



UNIVERSIDADE
CATÓLICA
PORTUGUESA

BRAGA

Estereótipos negativos sobre a velhice e depressão geriátrica
em adultos mais velhos: Relação com variáveis
sociodemográficas e com perceção subjetiva de saúde

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

Cátia Manuela Araújo Paredes

Faculdade de Filosofia e Ciências Sociais

OUTUBRO 2020



CATÓLICA
FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS SOCIAIS

BRAGA

**Estereótipos negativos sobre a velhice e depressão geriátrica
em adultos mais velhos: Relação com variáveis
sociodemográficas e com perceção subjetiva de saúde**

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

Cátia Manuela Araújo Paredes

Sob a Orientação da Prof.^a Doutora **Berta Maria
Marinho Rodrigues Maia**

Agradecimentos

Agradeço, primeiramente, aos meus pais, por me proporcionarem todas as oportunidades de educação e formação, por todo o apoio incondicional e por todos os dias acreditarem que sou capaz. Aos meus irmãos, avó e restante família, por sempre me apoiarem e encorajarem a lutar pelos meus objetivos.

À Rita, por todo o carinho, paciência e dedicação. Obrigada por acreditares em mim e por seres a minha maior incentivadora.

Às amigas de sempre, Daniela, Rita e Cátia, por estarem sempre lá quando preciso e mesmo quando não preciso. Às boas amigas que se criaram ao longo destes cinco anos. À Stéphanie, por estar sempre ao meu lado ao longo deste percurso.

À Professora Douta Berta Maria Marinho Rodrigues Maia, um agradecimento muito sincero pela dedicação, profissionalismo e vasto conhecimento partilhado. A todos os docentes desta instituição que, de forma direta ou indireta, impactaram na minha aprendizagem, não só académica como pessoal.

Resumo

Os estudos sobre percepções negativas de envelhecimento e a sua possível associação com perturbações mentais como a depressão são ainda escassos. Neste sentido, o objetivo do presente estudo consiste em explorar as relações entre os estereótipos negativos sobre a velhice, a depressão geriátrica, variáveis sociodemográficas e a percepção subjetiva de saúde, numa amostra de adultos mais velhos. Participaram neste estudo 72 adultos mais velhos, com idades compreendidas entre os 65 e os 91 anos ($X = 73.72$ anos; $DP = 5.85$), que preencheram dois instrumentos: Questionário de Avaliação de Estereótipos Negativos para a Velhice e Escala de Depressão Geriátrica. Os resultados permitiram identificar que os estereótipos negativos são mais prevalentes entre indivíduos que vivem em meio rural e viúvos. Por sua vez, a depressão geriátrica parece ser mais prevalente entre indivíduos do sexo feminino, com baixo nível de escolaridade, a viver em meio rural e com percepções negativas sobre saúde. Para além disto, os estereótipos negativos demonstraram estar relacionados positivamente com a depressão geriátrica. Os resultados obtidos revelam a necessidade de se reeducar a população sobre o processo de envelhecimento real, de forma a prevenir estereótipos que, conseqüentemente, poderão estar associados à depressão geriátrica. Tais resultados, alertam para a pertinência de um investimento na psicoeducação fornecida aos profissionais que trabalham com esta população, com a finalidade de cessar atitudes idadistas.

Palavras-chave: estereótipos, depressão, variáveis sociodemográficas, percepção subjetiva de saúde, adultos mais velhos.

Abstract

Studies on negative perceptions of aging and its possible association with mental disorders such as depression are still scarce. In this sense, the objective of the present study is to explore the relationships between negative stereotypes about old age, geriatric depression, sociodemographic variables and the subjective perception of health, in a sample of older adults, aged between 65 and 91 years ($X = 73.72$ years; $SD = 5.85$). To achieve this objective, two instruments were applied: Questionnaire for the Evaluation of Negative Stereotypes for Old Age (CENVE) and Geriatric Depression Scale (GDS-15). The results made it possible to identify that negative stereotypes are more prevalent among individuals living in rural areas and widowers. In turn, geriatric depression seems to be more prevalent among female individuals, with a low level of education, living in rural areas and with negative perceptions about health. In addition, negative stereotypes have been shown to be positively related to geriatric depression. The results obtained reveal the need to re-educate the population about the real aging process, in order to prevent stereotypes that, consequently, may be associated with geriatric depression. Such results, alert for the pertinence of an investment in the psychoeducation provided to the professionals who work with this population, with the purpose of ending idadist attitudes.

Keywords: stereotypes, depression, sociodemographic variables, subjective health perception, older adults.

Índice

Agradecimentos.....	iii
Resumo.....	iv
Abstract	v
Índice	vi
Índice de tabelas	vii
Índice de anexos.....	viii
Lista de abreviaturas.....	ix
1. Introdução.....	10
2. Enquadramento teórico	11
2.1. Estereótipos sobre a velhice	11
2.1.1. Estereótipos sobre a velhice, relação com variáveis sociodemográficas e com percepção subjetiva de saúde.....	13
2.2. Depressão geriátrica	15
2.2.1. Depressão geriátrica, relação com variáveis sociodemográficas e com percepção subjetiva de saúde	16
2.3. Estereótipos sobre a velhice e a sua relação com a depressão	18
3. Metodologia	19
4. Resultados	25
5. Discussão.....	33
6. Limitações e vantagens	38
7. Conclusão	39
8. Referências bibliográficas	41
9. Anexos.....	46

Índice de tabelas

Tabela 1- Descrição da amostra

Tabela 2- Correlações de Spearman entre as dimensões dos estereótipos negativos (CENVE) e os fatores da depressão geriátrica (GDS-15)

Tabela 3- Diferenças nas dimensões dos estereótipos negativos (CENVE) em função da percepção de saúde

Tabela 4- Diferenças nos fatores da depressão geriátrica (GDS-15) em função da percepção de saúde

Tabela 5- Diferenças nas dimensões dos estereótipos negativos (CENVE) em função da área de residência

Tabela 6- Diferenças nos fatores da depressão geriátrica (GDS-15) em função da área de residência

Tabela 7- Diferenças nas dimensões dos estereótipos negativos (CENVE) em função do sexo (masculino, feminino)

Tabela 8- Diferenças nos fatores da depressão geriátrica (GDS-15) em função do sexo (masculino, feminino)

Tabela 9- Diferenças nas dimensões dos estereótipos negativos (CENVE) em função das classes etárias

Tabela 10- Diferenças nos fatores da depressão geriátrica (GDS-15) em função das classes etárias

Tabela 11- Diferenças nas dimensões dos estereótipos negativos (CENVE) em função do estado civil

Tabela 12- Diferenças nos fatores da depressão geriátrica (GDS-15) em função do estado civil

Tabela 13- Diferenças nas dimensões dos estereótipos negativos (CENVE) em função dos níveis de escolaridade

Tabela 14- Diferenças nos fatores da depressão geriátrica (GDS-15) em função dos níveis de escolaridade

Índice de anexos

Anexo A- Consentimiento informado

Anexo B- *Geriatric Depression Scale-15*

Anexo C- Cronograma

Lista de abreviaturas

CENVE- *Negative Stereotypes Towards Aging Questionnaire*

GDS-15- *Geriatric Depression Scale*

INE- Instituto Nacional de Estatística

MST- Teoria do *Stress* Minoritário

WHO- *World Health Organization*

1. Introdução

Atualmente, assiste-se a um envelhecimento populacional que tem contribuído para a relevância do grupo de adultos mais velhos. Paralelamente a isto, o estudo sobre as características que acompanham esta fase da vida tornam-se cada vez mais pertinentes (World Health Organization, WHO, 2015)

O envelhecimento demográfico é um fenómeno propagado por todo o mundo (WHO, 2015) e Portugal não é exceção. Segundo o Instituto Nacional de Estatística (INE, 2017), estima-se que, entre 2017 e 2080, a população adulta mais velha em Portugal poderá passar de 2.2 para 2.8 milhões de pessoas, o que representa aproximadamente 317 adultos mais velhos por cada 100 jovens. Com o envelhecimento da população no nosso país emergem novos problemas sociais, sendo a discriminação social destacada como um dos problemas mais preocupantes. Esta manifesta-se por comportamentos, atitudes e preconceitos expressos na interação com os adultos mais velhos, podendo também ser encontrados nos meios de comunicação (Ferreira-Alves & Novo, 2006). O processo de envelhecimento está associado a um grande número de generalizações, sendo que as crenças estereotipadas sobre este processo demonstraram promover comportamentos negativos em relação aos adultos mais velhos, influenciando negativamente a sua saúde mental e física (Nunes et al., 2018).

A depressão é considerada um problema de saúde importante que afeta pessoas de todas as faixas etárias, contudo em idades avançadas, esta perturbação torna-se difícil de diagnosticar e consecutivamente de tratar (Drago & Martins, 2012). Segundo o INE, existem 1 071 532 indivíduos com idades entre os 65-74 anos, sendo que 97 343 apresentam sintomas ligeiros de depressão e 61 051 sintomas graves. Já a população compreendida entre os 75-84 anos, são aproximadamente 772 038, sendo que 78 182 manifestam sintomas ligeiros de depressão e 58 160 sintomas graves. Por fim, a população com 85 anos ou mais, são 261 597, sendo que 31 766 apresentam sintomas ligeiros de depressão e 19 833 sintomas graves (INE, 2014).

A Teoria do *Stress* Minoritário (MST) sugere que pertencer a uma população estigmatizada pode levar a uma série de experiências negativas, como a discriminação e o preconceito. Consequentemente, estas experiências podem resultar em *stress*, depressão e ansiedade. Tal como ocorre em populações minoritárias, a população adulta mais velha, pode experienciar efeitos do estigma e, consequentemente, todas as suas repercussões negativas (Meyer, 2003). Neste sentido, o objetivo deste trabalho consiste em explorar as relações entre os estereótipos negativos sobre a velhice em adultos mais velhos, a depressão geriátrica, as variáveis sociodemográficas e a perceção subjetiva de saúde. Para a concretização deste objetivo, a investigação foi aplicada a uma amostra de adultos mais velhos. Numa primeira

parte deste trabalho, será apresentado o enquadramento teórico abordando os estereótipos sobre a velhice e a depressão e, por último, será apresentada a metodologia, os resultados, a discussão dos resultados, as limitações e vantagens e, a conclusão.

2. Enquadramento teórico

2.1. Estereótipos sobre a velhice

A população adulta mais velha (pessoas com 65 anos ou mais) é atualmente a faixa etária com uma maior tendência de crescimento (Nunes et al., 2018). Segundo o INE, entre 2001 e 2011, a população de adultos mais velhos aumentou para 19%. O índice de envelhecimento, em 2011, era de 128, o que representava 128 adultos mais velhos por cada 100 jovens. Já em 2013, o índice de envelhecimento registou 136 adultos mais velhos por cada 100 jovens. Estima-se que este crescimento acentue entre 2017 e 2080 (INE, 2017), evidenciando assim o crescente envelhecimento populacional.

O envelhecimento demográfico está a evoluir de forma rápida e a crescer por todo o mundo e tal mudança tem profundas implicações para as sociedades de hoje (WHO, 2015). Contudo, pouco se sabe sobre as implicações que este processo terá na vida dos adultos mais velhos e nas generalizações pelas quais estes irão passar (Nunes et al., 2018)

Os estereótipos são mitos incontestáveis, crenças exageradas ou ideias preconcebidas sobre uma determinada categoria, cujo objetivo assenta em definir ou limitar pessoas ou um grupo de pessoas na sociedade (Allport, 1954). O idadismo, termo cunhado pela primeira vez por Butler (1969), é definido como estereótipos, preconceitos ou discriminações, contra ou a favor, de pessoas baseados somente numa característica- a sua idade cronológica (Ayalon & Tesch-Romer, 2017). Os estereótipos de idade podem ser positivos, estando associados a efeitos positivos, ou negativos, diretamente relacionados com efeitos maléficos (Meisner, 2012).

