75%) e 25 homens (31.25%) que se encontravam em situação de institucionalização permanente.

Quadro 1. Caracterização sócio-demográfica da amostra (N=80)

Variáveis sócio-demográficas	Total (N=80) M (DP) [Máx. e Min.]	Homens (N=25) M (DP) [Máx. e Min.]	Mulheres (N=55) M (DP) [Máx. e Min.]
Idade	81.4 (7.85) [96-65]	78.7 (8.624) [94-65]	82.6 (7.225) [96-65]
Tempo de Institucionalização	5.7 (4.40) [22-1]	6.32 (4.692) [15-1]	5.43 (4.278) [22-0]
Número de Filhos	2.28 (2.68) [10-0]	2.36 (2.797) [10-0]	2.24 (2.652) [10-0]

Caracterização da amostra, através da utilização de medidas de tendência central para as variáveis, idade, tempo de institucionalização e número de filhos.

Em relação à distribuição das *idades*, os participantes apresentam idades compreendidas entre os 65 (idade mínima) e os 96 anos (idade máxima) inclusive, sendo a média da idade dos participantes de 81 anos ($M= 81.4$, $DP= 7.85$; $Min.= 65$ e $Max.= 96$), onde as mulheres são mais velhas que os homens, sendo 100% ($n= 80$) dos participantes de raça caucasiana. Relativamente à média de *tempo de institucionalização* dos participantes, esta foi de aproximadamente seis anos ($M= 5.7$, $DP= 4.40$; $Min.= 1$; $Max.= 22$), sendo que os homens ($M= 6.32$; $DP= 4.692$) apresentam uma média de tempo de institucionalização superior à das mulheres ($M= 5.43$; $DP= 4.278$). Observa-se que a média do número de filhos dos participantes é de dois ($M= 2.3$, $DP= 2.68$, $Min.= 0$ e $Max.= 10$), sendo a média dos sujeitos dos dois grupos similar. O quadro 1 apresenta a média, desvio-padrão, valores mínimo e máximo da idade (anos), tempo de institucionalização (anos) e número de filhos para a amostra total e em termos de género.

Quadro 2. Caracterização sócio-demográfica da amostra (cont.) (N=80)

Variáveis Sócio-Demográficas	Total		Homens		Mulheres	
	N	%	n	%	n	%
Estado Civil						
Solteiro	24	30	7	28	17	30.9
Casado	13	16.3	6	24	7	12.7
Divorciado	2	2.5	1	4	1	1.8
Viúvo	41	51.3	11	44	30	54.5
Habilitações Literárias						
Analfabeto	27	33.8	3	12	24	43.6
Sabe ler e escrever	26	32.5	8	32	18	32.7
Instrução Primária	20	25	9	36	11	20
Ensino Secundário	3	3.8	3	12	---	---
Curso Médio	4	5	2	8	2	3.6
Respeito por uma religião						
Sim	79	98.8	24	96	55	100
Não	1	1.3	1	4	---	---
Respeito por uma religião						
Sim	79	98.8	24	96	55	100
Não	1	1.3	1	4	---	---
Situação Económica						
Muito Baixa	12	15	4	16	8	14.5
Baixa	42	52.5	11	44	31	56.4
Média	23	28.8	9	36	14	25.5
Elevada	3	3.8	1	4	2	3.6
Rendimento reforma						
Até 200 euros	40	50	9	36	31	56.4
De 200 - 400 euros	20	25	7	28	13	23.6
De 401 - 600 euros	11	13.8	5	20	6	10.9
Mais de 600 euros	9	11.3	4	16	5	9.1
Presença de Doenças Crónicas						
Sim	56	70	20	80	36	65.5
Não	24	30	5	20	19	34.5
Qual a doença?						
Diabetes <i>mellitus</i>	22	27.5	7	28	15	23.5
Hipertensão arterial	10	12.5	4	16	6	10.9
Doença Cardiovascular	15	18.8	5	20	10	18.2
Doenças Reumáticas	10	12.5	5	20	5	9.1
Depressão	1	1.3	1	4	---	---
Outras patologias	18	22.5	7	28	11	20
Sem doenças	24	30	5	20	19	34.5
Avaliação subjectiva da saúde						
Boa	20	25	6	24	14	25.5
Nem boa nem má (razoável)	38	47.5	12	48	26	47.3
Má	20	25	7	28	13	23.6
Muito má	2	2.5	---	---	2	6.3

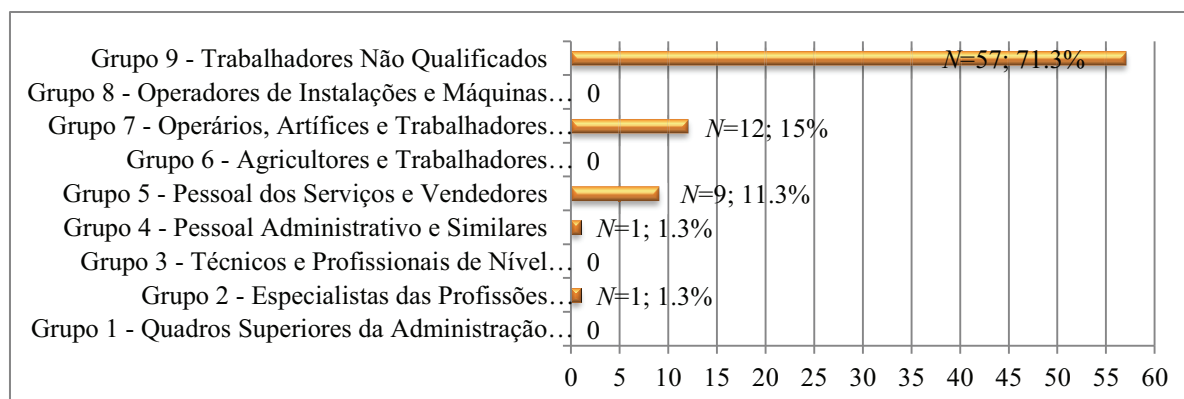
Caracterização da amostra, segundo análise de frequências para as variáveis, estado civil, habilitações literárias, respeito por uma religião, situação económica, rendimento reforma, presença de doenças crónicas, qual a doença e avaliação subjectiva da saúde.

O *estado civil* com maior prevalência é o de viuvez ($N= 41$; 51.3%) e seguidamente apresenta-se o estatuto conjugal de solteiro ($N= 24$; 30%), de casado ($N= 13$; 16.3%) e de divorciado ($N= 2$; 2.5%). De salientar que uma frequência considerável de mulheres ($N= 17$; 30.9%) encontrava-se solteira.

Quanto às *habilitações literárias*, a generalidade dos homens ($N= 9$; 36%) possui a instrução primária (actual 1º ciclo do ensino básico), enquanto a generalidade das mulheres é analfabeta ($N= 24$; 43.6%). Nos dois grupos, não deve ser desconsiderada a frequência de sujeitos que não completaram a instrução primária, mas sabem ler e escrever (homens: $N= 8$; 32%; mulheres: $N= 18$; 32.7%). Ainda nos dois grupos, a frequência do ensino secundário ou curso médio é reduzida, embora mais acentuada no grupo das mulheres, onde nenhuma frequentou o ensino secundário.

Relativamente à profissão que exerceu até ao momento da reforma, nos dois grupos predomina a agricultura (homens: $N= 10$; 40%; mulheres: $N= 28$; 50.9%). Nas mulheres também deve ser considerada a actividade doméstica ($N= 14$; 25.5%). De uma forma geral, e segundo o Instituto do Emprego e Formação Profissional (2001)¹, no que se refere à Classificação Nacional de Profissões (CNP), a maioria dos sujeitos da amostra pertence ao grupo 9 “Trabalhadores Não Qualificados”. Especificamente, a amostra foi constituída por 71% ($N= 57$) Trabalhadores não Qualificados; seguindo-se 15% ($N= 12$) de Operários, Artífices e Trabalhadores Similares. No gráfico 1 é possível visualizar as distribuições da classificação das profissões da amostra total.

Gráfico 1. Caracterização da profissão da amostra ($N=80$)



Caracterização da amostra segundo categoria profissional (Classificação Nacional de Profissões)

¹ Instituto do Emprego e Formação Profissional (2001)

Relativamente à *religião*, a totalidade da amostra é maioritariamente crente, observando-se que a totalidade das mulheres e a quase totalidade dos homens têm uma identificação com uma religião, concernente à religião católica ($N= 79$; 98.8%). Apenas um participante afirmou ter uma outra ideologia ($N= 1$; 1.3%).

A descrição da amostra ao nível da *situação económica*, indica que a situação financeira mais prevalente nos sujeitos dos dois grupos é a baixa ($N= 42$; 52.5%), ainda que mais expressivo no grupo das mulheres (mulheres: $N= 31$; 56.4%; homens: $N= 11$; 44%), seguem-se a situação económica média, muito baixa e, com valores residuais a situação elevada ($N= 3$; 3.8%).

Relativamente ao valor mensal do *rendimento de reforma* auferido, constatamos que a maior parte dos idosos tem um rendimento mensal inferior a 200 euros ($N= 40$; 50%), seguindo-se de forma ordenada, os rendimentos entre 200 e 400 euros por mês ($N= 20$; 25%), e entre 400 e 600 euros mensais ($N= 11$; 13.8%), sendo que apenas 11.3% ($N= 9$) dos idosos auferem de mais de 600 euros mensais.

Em relação à *presença de doenças crónicas*, ainda que com maior expressão relativa nos homens, a maioria dos sujeitos dos dois grupos teve resposta afirmativa ($N= 56$; 70%).

