



**Universidad Miguel Hernández de Elche.
Departamento de Psicología de la Salud.**

**“RELAÇÕES FAMILIARES/DEPRESSÃO DOS
IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS NA RAM”**

Tesis doctoral presentada por: Rita Brazão

**Dirigida por: José A. García del Castillo Rodríguez
Juan Carlos Marzo Campos**

**Año
2014**

D. JUAN CARLOS MARZO CAMPOS, Director del Departamento de Psicología de la Salud de la Universidad Miguel Hernández de Elche

INFORMA

Que da su conformidad a la lectura y defensa de la Tesis Doctoral presentada por Dña. Rita Maria Vale Brasao y titulada "A depressao nos idosos institucionalizados na R.A. Madeira".

Y para que conste a los efectos oportunos, emite el presente informe en Elche, a veinte de marzo de dos mil catorce.



The image shows a blue ink signature written over a blue rectangular stamp. The stamp contains the text: "UNIVERSITAT Miguel Hernández DEPARTAMENTO PSICOLOGÍA DE LA SALUD". The signature is a cursive, flowing line that starts from the left and ends with a long horizontal stroke extending to the right.

Fdo. Dr. Juan Carlos Marzo Campos
Director del Departamento de Psicología de la Salud

D. JOSÉ A. GARCÍA DEL CASTILLO RODRÍGUEZ, Catedrático de Escuela Universitaria y D. JUAN CARLOS MARZO CAMPOS, Profesor Titular de Universidad del Departamento de Psicología de la Salud de la Universidad Miguel Hernández de Elche

CERTIFICAN

Que la presente Tesis Doctoral, titulada "A depressao nos idosos institucionalizados na R.A. Madeira", ha sido realizada por Dña. Rita Maria Vale Brasao bajo nuestra dirección, y a nuestro juicio reúne todas las condiciones para ser defendida ante el Tribunal correspondiente para optar al grado de Doctor.

Sant Joan d'Alacant, a 20 de marzo de 2014


Fdo. Dr. José A. García del Castillo


Dr. Juan Carlos Marzo Campos


UNIVERSITAT Miguel Hernández
DEPARTAMENT DE PSICOLOGIA D LA SALUD

Universidade Miguel Hernandez – Elche Espanha

PSICOLOGIA DA SAÚDE
TESE DE DOUTORAMENTO

RELAÇÕES FAMILIARES/
DEPRESSÃO DOS IDOSOS
INSTITUCIONALIZADOS
NA RAM

AUTOR: Rita Maria Vale Brazão

DIRECTORES: José A. García del Castillo Rodríguez
Juan Carlos Marzo Campos

FUNCHAL, JANEIRO 2014



arditi

agência regional para o
desenvolvimento da investigação
tecnologia e inovação

Os melhores RUMOS para os Cidadãos da Região



Rumos

Programa Operacional de Valorização
do Potencial Humano
e Coesão Social da RAM



QUADRO
DE REFERÊNCIA
ESTRATÉGICO
NACIONAL
PORTUGAL 2007-2013



REGIÃO AUTÓNOMA DA MADEIRA



REPÚBLICA PORTUGUESA



UNIÃO EUROPEIA
Fundo Social Europeu

RESUMO

É amplamente reconhecida a importância que o fenómeno do envelhecimento assume, nos dias de hoje, em Portugal, tal como em outros contextos europeus e mundiais e na Madeira em particular.

Foi estimada a prevalência da depressão e a sua relação com os conhecidos fatores de risco, numa amostra de 180 idosos, com idades superiores a 50 anos distribuídos em dois grupos residentes nos Lares da região Autónoma da Madeira, grupo I (idosos com acompanhamento familiar), grupo II (idosos sem acompanhamento familiar), para tal utilizou-se a escala de depressão geriátrica de (Yesavage et al., 1983), para identificar a presença de depressão.

Obteve-se uma elevada taxa de prevalência de depressão (63,3 %), entre as mulheres em geral (74,4%), enquanto os homens apresentaram uma prevalência de apenas (25,6 %).

Podemos verificar que a distribuição dos idosos pelas categorias consideradas de estado civil, não é idêntica, 30% dos idosos com acompanhamento são casados, enquanto nos idosos sem acompanhamento predominam os viúvos (55,6%) e os Solteiros (28,9%), o que vem ao encontro ao esperado, em que os idosos sem acompanhamento familiar apresentar um índice de depressão na ordem dos (63,3 %) muito superiores ao grupo de idosos com acompanhamento (36,7%). A comprovar as nossas expectativas 64,9% dos idosos sem depressão são acompanhados pela família.

Um achado que causou alguma surpresa e contrariou o expectável foi a variável “o número de filhos” em que o diagnóstico de depressão é independente do número de filhos (valor-p = 0,434), as percentagens de depressão de idosos nos dois grupos são

semelhantes seja qual for o número de filhos que se considere, as diferenças observadas não são estatisticamente significativas.

Sugerem-se novos estudos mais abrangentes, para a compreensão da relação entre a depressão por falta de acompanhamento familiar, bem como a elevada taxa de prevalência da depressão entre os idosos institucionalizados.

Palavras-chave: Idosos, depressão, institucionalização, acompanhamento familiar, prevalência, fatores de risco.



ABSTRACT

It was estimated the predominance of depression and its relationship with the factor risks already known in a sample of 180 elderly people staying at Care Homes, all of them with more than 50 years old, distributed in 2 groups.

These groups are: Group I (elderly accompanied by the family), Group II (elderly not accompanied by the family), for that it was used a geriatric depression scale (Yesavage et al., 1983), to identify whether they had depression or not.

One has concluded that there was a high depression rate (63,3%), of which 74,4% were women, whereas men manifested only a 25,6% rate of depression.

One could also verify that the distribution of the elderly by categories such as marital status is not identical, 30% of the elderly accompanied by the family are married, whilst within the elderly who are not accompanied by the family, prevail those who are widowers (55,6%) and those who are single (28,9%), fact which brings to what was expected, the elderly who are not accompanied by the family present a depression rate of 63,3%, much higher than the group of the elderly accompanied by the family (36,7%). To confirm ones expectations, 64,9% of the elderly with no depression are accompanied by the family.

Fact that caused some surprise was the variable “number of children “in which the depression diagnosis is independent of the number of children (value-p=0,434), the elderly depression percentage is similar for the 2 groups no matter the number of children that are considered, the differences observed are not statistically significant.

Due to that it is suggested a wide-ranging case-study, to better understand the relationship between the depression by lack of familiar accompanying and the high rate of depression in institutionalized elderly people.

Key-words: Elderly people, depression, institutionalization, familiar accompanying, risk factors





DEDICATÓRIA

Aos meus filhos Miguel e Maria:

Já ouvi muitas histórias de rebelião

Aprendi que o diamante nasce do carvão

Já ouvi música que rejeitava

Tenho-vos aos dois, que é tudo o que precisava!

AGRADECIMENTOS

A realização de um estudo desta índole requer muito empenho e dedicação, por parte de quem se propõe executá-lo. Efetivamente, a preocupação de realizar um trabalho sério e rigoroso nortearam sempre os caminhos de quem se propõe realizá-lo, no entanto, a consecução deste estudo ao longo de quatro anos de investigação não seria possível sem o apoio de entidades, e outras pessoas às quais reitero os meus mais veementes agradecimentos.

Face ao exposto, o nosso Obrigado:

- A todos os idosos institucionalizados que, incondicionalmente, colaboraram na recolha dos dados para o estudo;
- Aos Diretores dos Lares de Idosos da Santa Casa Misericórdia de Machico, Lar Ajuda e Lar São Bento Ribeira Brava, que de bom-grado dispensaram parte do seu tempo, assim como às respetivas Instituições e seus funcionários;
- Ao meu orientador, Professor Doutor José A. Garcia Del Castillo, pela disponibilidade e competência demonstradas;
- À Sra. Enfermeira Diretora do SESARAM, pela compreensão e sensibilidade demonstradas;
- Ao meu filho Miguel, por me ter incentivado a concluir este moroso trabalho;
- À minha filha Maria Inês por ficar privada das brincadeiras com a mãe;
- A todos aqueles que, de alguma forma, contribuíram para a realização deste trabalho.

Bem Hajam!

SIGLAS E ABREVIATURAS

ABVD - Atividades básicas de Vida

AEEASG – Ano Europeu Envelhecimento ativo solidariedade entre gerações

APNE – Atendimento Pessoas Necessidades Especiais

AVD – Atividades Vida Diária

CESIS – Centro Estudos Intervenção Social

CSSM – Centro Segurança Social Madeira

CID – International Statistical Classification of Diseases

CGA – Caixa Geral Aposentação

DSM-IV – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

E.U.A. – Estados Unidos da América

E.O – Equipa Operacional

ED e AN - European Design for All e-Accessibility Network

GDS/ EGD – Geriatric Depression Scale / Escala geriátrica Depressão

INE – Instituto Nacional de Estatística

ICDH -International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps

IPSS – Instituições Particulares de Solidariedade Social

LNES – Linha Nacional Emergência Social

LTCI – Long Term Care Insurance Act

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONU – Organização Nações Unidas

QdV – Qualidade de Vida

RAM – Região Autónoma da Madeira

SAD – Serviço Ajuda Domiciliárias

SAPA – Sistema Atribuição Produtos Apoio

SOC – Seleção, otimização e compensação

TSH – Thyroid-Stimulating Hormone

T.I.O. – Terceira Idade Online

U.E – União Europeia

UTI – Universidade terceira idade

V.I.P. – Voluntariado Intergeracional proximidade



ÍNDICE GERAL

RESUMO.....	2
ABSTRACT	4
DEDICATÓRIA	6
AGRADECIMENTOS.....	7
SIGLAS E ABREVIATURAS	8
ÍNDICE GERAL	10
ÍNDICE DE FIGURAS	13
ÍNDICE DE GRÁFICOS	14
ÍNDICE DE QUADROS	15
INTRODUÇÃO	16
CAPITULO 1 – O ENVELHECIMENTO HUMANO.....	20
1.1 CONCEITO DE IDOSO E PADRÕES DE ENVELHECIMENTO	26
1.2 O ENVELHECIMENTO VISTO PELA CIÊNCIA.....	32
1.3 ENVELHECIMENTO DEMOGRÁFICO	34
1.4 EVOLUÇÃO DO ENVELHECIMENTO EM PORTUGAL	37
1.4.1 Envelhecimento da população da Madeira	46
1.4.1.1 Estatísticas demográficas da Região Autónoma da Madeira em 2010.....	47
1.4.2 Caracterização da População Idosa	49
1.5 MEDIDAS E INICIATIVAS NO ENVELHECIMENTO ATIVO:.....	61
1.6 ASPETOS DO ENVELHECIMENTO HUMANO	64
1.6.1 Aspetos sociais do envelhecimento	65
1.6.2 Desenvolvimento psicológico no decurso do envelhecimento	69
1.6.2.1 Acontecimentos de Vida e Transições	75
1.6.2.2 Envelhecimento / Mudanças e adaptação	78
1.6.3 Desenvolvimento e envelhecimento cognitivo.....	82
1.7 FAMILIAS E ENVELHECIMENTO	86
CAPITULO 2 – A INSTITUCIONALIZAÇÃO DOS IDOSOS	88
2.1 MODELOS DE CUIDADOS DE LONGA DURAÇÃO AO IDOSO NA EUROPA	90
2.2 TENDÊNCIAS E MODELOS DE CUIDADOS A IDOSOS.....	91
2.3 PRÁTICAS INOVADORAS DE CUIDADOS A IDOSOS	93
2.4 A INSTITUCIONALIZAÇÃO DE IDOSOS EM PORTUGAL.....	94
2.4.1 Serviços de apoio ao idoso em Portugal	95
2.4.1.1 Lares de idosos / Institucionalização	98
2.4.2 Serviço de apoio ao idoso na Madeira	103
2.4.2.1 Lares de Idosos na Madeira	104
2.5 FATORES DE RISCO PARA A INSTITUCIONALIZAÇÃO /ISOLAMENTO SOCIAL.....	108

2.5.1	Medidas de combate ao isolamento / envelhecimento ativo	110
2.5.1.1	Práticas nacionais e internacionais de combate ao isolamento social	112
2.6	QUALIDADE DE VIDA NAS INSTITUIÇÕES PARA IDOSOS	118
2.7	ESTRATÉGIAS DE ADAPTAÇÃO À INSTITUIÇÃO POSITIVAS E NEGATIVAS.....	129
CAPITULO 3 – O IDOSO E A FAMÍLIA		141
3.1	ESTRUTURAS FAMILIARES E SUAS ALTERAÇÕES.....	143
3.2	RELAÇÕES FAMILIARES E ENVELHECIMENTO	151
3.2.1	Papéis e funções da família.....	159
3.2.2	Condições e qualidade de vida do idoso.....	164
3.2.3	Família e a relação com o idoso institucionalizado.....	168
CAPITULO 4 – A DEPRESSÃO NO IDOSO.....		174
4.1	CONCEITO DE DEPRESSÃO	175
4.2	CONCEITO DE DEPRESSÃO NO IDOSO.....	176
4.3	CAUSAS DA DEPRESSÃO	177
4.4	SINAIS E SINTOMAS.....	182
4.4.1	Associação dos sintomas somáticos com a depressão nos idosos.	186
4.5	EPIDEMIOLOGIA E PREVALÊNCIA DA DEPRESSÃO	189
4.6	TRATAMENTO DA DEPRESSÃO NO IDOSO	191
4.6.1	Tratamento Farmacológico.....	193
4.6.2	A Psicoterapia	195
4.6.3	Eletroconvulsoterapia (ECT)	195
4.6.4	Divergências de abordagem terapêutica	196
4.7	A DEPRESSÃO DO IDOSO EM CONTEXTO INSTITUCIONAL	198
CAPITULO 5 – O MÉTODO		201
5.1	DESENHO DE INVESTIGAÇÃO	201
5.2	PROPÓSITOS E OBJETIVOS	201
5.2.1	Objetivos.....	202
5.3	INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS	203
5.3.1	O Questionário.....	204
5.3.2	As Escalas de avaliação da depressão.....	204
5.3.2.1	Escala de Depressão Geriátrica.....	205
5.4	AS VARIÁVEIS.....	207
5.4.1	VARIÁVEL DEPENDENTE.....	207
5.5	POPULAÇÃO E AMOSTRA	208
5.5.1	Seleção da amostra.....	210
5.5.2	Caraterização da amostra	211
5.6	ASPETOS ÉTICOS E LIMITES DO ESTUDO	211
5.7	O TRATAMENTO ESTATÍSTICO.....	211
CAPITULO 6 - APRESENTAÇÃO DOS DADOS ESTATISTICOS		212

CAPITULO 7 - DISCUSSÃO E ANÁLISE ESTATÍSTICA	238
7.1 CONCLUSÕES	245
CAPITULO 8 - CONSIDERAÇÕES FINAIS	249
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	253
ANEXOS.....	276
ANEXO 1 – DADOS BIOGRÁFICOS.....	276
ANEXO 2 - INDICE DE ADAPTAÇÃO FAMILIAR.....	278
ANEXO 3 - ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA YESAVAGE (YESAVAGE 1983)	280
ANEXO 4 - DOCUMENTO MODELO AUTORIZAÇÃO DAS INSTITUIÇÕES PARA COLHEITA DE DADOS	281



ÍNDICE DE FIGURAS

<i>Figura 1: Capa capítulo 1.....</i>	<i>20</i>
<i>Figura 2: Mapa de Envelhecimento da população da Região Autónoma da Madeira</i>	<i>46</i>
<i>Figura 3: Pirâmide etária da população residente na Região Autónoma da Madeira</i>	<i>47</i>
<i>Figura 4: Capa capítulo 2.....</i>	<i>88</i>
<i>Figura 5: Capa capítulo 3.....</i>	<i>141</i>
<i>Figura 6: Capa capítulo 4.....</i>	<i>174</i>
<i>Figura 7: Localização de Lares para Colheita de Dados</i>	<i>209</i>



ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Índice de envelhecimento da população portuguesa	48
Gráfico 2: Género.....	212
Gráfico 3: Género com / sem acompanhamento	213
Gráfico 4: Escolaridade	214
Gráfico 5: Escolaridade com / sem acompanhamento	215
Gráfico 6: Estado civil	216
Gráfico 7: Estado civil com / sem acompanhamento	217
Gráfico 8: Número de filhos.....	218
Gráfico 9: Nº de filhos com / sem acompanhamento	219
Gráfico 10: Motivo de internamento	220
Gráfico 11: Motivo de internamento com / sem acompanhamento	220
Gráfico 12: Tempo de internamento (em anos)	222
Gráfico 13: Tempo de internamento (em anos) com / sem acompanhamento	222
Gráfico 14: Grupo etário.....	224
Gráfico 15: Estatuto sócio-económico.....	224
Gráfico 16: Estatuto sócio-económico com / sem acompanhamento	225
Gráfico 17: Iniciativa de internamento.....	226
Gráfico 18: Iniciativa de internamento com / sem acompanhamento	226
Gráfico 19: Depressão (escala Yesavage).....	227
Gráfico 20: Nível de escolaridade com / sem depressão.....	228
Gráfico 21: Estado civil com / sem depressão	228
Gráfico 22: Estatuto sócio-económico com / sem depressão.....	229
Gráfico 23: Acompanhamento com / sem depressão	230
Gráfico 24: Motivo de internamento com / sem depressão.....	231
Gráfico 25: Iniciativa do internamento com / sem depressão	231
Gráfico 26: Género com / sem depressão	232
Gráfico 27: Número de filhos com / sem depressão.....	233
Gráfico 28: Tempo de internamento (em anos) com / sem depressão	234

ÍNDICE DE QUADROS

<i>Quadro 1: O paradigma do envelhecimento produtivo na prática gerontológica.....</i>	<i>28</i>
<i>Quadro 2: Esperança média de vida.....</i>	<i>41</i>
<i>Quadro 3: Total de indivíduos residentes em Portugal</i>	<i>44</i>
<i>Quadro 4: Fatores de risco para a institucionalização</i>	<i>117</i>
<i>Quadro 5: Sinais e Sintomas da depressão.....</i>	<i>185</i>
<i>Quadro 6: Agentes farmacológicos utilizados no tratamento da depressão em pacientes idosos.....</i>	<i>194</i>
<i>Quadro 7: Sexo</i>	<i>212</i>
<i>Quadro 8: Género com / sem acompanhamento.....</i>	<i>213</i>
<i>Quadro 9: Escolaridade</i>	<i>214</i>
<i>Quadro 10: Escolaridade com / sem acompanhamento.....</i>	<i>215</i>
<i>Quadro 11: Estado civil.....</i>	<i>216</i>
<i>Quadro 12: Estado civil com / sem acompanhamento</i>	<i>216</i>
<i>Quadro 13: Número de filhos</i>	<i>218</i>
<i>Quadro 14: Desvio padrão - Nº de filhos.....</i>	<i>218</i>
<i>Quadro 15: Motivo de internamento</i>	<i>220</i>
<i>Quadro 16: Motivo de internamento com/sem acompanhamento.....</i>	<i>221</i>
<i>Quadro 17: Tempo de internamento.....</i>	<i>221</i>
<i>Quadro 18: Desvio padrão – Tempo de internamento.....</i>	<i>222</i>
<i>Quadro 19: Grupo etário</i>	<i>223</i>
<i>Quadro 20: Desvio padrão – grupo etário.....</i>	<i>224</i>
<i>Quadro 21: Desvio padrão – Idade com / sem depressão.....</i>	<i>227</i>
<i>Quadro 22: Desvio padrão – Nº de filhos com / sem depressão</i>	<i>233</i>
<i>Quadro 23: Tempo de internamento de idosos com / sem depressão.....</i>	<i>234</i>
<i>Quadro 24: Variáveis independentes</i>	<i>237</i>

INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população é um dado incontornável do presente, nos países desenvolvidos e, especialmente na Europa, Portugal não é exceção, sendo mesmo um dos países da União Europeia que está a envelhecer mais depressa, em trinta anos, a percentagem de portugueses com mais de 65 anos passou de 11 por cento para 17,5 por cento. Mantendo-se esta tendência, segundo estimativa do Instituto Nacional de Estatística (2011), em 2050, cerca de 80 por cento da população portuguesa apresentar-se-á envelhecida e dependente, e a idade média poderá situar-se próxima dos 50 anos. Portugal regista, em 2011, um índice de longevidade de 79,20; (80,57) para as mulheres e (74,0) para os homens).

No contexto atual, atendendo a rápida evolução do envelhecimento demográfico o Parlamento Europeu e a Comissão Europeia declararam 2012 como o Ano Europeu do envelhecimento Ativo e da Solidariedade entre as Gerações. Portugal tem vindo a desenvolver medidas de política que contribuem para um envelhecimento ativo e para a qualidade de vida das pessoas idosas e que, claramente pretendem promover o bem-estar e a inclusão social ao longo da vida e reconhecer a importância dos seniores nas comunidades

Concomitantemente, assistimos a modificações nas estruturas económicas, sociais e familiares que limitam claramente, a capacidade de acompanhar e cuidar das gerações mais velhas, o que implica, pois, a reestruturação de toda a organização social e das relações entre as gerações.

Não deixando de admitir que a família em Portugal ainda é o grande suporte dos idosos, importa reconhecer que, em boa medida, muitas das responsabilidades que outrora se situavam no domínio familiar passam a pertencer ao Estado, exigindo-se a

criação de medidas e equipamentos de resposta aos vários problemas e necessidades dos idosos.

Na Madeira em particular em finais de 2010 residiam 32.259 idosos o correspondente a 13 por cento da população total que registaria os 246 689 habitantes tendo a região no mesmo período de referência 22 instituições de acolhimento de idosos, eram acolhidos na sua totalidade 991 idosos correspondendo a cerca de 2,91 por cento da população com 65 anos ou mais.

Tendo em conta toda esta mudança na sociedade atual, pretendemos com este trabalho dar o nosso contributo, e verificar como se apresenta esta problemática nos idosos residentes na Região Autónoma Madeira. A opção da nossa escolha corresponde situação sociodemográfica atual (aumento da população idosa, acompanhado da previsível taxa de institucionalização), bem como pela escassez de estudos realizados na região supracitada sobre o tema.

A fundamentação teórica abordada ao longo do trabalho do primeiro ao quarto capítulo permitir-nos-á supor que é elevada a taxa de prevalência de depressão nos idosos institucionalizados, a falta de estudos que relacionem a causa-efeito da depressão nos idosos institucionalizados por falta de acompanhamento familiar, aguçou-nos a curiosidade o que nos faz antecipar a previsão de ser um fator desencadeante de depressão e que a depressão se relaciona com um conjunto de variáveis independentes, como tem sido já objeto de investigação em alguns estudos referenciados ao longo do corpo do trabalho, porque do ponto de vista vivencial, o idoso está numa situação de perdas contínuas, diminuição do suporte sociofamiliar, perda de status ocupacional e económico, declínio físico, maior frequência de doenças físicas e incapacitantes, sendo tudo estes fatores propensos ao desenvolvimento da depressão, com a agravante da institucionalização.

Pretendemos saber quais as variáveis que mais influenciam a depressão e evidenciar o resultado da variável (apoio familiar). Todavia julgamos que as interações familiares dos indivíduos mais idosos, de uma forma geral e daqueles que vivem em lares, em particular se revelam de igual importância e centralidade, não pela frequência dos contatos que no estudo ficam muito aquém das expectativas dos idosos entrevistados, mas pela intensidade do significado das mesmas.

Os métodos de colheita de dados nos estudos descritivos são variados: a observação, a *entrevista*, o questionário, a *escala*, a avaliação física e psicológica etc. neste estudo os métodos selecionados foram:

- Dados referentes à amostra das pessoas idosas institucionalizadas;
- Questionário de auto-avaliação por nós elaborado constituído por 10 perguntas fechadas, questionário de características sociodemográficas
- Escala de Depressão geriátrica (**EGD**) (Yesavage et al., 1983), para o diagnóstico da depressão no idoso.

Com a finalidade de captar a estrutura de significados construídos pelos próprios idosos, recolhendo dados relevantes para o estudo.

Para tal traçamos como **OBJECTIVO GERAL** - Explorar a relação entre o abandono familiar e a depressão nos idosos internados em lares.

OBJECTIVOS ESPECIFICOS

- 1 Identificar que características existem entre a população de idosos com acompanhamento e sem acompanhamento.
- 2 Analisar as diferenças populacionais entre a amostra de idosos deprimidos e não deprimidos
- 3 Identificar as variáveis que mais influenciam a depressão nos idosos internados.

Não pretendendo generalizar as análises e os resultados que irão ser aferidos neste estudo, estando certos que o acompanhamento familiar será fator determinante para que o idoso se sinta feliz na instituição de acolhimento, parece-nos lógico, contudo, que estes resultados expressem o que se passará com muitos residentes, sujeitos a condições de internamento semelhantes.

Finalmente apresentar-se-á a discussão onde se trata de contrastar os resultados obtidos com a bibliografia consultada.



CAPITULO 1 – O ENVELHECIMENTO HUMANO



Figura 1: Capa capítulo 1

Fonte: <https://www.google.pt/search?q=imagens+idosos>

O envelhecimento humano está associado a um conjunto de alterações biológicas, psicológicas e sociais, que se processam ao longo da vida, pelo que é difícil encontrar uma data a partir da qual se possam considerar as pessoas como sendo “velhas”. É prática comum considerar as pessoas idosas como os homens e as mulheres com idade igual ou superior a 65 anos (Spar & La Rue, 2005), pelo que a idade da reforma constitui uma referência para a velhice, ainda que de forma variável, em função da profissão, País, sistema social, cultura etc.

De um modo geral, o envelhecimento, processa-se ao longo do ciclo vital. Ninguém fica mais velho de um momento para outro e apenas as alterações progressivas das características físicas e mentais das pessoas são indicadores de velhice. Daqui emergem algumas insuficiências associadas á utilização da idade cronológica como medida para definir o envelhecimento.

(C. Paúl, 2005) refere que, apesar de ser vulgarmente utilizado o critério da idade (65 anos) deixou de constituir um indicador rigoroso para o início da velhice, privilegiando-se a existência de múltiplas idades passíveis de transição entre a idade adulta e a velhice.

Contudo, e apesar da arbitrariedade desta medida, a sua utilização para aglutinar um grupo de pessoas com características comuns não oferece contestação. Assim, é habitualmente aceite em Gerontologia a idade dos 60 aos 65 anos como a idade limiar para o aparecimento do envelhecimento. (O. M. da Saúde, 2001; C. Paúl & Fonseca, 2005; Spar & La Rue, 2005; World Health Organization, 2002). De fato, independentemente do critério importa referir que os sinais de envelhecimento se tornam visíveis e envolvem a componente biológica, a componente psicológica e a componente social. Ainda que artificial, esta separação facilita a sistematização da informação.

Já na prática clínica a abordagem ao envelhecimento é feita de forma diferenciada, de acordo com a história e o percurso de vida de cada um. Constituindo assim uma perspectiva de eleição para a intervenção ao nível da promoção e do bem-estar individual, embora crie obstáculos á caracterização do envelhecimento em termos globais.

No plano da investigação, as duas análises são necessárias e complementares, pois permitem, por um lado, identificar as características e os contextos que interferem no envelhecimento individual, e por outro, permite agregar um conjunto de aspetos comuns relacionados com o envelhecimento, devendo-se ter em conta os vários critérios e não apenas o critério da idade.

Se ao aumento da esperança de vida se juntar a descida observada na taxa de natalidade, prevê-se que no fim da primeira metade do século XXI, a população com mais de 60 anos tenha subido dos 600 milhões – registo do ano 2000 – para cerca de 2000 milhões, passando então a haver mais pessoas com idades superiores a 60 anos do que aquelas com menos de 15 anos (Fernández-Ballesteros, 2007).

No continente português (continente e ilhas) a realidade reflete igualmente estas tendências, marcada ao longo de várias décadas, por níveis elevados de natalidade e de mortalidade, apresenta-se, atualmente, com características sócio-demográfica semelhantes às da maioria dos países europeus, mas cujo impacto social só recentemente se faz sentir de forma mais significativa (C. Paúl & Fonseca, 2005).

Os dados estatísticos dos Censos 2011 (Governo Regional, 2012), ilustram bem essas mudanças: entre 2004 e 2010, o envelhecimento, isto é, o aumento da proporção das pessoas idosas (com 65 ou mais anos) na população total, em detrimento da população jovem (0 a 14 anos) e/ou da população em idade ativa, passou dos 8% para os 16,4%; para o mesmo intervalo de tempo, o índice de envelhecimento (relação entre a população idosa e a população jovem) traduziu-se no extraordinário aumento de 27.3 para 102.2, valor que passa a sinalizar uma superioridade numérica das pessoas idosas em relação à população jovem (C. Paúl & Fonseca, 2005). Para os mesmos autores a população idosa em Portugal, no ano 2020, poderá atingir os 19.2%, valor que em termos absolutos, poderá representar cerca de 630.000 indivíduos entre os 65-69 anos, 531.500 entre os 70-74 anos e 850.000 com 75 e mais anos.

Com o avanço da idade há um aumento da prevalência de doenças crónicas e incapacitantes, responsáveis por perda de funcionalidade e conducentes a dependência

funcional de terceiros (Botelho, 2007); (Ramos, 2003). No entanto, de acordo com estes autores, embora a grande maioria dos idosos apresente um quadro de uma ou mais doenças crónicas, isso não implica necessariamente limitações na sua funcionalidade, sendo mesmo em maior número aqueles que, residentes na comunidade, se apresentam como funcionalmente independentes, controlando as suas doenças e vivendo com satisfação.

Revelou-se pois incontornável a necessidade de um conceito de saúde mais abrangente e integrador das múltiplas dimensões que lhe são inerentes. É disso reflexo a publicação, em 1980, pela OMS da «Classificação Internacional das Deficiências, Incapacidades e Desvantagens» (*International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps – ICDH*), onde são descritos e classificados três níveis de consequências das doenças. Um aspeto de grande importância associado à saúde, bem-estar e qualidade de vida do idoso é a sua funcionalidade, constituindo-se a autonomia funcional como condição essencial ao envelhecimento com sucesso (Perrig-Chiello, Perrig, Uebelbacher, & Stähelin, 2006).

A problemática, cada vez mais complexa, colocada às sociedades pelo envelhecimento das populações, tem gerado, sobretudo a partir de meados do século XX, uma crescente investigação científica, pluridisciplinar e multi-dimensional, na procura de respostas adequadas a esta nova realidade.

Nas últimas décadas do século, afirma-se progressivamente, na teoria e na prática, uma visão positiva e multi-dimensional da Saúde, uma perspetiva global que junta a promoção e proteção da saúde à prevenção e tratamento da doença (Pais-Ribeiro & Leal, 2006), destacando-se a importância dos recursos e valências positivas do funcionamento do indivíduo na promoção do seu bem-estar físico, psicológico e social.

Para a Gerontologia, marcada por uma tradição aristotélica que olhava para a velhice como uma doença natural (Fernández-Ballesteros, 2009), e focada nos aspetos biomédicos e psicossociais negativos da velhice (muito provavelmente contribuindo para uma sua representação social também negativa), esta visão positiva – com as múltiplas

denominações de envelhecimento «com sucesso», «ótimo», «vital», «produtivo», «ativo» e «positivo», todas elas relativas a uma forma positiva de envelhecer – constituiu-se como um novo paradigma no estudo do envelhecimento (Fernández-Ballesteros, 2009).

No campo da Psicologia do Desenvolvimento, a perspectiva de curso de vida foi particularmente importante para a compreensão das mudanças, transições e adaptações decorrentes do processo de envelhecimento. A relação entre envelhecimento e desenvolvimento nem sempre foi clara, sobretudo sob a visão predominante ao longo da primeira metade do século XX, que encarava o desenvolvimento psicológico e o envelhecimento como dois processos sucessivos, o primeiro associado ao crescimento e mudanças positivas e o segundo, a declínio e perdas irreversíveis (Fernández-Ballesteros, 2009; AM Fonseca, 2004b).

Do ponto de vista biológico, o envelhecimento corresponde a um processo fisiológico, determinado por fatores genéticos e ambientais, que gradualmente atinge todos os sistemas biológicos (Botelho, 2007). De acordo com a autora, o conceito de *idade biológica* constitui um melhor tradutor do estado orgânico e funcional do indivíduo do que a noção de *idade cronológica*, a qual, embora inevitavelmente associada ao envelhecimento e com a vantagem da independência de condicionalismos grupais como o sexo, raça ou condição social, não reflete a grande variabilidade interpessoal, verificada neste domínio, ao longo do curso de vida dos indivíduos.

Os velhos deparam-se assim com sociedades fortemente marcadas por mudanças, principalmente ditadas por razões economicistas, que os esvaziam de estatuto e poder e «biomedicalizam» o envelhecimento face a uma velhice encarada como doença social (Dias, 2005; AM Fonseca, 2005a).

Basicamente, o indivíduo seleciona e investe, privilegiadamente, em áreas nas quais se sente competente de modo a compensar perdas decorrentes do envelhecimento (Duarte-Silva, 2005). Os autores apresentam também um conjunto de estratégias potencialmente promotoras de um envelhecimento com sucesso, chamando a atenção para a natureza essencialmente individual desse percurso.

Para (Fernández-Ballesteros, 2009), o envelhecimento designado pela autora como *ativo*, pressupõe o seguinte: o ritmo de envelhecimento dos organismos é diferente e depende da interação do indivíduo, *ativo e atuante* – produto e produtor do seu próprio desenvolvimento –, com um mundo também ativo e ajustável, face à necessidade de otimização de resultados; as pessoas enfrentam as situações adversas, externas ou internas, de formas diferentes e este *coping* pode ser alvo de aprendizagem; nem todos os aspetos associados ao envelhecimento se revelam negativos, uma vez que, ao longo da vida, se registam mudanças individuais e acontecimentos positivos.

As representações sociais negativas têm um efeito negativo sobre o indivíduo e sobre a sociedade e qualquer política social orientada para a melhoria da qualidade de vida deve basear-se numa visão realista do envelhecimento e da velhice; algumas das consequências negativas do envelhecimento, sendo causadas pela doença, invalidez e pela dependência, podem prevenir-se, podendo também as suas consequências serem suprimidas ou minimizadas.

O envelhecimento saudável passa a ser visto como um processo que assenta nas estreitas relações que se estabelecem entre a saúde física e mental, a independência na vida diária e independência económica, a integração social e suporte familiar (Ramos, 2003).

Ainda a propósito da resposta diferencial de homens e mulheres no domínio da funcionalidade, em Portugal, e de acordo com dados do (M. da Saúde, 2008a), para os indivíduos do sexo masculino com 65 anos, que terão uma esperança de vida de 16.4 anos, estima-se que cerca de 9.6 anos poderão ser passados sem incapacidade de longa duração (58% da sua esperança de vida); por sua vez, as mulheres da mesma idade poderão em média viver mais 19.9 anos, com 10.8 ano sem qualquer tipo de incapacidade de longa duração (54% da sua esperança de vida).

Estas proporções vão diminuindo com a idade: aos 80 anos as proporções são de 43% para os homens e de 34% para as mulheres. Sendo portanto a esperança de vida das mulheres superior à dos homens (em todos os escalões etários), a proporção de

esperança de vida sem qualquer tipo de incapacidade, no sexo feminino, é inferior àquela observada no masculino, acentuando-se essa diferença na comunidade.

1.1 CONCEITO DE IDOSO E PADRÕES DE ENVELHECIMENTO

(Serrão, 2006) propõe considerar o termo “Seniores” para os homens e as mulheres com mais de 65 anos, desligados de atividades profissionais formais, que mantêm as suas capacidades, são independentes, saudáveis e ativos, abrangendo em termos etários três décadas, dos 65 aos 95 anos.

Existem ainda três subtipos de homens e mulheres:

- ✓ Idosos muito dependentes, com idades acima dos 85 anos e com dependência que resulta ou do envelhecimento natural ou surge “por doença, incluindo a doença oncológica em fase terminal” (Serrão, 2006).
- ✓ Idosos dependentes, cuja dependência é resultante, sobretudo, de doença crónica que obriga a tratamentos médicos constantes.
- ✓ Idosos independentes são os que mantêm as suas capacidades mas estão inativos “agarrados ao falso lema: não faço nada porque estou reformado” (Serrão, 2006).

Estas classificações funcionais são úteis, no entanto, o conceito idoso tem sido objeto de longo debate. A definição do conceito de idoso acarreta dificuldades de delimitação da categoria, confrontando-se duas visões distintas: Uma representação descreve o idoso e a velhice de uma forma negativa, onde o idoso é encarado como um ser humano frágil em situação de “pobreza, isolamento social, solidão, doença e dependência” (Mauritti & Ant, 2004). Nesta perspetiva, o percurso de vida de cada um, à

medida que a idade avança, culmina fatalmente num quadro dantesco de exclusão e sofrimento. De acordo com (Mauritti & Ant, 2004), a segunda representação considera o idoso como um potencial “segmento específico de consumo”. Assim, a velhice é uma época de reflexão, de ócio, de dedicação às atividades como o “auto-aperfeiçoamento”, que constituem elementos para o conceito de Envelhecimento Ativo.

No contexto do novo paradigma do envelhecimento ativo, (Requejo & Pinto, 2007) apresentam no quadro seguinte uma comparação entre o paradigma do envelhecimento sobre a forma de se olhar o idoso no passado e o idoso de hoje e do futuro:



<i>Perspetiva tradicional</i>	<i>Perspetiva do envelhecimento Produtivo</i>
Niilista Esperançoso	Niilista Esperançoso
Deterioração	Crescimento e desenvolvimento
Incapacidade	Saúde e bem-estar
Institucionalização e dependência	Autonomia, independência e interdependência
Forte resistência à mudança	Ajustamento à mudança
Incapaz de aprender	Estimulação intelectual
Preparação para a morte	Desfrutar o dia-a-dia
Vulnerabilidade/passividade	Empowerment
Qualidade de vida (uma dimensão)	Qualidade de vida (multidimensional)
Desapego social	Envolvimento social
Isolamento comunitário	Integração comunitária
Negação e fuga aos desafios	Enfrentar desafios
Necessidades, défices, perda de oportunidades	Força, habilidades, desejos, oportunidades
O passado e o que este poderia ter sido	O futuro e o que ele ainda poderá representar
O microambiente	O macroambiente
Comportamentos “apropriados à idade”	Comportamentos neutrais para a idade
Uso de um stock terapêutico	Melhoria terapêutica
Estilo de vida sedentária	Ativismo e atividade
Receber	Dar, prestar voluntariado, trocar

Quadro 1: O paradigma do envelhecimento produtivo na prática gerontológica

Fonte: (Requejo & Pinto, 2007)

De acordo com (AM Fonseca, 2004a), parece ser vantajoso o recurso às seguintes “categorias” de idade defendidas por (Birren & Cunningham, 1985):

- Idade biológica: o funcionamento dos sistemas vitais do organismo humano, importante na vertente saúde que afeta os indivíduos - o funcionamento desses sistemas diminui com o tempo;
- Idade psicológica: capacidades de natureza psicológica das pessoas para se adaptarem às mudanças de natureza ambiental, determinando as suas competências fundamentais para o controlo pessoal e a auto-estima; idade sociocultural: conjunto específico de papéis sociais que os indivíduos adotam numa sociedade, influenciando os comportamentos, hábitos, estilos de relacionamento interpessoal, etc.

A idade biológica constitui somente um indicador do processo de envelhecimento. De facto, as experiências e as vivências ao longo da vida de cada ser são importantes para compreender o comportamento humano (do(a) idoso(a)).

“O processo de envelhecimento é, naturalmente, uma realidade biológica que tem a sua dinâmica própria, em grande parte fora do controle humano. No entanto, ele também está sujeito às construções pelas quais em cada sociedade faz sentido a velhice. No mundo desenvolvido, o tempo cronológico desempenha um papel essencial em que a idade de 60 ou 65 anos, está legislada ser a idade de reforma e ser assim o início da velhice. Mas em muitas regiões do mundo em desenvolvimento, o tempo cronológico tem pouca ou nenhuma importância no sentido da velhice (Stegeman, Otte-Trojel, Considine, & Costongs, 2012).

Por sua vez, (Fernández-Ballesteros, 2009) propôs a noção de idade funcional, tendo em conta que algumas funções diminuem necessariamente de eficácia (sobretudo as de natureza física, biológica), outras estabilizam (personalidade) e outras que, na

ausência de doença, experimentam um crescimento ao longo de todo o ciclo de vida (experiência, sabedoria). Uma das implicações deste conceito é a de que uma intervenção externa orientada para reforçar algumas das funções (competências dos idosos) pode permitir uma melhoria nas condições para um envelhecimento satisfatório – exemplo: informação sobre alimentação mais saudável. (AM Fonseca, 2004a) conclui que “se o objetivo for a manutenção da capacidade funcional ao longo dos últimos anos de vida, isto pressupõe, na linha do que recomenda a Organização Mundial de Saúde, educar as pessoas a partir da meia-idade”.

Para (L Pimentel, 2000), o fenómeno do envelhecimento, tratando-se de um fenómeno relativamente recente, constitui um problema social pelo fato de a ele estar associado uma série de fatores que agravam as condições de vida do idoso:

1. A crise dos sistemas de proteção social que se reflete na dificuldade de melhorar os atuais sistemas de reforma e em financiar os equipamentos sociais;
2. A crescente instabilidade das formas familiares e a frequente indisponibilidade da família para dar um apoio permanente aos seus idosos;
3. A despersonalização das relações sociais e a ocorrência de graves situações de isolamento;
4. A rápida evolução das fontes e das formas de conhecimento que põe em causa a continuidade cultural que ligava as gerações. Estes são os fatores que agravam as condições de vida dos mais velhos, excluem-nos dos sectores produtivos da sociedade e enviam-nos para uma posição social desfavorável.