A entrada na idade da reforma traz consigo muitas mudanças que podem ser influenciadas pelo conceito de ancianismo - referente ao processo de discriminação para com os adultos mais velhos (Staab & Hodges, 1998 cit in Martins & Rodrigues, 2004). O ancianismo, tal como o idadismo, pode ter uma conotação positiva (e.g., ideia de que os adultos mais velhos são pessoas ricas e sábias) ou negativa (e.g., falta de saúde, solidão, dependência e mau funcionamento a nível físico e mental; Dionigi, 2015). A literatura não é consensual no que se refere à conotação atribuída aos adultos mais velhos. Por um lado, Allport (1954) refere uma maior prevalência de atribuições negativas a esta faixa etária. Por outro lado, Dionigi (2015) aponta para uma tendência para uma imagem mais positiva e maiores evidências de que os adultos mais velhos possam contribuir para a sociedade de muitas maneiras distintas

referindo, contudo, ainda existir concepções erróneas, atitudes e estereótipos para com esta faixa etária.

O processo de envelhecimento é uma parte inevitável da vida, contudo atitudes preconceituosas podem fazer da transição para a idade adulta um processo temido (North & Fiske, 2012). O envelhecimento é um processo altamente individualizado e complexo, existindo diversas formas de envelhecer (Dionigi, 2015). Experiências de envelhecimento bem-sucedido são retratadas, por exemplo, nas universidades seniores (Daniel, Antunes, & Amaral, 2015), levantado desta forma questões sobre as associações supramencionadas.

O preconceito e a discriminação são conceitos complexos e, por isso, torna-se imperativo entender a sua génese. Neste sentido, Allport (1954 cit in Neto, 1998) desenvolveu seis níveis de análise. Segundo a abordagem histórica, para compreendermos os estereótipos é necessário incluir o contexto histórico dos conflitos. A abordagem sociocultural ressalta o aumento da urbanização, o aumento da densidade populacional, a mobilidade de certos grupos, a competição para determinados empregos por certos grupos e as mudanças do papel e função da família, como fatores que influenciam o desenvolvimento de preconceito e discriminação. Tanto as abordagens históricas como as abordagens socioculturais, focam-se em fatores e forças sociais que predizem o preconceito. No que concerne às abordagens situacionais, estas examinam os fatores do meio imediato da pessoa que causa o preconceito. O conformismo está na base desta abordagem - o facto de um indivíduo se conformar aos outros, leva à propagação do preconceito, pois ao aceitarmos uma opinião preconceituosa estamos a obter aprovação social para esse mesmo preconceito. Contrariamente ao previsto pelas abordagens anteriores, a abordagem psicodinâmica prevê que o preconceito surge dos próprios conflitos e adaptações da pessoa. Para modificar o preconceito e a discriminação, segundo esta abordagem, devemos focar-nos na pessoa que exerce um determinado preconceito. As abordagens cognitivas sugerem que o preconceito é o resultado de processos cognitivos, ou seja, que a forma como processamos a informação pode estar na origem do desenvolvimento de preconceitos. A última abordagem focaliza-se no alvo de preconceito. Segundo esta, o preconceito e a hostilidade para com determinados grupos podem basear-se em características reais dos grupos, sendo esta ideia denominada de reputação ganha (Allport, 1954 cit in Neto, 1998).

Compreender um comportamento como discriminatório, implica que a vítima tenha conhecimento do que constitui um comportamento desfavorável com base na idade, numa determinada situação. A perceção de que uma situação é discriminatória ou não, é influenciada pelas próprias visões sobre o envelhecimento. Consequentemente, manter visões negativas

sobre o envelhecimento predispõe os indivíduos a categorizar os comportamentos de outras pessoas como discriminatórios (Voss, Wolff, & Rothermund, 2016).

Por conseguinte, torna-se indispensável a elaboração de estratégias que ajudem à diminuição e ao combate dos efeitos negativos provocados pelos estereótipos. Os psicólogos sociais têm utilizado, há várias décadas, como estratégias a tomada de consciência, a hipótese do contacto e o contacto vicariante através dos meios de comunicação social (Neto, 1998).

A Teoria da Identidade Social e a Perspetiva Cognitiva Social constituem estruturas concetuais úteis a partir das quais se consideram as atitudes sobre o envelhecimento, bem como os estereótipos para com os adultos mais velhos (Celejewski & Dion, 1998). Segundo a Teoria da Identidade Social, os indivíduos são motivados a manter a sua identidade positiva sugerindo que estes procurem formas de se distinguir positivamente tanto junto do seu grupo, como entre outros grupos. Esta abordagem sugere que as pessoas sejam motivadas a elevar o seu próprio grupo em detrimento de outros. Cada faixa etária, seja ou não jovem, avalia a sua própria etapa de vida mais positivamente comparativamente a outras. Exemplo disto, é o facto de os adultos mais velhos possuírem uma visão mais positiva da sua própria faixa etária do que os mais jovens e vice-versa, sendo este fenómeno chamado de viés no grupo. No entanto, esta teoria não prevê que os indivíduos tenham necessariamente atitudes negativas face a outros grupos (Kite & Wagner, 2002). A Perspetiva Cognitiva Social, enfatiza o desenvolvimento cognitivo ao longo da vida. De acordo com esta teoria, a estereotipagem é uma parte normal dos processos perceptivos dos indivíduos e, neste sentido, os estereótipos de idade refletem diferenças de desenvolvimento, bem como distinções entre grupos e fora dos grupos. As nossas visões sobre o envelhecimento refletem as nossas experiências e, os nossos esquemas tornam-se mais elaborados à medida que envelhecemos e estamos integrados no processo de envelhecimento (Hummert, 1999).

2.1.1. Estereótipos sobre a velhice, relação com variáveis sociodemográficas e com perceção subjetiva de saúde

A literatura indica que os estereótipos (positivos e negativos) podem influenciar as ações, as decisões, as atitudes e ainda a saúde dos adultos mais velhos (Dionigi, 2015). Torres, Camargo e Bousfield (2016) realizaram um estudo com o objetivo de identificar estereótipos sobre idade em diferentes grupos etários. Para o efeito participaram do estudo 40 indivíduos (adolescentes, adultos-jovens, adultos de meia idade e adultos mais velhos). Os autores identificaram que o sexo feminino apresentava perspetivas mais positivas em relação à velhice quando comparadas com o sexo masculino.

Os autores Sargent-Cox e Anastey (2014), realizaram um estudo com o objetivo de estudar a relação entre os estereótipos de idade e as expectativas de controle de saúde. Para o efeito participaram do estudo 739 adultos e adultos mais velhos com idades compreendidas entre os 20 e os 97 anos. Os resultados demonstraram que a idade mais avançada e ser mulher foram associadas a uma maior prevalência de estereótipos etários.

Ferreira-Alves e Novo (2006), realizaram um estudo junto de 324 adultos e adultos mais velhos (homens e mulheres, com idades superiores a 60 anos a residir tanto em instituições como na comunidade) cujo objetivo assentava em perceber as suas auto-perceções sobre a discriminação. Os autores referem ter encontrado presença de perceções de discriminação numa parte significativa da amostra e que as ocorrências mais frequentemente percecionadas ocorrem em interações com profissionais de saúde e em outros contextos interpessoais em que os interlocutores pressupõem que o adulto mais velho perdeu audição ou não compreende bem. Nomeadamente, no que concerne às variáveis sociodemográficas, os autores consideram que a discriminação é percecionada por homens e mulheres da mesma forma. Em relação ao estado civil, não foram encontradas diferenças significativas. Ao tomar como referência a escolaridade, percebe-se que a perceção de discriminação apresenta algumas diferenças em função do grau de escolaridade, no entanto, não se confirma uma relação linear entre as variáveis. Por fim, em relação à idade, os achados dos autores referem que a faixa etária entre os 81 e os 94 anos apresentavam uma maior diversidade de situações de discriminação, esta faixa etária apresenta valores superiores nos itens que se referem à experiência de ser ignorado, à associação entre a perda de audição e a idade e, por fim, na diminuição da compreensão.

Palacios, Torres e Mena (2009) desenvolveram um estudo junto de 757 adultos mais velhos com o objetivo de verificar o grau de concordância sobre estereótipos negativos na velhice referentes à Saúde, Motivação-Social e Carácter-Personalidade de acordo com a idade, nível de escolaridade, sexo e estado civil. Os resultados não demonstraram existir diferenças estatisticamente significativas em relação ao sexo e ao estado civil, contudo, verificaram-se diferenças a nível da idade e da escolaridade. Nomeadamente, os resultados na dimensão Saúde revelaram que as crenças de estereótipos negativos aumentam gradualmente, mas atinge os valores máximos entre os 76 e os 80 anos. Os resultados demonstraram ainda que os estereótipos referentes à Saúde diminuem à medida que o nível educacional aumenta.

Kim, Noh e Chun (2016) utilizaram os dados do estudo *Ageism and Health Study* (2013), para realizar uma investigação que tinha como objetivo avaliar a relação entre idadismo e a depressão, explorando os papéis mediadores do *stress* e deste com reações emocionais e comportamentos de *coping*. Participaram neste estudo 816 adultos e adultos mais velhos com

idades compreendidas entre os 60 e os 89 anos, que residiam em áreas urbanas e rurais na Coreia do Sul. No que concerne à variável área de residência, os autores afirmaram que os entrevistados que moravam em áreas metropolitanas relatavam mais experiências de idadismo comparativamente aos que moravam em áreas rurais.

Os autores Helmes e Pachana (2015) realizaram um estudo cujo objetivo seria comparar as atitudes de adultos mais velhos para com a sua própria faixa etária. A amostra era constituída por adultos e adultos mais velhos, com idades compreendidas entre os 50 e os 90 anos, sendo 195 australianos e 172 canadianos. Os autores identificaram que os entrevistados diferenciavam o seu processo de envelhecimento dos restantes indivíduos, atribuindo uma conotação mais positiva ao seu envelhecimento. Em parte, os autores acreditam que se deve às imagens negativas e estereótipos que a sociedade atribui a esta faixa etária. Em oposição, uma perceção mais positiva do seu próprio envelhecimento é influenciada sobretudo se tiverem boa saúde. No mesmo sentido, Heywood e colaboradores (2019), relataram que a autoavaliação de saúde estava associada a maiores experiências de idadismo. Isto é, os participantes que relataram ter uma saúde excelente ou muito boa apresentaram níveis significativamente mais baixos de idadismo quando comparados com participantes com problemas de saúde. Estes autores não encontram diferenças estatisticamente significativas em relação ao sexo e faixa etária. No entanto, os participantes sem parceiro íntimo apresentaram níveis significativamente maiores de idadismo.

2.2. Depressão geriátrica

Segundo a WHO, estimou-se que, em 2015, aproximadamente 300 milhões de pessoas a nível mundial sofriam com depressão (WHO, 2017). Em termos mundiais, na idade adulta (55-74 anos), verifica-se uma maior prevalência da depressão no sexo feminino quando comparada com o sexo masculino. Em Portugal, esta distribuição mantém-se, registando-se nas mulheres valores acima dos 7.5% e nos homens 5.5% (Direção Geral de Saúde, DGS, 2017). As perturbações depressivas são caracterizadas por tristeza, perda de interesse ou prazer, sentimentos de culpa, baixa autoestima, perturbações do sono e/ou do apetite, sensação de cansaço e baixo nível de concentração. A depressão pode ser duradoura ou recorrente, sendo que prejudica substancialmente a capacidade de um indivíduo funcionar em vários contextos, como na escola, no trabalho ou em lidar com a vida diária. Na sua forma mais grave, pode ainda levar a suicídio (WHO, 2017).