No que concerne ao *tipo de doenças*, dado muitos sujeitos terem referido a presença de mais do que uma doença, quer nos homens quer nas mulheres, as de mais elevada incidência são a diabetes *mellitus* ($N= 22$; 27.5%), outras patologias não consideradas no questionário ($N= 18$; 22.5%), as doenças cardiovasculares ($N= 15$; 18.8%) e reumáticas ($N= 10$; 12.5). De registar que uma considerável percentagem de mulheres afirmou não ter qualquer doença ($N= 19$; 34.5%).

Ao nível da *avaliação subjectiva de saúde*, a maioria dos homens e das mulheres, partilha da opção de resposta “nem boa nem má (média)” ($N= 38$; 47.5%). Dentro de cada grupo, a frequência de respostas nas opções “boa” (homens: $N= 6$ (24%); mulheres: $N= 14$ (25.5%)) e “má” (homens: $N= 7$ (28%); mulheres: $N= 13$ (23.6%)) é similar. De salientar que nenhum homem (0%) e apenas duas mulheres (3.6%) classificaram como “muito má” a sua saúde.

Fidelidade

No sentido de avaliar a consistência interna das escalas utilizadas no estudo, foi calculado o alfa de *Cronbach*, para o total de cada escala, tal como efectuado pelos autores das escalas originais. No quadro 3 é apresentado o coeficiente de consistência interna de *Cronbach* de cada escala, por géneros e no total da amostra.

Quadro 3. Resultados da Análise de Consistência Interna (Alfa de Cronbach (α)) dos instrumentos MMSE, EDG-30 e MOS-SSS (N=80)

	Homens	Mulheres	Total
MMSE	.78	.75	.78
EDG-30	.89	.89	.89
MOS-SSS	.96	.94	.96
- Apoio Emocional/ Informacional	.94	.94	.94
- Suporte Tangível	.90	.74	.85
- Interação Social Positiva	.96	.93	.94
- Suporte Afectivo	.88	.93	.92

Análise da consistência, com recurso ao coeficiente alfa de Cronbach, dos instrumentos: MMSE – Mini Exame do Estado Mental (*Mini Mental State Examination*), EDG – Escala de Depressão Geriatric (*Geriatric Depression Scale*) e MOS-SSS – Escala de Suporte Social (*Medical Outcomes Study Social Support Survey*).

Segundo Ribeiro (2008) valores de consistência interna acima de .80 são bastante bons, o que acontece na grande maioria dos nossos instrumentos, todavia valores considerados razoáveis devem situar-se acima de .60, o que ocorre na totalidade das nossas ferramentas. Desta forma, podemos concluir que a análise das propriedades psicométricas dos instrumentos por nós utilizados nesta amostra, revela uma boa fidelidade dos instrumentos, o que vai de encontro ao preconizado pelos autores das versões originais e de vários estudos confirmatórios.

2.2. Resultados

Hipótese 1: “Espera-se que na população idosa institucionalizada exista uma relação significativa e negativa entre a sintomatologia depressiva e o desempenho cognitivo, assim como, que esta relação se mantenha para os diferentes géneros”.

Pelo Quadro 4, verificamos que o resultado da correlação entre a variável sintomatologia depressiva e a variável desempenho cognitivo, em termos globais, é negativa, estatisticamente significativa e de moderada magnitude no grupo dos homens ($r = -.44$; $p < .05$) e, ainda que não estatisticamente significativa, inversa e de fraca magnitude no grupo das mulheres ($r = -.09$; $p > .05$) e no total da amostra ($r = -.17$; $p > .05$). Observa-se uma tendência para o desempenho cognitivo se correlacionar negativamente com a sintomatologia depressiva, contudo esta diferença apenas é estatisticamente significativa no grupo dos homens, o que confirma parcialmente a Hipótese 1.

Estes resultados permitem-nos afirmar que nos idosos institucionalizados observa-se uma tendência para a sintomatologia depressiva se correlacionar negativamente com o desempenho cognitivo, sendo que especificamente, os idosos do sexo masculino com sintomas de depressão tendem a evidenciar um menor desempenho cognitivo e por sua vez

maior declínio cognitivo, o que nos leva a aceitar parcialmente a primeira hipótese de investigação: verifica-se uma associação negativa entre a depressão e a performance cognitiva do idoso institucionalizado

Quadro 4. Coeficientes de correlação de *Pearson* entre a sintomatologia depressiva (EGD) e o desempenho cognitivo (MMSE) (N=80)

População total (N=80)		
Variáveis	Coefficiente Correlação <i>Pearson</i> (<i>r</i>)	Valor de <i>p</i>
EDG-MMSE	-.17	.130
EDGM-MMSEM	-.09	.522
EDGH-MMSEH	-.44*	.029

Correlação entre a variável Sintomatologia Depressiva (EGD) e a variável Desempenho Cognitivo (MMSE) para a amostra global e, para os géneros feminino e masculino; *Valor de *p* estatisticamente significativo para .05; EDG= Scores de Sintomatologia Depressiva; EDGM- Scores de Sintomatologia Depressiva mulheres; EDGH= Scores de Sintomatologia Depressiva homens; MMSE= Scores de desempenho cognitivo; MMSEM= Scores de desempenho cognitivo mulheres; MMSEH= Scores de desempenho cognitivo homens.

Hipótese 2: “*Espera-se uma relação significativa e negativa entre a sintomatologia depressiva e o suporte social percebido*”.

Pelo Quadro 5, relativamente à correlação entre a variável sintomatologia depressiva e a variável suporte social, constata-se que no grupo dos homens, mulheres e no total da amostra a correlação é de moderada magnitude ($r = -.37$). Todas as correlações são negativas, o que significa que ao aumento de uma variável corresponde a diminuição da outra. No grupo das mulheres e no total da amostra as correlações são estatisticamente significativas, indiciando que a magnitude registada possa ocorrer na população. Observa-se assim que a relação estatística entre a sintomatologia depressiva e o suporte social é inversa, de moderada intensidade e estatisticamente significativa no grupo das mulheres ($r = -.37; p < .01$), no grupo dos homens, ainda que não estatisticamente significativa, é inversa e de moderada magnitude ($r = -.37; p > .01$) e no total da amostra é inversa e de moderada magnitude, mas estatisticamente significativa ($r = -.37; p < .01$), o que confirma parcialmente a Hipótese 2. Ao relacionarmos a forma como os idosos institucionalizados perceberam o seu suporte social, com a sintomatologia depressiva (coeficiente de correlação de *Pearson*), observa-se uma tendência para o grau de sintomatologia se correlacionar negativamente com a qualidade do suporte social percebido pelos idosos. O que permite afirmar que consoante maior é o grau de percepção de suporte social dos idosos estes tendem a evidenciar menor sintomatologia depressiva, o que nos leva a aceitar a segunda hipótese: verifica-se uma

relação significativa e negativa entre a sintomatologia depressiva do idoso institucionalizado e o seu grau de suporte social percebido.

Quadro 5. Coeficientes de correlação de *Pearson* entre o suporte social (SS) e a sintomatologia depressiva (EDG) (N=80)

População total (N=80)		
Variáveis	Coefficiente Correlação <i>Pearson</i> (r)	Valor de p
SS-EDG	-.37**	.001
SSM-EDGM	-.37**	.006
SSH-EDGH	-.37	.073

Correlação entre a variável Suporte Social e a variável Sintomatologia Depressiva; Valor de *p* estatisticamente significativo para .01;SS= Scores de Suporte Social; SSM= Scores de Suporte Social mulheres; SSH= Scores de Suporte Social homens; EGD= Scores de Sintomatologia Depressiva; EGDM= Scores de Sintomatologia Depressiva mulheres; EGDH= Scores de Sintomatologia Depressiva homens.

Hipótese 3: “*Esperam-se diferenças de género nos níveis de Depressão, esperando-se que as mulheres apresentem maiores níveis de sintomatologia depressiva em relação aos homens e apurar a relação com algumas variáveis sócio-demográficas*”.

Estando perante duas variáveis categoriais, género, dividido em masculino e feminino, e sintomatologia depressiva, com três grupos: (1) ausência de depressão; (2) depressão ligeira; e (3) depressão grave, o tipo de análise estatística mais adequado para testar a presente hipótese é o teste Qui-quadrado (χ^2).

Pelo Quadro 6, entende-se que a maior parte dos idosos, de ambos os géneros, apresentam depressão ligeira ($N= 41$; 51.2%), e em relação à depressão grave ($N= 10$; 12.5%). É de grande importância referir que na amostra, o grupo de idosos do género masculino apresenta valores relativos superiores às mulheres, relativamente à presença de depressão ligeira ou grave.

Quadro 6. Frequência absoluta (n) e relativa (%) de sujeitos da amostra em cada grau de sintomatologia depressiva (N=80)

	Homens		Mulheres		Total	
	n	%	n	%	N	%
Ausência de depressão	8	32	21	38.2	29	36.3
Depressão ligeira	13	52	28	50.9	41	51.2
Depressão grave	4	16	6	10.9	10	12.5

Análise de frequências para o grau de sintomatologia depressiva para homens, mulheres e totalidade da amostra.

Pelo Quadro 7, observa-se a proximidade dos valores médios dos dois grupos, e por recurso ao teste Qui-quadrado ($\chi^2_{(2)} = .542$; $p = .763$) verificou-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre homens e mulheres quanto à sintomatologia depressiva, ainda que os homens apresentem valores mais elevados de sintomas de depressão que as mulheres, porém estes não são significativos. Assim, é-nos impossível confirmar esta hipótese. Paralelamente, sabendo que a pontuação máxima a obter seria de 30 pontos (depressão grave), os dois grupos, em termos médios, podem ser classificados com depressão ligeira (11-20 pontos), o que corrobora os dados apresentados no quadro 6.