Refere ainda (L Pimentel, 2000) que os idosos (mais de setenta e cinco anos), por inerência perderão a sua autonomia, tornando-se dependentes de terceiros. Esta tem sido a grande preocupação, não só pela procura social e a sobrecarga dos sistemas de proteção social, mas também pela tomada de consciência de que uma parte significativa da população idosa está sujeita a graves situações de exclusão e a condições de vida precárias devidas aos baixos rendimentos económicos, degradação das condições de

habitação, privação do convívio social e familiar, isolamento e privação do exercício de direitos.

Foi neste contexto, que a Assembleia-geral das Nações Unidas (ONU) decidiu que o ano de 1999 fosse o Ano Internacional das Pessoas Idosas e se tivesse adotado como lema a expressão “Por uma sociedade para todas as idades”, o que pressupõe a participação dos idosos na vida da comunidade, em todas as suas vertentes; económica, social, cultural, política, em comunhão com todas as outras gerações, dando importância aos seus espaços relacionais, garantindo a continuidade dos laços sociais e familiares. Este aspeto pode ser conseguido através de programas intergeracionais e multidisciplinares.

As mudanças físicas, psicológicas e sociais comuns nos idosos levam-nos a enfrentar perdas, diminuição do nível de saúde, afastamento do mercado de trabalho e diversas situações desfavoráveis não controláveis. Neste contexto, o idoso procura encontrar apoio na família, na vizinhança, nos amigos e nas instituições e a sua qualidade de vida depende das respostas que conseguir obter. “Maior segurança associa-se ao sentimento de maior esperança. Melhor saúde mental e maior desejo de se sentir saudável associa-se a mais espiritualidade e a mais esperança.

Mais ganhos em qualidade de vida, mais ganhos em saúde estão aqui associados a um maior índice de espiritualidade” (Figueira, 2010).

Segundo o inquérito do Euro barómetro (Número especial 378, de 2012), a maior parte dos inquiridos considera como idosa uma pessoa com mais de 64 anos e, como deixando de ser nova, se tiver mais de 42 anos. Há, no entanto, que ter em atenção as características dos inquiridos na medida em que a opinião varia de acordo com a idade, o país e, ainda, o sexo. Quanto mais velho o inquirido for, mais tarde considera a idade de se ser idoso, ou seja, a sua perceção do início da idade do idoso aumenta. Assim, nos Países Baixos, considera-se idoso a partir dos 70,4 anos enquanto na Eslováquia é a partir dos 57,7 anos. Em média, para os 27 EM da UE, quando se entra com a variável género, as

mulheres consideram que se começa a ser idoso um pouco mais tarde (65 anos) do que os homens (62,7 anos).

A nível internacional existem muitas definições sobre o conceito de idoso se bem que tradicionalmente se continue a considerar idosa a pessoa a partir dos 65 anos. Segundo a (OMS, 2002), considera-se como idosa uma pessoa com mais de 65 anos, ou mais de 60 anos se viver em países menos desenvolvidos. Contudo, por se tratar duma definição arbitrária, ela encontra-se muitas vezes ligada à idade que, num país, se considera uma pessoa ter direito a uma pensão (idade ideal de reforma). Por tais motivos, as Nações Unidas optam por não considerar uma idade para se ser considerado idoso aceitando, contudo, a idade de 60 anos para esse efeito. Mas a utilização duma idade de calendário para marcar o limiar da velhice assume equivalência com a idade biológica mas, ao mesmo tempo, é geralmente aceite que estes dois factos não são necessariamente coincidentes.



1.2 O ENVELHECIMENTO VISTO PELA CIÊNCIA

As grandes certezas e tendências relativamente ao processo do envelhecimento é de que se trata de um processo que significa a diminuição relativa do peso dos jovens e o aumento da importância dos idosos. Neste contexto surgiram duas importantes ciências: a *gerontologia* e a *geriatria*.

A Gerontologia é a ciência que estuda o processo de envelhecimento em todos os seus aspetos. Engloba as investigações ao nível da biologia molecular até aos estudos socioeconómicos ou sobre as consequências da reforma. O termo foi utilizado pela primeira vez por (Tauber & Chernyak, 1991), no seu livro “ *A natureza do homem: estudos de uma filosofia otimista*”. Tal como se depreende da sua própria definição, os estudos

gerontológicos podem estabelecer-se desde diversos prismas, abraçam diferentes ciências e nesse sentido, são interdisciplinares. A idade moderna dos estudos gerontológicos iniciou-se nos Estados Unidos da América em 1941, com estabelecimento dos primeiros programas, tendo sido Nathan Shock um dos autores pioneiros.

A partir dos anos cinquenta, iniciou-se a época dos estudos longitudinais, atribuindo-se pioneirismo ao estudo longitudinal do envelhecimento de (William, 1958) (The **Baltimore Longitudinal Study of Aging**). Em 1975 foi criado também nos Estados Unidos da América o Instituto Nacional do Envelhecimento (**National Institute of Aging**). Atualmente, as investigações gerontológicas são consideradas como prioritárias pelos organismos oficiais de ajuda a investigação de numerosos países.

A geriatria por sua vez define-se como o ramo da medicina que estuda os aspetos clínicos, preventivos, terapêuticos e sociais do idoso em situação de saúde ou doença. Inclui aspetos relativos á maior parte das disciplinas clínicas e constitui uma parte da gerontologia. É também uma ciência relativamente jovem, em 1909, o Dr. Ignataz Nascher utilizou pela primeira vez o termo geriatria, referindo-se aquela parte da medicina relativa á velhice e suas doenças. Mas só a partir dos anos trinta, quando a Dra. Marjorie Warren, no West Middlesex Country Hospital de Londres, demonstrou que a assistência especifica a determinados anciãos melhorava notavelmente a morbidade e mortalidade de muitos deles, pode-se falar do nascimento da especialidade propriamente dita.

Nos anos quarenta, estabelecem-se sobretudo em Inglaterra, as bases doutrinárias da moderna medicina geriátrica (Morley, 2004).

Existem muitas razões para entender o auge que a gerontologia e a geriatria estão a ter em todo o mundo nos últimos anos, entre os quais se destacam:

1. A pressão demográfica: o número de idosos cresce em todos os países desenvolvidos alcançando idades mais elevadas, com um maior nível de saúde e cultura;

2. Socioeconómicas: derivadas da transcendência que as decisões médicas têm na política, economia e na sociedade. Basta recordar o volume económico que todos os países têm de dedicar a pensões e ao consumo de farmácia ou da necessidade de fornecer recursos sanitários e sociais aos idosos incapacitados;
3. Científicas: O conhecimento do que representa o processo de envelhecimento e das consequências que derivam do mesmo.

1.3 ENVELHECIMENTO DEMOGRÁFICO

O envelhecimento, pelos impactos estruturais nas sociedades contemporâneas e pela diversidade de problemáticas que abrange, tornou-se cada vez mais, num campo multidisciplinar. Tais conceitualizações são provenientes de áreas disciplinares diversas, desde a sociologia, a biologia, a psicologia, entre outras.

A diversidade de teorias e das propostas para a sua qualificação não é alheia à juventude do próprio campo disciplinar. Com efeito, o incremento da investigação realizada neste domínio, está direta ou indiretamente ligado á preocupação social com o crescente envelhecimento da população, principalmente nas sociedades europeias.

O envelhecimento demográfico tem-se vindo a constituir como um aspeto central do debate académico e político da atualidade não apenas pela relevância do processo, como pelas consequências multidimensionais que encerra.

A demografia tem assumido um papel importante, no quadro das ciências sociais, no estudo do movimento das populações (naturais e migratórios). A sua abordagem inicialmente pioneira, permite a sistematização de informação diacrónica e diacrónica, ao mesmo tempo que enuncia as grandes tendências em curso.

A abordagem sobre o envelhecimento da população adquiriu uma grande importância em tempos mais recentes, em articular na Europa, quer no ponto de vista de debate teórico, quer do ponto de vista de discussão política e social. Tal decorre da relevância que a questão tem assumido nas últimas décadas, inicialmente em alguns países mais avançados da Europa e, atualmente numa escala bem mais alargada, onde se mantêm os países europeus mais desenvolvidos, mas onde igualmente se incluem outros países da Europa, América do Norte, América Latina e Ásia, que iniciam processos relevantes de alteração de padrões de natalidade tradicionalmente elevada, como está a acontecer com alguns dos mais importantes países emergentes.

De fato a população ativa tende a diminuir em todas as zonas do globo, exceto em África. A proporção dos idosos tende a aumentar de forma acentuada em todas as regiões do mundo, dobra em África e aumenta mais do que o dobro na Ásia, América Latina e Caraíbas (C. Paúl, Fonseca, Martin, & Amado, 2005).

Uma grande parte dessas mudanças decorre de alterações nos modelos sociais e culturais dominantes, onde se relevam o reforço do papel da mulher no mercado de trabalho, a emergência de um conjunto de medidas de igualdade de tratamento entre as mulheres e os homens, o alargamento do espectro dos direitos das mulheres, enfim, a sua progressiva emancipação social, do que resulta a própria determinação nos processos decisórios sobre a fecundidade. A generalização dos métodos contraceptivos, do planeamento familiar, e da sua inclusão no sistema público de saúde assumiram-se como fatores decisivos para a alteração da dinâmica natalista então predominante. O caso português apresenta especificidades relevantes assim como continuidades com o contexto europeu onde se insere.

Assim, nestes contextos, foram sobretudo as questões sociais culturais e económicas a explicar a mudança de comportamentos natalista e, por consequência, o processo de envelhecimento na base da pirâmide, ou seja o início de um processo estrutural do desequilíbrio entre uma base etária tendencialmente em rarefação e um topo da pirâmide em crescimento e em alargamento. O aumento gradual da esperança média de vida, o

progressivo ajustamento das idades de reforma historicamente mais antecipadas, a passagem gradual da população em idade ativa para o grupo dos inativos pensionistas, entre outros, são os fatores desse alargamento do topo da pirâmide (envelhecimento do topo da pirâmide) e, em termos estruturais, da progressiva inversão da própria pirâmide etária. Desta forma o processo de envelhecimento é muito menos explicado pelas dinâmicas migratórias do que pelos fatores sociais, económicos e culturais, ao contrário do que ocorre inicialmente com Portugal, onde a emergência do envelhecimento demográfico tem uma forte relação com o processo emigratório das duas décadas finais do salazarismo.

De fato as características da atualidade e os cenários prospetivos apontam para tendências claras. “ O número de idosos vai aumentar de forma acentuada (...). Quase que duplicará, aumentando de 85 milhões em 2008 para 151 milhões em 2060 na União Europeia. O número dos muitos idosos (com 80 anos e mais) aparece prospetivado como aumentando ainda mais rapidamente, quase triplicando de 22 milhões em 2008 para 61 milhões em 2060. O progressivo envelhecimento da população mais idosa é um aspeto importante do envelhecimento demográfico” (European Committee, 2009).

Ao mesmo tempo importa sublinhar que a população europeia dificilmente crescerá mais devido á dinâmica natural. Apenas a dinâmica migratória, concretamente a imigração, poderá compensar os processos em curso. Isto significa que a União Europeia vive um processo estrutural e duradouro de envelhecimento demográfico; “o índice de dependência dos ativos tenderá a aumentar perto dos 30%. Esta dinâmica populacional subverte as tendências futuras do mercado de trabalho, que são centrais para o crescimento económico”. (European Committee, 2009).

Relativamente a Portugal, o fenómeno é mais tardio do que nos países da Europa Central embora venha a revelar-se mais vigoroso, devido sobretudo aos impactos e às características do processo migratório. Assim, as mudanças sociais e demográficas verificadas em Portugal corresponderam a uma das mais rápidas e estruturais alterações

de toda a Europa, Portugal mantém, no período posterior à Segunda Guerra, uma das mais jovens populações da Europa. Tal já não ocorre, evidenciando-se em Portugal uma das mais fortes tendências de toda a Europa.

Com efeito o processo migratório português, tem sido muito concentrado em grupo etários muito jovens, traduziu-se na perda de um contingente populacional muito jovem que emigrou, mas também na subtração do potencial natalista dessa população, o que afetou de forma clara e intensa a pirâmide etária portuguesa.

1.4 EVOLUÇÃO DO ENVELHECIMENTO EM PORTUGAL

O envelhecimento em Portugal deve-se ao contínuo decréscimo da taxa de natalidade, à redução da taxa de mortalidade e ao aumento da esperança média de vida. Foi em 2000 que pela primeira vez o número de jovens em Portugal foi superado pelo número de idosos.

Os impactos decorrentes do envelhecimento nas políticas sociais foram identificados pelas autoridades com responsabilidades públicas, quer internacionais quer nacionais. Propostas de Ação na UE como o Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e da Solidariedade entre Gerações constituem importantes pontos de referência para a formulação de estratégias nacionais enquadradoras das políticas sociais e das políticas da saúde. Em Portugal, estas estratégias estruturais devem ter em conta as restrições conjunturais decorrentes da aplicação do Programa de Assistência Financeira bem como os respetivos efeitos nos rendimentos das famílias, afetando, assim, também as populações mais idosas (direta ou indiretamente). De facto, a compatibilização entre a prioridade da sustentabilidade financeira do País e as crescentes necessidades de largas camadas de idosos constitui uma preocupação política da primeira importância.

O consenso expresso na Assembleia Mundial sobre Envelhecimento (AME) realizada em 2002, em Madrid, sob o tema “Sociedade para Todas as Idades”, continua a ser relevante sobre esta problemática:

- “Reconhecemos a necessidade de se conseguir progressivamente a plena realização do direito de todas as pessoas de desfrutar do máximo possível de saúde física e mental.
- O objetivo social de alcançar o grau mais alto possível de saúde é de suma importância em todo o mundo e, para que se torne realidade, é preciso adotar medidas em muitos sectores sociais e económicos, fora do setor da saúde.
- Comprometemo-nos a proporcionar aos idosos acesso universal e igualitário aos cuidados médicos e aos serviços de saúde física e mental. As crescentes necessidades do processo de envelhecimento populacional trazem a exigência de novas políticas de cuidado e tratamento, promoção de meios saudáveis de vida e ambientes propícios.
- Promoveremos a independência, a capacitação dos idosos e incentivaremos todas as possibilidades de participação plena na sociedade.
- Reconhecemos a contribuição dos idosos ao desenvolvimento no desempenho de seu papel como guardiões”

Nesta Assembleia, foi também aprovado o Plano Internacional de Ação do Envelhecimento que apontava para três prioridades ⁽¹⁾

1. Os idosos e o processo de desenvolvimento;
2. A promoção da saúde, do apoio social e do bem-estar para todo o ciclo da vida; a criação de contextos propícios e favoráveis que promovam políticas orientadas para a família;

¹ 1 Artigo 14º da Declaração Política da 2ª Assembleia Mundial sobre Envelhecimento, reunida em Madrid, 2002 e convocada pela Assembleia Geral das Nações Unidas em 1999 (disponível em http://www.cfam.org/docLib/20080625_Madrid_Ageing_Conference.pdf).

3. A comunidade como base para um envelhecimento seguro.

Portugal apresenta mutações demográficas de ampla escala e com importantes repercussões sociais, económicas e culturais. A evolução demográfica em Portugal, no passado recente, caracterizou-se por um gradual aumento do peso dos grupos etários séniores e uma redução do peso da população jovem. As projeções oficiais disponíveis indicam uma dinâmica populacional sem precedentes na história portuguesa, com um crescente peso das populações séniores e uma redução secular do peso da população ativa.

O efeito cumulativo da diminuição das taxas de mortalidade e de natalidade ao longo de várias décadas tem vindo a alterar o perfil demográfico da população portuguesa, cujo traço mais marcante é o progressivo envelhecimento da sociedade portuguesa. O envelhecimento resulta da transição demográfica das sociedades, definida como a passagem dum modelo demográfico de fecundidade e mortalidade elevados para um modelo de níveis baixos dos mesmos e, simultaneamente, um aumento generalizado da esperança média de vida das populações. Neste processo, observa-se um estreitamento relativo da base da pirâmide de idades (e menor peso de efetivos populacionais jovens) e um alargamento do topo (aumento relativo de efetivos populacionais idosos).

Entre 2005 e 2010, a proporção de jovens na população total residente em Portugal decresceu de 15,6 por cento para 15,1 por cento. No mesmo período, a proporção de indivíduos em idade ativa (população na faixa etária dos 15 aos 64 anos de idade) também se reduziu de 67,3 por cento para 66,7 por cento. A taxa de natalidade passou de 28 nascimentos por 1000 habitantes em 1935 para 9,5 em 2010, isto é, praticamente três vezes menos.

Conforme resulta explícito do que se diz antes, nomeadamente quando se relaciona esperança média de vida e nível de desenvolvimento do país e quando se alude ao crescimento da população dependente, este fenómeno de envelhecimento médio da população tem reflexos de âmbito social e económico, com impacto no desenho das políticas sociais e de sustentabilidade, bem como alterações de índole individual, através da adoção de novos estilos de vida.

Uma reação óbvia será pensar que a solução para o envelhecimento poderá passar pelo regresso a níveis de fecundidade mais elevados. ***Acontece, entretanto, que é notória a pouca atenção que em Portugal se presta às políticas sociais e da família***, havendo necessidade de mais do que duplicar o orçamento dedicado ao apoio às famílias com filhos se o intuito fosse o de obter resultados similares aos que alguns dos seus parceiros comunitários têm vindo a conseguir, aparte a imperatividade de manter, a este nível, políticas menos errantes.

Com o envelhecimento da população e o conseqüente aumento do índice de dependência de idosos, assiste-se também ao aumento dos encargos sociais com reformas, pensões e assistência médica, e à crescente dificuldade de cobrir com recurso a um número reduzido de contribuintes (população em idade ativa) os encargos daí derivados. Fica assim em causa tanto a sustentabilidade do sistema de segurança social como a estrutura da despesa pública, sobrecarregada com a necessidade de aumentar os gastos com serviços, de saúde e outros, associados às populações mais idosas.

Portugal, de acordo com os Censos 2011, apresenta um quadro de envelhecimento demográfico bastante acentuado, com uma população idosa (pessoas com 65 e mais anos) de 19,15%, uma população jovem (pessoas com 14 e menos anos) de 14,89% e uma esperança média de vida à nascença de 79,2 anos. Prevê-se que se acentue, em 2050, a tendência de involução da pirâmide etária, com 35,72% de pessoas com 65 e mais anos e 14,4% de crianças e jovens, apontando a longevidade para os 81 anos.

Portugal regista, em 2011, um índice de longevidade de 79,20 (80,57 para as mulheres e 74,0 para os homens), apontando as projeções para 2050 para um aumento significativo deste índice, já que se prevê que as pessoas possam viver, em média, 81 anos (84,1 as mulheres e 77,9 os homens). Significativa, ainda, é a previsão da esperança média de vida para aqueles que atingirem os 80 anos. Em 2050, dos 7,6 anos que as mulheres dos nossos dias podem viver, em média, para além dos 80 anos, passar-se-á para 10,2 e, dos 5,9 anos para os homens passar-se-á para os 7,3. É Notória, ainda, a presença maioritária de mulheres (58%) no grupo etário dos 65 e mais anos, em relação à dos homens do mesmo grupo (42%), sinal da “feminização” do envelhecimento, que se observa na sociedade portuguesa desde 1900.

É nesse quadro que a presente abordagem se situa, discutindo os principais eixos da caracterização da situação portuguesa, tratando-se ao mesmo tempo, alguns aspetos prospetivos fundamentais do debate atual.

Por sua vez, a esperança média de vida à nascença dos homens e mulheres nascidos em 1993 era, respetivamente, de 71 e 78,1 anos; os indivíduos com 65 anos apresentavam uma esperança de vida de 14,2 (H) e 17,5 anos (M). Estes ganhos significativos em saúde em Portugal, ao longo das últimas décadas, constituem uma base importante para a melhoria do bem-estar, nomeadamente das populações idosas. Em 2009, os dados demográficos do Eurostat apresentavam, para Portugal:

<i>(em anos)</i>	<i>H</i>	<i>M</i>
À nascença	76,5	82,6
Aos 65	17,1	20,5

Quadro 2: Esperança média de vida
Fonte: (OECD, 2011)

Estas mudanças traduzem-se numa modificação inquestionável das pirâmides por idade e sexo, tendo em conta sobretudo a redução significativa da mortalidade e

natalidade, o aumento da esperança de vida e, ao mesmo tempo, a diminuição da fecundidade, dando origem a uma “transição demográfica” marcada, irrevogavelmente, por um envelhecimento demográfico. O fenómeno do envelhecimento vai corresponder “às alterações que, relativas à estrutura etária da população, se traduzem por um aumento da importância relativa dos idosos (envelhecimento no topo), por uma diminuição da importância relativa dos jovens (envelhecimento na base) ou por ambas as situações (duplo envelhecimento)” (Rosa, 1999).

Dados publicados pela United Nations, World Population Ageing, 1950-2050 – Economic and Social Affairs, 2001 apontam, ainda, para a existência, em Portugal, de 300 pessoas com 100 ou mais anos, prevendo-se que em 2025 esse número ascenda aos 1.800 e, em 2050, atinja 6.400 pessoas.

Estes ganhos em anos de vida produzem alterações na existência humana, presente e o futuro, e exigem novos comportamentos, estilos de vida, expectativas e valores obrigando a um questionamento sobre representações sociais estereotipadas e a ter em conta a explosão de singularidades, no âmbito do direito inclusivo. Não se olvida portanto, as pessoas idosas em situação de pobreza e, ou exclusão social. Se, por um lado, existem pessoas idosas autónomas, que participam ativamente na vida familiar, comunitária e social, por outro, há pessoas que estão condicionadas pelas situações de pobreza, incapacidade, doença e, ou isolamento.

As iniciativas devem assim, abranger estas diferentes dimensões e a proteção social deve prioritariamente, responder às situações de maior vulnerabilidade. Para o agravamento da desigualdade é possível que concorra a evolução da estrutura demográfica, com peso crescente da população mais idosa, porém tal significa uma oportunidade para reimaginar a sociedade.

Este fenómeno do envelhecimento demográfico e, especialmente a imposição do segmento populacional das pessoas idosas, emerge portanto, como um desafio às

medidas de política assumindo lugar de destaque nas agendas sociais e políticas, com importância reconhecida pela Assembleia Geral das Nações Unidas pela ótica do “envelhecimento ativo”. A visão veiculada pela ideia de “envelhecimento ativo “ implica uma atitude pessoal de otimismo perante a vida. Mas também exigirá medidas por um lado, capacitadores dos mais velhos e das suas famílias e por outro, responsivas às suas situações eventuais de vulnerabilidade social.

Para além do esperado decréscimo populacional até 2050, como referido anteriormente a população residente em Portugal sofrerá um agravamento do envelhecimento e o aumento da população idosa será particularmente acentuada no Norte e nas regiões Autónomas dos Açores e Madeira.

O quadro abaixo representa a evolução do aumento da percentagem da população idosa em Portugal, no ano 2004 a 2010 podemos constatar que houve um aumento significativo nos grupos etários com +75 anos passando de 7.3% em 2004, para 8,6% 2010, assim como a população com + 85 quase que duplicou comparativamente ao mesmo período referenciado, conforme podemos constatar no quadro abaixo (INE, 2011):

Estrutura da população residente em Portugal por sexo e grupo etário														
	2004		2005		2006		2007		2008		2009		2010	
	10 ³	%	10 ³	%	10 ³	%	10 ³	%	10 ³	%	10 ³	%	10 ³	%
Total	10.529,3	100,0	10.569,6	100,0	10.599,1	100,0	10.617,6	100,0	10.627,3	100,0	10.637,7	100,0	10.637,0	100,0
0-14 anos	1.647,4	15,6	1.644,2	15,6	1.637,6	15,5	1.628,9	15,3	1.623,0	15,3	1.616,6	15,2	1.607,7	15,1
15-64 anos	7.091,3	67,3	7.115,3	67,3	7.132,8	67,3	7.138,9	67,2	7.130,1	67,1	7.119,9	66,9	7.097,8	66,7
65 e + anos	1.790,5	17,0	1.810,1	17,1	1.828,6	17,3	1.849,8	17,4	1.874,2	17,6	1.901,2	17,9	1.931,5	18,2
65-74 anos	1.018,6	9,7	1.016,3	9,6	1.008,2	9,5	1.004,2	9,5	1.005,5	9,5	1.010,5	9,5	1.015,4	9,5
75 e + anos	771,9	7,3	793,8	7,5	820,4	7,7	845,7	8,0	868,7	8,2	890,6	8,4	916,0	8,6
85 e + anos	155,4	1,5	162,9	1,5	171,7	1,6	178,7	1,7	186,5	1,8	195,8	1,8	204,6	1,9
Homens	5.094,3	100,0	5.115,7	100,0	5.129,9	100,0	5.138,8	100,0	5.142,6	100,0	5.148,2	100,0	5.146,6	100,0
0-14 anos	844,6	16,6	843,6	16,5	840,0	16,4	835,5	16,3	832,5	16,2	828,7	16,1	823,3	16,0
15-64 anos	3.500,8	68,7	3.515,1	68,7	3.526,2	68,7	3.530,9	68,7	3.527,6	68,6	3.526,1	68,5	3.517,6	68,3
65 e + anos	748,9	14,7	757,0	14,8	763,8	14,9	772,4	15,0	782,5	15,2	793,4	15,4	805,7	15,7
65-74 anos	455,1	8,9	454,7	8,9	450,7	8,8	449,2	8,7	450,5	8,8	452,8	8,8	454,9	8,8
75 e + anos	293,8	5,8	302,3	5,9	313,0	6,1	323,2	6,3	332,0	6,5	340,7	6,6	350,9	6,8
85 e + anos	50,0	1,0	52,6	1,0	56,0	1,1	58,5	1,1	61,3	1,2	64,7	1,3	67,1	1,3
Mulheres	5.434,9	100,0	5.453,9	100,0	5.469,2	100,0	5.478,8	100,0	5.484,7	100,0	5.489,5	100,0	5.490,3	100,0
0-14 anos	802,8	14,8	800,6	14,7	797,6	14,6	793,4	14,5	790,5	14,4	787,9	14,4	784,4	14,3
15-64 anos	3.590,5	66,1	3.600,1	66,0	3.606,7	65,9	3.608,0	65,9	3.602,5	65,7	3.593,9	65,5	3.580,2	65,2
65 e + anos	1.041,6	19,2	1.053,1	19,3	1.064,9	19,5	1.077,4	19,7	1.091,7	19,9	1.107,7	20,2	1.125,7	20,5
65-74 anos	563,5	10,4	561,7	10,3	557,5	10,2	554,9	10,1	555,0	10,1	557,8	10,2	560,6	10,2
75 e + anos	478,1	8,8	491,4	9,0	507,4	9,3	522,5	9,5	536,7	9,8	550,0	10,0	565,2	10,3
85 e + anos	105,4	1,9	110,3	2,0	115,7	2,1	120,1	2,2	125,2	2,3	131,1	2,4	137,5	2,5

Quadro 3: Total de indivíduos residentes em Portugal
Fonte: (INE, 2011)

De acrescentar ainda o fenómeno do envelhecimento da própria população idosa, dado o crescimento acentuado entre a população com 75 e mais anos. Esta ideia justifica, de alguma forma, o aumento que se tem verificado ao nível do índice de longevidade. Entre 1960 e 2001 o número aumenta de 34 para 42 indivíduos, prevê-se mesmo que entre 1950 e 2020 as pessoas com 80 ou mais anos tenham quadruplicado em importância numérica e tenham dobrado o seu peso relativo no contexto da população idosa, aliás atingir os 100 anos torna-se um acontecimento cada vez mais frequente.

Estas rápidas e estruturais mudanças na sociedade portuguesa (A. Barreto, 2002; E. V. Rodrigues, 2010; T. Rodrigues, Baptista, Lopes, & Moreira, 2009; Telo, 2008) ocorreram num contexto de instabilidade e de fragilidades políticas e económicas do estado e das políticas sociais (Mozzicafreddo, 1992; E. V. Rodrigues, 2010; B. de S. Santos, 1990), incapazes por isso de uma ação direcionada, para a resolução ou compensação das dinâmicas sociodemográficas que se acentuavam.

Para (C. Paúl & Ribeiro, 2012) o processo de envelhecimento demográfico é explicado por um novo modelo teórico, a transição demográfica, caracterizado pela passagem de um tipo de natalidade e mortalidade elevados, para um modelo que ambas as variáveis assumem valores muito reduzidos, com a emigração muito jovem a acentuar a transição, no caso concreto de Portugal.

1.4.1 Envelhecimento da população da Madeira



Figura 2: Mapa de Envelhecimento da população da Região Autónoma da Madeira

Fonte: http://pt.wikipedia.org/wiki/Regi%C3%A3o_Aut%C3%B3noma_da_Madeira#Demografia

A **ilha da Madeira** é a ilha principal (740,7 km²) do arquipélago da Madeira é de origem vulcânica, está situado no Oceano atlântico sudoeste da costa portuguesa, o seu clima é subtropical com extensa flora exótica, economicamente é amplamente voltada para o turismo.

O Arquipélago é constituído pela ilha da Madeira conjuntamente com Porto Santo, as Ilhas Desertas e as Ilhas Selvagens a capital da ilha e da região autónoma é a cidade do Funchal.

A população residente na Região Autónoma da Madeira (RAM), foi estimada em 262 302 indivíduos, 47,09% homens e 52,91% mulheres (censos 2011).

Apesar de possuir uma densidade populacional (cerca de 300 hab./km²) superior à média do país e mesmo da UE 75% da população da ilha da Madeira habita em apenas 35% do território, sobretudo na costa sul, onde se encontra a cidade do Funchal, capital que concentra 45% da população (130 000 habitantes), com uma densidade populacional de 1 500 hab./Km.

População residente

Os 247 568 indivíduos, residentes na Madeira em 2010, traduz um acréscimo populacional de 0,1% face ao mesmo dia do ano anterior. Os resultados mostram que o Funchal foi o município que apresentou maior crescimento (+0,8%), enquanto o Porto Moniz (-2,0%) registou a maior variação negativa.

A proporção de jovens (0-14 anos) representa 17,2% da população, a população em idade ativa (15-64 anos) 69,8% e os idosos 13,0%. Os jovens diminuíram ligeiramente o seu peso no total da população, enquanto a população em idade ativa aumentou ligeiramente e os idosos mantiveram-se praticamente inalterados face ao ano anterior.

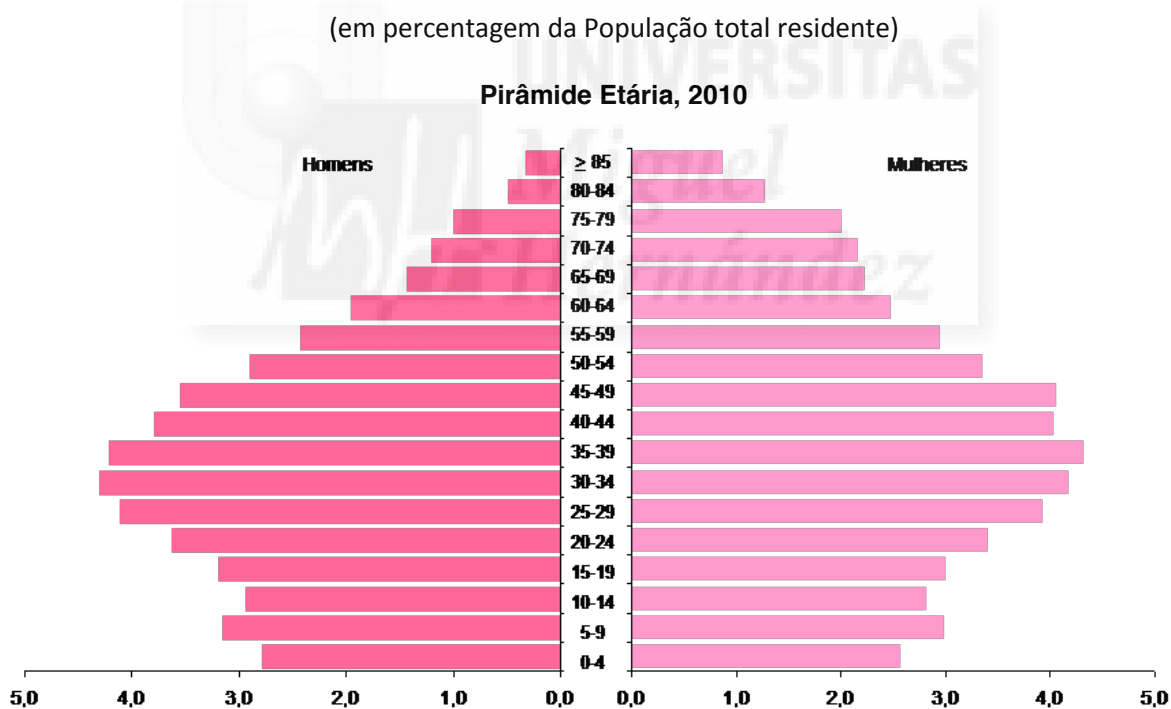


Figura 3: Pirâmide etária da população residente na Região Autónoma da Madeira

Fonte: (Governo Regional, 2012)

A análise da evolução da população ao longo dos anos revela uma **tendência de envelhecimento**. À semelhança dos anos anteriores, em 2010, o índice de envelhecimento demográfico (relação entre a população idosa e o número de pessoas com idades compreendidas entre os 0 e os 14 anos) manteve-se inferior a 100, fixando-se nos 75,4 indivíduos idosos por cada 100 jovens.

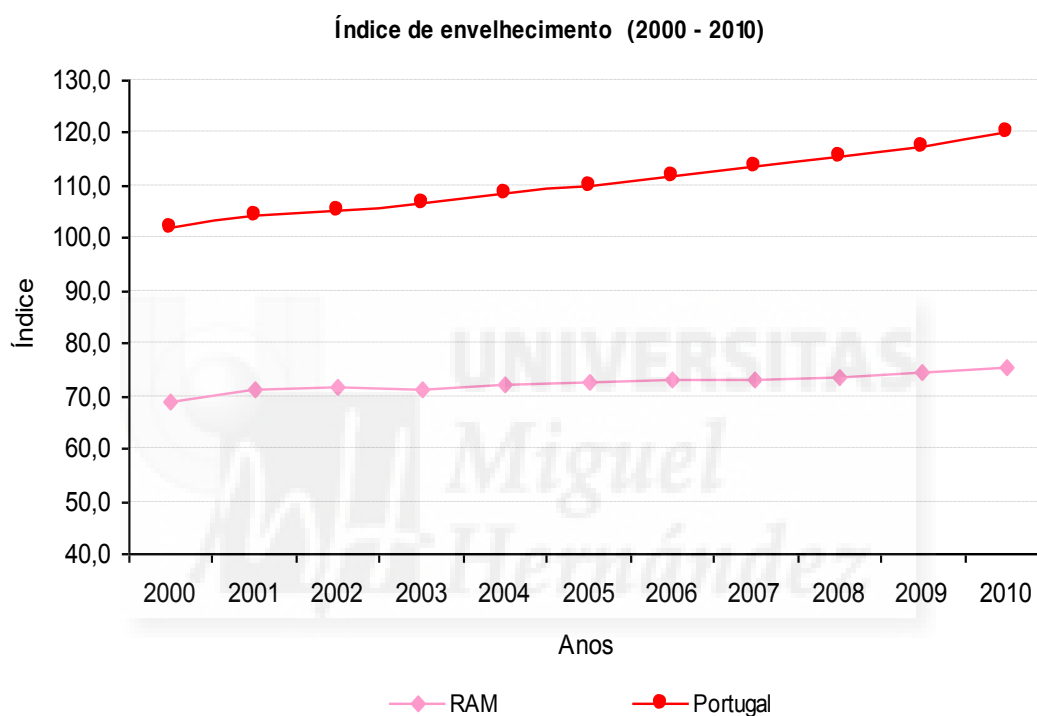


Gráfico 1: Índice de envelhecimento da população portuguesa

Fonte: http://estatistica.govmadeira.pt/DRE_SRPC/EmFoco/Populacao_Sociedade/Demografia/Emfoco.htm

1.4.2 Caracterização da População Idosa

Atividade económica

A importância da participação da população idosa no mercado de trabalho constitui uma vertente importante na promoção do envelhecimento ativo, na redução da pobreza que afeta desproporcionalmente os idosos desempregados/pensionistas e na melhoria da sustentabilidade dos sistemas de pensões. O crescente peso da população idosa deve ser encarado não como uma ameaça, o que poderia constituir um potencial foco de tensão social entre as gerações. O emprego, auto-emprego e o voluntariado permitiram aos idosos uma participação ativa na sociedade, com efeitos significativos em termos de despesas de saúde e de bem-estar dos próprios.

A Estratégia Nacional de Envelhecimento Ativo (2006) apresenta um conjunto de objetivos, atuando ao longo do ciclo da vida ativa dos trabalhadores. Em particular, esta Estratégia visa:

“I. PRIORIDADE 1 – ESTIMULAR A PERMANÊNCIA DOS TRABALHADORES MAIS VELHOS NO MERCADO DE TRABALHO

- *Melhorar a qualidade do trabalho*, de forma a combater a saída precoce dos trabalhadores do mercado de trabalho;
- *Promover condições mais favoráveis ao prolongamento da vida ativa*, reforçando os incentivos ao alargamento da vida ativa dos trabalhadores e evitando a antecipação do processo para a inatividade.

II. PRIORIDADE 2 – VALORIZAR E PROMOVER O CONHECIMENTO DOS TRABALHADORES MAIS VELHOS

- *Promover o acesso dos trabalhadores mais velhos à educação e formação / aprendizagem ao Longo da Vida, concretizando em termos estratégicos o aumento das habilitações e qualificações dos trabalhadores deveras importantes no mercado de trabalho, onde as competências são valorizadas;*
- *Fomentar a valorização da experiência profissional dos trabalhadores mais velhos, promovendo a mudança de mentalidades e das práticas das entidades empresariais no reconhecimento do *Know-how* adquirido ao longo da vida pelo trabalhador. “*

Em Portugal, por exemplo, a taxa de participação na força de trabalho da população do grupo etário dos 60 aos 64 anos do sexo masculino passou de 78% em 1974 para 52% em 2008. Até 2007, a população idosa tem uma taxa de participação relativamente elevada na atividade económica, após ter atingido a idade da reforma ou até mesmo após se ter reformado ou aposentado. Nos últimos anos, com o início da crise de 2008, tem vindo a verificar-se uma quebra no emprego de idosos.

Atividades não económicas

Segundo (Taron et al., 2004), considera que um envelhecimento saudável é aquele que combina três elementos básicos: a supervivência, a saúde e a satisfação com a vida. Estabelece, para que o envelhecimento decorra de forma saudável, deverá incluir:

- Exercício das faculdades mentais e nível de instrução;
- Capacidade do ego para simbolizar;
- Capacidade para continuar vinculado a objetos externos.

Para tal, os idosos devem manter-se ativos o maior período possível, de modo a poder conservar as capacidades físicas e mentais. Deste modo, conforme se verifica uma saída do mercado de trabalho, deve haver uma busca de atividades que compensem as que foram abandonadas trazendo, ao mesmo tempo, uma maior satisfação à vida dos idosos, tornando-os mais ativos. Surge, assim, a importância das atividades ocupacionais não económicas como fatores que contribuem para se alcançarem tais objetivos. Dentre estas, assumem relevância as atividades ligadas ao voluntariado.

Os idosos têm uma contribuição inestimável para dar à sociedade, para além da reforma. Devido ao crescimento demográfico e ao número crescente de pessoas idosas na Europa é, ainda, mais crucial criar oportunidades para que os idosos se mantenham ativos e promover a solidariedade intergeracional. O voluntariado é, assim, um meio de permitir às gerações atividades em conjunto e de fornecer oportunidades para os cidadãos seniores permanecerem ativos e contribuírem para a comunidade, divulgando conhecimento e experiência que adquiriram ao longo da vida.

Ao nível europeu, e de acordo com dados publicados pelo Eurobarómetro em Outubro de 2011, sobre Voluntariado e Solidariedade Intergeracional, 22% de reformados pratica atividades de voluntariado ao nível Europeu, sendo as seguintes as atividades que desenvolvem:

- Solidariedade, 34%
- Cuidados de saúde, 37%
- Educação e formação, 19%
- Ambiente, 19%
- Inclusão social e pessoas desfavorecidas, 18%
- Direitos humanos, 19%.

Alguns programas da UE dirigem-se à problemática dos idosos, nomeadamente, o programa Grundtvig. “O Programa Grundtvig da UE oferece um quadro de auxílio financeiro no domínio da Aprendizagem ao Longo da Vida e Educação de Adultos, através da cooperação europeia e intercâmbios internacionais. As ONGs, como a APCS, são candidatos elegíveis. A ideia de aprendizagem geral de adultos em Grundtvig é muito ampla e inclui não apenas cursos de qualificação formal mas também atividades de aprendizagem não-formal e, até mesmo, ambientes de aprendizagem completamente informal. Este é o caso, por exemplo, dos nossos voluntários séniores aos quais, através das suas atividades de voluntariado, é dada a possibilidade de se tornarem ainda ativos bem como contribuir para a renovação e atualização das suas habilitações e competências, quando as suas vidas de trabalho estão no fim.” (EU, Grundtvig Programme).