A depressão geriátrica tem sido reconhecida como uma problemática recorrente entre os adultos mais velhos (Disu, Anne, Griffiths, & Mamun, 2019), contudo é frequentemente

subdiagnosticada e/ou tratada (Apóstolo et al., 2014). Aquando do aparecimento de sintomas depressivos, esta população confronta-se com um conjunto de consequências negativas incluindo declínio funcional, incapacidade e fragilidade, diminuição da qualidade de vida, bem como maior morbidade e mortalidade (Fiske, Wetherell, & Gatz, 2009). Existem vários fatores de risco (biológicos, psicológicos, sociais e ambientais) que estão associados ao desenvolvimento desta perturbação em idade geriátrica (Van Damme, Declercq, Lemey, Tandt, & Petrovic, 2018). Redes sociais de apoio deficitárias, história de depressão anterior, viuvez, eventos de vida causadores de *stress*, institucionalização em lares de adultos mais velhos, baixo nível socioeconómico, isolamento social, ansiedade, baixo envolvimento em atividades sociais e baixa escolaridade, são alguns dos fatores encontrados na literatura (Djernes, 2006; Ramos et al., 2017). O declínio da saúde física desta população é destacado como o principal fator de risco da depressão, uma vez que a presença de doenças físicas por vezes leva a situações de incapacidade e dependência (Irigaray & Schneider, 2007). Neste sentido, indivíduos com diabetes, hipertensão, doenças coronárias e obesidade, têm uma maior propensão para o desenvolvimento de depressão (Prata et al., 2011). O diagnóstico e, conseqüentemente, o tratamento da depressão em idade geriátrica acarretam vários problemas. Por um lado, a depressão nesta faixa etária é acompanhada por perda de memória e deterioração cognitiva, por outro, os sintomas somáticos que permitem o diagnóstico de depressão noutras idades, demonstram-se menos eficazes, uma vez que, por exemplo, os distúrbios do sono são um sintoma comum na depressão, contudo são também comuns nos adultos mais velhos não deprimidos. Para além disto, apesar das queixas somáticas serem significativas para o diagnóstico de depressão, estas não são claramente expressas em formas mais leves da patologia (Yesavage et al., 1983).

Desta forma, surgem vários modelos explicativos para o aparecimento de depressão. Contudo, o Modelo Cognitivo da Depressão de Beck é o que surge mais comumente na literatura. A Teoria Cognitiva, fundamenta-se sobretudo num modelo do processamento de informações. Segundo este modelo, a propensão negativa deste processo é manifestada através de um distúrbio do pensamento, o qual é característico da depressão, estando assim presentes a abstração seletiva, a sobregeneralização e as auto-atribuições negativas (Beck, 2002).

2.2.1. Depressão geriátrica, relação com variáveis sociodemográficas e com perceção subjetiva de saúde

A depressão em idade geriátrica pode levar a várias consequências e, embora as taxas de suicídio nos adultos mais velhos estejam a diminuir, ainda apresentam números mais

elevados do que nos jovens adultos, sendo que não raras vezes estão associadas à depressão (Fiske et al., 2009). Neste sentido, torna-se pertinente realizar uma súpula de investigações que abordem a temática da depressão nesta faixa etária.

Gopal, Chacko, Sharma e Mitra (2018) realizaram um estudo com o objetivo de avaliar a prevalência de depressão na população geriátrica numa amostra de 120 indivíduos atendidos em ambulatório num hospital. O estudo revelou uma prevalência de 24.2% de depressão na amostra. Em semelhança com o estudo anterior Disu, Anne, Griffith e Mamun (2019), encontraram uma prevalência de 36.9% (n= 62) de depressão geriátrica. Os autores realizaram um estudo com o objetivo de investigar a depressão geriátrica e os seus possíveis preditores sociodemográficos em 168 adultos e adultos mais velhos, com idades compreendidas entre os 60 e os 80 anos, no Bangladesh. O estudo revelou que fatores como morar em área rural, não possuir histórico de doença crónica, a prevalência de histórico de depressão pessoal e/ou na família, não haver envolvimento em atividades de vida diárias, não praticar regularmente exercício físico, não ter *hobbies*, não haver uma alimentação equilibrada e não se envolver em práticas religiosas, são fatores de risco para o desenvolvimento de depressão na população adulta mais velha.

Num estudo realizado por El-Gilany, Elkhawaga e Sarraf (2018), que tinha como objetivo averiguar a prevalência de depressão e os seus fatores associados em adultos mais velhos da comunidade, no Egipto, os autores afirmam ter encontrado uma maior prevalência de depressão na população que vive em meio urbano. Em semelhança com este estudo, Philip, Sengupta e Benjamin (2015), realizaram uma investigação com o mesmo objetivo do estudo anterior. Estes autores encontraram uma prevalência de depressão significativamente maior em residentes urbanos, mulheres, adultos mais velhos com idade mais avançada, sem local de trabalho, sem escolaridade e com baixos rendimentos.

Um estudo realizado em Portugal, por Drago e Martins (2012), com a finalidade de verificar a influência dos aspetos sociodemográficos, bem como o grau de satisfação com a vida e o nível de independência nas atividades básicas de vida diária na depressão que, contou com a participação de 119 adultos mais velhos, com idades compreendidas entre os 65 e os 95 anos a viver na própria casa ou em instituições. O estudo revelou uma percentagem de 70.6% de prevalência de depressão ligeira e 0.8% de depressão grave. Os aspetos sociodemográficos como ser do sexo feminino, ter idade mais avançada, ser divorciado ou viúvo, residir numa instituição e a presença de doenças, demonstraram influenciar a depressão. Por outro lado, as variáveis escolaridade e situação económica, não se encontravam relacionadas com a depressão. Ainda no contexto português, Frade e colaboradores (2015), realizaram um estudo transversal

numa amostra de 75 adultos mais velhos (44 encontravam-se institucionalizados e 31 viviam na comunidade), com idades compreendidas entre os 65 e os 91 anos. Esta investigação, tinha como objetivo estudar a associação entre a institucionalização e a existência de depressão. O estudo concluiu que a prevalência de sintomas depressivos era mais elevada nos adultos mais velhos solteiros e viúvos comparativamente aos adultos mais velhos casados. O sexo masculino apresenta um menor número de sintomas depressivos, contudo as diferenças não são estatisticamente significativas, o mesmo ocorre com a variável idade, embora se tenham observado maior prevalência de sintomas depressivos nos indivíduos com idade mais avançada, esta relação não é estatisticamente significativa.

Ramos e colaboradores (2015) realizaram um estudo, com o objetivo de avaliar a prevalência de fatores associados aos sintomas depressivos em adultos mais velhos. Os autores identificaram que a sintomatologia depressiva estava associada a não ter companheiro, não saber ler e ter uma perceção negativa sobre a sua saúde. À semelhança deste estudo, Sousa e colaboradores (2017), na sua investigação pretenderam determinar a prevalência de sintomatologia depressiva e a sua possível associação a fatores sociodemográficos. Os autores identificaram maiores níveis de sintomatologia no sexo feminino, divorciados, a viver sem religião e com doença crónica associada.

2.3. Estereótipos sobre a velhice a sua relação com a depressão

Atualmente, têm sido estudados os estereótipos negativos sobre os adultos mais velhos e a sua possível influência na saúde mental e física desta população. A pesquisa demonstrou existir uma ameaça à cognição dos adultos mais velhos, quando estes acreditam na veracidade dos estereótipos negativos (Nelson, 2016).

Num estudo realizado por Freeman et al. (2016) com o objetivo de avaliar a associação entre perceções negativas acerca do envelhecimento, a depressão e a ansiedade, foram analisadas duas investigações do Estudo Longitudinal Irlandês sobre o Envelhecimento (TILDA), sendo a amostra constituída por 6095 adultos com idades igual ou superior a 50 anos. Foram utilizadas análises de regressões para avaliar a associação entre perceções negativas do envelhecimento no aparecimento e persistência de depressão e ansiedade. Os resultados demonstraram existir associação entre as variáveis estudadas. Bai, Lai e Guo (2016) realizaram um estudo que pretendia explorar a existência de perceções estereotipadas, tais como sentir-se um fardo, em adultos mais velhos chineses, nos seus sintomas depressivos. A amostra era constituída por 954 adultos e adultos mais velhos com idade igual ou superior a 60 anos. Após a análise dos resultados, verificou-se que os participantes com um maior número de visões sobre

o adulto mais velho ser um fardo para a família e para a sociedade, estavam em maior risco de desenvolver sintomas depressivos.

Kim, Noh e Chun (2016) demonstraram que o idadismo está estatisticamente associado a sintomas depressivos. Contudo, esta associação foi mediada por reações como raiva, tristeza e impotência. Verificou-se que o *coping* focado no problema, nomeadamente o confronto e o apoio social, reduziram o impacto de reações emocionais na depressão e, por sua vez, o *coping* focado na emoção proporcionou efeitos opostos.

Lyons e colaboradores (2017), realizaram um estudo com o objetivo de explorar as relações entre experiências de idadismo e quatro desfechos específicos de saúde mental (sintomas depressivos, sintomas de ansiedade, *stress* geral e saúde mental positiva), numa amostra de 2137 adultos mais velhos australianos, com 65 anos ou mais. O estudo pretendeu ainda analisar se essas relações variam consoante a idade, o sexo e a orientação sexual. Os resultados demonstraram que o idadismo está fortemente relacionado a pior saúde mental nas quatro variáveis anteriormente mencionadas. Contudo, as experiências de idadismo demonstraram ter maior efeito na saúde mental dos adultos mais jovens, do sexo masculino e daqueles que se identificaram como heterossexuais. Isto sugere que as experiências de idadismo podem ser um fator importante na saúde e bem-estar dos adultos mais velhos, sendo necessário considerar estes aspetos no planeamento de estratégias para proporcionar formas mais saudáveis e felizes de envelhecer.

3. Metodologia

3.1. Objetivos da investigação

O objetivo geral deste estudo consiste em explorar as relações entre os estereótipos negativos sobre a velhice, a depressão geriátrica, perceção subjetiva de saúde e variáveis sociodemográficas em adultos mais velhos. Como objetivos específicos, pretende-se explorar se existem diferenças nos estereótipos negativos e nos níveis de depressão geriátrica em função da área de residência (rural, semiurbana e urbana), da perceção subjetiva de saúde, do sexo, da idade, do estado civil e dos níveis de escolaridade.

3.2. Hipóteses da investigação

Tendo por base os objetivos supramencionados, definiram-se as seguintes hipóteses relativamente aos estereótipos negativos:

H1: Prevê-se encontrar correlações significativas positivas em relação aos estereótipos negativos e à depressão geriátrica.

H2: Estima-se obter pontuações mais elevadas nos indivíduos com baixa perceção de saúde;
H3: Prevê-se obter pontuações mais elevadas de estereótipos negativos nos indivíduos que vivem em meio urbano e semiurbano.

Não serão elaboradas hipóteses sobre o sexo, idade, estado civil e escolaridade dado a inconsistência da literatura.

No que se refere à variável depressão geriátrica formularam-se as seguintes hipóteses:

H4: Espera-se encontrar pontuações mais elevadas de depressão no sexo feminino;

H5: Estima-se alcançar pontuações mais elevadas de depressão em adultos mais velhos com idade superior a 85 anos;

H6: Prevê-se obter pontuações mais elevadas de depressão nos indivíduos solteiros, divorciados ou viúvos;

H7: Espera-se encontrar pontuações mais elevadas de depressão nos indivíduos com baixa perceção de saúde;

Não serão elaboradas hipóteses sobre a escolaridade e área de residência dado a inconsistência da literatura.

3.3. Plano ou desenho da investigação

Relativamente ao plano ou desenho do estudo, a presente investigação recorreu aos desenhos de investigação não experimentais com carácter descritivo-correlacional. Na aplicação a esta investigação em específico permitiu compreender se e de que forma, os estereótipos e a depressão estão relacionados.

3.4. Procedimentos

Definiu-se como critério de inclusão a idade mínima de 65 anos. Foram excluídos dois participantes: um por não ser de nacionalidade portuguesa e o outro pela presença de respostas omissas em vários itens e/ou questionários.