Numa tentativa exploratória, ao avaliar as diferenças entre o género e as variáveis sócio-demográficas, de modo a procurar eventuais dados sócio-demográficos que expliquem os resultados anteriores, realizou-se novamente um teste Qui-quadrado. Verificamos que há uma diferença significativa entre os níveis de escolaridade, para ambos os géneros ($\chi^2_{(4)} = 14.114$; $p = .007$). Neste sentido, verifica-se que a comparação entre homens e mulheres, por grau de escolaridade, produziu diferenças estatisticamente significativas ($p > .05$).

Deste modo, os dados obtidos não confirmam a Hipótese 3 e, portanto, não se verificam diferenças de género nos níveis de sintomatologia depressiva, sendo que as mulheres não apresentam maiores níveis de sintomatologia depressiva em relação aos homens.

Quadro 7. Média, desvio-padrão, valores mínimo e máximo, da variável sintomatologia depressiva e por grau de escolaridade. Teste Qui-quadrado de medidas independentes na comparação entre géneros (N=80)

Variáveis	Homens (N=25) M (DP) [Máx. e Min.]	Mulheres (N=55) M (DP) [Máx. e Min.]	χ^2	Valor de p
Sintomatologia Depressiva (EDG)	13.1 (6.89) [27-2]	12.6 (6.68) [26-1]	$\chi^2 = .542$	$p = .763$
Sócio-Demográficas				
Escolaridade			$\chi^2 = 14.114^*$	$p = .007$
Analfabeto	18.7 (4.62)			
Sabe ler e escrever	11.3 (5.55)			
Instrução Primária	12.2 (7.19)			
Ensino Secundário	9.7 (7.23)			
Curso Médio	21.5 (7.78)			

** diferenças marginalmente significativas ($p < .10$)

Hipótese 4: “*Espera-se que exista uma relação significativa e positiva entre o desempenho cognitivo e o nível de escolaridade dos idosos*”.

Pelo Quadro 8, relativa à correlação entre a variável desempenho cognitivo e a variável escolaridade, verificou-se uma correlação positiva de magnitude moderada no total da

amostra ($r = .46$; $p < .01$), sendo a correlação estatisticamente significativa. Verificou-se, igualmente, uma correlação de moderada magnitude no grupo dos homens ($r = .36$; $p > .01$) e das mulheres ($r = .34$; $p < .01$). Porém, nas mulheres a correlação é estatisticamente significativa. Estes dados sugerem a confirmação parcial da Hipótese 4, sugerindo que quanto maior o nível de escolaridade dos idosos institucionalizados, maior será o seu desempenho cognitivo.

Quadro 8. Coeficientes de correlação de *Pearson* entre o desempenho cognitivo e a escolaridade (N=80)

Variáveis	Coeficiente Correlação <i>Pearson</i> (<i>r</i>)	Valor de <i>p</i>
MMSE-Escolaridade	.46**	.001
MMSEM-ESCM	.34*	.034
MMSEH-ESCH	.36	.068

2.3. Análises Exploratórias

De um modo exploratório, nas correlações entre a variável desempenho cognitivo e algumas das variáveis sócio-demográficas, observa-se que, para a globalidade da amostra, não existem correlações fortes ou muito fortes, porém verifica-se uma correlação significativa do tipo moderado entre o desempenho cognitivo e o rendimento de reforma ($r = .41$; $p < .01$) e uma correlação significativa do tipo fraco entre o desempenho cognitivo e a situação económica ($r = .27$; $p < .05$).

Quadro 9. Coeficientes de correlação de *Pearson* entre o desempenho cognitivo e algumas variáveis sócio-demográficas e clínicas (N=80)

Variáveis Sócio-demográficas	Coeficiente Correlação <i>Pearson</i> (<i>r</i>)	Valor de <i>p</i>
MMSE-Idade	-.96	.397
MMSE-Estado Civil	-.12	.308
MMSE-Situação Económica	.27*	.017
MMSE-Rendimento Reforma	.41**	.000
MMSE-Tempo de Institucionalização	.01	.985
MMSE-Avaliação Subjectiva da Saúde	.06	.521

* $p < .05$; ** $p < .01$

Correlação entre a variável desempenho cognitivo e escolaridade, bem como com as variáveis sócio-demográficas: idade, estado civil, situação económica, rendimento reforma, tempo de institucionalização e avaliação subjectiva da saúde. MMSE= Scores de desempenho cognitivo; MMSEM= Scores de desempenho cognitivo mulheres; MMSEH= Scores de desempenho cognitivo; ESC= Scores de nível de escolaridade; ESCM= Scores de nível de escolaridade mulheres; ESCH= Scores de nível de escolaridade homens; * valor de p estatisticamente significativo para .05; ** valor de p estatisticamente significativo para .01.

Realizou-se, ainda, uma análise correlacional entre a variável desempenho cognitivo e algumas das variáveis sócio-demográficas, para cada um dos géneros. Pela análise do Quadro 10 verifica-se que o desempenho cognitivo só possui uma correlação estatisticamente significativa com a variável situação económica, para o género masculino. Esta correlação ($r=.44$; $p < .05$) é do tipo positivo moderado.

Quadro 10. Coeficientes de correlação de *Pearson* entre o desempenho cognitivo e algumas variáveis sócio-demográficas e clínicas para o género masculino (N=25)

Variáveis Sócio-demográficas	Coefficiente Correlação <i>Pearson</i> (<i>r</i>)	Valor de <i>p</i>
MMSE-Idade	-.11	.60
MMSE-Estado Civil	-.13	.52
MMSE-Situação Económica	.44*	.03
MMSE-Rendimento Reforma	.37	.07
MMSE-Tempo de Institucionalização	-.12	.57
MMSE-Avaliação Subjectiva da Saúde	-.27	.19

Correlação entre a variável desempenho cognitivo com as variáveis sócio-demográficas: idade, estado civil, situação económica, rendimento reforma, tempo institucionalização e avaliação subjectiva da saúde; * valor de *p* estatisticamente significativo para .05.

Por sua vez, para o género feminino, observou-se uma correlação estatisticamente significativa entre a variável desempenho cognitivo e a variável rendimento de reforma. A correlação entre estas duas variáveis ($r= .37$; $p < .01$) é do tipo positivo moderado

Quadro 11 - Coeficientes de correlação de *Pearson* entre o desempenho cognitivo e algumas variáveis sócio-demográficas e clínicas para o género feminino (N=55)

População total (N=80)		
Variáveis Sócio-demográficas	Coefficiente Correlação <i>Pearson</i> (<i>r</i>)	Valor de <i>p</i>
MMSE-Idade	-.01	.93
MMSE-Estado Civil	-.09	.52
MMSE-Situação Económica	.18	.19
MMSE-Rendimento Reforma	.37*	.01
MMSE-Tempo de Institucionalização	.01	.97
MMSE-Avaliação Subjectiva da Saúde	.21	.12

Correlação entre a variável desempenho cognitivo com as variáveis sócio-demográficas: idade, estado civil, situação económica, rendimento reforma, tempo institucionalização e avaliação subjectiva da saúde; * valor de *p* estatisticamente significativo para .01.

3. Discussão dos resultados

Hipótese 1: “*Espera-se que na população idosa institucionalizada exista uma relação significativa e negativa entre a Sintomatologia Depressiva e o Desempenho cognitivo, assim como, que esta relação se mantenha para os diferentes géneros*”.

No nosso estudo, verificámos a existência de uma associação negativa e estatisticamente significativa entre a sintomatologia depressiva e o desempenho cognitivo, sendo que quanto maiores os níveis de sintomatologia depressiva, menor o desempenho cognitivo, isto é, maior o declínio cognitivo verificado mediante um processo de avaliação cognitiva. Em termos globais, esta relação é negativa e estatisticamente significativa e de moderada magnitude no grupo dos homens ($r=-.44$; $p<.05$), inversa e de fraca magnitude no grupo das mulheres ($r=.09$; $p>.05$) e no total da amostra ($r=-.17$; $p>.05$).

De facto, muitos estudos têm demonstrado uma associação entre sintomas depressivos e declínio cognitivo ou demência, porém, a natureza desta relação mantém-se ambígua (Paternity et al., 2002). Frequentemente, verifica-se a co-ocorrência de depressão na idade avançada e os défices cognitivos, sugerindo uma estreita relação entre ambos (Vinkers et al., 2004). Neste sentido, a depressão está claramente associada a défices cognitivos e funcionais (Blazer et al., 1991), mesmo quando os sintomas são moderados, os quais estão presentes durante o episódio depressivo e após a sua remissão (Alexopoulos et al., 2002). Apesar de muitos estudos terem apurado uma relação transversal entre depressão e demência ou sintomatologia depressiva e declínio cognitivo, a direcção desta associação é ainda desconhecida. Segundo Paternity e colaboradores (2002), através de uma investigação longitudinal, os elevados níveis de sintomatologia depressiva no momento inicial foram preditores do declínio cognitivo numa população idosa de 1.003 pessoas com bom funcionamento cognitivo no momento de recrutamento. Indivíduos com elevados níveis de sintomas depressivos no momento inicial apresentaram maior risco de ter um funcionamento cognitivo persistentemente baixo no momento do *follow-up*. Estas associações são concernentes aos idosos com sintomas depressivos persistentes e não sintomas episódicos. Estes resultados vão de encontro aos vários estudos longitudinais que enfatizam que os sintomas depressivos são preditores de declínio cognitivo (e.g., Bassuk et al., 1998).