Atividades de lazer/turismo sénior

Lazer é um conjunto de ocupações às quais o indivíduo pode entregar-se de livre vontade, seja para repousar seja para divertir-se, recrear-se e entreter-se ou, ainda, para desenvolver a sua informação ou formação desinteressada, a sua participação social voluntária ou a sua livre capacidade criadora após “livrar-se ou desembaraçar-se das obrigações profissionais, familiares e sociais.” Sabendo que os idosos não constituem um grupo homogêneo, existindo diferentes padrões de adaptação à velhice que depende essencialmente de fatores como a idade da reforma, a classe socioeconómica, o estado civil, o sexo e a religião importa oferecer-lhes uma gama variada de atividades de lazer. Assim, segundo o estudo “os idosos e as atividades de lazer” (Martins, 2007), as atividades de lazer devem constituir momentos onde o indivíduo idoso se empenhe, algo que escolha de livre e espontânea vontade, que lhe dê prazer e que contribuam para o desenvolver como pessoa. Os prazeres podem ser encontrados em diferentes atividades lúdicas, como ler, ver televisão, jogar cartas, jardinagem, fazer tricô, etc.

Nesta lógica torna-se um dever proporcionar “políticas” que priorizem ações que estimulem e beneficiem os idosos, nos segmentos da cultura, lazer, desporto e educação, tendo como meta a promoção da cidadania na terceira idade, preparando-os para uma maturidade e uma velhice bem-sucedida. Assim, as atividades mais praticadas pelos idosos em ambos os grupos são “conversar com amigos”, ver televisão e “passear”. Em sentido oposto, encontram-se as alternativas menos valorizadas pelo grupo DOM que são: jogar às cartas, fazer tricô e ler; enquanto, para o grupo INST, a sequência corresponde a fazer tricô, jardinagem e jogar às cartas.

Segundo o estudo de (Mendonça, 2012), a realização de atividades de lazer depende dos níveis financeiro, educacional e cultural dos idosos sendo, no caso dos idosos dos meios rurais, agravado pela falta de suporte de transportes e de contactos sociais. Quanto aos resultados deste estudo às atividades de lazer preferidas dos idosos, praticadas dentro de casa (72%), são as seguintes:

- ❖ Ver televisão (93%)
- ❖ Ouvir rádio (80%)
- ❖ Cuidar de plantas (63%)
- ❖ Leitura (52%)
- ❖ Cuidar de animais (43%)
- ❖ Bordado/Tricô (16%)
- ❖ Palavras-cruzadas (13%)

Como atividades de lazer realizadas fora de casa destacam-se as visitas a museus e a frequência de teatros e cinemas mas este tipo de atividades é efetuado por idosos que têm mais disponibilidades financeiras e um maior nível de educação. Quando se passa para a faixa etária dos 80 e mais anos, constata-se: diminuição geral do nível de atividade, menos atividade de lazer fora de casa e diminuição das atividades que requerem disposição / predisposição.

As atividades de lazer são muito importantes para uma melhor qualidade de vida do idoso, tal como é salientado pela Direção-Geral de Saúde ao enumerar as vantagens da realização de atividades físicas e de lazer:

- ✓ Reduz o risco de morte prematura;
- ✓ Reduz o risco de morte por doenças cardíacas ou AVC, que são responsáveis por 30% de todas as causas de morte;
- ✓ Reduz o risco de vir a desenvolver doenças cardíacas, cancro do cólon e diabetes tipo II;
- ✓ Ajuda a prevenir/reduzir a hipertensão, que afeta 20% da população adulta mundial; Ajuda a controlar o peso e diminui o risco de se tornar obeso;
- ✓ Ajuda a prevenir/reduzir a osteoporose, reduzindo o risco de fratura do colo do fémur nas mulheres;
- ✓ Reduz o risco de desenvolver dores lombares e pode ajudar o tratamento dessas situações;
- ✓ Ajuda o crescimento e manutenção de ossos, músculos e articulações saudáveis;
- ✓ Promove o bem-estar psicológico, reduz o stress, ansiedade e depressão.

Universidades Sêniores

As Universidades Sêniores (UTI) são “a resposta socioeducativa, que visa criar e dinamizar regularmente atividades sociais, culturais, educacionais e de convívio, preferencialmente para e pelos maiores de 50 anos”. As Universidades Sêniores, independentes da denominação, são um espaço privilegiado de inserção e participação social dos mais velhos, através de aulas, visitas, oficinas, blogs, revistas e jornais, grupos de música ou teatro, voluntariado, viagens de estudo no país ou estrangeiro, em que os sêniores se sentem úteis, ativos e participativo. Baseiam-se, assim, num conceito de instituição com dois níveis de preocupações. Por um lado, a vertente académica, por outro, os aspetos sociais e lúdicos. Relativamente à primeira, não se ministram cursos

nem se atribuem diplomas, uma vez que se não pretende preparar profissionais para o mercado de trabalho mas tão-somente que os alunos possam adquirir competências e saberes de acordo com os interesses de cada um.

Todavia, nos finais dos anos 90 é que se pode falar efetivamente num verdadeiro processo de explosão das Universidades de Terceira Idade em Portugal, com o surgimento de mais quinze UTI. A partir desta altura, começou-se a verificar uma certa consciencialização por parte do Estado e da própria sociedade do real envelhecimento da população, começando a valorizar-se a participação e o papel do idoso na mesma. Nesta fase, Portugal viu surgir mais de 30 novas universidades destinadas à população idosa.

Com o lançamento do Ano Europeu de Envelhecimento Ativo, houve uma tomada de consciência e de sensibilização para estas questões e outros desafios do envelhecimento por parte autoridades públicas, parceiros sociais e organizações da sociedade civil, passando-se de 15 universidades séniores em 2007 para 182 em 2012 e o número de alunos de 1 200 para 35 000.

A maioria das Universidades Séniores assenta em associações auto-organizadas e em associações sem fins lucrativos, podendo também, em alguns casos, assumir-se como cooperativas e institutos. Algumas associações vieram a tornar-se Instituições Particulares de Solidariedade Social – IPSS, a fim de obterem apoios e subsídios por parte do Estado. Neste contexto, funcionam fora do sistema escolar e cumprem os princípios da aprendizagem informal estando a maior parte das UTI agregada a outra associação, tipo IPSS, Associação Cultural ou Clube.

Em Portugal, as UTI têm de acordo com o seu regulamento geral, os seguintes objetivos:

A promoção da melhoria da qualidade de vida dos séniores;

- A realização de atividades sociais, culturais, de ensino, de formação, de desenvolvimento social e pessoal, de solidariedade social, de convívio e de lazer, preferencialmente para maiores de 50 anos;
- A participação cívica e a auto organização dos séniores, principalmente após a reforma;
- A educação para a cidadania, para a saúde, para a tolerância, para o voluntariado e para a formação ao longo da vida;
- A colaboração na investigação académica e científica na área da gerontologia e da andragogia;
- A divulgação dos serviços, deveres e direitos dos séniores;
- O fomento do voluntariado, na e para a comunidade.

As UTI são um exemplo de vitalidade da sociedade civil e envelhecimento ativo, sendo frequentadas maioritariamente por mulheres, entre os 60-70 anos, com graus de instrução variável, desde a 4ª classe ao Doutoramento e, essencialmente, por reformados.

Rendimento, pensões e situações de pobreza

A população idosa tem, em geral, rendimentos inferiores ao da população ativa, nomeadamente empregada, associado ao fato da principal fonte de rendimento dos idosos ser a pensão ou a reforma. Os dados da Segurança Social e da Caixa Geral de Aposentações indicam um total de 3,5 milhões de pensionistas e reformados em Portugal em 2011.

Risco de pobreza - A pobreza, segundo (da Silva, 2008), é um fenómeno complexo, multidimensional, com privação acentuada dos elementos básicos para uma vida longa e saudável, incluindo falta de alimentação adequada, carência de habitação e vestuário, baixa escolaridade, inserção instável no mercado de trabalho, falta ou pouco acesso a

serviços de saúde, a participação social e a decisões políticas, entre outros aspetos. Recorde-se que a taxa de risco de pobreza corresponde à população com rendimento anual inferior a 5 207 Euros ou seja 434 Euros/mês.

Em Portugal, a população idosa é um dos grupos mais desfavorecidos em termos económicos, registando as taxas mais elevadas no que respeita a incidência, severidade e intensidade da falta de recursos. A população com 65 e mais anos, de acordo com fontes comunitárias, apresentava, para o ano de 2009, uma taxa de risco de pobreza (considerada como abaixo de 60% do rendimento mediano) de 21,0% depois das transferências sociais, valor ligeiramente superior ao registado em 2008, de 20,1% e superior à média comunitária (17,8%). Conforme se vai avançando nas idades, o agravamento do risco da pobreza é maior, apresentando a população de 75 e mais anos um risco de pobreza que atinge 24,4%, sendo na UE apenas de 20,3%.

Os dados do INE relativos ao risco de pobreza mostram, ainda, um elevado risco para as famílias com um adulto com 65 ou mais anos comparado com a população em geral. A condição de reformado revela um risco de pobreza bastante mais elevado em comparação com os indivíduos que estão a trabalhar. O quadro seguinte mostra o aumento do risco da pobreza dos idosos, em particular as idosas.

Condições e qualidade de vida

A qualidade de vida está condicionada, para além da saúde física, e da perceção do indivíduo e da sua vida por fatores psicológicos que podem ser percetíveis através de relações sociais, de valores pessoais, de sentimentos de isolamento/solidão e de preocupações com a segurança e situação financeira. Na verdade a qualidade de vida das pessoas também é afetada por questões monetárias e de privação material

Muitos dos desafios que os idosos enfrentam no seu dia-a-dia estão ligadas à autonomia e independência das suas condições de vida, quer sejam ou não capazes de enfrentar e tomar decisões pessoais numa base diária, enquanto viverem de forma independente com pouca ou nenhuma ajuda de outras pessoas, sejam familiares ou amigos ou quaisquer outras pessoas.

A qualidade de vida tem muito que ver com o grupo de idade. Se no que se refere à população com mais de 75 anos, a qualidade de vida tem muito a ver com muitas doenças e suas consequências no plano funcional, já no grupo etário 65-74 anos, os seus problemas de saúde têm mais que ver com a evolução do seu estatuto social, nomeadamente com a entrada na reforma que, por muitos, pode ser considerada como uma perda de ligação social, podendo originar problemas de depressão.

A OMS define a qualidade de vida como a percepção do indivíduo do seu lugar na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. Este é um conceito muito amplo, influenciado de forma complexa pela saúde física da pessoa, o estado psicológico, o nível de independência, as relações sociais e a relação com os elementos essenciais de seu ambiente. A partir desta definição, a OMS propõe uma divisão em seis “domínios” e 24 “Áreas” a estudar, para identificar a qualidade de vida, tal como definido acima:

1. *Campo-Físico* - Dor e desconforto; energia e fadiga; dormir e repouso;
2. *Âmbito psicológico* - Sentimentos positivos; pensar, aprendizagem, memória e concentração; estima; imagem corporal e aparência; sentimentos negativos;
3. *Níveis de independência* - Mobilidade; atividades da vida diária, dependência de remédios ou de ajuda médica; capacidade para trabalhar;

4. *As relações sociais* - As relações pessoais; apoio social; atividade sexual;

5. *Envolvência* - Segurança física; ambiente do local de residência; recursos financeiros; serviços de cuidados de saúde e sociais, sua disponibilidade e qualidade; oportunidade para adquirir novas competências e informações; participação e oportunidades para participar em atividades recreativas; ambiente (poluição, ruído, trânsito, clima); transportes

Em termos conclusivos realçamos:

- A importância da participação da população idosa no mercado de trabalho constitui uma vertente importante na promoção do envelhecimento ativo, na redução da pobreza que afeta desproporcionadamente os idosos desempregados/pensionistas e na melhoria da sustentabilidade dos sistemas de pensões.

- A solidão, falta de rendimentos e a inatividade constituem fatores de risco para os idosos (em geral para outras camadas da população), em termos de necessidades acrescidas de serviços de saúde e de bem-estar - até 2007, a população idosa tem uma taxa de participação relativamente elevada na atividade económica, após ter atingido a idade da reforma ou até mesmo após se ter reformado ou aposentado; nos últimos anos, com o início da crise de 2008, tem vindo a verificar-se uma quebra no emprego de idosos.

- O voluntariado é, assim, um meio de permitir às gerações atividades em conjunto e de fornecer oportunidades para os cidadãos séniores permanecerem ativos e contribuírem para a comunidade, divulgando conhecimento e experiência que adquiriram ao longo da vida. Portugal encontra-se no grupo com uma percentagem “relativamente baixa” de voluntariado e com uma contribuição para o PIB abaixo de 1%.

- A “atividade lúdica” constitui um dos fatores que mais contribui para a melhoria da QdV da população idosa.

O sector do turismo sénior é uma área com perspectivas de crescimento tendo em conta, nomeadamente, a tendência de crescimento do grupo da população de 65 e mais anos no total da população; em Portugal existem 3 programas de turismo sénior.

- As Universidades Séniores, entidades com uma vertente académica e outra social e lúdica, são um espaço privilegiado de inserção e participação social dos mais velhos, através de aulas, visitas, oficinas, blogs, revistas e jornais, grupos de música ou teatro, voluntariado, viagens de estudo no país ou estrangeiro, em que os séniores se sentem úteis, ativos e participativos. Em Portugal, só a partir dos anos 90 se deu uma verdadeira explosão destas entidades, existindo 182 em 2012, com um número de alunos de 35 000 e se tomou consciência do seu papel na qualidade de vida dos séniores e numa concretização do princípio da aprendizagem ao longo da vida.

A população idosa tem, em geral, rendimentos inferiores ao da população ativa, nomeadamente empregada, e está associada ao fato da principal fonte de rendimento dos idosos ser a pensão ou reforma; 84,1% dos pensionistas de velhice da Segurança Social têm uma pensão menor que 500 Euros e apenas 6% dos mesmos têm pensão superior a 1000 Euros. Nos pensionistas da CGA, 21% têm pensões abaixo dos 500 Euros enquanto 50% têm pensões acima de 1000 Euros.

- Em Portugal, a população idosa é um dos grupos mais desfavorecidos em termos económicos; a população com 65 e mais anos, de acordo com fontes comunitárias, apresentava, para o ano de 2009, uma taxa de risco de pobreza (considerada como abaixo de 60% do rendimento mediano) de 21,0% depois das transferências sociais, valor ligeiramente superior ao registado em 2008, de 20,1% e superior à média comunitária (17,8%); conforme se vai avançando nas idades, o agravamento do risco da pobreza é

maior, apresentando a população de 75 e mais anos um risco de pobreza que atinge 24,4%, sendo na UE apenas de 20,3%.

- A qualidade de vida está condicionada, para além da saúde física, da perceção do indivíduo e da sua vida por fatores psicológicos; a qualidade de vida tem muito que ver com o grupo de idade: para a população com mais de 75 anos, a qualidade de vida tem muito a ver com muitas doenças e suas consequências no plano funcional, já no grupo etário 65 -74 anos, os seus problemas de saúde têm mais que ver com a evolução do seu estatuto social. Portugal, segundo dados do Eurostat, aparece como o segundo País da UE com as mais elevadas taxas da População idosa com limitações nas atividades da vida diária.

1.5 MEDIDAS E INICIATIVAS NO ENVELHECIMENTO ATIVO:

Portugal tem vindo a desenvolver medidas de política que contribuem para um envelhecimento ativo e para a qualidade de vida das pessoas idosas e que, claramente pretendem promover o bem-estar e a inclusão social ao longo da vida e reconhecer a importância dos seniores nas comunidades. As medidas e iniciativas que têm vindo a ser concretizadas inserem-se num quadro de transversalidade de vários ministérios e entidades da sociedade civil, tendo por base duas linhas estratégicas de intervenção: fazer face ao impacte das alterações demográficas; promover a inclusão social.

O Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas, visando a manutenção da autonomia, independência, qualidade de vida e recuperação global das pessoas idosas, prioritariamente no seu domicílio e meio habitual de vida, exige uma ação multidisciplinar dos serviços de saúde, em estreita articulação com a Rede de Cuidados Continuados de Saúde criada pela Lei nº. 281/2003 De 8 de Novembro.

Assim, reconhecendo a necessidade de serem criadas condições que concretizem o objetivo fundamental de obter ganhos de saúde, nomeadamente em anos de vida com independência e melhorem as práticas profissionais no âmbito das especificidades do envelhecimento, o Ministério da Saúde aprovou o Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas, o qual faz parte integrante do Plano Nacional de Saúde 2004 – 2010.

A II Assembleia Mundial das Nações Unidas realizada em Madrid, em 2002, traçou como objetivos orientadores de políticas inovadoras para responder ao envelhecimento demográfico: o envelhecimento ativo; e a sociedade para todas as idades. Assim, o envelhecimento ativo e a solidariedade Intergeracional passam a ser considerados elementos-chave da coesão social, contribuindo para uma maior qualidade de vida à medida que as pessoas vão envelhecendo. Por outro lado, porque se baseiam no reconhecimento dos direitos humanos, contribuem igualmente para a consolidação da democracia.

Neste contexto, o Parlamento Europeu e a Comissão Europeia declararam 2012 como o Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e da Solidariedade entre as Gerações (adiante designado por AEEASG ou Ano Europeu), através da Decisão n.º 940/2011/UE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 14 de Setembro de 2011.

De acordo com a Resolução do Conselho de Ministros n.º 61/2011, de 22 de Dezembro os objetivos do Ano Europeu são:

- a) Sensibilizar a opinião pública para o valor do envelhecimento ativo das suas diversas dimensões [incluindo a intergeracionalidade] e conseguir uma posição destacada nas agendas políticas;
- b) Estimular o debate e o intercâmbio de informações e desenvolver a aprendizagem mútua entre os Estados-Membros e as várias partes interessadas;

- c) Propor um quadro de compromisso e de ação concreta para que a União, os Estados-Membros e as partes interessadas possam elaborar soluções, políticas, estratégias e iniciativas de longo prazo inovadoras, sustentadas e duradouras;
- d) Promover atividades de luta contra a discriminação em razão da idade, superando estereótipos e eliminando obstáculos, em especial quanto à empregabilidade.

Este fenómeno do envelhecimento demográfico e, especialmente a imposição do segmento populacional das pessoas idosas, emerge portanto, como um desafio às medidas de política assumindo lugar de destaque nas agendas sociais e políticas, com importância reconhecida pela Assembleia Geral das Nações Unidas (ONU) pela ótica do “envelhecimento ativo”.

A visão veiculada pela ideia de “envelhecimento ativo “ implica uma atitude pessoal de otimismo perante a vida. Mas também exigirá medidas por um lado, capacitadores dos mais velhos e das suas famílias e por outro, responsivas às suas situações eventuais de vulnerabilidade social.

Nesta perspetiva facilmente, se conclui pela necessidade da concertação das iniciativas públicas e privadas, para dar resposta aos desafios não só, do envelhecimento demográfico e ao perfil das necessidades, capacidades e expetativas das pessoas idosas e mas também do alcance da sustentabilidade dos sistemas e mecanismos — formais e informais, nacionais e locais — de proteção social.

Como dimensões de referência deverão ser tidas em conta:

- ❖ O reforço do papel das famílias;

- ❖ O reforço das relações intergeracionais;
- ❖ A valorização do papel da pessoa idosa na sociedade por mecanismos que favoreçam a sua participação ativa e o exercício dos seus direitos;
- ❖ A facilitação do acesso ao mercado de trabalho e permanência neste.
- ❖ O investimento na aprendizagem ao longo da vida;
- ❖ A promoção do voluntariado social;
- ❖ A permanência no meio habitual de vida, o mais tempo possível;
- ❖ Uma maior e melhor prevenção e cobertura das situações de dependência.

Resumindo: Os fenómenos de desertificação, as fragilidades económicas, as alterações da estrutura familiar e as inaptações do meio habitacional, são alguns dos fatores que, ocorrendo frequentemente na população idosa, condicionam a sua saúde, a sua autonomia e independência e a sua qualidade de vida, obrigando a uma avaliação e atuação multidisciplinares, aos níveis local, regional e nacional, integrada e de trabalho em equipa.

1.6 ASPETOS DO ENVELHECIMENTO HUMANO

A longevidade humana é uma realidade incontestável; contudo, vive-se na ânsia de não se envelhecer, pelo que compreender este processo natural, dinâmico, simultaneamente progressivo e irreversível constitui um acontecimento necessário e da maior relevância. É importante referir que o envelhecimento não se circunscreve apenas ao idoso, antes ocorre ao longo da vida – desde o nascimento até á morte. No entanto, é nesta etapa da vida que se faz notar com maior exuberância, o que chama a atenção para a importância do sucedido, em que o critério para o sucesso reside essencialmente na autonomia física, psicológica e social do idoso (P B Baltes & Baltes, 1990);(O. M. da Saúde, 2001). O envelhecimento bem-sucedido/ativo determina os conceitos centrais para a

Gerontologia (World Health Organization, 2002). Assim, o bem-estar e a qualidade de vida dos idosos constituem os principais indicadores de uma adaptação bem-sucedida (C. Paúl & Fonseca, 2005).

Numa perspetiva multidimensional, a perceção e a conceção do envelhecer ocorre de múltiplas formas, o que significa olhar o envelhecimento atendendo às várias dimensões, como a biológica, a psicológica, a sociológica e a cronológica.

O envelhecimento como etapa da vida é um processo biológico inevitável, mas não único, pois implica modificações somáticas e psicossociais. Deste modo, as dimensões biológicas, sociais e psicológicas interagem de forma ininterrupta de acordo com a interação humana, onde cada uma afeta e é afetada.

1.6.1 Aspectos sociais do envelhecimento

Sociologicamente, as dinâmicas sociais decorrentes do modo de vida da velhice e dos processos de envelhecimento não se podem dissociar da estrutura social e dos posicionamentos que os idosos ocupam na mesma (Machado, 1994).

Porém, o envelhecimento é imbuído do estado sociocultural de uma determinada época e sociedade, que vincula representações legitimadoras acerca das políticas de intervenção nesse domínio. Tais políticas (por exemplo, envelhecimento ativo, saúde, prestação de cuidados, organização de lazeres e tempos livres) não só transformam a população idosa em objeto de intervenção por parte de um vasto grupo de profissionais, como reforçam, na maior parte dos casos, as (suas) dependências. A produção de uma política que orienta o modo de vida da velhice reflete, assim, a própria ação do Estado sobre esta categoria social (Machado, 1994). Portanto, mais do que um papel supletivo ou arbitral. Através de um conjunto de políticas sociais, o Estado, nas sociedades ocidentais

contemporâneas, define o estatuto de velhice, mas também as suas possibilidades e limites.

Porém, não podemos esquecer que a tradição sociológica para além de relacionar o envelhecimento com a estrutura e as forças sociais preocupa-se igualmente, em interpretá-lo como expressão do significado que os indivíduos atribuem a esta experiência biológica, psicológica e social. Tal remete-nos para a análise dos significados que os indivíduos e a própria sociedade atribuem aos elementos estruturados da velhice e do envelhecimento.

Embora reconheça a relevância de outras ciências sociais ao nível da pesquisa e intervenção, a sociologia do envelhecimento tenta demonstrar que a experiência individual do envelhecimento depende, de igual forma, de uma variedade de fatores sociais, com os quais interage. No entanto, a pesquisa neste domínio tem sido orientada segundo três tradições complementares, designadamente a perspetiva da sociologia da idade. (Sociology of age), que encara a idade como princípio estruturador da sociedade, das instituições e dos grupos. Privilegia a análise dos coortes e o seu impacto na estrutura social.

A perspetiva da sociologia do envelhecimento (Sociology of age) centra-se num plano mais microsociológico de análise com vista a dar conta dos processos de adaptação dos indivíduos às transições, socialmente produzidas, ao longo do ciclo vital. Por último, a tradição da sociologia da velhice (Sociology of aged) que a encara como um problema social, tendo na teoria da desvinculação, (Cumming e Henry, 1961) um dos seus maiores contributos teóricos (Machado, 1994). Esta corrente tornou-se relevante em termos da orientação de políticas sociais.

Tendo em conta estas três tradições sociológicas, resulta claro que a análise sociológica do envelhecimento incide simultaneamente nos aspetos sociais do envelhecimento individual e no envelhecimento da sociedade, propriamente dito.

Ao versar eminentemente sobre os aspetos sociais do envelhecimento, a sociologia do envelhecimento partilha este traço com a gerontologia social. Apesar da identidade específica de cada área disciplinar, desenvolveram-se ambas, essencialmente, durante a segunda metade do século XX, quando se começou a observar um fenómeno extraordinariamente importante: O envelhecimento da população.

A gerontologia social, enquanto especialização da gerontologia, é eminentemente multidisciplinar. Para além de se ocupar das bases biológicas, psicológicas e sociais da velhice e do envelhecimento, dedica-se ao estudo do impacto das condições socioculturais e ambientais neste processo, propondo ações concretas no sentido de o melhorar. Tem uma forte componente de intervenção social (Fernández-Ballesteros, 2009).

O envelhecimento constitui, pois, um objeto de conhecimento muito antigo, mas é recente o desenvolvimento de diversas áreas disciplinares que assumiram a sua pesquisa e intervenção. O interesse pela velhice e pelos processos de envelhecimento têm sido uma constante ao longo da história da humanidade. Destes tempos imemoriais que o homem se interessa pelo prolongamento da vida humana e pela conquista da eterna juventude. Todavia, resta saber se tal resulta da motivação em lutar contra a morte, ou se representa um verdadeiro interesse científico sobre a velhice e o envelhecimento.

Resumindo: a sociologia do envelhecimento conheceu um franco desenvolvimento sobretudo a partir dos anos 60 do século passado, altura em que o envelhecimento demográfico passou a ser uma questão incontornável. Cada transformação, operada pelos desenvolvimentos teóricos assinala uma mudança na

investigação e prática da análise sociológica. A emergência da teoria da desvinculação (Cumming & Henry, 1961) marcou o desenvolvimento formal da teoria científica sobre o envelhecimento, conduzindo à consciencialização da comunidade científica da necessidade da teoria enquanto processo de construção de conhecimento sistemático, rigoroso e cumulativo.

Doravante a análise deixou de estar centrada exclusivamente no envelhecimento individual, passando a ter em conta as suas dimensões sociais, bem como o envelhecimento da própria sociedade. Assim, ao ser encarado como um meio de declínio individual, o envelhecimento exige do sistema social uma diversidade de respostas. O processo de desvinculação é gradual, levando os indivíduos a adotar os comportamentos socialmente estabelecidos para a idade avançada. Se a desvinculação é alcançada com sucesso, o sistema social mantém o seu equilíbrio. Caso contrário representa um disfuncionamento dos sistemas, que tem que encontrar soluções, através por exemplo da institucionalização de novos mecanismos de desvinculação.

No final dos anos 70, início dos anos 80 do século XX, a teoria sociológica do envelhecimento torna-se metateórica. A análise centra-se nos factos do envelhecimento, na sua natureza socialmente construída, a par das questões ideológicas subjacentes a este fenómeno. As questões emergentes assumiram principalmente duas formas; qual a natureza da velhice e do envelhecimento e como é que estes fenómenos podem ser descritos e interpretados? Quais os interesses que estão subjacentes a um modo particular de pensar a velhice e o envelhecimento? O foco de análise desloca-se então das tentativas de explicação do envelhecimento bem-sucedido ou com sucesso, para as questões do envelhecimento propriamente ditas, centra-se na análise da organização social do discurso enquanto meio através do qual os indivíduos negociam coletivamente os significados a atribuir à idade e ao envelhecimento (Schutz, 1970).

Nos anos 1980 e 1990, a teoria crítica e as perspectivas feministas surgem como quadros teóricos alternativos para a análise das questões do envelhecimento nas nossas sociedades, passando a integrar nas suas concetualizações as dimensões epidemiológicas e ideológicas associadas aquele processo (Wilson, 2007). A evolução das teorias do envelhecimento ao longo das últimas décadas tem a preocupação em estabelecer uma relação dialética entre factos e teorias. Procurando ultrapassar críticas, como a falta de rigor teórico e técnico-metodológico, a sociologia do envelhecimento tem vindo a apostar numa maior qualidade das análises quantitativas e qualitativas produzidas neste âmbito. Ao situar o envelhecimento, simultaneamente, nos níveis macro e micro de análise a sociologia do envelhecimento acaba por exigir a produção de quadros concetuais mais complexos e de metodologias mais ajustadas à diversidade das vivências de envelhecimento das nossas sociedades.

A investigação mais recente volta-se então para o estudo das relações familiares, das redes de apoio social, prestação de cuidados á pessoa idosa, assim como para os problemas da pobreza e das desigualdades sociais entre a população mais velha, sem descurar as questões de género de etnicidade, saúde doença, trabalho e reforma (Wilson, 2007).

1.6.2 Desenvolvimento psicológico no decurso do envelhecimento

O estudo científico do envelhecimento humano tem contribuído para modificar a visão tradicional deste período do ciclo de vida, baseada em modelos concetuais que enfatizam a noção de défice ligado a á vivência da condição de idoso e descrevendo pessoas idosas como “Incapazes” ou em risco de se tornarem incapazes. De fato, pelo menos até ao último terço de século vinte, o desenvolvimento positivo na velhice foi, implícita ou explicitamente, encarado sempre como a ausência de comportamentos negativos ou indesejáveis. Com efeito, ainda hoje não é raro que uma pessoa idosa que

apresente um grau de funcionalidade indicativo de um desenvolvimento positivo, seja vista com alguém que não tem demências, que não está senil, etc.

A aplicação da ideia de desenvolvimento ao envelhecimento significa, essencialmente a defesa da possibilidade de as pessoas idosas, não obstante a idade cronológica, poderem continuar a apresentar traços positivos de desenvolvimento psicológico, algo visível sobretudo nos indivíduos, cujo processo de envelhecimento corresponde a um “envelhecimento bem-sucedido” (M. Baltes & Carstensen, 1996); (AM Fonseca, 2005b).

A visão positiva do envelhecimento, que fundamenta a promoção do desenvolvimento psicológico no envelhecimento, surge a partir do interesse dos cientistas desenvolvimentais em aprofundar o conceito de plasticidade do desenvolvimento humano (R. M. Lerner, 2013), destacando o papel das relações entre os indivíduos e os contextos ambientais para a compreensão das diferenças interindividuais no decurso desse desenvolvimento.

Sob o ponto de vista psicológico, o envelhecimento abrange a segunda metade da vida, podendo a “meia-idade” ser vista como a respetiva porta de entrada. De um modo geral, o envelhecimento tem sido descrito como uma fase da vida marcada por transformações de ordem muito variada, começando pela componente biológica e terminando na componente social. É consensual também que o impacto de toda esta série de transformações é condicionada, em larga medida pelas trajetórias desenvolvimentais percorridas pelo indivíduo durante a idade adulta (Jutta Heckhausen, Dixon, & Baltes, 1989). Dados os múltiplos níveis de organização considerados na estruturação do desenvolvimento humano durante esse período, o envelhecimento pode ser definido como um período do ciclo de vida em que a generalidade e as características pessoais, (biológicas, psicológicas e sociais) muda de uma forma relacionada entre si,

orientando-se progressivamente na construção de uma imagem de si como “idoso” (diferenciada da imagem que habitualmente se tem de um “adulto”).

(AM Fonseca, 2004a) considera que “o envelhecimento psicológico resulta de um equilíbrio quer entre estabilidade e mudança, quer entre crescimento e declínio, havendo algumas funções que necessariamente diminuem de eficácia (sobretudo as de natureza física, a percepção e a memória), outras que estabilizam (como por exemplo a maior parte das variáveis da personalidade) e outras que, na ausência de doença, experimentam um crescimento ao longo de todo o ciclo de vida (as que mais se ligam ao uso da experiência e de conhecimentos prévios). Assim entendida, a idade funcional constitui-se como um conjunto de indicadores (capacidade funcional, tempo de reação, satisfação com a vida, amplitude das redes sociais) que, na opinião de (Fernández-Ballesteros, 2009), permitem compreender como se podem criar condições para um envelhecimento satisfatório. Por exemplo, se o objetivo for a manutenção da capacidade funcional ao longo dos últimos anos de vida, isto pressupõe, na linha do que recomenda a Organização Mundial de Saúde, educar as pessoas a partir da meia-idade”.

O desenvolvimento psicológico no decurso do envelhecimento envolve uma série de ajustamentos individuais face á ocorrência de mudanças no *Self* decorrentes de alterações corporais, cognitivas e emocionais, expectativas sociais, relações interpessoais, alterações familiares, profissionais, na rede de relações e no próprio contexto de residência (levando por vezes á institucionalização). Como seria de esperar e dada á enorme variabilidade interindividual, nem todos os indivíduos lidam com estas mudanças da mesma forma, pelo que “os resultados desenvolvimentais”, são substancialmente diferenciados de pessoa para pessoa. As diferenças individuais neste processo adaptativo constituem assim, uma componente essencial do desenvolvimento psicológico na velhice, sendo provocada s pela diferente combinação de fatores e características biológicas e psicológicas e sociais, não detendo qualquer uma destas características primazia sobre as restantes (AM Fonseca, 2005b).

As raízes da “ideia” de desenvolvimento psicológico no envelhecimento encontram-se no trabalho de psicólogos e de biólogos que estudaram a plasticidade dos processos desenvolvimentais emergentes da integração de níveis de organização biológicos e contextuais. O recurso da integração de níveis de organização diferenciados para a interpretação das mudanças desenvolvimentais teve o seu início nos anos 70 do século XX (Gottlieb, Washlsten, & Lickliter, 2006);(R. Lerner, 2006);(Overton, 2006) e constituiu-se como uma resposta a controvérsia nature-nature, resolvida pela adoção de uma perspectiva integradora entre as influências genéticas e contextuais do desenvolvimento humano. No quadro das perspectivas contemporâneas de estudo do desenvolvimento humano, o nosso enfoque centra-se nos conceitos e modelos associados às teorias do desenvolvimento inspiradas no paradigma contextualista. (C. Paúl et al., 2005); (António Fonseca, 2010), de que se destacam a regulação desenvolvimental (através de uma influência mútua entre os níveis atrás definidos, da parte genética ao funcionamento mental, ao comportamento, à cultura e sociedade e, finalmente, à história) plasticidade no desenvolvimento humano (como consequência da integração de níveis de análise do desenvolvimento humano, o sistema desenvolvimental é caracterizado por um potencial para a mudança ao longo do tempo.

A combinação destas variáveis no âmbito do sistema desenvolvimental proporciona a base para as mudanças de ordem intraindividual e para a diversidade interindividual, constituindo a sua observação em qualquer ponto do ciclo de vida, uma evidência da plasticidade desse mesmo sistema. É na ligação entre os conceitos de plasticidade e diversidade que encontramos a base para a justificação de um pensamento desenvolvimental associado ao envelhecimento, podendo inclusivamente a segunda metade da vida servir como um *testing ground* para a exploração e verificação de certas teorias desenvolvimentais, forjando uma nova visão do desenvolvimento psicológico na velhice e das oportunidades de promoção desse mesmo desenvolvimento. O conceito de “envelhecimento bem-sucedido”, surgido no início dos anos 90 do século XX e largamente disseminado a partir de então (C. Paúl et al., 2005) é exemplo de como uma nova visão

acerca do processo de envelhecimento pode introduzir um novo vocabulário associado á velhice e suscitar o interesse de agentes sociais e políticos tendo em vista uma melhoria da vida dos idosos.

Assim, para (C. Paúl & Ribeiro, 2012), a ideia de desenvolvimento aplicada ao envelhecimento tem subjacente um conjunto de princípios que sustentam a necessidade de os idosos passarem a ser vistos como “pessoas a desenvolver” e não como “problemas a resolver”, baseados nas seguintes hipóteses:

1ª Hipótese baseia-se na existência de um potencial para a mudança intraindividual ao longo do ciclo de vida e de tal representar uma importante força no desenvolvimento humano; se as competências individuais forem estimuladas pela ação do próprio e pelos recursos da comunidade – espaços cívicos, culturais, centros de ocupação de tempos livres, universidades séniores, e outros -, podem prever-se benefícios positivos no funcionamento individual;

2ª Hipótese preconiza que quando uma pessoa idosa manifesta competência e permanece um agente ativo do seu próprio desenvolvimento, ele ou ela experimentam uma trajetória desenvolvimental onde se integram os contributos diversos (de origem biológica e cultural) que se reforçam mutuamente e que alimentam simultaneamente o Self e a capacidade para interagir no quadro da família, da comunidade e das instituições da sociedade.

Esta segunda hipótese evidencia a necessidade de existência de contextos suscetíveis de favorecer o desenvolvimento psicológico em presença, quantidade e acessibilidade suficientes, refletindo as necessidades dos indivíduos idosos e permitindo-lhes explorar todas as capacidades de que sejam detentores. Há pois todo um conjunto de domínios humanos, físicos e institucionais, relacionais e comunitários – que estruturam os recursos e as oportunidades de desenvolvimento na velhice (Urie Bronfenbrenner, 1999). Cada um desses domínios pode ser indexado a diferentes contextos de desenvolvimento:

O primeiro domínio engloba os recursos humanos presentes no ambiente que rodeia a pessoa idosa; entende-se aqui por “recursos humanos”, forças, capacidades e talentos individuais demonstrados através do desempenho de papéis sociais. Este “ativo ecológico”, é representado pelos indivíduos que se envolvem em atividades de cariz desenvolvimental e que, funcionam também como modelos para os restantes cidadãos mais velhos;

- O segundo domínio traduz recursos físicos e institucionais presentes no ambiente que rodeia a pessoa idosa. Estes recursos constituem oportunidades de aprendizagem de lazer e envolvimento, favorecendo igualmente a criação de rotinas;

-O terceiro domínio implica as relações interpessoais e comunitárias que se estabelecem no seio da família e da coletividade, quer através de redes informais de amigos e pares, quer através do envolvimento em redes formais de ocupação de tempos livres e de apoio psicológico, materializando assim os recursos antes referidos.

A regulação do comportamento individual nestes diversos domínios de promoção do desenvolvimento psicológico é caracterizada pela adoção de estratégias de coping que implicam, de formas mais ou menos consciente, estruturas e funções alargadas de cariz biofisiológico, psicológico e relacional. A análise destes mecanismos de regulação do comportamento durante a velhice e o papel por eles desempenhado na promoção do desenvolvimento psicológico durante o envelhecimento conduz-nos ao modelo proposto em várias ocasiões por Baltes e colaboradores e designado genericamente por modelo SOC – seleção, otimização, compensação (P.B. Baltes & Freund, 2003); (A. M. Freund & Baltes, 2007).

O recurso a mecanismos de seleção, otimização e compensação funciona como uma forma de explicar o modo como decorre com sucesso a orquestração da vida humana, sendo visto como um modelo de adaptação suscetível de ser aplicado a diversos domínios do funcionamento humano (performance física, relações sociais, atividade cognitiva e outros), especialmente a partir da meia-idade e durante a velhice (M. Baltes &

Carstensen, 1996); (A. Freund, Li, & Baltes, 1999); (J Heckhausen & Schulz, 1995). No essencial, o modelo SOC procede da convicção que o curso da vida supõe alterações regulares em termos e objetivos e do sentido da própria vida, requerendo tais alterações que se façam mudanças sistemáticas na distribuição de recursos. Enquanto na primeira metade da vida, o investimento primário de recursos é dirigido a processos que configuram essencialmente ganhos desenvolvimentais, na segunda metade da vida, cada vez mais recursos são investidos no sentido da manutenção desses ganhos e da reparação das perdas, de forma a limitar as suas consequências.

A adoção dos mecanismos a que o modelo SOC se refere está positivamente correlacionada com a ocorrência de desenvolvimento psicológico no decurso do envelhecimento e negativamente correlacionada com a ocorrência de problemas de adaptação e comportamentos desajustados durante a velhice. Tal foi evidenciado por (A. Freund & Baltes, 2000), recorrendo a medidas de avaliação dos processos de seleção, otimização e compensação aplicados a regulação de comportamentos em pessoas adultas e idosas. Esta abordagem tem repetidamente sublinhado, de diversos modos, como é importante atender aos múltiplos caminhos por meio dos quais os indivíduos idosos estabelecem trocas dinâmicas com os contextos que habitam e não cessam de criar, para si próprios e para os que os rodeiam, oportunidades de desenvolvimento positivo. Como (U. Bronfenbrenner, 2005), resume de forma eloquente, é através destas relações que os seres humanos se tornam autenticamente humanos.

1.6.2.1 Acontecimentos de Vida e Transições

O modelo clássico de Nancy Schlossberg, proposto inicialmente em 1981 (N. K. Schlossberg, 1981) e revisto em 1995 (Nancy K Schlossberg, 2005), descreve as transições nos adultos apoiando-se numa explicação que é simultaneamente, contextual (este período da vida é compreendido num quadro de um determinado contexto social),

desenvolvimental (acentua a natureza sequencial do desenvolvimento do indivíduo adulto), de ciclo de vida (centrada nas questões da individualidade e dos movimentos de continuidade versus mudança), e transacional (debruçada sobre os acontecimentos de vida que estão na origem das transições em si mesmas).