Para a aplicação da presente investigação foi construído um protocolo que foi partilhado com três colegas. Inicialmente, foi utilizado o método *snowball* para a recolha dos participantes, tendo sido realizada uma lista de contactos próximos, como possíveis participantes da investigação. Posteriormente, procedeu-se à distribuição dos questionários em formato papel, tendo o início ocorrido no mês de março. Foram distribuídos 66 questionários (35 adultos mais velhos e 31 adultos), sendo que destes houve duas rejeições. Tendo em consideração o início da pandemia (Covid-19) aquando do processo de recolha de dados, apenas foi possível recolher 14 questionários em formato papel (8 adultos mais velhos e 6 adultos). Por conseguinte, o

questionário em papel foi convertido num questionário *online*. Com o auxílio a este questionário, procedeu-se então ao pedido de transformação das respostas para formato *online*, a todos os participantes a quem fora distribuído anteriormente em formato papel. Para além destes, foram contactados diretamente aproximadamente 20 adultos mais velhos e os seus respetivos filhos ou netos (com idades superiores a 18 anos) de forma a convidar para participarem no estudo. O protocolo foi ainda divulgado nas redes sociais (*Facebook, Messenger, Instagram*) e através do *E-mail*.

A presente investigação tinha como objetivo integrar adultos mais velhos institucionalizados. Para o efeito, foram contactadas, formalmente e via *E-mail*, quatro instituições, durante o mês de março, selecionadas por conveniência e proximidade de acesso: Casa do Povo de Pico de Regalados, Centro Social de Freiriz, Centro Social Vale do Homem e Centro de Apoio à Infância e Terceira Idade- Prado. Dada a impossibilidade de prever quando seria possível a recolha de dados, esta população foi excluída. O processo de recolha de dados foi concluído no final do mês de março, tendo sido recolhidos 324 questionários (destes 74 eram adultos mais velhos e 250 adultos).

3.5. Instrumentos

i. Questionário sociodemográfico

Foi utilizado um questionário sociodemográfico que englobava questões com carácter mais pessoal, mas que não comprometem a confidencialidade do participante que era constituído por questões de escolha múltipla ou de resposta curta e simples, como idade, sexo, nível de escolaridade, situação profissional, estado civil, área de residência (rural, semiurbano e urbano), local de residência (comunidade versus institucional), contacto com adultos mais velhos, tipo de contacto com adultos mais velhos e nível de dependência/ independência.

ii. Questionário de Avaliação de Estereótipos Negativos para a Velhice (CENVE)

No sentido de recolher informação sobre os estereótipos negativos em idade geriátrica, foi utilizado o *Negative Stereotypes Towards Aging Questionnaire* (CENVE), cujos autores são Blanca, Sánchez e Trianes, (2005), traduzido e adaptado por Nunes, Menéndez, Martins e Martins (2018). Esta é uma medida que pretende avaliar os estereótipos negativos do envelhecimento. O questionário é composto por 15 itens, distribuídos por três dimensões: Saúde (5 itens, e.g., “A deterioração cognitiva -perda de memória, desorientação, confusão- é uma parte inevitável do envelhecimento”, Motivação (5 itens, e.g., “As pessoas mais velhas têm menos amigos do que os mais jovens”) e Personalidade (5 itens, e.g., “À medida que as pessoas envelhecem, tornam-se mais rígidas e inflexíveis”). Os sujeitos devem responder aos itens

numa escala de *Likert* de 4 pontos, que vai desde “Muito em desacordo” (1) a “Muito de acordo” (4). Segundo se pode apurar, a análise da fiabilidade mostrou que a consistência interna da escala total era boa, com o alfa de *Cronbach* de .86, demonstrando que todos os itens são importantes para a confiabilidade total. Sendo que pontuações mais elevadas correspondem a um estereótipo de envelhecimento mais negativo.

No presente estudo, a consistência interna do alfa total demonstrou ser igualmente boa, com o alfa de *Cronbach* de .90. Mais especificamente, a consistência interna de cada dimensão que compõem a escala, revelou ser igualmente boa apresentado a dimensão Saúde um alfa de *Cronbach* .80 e as dimensões Motivação e Personalidade um valor do alfa de *Cronbach* .74.

iii. Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15)

Foi ainda utilizado o instrumento *Geriatric Depression Scale-15* (GDS-15) que foi traduzido e adaptado por Apóstolo, Loureiro, Reis, Silva, Cardoso e Sfetcu (2014), este instrumento é constituído por 15 itens (Anexo B). O participante deve responder aos itens numa escala de resposta nominal que varia entre “Sim” e “Não”. Este instrumento pretende rastrear a presença de sintomas depressivos nos adultos mais velhos. A escala está dividida em três fatores, o primeiro fator avalia aspetos da depressão como anedonia, falta de interesse-envolvimento-desmotivação, disforia e, (in)satisfação geral com a vida (6 itens, como por exemplo, “De uma forma geral, está satisfeito (a) com a sua vida”). O segundo fator avalia aspetos da depressão como desvalorização da vida e desânimo, falta de energia/ inércia, reduzido incentivo, sentimentos de inutilidade, desmotivação e isolamento (4 itens, por exemplo, “Prefere ficar em casa, em vez de sair e fazer outras coisas?”). Por fim, o terceiro fator avalia aspetos da depressão como expectativa negativa, desamparo, desesperança e auto-depreciação/reduzida autoestima (5 itens, por exemplo, “Anda com medo que lhe vá acontecer alguma coisa má?”). Segundo se pode apurar, a análise da fiabilidade mostrou que a consistência interna da escala total era boa, com o alfa de *Cronbach* de .83. O alfa de *Cronbach* para cada um dos fatores que compõem a escala revelou uma consistência interna boa no fator 1 com um valor de .78, mas modestas nos fatores 2 e 3, com valores de .59 e .57, respetivamente. Os valores mais elevados indicam maior suspeita de depressão geriátrica.

No presente estudo, a análise da fiabilidade mostrou que a consistência interna da escala total era aceitável, com o alfa de *Cronbach* de .68. Mais especificamente, cada um dos fatores que compõem a escala revelaram uma consistência interna aceitável no fator 1, com um valor de .68, e baixa nos fatores 2 e 3 com um coeficiente de alfa de *Cronbach* de .24 e .25, respetivamente. Dada a baixa consistência interna não serão realizadas análises que integrem estes dois fatores.

3.6. Análises estatísticas

A análise e tratamento dos dados obtidos através da aplicação do questionário foi efetuada com recurso à aplicação informática IBM® SPSS® *Statistics*, versão 23.0™. Após a construção do ficheiro de dados com a introdução das respostas dos participantes do estudo, procederam-se as análises estatísticas.

Foram pedidas as estatísticas descritivas, com o recurso à assimetria e curtose, no sentido de verificar a distribuição normal tanto das variáveis sociodemográficas como das dimensões dos instrumentos utilizados. De seguida, foi realizada uma análise das propriedades psicométricas dos instrumentos GDS-15 e CENVE. A leitura dos alfas foi realizada através dos seguintes critérios: fiabilidade inaceitável $<.6$, fiabilidade baixa $.7$, fiabilidade moderada a elevada $.8-.9$ e fiabilidade elevada $>.9$ (Murphy & Davidsholder, 1988, p. 89 cit in Peterson, 1994).

Com recurso ao teste Kolmogorov-Smirnov, foi realizada uma análise exploratória dos dados, com o intuito de verificar se a amostra segue uma distribuição normal. Os itens apresentaram valores abaixo e acima de $.05$ e, por isso, recorremos a testes paramétricos e não-paramétricos. Para a seleção do teste a utilizar, foi igualmente considerada a natureza das variáveis. De seguida, procedeu-se a uma análise de frequência para descrição das variáveis sociodemográficas da amostra em estudo.

Para a concretização dos objetivos foram utilizados testes de correlação de Spearman (r_s) para explorar a relação entre o CENVE e a GDS-15. A magnitude das correlações foi lida segundo os seguintes critérios: $<.20$ muito baixa, $\geq.20$ a $<.40$ - baixa, $\geq.40$ a $.70$ moderada, $\geq.70$ a $<.90$ - alta e $\geq .90$ muito alta (Bryman & Cramer, 2003). Foram ainda utilizados os testes Mann-Whitney (U) e Kruskal-Wallis (χ^2) com o intuito de explorar as diferenças relativamente ao sexo, escolaridade, estado civil, idade, área de residência e perceção de saúde tanto no CENVE como na GDS-15. O tamanho do efeito foi lido com o recurso ao d de Cohen, tendo em conta os seguintes critérios: $.10$ a $.29$ - baixo efeito, $.30$ a $.49$ - efeito médio e $.50$ a 1 - alto efeito (Cohen 1988, cit in Pallant, 2007).

3.7. Amostra

A amostra é constituída por 72 adultos mais velhos de nacionalidade portuguesa, maioritariamente do sexo feminino ($n = 53$, 73.6%), com idades compreendidas entre os 65 e os 91 anos ($M = 73.72$, $DP = 5.85$ anos), na sua maioria são casados (59.7%) e a residir em meio rural (48.6%). Em relação à escolaridade, 55.6% completaram o ensino primário.

Atualmente, 93.1% estavam reformados e 6.9% empregados. Dos inquiridos, 91.7% afirmaram ter filhos e destes 86.1% referiram também ter netos (Tabela 1).

Tabela 1

Descrição da amostra (N = 73)

Variável	Grupos	<i>n</i>	%
Sexo	Feminino	53	73.6
	Masculino	19	26.4
Idade	$X = 73.72$ anos; $DP = 5.85$		
	65-74 anos	42	58.3
	75-84 anos	28	38.9
	85 ou mais	2	2.8
Estado civil	Solteiro sem relação de namoro	4	5.6
	Casado	43	59.7
	Divorciado/separado	3	4.2
	Viúvo	22	30.6
Área de residência	Rural	35	48.6
	Urbana	28	38.9
	Semiurbana	9	12.5
Escolaridade	Não sabe ler nem escrever	2	2.8
	Sabe ler/escrever, sem grau ensino	10	13.9
	Ensino primário	40	55.6
	Ensino preparatório	6	8.3

	Ensino secundário	6	8.3
	Ensino médio	3	4.2
	Ensino universitário	5	6.9
Situação profissional	Empregado	5	6.9
	Reformado	67	93.1

4. Resultados

4.1. Correlações de Spearman entre as dimensões dos estereótipos negativos (CENVE) e os fatores da depressão geriátrica (GDS-15)

Foi utilizado o teste r_s de Spearman para avaliar a relação entre os estereótipos negativos (Saúde, Motivação e Personalidade) e a depressão geriátrica (Fator 1 e GDS-15 Total). A Saúde apresentou uma correlação significativa positiva de magnitude baixa com o Fator 1 ($r_s = .35, p = .003$) e uma correlação significativa positiva de moderada magnitude com a GDS-15 Total ($r_s = .69, p = <.001$). A Motivação apresentou uma correlação significativa positiva, de magnitude moderada com a GDS-15 Total ($r_s = .64, p = <.001$). A correlação entre a Motivação e o Fator 1 ($r_s = .22, p = .058$) não foi significativa. Por fim, a Personalidade apresentou uma correlação positiva com magnitude alta com a GDS-15 Total ($r_s = .77, p = <.001$). A correlação entre a Personalidade e o Fator 1 ($r_s = .16, p = .168$) não foi significativa.

Tabela 2

Correlações de Spearman entre as dimensões dos estereótipos negativos (CENVE) e os fatores da depressão geriátrica (GDS-15)

CENVE	GDS-15 Fator 1	GDS-15 Total
Saúde	.35**	.69**
Motivação	.22	.64**
Personalidade	.16	.77**

Nota. * $p < .05$

4.2. Diferenças nas dimensões dos estereótipos negativos (CENVE) e nos fatores de depressão geriátrica (GDS-15) em função da percepção subjetiva de saúde

Com recurso ao teste Kruskal-Wallis (χ^2), exploraram-se as diferenças nas dimensões dos estereótipos negativos em função da percepção de saúde. Contudo, as diferenças foram não significativas.