Porém, no estudo longitudinal de Vinkers et al., (2004), o declínio cognitivo precede a depressão na velhice. Os sintomas depressivos e o comprometimento cognitivo correlacionaram-se significativamente, mostrando que co-ocorrem na velhice, porém, verificaram que o declínio cognitivo no momento inicial foi associado a um acelerado aumento de sintomas depressivos, enquanto que, os sintomas depressivos no início do estudo

não estavam relacionados com o declínio cognitivo. Assim, este estudo mostrou que o prejuízo cognitivo precedeu o surgimento de sintomas depressivos, mas não vice-versa.

Os indivíduos idosos deprimidos tendem a demonstrar mais défices cognitivos em relação aos idosos não deprimidos, e uma proporção menor de indivíduos deprimidos têm a função cognitiva prejudicada. O DCL foi proposto pela primeira vez para caracterizar um estado de cognição anormal com um alto risco de progressão para doença de Alzheimer, mas é cada vez mais utilizado na depressão para caracterizar indivíduos deprimidos com comorbilidade com transtorno cognitivo na ausência de demência (Petersen et al., 1999).

Com ou sem comprometimento cognitivo, a ocorrência de depressão na terceira idade é uma preocupação clínica porque pode constituir um factor de risco ou um sintoma precoce de demência, pois, efectivamente os idosos com depressão apresentam frequentemente sinais e sintomas indicativos de comprometimento funcional ou cognitivo. A depressão de início tardio é mais frequentemente associada com alterações cognitivas. O prejuízo cognitivo nesta fase pode ser um resultado do transtorno depressivo ou de uma condição demencial subjacente. Pelo facto dos sintomas depressivos muitas vezes coexistirem com a demência, é importante determinar a relação temporal entre os sintomas depressivos e as alterações cognitivas. Se os sintomas depressivos são anteriores ao défice cognitivo e os sintomas cognitivos são leves e temporários, a depressão é a provável etiologia do defeito cognitivo. Se as mudanças cognitivas aparecem antes da depressão e os sintomas persistem após a depressão ser tratada com sucesso, uma demência subjacente é o mais provável (Wilkins, Mathews & Sheline, 2009).

Hipótese 2: *“Espera-se uma relação significativa e negativa entre a Sintomatologia Depressiva e o Suporte Social percebido”.*

No que concerne a esta hipótese, o nosso estudo indica a existência de uma relação estatisticamente significativa entre o suporte social e a depressão, pelo que o grau de depressão é menor para os indivíduos que se sentem apoiados e amados, que se sentem estimados e valorizados e que se encontram envolvidos numa rede de comunicação e de obrigações mútuas Cobb (1976, cit. in Pais-Ribeiro & Ponte, 2009). Observou-se que a relação estatística entre a sintomatologia depressiva e o suporte social é inversa, de moderada intensidade e estatisticamente significativa no grupo das mulheres, no grupo dos homens é inversa e de fraca magnitude e no total da amostra é também inversa e de fraca magnitude, mas estatisticamente significativa. De facto, estudos similares (Sarason, Sarason, Earl, Potter & Antini, 1985; Segrin, 2006, cit. in Tavares e Claudino, 20010) têm demonstrado um efeito

protector do suporte social relativamente aos efeitos dos stressores, especificamente no desenvolvimento de depressão, o que vai ao encontro, também, dos resultados do nosso estudo. Uma das hipóteses explicativas para esta associação é que sendo que na velhice subsiste um acentuar de perdas e estas são visualizadas pelos idosos como algo fatídico, quase sempre surgem acompanhadas por sentimentos de desespero e ansiedade. Neste sentido, as relações sociais nesta fase etária são filtradas e vividas mais intensamente, devido a um acumular de factores emocionais, psicológicos, físicos e cognitivos (Aldwin, Spiro & Park, 2006). O facto da relação entre estas duas variáveis ser apenas significativa no grupo das mulheres, pode ser explicada com base em estudos que demonstram a diferença entre homens e mulheres relativamente ao suporte social. Os homens dão mais importância à socialização, ao passo que a mulher valoriza mais a intimidade e a confiança nas relações de amizade, recebendo destas relações um maior suporte do que os homens (Ornelas, 1994, cit. in Rodrigues, 2008).

A generalidade dos idosos, mas especialmente aqueles que se encontram institucionalizados, experienciam uma miríade de prejuízos sociais e um substancial comprometimento das suas redes de apoio social. Tais rupturas das redes de apoio social podem afectar negativamente o seu bem-estar físico, cognitivo e mental. Deste modo, baixos níveis de suporte social estão relacionados com implicações para a sua condição de saúde em geral, especificamente, com implicações negativas na saúde física, e maior risco de mortalidade (Ornelas, 1996). Além disso, a qualidade das redes de apoio social têm efeitos profundos sobre as variáveis de saúde mental, na medida em que, pobres suportes sociais e emocionais estão associados a um aumento da probabilidade de desenvolvimento de depressão (Winningham & Pike, 2007).

O isolamento social apresenta-se como um factor de risco para o suicídio para o indivíduo idoso. De tal modo que alguns factores como a reforma, baixo suporte social, viuvez, abuso de álcool, e sintomas de depressão influenciam o comportamento suicida nos idosos. Concretamente, entre 60 a 80% dos casos de suicídio estão relacionados com depressão (Marques & Ramalheira, 2006). Existem estudos) que demonstram que entre os idosos solitários (viúvos e separados), existe a ocorrência maior de depressão.

Neste sentido, várias pesquisas têm demonstrado que as relações sociais são capazes de moderar o *stress* em pessoas que experienciam problemas de saúde, a morte do cônjuge ou mesmo crises financeiras. Os efeitos positivos do suporte social estão associados com a utilidade de diferentes tipos de suporte fornecidos pela família (emocional ou funcional). Especificamente sob a presença de suportes sociais é esperado que pessoas idosas sintam-se

amadas, sintam-se seguras para lidar com problemas de saúde e tenham elevada auto-estima (Ramos, 2002). Os contactos sociais, mesmo aqueles não íntimos, são capazes de mobilizar componentes de natureza interna, por vezes surpreendentes, o suficiente para transformar significativamente a percepção dos outros e de si próprio (Oliveira, 2000).

Hipótese 3: “*Esperam-se diferenças de género nos níveis de Depressão, esperando-se que as mulheres apresentem maiores níveis de Sintomatologia Depressiva em relação aos homens*”.

Verificou-se a inexistência de diferenças estatisticamente significativas entre os géneros, apesar do facto de que o grupo de idosos do sexo masculino apresentou valores absolutos superiores às mulheres relativamente à presença de depressão ligeira ou grave, facto que pode estar relacionado com o *n* reduzido de sujeitos do sexo masculino, em relação ao *n* de sujeitos femininos. De facto, nos últimos anos, verificou-se um aumento significativo de investigações que abordam o processo de envelhecimento e suas repercussões na saúde do idoso, comprovando a relevância e o movimento crescente de consciencialização sobre a necessidade de um maior conhecimento das especificidades do idoso, nos aspectos biológico, social, cultural e económico para diminuir os preconceitos que isolam e excluem estes indivíduos na sociedade (Barlow & Durand, 2003).

Numa revisão sistemática de literatura sobre estudos epidemiológicos da depressão geriátrica realizados em quatro países diferentes (Reino Unido, EUA, Finlândia e Japão) e envolvendo mais de quinze mil idosos, Blazer (2002) estimou uma prevalência de cerca de 15% para sintomatologia depressiva e de 3% para diagnóstico de episódio depressivo, *minor* ou *major*. Browley (1990) também refere que a prevalência de perturbações depressivas nos idosos se encontra entre 13 e 23%. A depressão *major* e *minor* são relatadas por Kurlowicz (1999) em 13% dos idosos que residem na comunidade e em 43% de idosos institucionalizados. Num estudo comparativo sobre a prevalência de sintomas depressivos em idosos hospitalizados, institucionalizados e residentes na comunidade, realizado pelo Departamento de Medicina da Universidade Estadual de Maringá, constatou que idosos institucionalizados apresentaram os níveis mais elevados (60%), condizentes com depressão grave e muito grave, em relação aos idosos hospitalizados, e aos idosos residentes na comunidade, onde foi verificada a menor prevalência (23.3%).

A prevalência de depressão na nossa amostra foi bastante elevada (63.7%) apresentando valores aproximados dos encontrados em outros estudos com idosos institucionalizados. Relativamente à prevalência por géneros, Browley (1990) refere ser mais prevalente no sexo feminino. No Relatório Mundial de Saúde da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2002),

dedicado à Saúde Mental, foi revelado que no ano de 2000 se estimava que a prevalência pontual dos episódios depressivos unipolares se situava em 1.9% no sexo masculino e em 3.2% no feminino, e que 5.8% dos homens e 9.5% das mulheres passariam por um episódio depressivo num período de 12 meses. De facto, a depressão tem sido avaliada em estudos epidemiológicos realizados em diferentes nações, culturas e etnias, como sendo aproximadamente duas vezes mais prevalente em mulheres que em homens, porém esta preponderância levanta ressalvas quanto à generalização dessas constatações. As diferenças determinadas pelo género não estão possivelmente presentes em algumas sub-populações, como por exemplo, nos afro-americanos e também existem controvérsias entre diferentes estudos para a depressão major quanto à questão de se verificarem variações nas diferenças de prevalência entre sexos masculino e feminino, conforme as faixas etárias consideradas, encontrando-se na literatura informações que tais diferenças existem apenas entre a puberdade e a quinta década de vida, pois a grande diferença entre homens e mulheres verifica-se na idade adulta, com uma ligeira diminuição na velhice (Noble, 2005, cit. in Justo & Calil, 2006) facto que vai de encontro aos resultados do nosso estudo. É também referido que na idade mais tardia, o rácio chega a ser perto de 50-50 (Harvard Medical School, 2003, cit.in Vaz, 2009).