Para se compreender o impacto de uma transição na vida do indivíduo é necessário ter em conta também, se estamos perante um acontecimento que toca unicamente o indivíduo, se interfere na relação do indivíduo com os outros ou se é um acontecimento que produz alterações na relação do indivíduo com a comunidade, bem como a origem da transição (que poderá estar na pessoa, na família, nos amigos, no trabalho, na saúde, na economia ou na sociedade). De uma maneira geral, o impacto da transição será tanto maior ou menor consoante a menor ou maior semelhança que exista entre a situação verificada depois e antes da transição, ao nível das relações humanas, das rotinas do quotidiano e dos papéis exercidos. Em linha com um modelo de Schlossberg, também (Hopson, 1981); (Hopson, Scally, & Stafford, 1991) sublinham que as transições constituem um tipo particular de mudança em que a pessoa experimenta uma descontinuidade na sua vida, envolvendo quer a tomada de consciência pessoal de novas necessidades e conseqüente desenvolvimento de novas competências, quer a adoção das respostas adaptativas às exigências suscitadas pela nova condição de vida. A ideia central aqui presente é que a pessoa pode retirar da transição uma maior consciência das suas forças, partindo daí para novas direções de desenvolvimento, que lhe podem trazer maior realização no futuro.

Como lidam as pessoas com as transições? (N. K. Schlossberg, 1981) descrevem um modelo de resposta à transição em três fases: na primeira: o indivíduo sente-se literalmente invadido, submergido, pelo acontecimento que origina a transição; na segunda: o indivíduo compreende a necessidade de mudar as suas anteriores concepções e modos de estar; na terceira: o indivíduo integra-se na nova condição de vida para o melhor e para o pior, assumindo frequentemente uma nova (faceta da sua) identidade. É,

por isso bastante sugestivo que a este modelo de três fases Schlossberg associa a imagem da “montanha russa”, definindo um movimento de reação ao acontecimento sem lhe estabelecer propriamente um conjunto de etapas previsíveis: face ao acontecimento crítico, o indivíduo entra em período de desorganização para depois, gradualmente, emergir e entrar em fase de (re) organização, tornando-se aqui particularmente relevantes as competências (afetivas, cognitivas e comportamentais) de que a pessoa se serve para fazer face à situação problemática.

Procurando evidenciar de forma empírica o papel das transições no desenvolvimento psicológico, (M. Fiske & Chiriboga, 1990) desenvolveram um estudo longitudinal com adultos (107 homens e 109 mulheres), divididos por quatro coortes, cada um deles à beira de viver uma transição específica:

- ❖ Jovem que terminavam a universidade e se preparavam para entrar na vida profissional
- ❖ Jovens casais que se preparavam para ter o primeiro filho
- ❖ Pais de meia-idade que estavam prestes a experimentar o “síndrome do ninho vazio”
- ❖ Trabalhadores prestes a reformar-se.

Neste estudo, os autores procuraram semelhanças e diferenças entre as pessoas quanto aos mecanismos de coping Utilizados para lidar com estas diferentes transições, típicas do ciclo de vida dos adultos, duas delas envolvendo ganho de papéis (início da vida profissional; ter um filho) e duas envolvendo perdas de papéis (da saída dos filhos de casa; reforma). Os 216 participantes residiam na mesma zona geográfica (urbana) e pertenciam à classe média americana; a avaliação da amostra fez-se em quatro períodos distintos, 18 meses, 5 anos, 7 anos, e 10 anos após a recolha inicial dos dados, incidindo em dimensões como a saúde, o comportamento, valores e objetivos, relações familiares e sociais, e de bem-estar geral.

(M. Fiske & Chiriboga, 1990), concluíram, efetivamente, que o percurso da vida é traçado em função de acontecimentos de vida e de transições, fazendo sentir-se o respetivo impacto ao nível de funcionamento psicológico global da pessoa, da saúde física e do conceito de si próprio. A maneira como os indivíduos experimentam estes acontecimentos de vida depende do modo com se envolvem nas transições que lhe estão inerentes, havendo certos indivíduos melhor preparados do que outros para lidar com o efeito stressante dos acontecimentos, quer por causa das características da personalidade, quer devido a características dos contextos em que as pessoas vivem e que facilitam o confronto com as tarefas desenvolvimentais decorrentes das transições.

1.6.2.2 Envelhecimento / Mudanças e adaptação

Para (AM Fonseca, 2005b), a visão desenvolvimental do processo de envelhecimento encontra-se alicerçada em três vertentes; o potencial de desenvolvimento, a capacidade adaptativa e os limites dessa mesma capacidade. Com base nestas três prioridades fundamentais, (Schroots, 1996); (Fernández-Ballesteros, 2007) defendem, em diferentes momentos, que as pessoas idosas possuem uma considerável capacidade de adaptação para suportar as situações de transição e de mudança decorrentes do envelhecimento.

Para (Hopson, 1981), a adaptação decorre naturalmente da própria transição “adaptation to transition is a process during which an individual moves from being totally preoccupied with the transition to integrating the transition into his or her life”.

Esta definição contém uma ideia de processo, em que por exemplo se passa de uma situação de consciência de que se está a mudar para uma situação em que tudo se mudou efetivamente., ou se passa de uma fase em que a energia é dirigida para minimizar o impacto do stress provocado pelo acontecimento para uma fase de reorganização, em que a nova realidade é encarada e aceite (Hopson, 1981) propõe que em vez de

adaptação se fale em “respostas de transição”, isto porque á uma enorme variedade possível “adaptações possíveis”, desde aquelas que são completamente não adaptativas, passando pelas que são suficientes para a sobrevivência, às que permitem efetivamente ultrapassar a situação com sucesso.

Quer se fale em adaptação ou em respostas à transição, é certo, no entanto que cada tipo de transição apresenta o seu próprio padrão de adaptação e, mesmo aceitando que há um padrão comum de evolução, importa compreender “Why some people adapt more quickly and easily to a given transition than others do and why a given individual varies in adaptability over the life span” (N. K. Schlossberg, 1981). Como respostas possíveis a esta interrogação, a autora recorre a três possibilidades, o modelo de recursos-défices, as características dos ambientes pré-transição e pós-transição, e os recursos de adaptação.

O modelo de recursos-défices enfatiza a necessidade de existência de recursos adequados para fazer face á transição; a análise da diferença entre os ambientes pré-transição e pós-transição sugere que o sucesso ou o fracasso da adaptação á nova situação vai depender bastante e está fortemente correlacionado com a semelhança ou diferença entre os ambientes antes e depois da transição; quanto aos diferentes recursos de adaptação, úteis para restabelecer o equilíbrio eventualmente perdido com a transição, podem ser agrupados segundo um “sistema de 4 esses” – no original, situation, self, support, strategies – ou seja, situação, self, suporte, estratégias (N. K. Schlossberg, 1981).

- Situação: acontecimentos esperados ou imprevisíveis geram níveis de stress, motivação (a transição é mais fácil de viver para o indivíduo que a escolhe), e experiências anteriores com transições semelhantes;
- Self importância atribuída pelo indivíduo á transição, capacidade de adaptação, eficácia pessoal (ao nível dos comportamentos de reação ao stress);
- Suporte: encorajamento externo, contatos com os outros, ajuda recebida;

- Estratégias: controlo sobre a situação (afirmação pessoal, capacidade para encontrar soluções novas), modificação do significado da situação (através da alteração de prioridades; da adesão a novos objetivos, do desenvolvimento de novos rituais e do recurso ao humor); controlo do stress (por meio de relaxamento, expressão de emoções, atividade física, atividades de grupo, terapia e outros).

Num outro sentido mas seguindo uma mesma lógica de pensamento, Paul Baltes e colaboradores (Paul B. Baltes & Smith, 2004); (Baltes, Paul B., Lindenburger, U. & Staudinger, 2006) registam que, das três tarefas adaptativas inerentes ao desenvolvimento humano (crescimento, manutenção, regulação das perdas), a manutenção e a regulação das perdas funcionam como os pilares básicos do processo adaptativo no decurso do envelhecimento através da manutenção, os mecanismos que procuram manter os níveis de funcionamento psicológico desejados face a um acontecimento de vida significativo que ocorra (resiliência), ou retomar níveis anteriores na sequencia de perdas desenvolvimentais específicas, com a noção de regulação das perdas, é pretendido caracterizar os comportamentos que organizam o funcionamento psicológico em “níveis básicos” de adaptação quando a manutenção ou a retoma “níveis ótimos” já não se torna possível devido a perdas graves e irreversíveis de recursos internos ou externos por exemplo (AM Fonseca, 2005b).

As pessoas idosas ao se verem confrontadas com situações de vulnerabilidade crescente procurem compensar essa vulnerabilidade através do desenvolvimento de novos valores, novas competências e novos comportamentos, daí resultando uma capacidade adaptativa mais elevada. Como o fazem? O recurso a mecanismos de seleção, otimização e compensação (modelo SOC) tem sido encarado como uma forma de explicar o modo como decorre a adaptação das pessoas idosas aos acontecimentos e às mudanças que habitualmente ocorrem ao longo do processo de envelhecimento. Considerando a globalidade do desenvolvimento humano, alcançar o êxito nos múltiplos processos

adaptativos que o decurso desse desenvolvimento pressupõe (também na velhice), implica sempre uma procura de maximização dos ganhos e de minimização das perdas. Para (Paul B. Baltes & Smith, 2004), o modelo SOC adquire a sua expressão mais significativa precisamente a partir da meia-idade, altura em que a pessoa passa a adotar estratégias de gestão da vida inspiradas em mecanismos de seleção, otimização e compensação.

Em suma, (M. Baltes & Carstensen, 1996) preconizam que a adoção de uma visão de processo à adaptação face às mudanças decorrentes do envelhecimento, comporta três vantagens: a primeira é reconhecer a heterogeneidade do ato de envelhecer; a segunda consiste em acentuar as propriedades funcionais e subjetivas dos comportamentos adotados pelas pessoas idosas para lidarem com os constrangimentos e atingirem os objetivos a que se propõem; a terceira considera que a relação frequentemente desfavorável entre ganhos e perdas que sucede na velhice pode ser melhor gerida quando o indivíduo possui a capacidade para utilizar adequadamente mecanismos de seleção, otimização, e compensação, como forma de continuar a definir e a alcançar objetivos específicos e significados para a sua vida.

A melhor da satisfação com a vida durante a velhice passa por deixar de pensar no que falta e dar valor ao que se tem. Estando continuamente a protestar por não se ter saúde e vitalidade, estando permanentemente a lamentar a vida que se leva, não se apreciam as qualidades e capacidades que ainda possuem. Ao envelhecermos, o desenvolvimento passa inevitavelmente por aceitarmos o que ainda é possível fazer e pela manutenção das expectativas esperam-nos coisas, esperam-nos pessoas, esperam-nos relações. É verdade que também nos esperam as doenças e a morte, sabemos-lo bem e é por isso que não vale a pena passar a vida à espera delas.

1.6.3 Desenvolvimento e envelhecimento cognitivo

Na análise longitudinal do desenvolvimento cognitivo, importa perceber se os declínios observados nos testes de avaliação do funcionamento cognitivo, especialmente ao nível da componente mecânica – fluida da cognição são passíveis de reversibilidade com estimulação, treino ou prática (Willis, 2001); (Lindenberger & Reischies, 1999); (Gerstorff, Smith, & Baltes, 2006); (Fernández-Ballesteros, Zamarón, Calero, & Tárraga, 2007). Assim sendo, as diferenças com a idade observadas em testes e tarefas de inteligência não constituirão reflexos puros e diretos de mudanças com a idade na mecânica cognitiva. Para além da mecânica, essas diferenças ou mudanças são influenciadas por fatores adicionais que envolvem desde componentes da pragmática da cognição (como conhecimento pré-experimental relevante á execução da tarefa – treino) a outras características pessoais (ansiedade no teste ou motivações) (Baltes, Paul B., Lindenburger, U. & Staudinger, 2006).

A plasticidade cognitiva tem sido observada empiricamente em estudos que procuram encontrar condições experimentais que produzam níveis máximos de desempenho, integrando tradicionalmente a sequência: teste – treino – reteste, (Paul B. Baltes & Kliegl, 1992) realizaram um estudo que envolveu dois grupos etários, num total de 18 sessões de treino e prática do “método do Loci”, uma estratégia mnemónica que envolve evocação em série de uma lista de palavras. Os resultados mostraram que ambos os grupos melhoraram o seu desempenho nas tarefas de memória ao longo do treino. A prática e treino resultaram numa separação clara dos dois grupos etários em termos de desempenho, revelando a existência de diferenças de idade consideráveis nos limites do funcionamento. No final do follow-up nenhum adulto mais velho conseguiu ter um desempenho cognitivo acima da média do grupo dos mais novos.

(Gerstorff et al., 2006) Sintetizaram a evidência relativa aos estudos de investigação cognitiva:

- Os ganhos no treino acontecem sobretudo em pessoas saudáveis (por isso não é direta a relação com efeito do treino no declínio natural entre os 60 e 80 anos, período marcado por vezes, por processos patológicos);
- A transferência de desempenho de uma tarefa treinada para uma não treinada é limitada;
- Existe alguma discrepância na manutenção dos ganhos do treino;
- Em pessoas que sofrem de demência (por exemplo, doença de Alzheimer) ou outras formas de patologia cerebral, os efeitos da estimulação cognitiva são condicionados a um elevado esforço externo ou são inexistentes.

A evidência apresentada sobre a dinâmica das componentes da cognição aponta para a complexidade do desenvolvimento intelectual do adulto/idosos. Deste modo, o seu estudo implica uma caracterização mais aprofundada do que um mero rastreio de défice cognitivo. As diferenças com a idade observadas em medidas de inteligência tradicionais (elas próprias contaminadas pela dinâmica das suas componentes) não constituirão assim, reflexos puros e diretos de mudanças de idade na mecânica cognitiva, mas também da influência de fatores adicionais que envolvem desde componentes da pragmática cognitiva a outras características pessoais. Neste sentido emerge a necessidade de estimar o potencial máximo da variabilidade intraindividual e a plasticidade à estimulação cognitiva, ela própria limitada pelas condições biológicas em associação ao potencial desenvolvimento da cultura.

A sabedoria é outra forma de abordar o desenvolvimento e envelhecimento cognitivo. Simplesmente a sabedoria não é apenas uma questão de cognição. O estudo da sabedoria traduz um olhar positivo sobre o envelhecimento, na linha clássica De Senectute de (Cícero, 2006). Os investigadores que se ocupam do estudo da sabedoria

procuram reunir evidências sobre a possibilidade da existência de ganhos á medida que envelhecemos. No entanto, o estudo dessa temática faz-se a partir de tradições muito diversas. Neste domínio encontramos diferentes teorias e modelos, sendo que enquanto uns defendem o declínio da sabedoria com o envelhecimento, outros apontam para uma correlação positiva entre idade e sabedoria e outros ainda defendem que, apenas em determinadas circunstancias, é possível a sabedoria aumentar com a idade (Smith & Baltes, 1990).

Dentro da investigação sobre sabedoria, o grupo de Berlim representa uma das linhas teóricas empiricamente testadas e um dos programas de investigação mais conhecidos. A sabedoria é aqui conceptualizada como expert knowledge system (Smith & Baltes, 1990) nas pragmáticas fundamentais da vida, o que requiere uma dimensão quantitativa e qualitativa de conhecimento. (Smith & Baltes, 1990); (Staudinger & Baltes, 1996); (Kunzmann & Baltes, 2003). A dimensão quantitativa refere-se ao volume de conhecimento que o individuo conseguiu reunir enquanto a dimensão qualitativa envolve aspetos procedimentais como seja o modo como o individuo usa e aplica esse conhecimento. Portanto, ser perito num determinado domínio exige um tempo considerável e prática no assunto e daí se colocar a hipótese de os adultos mais velhos terem maior probabilidade de desenvolver esse nível de *expertise*.

Em termos de resultados muito embora a sabedoria esteja associada á velhice, a investigação sugere que a primeira janela para a sabedoria se abra entre a adolescência e o início da vida adulta (Staudinger & Pasupathi, 2003); (Pasupathi & Staudinger, 2001); (Pasupathi, Staudinger, & Baltes, 2001). A investigação não sustenta a existência de diferenças entre jovens e idosos. No entanto convém salientar que este estudo é constituído por uma amostra de pessoas tidas como sábias, o que não acontece com os outros estudos em que se investiga um construto teoricamente definido na população. Para além da questão da idade, outras variáveis têm sido investigadas.

Tomando em consideração o exposto sobre o desenvolvimento e envelhecimento cognitivo verifica-se que se trata de um processo extremamente complexo e heterogéneo em termos intra e interpessoais. Numa perspetiva de desenvolvimento ocorrem transformações ao longo do ciclo de vida que se traduzem por uma maior capacidade adaptativa.



1.7 FAMILIAS E ENVELHECIMENTO

Os autores (Bedford & Blieszner, 2000) avançam com a seguinte proposta: “a família é um conjunto de relações determinadas por laços biológicos, adoção, casamento, e, em algumas sociedades, designação social que pode existir mesmo na ausência do contato ou envolvimento afetivo, e, em alguns casos, após a morte de determinados membros”. Os autores consideram esta definição fundamental: “reconhece que os mais velhos são membros da família (...), reconhece as diferentes formas em que os idosos definem e executam as relações familiares (...), considerando as tendências demográficas que resultam em relações familiares inexistentes no passado” (Bedford & Blieszner, 2000). Olhar para além das limitações da residência, do parentesco, noções preconcebidas da evolução familiar, e mesmo da morte, parece ser um caminho viável para melhor compreender o sistema familiar alargado e multigeracional.

Ao longo do ciclo de vida familiar e individual, as relações familiares sofrem transformações. A maturidade filial é alcançada quando a geração intermédia auxilia a geração mais velha em funções executivas (por exemplo, na gestão financeira) e na prestação de cuidados. De modo recíproco, a geração mais velha aceita esse apoio e assume novas responsabilidades no sistema: maturidade parental (King & Wynne, 2004). Esta reciprocidade, que retrata a dinâmica das relações bem-sucedidas no fim da vida, pode ser definida como a capacidade de manter o compromisso no relacionamento com a família e conseguir reinventá-lo face às transições do ciclo de vida (King & Wynne, 2004). Estas transformações dependem da capacidade da família renegociar o poder das hierarquias entre gerações e estabelecer relacionamentos entre adultos. Contrariamente à noção de inversão de papéis, a maturidade final envolve uma transição mutuamente benéfica entre gerações mais velhas e mais novas.

Nas últimas décadas, a investigação centrada nas relações intergeracionais e no funcionamento familiar salienta a importância do apoio e da ajuda para o ajustamento e o desenvolvimento familiar na velhice (Bengtson, 2001). Nomeadamente a ajuda entre pais idosos e filhos adultos (emocional, prática e financeira) parece ter consequências na satisfação familiar (por exemplo, favorecendo a coesão) e no bem-estar subjetivo (apoando a construção de identidade e de um sentido para a vida). As dinâmicas de ajuda nas famílias contemporâneas assumem diversas formas, incluindo dar e receber bem materiais, apoios nas tarefas domésticas e cuidados, companhia ou aconselhamento (J Finch, 2004). A troca de apoio na velhice, especialmente entre pais e filhos, tem sido estudada à luz do conceito de solidariedade intergeracional, no qual se destacam duas dimensões (Bengtson, 2001); (Lang, 2004).

- Instrumental, que evidencia como pais e filhos respondem a necessidades práticas específicas que poderiam ser satisfeitas fora da díade pai-filho;
- Afetiva, referindo-se às emoções intensas experimentadas nesta relação. Esta perspetiva sugere que os pais idosos e os filhos adultos constituem, entre si as principais fontes de apoio emocional e instrumental.

Assim, compreende-se que a continuidade das relações familiares no processo de amadurecimento/envelhecimento poderá ser facilitada por atitudes e comportamentos familiares que remetem para competências essenciais do sistema familiar (King & Wynne, 2004) (McGoldrick, Carter, & Garcia-Preto, 2005) e incluem: manter o compromisso na relação e reinventá-lo face às transições do ciclo de vida; permitir a autonomia do idoso na exploração de novos papéis familiares e sociais; renegociar o poder de hierarquias entre gerações (mutualidade, maturidade filial e parental) e estimular a solidariedade intergeracional, tema a aprofundar no capítulo III – O idoso e a família.

CAPITULO 2 – A INSTITUCIONALIZAÇÃO DOS IDOSOS



Figura 4: Capa capítulo 2

Fonte: <https://www.google.pt/search?q=imagens+idosos>

Como consequência do intenso aumento da população idosa nas últimas décadas cresceram os programas de cuidados a longo prazo para idosos fora dos esquemas mais tradicionais, ou seja, fora das redes familiares, na medida em que houve uma diminuição progressiva do apoio das famílias tendo em conta as suas alterações estruturais bem como a maior entrada das mulheres no mercado de trabalho.

Embora com algumas diferenças, todos os países se defrontam com um conjunto de fatores de natureza demográfica, social, tecnológica, epidemiológica e política que influenciam quer a procura quer a oferta de cuidados domiciliários.

As implicações políticas da mudança demográfica não se resumem apenas a uma questão de números absolutos das diferentes faixas etárias: o aumento da longevidade é um indicador de progresso social e económico: um grande triunfo da civilização e, especificamente, da ciência e da política pública, evitando muitas das causas de morte prematura; não há uma relação linear simples entre a evolução demográfica e a procura de benefícios da proteção social e, menos ainda, com os níveis de tais despesas. (Por exemplo, no que diz respeito aos cuidados de saúde e social, o nível de necessidade de cuidados formais depende do estado de saúde, padrões de casamento, composição do agregado familiar e arranjos de vida); as pessoas idosas que vivem sozinhas tendem a fazer maior uso de serviços formais do que as pessoas que vivem com outros (em parte devido à correlação entre idade avançada e morar sozinho) e, na U.E, há uma proporção crescente a viver sozinha; dada a primazia da família na prestação de cuidados, é provável que o crescimento da desagregação familiar e o divórcio entre ambos, idosos e seus filhos, tenham um impacto sobre a procura dos cuidados formais; o aumento da participação das mulheres na força de trabalho é provável que tenha afetado a capacidade da família para prestar assistência; a diminuição da fertilidade é um fenómeno mundial e está intimamente relacionada com o desenvolvimento económico; a E.U, como um todo, já estava abaixo da taxa de substituição de 20 anos atrás e na Europa, como um todo, mantém o mesmo nível.

2.1 MODELOS DE CUIDADOS DE LONGA DURAÇÃO AO IDOSO NA EUROPA

Assim, o principal desafio de política na Europa no que diz respeito a cuidados de longa duração é, encontrar a combinação entre o aumento da longevidade e a diminuição da fertilidade. Não se pode esperar que seja a família, com todas as suas alterações estruturais que venha a arcar com toda a responsabilidade, mesmo nos países da Europa do Sul.

Numa altura em que na U.E há grandes variações entre países no que respeita à prestação de cuidados de longa duração, nomeadamente no apoio domiciliário, o que se impõe é uma expansão do apoio a longo prazo na comunidade, de modo a permitir a partilha entre a família e o sector formal. Assim, existem modelos diferentes nos países da UE que variam consoante a sua base de suporte, como impostos ou seguro social.

Constata-se, portanto, no que respeita aos modelos de cuidados aos idosos, que existem diferenças entre os vários países europeus, podendo os mesmos ser agrupados consoante as suas características predominantes, tais como:

- Europa Continental (seguro social, outros impostos e componente privada),
- Países nórdicos (tributação),
- Reino Unido / Irlanda (tributação e prestações principalmente privadas),
- Europa do Sul (modelo de apoio à família, ajuda do estado e componente mista)
- Europa Central e Oriental (modelo de apoio à família após o colapso das economias planificadas).
- A Alemanha apresenta um modelo de cuidados a idosos altamente regulamentados onde todos os prestadores de cuidados e serviços se encontram enquadrados por diversas leis, resultado da introdução do Long Term Care Insurance Act (LTCL), de 1995. Esta lei tinha como objetivo favorecer os cuidados ao domicílio sobre os cuidados institucionais, expandir os serviços de assistência domiciliária e abrir serviços de cuidados ao mercado, a fim de remover a carga

financeira de cuidados de longa duração das regiões (porque a assistência social era uma questão dos (“Länder”). Este seguro é uniforme, universal e obrigatório para todos os que estão cobertos pelo sistema público de saúde ou por um seguro de saúde privado; o regime público de cuidados cobre mais de 70 milhões de pessoas na Alemanha e o sistema de seguro privado mais de 8,5 milhões. Ambos representam cerca de 98% da população alemã. Todos os cidadãos abrangidos pelo LTCI podem escolher entre receber cuidados em residência ou em casa. As pessoas em residência podem escolher entre benefícios em espécie (por serviços de assistência domiciliaria), pagamentos em dinheiro ou uma combinação de ambos. O serviço em espécie deve ser fornecido por um cuidador profissional e os pagamentos em dinheiro são dados diretamente à pessoa com necessidade de cuidados (e não ao prestador de cuidados). No final de 2009, cerca de 2,34 milhões de pessoas na Alemanha beneficiavam de cuidados, 1,62 milhões (69%) foram tratados em casa, quer por parte de familiares quer por profissionais dos serviços de *Home care*, ou ambos.

2.2 TENDÊNCIAS E MODELOS DE CUIDADOS A IDOSOS

Constata-se que, a nível europeu, os modelos de prestação de cuidados a idosos estão a mudar apesar dos fatores de mudança serem diferenciados:

Na Dinamarca, com base no princípio da livre-escolha, os cuidados aos idosos tornou-se um modelo de “comprador-fornecedor”, onde não só a qualidade geral, mas também outras questões muito específicas do trabalho de cuidados são decididas por uma unidade de avaliação específica dos municípios;

No Reino Unido, a “Agenda Personalização” teve um impacto significativo sobre o sector na medida em que essa agenda representa uma transformação da prestação de cuidados colocando as pessoas em primeiro lugar, preterindo o Estado cuidador a favor das escolhas dos utentes. Um aspeto importante da “Agenda Personalização” é dar aos idosos a capacidade de decidirem como gastar os seus orçamentos pessoais (ou seja, decidirem como gastar o subsídio do Estado) e, como resultado disso, podem optar por utilizar o seu próprio assistente pessoal. Esses funcionários deverão fornecer os serviços de cuidados, mesmo aqueles que trabalham no Estado ou em agências independentes, mas serão contratados diretamente pelos utentes, em vez de serem atribuídos aos utentes de forma independente/impessoal.

Assim, a procura crescente de cuidados ao domicílio, ou seja, cuidados individuais e personalizados (seja prestado por serviços públicos, privados lucrativos ou não) é um desafio ao modelo convencional de lares institucionais, mesmo que estes ainda possam constituir uma resposta representativa de cuidados em muitos países. Este facto é evidente pelos valores que integram.

Os cuidados aos idosos constituem um sector em crescimento na Europa, sendo a perspetiva de crescimento do emprego estável na medida em que o envelhecimento da população é crescente e, conseqüentemente, a procura dos cuidados também cresce. Quanto aos prestadores destes cuidados, há indicadores no sentido de uma clara tendência crescente de prestadores privados com e sem fins lucrativos e uma diminuição correspondente do papel da prestação pública direta, embora se mantenha uma predominância dos modelos tradicionais que se encontram em mudança constante. Finalmente, destaca-se ainda uma outra tendência no sentido de se passar de uma focalização nas instituições para uma focalização nos cuidados no domicílio, nomeadamente nos países da Europa do Sul.

2.3 PRÁTICAS INOVADORAS DE CUIDADOS A IDOSOS

Na Alemanha, as práticas inovadoras em serviços de apoio baseiam-se na construção de estruturas em rede e em cooperação bem como em coordenação quer a nível de pessoal quer institucional.

Assim, no projeto de pesquisa ProNetz, foram identificadas três categorias básicas de abordagens em rede bem como elementos para evitar ou melhorar as atividades em rede:

- Rede baseada na comunidade
- Rede orientada para instituições
- Rede orientada para grupos-alvo

Fatores que melhoram a ligação em rede, a nível estrutural, incluem a disponibilidade de um centro específico (café, escritório, sala de conferências), um centro virtual (site, eventos, folhetos, documentos) e um centro “pessoal” (como um gerente de rede / cuidado, secretário).

Fatores que melhoram a ligação em rede a nível processual incluem a definição de objetivos; contratos; responsabilidades assumidas permanentemente e de forma confiável, o processo de rede institucional exigem ser acompanhado por um moderador externo; pessoal qualificado em todos os grupos profissionais.

Fatores que obstruem o processo em rede incluem a falta de apoio financeiro, a grande rotatividade de pessoal, a concorrência excessiva entre as instituições, a falta de apoio ao utente como comprador de um serviço, a falta de clareza entre as áreas de responsabilidade que dizem respeito às seguradoras e municípios.

O projeto “Cuidado Intensivo” é uma iniciativa de atendimento domiciliário gratuito para as famílias que têm um familiar sofrendo da doença de Alzheimer, que vive em Milão (a iniciativa é promovida pela Fondazione Manuli) e visa proporcionar cuidados de 4 horas por dia, durante 5 dias por semana, durante um ano. Este projeto pode ser considerado inovador, uma vez que permite a otimização dos próprios recursos pessoais do cuidador e promove uma continuidade de cuidados, informação e apoio à família.

Outro projeto inovador, implementado no contexto europeu, é o “CRONOS Progetto”, dirigido às pessoas com doença de Alzheimer, suas famílias e a todos os especialistas envolvidos nesta matéria. A característica mais notável do projeto é o sítio na Internet criado pelo Ministério da Saúde a nível nacional, inteiramente dedicado ao projeto. Além de fornecer informações sobre a doença, o site também oferece a possibilidade de discussão e confrontação entre os médicos, as famílias e os prestadores de cuidados e informações úteis aos cuidadores com vista a encontrarem os serviços adequados: o site oferece também uma lista de unidades de avaliação e os centros de trabalho envolvidos no projeto, a nível de todo o País.

2.4 A INSTITUCIONALIZAÇÃO DE IDOSOS EM PORTUGAL

O envelhecimento demográfico e as alterações no padrão epidemiológico e na estrutura e comportamentos sociais e familiares da sociedade portuguesa, com já referido anteriormente, vêm determinando novas necessidades em saúde, para as quais urge organizar respostas mais adequadas.

Embora os enormes progressos das ciências da saúde, nas últimas décadas, tenham tido um papel preponderante no aumento da longevidade, a realidade portuguesa fica, ainda, aquém dos padrões médios europeus e mostra que os últimos

anos de vida são, muitas vezes, acompanhados de situações de fragilidade e de incapacidade que, frequentemente, estão relacionadas com situações suscetíveis de prevenção.

2.4.1 Serviços de apoio ao idoso em Portugal

Nas últimas décadas tem-se assistido a um crescente envelhecimento populacional, assim como a uma maior prevalência de doenças crónicas e incapacitantes, (Lundkvist, 2005). Estes fatores comportam um conjunto de desafios, nomeadamente no que toca ao sistema de cuidados. Existe não só uma maior necessidade de cuidados de longa duração, mas também cuidados cada vez mais especializados (Wholey & Burns, 2000); (Lawton, Moss, Hoffman, & Perkinson, 2000).

Durante os anos 90 começaram a surgir mudanças nas políticas sociais, designadamente aquelas que são dirigidas á terceira idade. Essas mudanças pretendiam melhorar o acesso e qualidade do sistema de cuidados, contribuindo para uma maior universalização no seu acesso. Em paralelo, equacionam novas formas de financiamento do sistema de cuidados para diminuir a pressão económica sobre o estado. Isto porque a maior necessidade de cuidados de longa duração, representa também uma maior despesa para o sistema de cuidados (Evans, Hills, & Grimshaw, 2010).

De fato muitos países europeus ainda não têm um sistema de cuidados sustentável, que cubra as necessidades de cuidados e ao mesmo tempo assegure a sua estabilidade financeira. (Pavolini & Ranci, 2008). É necessário equacionar novos tipos de cuidados e fomentar a coordenação entre o sistema social e a saúde, designadamente os cuidados comunitários e domiciliários desempenham um papel fundamental, uma vez que representam um menor custo financeiro comparativamente com serviços de internamento e institucionalização (Stepurko, Pavlova, Gryga, & Groot, 2010). Contudo, é importante apostar na qualidade desses serviços, para que possam responder

adequadamente á maior exigência e necessidade de cuidados sociais e de saúde (Stepurko et al., 2010).

A dependência é um risco social que não se encontra adequadamente coberto pelo sistema de proteção social. Tradicionalmente as pessoas com demência são apoiadas a partir de pensões de invalidez e pelos serviços de saúde. Para colmatar esse risco os decisores estão a incorporar uma variedade de opções dentro das políticas de cuidados á dependência, apostando numa combinação de cuidados de internamento e domiciliários (Nations, 2008). Contudo, tradicionalmente a política de cuidados a longo prazo tem-se focado exclusivamente na provisão de cuidados institucionais.

O crescimento das gerações mais velhas é o responsável pelo aumento da necessidade de serviços de longa duração, que permitem intervir no problema social da dependência. (R A Kane, 2001). Em 1950, menos de 1% da população mundial tinha idade superior a 80 anos. Nos países da OCDE, espera-se que a proporção das pessoas com 80 ou mais anos aumente de 4% em 2010 para quase 10% em 2050. Neste contexto, as projeções da Comissão europeia e do Comité de Política Económica em 2006, indicavam que em 205, a despesa pública com os cuidados de longa duração terá aumentado 0,7% do PIB em relação a 2004.

Com as transformações verificadas na sociedade portuguesa quer a nível demográfico, quer a nível familiar, foi necessário conceber novas formas de intervenção e ajustar as respostas sociais já existentes á nova realidade, nomeadamente com uma maior dinamização no apoio social desenvolvido no domicílio, assim como em estruturas de convívio, combate ao isolamento (M. da Saúde, 2008b).

Atendendo às circunstâncias atuais em Portugal, por falta de recursos económicos, é de todo pertinente um olhar mais atento á população idosa para evitar a solidão e morte por falta de acompanhamento e cuidados de saúde assim com a satisfação das necessidades humanas básicas, como o alimentar-se, evitando-se assim os acontecimentos muito recentes de idosos encontrados mortos em casa.

Destacam-se assim os seguintes serviços de apoio aos idosos em Portugal:

- **Serviço de apoio domiciliário** – Resposta social desenvolvida a partir de um equipamento, que consiste na prestação de cuidados individualizados e personalizados, no domicílio, a indivíduos e famílias quando, por motivo de doença, deficiência ou outro impedimento, não possam assegurar temporária ou permanentemente, a satisfação das necessidades básicas e/ou atividade da vida diária.
- **Centros de convívio** – Resposta social, desenvolvida em equipamento, apoiam a atividades sócio recreativas e culturais, organizadas com participação ativa das pessoas idosas de uma comunidade.
- **Centros de dia** – Resposta social, desenvolvida em equipamento, que presta um conjunto de serviços que contribuem para a manutenção das pessoas idosas no seu meio sócio-familiar.
- **Centros de noite** – Resposta social, desenvolvida em equipamento, que tem por finalidade o acolhimento noturno, prioritariamente para pessoas idosas com autonomia que, por vivenciarem situações de solidão, isolamento ou insegurança necessitam de suporte de acompanhamento durante a noite.
- **Acolhimento familiar para pessoas idosas** – Resposta social, que consiste em integrar, temporária ou permanentemente, em famílias consideradas idóneas, pessoas idosas quando, por ausência ou falta de condições familiares e/ou inexistência ou insuficiência de respostas sociais, não possam permanecer no seu domicílio.
- **Residência** – Resposta social, desenvolvida em equipamento, constituída por um conjunto de apartamentos com espaços e/ou serviços de utilização comum, para pessoas idosas, ou outras, com autonomia total ou parcial.

- **Lares de idosos** – Resposta social, desenvolvida em equipamento, destinada a alojamento coletivo, de utilização temporária ou permanente, para idosos ou outras em situação de maior risco de perda de independência e/ou de autonomia.

2.4.1.1 Lares de idosos / Institucionalização

Segundo o ministério do trabalho e da segurança social (Solidariedade, 2001), no âmbito do setor da atividade social, define Lar de Idosos como”...um estabelecimento onde são desenvolvidas atividades de apoio social a pessoas idosas através de alojamento coletivo, de utilização temporário ou permanente, fornecimento de alimentação, cuidados de saúde, higiene e conforto, fomentando o convívio, a animação e a ocupação do tempo livre dos utentes”.

No ano de 2006, procedeu-se ao levantamento exaustivo de todos os equipamentos sociais de apoio a idosos existentes no território Português, estudando a tipologia, capacidade de utilização das principais valências existentes. Com base nesses dados foram avaliados os indicadores: taxas de ocupação e de utilização de centros de dia, serviço de apoio domiciliário e Lares de idosos, por concelho, distrito e em Portugal Continental (J. I. Martin, Neves, Pires, & Portugal, 2006). Em 2010 foi criado um Upgrade desses mesmos dados (J. I. G. Martin, Oliveira, & Duarte, 2010), para conhecer a realidade atual da necessidade e procura das várias valências.

Da análise comparativa dos dados recolhidos nestes dois anos, é possível verificar que a taxa de capacidade aumentou, a nível nacional, nas três valências estudadas, entre 2006 e 2010. O aumento mais significativo verificou-se na valência de serviço de apoio domiciliário (33,25%), seguido da valência lar de idosos (22,66%), e por último o centro de dia (8,79%). Comparativamente aos Standards internacionais (Fernández-Ballesteros, 2009), as taxas de capacidade de serviço de apoio domiciliário (5,49%, em 2010) estão abaixo dos standards (10%), enquanto o centro de dia (3,96% em 2010), estão próximo

dos standards (2 a 3 %), e as dos lares de idosos (4,33 em 2010) estão acima dos standards (1 a 2%). A significativa diferença entre as medidas estandardizadas internacionais e a taxa de capacidade dos serviços de apoio domiciliário, pode estar relacionada com o aumento da capacidade do cuidado informal, sobretudo das mulheres, devido ao aumento do desemprego, assim como com o fato desta valência oferecer pouca diversidade de serviços e pouco intensivos, como indica o estudo de Martin e Oliveira (2010), em que a média de tempo despendido diariamente por utente nesta valência era de 20 minutos.

Quanto às taxas de utilização, verifica-se também um aumento a nível nacional nas três valências estudadas, tal como verificamos para a capacidade, foi também a valência de serviço de apoio domiciliário que apresentou maior aumento de ocupação (25,33%) e na valência de lar de idosos com um valor de (24,48%), valor muito idêntico ao serviço de apoio domiciliário, a valência Centro dia apenas apresentou uma taxa de ocupação de cerca de (5,93%). Verificou-se que o rácio se manteve estável, ou diminuiu nas valências estudadas, o que poderá estar relacionado por um lado com o aumento da taxa de capacidade, por outro, com o fato das famílias assegurarem cada vez mais o cuidado dos elementos dependentes. (Curry et al., 2006). Apenas a valência de lar de idosos aparenta estar a ser bem utilizada (0,97 de rácio). Ainda que, tal como já foi referido, a taxa de capacidade desta valência, esteja acima dos valores de referencia internacionais. Esta significativa utilização de lar de idosos poderá estar associada ao aumento da capacidade de cuidado informal, sendo apenas numa fase de maior dependência (em que o cuidador informal já não consegue assegurar os cuidados sozinho) optando pelo internamento do idoso carente por vezes de cuidados mais diferenciados.

Relativamente aos tipos de lares, regulamenta que estas atividades de apoio social a pessoas idosas podem ser desenvolvidas nos seguintes tipos de estabelecimentos:

- a) *Estabelecimentos oficiais geridos por organismos da Administração Pública Central, Regional e Local*: Centros Regionais de Segurança Social (CRSS), onde a gestão

pode ser exercida diretamente pelo próprio Centro ou mediante Acordo de gestão, por instituições particulares de solidariedade social.

- b) *Estabelecimentos de instituições particulares de solidariedade social (IPSS):* São constituídas, sem finalidade lucrativa, por iniciativa de particulares, com o propósito de dar expressão organizada ao dever moral de solidariedade social e de justiça entre os indivíduos e para prosseguir entre outros, o objetivo de proteção dos cidadãos na velhice, mediante a concessão de bens e apresentação de serviços. Estas instituições podem revestir-se de várias formas, nomeadamente as de associações de solidariedade social, irmandades da misericórdia e outras legalmente previstas.
- c) *Estabelecimentos pertencentes a pessoas singulares ou coletivas que não se enquadram nos tipos mencionados:* Os restantes estabelecimentos, em que sejam exercidas atividades de apoio no âmbito da segurança social, estão sujeitos a um regime de licenciamento de fiscalização da prestação de serviços e dos estabelecimentos.

Nas últimas décadas tem-se verificado uma série de alterações que aumentam a necessidade de cuidados de longa duração (Lundkvist, 2005); (Wholey & Burns, 2000); (Wholey & Burns, 2000). A crescente dependência e o envelhecimento da população, associados á maior reivindicação dos utentes para terem mais e melhores cuidados, concorrem para um custo mais elevado a suportar pelos sistemas de cuidados (Evans et al., 2010); (Glendinning, 2003).

Por outro lado, ao nível da operacionalização das políticas, estas seguem uma tendência para se focalizarem em cuidados institucionais. Os Países da União Europeia estão a estudar diferentes formas de enfrentar o crescimento previsto na procura de serviços de cuidados de longa duração, parece claro que estas reformas devem assegurar o respeito por três princípios, a acessibilidade aos serviços para todos os cidadãos que possam necessitar de cuidados, a qualidade na prestação de cuidados, e, por último, a sustentabilidade financeira dos sistemas social e de saúde, (Europeia, n.d.). Constata-se

esta dualidade entre a necessidade de reforçar a qualidade do sistema de cuidados para pessoas idosas.