Tabela 3

Diferenças nas dimensões dos estereótipos negativos (CENVE) em função da percepção de saúde

	Muito boa (n = 1)	Boa (n = 18)	Regular (n = 47)	Má (n = 4)	Não sei (n = 2)		
	OM	OM	OM	OM	OM	χ^2	p
Saúde	30.50	31.06	36.73	56.38	43.25	5.169	.270
Motivação	30.00	37.58	35.86	38.88	40.25	.306	.989
Personalidade	18.50	38.25	35.22	49.00	34.75	2.512	.643

Nota. OM = Ordem Média; χ^2 = Distribuição do Qui-quadrado; p = nível de significância; *p<.05

Com o mesmo objetivo foi utilizado o teste Kruskal-Wallis (χ^2) para explorar as diferenças na depressão geriátrica em função da percepção de saúde. Os resultados revelaram diferenças estatisticamente significativas no Fator 1. Aplicando o teste U de Mann-Whitney com a correção de Bonferroni ($p < .005$), as diferenças foram encontradas entre ter uma boa e má percepção de saúde, demonstrando existir mais aspetos de depressão geriátrica como anedonia, falta de interesse-envolvimento-desmotivação, disforia e (in)satisfação geral com a vida em indivíduos que classificam a sua saúde como má em comparação com os indivíduos que avaliam a sua com uma boa saúde. Após ser calculado o efeito, percebeu-se que existe um baixo efeito ($d = .006$).

Tabela 4

Diferenças nos fatores da depressão geriátrica (GDS-15) em função da percepção de saúde

	Muito boa (n = 1)	Boa (n = 18)	Regular (n = 47)	Má (n = 4)	Não sei (n = 2)

	OM	OM	OM	OM	OM	χ^2	p
Fator 1	66.50	28.22	35.65	62.88	63.25	15.855	.003
GDS-15 Total	29.50	33.81	35.28	61.63	42.75	6.627	.157

Nota. OM = Ordem Média; χ^2 = Distribuição do Qui-quadrado; p = nível de significância; *p<.05

4.3. Diferenças nas dimensões dos estereótipos negativos (CENVE) e nos fatores da depressão geriátrica (GDS-15) em função da área de residência

Recorreu-se ao teste Kruskal-Wallis (χ^2) para analisar as diferenças de estereótipos negativos em função da área de residência. Os resultados demonstraram existir diferenças estatisticamente significativas nas dimensões Saúde e Personalidade. Aplicando o teste de U de Mann-Whitney com a correção de Bonferroni ($p < .02$), foi possível assumir que as diferenças, na dimensão Saúde, se encontravam entre residir em meio rural e urbano, demonstrando existir mais estereótipos negativos nos indivíduos que vivem em meio rural comparativamente aos indivíduos que vivem em meio urbano. Após ser calculado o tamanho do efeito percebeu-se que este é baixo ($d = .004$). Foram igualmente encontradas diferenças entre o meio rural e semiurbano, demonstrando que indivíduos que vivem em meio rural apresentam mais estereótipos negativos em relação à saúde, comparativamente a indivíduos que vivem em meio semiurbano, sendo o tamanho do efeito baixo ($d = .006$).

A dimensão Personalidade demonstrou existir diferenças estatisticamente significativas entre os indivíduos que vivem em meio rural e urbano. À semelhança do que acontecia na dimensão anterior, os indivíduos que vivem em meio rural apresentaram mais estereótipos negativos sobre a personalidade comparativamente aos indivíduos que vivem em meio urbano, o tamanho do efeito é igualmente baixo ($d = .004$). A dimensão Motivação não demonstrou existir diferenças estatisticamente significativas.

Tabela 5

Diferenças nas dimensões dos estereótipos negativos (CENVE) em função da área de residência

	Rural (n = 35)	Urbana (n = 28)	Semiurbana (n = 9)		
	OM	OM	OM	χ^2	p
Saúde	44.21	31.63	21.67	10.895	.004

Motivação	41.77	31.20	32.50	4.378	.112
Personalidade	43.90	30.05	27.78	8.700	.013

Nota. OM = Ordem Média; χ^2 = Distribuição do Qui-quadrado; p = nível de significância; * $p < .05$

Com o mesmo objetivo, recorreu-se ao teste Kruskal-Wallis (χ^2) para analisar as diferenças nos fatores de depressão geriátrica em função da área de residência. Os resultados demonstraram existir diferenças estatisticamente significativas na GDS-15 Total. Aplicando o teste de U de Mann-Whitney com a correção de Bonferroni ($p < .02$), foi possível assumir que as diferenças se encontravam entre residir em meio rural e urbano, demonstrando existir maiores níveis de depressão geriátrica nos indivíduos que vivem em meio rural comparativamente aos indivíduos que vivem em meio urbano. Com o recurso ao d de Cohen calculou-se o tamanho do efeito, que revelou ser baixo ($d = .003$). O Fator 1 não demonstrou existir diferenças estatisticamente significativas.

Tabela 6

Diferenças nos fatores da depressão geriátrica (GDS-15) em função da área de residência

	Rural ($n = 35$)	Urbana ($n = 28$)	Semiurbana ($n = 9$)		
	OM	OM	OM	χ^2	p
Fator 1	41.00	32.16	32.50	3.429	.180
GDS-15 Total	43.16	29.02	33.89	7.386	.025

Nota. OM = Ordem Média; χ^2 = Distribuição do Qui-quadrado; p = nível de significância; * $p < .05$

4.4. Diferenças nas dimensões dos estereótipos negativos (CENVE) e nos fatores da depressão geriátrica (GDS-15) em função do sexo (masculino e feminino)

Foi conduzido um teste U de Mann-Whitney de modo a analisar as diferenças entre homens e mulheres nos estereótipos negativos. Tal como se pode verificar (Tabela 7), não revelou diferenças estatisticamente significativas em qualquer dimensão. Verificando-se, no entanto, pontuações mais elevadas no sexo feminino em todas as dimensões.

Tabela 7

Diferenças nas dimensões dos estereótipos negativos (CENVE) em função do sexo (masculino, feminino)

	Feminino (<i>n</i> = 53)	Masculino (<i>n</i> = 19)		
	<i>OM</i>	<i>OM</i>	<i>U</i>	<i>p</i>
Saúde	39.00	29.53	371.00	.089
Motivação	39.11	29.21	365.00	.076
Personalidade	38.65	30.50	389.50	.143

Nota. *OM* = Ordem Média; *U* = Mann-Whitney; *p* = nível de significância **p* < .05

No mesmo sentido, foi utilizado um teste *U* de Mann-Whitney para explorar se existem diferenças significativas nos fatores da depressão geriátrica entre homens e mulheres. Tal como podemos verificar (Tabela 8), foram encontradas diferenças estatisticamente significativas na GDS-15 Total, demonstrando que o sexo feminino apresenta maiores níveis de depressão, comparativamente ao sexo masculino. Após ser calculado o tamanho do efeito através do *d* de Cohen, percebeu-se que o tamanho do efeito é baixo (*d* = .003). No Fator 1, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas.

Tabela 8

Diferenças nos fatores da depressão geriátrica (GDS-15) em função do sexo (masculino, feminino)

	Feminino (<i>n</i> = 53)	Masculino (<i>n</i> = 19)		
	<i>OM</i>	<i>OM</i>	<i>U</i>	<i>p</i>
Fator 1	37.93	32.50	427.50	.311
GDS-15 Total	39.66	27.68	336.00	.031

Nota. *OM* = Ordem Média; *U* = Mann-Whitney; *p* = nível de significância; **p* < .05

4.5. Diferenças nas dimensões dos estereótipos negativos (CENVE) e nos fatores da depressão geriátrica (GDS-15) em função das classes etárias

Com recurso ao teste Kruskal-Wallis (χ^2), analisamos diferenças entre as dimensões dos estereótipos negativos em função da idade. Contudo, não foi possível encontrar diferenças estatisticamente significativas em qualquer das dimensões.

Tabela 9

Diferenças nas dimensões dos estereótipos negativos (CENVE) em função das classes etárias

	65-74 anos (n = 42)	75-84 anos (n = 28)	85 ou mais (n = 2)		
	OM	OM	OM	χ^2	p
Saúde	36.45	37.16	28.25	.342	.843
Motivação	35.90	37.32	37.50	.082	.960
Personalidade	35.08	38.89	32.75	.630	.730

Nota. OM = Ordem Média; χ^2 = Distribuição do Qui-quadrado; p = nível de significância; *p<.05

Com o mesmo objetivo, foi aplicado o teste Kruskal-Wallis (χ^2) para explorar as diferenças nos fatores da depressão geriátrica em função da idade. Tal como podemos verificar (Tabela 10), não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas em qualquer um dos fatores.

Tabela 10

Diferenças nos fatores da depressão geriátrica (GDS-15) em função das classes etárias

	65-74 anos (n = 42)	75-84 anos (n = 28)	85 ou mais (n = 2)		
	OM	OM	OM	χ^2	p
Fator 1	34.62	40.05	26.25	1.770	.413
GDS-15	33.24	42.80	16.75	5.434	.066
Total					

Nota. OM = Ordem Média; χ^2 = Distribuição do Qui-quadrado; p = nível de significância; *p<.05

4.6. Diferenças nas dimensões dos estereótipos negativos (CENVE) e nos fatores da depressão geriátrica (GDS-15) em função do estado civil

Com o intuito de explorar diferenças nas dimensões dos estereótipos em função do estado civil, recorremos ao teste Kruskal-Wallis (χ^2). Foi possível encontrar diferenças estatisticamente significativas na dimensão Saúde. Aplicando o teste *U* de Mann-Whitney com a correção de Bonferroni ($p < .008$), as diferenças foram encontradas entre casados e viúvos, o que indica que indivíduos viúvos apresentam mais estereótipos negativos em relação à Saúde do que indivíduos casados. Porém, o tamanho do efeito foi baixo ($d = .004$). Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas nas dimensões Motivação e Personalidade.

Tabela 11

Diferenças nas dimensões dos estereótipos negativos (CENVE) em função do estado civil

	Solteiro sem relação de namoro (<i>n</i> = 4)	Casado (<i>n</i> = 43)	Divorciado (<i>n</i> = 3)	Viúvo (<i>n</i> = 22)		
	<i>OM</i>	<i>OM</i>	<i>OM</i>	<i>OM</i>	χ^2	<i>p</i>
Saúde	41.13	31.55	25.83	46.80	8.788	.032
Motivação	25.50	33.29	34.00	45.11	5.927	.115
Personalidade	39.38	34.37	19.33	42.48	4.386	.223

Nota. *OM* = Ordem Média; χ^2 = Distribuição do Qui-quadrado; *p* = nível de significância; * $p < .05$

No mesmo sentido, foi utilizado o teste Kruskal-Wallis (χ^2) para testar diferenças na depressão geriátrica em função do estado civil. Os resultados não revelam diferenças significativas em qualquer um dos fatores.

Tabela 12

Diferenças nos fatores da depressão geriátrica (GDS-15) em função do estado civil

	Solteiro sem relação de namoro (<i>n</i> = 4)	Casado (<i>n</i> = 43)	Divorciado (<i>n</i> = 3)	Viúvo (<i>n</i> = 22)
--	--	----------------------------	-------------------------------	---------------------------

	OM	OM	OM	OM	χ^2	<i>p</i>
Fator 1	35.13	32.45	44.00	43.64	4.971	.174
GDS-Total	33.63	34.19	23.17	43.36	4.258	.235

Nota. OM = Ordem Média; χ^2 = Distribuição do Qui-quadrado; *p* = nível de significância; **p*<.05

4.7. Diferenças nas dimensões dos estereótipos negativos (CENVE) e nos fatores da depressão geriátrica (GDS-15) em função dos níveis de escolaridade

Recorreu-se ao teste Kruskal-Wallis (χ^2) para explorar diferenças nas dimensões dos estereótipos negativos (CENVE) em função da escolaridade. Os resultados revelaram diferenças estatisticamente significativas nas dimensões Motivação e Personalidade. Aplicando o teste *U* de Mann-Whitney com a correção de Bonferroni (*p* < .002), não foi possível assumir diferenças estatisticamente significativas entre os grupos em qualquer das dimensões. Contudo, importa salientar que nas dimensões Motivação e Personalidade verificam-se pontuações mais elevadas no grau ‘não sabe ler nem escrever’ comparativamente ao grau ‘ensino universitário’. O que pode indicar uma tendência para maiores níveis de estereótipos negativos na população sem escolarização.