Deste modo, os resultados obtidos no nosso estudo vão de encontro aos dados obtidos alguns estudos, uma vez que não se apuraram diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos de idosos, sendo que as mulheres não apresentaram maiores níveis de sintomatologia depressiva em relação aos homens.

Hipótese 4: *“Espera-se que exista uma relação significativa e positiva entre o desempenho cognitivo e o nível de escolaridade dos idosos”.*

Várias investigações epidemiológicas têm reconhecido vários factores significativamente relacionados com o risco de desenvolver demências. Entre eles, o nível educacional, as actividades profissionais e as actividades de lazer têm vindo a ser referidos, em vários estudos, como factores associados a um risco acrescido de demência (Brucki & Nitrini, 2010). O factor de risco mais investigado apontado como um factor associado com o declínio cognitivo e a demência é o nível educacional. No nosso estudo, verificamos uma associação estatisticamente significativa entre a escolaridade e o desempenho cognitivo, e, segundo vários estudos similares, níveis mais baixos de escolaridade encontram-se associados a um maior risco de declínio cognitivo (e.g., Machado et al., 2007) e de demência. A importância do conhecimento sobre o papel da escolaridade no funcionamento cerebral está relacionada a

um considerável número de pesquisas que trazem evidências comportamentais e de neuroimagem da influência da escolaridade sobre o desempenho e tarefas neuropsicológicas, na organização cerebral e como um factor protector para patologias neurológicas (Parente et al., 2009).

A maioria dos testes cognitivos é influenciada pelo nível de escolaridade e é, portanto, corrigida conforme o número de anos de estudo. Neste sentido, a escolaridade é um dos factores mais consistentemente descritos como associados ao desempenho no MMSE.

Os resultados deste trabalho são consistentes com estas investigações, uma vez que foi encontrada uma associação entre baixa escolaridade e pontuações mais baixas do MMSE. Este estudo também acrescenta algo em relação aos trabalhos anteriores por mostrar que, mesmo numa população na qual predominam níveis muito baixos de escolaridade, a influência da escolaridade na pontuação do MMSE está presente. Uma das explicações possíveis para esta associação é que a escolaridade poder funcionar como um factor protector da demência, uma vez que o nível educacional pode facilitar a aquisição de redes sociais positivas, assim como competências psicológicas e recursos económicos (Ribeiro, 2011). Autores como Brucki e Nitrini (2010) propuseram que a escolaridade pode ser vista como uma variável que engloba experiências ambientais com efeitos na cognição e influência no desempenho dos indivíduos. Os autores afirmam que estas diferenças apresentam efeitos na estrutura cerebral, produzindo um aumento no número de sinapses ou na vascularização cerebral. Assim, o aumento da escolaridade pode estar associado a mudanças nas conexões cerebrais bem importantes e que devem cada vez mais ser exploradas (Parente et al., 2009).

A escolaridade e a idade são variáveis de muita influência na pontuação do MMSE. Apesar de no nosso estudo se ter apurado uma relação negativa entre idade e desempenho cognitivo, esta relação não foi estatisticamente significativa. Porém, alguns estudos demonstraram que, mesmo em indivíduos que não apresentavam evidências de declínio cognitivo, quanto menor a escolaridade e maior a idade, menor é a pontuação obtida no MMSE. As pesquisas mostram também que pessoas de baixo nível educacional e sócio-económico apresentam o cérebro mais susceptível à influência de riscos ambientais, como nutrição inadequada, escassa estimulação neuro-psicomotora, maior exposição a condições precárias de vida, factores estes que prejudicariam o seu desenvolvimento, reflectindo-se na vida adulta numa menor performance cognitiva (Bertolucci, Brucki, Campacci & Juliano, 1994). Dada a pertinência da exploração dos factores sócio-demográficos que mais influenciam o desempenho cognitivo, numa análise exploratória pretendeu-se apurar a relação entre o desempenho cognitivo dos idosos institucionalizados e algumas variáveis sócio-

demográficas. Como tal, apurou-se que as variáveis rendimento reforma e situação económica apresentaram uma relação positiva e estatisticamente significativa com o desempenho cognitivo no total da amostra, e em ambos os géneros, o que vai de encontro aos estudos encontrados na literatura. Segundo Stern (2009, cit. in Parente, Scherer, Zimmermann & Fonseca, 2009) destacando-se o nível sócio-económico, a escolaridade, e as experiências pessoais, como as variáveis que mais influenciam exercem no funcionamento cognitivo dos indivíduos. Neste sentido, também na nossa investigação, a variável sócio-demográfica com maior magnitude de correlação e com significância estatística em relação à variável desempenho cognitivo, a par da escolaridade, foi o rendimento reforma, o que nos sugere que quanto maior é o estatuto económico do sujeito, maior é o seu desempenho cognitivo. Por outro lado, especificamente no nosso estudo, verificou-se que quanto menor o rendimento reforma auferido pelo idoso, menor o seu desempenho cognitivo verificado no teste de rastreio do MMSE.

4. Conclusões e Implicações para o Futuro

4.1 Conclusão

Os resultados obtidos permitem concluir que mais de metade da amostra é constituída por idosos do sexo feminino, o que não só vai de encontro ao padrão geral de institucionalização como vai de encontro ao padrão geral do envelhecimento, relatado na maioria dos estudos.

Verificou-se uma elevada prevalência de depressão na amostra de idosos institucionalizados do nosso estudo, sendo estes resultados confirmados por outros estudos que estimaram uma incidência de depressão bastante superior entre os idosos em situação de institucionalização (Marques & Ramalheira, 2006), indicando especificamente que 80% das pessoas institucionalizadas manifestam perturbações psiquiátricas, sendo um quinto relativo a sintomatologia depressiva (Jones & Beck-Little, cit. in Ávila, 2008). Outros estudos correlacionam a prevalência de depressão entre idosos institucionalizados com factores como o estado de saúde geral, o tempo de institucionalização e o nível de inteligência. Relativamente a ambos os géneros, em termos médios, os dois grupos apresentaram depressão ligeira, não se verificando, porém, diferenças estatisticamente significativas entre os géneros. Porém em termos de valores relativos, os homens apresentam maiores níveis de depressão em relação às mulheres, resultado este que não vai de encontro à maioria dos estudos.

Os dados permitem concluir que a sintomatologia depressiva se encontra associada a um menor desempenho cognitivo e por sua vez a um maior declínio cognitivo e a um reduzido suporte social. Is to é, como esperado, o desempenho cognitivo correlacionou-se inversamente

com a depressão. Os participantes institucionalizados que apresentaram níveis mais elevados de sintomatologia depressiva, conseqüentemente, obtiveram menores pontuações na prova de avaliação cognitiva. O nível de escolaridade e o rendimento reforma também se correlacionaram positivamente com o desempenho cognitivo, no sentido em que quanto maior o grau de escolaridade e o rendimento reforma auferido, melhor o desempenho cognitivo do idoso, isto é, quanto maior o nível de escolaridade e a situação económica dos idosos, menor o declínio cognitivo evidenciado. Um maior nível de escolaridade indicia níveis elevados de actividade cognitiva, sendo que fortalece as conectividades cerebrais, por exemplo, aumentando a densidade sináptica no neocórtex. Assim a educação aumenta a reserva cognitiva constituindo uma protecção neuronal que poderá atrasar a expressão cognitiva e funcional de doenças neurodegenerativas, diminuindo, assim, a probabilidade do aparecimento de demências. Neste âmbito, o estudo da relação entre o desempenho cognitivo e variáveis sócio-demográficas como a escolaridade, as actividades profissionais, juntamente com a influência de outras variáveis como a idade e o género, poderá ajudar a determinar as fontes e a natureza do actual desempenho cognitivo em idosos, o que, de certo modo, poderá ser, também, a componente fundamental da capacidade de reserva cognitiva.

Também a compreensão das relações entre sintomatologia depressiva e o processo de institucionalização deve ser investigado, pois no nosso estudo, não foi possível determinar se o processo de institucionalização desencadeia por si só a depressão, ou se se verifica um grande número de idosos institucionalizados deprimidos devido à qualidade do suporte social.

A mesma relação pode ser considerada quando se pensa em declínio cognitivo e institucionalização. Uma forma possível de responder a estas questões seria por meio da sistematização dos instrumentos de triagem cognitiva e a avaliação dos sintomas depressivos e das funções cognitivas no momento da institucionalização do idoso. A utilização de procedimentos padronizados de avaliação permite-nos não só monitorar os correntes estados mentais dos idosos institucionalizados, mas também permite a realização de reavaliações periódicas. Além desta limitação metodológica, os resultados apontam a necessidade de estimulação cognitiva nos indivíduos institucionalizados, uma vez que um bom funcionamento cognitivo é um dos factores cruciais para manter a saúde e a qualidade de vida mental dos idosos (Plati, et al., 2005).