Uma das reformas mais importantes na área da qualidade dos serviços destinadas á dependência foi a Federal Nursing Home, Reform Act, implementada nos estados Unidos durante a administração Ronald Reagan, conhecida por OBRA87 e impulsionou uma série de mudanças legislativas, nomeadamente relacionadas com *standards* de qualidade (Sehrawat, 2009). A ideia fundamental destas reformas foi o cumprimento dos *standards* de qualidade por parte das instituições poderia contribuir para aumentar o grau de confiança dos utentes quanto aos serviços que lhes eram prestados, assim como aumentar a concorrência entre as instituições.

Em Portugal, o sistema de qualidade ISO 9001 serviu de base á criação dos manuais de qualidade da Segurança Social e é o mais frequentemente utilizado por parte das entidades que pretendem uma certificação de qualidade. Não obstante, o cumprimento dos standards não é suficiente para garantir a certificação, pois, é necessárias auditorias para obtenção dos respetivo selo. A segurança Social é a entidade fiscalizadora, que fazem uma avaliação global das instituições, quer ao nível de cuidados de saúde prestados ao idoso, quer a avaliação feita ao staff, tendo em conta o rácio staff/utente, e o seu grau de formação, e os standards de qualidade de resultados que abrangem dez indicadores físicos e clínicos dos utentes (por exemplo, existência de úlceras de pressão), tal como o sistema de classificação das instituições por estrelas (Five star quality rating) criado nos Estados unidos.

As auditorias externas têm sobretudo uma função supervisora. Acontece a nível internacional que o crescimento do número de instituições deveria ser acompanhado do aumento da capacidade de supervisão, sobretudo quando a legislação necessária á criação de uma instituição progressivamente se torna mais exigente, o que torna difícil realizar um acompanhamento adequado (Evans et al., 2010). A desproporcionalidade entre

necessidade e capacidade supervisora levanta um dilema, se a supervisão deve ser aleatória ou, por outro mais focalizado nas instituições que apresentem fatores de risco de incumprimento dos standards mínimos ou de abuso dos utentes. O reforço da capacidade de cuidado requer pessoal, competente e especializado, e está associado positivamente á qualidade dos serviços prestados (Fahey, Montgomery, Barnes, & Protheroe, 2003), permitindo ao idoso e á familia ter maior confiança quando tem a pretensão pela institucionalização.

Assim, a Institucionalização, de acordo com os dicionários de Houaiss da língua portuguesa de 2003, o termo de institucionalização significa ato ou efeito de se institucionalizar, isto é, dar ou adquirir carater de instituição. A instituição é um organismo público ou privado, estabelecido por meio de leis ou estatutos, que visa atender a uma determinada necessidade da sociedade. Neste contexto uma pessoa é institucionalizada, porque tem uma necessidade que não está a ter resposta na comunidade.

A institucionalização significa, por um lado, o ato ou efeito de institucionalizar, e, por outro, os efeitos observados nos idosos que são integrados na instituição (C. C. de Oliveira, 2006). O internamento do idoso numa instituição de longa permanência pode apresentar-se como única opção da família, frente à não disponibilidade do suporte familiar, financeiro e psicológico que o mesmo necessita.

(Jacob, 2001), define a institucionalização do idoso, quando este está, durante todo o dia, ou parte deste, entregue aos cuidados de uma instituição, que não a sua familia. Os idosos internados residentes são os que vivem 24h/dia numa instituição (lares, residências). Assim, torna-se necessário compreender se institucionalizar pessoas se torna uma perda ou um benefício. O crescimento de pessoas institucionalizadas depende de muitos fatores nomeadamente: o aumento do número de idosos e as modificações ocorrentes na estrutura familiar, conforme já abordado no capítulo anterior.

A ausência de uma rede de apoio familiar capaz de responder às necessidades de autonomia e bem-estar dos mais idosos conduziu ao aparecimento de instituições onde o isolamento dos idosos passa a ser institucionalizado e a velhice encarada como uma espécie de doença social (Lima & Viegas, 1988). A saída do idoso do seu meio familiar trouxe novos processos de adaptação, que levam a um maior ou menor sofrimento. A questão da relação do idoso com o espaço é, portanto, fundamental.

(Cardão, 2009), (J. I. Martín et al., 2006) (Almeida, 2008), as várias razões levam o idoso ou a família a optar pela decisão da institucionalização passa pela falta de tempo ou capacidade para cuidar do idoso, pelo elevada grau de dependência física e/ou mental, (Freitas, Miranda, & Nery, 2002) acrescenta a etnia e a pobreza como fatores que obrigam os familiares a recorrer a instituições de apoio a idosos., para além disso pode ocorrer a ausência de suporte familiar, ou conflitos familiares que fragilizam o idoso e o levam á situação de isolamento e consequente institucionalização.

2.4.2 Serviço de apoio ao idoso na Madeira

Nas próximas décadas, a Região Autónoma da Madeira enfrentará uma profunda transformação na sua estrutura populacional, em face do envelhecimento progressivo da população, fruto da conjugação de dois fatores: o aumento da esperança de vida e a crescente diminuição da taxa de natalidade.

O governo regional da Madeira consciente das implicações que este fenómeno universal, característico das sociedades dos países desenvolvidos, terá em termos de Saúde Pública e na própria evolução das relações familiares e sociais, tornou-se prioritário definir uma estratégia de ação, permitindo antecipar respostas e a criar soluções para a Terceira Idade ser vivida de forma saudável e autónoma.

Baseado nestes princípios foi elaborado o Plano Gerontológico da Madeira, um instrumento de planeamento e intervenção, norteado por Princípios e Valores que consolidam os Direitos e a Dignidade da Pessoa Idosa.

A Rede Informal de atenção integrada é constituída, em sentido amplo, pelos familiares, empregadas domésticas, amigos, vizinhos e/ou voluntários que apoiam a pessoa idosa nas suas necessidades e atividades básicas de vida diária (ABVD) e atividades de vida diária (AVD). A Rede de Cuidados Formais caracteriza-se por ser constituída por pessoal profissional e pela prestação de uma série de serviços que se encontram minimamente estruturados e padronizados, que se podem realizar no domicílio ou em centros especializados.

A Rede Formal complementa e fortalece a rede informal e pode ser da responsabilidade de serviços públicos ou privados. Quer a Rede de Cuidados Informais, quer a Rede de Cuidados Formais procuram que a pessoa idosa envelheça com o máximo de dignidade, potenciando a sua autonomia. Apoiar a pessoa idosa, é uma das metas que se deve propor à nossa sociedade, implementado novas formas de apoio á pessoa idosa sendo para isso necessário incentivar a rede de apoio aos cuidadores informais, articulá-la com a dos cuidadores formais e potenciar outras formas de ajuda complementar na sociedade como a seguir se transcreve: (*Cuidadores informais, Serviço de Ajuda Domiciliária (SAD), Tele-assistência, Centros de Convívio, Centros de Dia, Centros de Noite, Residência para Idosos e Lares de idosos*).

2.4.2.1 Lares de Idosos na Madeira

No arquipélago da Madeira existem cerca de 22 instituições de acolhimento de idosos. São acolhidos nas instituições cerca de 991 idosos, correspondendo a cerca de 2,91% da população com 65 anos ou mais.

Existem na Região cerca de 6 Lares de idosos pertencentes à Administração regional ou aos municípios, 15 estabelecimentos pertencem a instituições particulares de solidariedade social (adiante IPSS), irmandades de misericórdias ou por instituições similares. Destaca-se, ainda, a existência de uma única instalação de natureza verdadeiramente “privada”,

Entidade Fiscalizadora CSSM – Lares da Madeira

A mudança que integra o processo de transferência do meio natural de vida para uma estrutura residencial de acolhimento não pode fazer esquecer a necessidade de serem respeitados os valores em que sempre assentou a existência do idoso. Na verdade, por passar a viver num lar nenhuma pessoa deverá ver diminuído o respeito que lhe é devido, a sua capacidade de tomar decisões sobre os assuntos que lhe interessam ou a vontade de exprimir as suas opiniões e as suas vontades. Qualquer instituição de acolhimento o indivíduo deve preservar, sem quaisquer limitações, a sua dignidade.

Por outro lado, ao acolherem pessoas cuja situação social, familiar, económica ou de saúde não permite que permaneçam no seu meio habitual de vida, e ao assegurarem os cuidados inerentes à satisfação das demais necessidades dos residentes, os lares passam a constituir a casa de morada daquelas pessoas com 65 ou mais anos de idade. Por esse facto, as respostas sociais ministradas nos equipamentos destinados ao alojamento coletivo permanente das pessoas idosas que se encontram em situação de risco, de perda de independência e/ou de autonomia devem estar centradas nos idosos e devem visar, sem exceção, o seu superior interesse e bem-estar.

Os estabelecimentos de acolhimento de idosos que funcionam na Região Autónoma da Madeira representam uma configuração tripartida, atendendo à natureza jurídica das entidades que estão na sua génese, a saber:

- **Estabelecimentos oficiais**, onde a respetiva criação resultou da iniciativa pública sendo a gestão assegurada pelo CSSM;

- **Estabelecimentos de organizações particulares sem fins lucrativos**, designadamente as pessoas coletivas de direito privado e utilidade pública administrativa e as IPSS, as quais seguem os respetivos estatutos (Decreto-Lei n.º 119/83 de 25 de Fevereiro, adaptado à Região Autónoma da Madeira pelo Decreto Regulamentar Regional n.º 3/84/M, de 22 de Março);

- **Estabelecimentos de iniciativa privada**, com fins lucrativos.

Cabe ao Centro de Segurança Social da Madeira (CSSM), incumbindo-lhe, em especial:

- Dinamizar e assegurar o desenvolvimento de parcerias e o estabelecimento de redes de intervenção social,
- Desenvolver a cooperação com as IPSS, assim como com entidades e estabelecimentos com fins lucrativos que desenvolvam atividades de apoio social e com instituições não lucrativas com fins análogos, com vista à prossecução da política social do sector,
- Elaborar e propor os quadros normativos reguladores do exercício da tutela e do regime de cooperação com as IPSS, bem como com outras entidades ou estabelecimentos privados que desenvolvam atividades de apoio social, prosseguindo,
- Inspeção da atividade prosseguida pelas instituições em apreço, no âmbito do cumprimento das respetivas obrigações legais e regulamentares.

O artigo 17.º do Decreto Legislativo Regional n.º 26/2004/M, de 20 de Agosto nos termos do n.º 3 daquele artigo, compete à Direcção de Serviços de Prestação de Ação Social, promover a supervisão da atividade dos vários estabelecimentos para idosos, integrados no CSSM, e implementar a uniformização de procedimentos no âmbito da

atuação dos mesmos, pugnando pela eficácia de serviços permanentes e adequados à problemática biopsicossocial dos idosos:

- Assegurar o licenciamento e a fiscalização das entidades e estabelecimentos com fins lucrativos que desenvolvem atividades de apoio social e das instituições não lucrativas com fins análogos a preparar e participar na negociação para a celebração de acordos de cooperação com as IPSS,
- Promover o licenciamento das IPSS que não estejam abrangidas por acordos de cooperação,
- Avaliar a qualidade e verificar a regularidade do serviço prestado aos utentes das IPSS, nas suas diversas valências prestar apoio técnico às IPSS e efetuar o seu acompanhamento,
- Colaborar no levantamento das necessidades de obras e equipamentos das IPSS e emitir parecer sobre projetos de construção ou de alteração dos respetivos equipamentos sociais.

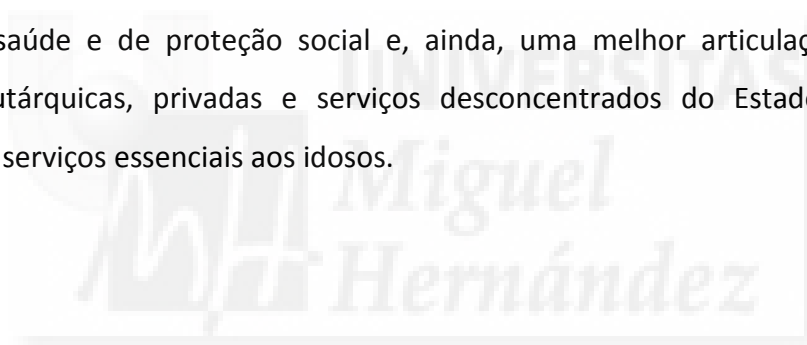
Salienta-se a importância da diferença quanto ao regime jurídico das instituições para realçar que a política para a dependência continua a ter como base o estado, repara-se que entidade exclusivamente privada só existe uma, todas as outras são dependentes dos dinheiros públicos. A tendência para a comparticipação das famílias estará cada vez mais consolidada, para suportarem a diferença entre o custo da prestação de um serviço e o custo do serviço. Esta política por um lado responsabiliza o utente e por outro permitirá equilibrar os custos a suportar pelo estado.

Portugal dispõe duma invejável malha de instituições de solidariedade social – privadas, públicas, associativas e funcionais – às quais muito deve na cobertura efetiva de necessidades sociais e na mobilização do voluntariado e da filantropia nacionais. Estas instituições, multisseculares, independentemente da sua natureza, estão hoje muito vulneráveis pela sua dependência excessiva das transferências do Estado.

A sustentabilidade, a longo prazo, das instituições passará por uma conjugação poderosa de esforços contemplando reformas nevrálgicas em dimensões diversas da sua atividade corrente.

Uma melhor coordenação entre serviços de saúde poderá reduzir custos, aperfeiçoar os resultados em saúde dos idosos e induzir a adoção de tecnologias de informação para melhor servir os idosos e grupos etários mais fragilizados, desde a marcação de consultas, circulação dos resultados dos exames/testes, as entrevistas perante juntas médicas, a vigilância de situações de alto risco, ou a mobilização rápida de socorros de emergência. Etc.

Análogamente, deverá existir uma atividade colaborativa estreita entre os serviços de saúde e de proteção social e, ainda, uma melhor articulação local entre entidades autárquicas, privadas e serviços desconcentrados do Estado garantes da prestação de serviços essenciais aos idosos.



2.5 FATORES DE RISCO PARA A INSTITUCIONALIZAÇÃO /ISOLAMENTO SOCIAL

Como refere a Organização Mundial de Saúde (2002), o aumento da proporção de população idosa no total da população, bem como no número de idosos a residirem sozinhos, tem vindo a originar a problemática do isolamento social, considerada como uma preocupação a ter em consideração e a avaliar.

Atendendo aos resultados apurados nos Censos 2011 e outros dados estatísticos relevantes, que irão ser referidos ao longo deste ponto, também em Portugal este aumento é significativo, razão pela qual, têm vindo a ser desenvolvidas ações, no sentido de minimizar os seus efeitos negativos junto da população idosa isolada ou a viverem sós.

Para melhor compreender a problemática do isolamento social é necessário desdobrar este conceito, atendendo que os significados atribuídos a *pessoa idosa isolada* e a *pessoa idosa sozinha* serem diferentes apesar de, por vezes, serem entendidos como sinónimos e se encontrarem na bibliografia outros conceitos similares.

Para o conceito de isolamento social encontram-se algumas definições, que no presente estudo se aplicou a seguinte definição: “objective state of having minimal contact and interaction with others and a generally low level of involvement in community life.” Para (Findlay & Cartwright, 2002) este conceito envolve duas componentes que são: as poucas inter-relações sociais combinadas com a experiência da solidão. O conceito de “*Isolamento social*” diz respeito a integração de uma pessoa e/ou grupo num contexto social. Inclui dados objetivos, como seja o número, o tipo e duração de contactos entre indivíduos e o meio social envolvente.

Um dado importante nesta componente é a rede social do indivíduo. Também os conceitos de “*viver sozinho*” e “*solidão*” são na sua conceção diferentes (Townsend, 1980) por exemplo, o fato de se ter uma rede de relacionamento mais alargado não previne sentimentos de solidão. Com o envelhecimento pode ficar mais isolado mas não quer dizer que seja a causa do isolamento. (AM Fonseca, 2004b), indica que “se por um lado é importante remediar as privações e melhorar o bem-estar material dos idosos (sobretudo daqueles que na comunidade vivem pior), é igualmente necessário e não menos importante proporcionar oportunidades para que as pessoas idosas possam entrar em relação com terceiros e encontrar outras pessoas em quem possam confiar. O estabelecimento de relações de confiança surge, efetivamente, como o melhor antídoto para combater o sentimento de solidão que, independentemente do contexto onde se vive, espreita por detrás do isolamento físico ou geográfico, de um estilo de vida solitário, de uma doença grave ou incapacitante, de uma perda, da morte iminente ou,

simplesmente, da dificuldade em exprimir sentimentos acerca da respetiva condição de vida.”

Segundo (Findlay & Cartwright, 2002), os fatores de risco que podem potenciar o isolamento social são:

- Ter uma doença física ou mental
- Ser muito idoso (mais de 80 anos)
- Viver sozinho
- Ser cuidador de outrem por período longo
- Sofrer a perda de um ente querido
- Ser vítima de maus tratos na terceira idade
- Ter dificuldades de comunicação (audição)
- Possuir baixas habilitações
- Ter dificuldade de acesso a meios de transporte
- Residir em zonas pobres.

2.5.1 Medidas de combate ao isolamento / envelhecimento ativo

Por envelhecimento ativo entende-se como “a possibilidade de envelhecer com saúde e autonomia, continuando a participar plenamente na sociedade enquanto cidadão ativo. Independentemente da idade, todos podem continuar a desempenhar um papel na sociedade e a usufruir de uma boa qualidade de vida”.

O envelhecimento ativo e saudável estão relacionados com a promoção da autonomia e assenta em duas premissas: **na prevenção do isolamento social e da solidão das pessoas idosas**. Também a questão da qualidade de vida, do bem-estar estão diretamente ligadas ao convívio, atividade familiar e ao sentir-se útil.

Atendendo a importância desta problemática foi elaborada uma **Resolução da Assembleia da República n.º 61/2012** aprovada em 5 de Abril de 2012, em que se recomenda ao governo: Art.n.º3 - Incentive o voluntariado de vizinhança, coordenado pelos concelhos locais de ação social e em estreita articulação com as forças de segurança e os serviços da segurança social, **com o fim de identificar pessoas idosas em situação de isolamento, abandono e violência**, e encaminhar para a rede social ou comissões sociais de freguesia que devem providenciar, tendo em consideração a vontade e autonomia da pessoa idosa, as respostas adequadas junto das entidades competentes.

- Art.º N.º 4 — Valorize o envelhecimento ativo, nomeadamente com o voluntariado sénior, potenciando o relacionamento intergeracional através da troca de experiências, da passagem de testemunho cultural e **assegurando um combate efetivo ao isolamento da pessoa idosa** e favorecendo a sua saúde física e mental.
- Art.º N.º 5 — Generalize a utilização da tecnologia, com especial relevo para a telemática, garantindo a segurança, vigilância, monitorização eletrónica e alarme das pessoas idosas.

O isolamento social pode comprometer o envelhecimento ativo. Esta realidade, já identificada por várias entidades, é a razão pela qual se procura através da prevenção e da articulação, a identificação de situações de vulnerabilidade nesta população. O bem-estar das pessoas tem uma componente marcada fortemente pelos contactos e relações sociais para além dos padrões de vida materiais, rendimento, consumo e riqueza. Nos contactos e relações incluem-se os laços de amizade e familiares, aparecendo nalguns países europeus os primeiros como mais intensos do que os laços familiares. Contudo, numa série de países fundamentalmente da Europa do Sul, entre os quais se encontra Portugal, prevalecem os contactos com os familiares, com cerca de 60% da população apresentando encontros com familiares, pelo menos uma vez por semana.

2.5.1.1 Práticas nacionais e internacionais de combate ao isolamento social

Esta problemática também ocorre em outros locais do mundo pelo que se têm vindo a desenvolver algumas práticas e projetos para fazer face a este problema. No entanto, é de referir, segundo Findlay³⁶, que apesar de terem vindo a ser implementadas várias intervenções poucas demonstram evidências que resultam na redução do isolamento social. Seguem alguns exemplos:

Nos **EUA**, os programas desenvolvidos baseiam-se essencialmente na implementação de sistemas de teleconferência, sendo realizadas aulas para desenvolvimento de informática.

No **Canadá**, as suas práticas assentam no envolvimento da comunidade, através de um projeto denominado por “Gatekeeper Project” que opera através de um linha confidencial de acesso ao público para onde podem contactar quando se apercebem que existe um idoso em risco. Deste contacto resulta uma visita ao idoso que pode referenciar a pessoa para a resposta mais adequada à situação. Este projeto passa também pela formação de membros voluntários da comunidade na identificação de sinais de que um sénior pode estar a precisar de cuidados para lhe garantir segurança e bem-estar, procurando-se prevenir antes da situação acontecer. Consideram-se como sinais a ter em consideração: a perda de memória/ dificuldades de comunicação, apresentarem comportamentos agressivos e hostis, mudança de aparência, a deterioração das condições habitacionais, pouca mobilidade, perda de capacidade de gerir dinheiro/pagamentos, negligência.

Na **Suíça**, procurou-se constituir grupos de intervenção e programas educacionais nesta área.

Em **Itália**, a intervenção assenta em programas de teleconferências. Na **Inglaterra**, os projetos assentam no modelo de providenciar resposta as necessidades essenciais e apoiar pessoas em situação de doença com baixos recursos económicos. Mais

recentemente, desenvolveram modelos de constituição de grupos de apoio para aqueles que se encontram ativos socialmente e não para quem se encontra em risco.

Na **Austrália**, de modo geral, têm-se desenvolvido projetos assentes no apoio da comunidade através de grupos de apoio (clubes sociais e de problemas de saúde específicos), a teleconferência e serviços de informação assentes em suportes telefónicos. Projetos ligados à informática mais acessível a organizações.

Em **Portugal**, considera-se como uma **boa prática** o trabalho desenvolvido pela GNR, enquanto projeto que funciona como plataforma que identifica situações de pessoas idosas isoladas em situação de risco e vulnerabilidade e as encaminha para os serviços de apoio adequados a situação. A Câmara Municipal de Lisboa desenvolveu uma Linha de atendimento pública – “S.O.S. Lisboa – Não deixe os nossos idosos sós”, sendo uma iniciativa para prevenir situações de risco. A Santa Casa de Misericórdia de Lisboa promoveu, também na cidade de Lisboa, uma identificação de idosos isolados, com o apoio das Juntas de Freguesia e jovens recém-licenciados em situação de desemprego percorrendo “rua-a-rua, casa-a-casa.”; esta entidade também tem sistema de teleassistência.

Manter o contacto com os outros, socializar é importante a todos os níveis – o isolamento leva facilmente à depressão. Fora do âmbito familiar, as oportunidades para contactar com outras pessoas são proporcionadas pelas relações de vizinhança e pela vivência na comunidade.

De um modo geral, *os mais velhos* não se referem às pessoas da sua idade como um grupo que partilha transversalidades: o que transparece no seu discurso é quase uma oposição entre o **Eu** – uma pessoa com a sabedoria e experiência que ganhou com os anos, autónoma, que sabe ocupar o seu tempo, que se preocupa com cuidar de si – e os **Outros**, pessoas que sofrem de solidão, tem problemas de saúde, dependem de outros,

tornando-se um peso para a família e não sabem como ocupar o seu tempo. Esta aparente resistência do indivíduo a uma identificação com um grupo com o qual partilha traços em comum pode ser entendida no contexto de um presente, em que a maioria dos participantes nos *focus groups* realizados consegue ainda manter um relativo grau de autonomia, e dos receios face a um futuro, que se apresenta incerto e que é inevitavelmente associado a sentimentos de perda.

Ocupações: Transparecem no discurso dos participantes nos *focus groups* algumas preocupações que têm um papel fundamental na manutenção do seu amor-próprio e da sua qualidade de vida: o ***manter-se ocupado é essencial***: os que não sabem ocupar o seu tempo são os que mais tenderão a sofrer de solidão, isolamento, depressão. Na maioria dos casos, no dia-a-dia empenham-se em atividades que sempre lhes deram prazer, e para as quais têm agora mais disponibilidade - hobbies, jardinagem, tratar da horta. Se vivem perto da família, ajudar em tarefas da casa ou tomar conta dos netos são ao mesmo tempo formas de ocupar o tempo e de se sentirem úteis.

Para além das atividades do dia-a-dia, são também muito valorizadas outras de carácter mais recreativo, proporcionadas geralmente por associações ou juntas de freguesia: mais ocasionais – como: bailes ou excursões - ou mais regulares, como aulas de dança de salão, ginástica, ioga. É de notar, no entanto, que o acesso a estas atividades tende a ser mais fácil em comunidades mais pequenas – vilas, bairros -, onde a informação sobre este tipo de iniciativas se difunde mais facilmente.

Rede de Contactos: Fora do âmbito familiar, as oportunidades para contactar com outras pessoas são proporcionadas pelas relações de vizinhança e pela vivência na comunidade. Assumem assim grande importância as questões relacionadas com o espaço envolvente e com a existência de locais que facilitem as trocas sociais: cafés, associações, jardins.

Capacidade Funcional: Se a sua condição física o permite e encontram na sua comunidade possibilidades de o fazer, praticam exercício. Todos estes cuidados são sinais de um forte sentido de auto preservação, de uma vontade de se manterem autónomos e ativos tanto tempo quanto possível.

Relações familiares - De uma forma geral, os participantes em ambos *focus groups* referem manter relações familiares muito próximas com filhos e netos: em muitos casos, pais e filhos vivem próximo e mantêm um contacto frequente. Mesmo que não estejam perto, há uma comunicação regular por telefone. No entanto, transparece no discurso dos mais velhos alguma dualidade face aos mais novos e às expectativas sobre como estes irão acompanhar o processo de envelhecimento dos seus pais/avós. Por um lado, a noção de que os mais novos - particularmente a geração dos filhos - têm uma vida difícil, muitas vezes com falta de tempo, dinheiro, emprego, problemas para os quais, não raro, necessitam do apoio dos pais. Por outro lado, as expectativas dos mais velhos relativamente ao que se irá passar quando perderem algumas capacidades e passarem a ser eles a necessitar do apoio da família nem sempre são positivas:

- Emerge o receio de deixarem de ser úteis para se transformarem num “peso” para a família – algo que querem evitar a todo o custo, pois sabem que se trata de uma situação muito difícil, particularmente nas famílias em que ambos os membros do casal trabalham.

Relações intergeracionais - Quanto às relações com as gerações mais novas, verifica-se que estas que são bastante mais fáceis no contexto familiar ou em comunidades mais pequenas em que as pessoas se conheçam do que no “mundo exterior”. Com efeito, pode notar-se entre os participantes um certo orgulho na forma como descrevem as suas relações com os netos e outros jovens com os quais convivem mais de perto: há afeto, comunicação, interesse, partilha de algumas atividades. – O que, de certo modo, é um sinal de que, apesar da idade conseguem manter-se atualizados, “com espírito jovem”. Já no que diz respeito aos jovens em geral, ao modo como estes vivem, se comportam e se relacionam com as gerações mais velhas, surgem algumas associações menos positivas

que por vezes constituem barreiras à relação: Não valorizam a sabedoria e experiência dos mais velhos.

Sinais de mudança: o contributo das novas tecnologias na melhoria da qualidade de vida das pessoas mais velhas

A maioria dos participantes nos *focus groups* está pouco familiarizada com a utilização de computadores: embora o uso de telemóvel já seja generalizado, este limita-se às funções mais básicas, fazer e receber chamadas e, quando muito, enviar e receber mensagens. No entanto, aqui e ali surgem sinais de que este panorama está a mudar, pois o facto de não serem grandes utilizadores destas tecnologias não significa que estejam fechados a elas. Pelo contrário, existe curiosidade em aprender se a oportunidade se proporcionar – por exemplo em aulas de informática promovidas por associações ou em Centros de dia.

É de referir que em ambos os grupos, alguns participantes com idades entre os 65 e os 75 anos já estão familiarizados com os de computadores utilizam-nos entre outras coisas, para participar em redes sociais, uma atividade que consideram extremamente absorvente.

Para além do isolamento social com referimos anteriormente existem outros fatores também decisivos que poderão determinar a opção pelo internamento destacam-se os seguintes: *Problema de saúde, perda de autonomia, inexistência de uma rede de interações que facilite a integração social e familiar do idoso, falta de recursos económicos falta condições habitacionais.*

Para melhor compreensão, foram agrupados em três grupos diferentes: Fatores de risco relacionados com *a incapacidade cognitiva, incapacidade física e condições socioeconómicas e afetivas*, (veja-se quadro seguinte).

<i>Incapacidade cognitiva</i>
<ul style="list-style-type: none"> a) Desordens cognitivas; b) Demência; c) Sintomas depressivos; d) Problemas psiquiátricos; e) Incapacidade para tomar medicação; f) Menor capacidade para tomar decisões;
<i>Incapacidade física</i>
<ul style="list-style-type: none"> a) Limitações de mobilidade; b) Menor participação nas atividades da vida diária; c) Menor capacidade funcional física; d) Maior número de doenças e lesões; e) Doenças crônicas; f) Incontinência; g) Incapacidade para tomar medicação;
<i>Condições socioeconômicas e afetivas</i>
<ul style="list-style-type: none"> a) Maior idade; b) Sexo feminino; c) Ser solteiro; d) Isolamento social: e) Ausência de laços familiares/cuidador formal, informal; f) Ausência de apoio social; g) Viuvez / Ser casado sem filhos; h) Socialmente menos envolvidos anteriormente á institucionalização; i) Baixos rendimentos; j) Baixo nível de escolaridade; k) Preferência para viver em instituição

Quadro 4: Fatores de risco para a institucionalização

Fonte: (M. da Saúde, 2008b)

Para o idoso mesmo quando a decisão de institucionalização passa exclusivamente por si, é motivadora de sentimentos de perda (Sousa, Figueiredo, & Cerqueira, 2004) nomeadamente: Pela saída do local onde viveu e com o qual tem uma

relação muito especial, com a perda ou rutura das pessoas da sua rede social e consequente adaptação a rotinas estandardizadas. Contudo a institucionalização também poderá gerar sentimento de ganho: diminuição dos medos noturnos, sentir-se cuidado, para os que viviam sós ou se encontravam numa situação de isolamento poderão criar um ciclo de novas relações e amizades, aumentando a sua rede social.

2.6 QUALIDADE DE VIDA NAS INSTITUIÇÕES PARA IDOSOS

A qualidade de vida dos idosos institucionalizados, passa pelo momento e pela forma como é feito o acolhimento na instituição, do convívio de pessoas próximas, através de amigos ou familiares, das relações que se estabelecem com os outros idosos residentes, com a equipa de profissionais prestadora de cuidados e também pelas próprias estratégias adaptativas e percebidas pelo idoso (M. Baltes & Werner-Wahl, 1987) evitando o estado de solidão ou isolamento que muitos vivem devido ao afastamento do seu ambiente e das pessoas que os rodeiam.

Alguns estudos procuraram analisar as variáveis que contribuem para a qualidade de vida dos idosos institucionalizados, os quais poderão fornecer pistas importantes para compreender e intervir nestes contextos. Podemos começar por referir o estudo de (Rosalie A Kane, 2003), em que foram identificados 11 indicadores de qualidade de vida nas instituições para idosos: autonomia, dignidade, privacidade, individualidade, segurança, conforto físico, relações, atividade com significado, competência funcional, diversão e bem-estar espiritual, este autor procurou ainda explicar melhor a que se referem cada uma destas variáveis, a autonomia refere-se, segundo o autor, á percepção, por parte do indivíduo institucionalizado, de que está a tomar decisões, a fazer escolhas e a dirigir a própria vida.

A este respeito, uma série de estudos (R A Kane, 2001) comprovam a importância da autonomia para o bem-estar, e vários investigadores também comprovam, por outro lado, a “erosão” da autonomia nas instituições de cuidados a longo termo (R A Kane, 2001); (Friedhoff et al., 1992)

- *Relativamente à privacidade*, os autores não se querem referir apenas à possibilidade de ter um quarto e casa de banho privados, mas sim à experiência de um sentido de privacidade (ser possível estar sozinho quando desejar; estar em privado com outros indivíduos quando desejar; ter controlo sobre a informação pessoal). (R A Kane, 2001) defende que os objetivos da privacidade são importantes para os idosos, e que os seus contextos deveriam, de facto, ser concebidos no sentido de se atingir tal privacidade, a qual é, obviamente, obtida mais facilmente em contextos residenciais com quartos e casas-de-banho privados (R A Kane, 2001); (Mutchler & Baker, 2004).
- *A individualidade* refere-se ao facto de o residente sentir que é reconhecido como pessoa, que é capaz de continuar a experienciar e expressar a sua identidade e de ter uma continuidade com o seu passado. De um ponto de vista psicológico, (R A Kane, 2001) defende que a tarefa mais difícil para muitos residentes é manter a sua identidade perante todas as forças que vão levar a uma erosão do seu sentido de self. Algumas investigações têm demonstrado que os cuidadores nas instituições de longo-termo para idosos dão pouca atenção ao residente como pessoa, um pré-requisito para o ajudar a preservar o seu sentido de identidade (R A Kane, 2001).
- *Quanto à segurança*, (R A Kane, 2001) defende que o indivíduo precisa de acreditar que está a viver num ambiente agradável, onde as pessoas são bem-intencionadas e onde as regras básicas de vida são compreendidas.

- *O conforto físico* inclui estar livre de dor e desconforto físico. Pode incluir também estar confortável em termos de temperatura e posição corporal.
- *As relações recíprocas* em que o residente seja capaz de dar e também de receber suporte serão as mais importantes (R A Kane, 2001). Estas relações poderão ser com os familiares, amigos, outros residentes ou com os cuidadores, e (R A Kane, 2001) recorda um residente que pedia a um amigo que o visitasse frequentemente “para que eu saiba que estou vivo”.
- *Quanto à importância da atividade com significado*, os indivíduos numa instituição de cuidados a longo termo precisam de perceber as suas vidas como estando repletas de atividades interessantes e com significado para realizar e observar. Aquilo que tem significado irá diferir de pessoa para pessoa, de acordo com o estado físico por exemplo. Algumas pessoas poderão participar ativamente numa vasta gama de atividades, outros, por vontade própria, escolherão papéis de espectadores (R. Kane & Kane, 2001).
- *A competência funcional* é um domínio da qualidade de vida que é, segundo (R A Kane, 2001), extremamente sensível aos contextos físicos em que os idosos vivem e recebem cuidados. A competência funcional significa que, dentro dos limites das suas capacidades físicas e cognitivas, o residente seja tão independente quanto queira ser.
- *O bem-estar espiritual* é, segundo (R A Kane, 2001), um domínio que não pode ser ignorado da qualidade de vida. O bem-estar espiritual pode incorporar, mas também ir além e ser independente, da religiosidade.

(R A Kane, 2001) considera que apesar de não ser certo que todos os indivíduos dêem o mesmo peso a estas 11 facetas da qualidade de vida, estes são aspetos que

poderão estar comprometidos pelas convencionais instituições de cuidados a longo-termo para idosos.

Outras investigações, que procuraram evocar a opinião dos residentes acerca dos elementos de uma boa qualidade de vida, verificaram também que são os aspetos relacionados com as relações, a atividade, a estimulação e a segurança os mais referidos (Rosalie A Kane, 2003), outros autores verificaram também a importância da já referida autonomia e controlo (Rosalie A Kane, 2003).

Vários estudos (Requejo & Pinto, 2007); (Shyam & Yadev, 2006), têm enfatizado o papel das crenças religiosas no bem-estar e satisfação de vida dos idosos, e verificaram que a religiosidade e o desempenho religioso se tornam cada vez mais importante com a idade.

Outros estudos confirmaram a importância do suporte social (Shyam & Yadev, 2006), em que aqueles que tinham um maior grupo de suporte apresentavam níveis mais elevados de bem-estar. (Shyam & Yadev, 2006), por exemplo, verificaram que a satisfação com o suporte disponível era um forte preditor do bem-estar, em comparação com a mera disponibilidade de um grande número de pessoas para esse suporte. Assim, os idosos institucionalizados podem ter menos suporte mas considerá-lo como mais significativo e estar mais satisfeitos com este (Shyam & Yadev, 2006).

Um outro estudo interessante realizado por (Robichaud, Durand, Bédard, & Ouellet, 2006), após 300 horas de entrevistas e observações recolhidas a partir dos residentes, cuidadores e outros, identificou 3 categorias de indicadores de qualidade de vida nas instituições para idosos: relações sociais, estrutura ambiental e políticas e programas administrativos.

Um outro grupo de trabalho (Robichaud et al., 2006) identificou 5 indicadores gerais de qualidade de vida dos residentes em instituições: identidade, controlo, intimidade, segurança e conforto.

(Robichaud et al., 2006) identificou os seguintes indicadores de qualidade de vida nas instituições para idosos: competência dos funcionários e qualidades interpessoais.

Um estudo realizado na China citado em (Robichaud et al., 2006) através de entrevistas e observações participantes, encontrou sete indicadores: ambiente, competência profissional, direitos humanos básicos, interação social, satisfação das necessidades, atitude de cuidado, garantia de qualidade.

Um estudo realizado por (Robichaud et al., 2006) com 27 idosos residentes em instituições e seus familiares, também permitiu encontrar alguns indicadores importantes para a qualidade de vida nestes contextos.

Assim, de acordo com os residentes, o contexto humano deveria fornecer-lhes a oportunidade de partilhar momentos agradáveis, tomar conta de outros, sentir-se parte de um grupo, sentir respeito dentro de uma relação.

Também foram referidas como importantes, pelos residentes e famílias, as características relativas ao ambiente físico e institucional, incluindo a estrutura organizacional e ligações exteriores (necessidade de sentir segurança emocional, e necessidade de sentir o “mundo exterior”), os recursos humanos e materiais (necessidade de não sentir as restrições financeiras, e de sentir a disponibilidade dos cuidadores e profissionais de saúde), programas e atividades (ter oportunidades de Auto atualização), e ambiente arquitetónico (ter acesso às atividades da vida diária).

Em relação às características interpessoais, foi dada importância a: respeito pela identidade (necessidades, interesses, hábitos, capacidades) do residente por parte dos cuidadores; cumplicidade nas relações entre os cuidadores, residentes e familiares; manutenção de um papel na comunidade; preservação do sentido de controlo; partilha de bons momentos com os pares, familiares e cuidadores; competência dos cuidadores. No que se refere às características ambientais, foram referidos: a estabilidade dos funcionários; ter acesso às atividades de lazer e a recursos espirituais; ter um quarto privado e outros espaços além deste; não sentir restrições financeiras (Robichaud et al., 2006).

Foi interessante verificar que, neste estudo, as opiniões dos familiares deram prioridade ao ambiente não humano, enquanto os residentes falaram mais frequentemente das relações (Robichaud et al., 2006), neste estudo foram ainda comparados os residentes recentemente admitidos com os restantes, sendo que os primeiros mencionaram que era importante continuarem a sentir-se úteis para a comunidade (Robichaud et al., 2006).

Esta questão relacionada com o sentido de comunidade foi também referida por outros autores como, por exemplo, Conyne e Clark 1981, in (Robichaud et al., 2006) e Fitjters et al. 2001, in (Robichaud et al., 2006), de facto, este estudo salienta o fato de os idosos necessitarem de sentir que continuam vivos, em crescimento, e parte da comunidade. Os novos residentes continuam a adaptar-se à instituição, e necessitam de um sentido de continuidade; os residentes a longo prazo necessitam de sentir que continuam a possuir a mesma identidade.

Por fim, e talvez relacionado com o sentido de continuidade que os idosos necessitam, a preparação e acompanhamento na transição para a instituição poderá ser relevante para a subsequente qualidade de vida. A este respeito, Bourestom e Pastelan, in (Lawton et al., 2000) realizaram um estudo com dois grupos de idosos: o grupo de

preparação máxima realizou 4 visitas à instituição, interagindo com os residentes e funcionários; o grupo 48 de preparação mínima fez apenas 1 visita, e viu slides e fotografias da instituição.

Após 12 meses, a taxa de mortalidade no grupo de preparação máxima foi de 27%, enquanto para o grupo de preparação mínima foi de 52%. Em suma, não existirá uma única solução correta na seleção de domínios para uma visão compreensiva da qualidade de vida nas instituições para idosos (Rosalie A Kane, 2003). Temos de ter em conta que o que constitui uma boa qualidade de vida numa instituição para idosos pode variar de cultura para cultura e de país para país. As diferenças também podem surgir, obviamente, dentro de sub-grupos no mesmo país (Rosalie A Kane, 2003). Contudo, as variáveis referidas constituirão, certamente, em maior ou menor medida, importantes indicadores do que é ter qualidade de vida numa instituição para idosos.

(Goffman, 2007), analisa as instituições totais segundo uma característica comum às várias instituições, o de existir uma espécie de barreira que gera uma “proibição” de contato entre o institucionalizado e o meio exterior à instituição, refere-se aos “aspectos de vida” que são realizados no mesmo local sob uma única autoridade. Nesta sequência afirma que cada atividade diária dos participantes é realizada, na companhia de um grupo relativamente grande de pessoas, todas elas tratadas da mesma forma e, a fazer as mesmas coisas em conjunto, refere também que as atividades diárias dos utentes, são rigorosamente estabelecidas em horários, pois, “uma atividade leva em tempo pré-determinado à seguinte”, sendo que toda a sequência de atividades é imposta de “cima”, por um sistema de “regras formais explícitas e impostas por um grupo de funcionários”. Sublinhando por último que, as várias atividades, são reunidas como um plano racional único com a finalidade de atender aos objetivos oficiais da instituição (Goffman, 2007).