Tabela 13

Diferenças nas dimensões dos estereótipos negativos (CENVE) em função dos níveis de escolaridade

	NS (<i>n</i> = 2)	SL (<i>n</i> = 10)	EP (<i>n</i> = 40)	EPRE (<i>n</i> = 6)	ES (<i>n</i> = 6)	EM (<i>n</i> = 3)	EU (<i>n</i> = 5)		
	OM	OM	OM	OM	OM	OM	OM	χ^2	<i>p</i>
S	46.00	50.55	37.76	34.50	21.00	30.00	19.40	12.149	.059
M	54.00	46.80	37.59	39.08	20.92	39.17	14.20	13.164	.041
P	52.50	46.60	40.18	31.17	20.08	30.00	10.50	17.024	.009

Nota. OM = Ordem Média; χ^2 = Distribuição do Qui-quadrado; *p* = nível de significância; S = Saúde; M = Motivação; P = Personalidade; NS = Não sabe ler nem escrever; SL = Sabe ler e escrever sem grau de ensino; EPRE = Ensino Preparatório; ES = Ensino Secundário; Ensino Médio; Ensino Universitário; **p*<.05;

Foi utilizado o teste Kruskal-Wallis (χ^2) para explorar diferenças na depressão geriátrica em função da escolaridade. Os resultados demonstrar existir diferenças estatisticamente significativas na GDS-15 Total. Aplicando o teste *U* de Mann-Whitney com a correção de Bonferroni ($p < .002$), as diferenças foram encontradas entre saber ler e escrever sem grau de ensino e o ensino secundário, demonstrando existir maiores níveis de depressão geriátrica nos indivíduos que sabem ler e escrever sem grau de ensino comparativamente aos indivíduos que possuem o ensino secundário. Após ser calculado o tamanho do efeito percebeu-se que o tamanho do efeito é baixo ($d = .002$).

Foram igualmente encontradas diferenças significativas entre os indivíduos que possuem o ensino primário e indivíduos que possuem o ensino secundário, demonstrando existir maiores níveis de depressão geriátrica nos indivíduos com ensino primário comparativamente aos indivíduos que possuem o ensino secundário, sendo o tamanho do efeito baixo ($d = .005$). O Fator 1 não revelou diferenças estatisticamente significativas.

Tabela 14

Diferenças nos fatores da depressão geriátrica (GDS-15) em função dos níveis de escolaridade

	NS (<i>n</i> = 2)	SL (<i>n</i> = 10)	EP (<i>n</i> = 40)	EPREP (<i>n</i> = 6)	ES (<i>n</i> = 6)	EM (<i>n</i> = 3)	EU (<i>n</i> = 5)		
	OM	OM	OM	OM	OM	OM	OM	χ^2	<i>p</i>
F	42.75	41.85	38.28	28.42	26.25	34.33	32.40	4.003	.676
G	49.00	52.15	40.28	28.58	11.08	25.50	16.60	23.057	.001

Nota. OM = Ordem Média; χ^2 = Distribuição do Qui-quadrado; *p* = nível de significância; F = Fator 1; G = GDS-15 Total; NS = Não sabe ler nem escrever; SL = Sabe ler e escrever sem grau de ensino; EPRE = Ensino Preparatório; ES = Ensino Secundário; Ensino Médio; Ensino Universitário; * $p < .05$

5. Discussão

O presente estudo pretendia explorar as relações entre os estereótipos negativos sobre a velhice, a depressão geriátrica, a percepção subjetiva de saúde e as variáveis sociodemográficas em adultos mais velhos. No que se refere à influência da variável estereótipos negativos na depressão geriátrica, a literatura é consensual ao referir que maiores percepções estereotipadas sobre o envelhecimento predizem maior predisposição para o desenvolvimento de depressão (Bai, Lai, & Guo, 2016; Freeman et al., 2016; Kim, Noh & Chun, 2016; Lyons et al., 2017). A

presente investigação vai ao encontro aos estudos alcançados, pois os estereótipos negativos mostraram-se moderadamente e fortemente correlacionados com a depressão geriátrica. Considerando, por conseguinte, que quanto mais estereótipos, maior probabilidade de desenvolver depressão geriátrica- apoiando assim a H1.

Segundo a literatura, a percepção subjetiva de saúde está associada a maiores experiências de idadeísmo, demonstrando que níveis mais baixos de estereótipos negativos estão relacionados com boas percepções subjetiva de saúde (Heywood et al., 2019). Consequentemente, boas percepções de saúde predizem percepções mais positivas sobre o próprio processo de envelhecimento (Helses & Pachana, 2015). Contudo, na presente investigação não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas, refutando desta forma a H2. Não nos parece existir um motivo para obter tais resultados, contudo, tendo em consideração que 65.3% da amostra avaliaram a sua saúde como regular e, tendo em consideração que não existiu uma diversidade de respostas (tanto para percepções negativas como positivas), pensa-se que tal facto tenha contribuído para não encontrar diferenças significativas.

Na presente investigação, foram alcançadas diferenças estatisticamente significativas nos estereótipos negativos em função da área de residência, nomeadamente, nas dimensões Saúde e Personalidade. Na dimensão Personalidade, as diferenças alcançadas encontravam-se entre meio rural e meio urbano. Por sua vez, na dimensão Saúde, as diferenças encontravam-se entre meio rural e urbano e, entre meio rural e semi-urbano, em ambos os casos, os resultados demonstraram existir uma prevalência de estereótipos negativos nos indivíduos que vivem em meio rural. Porém, a literatura alcançada, afirma que adultos mais velhos a viver em áreas metropolitanas são mais propensos a relatar experiências de idadeísmo em comparação aos adultos mais velhos a viver em meio rural (Kim, Noh, & Chun, 2016), invalidando desta forma a H3. Não parece existir uma razão óbvia para termos alcançado tais resultados, contudo, pensamos serem influenciados pela disparidade na distribuição de indivíduos a nível da área de residência, isto é, pela falta de homogeneidade na distribuição dos participantes pelas diferentes áreas.

Vários autores sugerem não ter alcançado diferenças estatisticamente significativas entre homens e mulheres (Ferreira-Alves & Novo, 2006; Palacios, Torres, & Mena, 2009; Heywood et al., 2019), revelando que ambos percebem os estereótipos negativos de igual forma. Contudo, Sargent-Cox e Anastey (2014) alcançaram diferenças significativas, evidenciando que ser mulher estava associado a maiores estereótipos. Na presente investigação, não foram alcançadas diferenças estatisticamente significativas, no entanto, à semelhança do que aconteceu no estudo anteriormente mencionado, verificaram-se pontuações mais elevadas

no sexo feminino em todas as dimensões.

A idade mais avançada- entre os 81 e os 94 anos- está relacionada com uma maior prevalência de estereótipos negativos (Sargent-Cox & Anastey, 2014), sendo que esta faixa etária revela maiores níveis de experiências de serem ignorados, alvo de generalizações associadas à perda de audição fruto da idade e, uma diminuída capacidade de compreensão (Ferreira-Alves & Novo 2006). Para além disto e, apesar de contraditório, no estudo realizado por Palacios, Torres e Mena (2009), os autores encontraram maiores níveis de estereótipos na faixa etária entre os 76 e os 80 anos, nas dimensões Saúde, Motivação e Social. Porém, indivíduos acima dos 80 anos apresentavam menos crenças estereotipadas comparativamente à faixa etária anterior. Os autores referem que os seus achados são contraditórios com a maioria da literatura. Contudo, e em relação à dimensão Saúde, a idade mais avançada (acima dos 80 anos) é marcada por maior declínio físico, no entanto, esta faixa etária mantém maiores perceções favoráveis de saúde, de qualidade de vida e elevado otimismo, demonstrando a necessidade de se considerar dimensões subjetivas de bem-estar na avaliação dos estereótipos negativos (Paúl, Ayis, & Ebrahim, 2007). As diferenças estatisticamente significativas na dimensão Motivação e Social, são justificadas pelas crenças de que à medida que os indivíduos envelhecem, diminuem os seus interesses vitais e não se desenvolvem em novas relações sociais (Palacios, Torres, & Mena, 2009). Estes estudos evidenciam a inconsistência bibliográfica no que se refere a esta variável. Todavia, na presente investigação, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas, não revelando existir, na presente amostra, diferenças relevantes na distribuição dos estereótipos consoante a idade. No entanto, no estudo de Ferreira-Alves e Novo (2006), a amostra integrava indivíduos institucionalizados que, por conseguinte, se encontravam diariamente em contacto com profissionais de saúde. Tendo em consideração que o estudo revela que os indivíduos se sentem mais estigmatizados pelos profissionais e por outras pessoas que pressupõem, *à priori*, que os adultos mais velhos não ouvem bem ou não compreendem bem e tendo como referência que a atual investigação não incluiu este subgrupo amostral, revela-se importante ter em consideração estes fatores como possíveis influenciadores dos resultados.

Em relação ao estado civil, a maioria da literatura alcançada não revelou diferenças estatisticamente significativas (Ferreira-Alves & Novo, 2006; Palacios, Torres, & Mena, 2009). No entanto, Heywood e colaboradores (2019), revelaram que indivíduos sem parceiro íntimo apresentam níveis significativamente mais elevados de estereótipos. A presente investigação, vai parcialmente ao encontro deste estudo pois foram alcançadas diferenças estatisticamente significativas em relação à dimensão Saúde, revelando existir mais estereótipos negativos junto

de indivíduos viúvos comparativamente aos indivíduos casados no que se refere a esta dimensão. Tendo em consideração que os achados encontrados foram na dimensão Saúde e que as pontuações mais elevadas foram registadas nos indivíduos viúvos, pensasse que os resultados poderão estar associados à perda dos respetivos cônjuges e, conseqüentemente, à possível deterioração ao nível da saúde antes do falecimento.

Palacios, Torres e Mena (2009) sugerem que a escolaridade está relacionada com a frequência de estereótipo negativos. Nomeadamente, nas dimensões Saúde e Personalidade-Carácter, o estudo destes autores revelou que à medida que o grau de escolaridade aumenta, diminuem os estereótipos relacionados com esta dimensão. No estudo realizado por Ferreira-Alves e Novo (2006), foram igualmente encontradas diferenças na perceção de discriminação, no entanto, os autores não conseguiram estabelecer uma relação linear entre as variáveis. A presente investigação revelou igualmente existir diferenças. Contudo, à semelhança do estudo anterior, não foi possível assumir diferenças estatisticamente significativas entre os grupos em qualquer uma das dimensões revelando, no entanto, nas dimensões Motivação e Personalidade, pontuações mais elevadas no grau ‘não sabe ler nem escrever’ comparativamente ao grau ‘ensino universitário’, demonstrando-se parcialmente de acordo com o estudo de Palacios, Torres e Mena (2009). Tal poderá indicar uma tendência para maiores níveis de estereótipos negativos referentes a estas dimensões, na população sem escolarização, contudo, considera-se pertinente realçar que as amostras de ambos os subgrupos não são representativas.

No que concerne à prevalência de depressão em termos de sexo, a literatura refere uma maior prevalência no sexo feminino (Drago & Martins, 2012; Ramos et al., 2015), mesmo nos casos em que não se verificam diferenças estatisticamente significativas, o sexo masculino apresenta um número menor de sintomatologia depressiva (Frade et al., 2015). O presente estudo está em conformidade com a literatura alcançada, uma vez que a GDS-total alcançou maiores pontuações no sexo feminino, corroborando assim a H4. Segundo a literatura, existem várias explicações para estas diferenças. As mulheres adultas mais velhas têm uma maior prevalência dos fatores sociais e de saúde considerados de risco (e.g., níveis mais baixos de educação, baixos rendimentos e níveis mais elevados de comorbilidade com outras perturbações; Zunzunegui et al., 1998). Para além disto, apresentam maior exposição ao *stress*, maior isolamento social e maior incapacidade física ou falta de saúde (Vaz & Gaspar, 2011). Outros possíveis fatores explicativos são o facto de as mulheres viverem, em média, mais do que os homens, conseqüentemente, idades mais avançadas estão associadas a maiores incidências de doenças crônicas, nomeadamente a depressão. Além de que alterações hormonais como a diminuição da autoestima, as reduções da concentração, da memória e da libido, podem

também contribuir para a manifestação de sintomas depressivos (Nogueira, Rubin, Giacobbo, Gomes, & Cataldo Neto, 2014).