4.2. Limitações e Implicações para o Futuro

A leitura do trabalho apresentado deve ter em conta as suas limitações. Neste sentido, passamos de seguida a descrevê-las. Destaca-se em primeiro lugar o reduzido *N* da amostra e,

o facto da distribuição de género não ser homogénea, uma vez que existiu um número reduzido de sujeitos de cada grupo (homens e mulheres) em relação às variáveis analisadas, sendo que o n de mulheres ($n=55$) é bastante superior ao n de homens ($n=25$), pelo que uma amostra com um n maior seria mais representativa da população em estudo. Em segundo lugar, sendo o nosso estudo de carácter transversal, não nos permitiu avaliar longitudinalmente o impacto da institucionalização, bem como, a influência das variáveis em estudo.

É importante referir que os testes aplicados são de rastreio e não de diagnóstico. Convém ressaltar que apenas a aplicação dos instrumentos de avaliação MMSE e a EDG é suficiente para diagnosticar a presença de declínio cognitivo ou de diagnosticar um quadro depressivo no idoso, respectivamente. Uma vez detectado o declínio da cognição ou os sintomas de depressão, os pacientes deverão ser avaliados mais profundamente por exames clínicos, laboratoriais ou de imagem, conforme o caso. É importante destacar a necessidade de sempre se realizar uma bateria de testes e não apenas um teste isoladamente e, portanto, ressaltar que todos os testes são importantes.

Neste sentido, reconhecemos como limitações no estudo, particularmente o número de indivíduos estudados e não aprofundamento na propedêutica diagnóstica das alterações encontradas. Estas observações são importantes sugerindo-nos propor mais estudos e com maior número de idosos para comprovar os nossos resultados.

Os resultados obtidos permitem concluir que os idosos em situação de institucionalização encontram-se em risco para o desenvolvimento de sintomatologia depressiva, declínio cognitivo, apresentando uma reduzida rede de suporte social. Assim, a inclusão dos psicólogos da saúde nas instituições constituirá uma mais valia para o apoio psicológico destes indivíduos, para a implementação de programas de estimulação cognitiva e promoção do suporte social do idoso, como forma de reduzir os níveis de depressão tão prevalentes nesta população institucionalizada.

Referências Bibliográficas

- Andrade, F.M.M. (2009). *O cuidado informal à pessoa idosa dependente em contexto domiciliário: necessidades educativas do cuidador principal*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade do Minho, Braga.
- Alexopoulos, G.S.S, Young, R.C., & Schindlerdecker, R.D. (2002). Brain computer tomography findings in geriatric depression and primary degenerative dementia. *Biology Psychiatry*, 31, 591-599.
- Aldwin, C.M., Spiro, A., & Park, C.L. (2006). *Health, behavior, and optimal aging: A Lifespan developmental perspective*. In: Handbook of the Psychology of Aging, 6^a ed.), J.Birren & K.W. Schaie (Eds.), San Diego: Academic Press (pp. 85-104).
- Almeida, L., & Freire, T. (2003). *Metodologia de Investigação em Psicologia (2^a ed.)*. Braga: Psiquilíbrios.
- Almeida, A.J.P.S (2008). *A Pessoa Idosa Institucionalizada em Lares: Aspectos e contextos da qualidade de vida*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto.
- American Psychiatric Association (2006). *DSM-IV-TR: Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais (4^a ed.)*. Lisboa: Climepsi.
- Ávila, R. (2008). *Correlação entre memória e volume de estruturas cerebrais em idosos deprimidos: um estudo de morfometria baseada no voxel*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil.
- Argimon, I., & Stein, L. (2005). Habilidades cognitivas em indivíduos muito idosos: um estudo longitudinal. *Cadernos de Saúde Pública*, 21 (1), 64-71.
- Baltes, M., Wahl, H., & Reichert, M. (1991). Successful aging in long-term care institutions. *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*, 11.
- Barlow, D. H., & Durand, V. M. (2003). *Psicopatologia*. (3^aed.). Madrid: Thomson Editores.
- Barreto, J., Leuschner, A., Santos, F., & Sobral, M. (2003). *Escala de depressão geriátrica: Tradução portuguesa da Geriatric Depression Scale, de Yesavage, et al*. Lisboa: Grupo de Estudos de Envelhecimento Cerebral e Demências.
- Barreto, J. (2006). Tratamento actual da depressão. In H. Firmino (Ed.) *Psicogeriatrics*, (pp.245-258), Coimbra: Almedina.
- Barrón, A. (1996). *Apoyo social. Aspectos teóricos y aplicaciones*. Madrid: Siglo Veintiuno.
- Bassuk, S., S., Berkman, L., F. & Wypij (1998). Depressive Symptomatology and Incident Cognitive Decline in an Elderly Community Sample. *Archives General Psychiatry*, 55, 1073-1081.

- Bertolucci, P.H.F., Brucki, S.M.D., Campacci, S.R & Juliano, Y. (1994). O Mini-Exame do Estado Mental: Impacto da escolaridade. *Arquivos Neuro-Psiquiatria*, 52, 1-7.
- Blazer, D. (2003). Depression in later life: review and commentary. *Journal of Gerontology Medical Sciences*, 58 (3), 249-265.
- Brucki, S., M., D. & Nitrini, R. (2010). Mini.Mental State Examination among lower educational levels and illiterates: Transcultural evaluation. *Dement Neuropsychology*, 4 (2), 120-125.
- Bowling, A. (1991). Social support and social networks: their relationship to the successful and unsuccessful survival of elderly people in the community. *Family Practice*, 88, 68-83.
- Bruno, R., Nunes, L.R., & Peixoto, R.C. (2007). Análise da depressão em idosos institucionalizados – Lar Ozanan. *Revista da Faminas – Muriaé*, Disponível em: <http://www.faminas.edu.br>.
- Caballo, V.E., Salazar, I.C., & Carrobbles, J.A. (2011). Manual de psicopatologia e transtornos psicológicos. Madrid: Pirâmide.
- Carvalho, V.F.C., & Fernandez, M.E.D. (2002). *Depressão no idoso*. In: Papaléo Netto (Ed.) *Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada*. São Paulo: Atheneu.
- Cavanaugh, J. (1999). Theories of Aging in the Biological, Behavioral and Social Sciences. In, J. Cavanaugh & S. Whitbourne, (Eds.) *Gerontology: An interdisciplinary Perspective*, (pp.1-32), New York: Oxford University Press.
- Chertkow, H., Massoud, F., Nasreddine, Z., Belleville, S., Joanette, Y., Bocti, C., Drolet, V., Kirk, J., Freedman, M., & Bergman, H. (2008). Diagnosis and treatment of dementia: mild cognitive impairment and cognitive impairment without dementia. *Canadian Medical Association Journal*, 178, (10), 1273-1285.
- Davim, R.M.B., Torres, G.V., Dantas, S.M.M., & Lima, V.M. (2004). Estudo com idosos de instituições asilares no município de Natal: características sócio-económicas e de saúde. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 12 (3), 518-524.
- Direcção Geral da Saúde (2004). *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*. Lisboa: DGS. Disponível em: <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/>.
- Dufouil, C., Fuhrer, R., Dartigues, J., F., & Alperovitch (1996). Longitudinal Analysis of the Association between Depressive Symptomatology and Cognitive Deterioration. *American Journal of Epidemiology*, 144 (7), 634-641.
- Fachado, A.A., Martinez, A.M., Villalva, C.M., & Pereira, M.G. (2007). Adaptação cultural e validação da versão portuguesa: Questionário Medical Outcomes Study Social Support Survey (MOS-SSS). *Acta Médica Portuguesa*, 20, 525-533.

- Ferreira, C.A.N.F.F. (2009). *Envelhecimento e Lazer: um caminho para a qualidade de vida*. Dissertação de Mestrado. Universidade de Coimbra.
- Fernandes, P. (2000). A Depressão no Idoso: Estudo da relação entre factores pessoais e situacionais e manifestações da depressão. Coimbra: Quarteto.
- Folstein, M. F., 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, 189-198
- Fonseca, A., M. (2004). *Uma abordagem psicológica da “passagem à reforma” – desenvolvimento, envelhecimento, transição e adaptação*. Tese de Doutoramento, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto.
- Fonseca, A.M. (2004). *Desenvolvimento Humano e Envelhecimento*. Lisboa: Climepsi.
- Fonseca, A., M. (2006). *O envelhecimento: uma abordagem psicológica* (2ª ed.). Lisboa: Universidade Católica Editora.
- Fontaine, R. (2000). *Psicologia do Envelhecimento*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Fortes, L., H., S., D., & Rabelo, D., F. (2010). Factores associados ao declínio cognitivo de idosos residentes na comunidade de Patos de Minas Gerais. *Revista do Núcleo Interdisciplinar de Pesquisa e Extensão do UNICAMP*, 7 (1), 53-62.
- Fortin, M., F. (1999). *O Processo de Investigação, da concepção à prática*. Lisboa: Lusociência Edições Técnicas e Científicas.
- Giddens, A. (2004). *Sociologia* (4ª ed.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Gonçalves, C. (2003). As pessoas idosas nas famílias institucionais segundo os Censos. *Revista de Estudos Demográficos*, 34, 41-59.
- Gonçalves, D.A.C.S. (2006). *Estimulação e promoção de memórias autobiográficas específicas como metodologia de diminuição de sintomatologia depressiva em pessoas idosas*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Educação e Psicologia, Universidade do Minho, Braga
- Guerreiro, I. (1996). *Contributo da Neuropsicologia para o estudo das Demências*. Tese de Doutoramento, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Guerreiro, M., Silva, A. P., Botelho, M. A., Leitão, O., Castro-Caldas, A., & Garcia, C., (1994). Adaptação à população portuguesa da tradução do “Mini Mental State Examination” (MMSE). *Revista Portuguesa de Neurologia*, 1, 9-10
- Horton, T.V., & Wallander, J.L. (2001). Hope and Social Support as Resilience Factors Against Psychological Distress of Mothers Who Care for Children With Chronic Physical Conditions. *Rehabilitation Psychology*, 46 (4), 382-399.