Na velhice, apesar das perdas e vulnerabilidades que possam ocorrer, muitos idosos mantêm a percepção e o controlo como um importante recurso para manter o seu

bem-estar (Rodin, 1986). Vários estudos relevam a importância do controle na velhice, nomeadamente investigações com idosos institucionalizados em lares de terceira idade. A institucionalização parece implicar uma redução no bem-estar (M. Baltes & Werner-Wahl, 1987) que pode ser compensada a partir de estratégias que aumentem o controle percebido dos idosos.

Não obstante, (Wagnild & Young, 1993); (Carstensen & Freund, 1994) consideram que o self-resilient, ao envelhecer não se adapta apenas às perdas, mas que surgem novas oportunidades do desenvolvimento, podendo aparecer novos objetivos ou alterando as prioridades ao longo do ciclo vital, principalmente na última fase do ciclo e quando se torna necessário o recurso à institucionalização, quer seja por opção pessoal, quer seja inerente às circunstâncias diversas como (problema de saúde, dependência, solidão, etc.).

Analisando as perspectivas do processo de institucionalização pelo idoso e pela família, verifica-se, uma visão dicotomia desta nova realidade: A família aposta na possibilidade do seu idoso ter mais convívio, ser mais acompanhado ao nível dos cuidados básicos e de saúde evitando a solidão. Para o idoso a entrada no meio institucional significa ter de lidar com a desconfiança e angustia proporcionadas pelo sentimento de mudança, o confronto com esta nova vida que proporciona o aparecimento de medos (Cardão, 2009) de ser maltratado, pelo desrespeito da integridade física e psicológica, do abandono familiar, dos novos colegas, dos funcionários e da perda da sua liberdade. Felizmente para a maioria dos idosos que recorrem à institucionalização estes medos apenas acontecem numa fase inicial porque a velhice sendo caracterizada pelo surgimento de várias adversidades, que (Hildon, Montgomery, Blane, Wiggins, & Netuveli, 2010) sistematizam em torno das categorias de limitação funcional, diminuição ao nível do funcionamento de diferentes domínios (saúde, stress e circunstâncias gerais da vida) e acontecimentos de vida negativos. No entanto apesar das frequentes adversidades e acontecimentos negativos, a satisfação com a vida é dificilmente influenciada (Staudinger,

Marsiske, & Baltes, 1995). A explicação para este paradoxo pode basear-se no construto de resiliência da self e da personalidade (Rutter, 1987); (Staudinger et al., 1995), que é um componente fundamental para o ajustamento psicossocial bem-sucedido, facilitando a adaptação do idoso a institucionalização.

Por conseguinte, a institucionalização dos idosos, que é por vezes um tabu, envolve valores, responsabilidades, crenças e necessidades. Torna-se uma problemática social e familiar na medida em que é uma questão de difícil gestão porque, associada à institucionalização do idoso, surgem muitas vezes tensões familiares, sentimentos de culpa partilhados pela família e, não raras vezes, abandono, isolamento e dificuldades de adaptação ao meio institucional. A instituição por sua vez, deve garantir aos idosos: autonomia, privacidade, direito de escolha, dignidade e independência (Cardão, 2009), acrescenta que essa dignidade deverá ser mantida até no leito da morte.

O idoso é confrontado com uma realidade completamente nova e com a qual pode não estar apto para lidar (Lemos, 2005). Segundo Santos, citado por (Lemos, 2005), quanto maior o tempo de institucionalização, maior a debilidade do idoso, uma vez que a institucionalização promove o isolamento social e a inatividade física. Para que a integração do idoso seja positiva é necessário considerar as relações pessoais internas, ou seja, as que se estabelecem entre os idosos e os restantes utentes, bem como com o pessoal que tem a seu cargo os idosos. É igualmente importante, para a integração do idoso na instituição, fomentar as relações com o exterior, com a família e os amigos. É importante que o idoso saiba que se preocupam com ele e desenvolver relações que evitem o isolamento social e a solidão do idoso.

Uma das questões que se levanta quando pensamos na institucionalização do idoso é a adaptação. A institucionalização do idoso implica um processo de adaptação e, visto que essa capacidade vai diminuindo com a idade, concluímos, portanto, que as probabilidades de desajustamentos são cada vez maiores. Para alguns autores citados por

(Cabete & Costa, 2005) a síndrome da não adaptação agrupa cognições, emoções e comportamentos que se traduzem em pessimismo, impotência, desespero, perda de controlo, falta de suporte social e dependência.

Os três mecanismos de adaptação são de natureza morfológica, fisiológica ou comportamental. As adaptações morfológicas advêm de alterações ecológicas e as adaptações fisiológicas correspondem a alterações de certas funções ou da actividade metabólica geral dos organismos. As adaptações morfológicas e fisiológicas constituem estratégias de tolerância aos factores ambientais, atuando como processos reguladores. Uma outra estratégia de adaptação consiste em evitar as limitações do meio, por adaptação do ciclo de vida ou do comportamento (L. (Dir) Oliveira, 2007).

Considera-se que o idoso apresenta uma boa adaptação se supera com eficiência as suas dificuldades, resolve os conflitos e consegue satisfações e realizações socialmente aceitáveis. Se, pelo contrário, vive sentimentos de medo, dependência, descontentamento, ansiedade, inferioridade, apatia e isolamento, então, estamos perante uma má adaptação Bromley, citado por (Agostinho, 2004).

A questão da satisfação de vida dos idosos na instituição prende-se com a avaliação que se faz da vida como um todo. Nesta perspetiva, (M. C. Paúl, 1992) realça a falta de consenso em relação aos problemas ligados à distinção entre satisfação de vida e constructos de bem-estar, refletindo a discrepância percebida entre as aspirações e as realizações.

Para (AM Fonseca, 2005b), estamos perante conceitos multidimensionais que integram elementos diferentes como atitudes, traços de personalidade e afetos. Reconhece-se a importância das teorias biológicas, mas, no nosso caso, valorizamos as teorias psicológicas e sociológicas por nos parecerem as que melhor explicam os

comportamentos dos idosos e a relação entre os seus comportamentos e a adaptação às instituições.

É cada vez mais consensual a necessidade de manter as pessoas ativas no seu meio social, tendo em atenção o seu melhor equilíbrio físico, psíquico e social. Neste sentido, até se questiona se a institucionalização dos idosos propicia este equilíbrio saudável entre as condições biológicas e as exigências do meio (Casanova, 2001), esgotadas todas as possíveis alternativas e ter de recorrer como fim último à institucionalização, (Fernández-Ballesteros, 2009) afirma que a tendência de uniformização e de paternalismo exacerbado cultiva a falta de estimulação dos comportamentos existentes na instituição, promovendo uma maior dependência do idoso, que assume maior gravidade, se este já for dependente, por vezes já não é incentivado a manter, ou a estimular o desenvolvimento de competências como: (por exemplo, comer e vestir-se)

Estes comportamentos institucionais poderão provocar no idoso, perda de auto-estima, depressões, dependência excessiva, comportamento automático e perda de interesse pelo mundo exterior. (Fernandes, 1997), afirma que alguns estudos têm demonstrado efeitos menos nocivos no processo de institucionalização. Embora o processo da institucionalização possa ter um impacto na interação social e auto-estima, há opiniões controversas, considerando que a institucionalização pode ser útil para a auto-estima, porque aumenta oportunidades de interação e papéis sociais adequados ao idoso. Almeida 2009, coloca em evidência, a capacidade de flexibilidade e a visão holística que as instituições têm que adotar para que os idosos residentes se sintam felizes.

Cada idoso desenvolve uma variação normal de respostas ao ambiente institucional como uma linha normal de defesa e quando o efeito amortecedor não é mais capaz de proteger o idoso contra um ambiente stressor, que se rompe e invade a linha normal de defesa individual, obrigando-o a um estado de mudança de ambiente, torna-se

um composto dinâmico de inter-relações fisiológicas, psicológicas, socioculturais, espirituais e de desenvolvimento, exigindo para isso o dispêndio de uma continuidade de energia para sustentar a adversidade constante em troca de energia dinâmica com o ambiente para poder alcançar o bem-estar possível.

Por outro lado, ao congregarem-se no mesmo espaço pessoas com percursos de vida e trajetórias sócio-culturais diferentes; distintos motivos associados ao processo de institucionalização; diferentes graus de funcionalidade e estatutos de saúde, acaba por contribuir para o afastamento entre idosos, motivado pela convivência de pessoas portadoras de diferentes hábitos, valores, costumes e modos de vida. Estes motivos, assim como o receio inerente ao “constrangimento de familiaridade” (De Singly & Mallon, 2000), geram o estabelecimento de laços superficiais, relações de indiferença e até de relações pontuais de algum conflito.

Para fazer face muitas vezes a situações menos desejadas pelos idosos, como as que se referiu atrás os próprios utilizam algumas estratégias em que acionam um conjunto de ações coordenadas, no sentido de resolver positivamente determinada situação de tensão individual ou coletiva, que possa ser posta em causa. Pretende-se aceder a uma recompensa, “vitória identitária”, face a uma situação complexa originada pelo próprio indivíduo, na interação com os outros como a família, os amigos... ou o sistema social.

2.7 ESTRATÉGIAS DE ADAPTAÇÃO À INSTITUIÇÃO POSITIVAS E NEGATIVAS

Interessa, pois, conhecer as formas de adaptação dos sujeitos, ou seja, a tática utilizada no processo interativo face à representação do que está a ser posto em causa em cada momento. Como nos refere (Kastersztejn, 1990) “a análise estratégica é o

complemento indispensável da análise descritiva a partir do momento em que estudamos as condutas humanas ou coletivas”. Isto porque os comportamentos observados/respostas dos indivíduos, não são apenas conjunturais ou fruto de estímulos internos ou externos mas são sempre respostas finalizadas, pois a antecipação dos efeitos determina e estrutura a ação.

A estratégia depende, assim, das finalidades, estas finalidades, e os desafios a elas inerentes, negociam-se constantemente em interação com o ambiente e são fruto de uma avaliação do indivíduo em função das suas capacidades de ação e dos constrangimentos exteriores. Tal como o aparecimento progressivo de doenças e dificuldades funcionais são fatores determinantes da incidência do estresse na terceira idade. Na conceção de (Lazarus & Folkman, 1984) o stress é resultado da relação entre a pessoa e o ambiente. Os autores introduzem o termo coping referindo-se ao conjunto de esforços, cognitivos e comportamentais, utilizado pelos indivíduos com o objetivo de lidar com dificuldades específicas, protegendo-os de aspetos considerados ameaçadores ao seu bem-estar. Coping é um processo dinâmico, que pode estar em constante mudança, de acordo com as reavaliações feitas sobre o evento, e pode ter como consequência resultados melhores ou piores do que a situação inicial.

As estratégias de coping são classificadas em dois tipos: focalizada na emoção e focalizada no problema. O primeiro tem como objetivo alterar o estado emocional do indivíduo, buscando reduzir a sensação física desagradável do estado de estresse. Já o coping focalizado no problema procura alterar a dificuldade existente na relação entre as pessoas e o ambiente, podendo direcionar sua ação interna ou externamente.

Uma importante variável no estudo de coping, segundo (Saklofske & Zeidner, 1995), a depressão, pois, além de interferir na interpretação de uma situação, algumas características depressivas afetam a seleção de estratégias de coping a percepção real de sua eficácia. Um estudo longitudinal desenvolvido por (Kraaij, Pruyboom, & Garnefski,

2002), envolvendo coping e depressão, acompanhou 99 idosos por um período de dois anos e meio. Os resultados apontam as principais estratégias de enfrentamento utilizadas pela amostra. Os idosos que apresentaram mais sintomas depressivos utilizaram em maior quantidade as estratégias de aceitação, ruminação e catastrofização, enquanto os sujeitos com menos sintomas depressivos manifestaram mais a reavaliação positiva.

Na avaliação longitudinal, na medida em que os sintomas depressivos eram controlados, as estratégias observadas eram as de aceitação e reavaliação positiva. Dessa forma, levando-se em consideração os prejuízos na qualidade de vida dos idosos que apresentam dificuldades funcionais, o presente estudo tem como objetivo verificar as estratégias de coping utilizadas pelos participantes e a existência de associação entre o uso das estratégias e variáveis como: sintomas depressivos, sexo, escolaridade, idade, estado civil e percepção da saúde.

Assim, se por um lado as estratégias de resposta dos indivíduos aos problemas são diversificadas, tendo por fundamento a heterogeneidade das suas histórias de vida, das suas formas de sentir e agir, por outro lado obedecem a algum padrão, alguma regularidade, não sendo portanto inúmeras nem ilimitadas. Ao mesmo tempo que o indivíduo se culpabiliza por esta imagem que produz, não sabe como atuar nem o que fazer para a contrariar. Por outro lado, a humilhação acontece pelo facto do indivíduo se sentir impotente numa relação estabelecida entre forças desiguais. Sentindo que não é responsável pela situação vai libertar toda a sua agressividade para os outros.

Se, por outro lado, o indivíduo tentar sair da situação que lhe provoca sofrimento, alterando os factores que lhe estão na origem, então falamos de estratégias de saída. O indivíduo poderá tentar revalorizar a sua identidade, procurando sair da situação de exclusão e encontrando a dignidade e o estatuto social desejados. Por fim, e na impossibilidade de mobilizar recursos pessoais, afetivos para agir sobre a situação ou para lhe atribuir outro significado, resta ao indivíduo, e como forma de resistir à

interiorização de uma imagem negativa de si próprio, mobilizar estratégias que lhe permitam dissimular ou esquecer o seu sofrimento “evitando a situação geradora de sofrimento, pela negação, ou pela apropriação antecipadora da sua desinserção, ele pode agir sobre a vivência da situação” (idem). Trata-se de estratégias de defesa implementadas por via da mobilização, consciente ou inconsciente, de mecanismos psíquicos de defesa.

De salientar que uma das finalidades estratégicas dos indivíduos, considerada mais importante para (Kastersztein, 1990) é o reconhecimento da sua existência no sistema social, é o sentimento subjetivo de pertença e especificidade/singularidade, elementos fundamentais na compreensão dos comportamentos identitários finalizados. Assim, pertencer a uma cultura ou grupo implicará reconhecer-se, pelo menos em características essenciais, parecido com os outros. Há, por isso, uma pressão no sentido do respeito de regras específicas a um sistema social. O indivíduo é assim chamado a definir objetivos que lhe permitam provar o seu grau de pertença e integração. Esses objetivos podem estar relacionados com a conformização que consiste em avaliar, consciente ou inconscientemente, o grau de similitude entre um autor e o seu ambiente em termos de comportamentos, opiniões, atitudes, motivações ou desejos.

O autor sugere que quando o hiato é bastante grande, com a pressão social a ajudar, o indivíduo vai começar a assumir comportamentos de acordo com as expectativas, o que não quer dizer que psicologicamente os aceite. Assim, pode dizer-se que existe uma contradição/tensão entre comportamentos e opiniões externas, fazendo com que os indivíduos procurem todas as ocasiões para manifestar as suas mais profundas convicções. A conformização funciona assim como um meio de controlo privilegiado em todos os sistemas sociais, não obstante a existência de espaços de liberdade individual ou coletiva que permitem que os indivíduos não se confundam.

Por outro lado, os indivíduos podem recorrer ao anonimato como forma de provar a sua integração. O recurso ao anonimato é, de alguma forma, a estratégia habitual dos sistemas burocráticos, onde toda a avaliação de risco pode causar/acarretar consequências nefastas para os autores. Assim, passar despercebido pode ser uma forma de mostrar que se respeita as regras estabelecidas, tal como todos os outros indivíduos.

Estes grupos de indivíduos tentam fazer-se esquecer, no sentido de manterem uma situação socialmente confortável. Apesar de pouco estudada, esta estratégia parece ter consequências fortes nos comportamentos dos indivíduos que a utilizam. Funciona como um fator desresponsabilizante e, ao mesmo tempo, como revelador das potencialidades individuais.

Por fim, através da assimilação, como reforça o autor, os indivíduos vão tentar mostrar a sua pertença de forma muito forte, vincada, não deixando que ela possa ser posta em causa. Para tal, abdicam das características históricas e culturais que os tornaram distintos e aceitam o conjunto de normas e valores dominantes. Historicamente esta estratégia permitiu que numerosas minorias escapassem a tratamentos discriminatórios. No entanto, estudos mostram que isto causará ao indivíduo um sancionamento por parte da cultura de origem, sendo que muitos destes indivíduos tão pouco tiveram aceitação por completo por parte da cultura de acolhimento. Quando nos reportamos à dimensão grupal, a assimilação pressupõe que os indivíduos se procurem aproximar dos que são parecidos, criando um sentimento de ligação aos outros. “A procura de similitude pode aparecer, com efeito, como um mecanismo de defesa contra a ansiedade provocada pela diferença e contra o desejo de distinção.

Estas três finalidades são fortemente valorizadas positivamente, na medida em que procuram resolver os conflitos identitários em prol do sistema social dominante, no caso em estudo, em prol do funcionamento da própria instituição lar, favorecendo uma interação entre indivíduo-ambiente de carácter puramente funcional, não pondo em

causa as lógicas nem as práticas instituídas e cristalizadas. A grande dúvida é se esta experiência será favorável ao indivíduo na sua vivência relacional, dado que dessa forma se vê remetido e subjugado ao que lhe pré-existe. A sua singularidade estaria assim completamente anulada.

Todavia, para que a sua singularidade e diferença seja preservada, dado que todos nos desejamos afirmar como únicos e seres idênticos a nós próprios, tendemos a usar estratégias identitárias que nos ajudem a buscar o reconhecimento. Apesar da percepção de si poder ser, muitas vezes, fonte de angústia, a imagem que pretendemos transmitir aos outros procura estar associada a características ideais, de indivíduo com identidade forte e coerente. Muitas vezes é do contacto com o grupo, e dos conflitos e desafios que daí decorrem, que resulta esse desejo de afirmação de si. Neste sentido, e contrariando um pouco as estratégias do anonimato e do retraimento, muitos indivíduos ousam a estratégia da afirmação de si, implicando, frequentemente, a quebra do silêncio a que estiveram voltados. Esta estratégia pressupõe, simultaneamente, tomar a palavra, expor-se aos outros e até assumir posturas de oposição face aos líderes.

A esta estratégia está claramente associado o objetivo de se tornar visível e reconhecido aos olhos dos outros, de ser tomado em consideração. No entender de (Kastersztein, 1990), a procura de visibilidade é um tipo de comportamento estratégico identitário que indivíduos “inexistentes” utilizam para se afirmarem, com base nos aspetos da sua diferença que são julgados negativamente.

Por outro lado, apesar da assimilação e sentimento de semelhança favorecerem, sobretudo numa fase de conhecimento inicial, a identificação e aproximação entre indivíduos, necessária às relações que se pretendem securizantes e de confiança, o indivíduo vai sentir o desejo narcísico de, a certa altura, se afirmar como pessoa distinta, se expressar de forma mais autêntica, vai querer diferenciar-se, vai desejar ser reconhecido na sua singularidade.

Com efeito, “a diferença é procurada quando acarreta uma mais-valia para o indivíduo, lhe permite afirmar a sua individualidade e a sua originalidade; ou quando ajuda a escapar de uma comparação social desfavorável, a tornar-se “incomparável” definindo-se como outro em terrenos onde é (ou pode ser) inferiorizado” (Lipiansky & others, 1990).

A procura dos particularismos passa a ser uma estratégia contra a indiferenciação. No entanto, como nos adverte o autor, a operacionalização desta estratégia é bastante complexa, porquanto se ela parecer programada e se mostrar demasiadamente explícita pode fazer recair sobre o indivíduo a suspeita de vaidade ou presunção.

A busca pela singularização/individualização pode atingir pontos mais extremos, quando os indivíduos se sentem desvalorizados, implicando muita energia por parte das pessoas que a protagonizam. Quando um indivíduo em comparação com outros percebem a desvalorização, tenta tornar-se incomparável para não ser julgado como inferior. No entanto, se não houver critérios de comparação possíveis o indivíduo não pode ser julgado como inferior.

A dialética entre ambas as estratégias, diferenciação e assimilação, está na base da construção da identidade, para que elas devem ser utilizadas em diferentes contextos, de acordo com o valor que aí possam conferir à imagem do indivíduo. Há ainda um conjunto de outras estratégias, referenciadas por (Lipiansky & others, 1990), que procuram restaurar a unidade e consistência identitárias. O autor designa-as de categorização, clivagem e projeção.

A categorização permite classificar os indivíduos e grupos, dando origem a uma diferenciação. Quando se manifesta, nas relações grupais, origina uma diferenciação

intergrupos e uma homogeneização intra Grupo. Permite também ao indivíduo diferenciar-se dos outros e procurar a sua unicidade. Esta estratégia contribui, portanto, para a definição de si a partir das categorias de pertença e para o sentimento de identidade coletiva. De salientar que a procura de singularidade dá origem a um processo de distinção produtor de novas categorias de diferenciação.

O mecanismo da clivagem interfere na constituição da identidade grupal e pressupõe a divisão do grupo em duas partes antagónicas (Ex: velhos/novos; faladores/calados...). Cada um pode partilhar com outros uma identidade, numa situação de diferenciação valorizada, permitindo uma personalização dos laços entre os membros do grupo, dando relevo à abordagem dos problemas de identidade coletiva.

A clivagem permite também aos que são portadores de uma “identidade negativa”, a criação de uma certa identificação que lhes permite contestar essa identidade negativa, até então atribuída. A este mecanismo de clivagem se associa a intolerância que se exprime por vezes face à ambiguidade. Perante essa intolerância os participantes reagem tentando estabelecer categorias dicotómicas.

Através do mecanismo de projeção o outro é investido de aspetos negativos da sua própria identidade que são rejeitados ou negados. Certas categorias mais ou menos presentes em cada um são projetadas e reproduzidas na clivagem. Atribuindo elementos negativos aos outros, os indivíduos procuram demarcar-se dos mesmos.

Quando os participantes se libertam do processo de clivagem e projeção, segue-se uma fase de sentimentos depressivos e de medo que a agressividade manifestada na clivagem possa ter sido destrutiva para os protagonistas. Se estes mecanismos assumem, numa primeira fase, a defesa da identidade dos indivíduos, pode aparecer, num segundo momento, uma imagem de conflito e espartilhamento colocando em causa a unidade do

“eu”, percebendo-se assim a ligação entre a necessidade de uma unidade grupal e a procura de um sentimento de unidade identitária.

As estratégias de oposição, envolvendo habitualmente na sua génese a problemática do poder e do controle, afiguram-se para muitos como necessárias na constituição do sentimento de identidade e afirmação de si. Como afirma Lipiansky, “o indivíduo sente toda a manifestação do poder como uma pressão exercida sobre si para que se conforme a um certo modelo e portanto como uma ameaça de alienação; ele reage nestas situações através da submissão ou da oposição” (Lipiansky & others, 1990).

Esta estratégia, como enuncia o autor, pode manifestar-se de forma passiva (retraimento ou negativismo) ou ativa, que se traduz por uma atitude de ataque (resposta ao sentimento de agressão e ameaça identitária que implica a situação grupal), normalmente direcionada para os que assumem situação de poder. O ataque surge como forma de fuga face à situação de submissão e de alienação, sendo assim uma das formas de afirmação de si. No entanto, pode ser também fonte de angústia e de reações de defesa pelo facto de ser entendida, quer por si, quer pelos outros, como um perigo para a integridade pessoal.

A última estratégia, referenciada pelo autor, está relacionada com os processos de identificação recíproca, no seio dos grupos, que permitem que os indivíduos se definam por relação aos outros. Os indivíduos exprimem-se por identificação a outro (s), sendo “frequentemente a partir do momento em que um participante encontra um “duplo” (alguém de quem se sente próximo, que reage como ele, exprime os mesmos sentimentos...) que se sente autorizado a existir e a exprimir-se no grupo” (Lipiansky & others, 1990). Esta identificação mútua torna-se evidente em situações como: quando um indivíduo fala e outro intervém também; se nos dirigimos a um, outro responde; sentarem-se lado a lado... Por vezes a identificação é de tal forma forte que outros

indivíduos do grupo se confundem no reconhecimento dos que se identificam em profundidade.

Estes últimos vêm-se mesmo forçados a reivindicar as suas identidades respectivas. Em casos limites, o outro, representando o objeto de projeção do ideal do “eu”, pode significar alguém que retira ao sujeito a sua identidade. Verifica-se, nestas circunstâncias, sentimentos de profunda ambiguidade uma vez que ao desejo de se parecer com o outro junta-se a vontade de o aniquilar, eliminar.

Fruto de um processo de evolução pessoal, a individualização pode surgir como o resultado de um caminho de auto-conhecimento e de aceitação das várias facetas da sua identidade. No entanto, e como isto nem sempre acontece, poderão ocorrer estratégias negativas, através das quais os indivíduos se fecham face aos outros. Chegam mesmo a colocar em causa a busca pelo seu reconhecimento e a experiência de um sentimento coerente e satisfatório de identidade. Isto verifica-se quando os indivíduos são negados, condenados pelo grupo à “não-violência”, ao seu isolamento.

Situações de deficiência física, mas sobretudo psíquica, ou de falta de autenticidade podem reforçar a falta de reconhecimento pelo grupo. Existem outras estratégias que conduzem a formas de rejeição e exclusão, sobretudo quando o grupo deseja marginalizar indivíduos que parecem difíceis de integrar, principalmente após tentativas falhadas. As dificuldades de um reconhecimento mútuo podem culminar na agressão e negação recíprocas entre indivíduos. Já referenciamos anteriormente que uma outra estratégia negativa é a desvalorização, conduzindo a que o sujeito retire das suas interações com outros, uma imagem de si próprio não valorizante ou mesmo negativa.

Muitas vezes o sujeito não consegue transmitir a imagem que desejaria de si, produzindo-se um hiato entre o seu ideal de “eu” e o seu “eu” vivido. A desvalorização pode resultar também de uma representação negativa de si, provindo quer das atitudes

da sua envolvimento mais próxima, quer da cultura que o caracteriza, em função da pertença social ou étnica do indivíduo. Em última instância, pode chegar a identificar-se com a imagem que os outros lhe devolvem ou que ele pensa que os outros lhe devolvem, sendo este um mecanismo particularmente alienante. Mesmo que essa imagem seja negativa, ela será a única forma de identificação disponível, sendo preferível à ausência de identidade. Estas estratégias negativas, como afirma (Lipiansky & others, 1990), “têm um carácter paradoxal no sentido em que conduzem ao resultado contrário do que é desejado e trabalham sobre o não-reconhecimento, a negação, a rejeição, a exclusão, a desvalorização e a perda de identidade. A responsabilidade deste insucesso não pode ser imputada completamente nem à pessoa que a experimenta, nem aos outros, nem ao grupo mas ao modo de interação que se estabeleceu entre os diferentes autores”.

Resumindo, os comportamentos dos indivíduos podem elucidar as suas escolhas e os objetivos que pretendem atingir em torno da sua integração, conformação, diferenciação. Por outro lado, a realidade dos comportamentos identitários individuais ou coletivos pode ser complexa, polarizada ou até mesmo ambivalente. Dito de outro modo, os indivíduos podem desejar simultaneamente conformar-se ou diferenciar-se, sendo que a tensão gerada pela incoerência de comportamentos, pode levar a uma crise endógena da identidade que é, muitas vezes, reflexo de uma crise exógena criada pela pressão do meio.

No entanto, a situação grupal que se pode comparar à circunstância decorrente da vivência numa comunidade residencial, favorece um processo “catártico” em que cada um descobre, através dos outros, mecanismos afetivos e sociocognitivos onde se enraíza o seu sentimento de identidade. Pode dizer-se, pois, que há uma relação de correspondência entre a problemática identitária subjetiva e os processos interativos. As estratégias identitárias que o indivíduo desenvolve no grupo, resultam da busca de reconhecimento e dos mecanismos de defesa. Assim, as relações afetivas de simpatia ou antipatia, atracção ou rejeição são comandadas por mecanismos de identificação onde se

atualiza uma faceta de identidade do indivíduo. Na verdade, os outros não são vistos sempre da mesma maneira. “Os outros aparecem, segundo os momentos, próximos ou distantes, confiantes ou ameaçadores, parecidos ou diferentes” (Lipiansky & others, 1990).

Na verdade, a situação de partilha num grupo poderá ser sinónimo de uma oportunidade de evolução pessoal, porquanto nos permite adquirir uma consciência mais precisa da dependência do olhar dos outros na imagem que temos de nós próprios. Assim, o reconhecimento de si passa pelo reconhecimento dos outros, o que poderá numa perspectiva otimista, contribuir para que os indivíduos se aceitem melhor a si próprios, se valorizarem e sintam reconhecidos.



CAPÍTULO 3 – O IDOSO E A FAMÍLIA



Figura 5: Capa capítulo 3

Fonte: <https://www.google.pt/search?q=imagens+idosos>

O decurso e desenvolvimento da sociedade humana têm mostrado que como unidade social a família é capaz de resolver ou ajudar a resolver problemas biopsicossociais, individuais ou coletivos, apesar de poder ser também geradora de conflitos e doenças. Neste sentido a família tem de ser uma estrutura cujo desenvolvimento se obtém através dos esforços dos seus membros na realização de várias tarefas nomeadamente: adaptação, proteção, participação, crescimento e suporte na afetividade (Nina & Paiva, 2001).

De acordo com (Figueira, 2010) “É com o envelhecimento que mais se valorizam os dons espirituais, deixando para segundo plano as coisas materiais. Segundo a história, os anciãos eram respeitados como profetas, sábios e doutores da lei. Porque sempre se acreditou que é na prudência dos mais velhos que reside a valorização o bom senso e o discernimento da razão. As pessoas idosas têm na espiritualidade a moderação e a maturidade, que os torna mais tolerantes.

Necessitamos da inteligência questionadora dos mais jovens, da inteligência madura das pessoas de meia-idade e da inteligência prudente das pessoas idosas.” Este potencial de experiência acumulada e de sabedoria constituem um recurso inestimável e importante que deve ser utilizado para o desenvolvimento económico e social. (Figueira, 2010) adianta que “A espiritualidade deverá ser entendida como uma dimensão importante do Homem, que a par da dimensão biológica, intelectual, emocional e social, constitui aquilo que determina a sua singularidade como pessoa”. O papel dos idosos na família, exposta acima, constitui uma forma; o aumento da participação da população idosa.

3.1 ESTRUTURAS FAMILIARES E SUAS ALTERAÇÕES

A evolução das estruturas familiares é um dos fatores proeminentes de mudança nas sociedades contemporâneas, colocando novos desafios em termos de necessidades sociais e à organização das respostas públicas e privadas, com vista à promoção do bem-estar individual e coletivo no contexto do processo de envelhecimento. A família é um conjunto em interação dos seus membros e com outras famílias; é um sistema com sinergias variáveis que responde às necessidades e funções básicas dos seus membros. A família é transmissora de conhecimento e de valores, tendo, portanto, um papel socializador e educativo. A auto-estima e a resistência à frustração partilhada pelos membros criam um sentido de pertença e de identificação da família (ou clã), promovendo, pois, um conjunto de pessoas unidas pelo sentimento de pertença de parentesco e unidas por laços de solidariedade, afeto e responsabilidade.

Em geral, a família desempenha um papel importante na provisão dum vasto conjunto de serviços para fazer face às necessidades dos seus membros, acomodando os efeitos da incerteza em domínios importantes da vida, como são os casos do mercado de trabalho ou dos cuidados pessoais, entre outros. Por exemplo, estudos mostram que o suporte e o apoio familiar são um fator protetor do risco de mortalidade: para cada grupo etário, os homens solteiro e viúvos têm maior vulnerabilidade ao risco de morte relativamente aos casados e divorciados.

Na sociedade pré-moderna, o sistema básico de “seguro social” implícito consiste em os filhos adultos cuidarem dos seus pais idosos constituindo-se, assim, um sistema de interajuda intergeracional. A transição duma economia rural para uma economia (pós) industrial, caracterizada pela urbanização, pela nuclearização da família, pela mobilidade geográfica e pela erosão das tradicionais normas de obrigação familiar e reciprocidade,

quebrou esta instituição ancestral, chegando ao caso dos filhos não terem nem tempo ou vontade para estar com os seus pais.

A família, em Portugal, está em profunda mudança. No passado recente, a organização familiar reconfigurou-se devido às transformações societárias relacionadas com o aumento da taxa de participação das mulheres portuguesas no mercado de trabalho, a atomização dos agregados familiares e a maior volatilidade das relações conjugais, com as alterações nos processos de trabalho centrados na tecnologia e com a globalização crescente associada tanto a potencialidades como a riscos globais. A figura da mulher doméstica constitui uma raridade. As relações familiares têm sido afetadas pelo aumento de ruturas matrimoniais e de novas formas de conjugalidade, observando-se uma reestruturação das relações, mais aberta e com menor estabilidade. Esta instabilidade está associada aos casos problemáticos de isolamento e de abandono.

A importância da família no envelhecimento da população é dada, por exemplo, pelos estudos relativos aos cuidadores informais. Em Portugal, como em muitos países do Mediterrâneo, os familiares (mulheres, pais, maridos, etc.) formam o grosso dos cuidadores das pessoas idosas com dificuldades nas atividades da vida diária (Comas-Herrera, 2003). Inovações nas respostas sociais são fundamentais para atender às necessidades em serviços de saúde e apoio social, numa sociedade em rápida mutação e no quadro das restrições financeiras decorrentes do Programa de Assistência Financeira.

O estudo de (MILB Carvalho, 2010) argumenta que “Apesar da tendência de transformação na política e mudança nas situações de dependência, a família continua a ser a principal cuidadora... A família tende a criar “novas” dinâmicas de negociação para fazer face ao aumento da longevidade e dos cuidados aos seus familiares mais idosos. Esta negociação não é meramente individual. Resulta das funções que cada elemento tem dentro (Durkheim & Santos, 1984) e fora da família. Remete não só para as normas e princípios sociais, para o tipo de relacionamento existente entre os que cuidam e os que

necessitam de cuidados (Janet Finch & Mason, 1990) , mas também para o tipo de suporte existente no âmbito formal (Fernandes, 2001; Huber, Manfred , Stanciole et al., 2008) e para o modo como as dimensões formais e informais se relacionam umas com as outras.”

Para (M Carvalho, 2009) a “estrutura familiar alterou-se com a passagem do predomínio das famílias múltiplas e extensas para as famílias tendencialmente formadas por um só núcleo, o dos pais e dos filhos, e de famílias recompostas, de famílias “não convencionais”, como as mulheres com filhos ou pessoas do mesmo sexo com filhos ou pessoas a viverem sós”. Estas mudanças poderão reduzir o papel das famílias na provisão de serviços para os familiares mais idosos.

Os dados dos Censos da População do INE mostram uma tendência de redução da dimensão média das famílias e diminuição da natalidade. Analisando a evolução nas últimas décadas da estrutura, composição e dimensão da família portuguesas, observa-se o aumento das famílias unipessoais e o surgimento de novas formas familiares e conjugais, as quais, embora de forma ainda muito restrita, têm vindo a ser incorporadas no conceito de núcleo familiar. O quadro seguinte reporta a composição das famílias em Portugal para os anos 2001 e 2011.

Entre 2001 e 2011, o número de famílias com 1 pessoa aumentou de 631,8 mil (17,3% do total) para 867,3 mil (21,4%). O número de famílias com 5 ou mais pessoas diminuiu de 345,4 mil (9,5% do total) para 262,4 mil (6,5%). Observa-se também uma diminuição no número das famílias com 3 e 4 pessoas; famílias com 2 pessoas registam aumento em número e peso no total das famílias clássicas.

No espaço de duas décadas a população residente aumentou 6,7% e o número de famílias clássicas cresceu 22,6%, tendo a dimensão média das famílias descido, de acordo com os dados dos Censos, de 4,2 pessoas em 1950, para 3,7 em 1960 e 1970, 3,4 em 1981 e 2,8 em 2001. Por outro lado, o peso das famílias com mais de 5 indivíduos no total das

famílias diminuiu de 22,2% em 1950 para 17,1 em 1960, 15,9% em 1970, 10,6% em 1981, 6,6% em 1991 e 3,3% em 2001.

Estas alterações básicas evidenciam ainda outras dinâmicas sociais, nomeadamente novas formas familiares e conjugais, claramente visíveis, em particular, no surgimento das famílias monoparentais, famílias sem jovens, das famílias de avós com netos, ou mesmo, das pessoas sós e dos casais não coabitantes. Por sua vez, o aumento da esperança média de vida tem contribuído também para o aumento das famílias constituídas somente por idosos.

(Nicola, 2011) conclui que “A feminização das famílias monoparentais e a terceira idade como o espaço de maior manifestação das famílias unipessoais são duas marcas das estruturas familiares no Portugal contemporâneo. Relativamente a esta última, se no ano de 2000, dois terços destas famílias estavam associados a pessoas idosas, desde então regista-se uma gradual recomposição etária das famílias unipessoais devido ao crescimento de 41,5% das famílias unipessoais com indivíduos com menos de 65 anos. Ainda assim, as famílias unipessoais com pessoas com 65 ou mais anos aumentaram 19% na última década”.

Uma forma simples de projeção da população a viver em família passa por aplicar aos cenários demográficos uma projeção da dimensão média da família. Contudo, este método tem sido criticado por não ter em conta as alterações da dinâmica e da estrutura das famílias (nomeadamente, nupcialidade, taxa de divórcio, coabitação, etc.).

O estudo de (Moreira, 2008) adotou o chamado *propensity method*: “Tendo em conta a realidade portuguesa no que se refere aos conceitos estatísticos e fontes de dado disponíveis sobre família, uma metodologia possível para o cálculo de projeções em Portugal seria o *propensity method*, que consistiria, de forma simplista, em partir das projeções da população residente, aplicando as taxas de população aos vários tipos de

famílias selecionados, segundo a estrutura observada numa série censitária, o mais longa possível. Cada tipo de família seria projetado, tendo em consideração diferentes cenários de evolução prováveis (Leite, 2005).

Para (T. Rodrigues et al., 2009), “o número de pessoas sós a residir em famílias institucionais tem tendência a aumentar gradualmente, embora o seu peso relativamente à população total continue a ser baixo. Em 2001, representava 0.97% (101 mil). Este valor só deve aumentar até um valor máximo de 26 mil no cenário C, representando 2.84% da população total. Nos cenários A e B este valor fica-se pelos 168 mil (1.81%) ou 240 mil (2.59%), respetivamente. Estudos já realizados admitem que esse facto se relacione com a manutenção da vida em casal até idades muito avançadas”. O gráfico seguinte ilustra bem estas projeções, com forte aumento das famílias unipessoais dos idosos em 2050.

As projeções oficiais disponíveis indicam uma dinâmica populacional sem precedentes na história portuguesa, com um crescente peso das populações séniores e uma redução do peso da população ativa. O efeito cumulativo da diminuição das taxas de mortalidade e de natalidade ao longo de várias décadas tem vindo a alterar o perfil demográfico da população portuguesa, cujo traço mais marcante é o progressivo envelhecimento da sociedade portuguesa.

- A relação entre o número de idosos e jovens traduziu-se, em 2010, num índice de envelhecimento de 118 idosos por cada 100 jovens (112 em 2006). O índice de dependência é um indicador relevante para o domínio dos cuidados aos idosos e Portugal apresentava, em 2009, uma das maiores taxas de dependência na UE, com um valor de 26,3.
- O peso de forma significativa, devido, por um lado, à diminuição dos nascimentos e, por outro, ao aumento da esperança de vida. O número de idosos com mais de

80 anos passou de 340,0 milhares, em 2000, para 484,2 milhares, em 2010 a estrutura populacional de idosos tem vindo a aumentar.

A evolução das estruturas familiares é um dos fatores proeminentes de mudança nas sociedades contemporâneas colocando novos desafios em termos de necessidades sociais e à organização das respostas públicas e privadas com vista à promoção do bem-estar individual e coletivo no processo de envelhecimento.

Em Portugal, como em muitos países do Mediterrâneo, os familiares (mulheres, pais, maridos) formam o grosso dos cuidadores das pessoas idosas com dificuldades nas atividades da vida diária. Analisando a evolução nas últimas décadas da estrutura, composição e dimensão da família portuguesas, observa-se o aumento das famílias unipessoais e o surgimento de novas formas familiares e conjugais, o que pode levar a um aumento dos idosos institucionalizados.

De acordo com a Estratégia Europeia 2020, adotada em Conselho Europeu de 8 de Março de 2010, entre as três prioridades que foram aprovadas, considera-se relevante a do crescimento inclusivo, nomeadamente o objetivo de uma taxa global de emprego de 75% para a população dos 20-64 anos e de (50%) para a população idosa com mais de 65 anos.

A CE recomenda que as políticas para fazer face ao desafio do envelhecimento terão que ter em conta a: (1) renovação demográfica; (2) emprego; (3) produtividade; (4) dinamismo produtivo da Europa; (5) acolhimento e integração efetiva de imigrantes; e (6) finanças públicas sustentáveis. O desenho das políticas para atingir as prioridades e os objetivos terá de ter em conta a evolução demográfica da população com todos os fenómenos a ela associados, nomeadamente, o envelhecimento da população. Em termos práticos, procura-se que cada vez um maior número de cidadãos idosos possa beneficiar

duma vida mais ativa, saudável e participativa, o que representa sérios desafios às nossas sociedades e economias para atingir estes objetivos.