Quanto à idade, verificamos que a literatura afirma que quanto maior esta for, maior será a tendência para encontrarmos adultos mais velhos depressivos. Contudo, esta relação é por vezes influenciada por outros fatores que ocorrem concomitantemente, nomeadamente, o luto, a situação económica e o aparecimento de doenças (Drago & Martins, 2012). Na presente investigação não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas, contestando a H5. Porém, os adultos mais velhos com idade superior a 80 anos, da presente investigação, não são significativos, podendo, por conseguinte, influenciar os resultados obtidos. Para além disto, se tomarmos como referência os fatores concomitantes supramencionados como possíveis influenciadores de depressão, podemos afirmar que a maioria da amostra do estudo não revelou possuir outras doenças (62.5%) e na sua generalidade são ainda casados.

A situação conjugal tem sido estudada como um possível fator relacionado com a depressão geriátrica. A literatura refere que a condição de não ter companheiro (divorciados, viúvos e solteiros) está relacionada com uma maior prevalência de sintomatologia depressiva (Drago & Martins, 2012; Frade et al., 2015; Ramos et al., 2015; Sousa et al., 2017). A solidão, junto dos indivíduos sem parceiro íntimo, é uma possível justificação para o desenvolvimento destes sintomas. Por conseguinte, alguns estudos afirmam que a perda do parceiro está associada a um declínio na saúde mental e física, verificando-se ocorrência de sintomas depressivos no período de 2 a 6 meses após a perda. Este pode representar um evento de sobrecarga, aumentando a vulnerabilidade (Sousa, Nunes, Guimarães, Cabrita, Cavadas, & Alves, 2010; Aguiar, Marques, Silva, Costa, Ramos, & Leal, 2014). Contudo, a presente investigação não encontrou diferenças significativas em relação ao estado civil, refutando assim a H6. Tal como ocorre na variável anterior, este resultado deve ser lido com a devida cautela, tendo em conta que o número de participantes casados era significativamente mais elevado.

Segundo Ramos e colaboradores (2015) a sintomatologia depressiva está associada a má perceção subjetiva de saúde. Os resultados da presente investigação vão de encontro à literatura, pois demonstraram existir mais aspetos de depressão geriátrica como anedonia, falta de interesse-envolvimento-desmotivação, disforia e (in)satisfação geral com a vida em indivíduos que classificam a sua saúde como má- apoiando desta forma a H7.

Drago e Martins (2012) afirmaram que a escolaridade não estava relacionada com o desenvolvimento de depressão geriátrica. Contudo, na investigação de Ramos e colaboradores (2015) os autores averiguaram que não saber ler estava associado ao desenvolvimento de sintomatologia depressiva. A presente investigação vai de encontro a estes autores, uma vez

que, foram encontradas diferenças. Demonstrando existir maiores níveis de depressão geriátrica nos indivíduos que sabem ler e escrever sem grau de ensino comparativamente aos indivíduos que possuem o ensino secundário, bem como nos indivíduos com ensino primário comparativamente aos indivíduos que possuem o ensino secundário. Em suma, quanto menor a escolaridade maior a probabilidade de desenvolver depressão geriátrica.

Embora Disu, Anne, Griffith e Mamun (2019) tenham encontrado maior prevalência de sintomatologia depressiva nos indivíduos que viviam em meio rural, os autores afirmam que este resultado pode ter sido influenciado por outros fatores (amostra considerada relativamente pequena e recrutada por conveniência). Consecutivamente, a maioria da literatura afirma que é no meio urbano que podemos encontrar uma maior prevalência desta perturbação (El-Gilany et al., 2018). A presente investigação está em conformidade com estes resultados, demonstrando existir uma maior prevalência de depressão geriátrica no meio urbano. Em contexto rural os adultos mais velhos têm uma maior probabilidade de viver no seio da sua família extensa, integrando uma relação mais próxima com os seus familiares, permitindo diminuir a exclusão social que, por conseguinte, funciona como fator predisponente para o desenvolvimento de depressão (El-Gilany et al., 2018).

6. Limitações e vantagens

Não descorando o contributo da presente investigação, consideramos da mesma forma pertinente, ressaltar que os resultados obtidos não deverão ser tidos em conta sem uma consideração das limitações implícitas na investigação. Tais limitações, são marcadas primeiramente pelos alfas de *Cronbach* obtidos nos fatores da GDS-15, uma vez que não nos permitiu estudar todos os fatores desta escala na presente amostra. Também se acresce o tamanho reduzido da amostra e o facto de ser uma amostra de conveniência, circunscrita, impossibilitando a generalização dos resultados obtidos. Mais se acresce que, o facto de este não ser um estudo longitudinal, também se apresenta como um critério limitador ao estudo, não permitindo estabelecer relações de causa efeito entre as variáveis, mas apenas e só correlatos. Os protocolos foram emitidos e recolhidos maioritariamente via *online* e numa época de pandemia provocada pelo novo *Covid-19*, o que limitou o acesso e a participação dos adultos mais velhos. Para além disto, prevê-se uma maior probabilidade de algumas respostas terem sido enviesadas por tais condições. O facto de a recolha ter sido conduzida no período pandémico, poderá ter introduzido viés de resposta, mostrando-se importante replicar o estudo num período mais adequado.

Por fim, assume-se como pertinente ao presente estudo, uma replicação deste quer em

amostras comunitárias, como a deste estudo, quer em amostras de indivíduos institucionalizados. Também consideramos que, em estudos futuros, sejam adicionadas à investigação entrevistas de modo a que lhes seja permitida a obtenção de informações mais detalhadas e rigorosas. Tomando como ponto de partida que compreender um comportamento como discriminatório implica um conhecimento sobre o que são comportamentos discriminatórios em relação à idade, seria importante integrar questões direcionadas a esta temática, de forma a compreender se a precessão de estereótipos é influenciada pela falta de conhecimento real sobre a temática.

7. Conclusão

Durante o período entre 2010 e 2050 espera-se um decréscimo populacional. Aliado a este, Portugal sofrerá um agravamento da população adulta mais velha, particularmente acentuada na região Norte (Vaz & Gaspar, 2011), região onde foi aplicada a presente investigação. Consequentemente, urge a necessidade de estudar o processo de envelhecimento bem como os possíveis fatores que podem contribuir para a diminuição da saúde mental nesta população.

A presente investigação assume um papel importante na contribuição e compreensão no que concerne à temática dos estereótipos negativos sobre a velhice e depressão geriátrica. Da mesma forma, a investigação providencia novos resultados e mais recentes, assumindo também um papel preponderante face à escassez de estudos que relacionem as duas variáveis no seio do panorama nacional. Para além disto, a investigação assenta numa população adulta mais velha, permitindo desta forma alcançar estereótipos que influenciam o próprio processo de envelhecimento destes.

Como principais resultados destacam-se as diferenças encontradas nos estereótipos em relação à área de residência, uma vez que, contrariamente ao esperado, na presente investigação os maiores níveis de estereótipos foram alcançados na população rural que poderão ter sido influenciados pelos menores níveis de literacia. Para além disto, na depressão geriátrica destaca-se a falta de relação entre esta variável, a situação conjugal e a idade, resultados contraditórios à literatura, que pensamos terem sido influenciados pelos fatores anteriormente mencionados. Os resultados obtidos em relação à situação conjugal poderão ter sido influenciados pelo número de participantes casados ser significativamente mais elevado. No que concerne à idade, considera-se que a amostra com 80 anos ou mais também não é significativa. Destacamos ainda a relação entre as variáveis estereótipos negativos e depressão geriátrica, pois revelam a necessidade de contínuos estudos sobre a temática e demonstram a urgência de reeducar a

população geral sobre o processo de envelhecimento real, de forma a quebrar estereótipos que podem contribuir para o aumento da depressão nos adultos mais velhos. Consideramos ainda que a presente investigação contribui para alertar para a pertinência de investimento dos profissionais de psicologia nesta área, de forma a que seja possível investir na psicoeducação fornecida aos profissionais que trabalham com esta população, com a finalidade de cessar atitudes idadistas.

8. Referências bibliográficas

- Aguiar, A., Marques, A., Silva, E., Costa, T., Ramos, R., & Leal, M. (2014). Prevalência e determinantes de sintomatologia depressiva em idosos assistidos em serviço ambulatorial. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 17(4), 853-866. doi: 10.1590/1809-9823.2014.13198
- Allport, G. W. (1954). *The Nature of Prejudice*. Boston: Addison-Wesley Publishing Company. Disponível em: https://faculty.washington.edu/caporaso/courses/203/readings/allport_Nature_of_prejudice.pdf
- Apóstolo, J. L., Loureiro, L. M., Reis, I. A., Silva, I. A., Cardoso, D. F., & Sfetcu, R. (2014). Contribuição para a adaptação da Geriatric Depression Scale-15 para a língua portuguesa. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(3), 65-73. doi:10.12707/RIV14033
- Ayalon, L. & Tesch-Römer, C. (2017). Taking a closer look at ageism: Self- and other-directed ageist attitudes and discrimination. *European Journal of Ageing*, 14(1), 1-4. doi: 10.1007/s10433-016-0409-9
- Bai, X., Lai, D. W., & Guo, A. (2016). Ageism and Depression: Perceptions of Older People as a Burden in China. *Journal of Social Issues*, 72(1), 26-46. doi:10.1111/josi.12154.
- Beck, A. T. (2002). Cognitive models of depression. In A. Leahy, R., & Dowd, E. (Eds.), *Clinical advances in cognitive psychotherapy: Theory and application*, 29-61. New Your: Springer Publishing Company.
- Celejewski, I. & Dion, K. K. (1998). Self-Perception and Perception of Age Groups as a Function of the Perceiver's Category Membership. *The International Journal of Aging and Human Development*, 47(3), 205-216. doi:10.2190/gl4r-fj7g-xgek-mrr6
- Daniel, F., Antunes, A., & Amaral, I. (2015). Representações sociais da velhice. *Análise Psicológica*, 33(3), 291-301. doi:10.14417/ap.972
- Dionigi, R. A. (2015). Stereotypes of Aging: Their Effects on the Health of Older Adults. *Journal of Geriatrics*, 2015(1), 1-9. doi:10.1155/2015/954027
- Direção Geral de Saúde (2017). Depressão e outras perturbações mentais comuns. *Enquadramento global e nacional e referência de recurso em casos emergentes*. Disponível em: <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/dms2017-depressao-e-outras-perturbacoes-mentais-comuns-pdf.aspx>
- Disu, T. R., Anne, N. J., Griffiths, M. D., & Mamun, M. A. (2019). Risk factors of geriatric depression among elderly Bangladeshi people: A pilot interview study. *Asian Journal of Psychiatry*, 44, 163-169. doi:10.1016/j.ajp.2019.07.050