- Instituto do Emprego e Formação Profissional (2001). *Classificação Nacional de Profissões. Direcção de Serviços de Avaliação e Certificação*. Lisboa: Núcleo de Informação e Documentação.
- Instituto Nacional de Estatística (2002). *O envelhecimento em Portugal: situação demográfica e sócio-económica recente das pessoas idosas*. *Revista de Estudos Demográficos*, 32, 185-208.
- Instituto Nacional de Estatística (2005). *Destaque – Indicadores Sociais 2004*. Lisboa: INE.
- Instituto Nacional de Estatística (2010). A situação demográfica em Portugal. *Revista de Estudos Demográficos*. Nº 48. Lisboa: INE.
- Ismail, Z., & Shulman, K.I. (2006). Avaliação cognitiva breve para a demência. In H. Firmino, L. Pinto, A. Leuschener, & J. Barreto (Eds.). *Psicogeriatría* (pp. 513-530). Coimbra: Psiquiatria Clínica.
- Jacob, L. (2002). *Serviços para idosos* [On-line]. Disponível: <http://www.socialgest.pt>.
- Jongenelis, K., Pot, A.M., Eisses, A.M.H., Beekman, A.T.F, Kluiter, H., & Ribbe, M.W. (2004). Prevalence and risk indicators of depression in elderly nursing home patients: the aged study. *Journal Affective Disorders*, 83, 135-142.
- Junior, A., S., H., Silva, R., A., & Bastos, O. (2009). Idosos Institucionalizados: Relação de estados depressivos com sintomas físicos e cognitivos. *Neurobiologia*, 72 (3), 19-30.
- Justo, L. P. & Calil, H. M. (2006). Depressão: o mesmo acometimento para homens e mulheres?. *Revista psiquiatria indivíduo*, 33(2), 74-79.
- Kinsella, K., & Velkoff, V.A. (2001). *Aging World*. Washington: U.S. Census Bureau.
- Lee, J., S., Potter, G.G., Wagner, H., R., Welsh-Bohmer, K.A., & Steffens, D.C. (2007). Persistent mild cognitive impairment in geriatric depression. *International Psychogeriatrics*, 19, 125-135.
- Lin, N. (1986). Conceptualizing social support. In N. Lin, A. Dean, & W. Ensel (Eds.), *Social support, life events and depression* (pp. 17-18). London: Academic Press.
- Lopez, O., L., Kuller, L., H., Becker, J., T., Dulberg, C., Sweet, R., A., Gach, M., DeKosky, S., T. (2007). Incidence of mild cognitive impairment in the cardiovascular health study cognition study. *Archives of Neurology*, 64, 416-420.
- McDougall, F.A., Matthews, F.E., Kvall, K., Dewey, M.E., & Brayne, C. (2007). Prevalence and symptomatology of depression in older people living in institutions in England and Wales. *Age and Ageing*, 36, 562-568.

- Machado, J., C., Ribeiro, R., C., L., Leal., P., F., G. & Cotta, R., M., M. (2007). Avaliação do declínio cognitivo e a sua relação com características sócio-económicas dos idosos em Viçosa-Minas Gerais. *Revista Brasileira Epidemiológica*, 10 (4), 596-605.
- Marinho, P.E.M., Melo, K.P.B, Apolinário, A.D, Bezerra, E., Freitas, Diógenes, M., Guerra, R.O., & Andrade (2009). Undertreatment of depressive symptomatology in the elderly living in long stay institutions (LSIs) and in the community in Brazil. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 50, 151-155.
- Marques, L. & Ramalheira, C. (2006). Os idosos e o suicídio. In H. Firmino (Ed.) *Psicogeriatría*, (pp.233-244), Coimbra: Almedina.
- Martins, R., M., L. (2005). A relevância do apoio social na velhice. *Millenium: Revista do Instituto Superior Politécnico de Viseu*, 31, 128-134
- Magalhães, C., C. (2007). *Defeito Cognitivo Ligeiro entidade de risco para doença de Alzheimer: Estudo Integrado de variáveis de Prognóstico*. Projecto de Engenharia Biomédica, Faculdade de Ciências e Tecnologia, Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Matos, A., P., & Ferreira, A. (2000). Desenvolvimento da escala de apoio social: alguns dados sobre a sua fiabilidade. *Psiquiatria Clínica*, 21 (3), 243-253.
- McDowell I., & Newell, C. (1996). *Measuring health: A guide to rating scales and questionnaires*. (2ªed.). New York: Oxford University Press.
- Monteiro, I., M., S. (2009). *O contributo das experiências familiares, vinculação e apoio social para a depressão no adulto*. Tese de Doutoramento, Instituto de psicologia, Universidade do Minho, Braga.
- Muangpaisan W., Intalapaporn S., & Assantachai P. (2008). Neuropsychiatric symptoms in the community-based patients with mild cognitive impairment and the influence of demographic factors. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 23(7), 699-703.
- Neils, J., Baris, J., M., Carter, C., Dell'aira, A., L., Nordloh, S., J., Weiler, E. & Weisiger, B. (1995). Effects of age, education, and living environment on Boston Naming Test performance. *Journal of Speech and Hearing Research*, 38 (5), 1143-1149.
- Neto, J., G., Temelini M., G., & Forlenza, O., V. (2005). Diagnóstico diferencial das demências. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 32 (3), 119-130.
- Nunes, B. (2005). A demência em números. In Castro-Caldas A. & Mendonça, A. (Eds.), *A Doença de Alzheimer e Outras Demências em Portugal*. Lisboa: Lidel.
- Oliveira, R.A. (2000). Elementos psicoterapêuticos na reabilitação dos sujeitos com capacidades físicas adquiridas. *Análise Psicológica*, 4 (18), 437-453.

- Oliveira, S.M.H., Freire, S.C., E Giaretta (2009). Análise da depressão em idosas institucionalizadas. IX *Encontro Latino Americano de Pós-Graduação*, Universidade do Vale do Paraíba.
- Oliveira, S., F., D., Duarte, Y.A.O., Lebrão, M.L., & Laurentii, R. (2007). Demanda referida e auxílio recebido por idosos com declínio cognitivo no município de São Paulo. *Saúde e Sociedade*, 16 (1), 81-89.
- Oliveira, A., T., M. (2008). *Estudo de caso de um indivíduo idoso demenciado*. Tese de Mestrado, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Fernando Pessoa, Porto.
- Organização Mundial de Saúde - OMS (2002). *Relatório Mundial de saúde 2001 – Saúde mental: nova concepção, nova esperança*. Lisboa: Direcção Geral da Saúde.
- Ornelas, J. (1996). Suporte Social e doença mental. *Análise Psicológica*, 2-3 (14), 262-268.
- Pais-Ribeiro, J.L. (1999). Escala de satisfação com o suporte social (ESSS). *Análise Psicológica*, 17 (3), 547-558.
- Pais-Ribeiro, J.L., & Ponte, A.C.S. (2009). Propriedades métricas da versão portuguesa da escala de suporte social do MOS (MOS social support survey). *Psicologia, Saúde e Doenças*, 10 (2), 163-174.
- Papalia, D.E., & Olds, S.W. (2000). *Desenvolvimento Humano* (7ª ed.). São Paulo: Artmed.
- Parente, M.A.M., Scherer, L.C., Zimmermann, N., & Fonseca, R.P. (2009). Evidências do papel da escolaridade na organização cerebral. *Revista Neuropsicologia Latinoamericana*, 1, 72-80-
- Parmelle, P.A., Kleban, M.H., Lawton, M.P., Katz, I.R. (1991). Depression and cognitive change among institutionalized aged. *Psychology and Aging*, 6(4), 504-11.
- Paternity, S., Verdier-Taillefer, M., H., Dufouil, C., & Alperovitch, A. (2002). Depressive Symptoms and cognitive decline in elderly people. *British Journal of Psychiatry*, 181, 406-410.
- Paúl, C. (1997). *Envelhecimento activo e redes de suporte social*. Porto: ICBAS-UP.
- Paúl, C., & Fonseca, A., M. (2001). *Psicossociologia da saúde*. Lisboa: Climepsi.
- Paúl, C. (2005). A construção de um modelo de envelhecimento humano. In C. Paúl & A. Fonseca (Eds.), *Envelhecer em Portugal*, (pp. 21-41). Lisboa. Climepsi.
- Pereira, S. M. (2005). *Programa melhoria da qualidade de vida dos idosos Institucionalizados*. Disponível em <http://www.ufmg.br/>.
- Pestana, L.C., & Gaspar, L.T. (2006). In H. Firmino (Ed.) *Psicogeriatría*, (pp.259-266), Coimbra: Almedina.