Envelhecer bem é um processo heterogéneo e diferenciado, na medida em que cada um(a) vive em contextos físicos, sociais e humanos diferentes e é portador(a) de vivências e projetos de vida idiossincráticos. Os especialistas argumentam que a qualidade de vida inclui um alargado espectro de áreas da vida. Os modelos de qualidade de vida vão desde a satisfação com a vida ou bem-estar social a modelos baseados em conceitos de independência, controle, competências sociais e cognitivas e até dimensões menos tangíveis, tais como o sentido de segurança, a dignidade pessoal, as oportunidades de atingir objetivos pessoais, a satisfação com a vida, a alegria, o sentido positivo de si. Os diferentes contextos mencionados, os vários parâmetros de satisfação e um conjunto variável de características sociais (religião, educação, família, cultura, etc.) influenciam, por sua vez, o processo de envelhecimento. Um aspeto relevante é a questão da dependência que pode afetar os idosos, nomeadamente no nível psicológico, social e de capacidade de decisão e controlada sua vida, constituindo uma voz ativa no seio da comunidade e família; por outras palavras, satisfação (e qualidade) de vida e bem-estar psicológico e físico.

Esta situação levanta a questão de saber quais são as soluções mais adequadas para lhe dar resposta, sendo necessário equacionar o **papel das famílias**, da comunidade e dos poderes públicos locais, regionais e nacionais, numa perspetiva de conciliação e de identificação das necessidades intrínsecas de cada sénior. Múltiplos princípios encontram-se em jogo, nomeadamente, a dignidade das pessoas, a subsidiariedade, a proximidade dos serviços à população alvo, a coesão social e local, a solidariedade e a economia. Uma vertente importante do envelhecimento é a evolução da família que, tradicionalmente, tem sido o locus de interajuda intergeracional - de facto, a família é uma célula fundamental, enquanto lugar privilegiado de trocas intergeracionais, onde se encontram, se interajudam e complementam.

A evolução das estruturas familiares é um dos fatores proeminentes de mudança nas sociedades contemporâneas, colocando novos desafios em termos de necessidades sociais e à organização das respostas públicas e privadas, com vista à promoção do bem-estar individual e coletivo no processo de envelhecimento.

Portugal, segundo dados do Eurostat, aparece como o segundo país da UE com as mais elevadas taxas da população idosa com limitações nas atividades da vida diária. Os idosos com necessidades de apoio nas AVD deverão aumentar com o envelhecimento da população; tendo em conta as boas práticas experimentadas/adotadas noutros países da UE, a preferência por serviços personalizados e na casa dos idosos deve ser correspondida por serviços descentralizados e personalizados, que são os mais eficazes na melhoria da qualidade de vida dos seniores; os estudos disponíveis estimam uma população entre 2 a 4% dos idosos (65+ anos) com necessidades de apoio para a realização das atividades quotidianas, sendo a maioria dos serviços prestada pelos cuidadores familiares.

Em Portugal, os familiares (mulheres, pais, maridos, filhos) formam o grosso dos cuidadores das pessoas idosas com dificuldades nas atividades da vida diária. A evolução nas últimas décadas da estrutura, composição e dimensão das famílias portuguesas mostra o aumento das famílias unipessoais, nomeadamente dos idosos a viverem sós (cerca de 20% da população, de acordo com os Censos 2011) e o surgimento de novas formas de conjugalidade, o que pode levar a um aumento dos idosos institucionalizados se não se tomarem medidas de política que contrariem esta tendência.

3.2 RELAÇÕES FAMILIARES E ENVELHECIMENTO

De acordo com (Goldim, 2004), em diversas culturas, as relações familiares sempre representaram um ponto de questão, visto que a família é apontada por estudiosos do envelhecimento como um importante elemento ao bem-estar dos idosos. Sendo assim, a discussão sobre relações familiares está cada vez mais atual, devido à redução do âmbito familiar, ao aumento da expectativa de vida da população, as crescentes demandas de trabalho e sobrevivência das famílias e ao surgimento de novos papéis de gênero.

A dependência entre gerações se revela de duas naturezas distintas: de um lado a dependência material dos filhos que por precisarem cada vez mais e por mais tempo da proteção dos pais, não hesitam em aceitá-la, até por entenderem como obrigação. Do outro lado a dependência emocional dos pais, fruto do modelo familiar estabelecido. Neste modelo a família é entendida como uma forma natural de organização da vida coletiva, uma instituição estável da sociedade, sendo a união entre seus membros a principal responsável pela integração e harmonia da vida familiar (Teixeira, 2000).

A forma como se desenvolvem as relações familiares, incluindo essa dependência entre pais e filhos, pode colocar o idoso, tanto emocional quanto materialmente, em situação de segurança ou de vulnerabilidade. Por isso, é importante ressaltar que a família, definida como um grupo enraizado numa sociedade tem uma trajetória que lhe delega responsabilidades sociais. Porém, não cabe somente a ela garantir o bem-estar do idoso, esta tarefa compete também ao Estado. É preciso que o mesmo reconheça os novos paradigmas da sociedade, afinal, a família sofreu mudanças e atualmente apresenta uma composição diferente daquela relativa somente ao casamento, ela possui “integrantes que envelheceram e não morreram, ao contrário, continuam tentando assumir a plenitude de sua cidadania e lutando para preservar seu espaço social” (Braga, 2002).

É pois, necessário o entender as transformações sociais e culturais que se vêm processando nas últimas décadas, para enfrentarmos o nosso próprio processo de envelhecimento dentro de expectativas condizentes com as novas formas de organização familiar (Teixeira, 2000).

A crença de que o passado foi marcado por modelos familiares extensos onde as relações intergeracionais que envolviam três ou mais gerações eram a norma não passa disso mesmo, uma crença em sustentação empírica. Na realidade alguns autores têm demonstrado que, no passado, as relações intergeracionais entre três gerações eram muito raras e, quando aconteciam, de muita curta duração (Hareven, 2001). Hoje porém as redes familiares com quatro gerações tornam-se relativamente comuns e as redes com três gerações a norma. Esta redefinição dos modelos familiares está, necessariamente relacionada com o envelhecimento da população, mais concretamente com o aumento da esperança média de vida. Hoje em dia a maior parte das pessoas torna-se avó ou avô em algum momento das suas vidas e, mais do que isso, têm fortes probabilidades de assistir ao crescimento dos seus netos, frequentemente até ao momento em que estes iniciam as suas próprias famílias. (Bengtson, 2001) sugere, com base em alguma investigação realizada nos EUA, que os avós terão, possivelmente um papel cada vez mais importante nas dinâmicas familiares das sociedades contemporâneas, afirmando-se como um elemento central com múltiplos papéis em verdadeiras famílias multigeracionais.

Tanto a literatura portuguesa com a internacional em certa medida, tem estado muito centrada nos aspetos menos positivos que a presença prolongada de idosos significa para as estruturas familiares, nomeadamente pelo que representam em termos de acréscimo de necessidades de prestação de cuidados face á deterioração das suas faculdades físicas e mentais (Pot, Deeg, Twisk, Beekman, & Zarit, 2005); (Deimling & Bass, 1986). Menos vezes porém se encontra contributos que se centrem naquilo que os próprios idosos acrescentam ás estruturas familiares, nomeadamente a perspetiva da multiplicidade de papeis que podem e têm assumido e que tantas vezes se apresentam como fundamentais para a sustentação da rede familiar (no presente a sustentação

económica principalmente) e, em particular para a sustentação do núcleo familiar das gerações mais novas.

Já existe algum volume considerável de literatura sobre transferências intergeracionais que acentua a importância dos idosos no apoio às gerações mais novas, nomeadamente no contexto familiar. A maior parte desse trabalho, porém tem sido desenvolvido nos EUA. Por transferência intergeracional entendemos, em sentido mais amplo, a partilha de recursos dentro da família extensa, sendo frequentemente medida em tempo, espaço e dinheiro (Soldo & Hill, 1995). A transferência do tempo diz respeito sobretudo, à prestação de apoio no cuidado de pessoas (adultos e crianças) e ao apoio no cuidar da habitação (por exemplo, em limpezas, compras, ou na preparação das refeições) (Soldo & Hill, 1995). A transferência de espaços envolve sobretudo, a questão da co-residência, ainda muito comum no Sul da Europa (Lopes, 2006). A transferência de dinheiro ou bens diz respeito, quer às questões de herança e transmissão de riqueza para herdeiros, quer às transferências que ocorrem quando ambas as partes ainda estão vivas (Soldo & Hill, 1995).

Muitas publicações colocam em relevo a importância e o volume das transferências regulares entre idosos e descendentes, particularmente nos Países do Sul da Europa, entre os quais Portugal está incluído (Attias-Donfut, Ogg, & Wolff, 2005); (Lopes, 2006); (Albertini, Kohli, & Vogel, 2007). Um das modalidades dessas transferências, a qual mais pareceu destacar esses países do resto da Europa, diz respeito aos índices de co-habitação entre gerações, e mais especificamente, à correspondência pais idosos descendentes já adultos, com núcleos familiares próprios, frequentemente com descendentes, eles mesmos. Quer uma, quer outra estão relativamente disseminadas entre o senso comum como domínios onde o envelhecimento demográfico tem representado um crescendo de exigências e um peso para as gerações mais novas.

No que diz respeito à prestação dos cuidados pessoais, nomeadamente em situações de debilidade física e mental, tem sido uma das questões mais amplamente debatidas no universo temático do envelhecimento demográfico dos países mais

desenvolvidos. De facto, os desafios que o aumento da esperança de vida e, ao lado desta, o aumento do número de anos com algum tipo de dependência na fase final da vida, têm levantado aos arranjos institucionais da maior parte dos Estados têm motivado alguma discussão na procura de mecanismos alternativos de política social que permitam dar resposta a esses desafios. Não negando a relevância desta questão, convém manter presente que a condição de dependência não é uma condição dominante entre idosos, nem uma condição permanentes entre aqueles que a vivenciam, antes encontrando-se nos últimos anos de vida, como parecem sugerir todas as estimativas que têm sido publicadas mais recentemente (Lafortune & Balestat, 2007).

Menos vezes porém se discute o papel que o número crescente de indivíduos idosos saudáveis, com disponibilidade de tempo e, frequentemente com estabilidade económica, podem ter, e têm, enquanto agentes ativos na rede familiar. Muito especialmente o seu papel enquanto cuidadores de crianças e adolescente, tendência muito atual em consequência da crise económica que se vive atualmente, forçando os casais jovens a emigrar para poderem garantir o sustento familiar, deixando os filhos aos cuidados dos avós.

Na sociedade portuguesa contemporâneas há várias tendências que apontam para o alargamento dos espaços de intervenção dos idosos na rede familiar. Em primeiro lugar, a crescente flexibilização dos horários laborais, ao lado da cada vez mais frequente precarização da ligação ao mercado de trabalho, aumentam as exigências de flexibilidade, dos próprios arranjos familiares para a prestação de cuidados a crianças. A cada vez mais significativa presença das mulheres no mercado de trabalho, a maioria a tempo inteiro, muito especialmente entre aquelas que têm filhos, acentua essa tendência.

A investigação realizada em alguns países europeus sugere, precisamente, que há uma relação forte entre a presença de mães trabalhadoras e a prestação de cuidados a netos pelos avós. Não existem dados sistematizados em Portugal, mas alguns trabalhos de menor alcance empírico parecem apontar na mesma direção (Mauritti & Ant, 2004).

Existem, seguramente alguns estudos que enfatizam o papel dos idosos enquanto avós no auxílio financeiro aos descendentes, filhos e netos (Mutchler & Baker, 2004); (Lopes, 2006). Existem igualmente alguns estudos que procuram demonstrar como o Estado-providência beneficia do papel dos avós em alguns casos assentando a própria organização do sistema formal de apoio á criança nesse papel.

No que respeita á co-residência intergeracional, na Europa do Sul, e em Portugal, em particular trata-se de um fenómeno algumas vezes abordado enquanto reflexo da densidade e robustez das redes informais de apoio e, frequentemente, como indicador da disponibilidade e do envolvimento das famílias na prestação de apoio a idosos dependentes, frequentemente motivando, á semelhança do que se disse para as trocas dos cuidados pessoais, discursos que reforçam o peso que os idosos podem representar para as gerações mais novas.

Utilizando dados dos inquéritos nacionais às condições de vida e ao rendimento, Lopes sugere, para Portugal, que é maior a proporção de agregados de co-residência intergeracional que resultam da extensão descendente do que os que resultam da incorporação de idosos, nomeadamente com algum tipo de dependência, em agregados de descendentes (Lopes, 2006). Esta conclusão parece ir de encontro ao que tem sido demonstrado por outros autores, a nível internacional, os quais salientam que o balanço final das transferências intergeracionais pende mais para o lado dos descendentes, sendo este o ponto de chegada mais frequente dessas transferências (Spitze & Logan, 1992); (Attias-Donfut et al., 2005); (Attias-Donfut et al., 2005); (Albertini et al., 2007); (Litwin, Vogel, Künemund, & Kohli, 2008). Só em idades mais avançadas, acima dos 75 anos, é que aumenta significativamente a probabilidade do idoso ser, sobretudo recetor dos fluxos de transferências (Spitze & Logan, 1992).

No que respeita às transferências financeiras, a mesma linha de argumentação parece aplicar-se, também aqui existindo um manancial de evidência empírica que sustenta o importante lugar dos idosos, nas sociedades contemporâneas, enquanto pilar da prestação de apoio às gerações mais jovens. Um exemplo relativamente recente chega

dos resultados do projeto SHARE (Survey, of Health, Ageing and Retirement in Europa), obtidos para um conjunto de amostras nacionais de indivíduos com 50 ou mais anos de idade, para uma série de países europeus, os quais mostram, de forma consistente, que os padrões de transferências financeiras entre gerações, são em termos líquidos, padrões de fluxos descendentes da geração mais velha para a geração mais jovem (Albertini et al., 2007). Estes padrões tornam-se ainda mais marcados quando as transferências são analisadas no âmbito da rede familiar mais alargada, nomeadamente para netos (Litwin et al., 2008).

Em termos conclusivos, de e fato está mais ou menos consolidada a convicção de que o envelhecimento demográfico que caracteriza as sociedades desenvolvidas na contemporaneidade representa uma pressão muito forte sobre as modalidades de organização do Estado-Providência, sendo mais ou menos unanime o reconhecimento da necessidade de reformular alguns dos arranjos institucionais tradicionais para acomodar essas novas realidades demográficas, garantindo a sustentabilidade dos sistemas de proteção social. Nessa linha o envelhecimento demográfico, e o conjunto de necessidades que o número cada vez maior de idosos representa para o estado, tem sido alvo de discursos de tipo essencialmente negativo, que concorrem para a produção e reprodução da noção de sobrecarga associada aos grupos etários mais velhos, entendidos como representando, sob um ponto de vista do contrato entre gerações, um peso para as gerações mais novas.

Tudo isto pode desenvolver uma nova abordagem ao papel que o idoso pode ter na reforma dos próprios modelos do Estado-providência, nomeadamente nos países que, como Portugal, apresentam sistemas menos robustos, menos consolidados em termos de extensão de proteção que assegura. Não só parece ser muito relevante, a “quantidade” de funções de proteção social que os idosos asseguram, mas igualmente parece ser de considerar a “qualidade” da sua intervenção, mais concretamente no amortecimento que podem garantir em relação aos efeitos da reconfiguração das estruturas familiares e das modalidades de inserção no mercado de trabalho das gerações mais novas, garantindo,

entre outras, o suporte social e emocional dos descendentes destas últimas na fase da infância e da adolescência.

Na perspectiva do próprio indivíduo idoso esta dimensão de intervenção pode ser igualmente virtuosa. Toda a evidência científica até à data sustenta que a família é o espaço social mais importante para o indivíduo, tendência que se reproduz e, acentua até, na fase mais avançada da vida. Ora a participação nas dinâmicas familiares, nesse sentido, pode ser entendida como parte de um envelhecimento ativo e com qualidade. Em Portugal, são praticamente ausentes as medidas de política social especificamente direcionadas ao papel ativo do indivíduo idoso na rede familiar.

Existem no entanto, riscos que devem ser cuidadosamente equacionados, nomeadamente no plano de desenvolvimento de políticas sociais específicas. Alguns desses riscos sentem-se ao nível mais individual e têm a ver com as próprias biografias familiares, algumas vezes marcadas pelo conflito, pela rutura, e, nesse sentido, hostis à intergeracionalidade com qualidade. A família e as dinâmicas familiares podem ser, e são com alguma frequência, espaços de tensão e de violência, não podendo ser “neutralizado o seu caráter virtuoso”.

Por outro lado, existe uma série de riscos que derivam de dinâmicas de tipo mais coletivo. Aqui se incluem questões como, por exemplo, o carácter socialmente seletivo das dinâmicas intergeracionais. A investigação tem demonstrado que é entre os idosos com melhor situação económica, nomeadamente, que se intensificam as relações familiares com descendentes e as transferências intergeracionais.

A intergeracionalidade no domínio das dinâmicas familiares assume-se hoje, como um dos universos de intervenção potencialmente mais relevantes para a população idosa na perspectiva do que advoga seja a promoção do envelhecimento ativo. O seu papel deve ser pensado à luz do alcance social que previsivelmente tem e, terá um contexto de retração dos mecanismos formais de apoio às famílias, de apoio à infância, do apoio à

juventude, de apoio á mulher trabalhadora e, nesse sentido, a discussão pública e política para o reconhecimento do lugar do próprio idoso na sociedade.

Desilusões e conflitos familiares - Perante um tempo de vida agora já sentido como limitado, irrompem a necessidade de resolver eventuais erros, conflitos ou desilusões familiares. Os outros familiares podem dificultar o processo, por falta de disponibilidade para participar e/ou acompanhar estas “discussões dolorosas”, porque estão envolvidos em tarefas do seu estágio de vida familiar e/ou querem evitar o sofrimento. Algumas famílias tendem a afastar o idoso de discussões familiares, na tentativa de o proteger da dor emocional, mas esta atitude contribuí para o sentido de alienação /desconexão porque afasta membros da família e não permite a aceitação de conflitos e/ou perdas. Pelo contrário, os processos familiares que ajudam a pessoa idosa a aceitar conflitos passados, a viver o presente e a planear o futuro são: facilitar a comunicação (disponibilidade para o dialogo), envolver o idoso na resolução dos problemas familiares e proporcionar tempo e espaço para redefinição de papéis. (Erikson, 1998).

Assim sendo, diversas mudanças sociais devem ser ponderadas para uma renovada compreensão do último estágio do ciclo de vida familiar. Salientamos a extensão da esperança de vida, que reforça a necessidade de uma perspectiva que inclua o desenvolvimento e não apenas o declínio, e implica atribuir um futuro ao fim da vida que precisa ser associado á revisão da noção do tempo.

Para a medicina, a prevalente visão biomédica tem criado uma perspectiva excessiva e patolizante da velhice enfatizando a doença e seu tratamento. Além disso, o ageism (idadismo e/ou velhismo) (Sousa, Cerqueira, & Galante, 2008), que tem retratado imagens sociais da velhice, em particular, nas sociedades ocidentais /e cada vez mais as orientais), destaca ao lado negativo da velhice (incluindo senilidade, depressão, dependência) e das famílias no fim da vida (menos coesas, que abandonam os seus membros mais velhos). Neste contexto, indivíduos, famílias e sociedades, não estão

prontos para enfrentar/confrontar os desafios do fim da vida ou, por outras palavras, para aproveitar as oportunidades que advêm da maturidade.

Com o advento das transformações fisiológicas ocorridas durante o processo de envelhecimento, o idoso tende, com o avanço dos anos, a viver uma vida social mais restrita, cingindo-se deste modo cada vez mais á sua família. Em consequência torna-se um fator básico não só a sobrevivência do idoso, mas para que este se mantenha emocionalmente equilibrado, face às contingências do declínio biopsicossocial.

3.2.1 Papéis e funções da família

O fato de cada elemento da família ter uma série de papéis determinados, que servem por base para a sua identidade na sociedade, cada membro tem a sua personalidade que pode sair dos limites da família, mas estes fazem uma série de coisas juntos e outras em separado. Assim surge a necessidade de se criarem regras que dirijam a conduta da família e dos seus membros. Estas regras não são descritas e vão-se estabelecendo a partir de um processo de convivência: afetam a privacidade, a interação, a autoridade e a tomada de decisões.

Esta interação e adaptação a novos papéis e funções implicam que as famílias mudem para se adaptarem a esta capacidade de adaptação; mudança, e crescimento são essenciais para o progresso a longo prazo no ciclo de vida familiar.

1. Os membros da família não são substituíveis por similares ou pessoas melhor qualificadas.
2. Os membros da família são vinculados uns aos outros
3. A necessidade de intimidade produz responsabilidade

4. As famílias são histórias em andamento...

É de todo sabido que ao longo do ciclo vital desempenhamos vários papéis, e isto significa e simultaneamente implica, que nos devamos ir preparando para os mesmos. Um desses papéis é o envelhecimento e a coabitação com os idosos, dentro dos espaços aceitos e organizados culturalmente.

Das muitas funções que têm sido atribuídas á família pelos estudiosos gostaríamos de destacar algumas, pela pertinência que assumem neste estudo, nomeadamente:

1. Ajudar cada membro da família, é uma função que engloba apoio físico, financeiro, social e emocional que são aspetos relevantes para a maioria dos idosos. Este apoio verifica-se através das estruturas organizadas de papéis familiares independentes, e baseiam-se nas reações emocionais dos seus membros. Vivem em grupo e cultivam sentimentos de pertença e corresponsabilização.
2. O estabelecimento de autonomia e independência para cada um dos seus membros tem-se revelado uma medida geradora e facilitadora de crescimento pessoal para os indivíduos, que se desenvolvem e adaptam no seio da família, assumindo particular destaque os elementos mais velhos.

Outras funções defendidas por Smilkstein e enfatizados em estudos gerontológicos por são:

1. Adaptação - que consiste na utilização de recursos dentro e fora da família, para a solução de um problema, nomeadamente quando o equilíbrio da família estiver ameaçado durante uma crise.

2. Participação – ou seja a partilha na tomada de decisão e das responsabilidades, pelos membros da família.
3. Crescimento – maturidade física e emocional e ainda realização conseguida pelos membros da família através do mútuo apoio e orientação.
4. Afeto – relações de cuidados ou ternura que existem entre os membros da família.
5. Decisão – Compromisso assumido de dedicar tempo a outros membros da família, encorajando-os física e emocionalmente.

Segundo a mesma autora, quando uma família demonstra integridade nestes cinco componentes funcionais, poder-se-á considerar uma família “saudável”, ou “funciona” mas se porventura a integridade não existe, então poderemos defrontar-nos com “disfunções familiares” mais ou menos graves.

Entender a dinâmica familiar dos idosos é uma questão de crucial importância, na medida em que eles tendem por vezes a mascarar o seu real posicionamento no agregado familiar. Na ideologia dominante ou conceção tradicional, compete às famílias a responsabilidade de prover o sustento dos ascendentes. Os cuidados param com os pais na velhice é, como se refere (Bee, 1997), um papel que cabe aos filhos aquando da sua meia-idade e que causa efeito intenso na satisfação geral da vida, tornando-se o filho/a o principal provedor de cuidados aos pais, que se tornam idosos.

Opinião diferente expressa (Freitas et al., 2002) ao considerar que “os filhos não devem qualquer obrigação a seus pais, por virtude, simplesmente, de serem seus filhos. A autora defende a tese de que os deveres dos filhos adultos são aqueles dos amigos, e resultam do amor entre eles e seus pais, em vez de serem uma obrigação de retribuição aos sacrifícios anteriores de seus pais”.

De fato a instituição familiar é ainda o garante da solidariedade necessária aos ascendentes em situação de velhice: apenas uma diminuta proporção de idosos vive em instituições de alojamento próprias, sendo a maior parte desses indivíduos de idade avançada. Pelo contrário muitos outros, coabitam regularmente ou temporariamente com os filhos. Estas transformações levam naturalmente a estrutura familiar e social a não ser capaz de resolver os problemas que se colocam hoje aos idosos: a família tradicional oferecia quase em exclusividade uma série de serviços que hoje são fornecidos tanto por instituições privadas como estatais. Ela já não é capaz de assegurar a cada membro as funções que tradicionalmente lhe cabiam e que passavam por satisfazer necessidades físicas (como a alimentação, habitação, e cuidados globais), psíquicas (como a auto-estima, o afeto, o equilíbrio) e as sociais (como a identificação, relação, comunicação e pertença a um grupo).

No desenrolar destas “incapacidades de resposta” a família tem sido publicamente responsabilizada pelo abandono dos seus idosos, contribuindo para tal a generalização de uma ideia, um pouco mítica, da família extensa de outrora. A dominância deste tipo de família foi historicamente posta em causa, mas o espectro da desresponsabilização familiar é uma constante no discurso público das instituições de ação social e remete para um modelo ideal, intemporal e harmonioso de coabitação intergeracional (Lenoir, 1979); (Fernández-Ballesteros, 2007).

Trata-se de fato de mudanças sociais com fortes implicações na estrutura das relações familiares. Assiste-se á retoma do processo de transformação da solidariedade natural entre as gerações como uma “espécie de seguro devida apostado na geração seguinte” correspondendo ao desmoronamento das bases sociais em que assentava o familismo tradicional.

Com efeito a família percebida como unidade de integração e sucessão de saberes num plano trigeracional, nuclearizou-se em virtude da industrialização desregrada. Por outro lado, as grandes concentrações urbanas por impor modos de vida que não são compatíveis com a coabitação dos mais velhos, razão por que surgem as instituições vocacionadas para o acolhimento de idosos (Guimarães, 1999). E neste novo cenário ficamos perante duas representações contraditórias de família: em que por um lado parece que tudo muda a família, que está ameaçada, que se desagrega, e que perde o sentido das suas responsabilidades, do outro a família permanece como o lugar privilegiada de bem-estar e segurança.

Generalizou-se a ideia de que a existência de pessoas idosas numa sociedade moderna e urbana é difícil, mas começa também a valorizar-se a vertente compensatória. As famílias modernas organizam-se em torno de laços de parentesco, construindo redes de relações através das quais circulam ajudas, bens e afetos. O conceito de parentesco foi assim restituído aos estudos sobre a família contemporânea (Fernandes, 2001).

É inegável o importante papel que é atribuído à rede familiar, mas embora os familiares sejam a maior fonte de apoio físico e emocional dos idosos, os amigos têm também um forte efeito no seu bem-estar subjetivo. Assim os amigos são uma parte importante das redes de apoio social, implicando múltiplos aspetos que vão desde a partilha de intimidades, apoio emotivo, oportunidades de socialização ou até mesmo o apoio a nível material. A grande importância do grupo de amigos e familiares, vizinhos e colegas de trabalho tem sido bem evidenciada nos últimos vinte e cinco anos. Além disso, há mesmo quem defenda que as redes de amigos têm revelado um importante elemento de prevenção de múltiplas doenças, sobretudo nas mentais. As deficiências dos laços estabelecidos nos grupos primários estão associadas a um acréscimo da vulnerabilidade às doenças, quer físicas, quer psíquicas (Nogueira, 1996).

Dada a importância das relações entre a vida em família e a qualidade de vida dos seus elementos, torna-se pertinente considerar em pesquisas desta natureza esta fonte de satisfação primordial para o bem-estar na vida adulta. Apesar disso, assistimos atualmente à substituição do papel familiar, pelas chamadas redes sociais de apoio onde são incluídos os lares para idosos que pela sua importância na qualidade de vida dos idosos importa refletir.

3.2.2 Condições e qualidade de vida do idoso

A qualidade de vida do idoso está condicionada, para além da saúde física, e da percepção do indivíduo e da sua vida por fatores psicológicos que podem ser perceptíveis através de relações sociais, de valores pessoais, de sentimentos de isolamento / solidão e de preocupações com a segurança e situação financeira. Na verdade a qualidade de vida das pessoas também é afetada por questões monetárias e de privação material.

Muitos dos desafios que os idosos enfrentam no seu dia-a-dia estão ligadas à autonomia e independência das suas condições de vida, quer sejam ou não capazes de enfrentar e tomar decisões pessoais numa base diária, enquanto viverem de forma independente com pouca ou nenhuma ajuda de outras pessoas, sejam familiares ou amigos ou quaisquer outras pessoas.

A qualidade de vida tem muito que ver com o grupo de idade. Se no que se refere à população com mais de 75 anos, a qualidade de vida tem muito a ver com muitas doenças e suas consequências no plano funcional, já no grupo etário 65-74 anos, os seus problemas de saúde têm mais que ver com a evolução do seu estatuto social, nomeadamente com a entrada na reforma que, por muitos, pode ser considerada como uma perda de ligação social, podendo originar problemas de depressão.

(OMS, 2002) define a qualidade de vida como a percepção do indivíduo do seu lugar na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. Este é um conceito muito amplo, influenciado de forma complexa pela saúde física da pessoa, o estado psicológico, o nível de independência, as relações sociais e a relação com os elementos essenciais de seu ambiente. A partir desta definição, a OMS propõe “Áreas” a estudar, para identificar a qualidade de vida, tal como se transcreve:

1. *Campo-Físico, incluindo os seguintes aspetos:* Dor e desconforto; energia e fadiga; dormir e repouso
2. *Âmbito psicológico* - Sentimentos positivos; pensar, aprendizagem, memória e concentração; estima; imagem corporal e aparência; sentimentos negativos
3. *Níveis de independência* - Mobilidade; atividades da vida diária, dependência de remédios ou de ajuda médica; capacidade para trabalhar
4. *As relações sociais* - As relações pessoais; apoio social; atividade sexual
6. *Envolvência* - Segurança física; ambiente do local de residência; recursos financeiros; serviços de cuidados de saúde e sociais, sua disponibilidade e qualidade; oportunidade para adquirir novas competências e informações; participação e oportunidades para participar em atividades recreativas; ambiente (poluição, ruído, trânsito, clima); transportes
7. *Espiritualidade/Religião/ Crenças Pessoais*

Em Portugal, esta análise ainda não foi realizada com uma perspetiva tão ampla. Contudo, muitos aspetos são hoje chaves na contribuição que os mesmos têm para a

qualidade de vida dos idosos, nomeadamente em períodos de crise, como é a atual situação. Por outro lado, as condições de vida da população idosa devem ter em linha de conta as condições de habitação. O tipo de habitação difere muito entre os Estados Membros da UE, quer em tamanho quer em idade ou qualidade. A estratégia nacional de habitação se se pode dizer que existem em todos os EM, também se pode dizer que já não é assim quando se trata dos políticos estarem preocupados com a problemática do envelhecimento e a promoção das necessidades de acomodação dos idosos. A preferência de local para viver dos idosos varia muito, tendo que ver com o tipo de vida urbana e o tipo de vida rural.

Saliente-se que Portugal é um dos países da UE onde a satisfação da vida familiar na dimensão muito satisfatória é mais pequena, ao mesmo tempo que “nada satisfeito” é muito reduzida. Conforme citado no Eurobarómetro nº 247 – “family life and the needs of an Ageing Population”, a maneira como os idosos gostariam de viver de modo a garantir melhor qualidade de vida, 40% da população com 55 e mais anos prefere viver, enquanto idosos, em casas pequenas no mesmo local onde têm vivido, 15% prefere viver no campo, 8% numa zona urbana, 11% em habitação protegida, 3% com familiares, 8% com familiares mais chegados e 4% noutros locais.

Também a realização de atividades de lazer poderão proporcionar o bem-estar no idoso, embora esse bem-estar dependa de diversos fatores, segundo o estudo de (Mendonça, 2012), a realização de atividades de lazer depende dos níveis financeiro, educacional e cultural dos idosos sendo, no caso dos idosos dos meios rurais, agravado pela falta de suporte de transportes e de contactos sociais. Quanto aos resultados deste estudo às atividades de lazer preferidas dos idosos, praticadas dentro de casa (72%), são as seguintes:

1. Ver televisão (93%)
2. Ouvir rádio (80%)

3. Cuidar de plantas (63%)
4. Leitura (52%)
5. Cuidar de animais (43%)
6. Bordado/Tricô (16%)
7. Palavras-cruzadas (13%)

Como atividades de lazer realizadas fora de casa destacam-se as visitas a museus e a frequência de teatros e cinemas mas este tipo de atividades é efetuado por idosos que têm mais disponibilidades financeiras e um maior nível de educação. Quando se passa para a faixa etária dos 80 e mais anos, constata-se: diminuição geral do nível de atividade, menos atividade de lazer fora de casa e diminuição das atividades que requerem disposição / predisposição.

As atividades de lazer são muito importantes para uma melhor qualidade de vida do idoso, tal como é salientado pela Direcção-Geral de Saúde ao enumerar as vantagens da realização de atividades físicas e de lazer:

- Reduz o risco de morte prematura
- Reduz o risco de morte por doenças cardíacas ou AVC, que são responsáveis por 30% de todas as causas de morte;
- Reduz o risco de vir a desenvolver doenças cardíacas, cancro do cólon e diabetes tipo 2;
- Ajuda a prevenir/reduzir a hipertensão, que afeta 20% da população adulta mundial;
- Ajuda a controlar o peso e diminui o risco de se tornar obeso;
- Ajuda a prevenir/reduzir a osteoporose, reduzindo o risco de fratura do colo do fémur nas mulheres;
- Reduz o risco de desenvolver dores lombares e pode ajudar o tratamento dessas situações;

- Ajuda o crescimento e manutenção de ossos, músculos e articulações saudáveis;
- Promove o bem-estar psicológico, reduz o stress, ansiedade e depressão.

As atividades de lazer combatem a depressão da população alvo destas instituições (lares de idosos), que é a perturbação psíquica mais frequente dos idosos. Esta dedução é apoiada por outras investigações que consideram que a ocupação e a atividade têm um papel fundamental no combate às depressões; os idosos com maior depressão evidenciam menores índices de atividades de lazer e maiores índices de solidão (J. F. C. Costa, 2010)

Terminamos com uma nota literária, o escritor brasileiro Ruben Alves, já na casa dos 70 anos de idade ao refletir sobre a *“Estética do envelhecer”* e num misto de contemplação e de nostalgia, mas simultaneamente de esperança, divaga poeticamente sobre a velhice, comparando-a ao crepúsculo, como um dia que chega ao fim, como um tempo que se acelera, mas que paradoxalmente, fica imóvel paralisado num momento eterno. É esta a imagem positiva do envelhecimento que gostaríamos de deixar aqui registada, recorrendo para tal às palavras do escritor.

3.2.3 Família e a relação com o idoso institucionalizado

A entrada dos idosos no lar corresponde a uma fase de muitas mudanças, onde acontece: a perda de familiares que lhes eram próximos, perda de autonomia, afastamento do meio em que sempre viveram, afastamento dos amigos, perde pois a gestão total da sua própria vida e começam a ser geridos pelos seus filhos, invertendo-se aqui os papéis naturalmente estabelecidos, obrigando o aumento da esperança de vida à existência de redes de apoio mais sólidas, pois a prestação do cuidado será mantida durante mais tempo (García & Catalán, 2009).

Numa perspetiva de análise, a existência de utentes no lar reflete um incumprimento da reciprocidade familiar, desejada pela generalidade dos idosos e julgada inerente ao apoio familiar. A obrigação moral e o afeto são elementos que desempenham um papel importante ao nível das relações familiares estabelecidas entre ascendentes e descendentes. As expectativas sociais reforçam o sentimento de obrigatoriedade de prestar apoio na velhice.

Apesar do apoio a um familiar ser uma tarefa exaustiva, as filhas persistiram nesse apoio e as razões apontadas para esse facto prendem-se com a afetividade sentida pelos pais; pelo facto de considerarem que a tarefa de cuidar é uma responsabilidade dos filhos; por uma obrigação moral, concluindo, porque todas estas razões fazem parte do que é ser filho. “Por tudo, moral, afetividade e obrigação também tenho, porque acho que os filhos são que têm obrigação”. (Luísa Pimentel, 2005) refere que a família tem uma capacidade extraordinária de resiliência, aquando do momento de assumir o que pensa ser o seu dever – retribuir o sacrifício dos pais. O autor afirma que, muitas vezes, o faz somente para dar o exemplo aos filhos ou afastar a crítica dos vizinhos, nestes casos a pressão social abona a favor da continuação de determinados tipos de ajuda.

Por estes discursos, constatamos que a institucionalização é entendida como necessária, pois as famílias não podem responsabilizar-se pelo cuidado ao seu idoso (Souza, Santa Rosa, & d’Souza, 2011). Em suma, à medida que os pais envelhecem, exigem cada vez mais atenção e cuidados e, quer vivam sós ou com os filhos, cuidar deles é uma tarefa permanente que exige muito dos filhos. Para as descendentes dos idosos institucionalizados, quando todos os recursos se esgotaram, a integração dos seus pais/mães no lar apresentou-se como a única alternativa para a resolução do problema que tinham em mãos. Ainda que os filhos estejam determinados a fazer tudo o que é possível para ajudar os seus pais idosos, frequentemente, a integração em lares de idosos responde de forma mais apropriada às necessidades sentidas pelos pais (Luísa Pimentel, 2005).

A Relação com o pai/mãe na fase pós-institucionalização, o acompanhamento aos pais após a institucionalização continua a ser realizado pelos filhos em que uns mais regularmente do que outros, cumprem escrupulosamente tarefas como: visitas, passeios, idas ao cabeleireiro, idas a consultas, etc. Em alguns casos não saem com mais frequência porque os próprios pais não querem, ou por dificuldades de locomoção dos mesmos. Quando não podem ir visitar os ascendentes com tanta frequência, ou apenas como uma outra forma de estarem mais presentes, alguns telefonam para conversar e avaliar se está tudo bem com o seu familiar, pois sentem essa necessidade.

Para reafirmar a importância da relação idosos institucionalizados /famílias, (M. P. Carvalho & Dias, 2011) afirmam que a qualidade de vida dos idosos institucionalizados depende, para além do acolhimento na instituição, do convívio com pessoas próximas, como forma de prevenir a solidão e o isolamento que muitos idosos sentem aquando da ausência destas pessoas, por isso, é muito importante a manutenção de vínculos afetivos próximos. Mantendo se possível a participação dos idosos em reuniões familiares, como aniversários e casamentos, ou outros eventos que possam ocorrer no seio da sua família. É de salientar que algumas vezes, após a institucionalização as relações entre pais e filhos em alguns casos até melhoraram.

Por impossibilidade da saída do idoso para os referidos convívios familiares, a frequência das visitas realizadas e as características que as mesmas assumem, constituem fatores determinantes para a saúde e bem-estar do idoso institucionalizado. Os idosos que mantem um regular contato com as suas famílias apresentam uma atitude mais positiva face aos acontecimentos do seu quotidiano, acrescentando-lhes a percepção de bem-estar e qualidade de vida. Em contrapartida, a inexistência de uma relação afetiva com a sua família, podem evidenciar sensação de abandono, sentirem-se sozinhos e "fechados" nas suas histórias de vida, das quais apenas resta a saudade. É importante

existir momentos disponibilizados pela instituição para o idoso e a sua família puderem partilhar vivências, emoções, afetos e sentimentos.

Pois, a família é considerada como o alicerce fundamental para a qualidade de vida do idoso e, num quadro de institucionalização, deve reforçar os laços afetivos existentes entre os mesmos, visando a promoção do bem-estar biopsicossocial de todos os envolvidos, através da promoção de momentos de convívio entre estes e os seus familiares na instituição, o reforço positivo aquando de visitas por parte dos familiares e, as características/recursos materiais e físicos da instituição.

Como sabemos que junto com o processo de envelhecimento de cada indivíduo vem também as fragilidades comuns à idade, dessa forma a probabilidade de se adquirir uma doença é bem maior, por isso muitos idosos acabam tornando-se dependentes e necessitando de cuidados. Segundo (Cattani & Girardon-perlini, 2004) é neste momento que a família entra em cena e se torna a principal fonte de cuidados da pessoa idosa. Porém, os membros que compõem a família do idoso são os que costumam assumir o papel de cuidadores, por terem como obrigação a responsabilidade perante seus cuidados. Quando a família sente que não tem a capacidade de atender o idoso, surge então a possibilidade de recurso ao internamento em lar, com ou sem a concordância do mesmo.

No contato direto que estabelecemos com os idosos, aquando da pesquisa de campo podemos constatar que as referências aos familiares não indiciavam qualquer conflito explícito ou latente. Assim, num primeiro contato com os utentes, as relações entre estes e os seus familiares - principalmente os filhos - pareciam estáveis e sem o mínimo sinal de conflitualidade ou desentendimento. Apenas com o decorrer do trabalho, e com uma maior aproximação afetiva com os utentes, foi possível detetar que esta relativa harmonia era apenas em alguns casos aparente. Constatou-se, desta forma, a profunda tristeza vivenciada por alguns idosos que sentem ter sido, de certa forma,

abandonados pelos filhos ou outros familiares. Estas são situações e sentimentos apenas referidos em intimidade e quando não se encontra nenhum outro utente presente. São raros os que assumem uma postura de ruptura com os filhos. Mesmo que isto aconteça, como se verifica em alguns casos, os filhos são na maioria dos casos exaltados.