- Djernes, J. K. (2006). Prevalence and predictors of depression in populations of elderly: a review. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 113(5), 372-87. doi:10.1111/j.1600-0447.2006.00770.x
- Drago, S. & Martins, R. (2012). A Depressão no Idoso. *Millenium*, 43(17), 79-94.
- El-Gilany, A., Elkhawaga, G., Sarraf, B. (2018). Depression and its associated factors among elderly: A community-based study in Egypt. *Archives Gerontology and Geriatrics*, 77, 103-107. doi:10.1016/j.archger.2018.04.011
- Ferreira-Alves, J. & Novo, R. F. (2006). Avaliação da discriminação social de pessoas idosas em Portugal. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6(1), 65-77. Disponível em: <http://hdl.handle.net/1822/4466>
- Fiske, A., Wetherell, J. L., & Gatz, M. (2009). Depression in Older Adults. *Annual Review of Clinical Psychology*, 5(1), 363-389. doi:10.1146/annurev.clinpsy.032408.153
- Freeman, A., Santini, Z., Tyrovolas, S., Rummel-Kluge, C., Haro, J., & Koyanagi, A. (2016). Negative perceptions of ageing predict the onset and persistence of depression and anxiety: Findings from a prospective analysis of the Irish Longitudinal Study on Ageing (TILDA). *Journal of Affective Disorders*, 199, 132–138. doi:10.1016/j.jad.2016.03.042
- Gopal, S., Chacko, M., Sharma, P., & Mitra, D. (2018). Prevalence of depression among geriatric population. *Indian Journal of Psychiatric Nursing* 15(2), 42-45. doi:10.4103 / 2231-1505.262450
- Helmes, E. & Pachana, N. A. (2015). Dimensions of stereotypical attitudes among older adults: Analysis of two countries. *Geriatrics & Gerontology International*, 16(11), 1226-1230. doi:10.1111/ggi.12613
- Heywood, W., Minichiello, V., Lyons, A., Fileborn, B., Hussain, R., Hinchliff, S., ... Dow, B. (2019). The impact of experiences of ageism on sexual activity and interest in later life. *Ageing & Society*, 39(4), 795-814. doi:10.1017/S0144686X17001222
- Hummert, M. L. (1999). *A social cognitive perspective on age stereotypes*. In T. M. Hess & F. Blanchard-Fields (Eds.), *Social cognition and aging* (pp.175–196). Academic Press. doi:10.1016/B978-012345260-3/50009-4
- INE. (2014). *Portal do Instituto Nacional de Estatística*. Disponível em: <http://www.ine.pt/>
- INE. (2017). *Portal do Instituto Nacional de Estatística*. Disponível em: <http://www.ine.pt/>
- Irigaray, T. & Schneider, R. (2007). Prevalência de depressão em idosas participantes da Universidade para a Terceira Idade. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 29(1),19-27. doi:10.1590/S0101-81082007000100008

- Kim, I., Noh, S., & Chun, H. (2016). Mediating and Moderating Effects in Ageism and Depression among the Korean Elderly: The Roles of Emotional Reactions and Coping Responses. *Osong Public Health and Research Perspectives*, 7(1), 3-11. doi:10.1016/j.phrp.2015.11.012
- Kite, M. E. & Wagner, L. S. (2002). *Attitudes toward older adults*. Disponível em: http://cpbusw2.wpmucdn.com/blogs.cofc.edu/dist/0/348/files/2010/08/Nelson_Aging.pdf
- Lyons, A., Alba, B., Heywood, W., Fileborn, B., Minichiello, V., Barrett, C., ...Dow, B. (2017). Experiences of ageism and the mental health of older adults. *Aging & Mental Health*, 22(11), 1-9. doi:10.1080/13607863.2017.1364347
- Martins, R. M. & Rodrigues, M. D. (2004). Estereótipos sobre idosos: uma representação social gerontofóbica. *Millenium*, 249-254.
- Meisner, B. A. (2012). A Meta-Analysis of Positive and Negative Age Stereotype Priming Effects on Behavior Among Older Adults. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 67(1), 13-17. doi:10.1093/geronb/gbr062
- Meyer, I. H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence. *Psychological Bulletin*, 129(5), 674-697. doi:10.1300/J082v04n03ç01
- Nelson, T. D. (2016). Promoting healthy aging by confronting ageism. *American Psychologist*, 71(4), 276–282. doi:10.1037/a0040221
- Neto, F. (1998). *Psicologia Social*, (Volume 1). Lisboa: Universidade Aberta.
- Nogueira, E. L., Rubin, L. L., Giacobbo, S. de S., Gomes, I., & Cataldo Neto, A. (2014). Screening for depressive symptoms in older adults in the Family Health Strategy, Porto Alegre, Brazil. *Revista de Saúde Pública*, 48(3), 368–377. doi:10.1590/s0034-8910.2014048004660
- North, M. S. & Fiske, S. T. (2012). An inconvenienced youth? Ageism and its potential intergenerational roots. *Psychological Bulletin*, 138(5), 982-997. doi:10.1037/a0027843
- Nunes, C., Menéndez, S., Martins, C., & Martins, H. (2018). Psychometric properties of the Negative Stereotypes Towards Aging Questionnaire (CENVE) among a sample of Portuguese adults. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 31(1). doi:10.1186/s41155-018-0085-0
- Palacios, C., Torres, M., & Mena, M. (2009). Negative aging stereotypes and their relation with psychosocial variables in the elderly population. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 48(2009), 385-390. doi:10.1016/j.archger.2008.03.007

- Pallant, J. (2007). *SPSS Survival Manual: A Step by Step Guide to Data Analysis Using SPSS for Windows*. Allen & Unwin.
- Paúl, C., Ayis, S. & Ebrahim, S. (2007). Disability and Psychosocial Outcomes in Old Age. *Journal of Aging and Health, 19*(5), 723-741. doi:10.1177 / 0898264307304301
- Prata, L. H., Junior, A. D., Paula, L. F, & Ferreira, M. S. (2011). Envelhecimento, depressão e quedas: um estudo com os participantes do Projeto Prev-Quedas. *Fisioterapia em Movimento, 24*(3), 437-443. Disponível em: www.scielo.br/pdf/fm/v24n3/08.pdf
- Peterson, R. (1994). A Meta-analysis of Cronbach`s Coefficient Alpha. *Journal of Consumer Research, 21*(2), 381-391. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/24098878>
- Ramos, G. C. F., Carneiro, J. A., Barbosa, A. T. F., Mendonça, J. M. G, & Caldeira, A. P. (2015). Prevalência de sintomas depressivos e fatores associados em idosos no norte de Minas Gerais: um estudo de base populacional. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria, 64*(2), 122-131. doi:10.1590/0047-2085000000067
- Sargent-Cox, K. & Anstey, K. J. (2015). The relationship between age-stereotypes and health locus of control across adult age-groups. *Psychology & Health, 30*(6), 652–670. doi: 10.1080/08870446.2014.974603
- Sengupta, P. & Benjamin, A. (2015). Prevalence of depression and associated risk factos among the elderly in urban and rural field practice, areas of a tertiary care institution in Ludhiana. *Indian Journal of Public Health, 59*(1), 3-9. doi:10.4103/0019-557X.152845
- Sousa, K., Freitas, F., de Castro, A., Oliveira, C., de Almeida, A., & de Sousa, K. (2017). Prevalência de sintomas de depressão em idosos assistidos pela estratégia de saúde da família. *Revista Mineira de Enfermagem, 21*(1018). doi:10.5935/1415-2762.20170028
- Sousa, M., Nunes, A., Guimarães, A., Cabrita, J., Cavadas, L., & Alves, N. (2010). Depressão em idosos: prevalência e fatores associados. *Revista Portuguesa de Clínica Geral, 26*(4), 384-391. doi:10764/10500.
- Torres, T. de L., Camargo, B. V., & Bousfield, A. B. (2016). Estereótipos sociais do idoso para diferentes grupos etários. *Psicologia: Teoria e Pesquisa, 32*(1), 209–218. doi:10.1590/0102-37722016012114209218
- Van Damme, A., Declercq, T., Lemey, L., Tandt, H., & Petrovic, M. (2018). Late-life depression: issues for the general practitioner. *International Journal of General Medicine, 11*, 113-120. doi:10.2147/IJGM.S154876
- Vaz, S. & Gaspar, N. (2011). Depressão em idosos institucionalizados no distrito de Bragança. *Revista de Enfermagem Referência, 3*(4), 59-58.

- Voss, P., Wolff, J. K., & Rothermund, K. (2016). Relations between views on ageing and perceived age discrimination: a domain-specific perspective. *European Journal of Ageing, 14*(1), 5-15. doi:10.1007/s10433-016-0381-4
- World Health Organization (2015). World Report on Ageing and Health. Geneva: World Health Organization. Disponible em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186463/9789240694811_eng.pdf;jsessionid=2D6F0AB8AFBCE1B3076288F3B82E73A2?sequence=1
- World Health Organization (2017). Depression and Other Common Mental Disorders. Geneva: World Health Organization. Disponible em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf>
- Yesavage, J. A., Brink, T. L., Rose, T. L., Lum, O., Huang, V., Adey, M., & Leirer, V. O. (1982). Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. *Journal of Psychiatric Research, 17*(1), 37-49. doi:10.1016/0022-3956(82)90033-4
- Zunzunegui, M., Béland, F., Llácer, & León, V. (1998). Gender differences in depressive symptoms among Spanish elderly. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 33*(5), 195–205. doi:10.1007/s001270050043

8. Anexos

Anexo A- Consentimento informado

Categoria AMV_NI
ID_CÓDIGO _____
(atribuídos pelo investigador)

PROJETO DE INVESTIGAÇÃO

Convidamo-lo a participar numa investigação que pretende estudar algumas das variáveis implicadas no processo de envelhecimento. Para tal, pedimos-lhe que preencha um conjunto de questionários de autorresposta. Demorará cerca de **15 minutos** a responder.

A sua participação é **voluntária** e tem toda a liberdade de recusar ou de a abandonar. Caso não esteja interessado(a) em participar, por favor, não preencha nada no protocolo e devolva-o ao investigador.

Caso pretenda participar, será garantida completa **confidencialidade** da informação recolhida. Leia atentamente todas as questões e responda segundo as instruções. Não há respostas certas ou erradas. O que interessa é que responda como de facto se aplica a si, da forma mais sincera e espontânea possível. Necessitamos de uma amostra grande e as respostas não serão analisadas individualmente.

Pedimos que **não deixe questões por responder**, uma vez que tal invalidará todas as restantes respostas. Tenha em atenção, por favor, o verso das páginas que contêm também questões.

Declaro que aceito participar neste projeto de investigação. Fui informado(a) acerca da natureza do estudo, da participação voluntária e da confidencialidade e anonimato dos dados recolhidos (assinale com uma cruz).

Data: ____ de _____ de 2020

Muito obrigada pela sua colaboração.

No caso de ter alguma dúvida ou questão contacte a investigadora responsável através do
e-mail: bmaia@braga.ucp.pt

Anexo B

GDS-15

Leia atentamente e responda às seguintes questões, assinalando a sua resposta (**Sim** ou **Não**) com uma cruz (**X**), relativamente a como se sentiu na última semana.

*1. De uma forma geral, está satisfeito (a) com a sua vida	Sim ()	Não ()
2. Abandonou muitas das suas atividades e interesses?	Sim ()	Não ()
3. Sente que a sua vida está vazia?	Sim ()	Não ()
4. Anda muitas vezes aborrecido(a)?	Sim ()	Não ()
*5. Está bem-disposto(a) a maior parte do tempo?	Sim ()	Não ()
6. Anda com medo que lhe vá acontecer alguma coisa má?	Sim ()	Não ()
*7. Sente-se feliz a maior parte do tempo?	Sim ()	Não ()
8. Sente-se desamparado(a)?	Sim ()	Não ()
9. Prefere ficar em casa, em vez de sair e fazer outras coisas?	Sim ()	Não ()
10. Sente que tem mais problemas de memória do que as outras pessoas?	Sim ()	Não ()
*11. Sente que é maravilhoso estar vivo(a)?	Sim ()	Não ()
12. Sente-se inútil nas condições atuais?	Sim ()	Não ()
*13. Sente-se cheio de energia?	Sim ()	Não ()
14. Sente que a sua situação é desesperada?	Sim ()	Não ()
15. Acha que a maioria das pessoas está melhor que o (a) Senhor (a)?	Sim ()	Não ()

Anexo C

**MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E DA SAÚDE
ANO LECTIVO 2019/2020**

CRONOGRAMA UC: DISSERTAÇÃO

	Outubro	Novembro	Dezembro	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maió
Enquadramento teórico								
Definição do Método								
Entrega do projeto de dissertação nos serviços escolares			2					
Construção do protocolo								
Pedido de autorizações								
Recolha de dados								
Introdução dos dados em SPSS								
Análise estatística dos dados (SPSS)								
Escrita dos Resultados								
Discussão dos resultados e conclusões do estudo								
Entrega da dissertação nos serviços escolares + parecer orientadora FFCS								