- Pestana, M.H., & Gageiro, J.N. (2005). *Análise de Dados para Ciências Sociais – a Complementaridade do SPSS (4ªed.)*. Lisboa: Sílabo.
- Petersen, R.C., Smith, G.E., Waring, S.C., Ivnik, R.J., Tangalos, E.G., Kokmen, E. (1999). Mild Cognitive Impairment: clinical characterization and outcome. *Archives Neurology*, 56, 303-308.
- Pimentel, L., M., G. (2001). *O lugar do idoso na família: contextos e trajetórias*. Coimbra: Quarteto.
- Pinto, A.M. (2001). *Envelhecer vivendo*. Coimbra: Quarteto.
- Plati, M., C., F., Covre, P., Lukasova K., & Macedo, E., C. (2005). Depressive Symptoms and cognitive performance of the elderly: relationship between institutionalization and activity programs. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 28 (2), 118-121.
- Potter, G. G., & Steffens, D. C. (2007). Depression and Cognitive Impairment in Older Adults. *Psychiatric Times*, 24 (13), 1-8
- Rabelo, D., F. (2009). Declínio cognitivo leve em idosos: factores associados, avaliação e intervenção. *Revista Mineira de Ciências da Educação*, 1 (1), 56-68
- Rafart, J. V. (2001). Epidemiologia general de las enfermedades crónicas. Estratégias de prevención. In P. Gil (org.). *Medicina Preventiva y Salud Pública*. 10ª ed.. Barcelona: Masson, pp. 647-662.
- Ramos, M. P. (2002). Apoio Social e Saúde entre idosos. *Sociologias*, 7.
- Reischies, F., M., Neu, P. (2000). Comorbidity of mild cognitive disorder and depression - a neuropsychological analysis. *European Archives of Psychiatry Clinical Neuroscience*, 50, 186-193.
- Ribeiro, F., Guerreiro, M., & Mendonça, A. (2006). Defeito Cognitivo Ligeiro. In H. Firmino (Ed.) *Psicogeriatrics*, (pp.377-394), Coimbra: Almedina.
- Ribeiro, J., L., P. (1999). Escala de satisfação com o suporte social (ESSS). *Análise Psicológica*, 3 (17), 547-558.
- Ribeiro, J., L., P. (1999). *Investigação e avaliação em psicologia e saúde*. (1ª ed.).Lisboa: Climepsi.
- Ribeiro, J., L., P. (2008). *Metodologia de Investigação em psicologia e saúde*. (2ª ed.) Lisboa: Livpsic Editora
- Ribeiro, P.C.C., & Yassuda, M.S. (2007). Cognição, estilo de vida e qualidade de vida na velhice. In A. L. Neri (Ed.), *Qualidade de vida na velhice: Enfoque multidisciplinar*. Campinas: Alínea.

- Ribeiro, A.M.F. (2011). *Estudo de factores de vulnerabilidade no desenvolvimento de demências. Escolaridade, actividades profissionais e actividades de lazer*. Departamento de Educação, Universidade de Aveiro, Aveiro.
- Rodrigues, V. (2008). *Satisfação com o suporte social em indivíduos com perturbação psiquiátrica: estudo exploratório*. Monografia de Licenciatura em Psicologia Clínica, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Fernando Pessoa, Porto.
- Rosa, M. J. V. (2000). Portugal e a União Europeia, do ponto de vista demográfico, a partir de 1960. In: A. Barreto (org.), *A situação social em Portugal, 1960-1999*. (pp. 419-451) Vol. II. Lisboa: Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa.
- Rosa, M. J. V., Seabra, H., & Santos, T. (2003). *Contributo dos “Imigrantes” na demografia portuguesa: o papel das populações de nacionalidade estrangeira*. Lisboa. Alto comissariado para a imigração e minorias étnicas. Disponível: <http://www.oi.acime.pt>.
- Russell, D., & Cutrona, C.E. (1991). Social support, stress, and depressive symptoms among the elderly: Test of a process model. *Psychology and Aging*, 6, 190-201.
- Segrin, C. (2006). Age Moderates the Relationship Between Social Support and Psychosocial Problems. *Human Communication Research*, 3, (29), 371-342.
- Segulin, N., & Deponte, A. (2006). The evaluation of depression in the elderly: a modification of the geriatric depression scale (GDS). *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 44, 105-112.
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lisboa: Lidel.
- Siqueira, M., M., M. (2008). Construção e validação da escala de percepção de suporte social. *Psicologia em Estudo*, 13 (2), 381-388.
- Spar, J.E., & La Rue, A. (1998). *Guia de Psiquiatria Geriátrica*. Lisboa: Climepsi.
- Tavares, S. & Claudino, A.D. (2010). Apoio social percebido e estado emocional: que relação entre as percepções de envelhecimento e o bem-estar psicológico em adultos activos? *Actas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia* (pp. 427-438). Braga: Universidade do Minho
- Teixeira, J., A., C. (2007). *Psicologia da Saúde: Contextos e áreas de intervenção*. Lisboa: Climepsi.
- Trentini, C., M., Werlang, B., S., G., Xavier, F., M., F., & Argimon, I., I., L. (2008). A Relação entre Variáveis de Saúde Mental e Cognição em Idosos Viúvos. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 22 (2), 236-243

- Vallespir, J., & Morey, M. (2007). Participação dos idosos na sociedade: integração vs segregação. Requejo Osório, A. & Pinto, F. (Coord.) *As pessoas idosas: Contexto social e intervenção educativa*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Serra, A.V. (1999). *O stress na vida de todos os dias* (3ª ed.). Coimbra: Gráfica de Coimbra.
- Vaz, S., F., A. (2009). *A depressão no idoso institucionalizado: estudo em idosos residentes nos lares do distrito de Bragança*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade do Porto, Porto.
- Vieira, E. (1996). *Manual de gerontologia: um guia teórico prático para profissionais, cuidadores e familiares*. Rio de Janeiro: Editora Revinter
- Vinkers, D., J., Gussekloo, J., Stek, M., L., Westendorp, R., G., J., & Van Der Mast, R., C. (2004). Depression and cognitive impairment in old age: what comes first? Outcomes of the prospective population-based Leiden 85-plus Study. *BMJ*, 7, 329: 881.
- Weydt, C., P., Silveira, D.B., Telles, M., & Caldas, C.P. (2004). *Grupo de Convivência com Idosos Hospitalizados: Um relato de experiências*. Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.
- Wilkins, C., Mathews, J., & Sheline, Y., I. (2009). Late life depression with cognitive impairment: Evaluation and treatment. *Clinical Interventions in Aging*, 4, 51–57
- Winningham, R.G., & Pike, N.L. (2007). A cognitive intervention to enhance institutionalized older adult's social support networks and decrease loneliness. *Aging and Mental Health*, 11 (6), 716-721.
- Wortman, C., & Dunkel-Setter, C. (1987). Conceptual and methodological issues in the study of social support. In A. Baum & J. Singer (Eds.), *Handbook of psychology and health: stress* (pp. 868-70). London: Lawrence Erlbaum Associates.
- Yesavage, J., A., Brink, T., L., Rose., T., L., Lum, O., Huang, V., Adey, M., B.,& Leirer, V., O. (1983). Development and validation of a geriatric depression scale: a preliminary report. *Journal Psychiatric Research*, 17, 37-49.

ANEXOS

Anexo 1 – Consentimento Informado: “Sintomatologia Depressiva, Declínio Cognitivo e Suporte Social no idoso institucionalizado: Diferenças de Género.”

O investigador responsável: _____

Nome: _____

Assinatura: _____

Eu, abaixo-assinado, compreendi a explicação que me foi fornecida acerca da investigação que se tenciona realizar, bem como do estudo em que serei incluído. Foi-me dada oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias, e de todas obtive resposta satisfatória. Não espero nenhum benefício directo para mim, mas ajudarei os investigadores a perceber melhor a experiência da institucionalização. Concordo responder o melhor possível às questões que me forem colocadas e ao questionário e as minhas respostas não terão efeito directo na maneira como serei tratado(a) no futuro, e além disso, foi-me afirmado que tenho o direito de recusar a qualquer momento a minha participação no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo na assistência que me é prestada. Por isso, consinto que me seja aplicado os questionários propostos pelo investigador.

Foi-me informado que o meu nome não aparecerá em qualquer documento utilizado na investigação, nem será alvo de exposição dos resultados em comunicações e no seio das aulas académicas.

Assinatura

Data _____ Local _____

Anexo 2 – Questionário Sócio-Demográfico e Clínico

1- Género: 1. Masculino 2. Feminino

2- Idade: _____ anos

3- Estado civil:

1. Solteiro(a)
2. Casado(a)
3. União de facto
4. Divorciado(a)
5. Viúvo(a)

3.1- N° de filhos: _____

4- Habilitações Literárias:

1. Analfabeto(a)
2. Sabe ler e escrever sem diploma
3. 4ª Classe (1º ciclo do ensino básico)
4. 5. Ensino preparatório (2º ciclo do ensino básico)
5. 9º Ano (3º ciclo do ensino básico)
6. 12º Ano (ensino secundário)
7. Curso médio
8. Curso superior

5- Qual a profissão que exercia? _____

6- Respeito formal de uma religião? 1. Sim 2. Não

6.1- Religião:

1. Católica
2. Protestante
3. Adventista
4. Islamismo
5. Outra. Qual? _____
6. Nenhuma

7- Como classifica a sua situação económica (auto-avaliação):

1. Muito baixa
2. Baixa
3. Média
4. Elevada
5. Muito elevada

8- Rendimento Reforma:

1. Inferior a 250€
2. Entre 250 e 375 €
3. Entre 376 e 500€
4. Mais de 500€

9- Tempo de institucionalização: _____ anos

10- Presença de doenças crónicas: 1. Sim 2. Não

1. Diabetes Mellitus
2. Hipertensão Arterial
3. Obesidade
4. Doença Respiratória
5. Doença Cardiovascular
6. Doenças Reumáticas
7. Depressão
8. Outras patologias não especificadas

11- Como classifica a sua saúde actualmente (Avaliação Subjectiva da Saúde):

1. Muito boa
2. Boa
3. Nem boa nem má (nível médio)
4. Má
5. Muito má