No quotidiano dos lares, e em conversa com outros utentes, fazem referência aos seus familiares, no sentido de elogiarem as suas qualidades, realçar o bom relacionamento, atenção e apoio que estes lhes prestam. (Fericgla, 1992), refere que a tentativa de escamotear a verdadeira situação de relacionamento com os familiares dificilmente é admitida pelos idosos, uma vez que é desprestigiante reconhecer não se encontrar vinculado a alguém. Verificam-se mesmo algumas fabulações e exaltações de episódios, no sentido de reforçar o bom relacionamento que mantêm com os filhos.

Podemos observar que alguns dos utentes têm reações de alguma agressividade sempre que outro utente refere, ou tenta insinuar, que os seus filhos, netos ou outros familiares não os visitam, os abandonaram, não lhes prestam o apoio necessário, etc. Procuram refutar estas acusações, reforçando a voluntariedade do ato de ingressar no lar, de forma a desculpabilizar os familiares que são acusados pelos outros utentes de os terem obrigado a isso, uma vez que se recusavam a tratar deles. Procuram desta forma ilibar os seus familiares de todas as responsabilidades pelo seu internamento, evitando que os outros o julguem rejeitado.

Alguns utentes consideram não poder estar em casa dos seus filhos, ainda que muitas vezes reconheçam que estariam melhor, uma vez que estes têm as suas vidas, não possuindo disponibilidade para lhes prestar apoio. A diferença de educação, de hábitos e de formas de estar, leva alguns utentes a constatarem que o melhor é pais e filhos optarem por vidas separadas. Ainda que alguns utentes façam referência à necessidade dos filhos terem as suas vidas, acabam também por mencionar que, atualmente, “os filhos não querem saber dos pais.”. O reconhecimento de um certo abandono por parte dos

filhos é rapidamente generalizado, para que as acusações não recaiam sobre os próprios filhos que, segundo os idosos, se encontram impossibilitados de fazer mais ou melhor.

São raros os utentes que acusam diretamente os seus filhos. A situação mais genérica é aquela em que os utentes referem não ter queixa dos seus filhos, mas corroboram a ideia de que, de uma forma geral, os filhos não se preocupam com os pais, como se verificava antigamente. Evitam particularizar situações, mas apresentam críticas de forma generalizada.

O sentimento de que os filhos não deviam “abandonar os pais” parte do pressuposto de que estes têm algum tipo de obrigação para com os seus progenitores. As expectativas projetadas pelos idosos relativamente às atribuições de uma “família ideal” por eles concebida e ambicionada não são, de forma alguma, compatível com o internamento num lar de idosos. Assim, a proteção familiar pode ser entendida como uma forma de solidariedade, baseada na amizade e na obrigação mútua, (Fericgla, 1992).

CAPITULO 4 - A DEPRESSÃO NO IDOSO



Figura 6: Capa capítulo 4

Fonte: <https://www.google.pt/search?q=imagens+idosos>

4.1 CONCEITO DE DEPRESSÃO

A depressão é uma doença mental que se caracteriza por tristeza mais marcada ou prolongada, perda de interesse por atividades habitualmente sentidas como agradáveis e perda de energia ou cansaço fácil. Ter sentimentos depressivos é comum, sobretudo após experiências ou situações que nos afetam de forma negativa. No entanto, se os sintomas se agravam e perduram por mais de duas semanas consecutivas, convém começar a pensar em procurar ajuda, (M. da Saúde, 2006).

(Fontaine & Almeida, 2000) afirma que *“Qualquer que seja a sua forma, as depressões duram na maior parte dos casos menos de três meses. Elas estão muitas vezes associadas com acontecimentos traumáticos da vida diária: acidente, divórcio, luto, viuvez, desemprego, nascimento.”*

No entender de (Gordilho, 2002) *“A depressão é um distúrbio da área afetiva ou do humor, com forte impacto funcional em qualquer faixa etária, reconhecidamente de natureza multifatorial, envolvendo inúmeros aspetos de ordem biológica, psicológica e social.”*

(Lurie, 2007) também refere, que: A tristeza é diferente da depressão, a tristeza não implica desinteresse, enquanto na depressão muitas vezes está implícito o desinteresse. De facto, quando alguém está triste, muitas vezes está bastante interessado no que conduziu à tristeza. Algumas pessoas pesarosas ou enlutadas podem desenvolver depressão, mas, regra geral, isso não acontece. Para compreender a depressão é tão importante saber o que não o é, como o que é.

4.2 CONCEITO DE DEPRESSÃO NO IDOSO

(Zimerman, 2007), defende que *“A depressão é uma doença que ocorre na criança, no adolescente, no adulto e no velho. A diferença entre a depressão nas diversas faixas etárias reside no facto de que talvez o velho não tenha tanto apoio e motivação para sair dela. As depressões na velhice são quase sempre ligadas as perdas, doenças, carências e aspetos sociais.”*

De acordo com (P. Santos, 2002) a depressão nas pessoas idosas é um motivo de hospitalização tão frequente quanto a demência. O quadro clínico que desencadeia é geralmente parecido com o que se pode encontrar nas outras idades, sendo no entanto, menos vulgar o sentimento de culpa e a incapacidade grave e mais frequentemente certas características como a hipocondria, a agitação, sintomas obsessivos e medo de indigência.

(Gordilho, 2002) refere também que de acordo com a literatura, apenas existe uma minoria de idosos que tem o seu problema de depressão diagnosticado e que Segundo (Lurie, 2007) a depressão pode afetar o comportamento das pessoas de diferentes formas. A curto prazo, pode ficar em casa ou na cama a maior parte do tempo, procurando solidão. A médio prazo o comportamento pode incluir não perseguir oportunidades, porque pensa “nada vale a pena”. O comportamento a longo prazo pode incluir mau desempenho em diversas áreas. De um modo geral, é normal que o indivíduo fique menos ativo e menos interativo que o normal, estas situações derivam em grande parte de pensamentos e sentimentos depressivos.

(Chaves, n.d.) identifica vários aspetos ligados ao envelhecimento que provocam estados depressivos: É de salientar alguns aspetos/modificações provocadas pelo envelhecimento desencandadores de quadros depressivos: Falta de motivação pela vida; afastamento dos filhos e parentes; progressiva limitação física por causa do envelhecimento; sensação progressiva de impotência; perda de controlo sobre os seus; sensação de inutilidade; sentir-se um peso para os filhos e família; perda da

capacidade económica e consequente dependência financeira; perda do cônjuge; questões relativas à morte; modificações cerebrais.

Ainda de acordo com (Chaves, n.d.) no que respeita a idosos institucionalizados a depressão tem maior ênfase, esta situação verifica-se devido ao facto dos idosos se encontrarem afastados do ambiente familiar e habitacional, devido à situação de abandono, inutilidade, dependência e isolamento da atualidade cultural. A baixa qualidade de vida (falta de intimidade, insegurança, tristeza silenciosa, entre outras), oferecida pelas instituições, o insuficiente grau de bem-estar pessoal, a reduzida auto-estima, contribui para o agravamento estado depressivo.

São vários os autores que de acordo com (Chaves, n.d.) avançam com os seguintes critérios para diagnosticar a depressão no idoso: Vários sintomas de depressão pelo menos por duas ou mais semanas; sentimento de desânimo; presença de pelo menos quatro dos sintomas seguintes – aumento ou diminuição do apetite, aumento ou diminuição do sono, diminuição da energia, sensação contínua de fadiga ou cansaço, perda de interesse, perda de prazer nas relações sociais, perda de prazer nas atividades do quotidiano, sentimentos de reprovação ou culpa de si mesmo, lentificação ou agitação psicomotora, queixas ou evidência de diminuição na capacidade de concentração; alterações no funcionamento quotidiano da pessoa – interação social, nível de actividade profissional, como causa ou consequência da depressão.

4.3 CAUSAS DA DEPRESSÃO

Para (J. C. G. Costa, 2009) a reforma, o isolamento, a crescente incapacidade, o sentimento de perda, e o aumento da esperança de vida podem ser causas de depressão. Se o aumento da esperança de vida é uma das maiores mudanças sociais dos nossos tempos, certo é que aumentaram também as doenças como a ansiedade crónica, a depressão (invariavelmente ligada ao sentimento de perda) e as Co-

morbilidade associadas às doenças crónicas. Sendo doenças com uma incidência tão alargada na população (é difícil não encontrar alguém que sofra ou tenha sofrido uma depressão, ainda que a chame pelos nomes que tão frequentemente a mascaram como esgotamento, princípio de esgotamento ou doença nervosa) (...).

De acordo com (Nunes, 2008) para se diagnosticar um estado depressivo é necessário que durante duas semanas consecutivas exista humor depressivo, bem como, pelo menos quatro dos seguintes sintomas: alteração do sono; falta de interesse; sentimentos de culpa; pouca energia, diminuição do apetite; agitação ou lentificação psicomotora e ideias suicidas.

(Nunes, 2008), num estudo realizado no concelho de Vila Nova de Gaia, com idosos inseridos na comunidade e com idosos institucionalizados, avaliou a prevalência da depressão e relacionou-a com os rendimentos económicos e o grau de escolaridade concluiu o seguinte:

- a) A taxa de prevalência de depressão menor encontrada em pessoas com mais de 65 anos foi de 62,9%;
- b) Em ambos os grupos, os rendimentos económicos eram extremamente baixos, (inferiores a 500 euros mensais). Situação verificada em 73,2% dos idosos institucionalizados e em 100% dos idosos inseridos na sociedade;
- c) A taxa de analfabetismo e a baixa escolaridade eram muito elevadas, (apenas 4% da amostra tinha mais do que a instrução primária e havia 42% de analfabetos no grupo dos institucionalizados e 34,9% no grupo de idosos inseridos na sociedade.

De acordo com a autora (Nunes, 2008) estes *“factores eram obviamente muito limitativos de qualidade de vida satisfatória, ao diminuírem o acesso a bens culturais, fechando o idoso cada vez mais na sua comunidade, isolada dos avanços tecnológicos e científicos.*

Nesse sentido não é difícil entender que a vida seja cada vez mais encarada como uma sucessão de dias idênticos e monótonos.”

Tendo em conta a componente social existem várias explicações para as diferenças de género na prevalência de sintomas depressivos nos idosos. Em primeiro lugar, as mulheres idosas podem ter maior prevalência de sintomatologia depressiva porque têm maior prevalência dos conhecidos fatores de risco sociais e de saúde: as mulheres idosas tendem a ter níveis mais baixos de educação e de rendimentos, quando comparadas com os homens das mesmas faixas etárias (Zunzunegui, Béland, Llácer, & León, 1998). Arriscamos a afirmar que já é notória uma tendência para a inversão dos fatores anteriormente apontados pelo autor nomeadamente ao nível da formação e dos rendimentos no género feminino.

Estudos consultados referem que parte das diferenças das taxas de diagnóstico de depressão refletem a forma como as mulheres e os homens relatam os níveis de depressão e de estado de saúde, nas quais as mulheres relatam mais problemas e são mais propensas a pedir ajuda do que os seus homólogos masculinos. Talvez as mulheres sejam mais associadas a distúrbios emocionais, expressando melhores os seus sentimentos (Bertakis et al., 2001).

É de salientar a importância nas diferenças de géneros os factores psicológicos. As mulheres recordam com maior frequência episódios negativos, colocam maior ênfase nos acontecimentos interpessoais que envolveram tais episódios e utilizam com maior frequência estratégias de coping centradas nas emoções, as quais podem ser menos efetivas nas resoluções de problemas. (Rublo et al., 1993, citados por (Salokangas, Vaahtera, Pacriev, Sohlman, & Lehtinen, 2002). Alternativamente os homens não são tão facilmente identificados como sendo depressivos ou podem utilizar mecanismos de coping que são mais eficazes. Nestes, a depressão pode ser diagnosticada devido a situações como o abuso de substâncias (Wilhelm, Roy, Mitchell, Brownhill, & Parker, 2002).

Variadas teorias têm sido sugeridas, no entanto ainda nenhuma foi capaz de explicar completamente essa diferença de género (Katsumata et al., 2005); (Nolen-

Hoeksema, 2001); (Salokangas et al., 2002). As razões para essas taxas de diagnósticas mais elevadas são multifatoriais e sujeitas a debate (Sheehan, Bass, Briggs, & Jacoby, 2003); (Bertakis et al., 2001). Factores biológicos, psicossociais e metodológicos podem contribuir para esse fenómeno (Szadoczky, Rihmer, Papp, Vitrai, & Füredi, 2002); (Szadoczky et al., 2002).

De acordo com (Sheehan et al., 2003), algumas manifestações somáticas mais comuns de depressão incluem: perturbações do sono, falta de apetite, apatia, fadiga e dores inexplicadas, que são, frequentemente subestimadas nos idosos, por serem atribuídas ao normal processo de envelhecimento.

No que respeita a diferenças entre géneros, na manifestação de sintomas de depressão *major* nos idosos, estas são mais subtis que as descritas na literatura, para a população jovem. Embora os conhecimentos atuais mostrem que nos jovens adultos, o subtipo atípico ou somático da depressão tende a ser mais prevalente na mulher do que no homem, o mesmo não se verificou no estudo de (Kockler & Heun, 2002) para o grupo dos idosos.

No mesmo estudo, a depressão no idoso apresentou-se com um número similar de sintomas no homem e na mulher. No entanto, a sua distribuição difere dos sexos, independentemente da influência de fatores psicossociais ou fatores demográficos nos sintomas depressivos. A principal diferença, é na predominância de um tipo particular de sintoma. A mulher idosa deprimida sofre mais frequentemente de distúrbios do apetite, enquanto o homem idoso deprimido sofre mais de agitação. Isto pode sugerir que a diferença na sintomatologia depressiva entre idosos do sexo masculino e idosos do sexo feminino reflita as diferenças de género na perceção e na expressão das perturbações depressivas.

Entre as possíveis diferenças nas manifestações depressivas, é referenciado o funcionamento hormonal e as suas consequências, as hormonas gonadais circulantes modulam os fenómenos de neurotransmissão cerebral e participam na regulação dos estados de humor em diferentes situações que envolvem sintomas depressivos. A celticidade na libertação de estrogénio, com grande flutuação das suas quantidades circulantes, típico do funcionamento da mulher entre a menarca e a menopausa,

poderá ser importante enquanto causa da vulnerabilidade ao stress e indiretamente à depressão referenciados por diversos autores citados por (Justo & Calil, 2006).

A hormona libertadora de tiotropina (TSH) também tem despertado o interesse de investigadores. Um estudo revelou uma quantidade significativamente maior dessa hormona no líquido cefalorraquidiano de homens com depressão ou perturbação bipolar, em comparação com as mulheres acometidas pelas mesmas perturbações; a par disso, há sugestões de que a administração da hormona libertadora de tiotropina teria efeitos terapêuticos nas perturbações do humor (Frye et al., 1999). Também é notória alteração encefalográfica, indicadores de alterações do funcionamento em certas áreas do cérebro, também têm sido apontadas como possíveis indicadores das diferenças nas perturbações depressivas entre homens e mulheres (Heller, 1993).

Factores Biológicos – Sabe-se que a esperança média de vida nas mulheres é maior do que nos homens, é referido que as mulheres vivem mais tempo, o que aumenta o risco de experimentar as consequências negativas do envelhecimento que possam conduzir à depressão (Bergdahl, Allard, Alex, Lundman, & Gustafson, 2007), por sua vez os homens que chegam à mesma idade tendem a ter mais vitalidade (Takkinen et al., 2004) podendo estar de certa forma mais protegidos.

(Courtenay, 2000) refere ainda que a depressão pode estar sub-diagnosticada de forma mais abrangente entre os homens. Para além de todos os fatores abordados anteriormente as causas metodológicas para alguns autores contribuem para o aparecimento da depressão na proporção 2:1 pode ser de certa forma determinada por artefactos da pesquisa e embora a preponderância das mulheres seja genuína para certas populações, não será equivalente em todos os países e culturas, podendo até não ocorrer em algumas populações referenciado por alguns autores citados (Justo & Calil, 2006). A magnitude da diferença irá variar de acordo com as populações estudadas e as variáveis contabilizadas na análise estatística (Zunzunegui et al., 1998).

Como em muitas patologias da idade avançada, na depressão, assistimos a inflexões semiológicas e a uma atenuação de sintomatologia expressa pela pessoa idosa. Assim, a apresentação clínica da depressão é menos evidente e menos franca no

idoso comparativamente ao adulto jovem. A tristeza é menos valorizada, e as perturbações do humor podem ser marcadas por problemas somáticos. Muitas vezes a depressão exprime-se apenas por sintomas somáticos, ou modificações do comportamento habitual. Quando se faz a comparação com adultos jovens, os idosos manifestam menos sintomas afetivos, maior perda cognitiva, menos interesse maior quantidade de sintomas somáticos. (A. Fiske, Wetherell, & Gatz, 2009); (Hasin, Goodwin, Stinson, & Grant, 2005); (Fonda & Herzog, 2001). Segundo o estudo comparativo de (Balsis & Cully, 2008), esta propensão dos idosos para manifestar mais sintomas somáticos, do que sintomas cognitivos, em relação aos adultos jovens, verifica-se para níveis equivalentes de depressão.

4.4 SINAIS E SINTOMAS

De acordo com (Ballone, 2006), os três sintomas depressivos básicos que dão origem a múltiplas manifestações desta alteração afetiva são o sofrimento moral, a inibição global e o estreitamento vivencial. Outros sintomas de doenças depressivas podem ser o desânimo, a insónia, a apatia, a tristeza, a falta de apetite, a falta de vontade de fazer as coisas mais simples do quotidiano e a perda de interesse pelas coisas que lhe davam mais prazer.

O mesmo autor refere ainda que as perturbações mais presentes nos distúrbios afetivos das pessoas idosas são os sintomas somáticos ou vegetativos da depressão. As queixas físicas, com distúrbios do sono, insónias ou mais vontade de dormir, são os primeiros sinais de depressão.

Para (Zimerman, 2007) *“Alguns dos principais sintomas de depressão são tristeza, falta de motivação, desânimo, perturbações do sono, perturbação na vontade, desinteresse, perda de apetite, somatização, dores físicas, irritabilidade, dificuldade de*

concentração, perda de gosto pela vida (daí que em casos mais extremos, a depressão possa vir acompanhada do risco de suicídio) ”.

A mesma autora refere ainda que no geral as pessoas deprimidas são angustiadas, afetivamente vulneráveis, inibidas, tristes ou com algum sintoma físico, como inapetência, problemas de sono, dificuldade de sair da cama, tomar banho, arranjar-se, vestir-se e sair de casa, fraqueza, dificuldade de convívio com amigos.

Para (Nunes, 2008) a depressão pode ter sintomas muito diversos, que podem ser de natureza mais física ou mais psíquica.

Sintomas psíquicos mais comuns:

- Humor triste, falta de prazer com a vida, sensação de falta de valor;
- Sensação de solidão, sentimento de abandono, vontade de estar sozinho, ausência de momentos de alegria, sensibilidade interpessoal à rejeição;
- Indecisão, ansiedade, falta de concentração, hipervigilância, agitação, antecipação do perigo, opressão no peito, irritação, alucinações;
- Lentidão, preocupação excessiva, desesperança, culpa;
- Ideação suicida passiva, ilusões hipocondríacas, ideação suicida ativa.

Sintomas físicos mais comuns:

- Choro fácil, perda de apetite/perda de peso, aumento de apetite;
- Cansaço generalizado, cansaço nos membros;
- Diminuição do interesse sexual;
- Dificuldades de sono, dormir demasiado;
- Impressão de cabeça oca, dores de cabeça, tonturas;
- Dores abdominais, dores lombares, mal-estar generalizado.

Complementado o que atrás foi referido, (Beck, Ward, Mendelson, Mock, & Erbaugh, 1961) classificou os sintomas depressivos em emocionais, cognitivos, físicos e de vontade. Para melhor visualização da sintomatologia da depressão na idade avançada referidos pela grande maioria dos autores incluem: tristeza, diminuição do humor, pessimismo sobre o futuro, sentimentos de culpa, crítica em relação a si mesmo, agitação, lentidão de raciocínio, dificuldade de concentração e alterações do sono e do apetite. Para melhor visualização apresentaremos em quadro a forma esquemática dos mesmos. (veja-se quadro abaixo).



SINTOMAS	SINAIS
<p style="text-align: center;"><u>Emocionais</u></p> <p>Desalento ou tristeza, Insatisfação pela Vida</p> <p>Perda de interesses, Vontade de chorar, Irritabilidade</p> <p>Vazio, Tremores, Sentimentos negativos</p> <p>Preocupação, Desespero, Sensação de falhar, Solidão, Inutilidade</p> <p style="text-align: center;"><u>Cognitivos</u></p> <p>Baixa estima, Pessimismo, Sentimento de culpa, Ruminação de problemas, Pensamentos suicidas</p> <p>Delírios:</p> <p>Por sentir-se inútil, Por comportamento imperdoável</p> <p>Por sentir-se um nada, Somáticos, Alucinações:</p> <p style="padding-left: 40px;">Auditivas / Visuais / Cinestésicas</p> <p style="text-align: center;"><u>Dúvidas de valores e crenças</u></p> <p>Dificuldades de concentração, Memória fraca</p> <p style="text-align: center;"><u>Físicos</u></p> <p>Perda de apetite, Fadiga, Sono perturbado</p> <p>Acordar com frequência, Obstipação, Perda da libido, Dor, Inquietação</p> <p style="text-align: center;"><u>Volitivos</u></p> <p>Perda da motivação, paralisação da vontade, Impulsos suicida, Desejo de se afastar da sociedade</p>	<p style="text-align: center;"><u>Aparência</u></p> <p>Posição encurvada, Rosto triste, Falha de cooperação</p> <p>Afastamento Social, Hostilidade, Suspeitas, Perda de peso</p> <p>Confusão mental e falta de clareza, Variação diurna do humor</p> <p>Aparência descuidada, Choro ou lamento, Enfartamento</p> <p>Ulcerações ocasionais na pele por se arranhar</p> <p>Ulcerações ocasionais na córnea por não pestanejar</p> <p style="text-align: center;"><u>Lentificação psicomotora</u></p> <p>Fala lenta, Movimentos lentos, Diminuição dos gestos, Andar lento e vacilante, Mutismo (casos severos)</p> <p>Cessar da mastigação e de engolir (casos severos)</p> <p>Diminuição ou cessação do piscar (casos severos)</p> <p style="text-align: center;"><u>Agitação Psicomotora</u></p> <p>Atividade motora contínua, Torcer as mãos</p> <p>Arranhar a pele, Medir os passos</p> <p>Sono agitado, Segurar os outros</p> <p style="text-align: center;"><u>Comportamento bizarro ou inadequado</u></p> <p>Gestos suicidas, Cair para trás</p> <p>Negativismo, tal como negar-se a comer ou beber</p> <p>Rigidez no corpo, Ímpetos de agressividade</p>

Quadro 5: Sinais e Sintomas da depressão

Fonte: (Blazer, 2003)

4.4.1 Associação dos sintomas somáticos com a depressão nos idosos.

Os sintomas são sujeitos a uma divisão um pouco arbitrária; em psicológicos, como por exemplo: humor deprimido, ansiedade, sentimentos de culpa, ou em fatores físicos (como por exemplo: sensações corporais como a dor, distúrbios intestinais, tonturas, palpitações, fadiga e muitas outras perturbações somáticas que o indivíduo percebe como desconfortáveis). De acordo com os clínicos que tratam estas sintomatologias, se for médico recebem o nome de patologia médica, se for o psiquiatra recebe o nome de sintomas somáticos (Kurt Kroenke, 2003).

Os sintomas somáticos assumem um papel importante na recorrência de pacientes a consultas médicas, especialmente a dor e os sintomas respiratórios são responsáveis por mais de metade das consultas médicas nos EUA, a cada ano (Kurt Kroenke, 2003).

Os sintomas somáticos encontram-se significativamente relacionados com a depressão. Idosos com sintomas somáticos severos estão mais associados a um nível de gravidade mais elevado de depressão, tornando-se necessário avaliar a funcionalidade física e os sintomas somáticos nos mesmos. (K Kroenke, Spitzer, & Williams, 2002); (Shin, Jung, Jo, & Kang, 2009).

No estudo de (Sheehan et al., 2003) uma amostra de idosos utilizadores de cuidados primários, os sintomas somáticos foram significativamente mais prevalentes nos indivíduos deprimidos do que nos não deprimidos, tendo persistido a associação, após controlo da patologia orgânica. Neste estudo, os sintomas individuais significativamente mais comuns fora: a fraqueza/vertigem, a sensação de um corpo estranho na garganta, o peso nas pernas, o entorpecimento/formigueiro e dor muscular.

Existe também a relação entre os fatores de risco para a depressão *major* no idoso em ambos os domínios dos sintomas depressivos – somáticos e do humor – mas a magnitude dos seus efeitos difere. A exemplo disto, são os coeficientes de debilidade de saúde e as limitações funcionais que apesar de estarem associados a mudanças nos sintomas somáticos e nos sintomas de humor, estão mais fortemente associados aos

primeiros. Da mesma forma, eventos relacionados com a saúde que ocorreram entre avaliações, tiveram maior associação com a mudança nos sintomas somáticos que com a mudança de humor, (Fonda & Herzog, 2001). No entanto, estes resultados podem sugerir um efeito de confusão do estado de saúde na avaliação dos sintomas somáticos da depressão, uma vez, que neste estudo, não houve controlo dos sintomas somáticos provocados por patologia médica. Acentua-se assim, a necessidade de isolar e fazer tratamento dos sintomas provocados por patologia médica, separadamente, na análise dos problemas mentais de saúde nos idosos.

No entanto, o estudo de (Fonda & Herzog, 2001) sugere que, ainda que os sintomas somáticos e de humor compreendam a sintomatologia depressiva em geral, eles são suficientemente únicos para que a falha em considera-los separadamente possa ocultar fatores relevantes para o processo patológico e tratamento dos problemas de saúde mental nos idosos. Torna-se assim necessário avaliar as duas vertentes da sintomatologia depressiva, em conjunto, para não incorrer em erros, quer de diagnóstico, quer de tratamento. Para (Sheehan et al., 2003) é mesmo razoável que pacientes idosos que apresentem sintomas físicos inexplicáveis devam ser suspeitos de uma perturbação depressiva subjacente, que deve ser investigada.

Os idosos apresentam uma prevalência mais elevada de patologia médica que qualquer outro grupo etário. Estas patologias podem contribuir para a patogénese da depressão, através de efeitos diretos na função cerebral ou através de efeitos psicológicos ou psicossociais (Alexopoulos et al., 2002). Tal associação pode ser vista de modo bidirecional: a depressão precipitando doenças crónicas e as doenças crónicas exacerbando sintomas depressivos. Esta complexa relação tem implicações importantes tanto para o tratamento de doenças crónicas, quanto para o tratamento da depressão (Duarte & Rego, 2007).

A depressão na terceira idade é considerado um problema de saúde pública importante, é mais comum no grupo de idosos institucionalizados do que os das comunidades; naqueles as taxas de depressão são três a cinco vezes maiores, e na maior parte das vezes é sub-diagnosticada e sub-tratada. Mesmo quando a depressão é reconhecida, menos de um quarto dos indivíduos diagnosticados recebem o

tratamento e quando são tratados com medicação recebem frequentemente uma dose sub-terapêutica (Brown, Lapane, & Luisi, 2002), estes autores referem que 60 a 80% dos indivíduos mais velhos respondem ao tratamento com antidepressivos, no entanto, apenas 55% dos idosos institucionalizados recebem tratamento. Assim sendo, a depressão é considerada um dos problemas atuais mais comuns encontrados pelos profissionais de saúde mental (OMS, 2002).

As mudanças que questionam os valores existenciais, frequentemente experimentados pelos idosos, como a perda da companheira, a doença, a dependência física, a separação da família com a institucionalização, entre tantas outras, podem ser o ponto de partida para uma desestruturação psíquica. É neste cenário que a depressão surge como uma das mais agravantes da saúde na terceira idade, sendo a síndrome psiquiátrica mais prevalente nessa população.

A Organização Mundial da Saúde(OMS, 2002) estima que aproximadamente um em cada 10 idosos sofre de depressão. Frequentemente o idoso deprimido agrava o seu estado geral e apresenta um decréscimo significativo da sua qualidade de vida. A gravidade da situação reflete-se na alta prevalência de suicídio entre a população de idosos deprimidos. Destaca-se assim a importância do diagnóstico precoce da depressão na terceira idade e do seu tratamento adequado, que muitas vezes não passa apenas pela prescrição terapêutica, mas sustentado por um apoio familiar consistente.

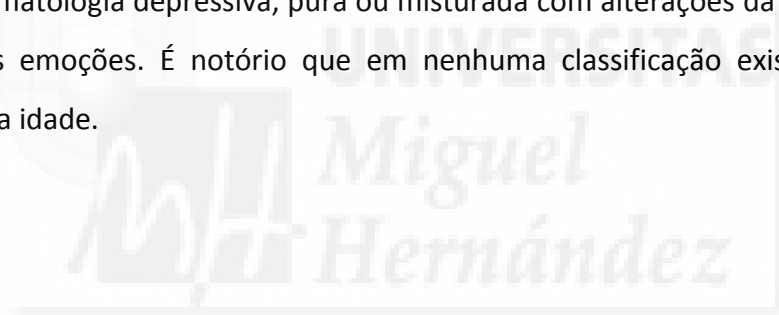
A depressão na terceira idade é reconhecida como um problema de saúde pública importante. É mais comum nos idosos residentes em lares do que os que vivem na comunidade; naqueles as taxas de prevalência da depressão são três a cinco vezes maiores e na maior parte das vezes é sub-diagnosticada e sub-tratada. Mesmo quando a depressão é reconhecida, menos de um quarto das pessoas recebem um tratamento adequado e eficaz.

(Brown et al., 2002), referem que 60% a 80% dos indivíduos mais velhos respondem ao tratamento com antidepressivos, no entanto, apenas 55% dos idosos institucionalizados recebem tratamento antidepressivo.

O interesse pela depressão na velhice aumentou devido ao envelhecimento da população e à crescente importância do aumento demográfico das pessoas idosas bem como à introdução no final dos anos oitenta e início dos anos noventa dos antidepressivos inibidores seletivos da serotonina com menos efeitos secundários do que os antidepressivos das gerações anteriores (J K Djernes, 2006).

As definições mais aceites para a depressão são as descritas pela Classificação Internacional de Doenças (episódio **depressivo, perturbação depressiva recorrente e distíma**; e pelo Manual Diagnóstico e Estatístico das Perturbações Mentais. (DSM-IV): **episódio depressivo maior, perturbação depressiva maior episódica única e recedivantes, perturbação distímica e perturbação não específica**.

Tanto no CID-10 como no DSM-IV, existe outro grupo de perturbações depressivas incluídas nas chamadas perturbações adaptativas que podem apresentar-se com sintomatologia depressiva, pura ou misturada com alterações da ansiedade, da conduta, das emoções. É notório que em nenhuma classificação existem subtipos específicos da idade.



4.5 EPIDEMIOLOGIA E PREVALÊNCIA DA DEPRESSÃO

Para vários investigadores a nível mundial a prevalência da depressão na terceira idade é um tema que tem despertado muito interesse. Segundo a (OMS, 2002), a maioria dos estudos chegaram à conclusão de que a prevalência geral de perturbações mentais é aproximadamente a mesma no sexo masculino e feminino.

Conforme alguns estudos consultados, a definição de prevalência de uma determinada doença, refere-se à proporção ou número total de casos existentes numa determinada população e num determinado momento temporal. O conhecimento sobre a prevalência da depressão é de óbvia importância, porque nos permite

conhecer a probabilidade ou risco de um indivíduo sofrer de depressão, compreender quanta doença é comum numa população e é útil na elaboração e planificação de políticas e programas de saúde, uma vez que permite organizar os recursos existentes.

Nos estudos consultados são evidentes grandes variações nas taxas de prevalência da depressão, cujas explicações sugeridas para essa variabilidade incluem:

2. Diferenças culturais expressas através de diferentes contextos educativos, redes de apoio social, capacidade económicas e práticas religiosas (Papadopoulos et al., 2005).
3. Variação no acesso e na qualidade de serviços médicos disponíveis para a população idosa (Papadopoulos et al., 2005).
4. Diferenças étnicas na vulnerabilidade à depressão e diferentes níveis de exposição a eventos stressantes ou traumáticos pela comunidade, (a repressão política, rápida mudanças culturais, privação socioeconómica e ameaça de violência (Simon, Goldberg, Von Korff, & Ustün, 2002).
5. Um número limitado de participantes nas *variações metodológicas*, leva a estimativas pouco fiáveis de prevalência; sujeitos situados maioritariamente na mesma cidade; falta de instrumentos de diagnóstico para avaliar a depressão; não ajuste de falsos negativos, o que pode levar a subestimar a prevalência da depressão (Licht-Strunk et al., 2005);
6. Nos Estados Unidos da América e na Europa Ocidental, a definição de síndrome depressiva pode não existir, ou existir de formas diferentes noutras culturas. A aplicação transcultural de critérios, tais como da American Psychiatric Association, (First, 1994) pode conduzir a resultados errados ou enganadores (Little Assotiation, 1990, Mezzich et al., 1999, citados por (Simon et al., 2002);
7. A utilização de métodos de diagnósticos idênticos podem identificar diferentes níveis de gravidade em diferentes grupos linguísticos ou culturais, podendo causar problemas com a utilização da medicação. Neste caso as diferenças de taxa de prevalência da depressão podem refletir diferenças

linguísticas culturais na tendência para relatar distress. A simples tradução de medidas de diagnósticas desenvolvidas na Europa Ocidental ou nos E.U.A. podem subestimar ou superestimar significativamente a prevalência em países ou culturas com uma menor ou maior tendência a relatar sintomas negativos (Simon et al., 2002).

Foi encontrada uma grande variedade de taxa de prevalência na ordem dos 2,5% e 49% na população idosa nos vários estudos consultados. Alguns autores sugerem que uma menor prevalência de depressão do idoso pode refletir mecanismos de *Coping* e de adaptação mais eficazes, diferenças importantes na avaliação da depressão, ou ao fato do envelhecimento funcionar como um estado protetor.

Já para outros autores os altos níveis de sintomatologia depressiva, são comuns entre os idosos nas sociedades ocidentais, aumentam com a idade e as suas consequências devem ser levadas a sério.



4.6 TRATAMENTO DA DEPRESSÃO NO IDOSO

A depressão é tratável em 65% a 75% dos pacientes idosos, no entanto apenas 10% a 40% dos pacientes idosos deprimidos são medicados para a depressão. Uma organização eficaz exige uma abordagem biopsicossocial, combinando psicoterapia e farmacologia (Charney, Berman, & Miller, 1998). Com a terapia pretende-se alcançar um decréscimo dos sintomas depressivos, uma redução do risco de recaída, uma melhor qualidade de vida, um reforço da capacidade funcional, possíveis melhorias do estado de saúde física, uma diminuição da mortalidade, aumento da longevidade e redução dos custos em saúde (Charney et al., 1998); (Lebowitz et al., 1997).

A melhoria deverá ser evidente logo duas semanas após o início da terapia, no entanto o efeito terapêutico completo pode exigir vários meses de tratamento. A recuperação de um episódio depressivo severo demora normalmente entre seis a doze meses. Estudos mostram que os pacientes mais idosos com depressão beneficiam mais com um tratamento agressivo e persistente. Assim, a terapia para pacientes mais idosos com depressão deve ser continuada por períodos mais longos do que normalmente usada em doentes mais jovens. (Birrer & Vemuri, 2004).

O tratamento da depressão deve abordar de forma ampla os aspectos psicológicos, biológicos e sociais. Entre as consequências de se tratar adequadamente a depressão no idoso, incluem:

- (a) Aumento da utilização de serviços médicos,
- (b) Aumento da morbidade e mortalidade,
- (c) Polimedicação,
- (d) Institucionalização desnecessária (Newhouse et al., 2000).

Barreiras ao diagnóstico adequado e tratamento de sintomas depressivos incluem:

- (a) A atribuição dos mesmos ao “normal” envelhecimento ou doença física, mascarando os efeitos de problemas de saúde coexistentes,
- (b) Prescrição de drogas, auto-medicação e uso de álcool,
- (c) Pobreza e o baixo nível sócio-económico, que restringem o acesso aos cuidados de saúde,
- (d) O luto que proporciona o isolamento social e a falta de apoio familiar,
- (e) Diagnóstico incorreto da depressão como demência, a hipocondria, a somatização limitações de tempo e o estigma associados á doença mental (Boswell & Stoudemire, 1996); (Hirschfeld, Keller, & Panico, 1997).

A experiência clínica sugere que os médicos que olham atentamente para os sintomas da depressão em vez de confundir apenas nas alterações de humor relatadas pelos pacientes, têm maiores taxas de sucesso no reconhecimento da doença e na implementação do tratamento adequado.

4.6.1 Tratamento Farmacológico

A depressão é uma condição potencialmente prevenível e modificável, através de intervenções psicossociais e farmacológicas eficientes (Menchetti, Cevenini, De Ronchi, Quartesan, & Berardi, 2006). Na revisão de (Diefenbach & Goethe, 2006), a maioria dos medicamentos usados no tratamento da depressão *major* na população adulta em geral, também pode ser usada nos idosos. Os inibidores seletivos da recaptação da serotonina (ISRS), que largamente substituíram os antidepressivos tricíclicos e os inibidores da monoaminoxidase, são fáceis de usar e, podem ter um perfil de efeitos secundários mais favorável, sendo a primeira linha no tratamento da depressão major, nos idosos. Para (Kairuz, Zolezzi, & Fernando, 2005) e (Diefenbach & Goethe, 2006), a escolha de um, entre os vários ISRS, pode ser determinada, de acordo com a frequência e a severidade dos efeitos secundários que estes provoquem, sendo a sedação um dos mais importantes.

Se a *terapia com um antidepressivo*, em doses convencionais, não é suficientemente eficaz, pode aumentar-se a dosagem, mudar para uma classe de antidepressivos diferentes ou fazer uma associação. Advoga-se o princípio “start low and go slow” no tratamento farmacológico da depressão do idoso, uma vez que se tem de ter atenção ao aumento do risco de efeitos secundários, com o aumento da dose e a tolerabilidade, particularmente preocupante nos idosos. Também a extensão do tratamento, até ao limite de tolerabilidade, antes de concluir que esse agente não é eficaz é importante. Atualmente defende-se a aplicação de um longo período de manutenção do tratamento nos idosos (Baldwin et al., 2003); (Segal, Pearson, & Thase, 2003).

De acordo com os dados de (Kairuz et al., 2005) esta nunca deve ser inferior a 12 meses, depois da remissão dos sintomas, para evitar falha terapêutica. A este propósito, (Lenze et al., 2001) recomendaram mesmo um adágio adicional “aim high (dosage) and treat long”. As possibilidades de associação incluem: venlafaxina, mirtazapina, antidepressivos tricíclicos ou outros antidepressivos, gabapentina ou buspirona (Diefenbach & Goethe, 2006). A medicação anti-depressiva tem valor estabelecido no tratamento quer das perturbações depressivas, quer dos sintomas médicos inexplicados. Antidepressivos como os novos inibidores da recaptção da serotonina e da norepinefrina mostraram melhoria dos sintomas físicos, incluindo a dor (O’Malley et al., 1999); (Goldstein, Lu, Detke, & Hudson, 2004). Assim, os pacientes idosos, que se apresentam com sintomas físicos, podem representar oportunidades terapêuticas, em vez de serem vistos como não passíveis de tratamento e considerados doentes difíceis (Sheehan et al., 2003). Também as intervenções psicossociais têm um papel importante no tratamento da depressão no idoso, embora sem grandes especificidades nas intervenções para este grupo etário.

Os principais agentes farmacológicos utilizados no tratamento da depressão em pacientes idosos são os mencionados no quadro abaixo, de salientar que a indústria farmacêutica está em constante atualização pelo que alguns dos medicamentos possa ser desaconselhado num curto espaço de tempo. No quadro seguinte enunciamos os principais agentes farmacológicos utilizados no tratamento da depressão em doentes idosos.

Anti depressores
Inibidores da Monoamina Oxidase
Anti depressores inibidores seletivos da receção da serotonina
Outros Agentes

Quadro 6: Agentes farmacológicos utilizados no tratamento da depressão em pacientes idosos

Fonte: (Birrer & Vemuri, 2004)

4.6.2 A Psicoterapia

A *psicoterapia* por si só, ou em combinação com terapêutica farmacológica, é um tratamento da depressão eficaz, sendo a terapia cognitiva - comportamental e terapia interpessoal que têm um suporte empírico mais forte (Lebowitz et al., 1997); (Kairuz et al., 2005). A Terapia Cognitivo-comportamental está adicionalmente associada a uma redução dos sintomas em pacientes que manifestam predominantemente sintomas somáticos (Speckens et al., 1995). Os terapeutas devem personalizar a terapêutica que se adequa a cada doente. Assim, alguns tratamentos são comuns a jovens e a idosos, como por exemplo o relaxamento, a **terapia cognitiva ou a ativação comportamental**, enquanto outros têm de ser integrados para abranger especificidades do idoso, como o controle da dor e a revisão de memórias do passado (Diefenbach & Goethe, 2006). Segundo a revisão de (Kairuz et al., 2005) a terapia com luz e **electroconvulsivoterapia** podem ser alternativas, sendo a primeira mais destinada ao tratamento de distúrbios do humor sazonais.

4.6.3 Eletroconvulsoterapia (ECT)

A eletroconvulsoterapia está indicada mais para pacientes com depressão e características psicóticas que não respondem aos fármacos antipsicóticos e fármacos antidepressivos, como está também indicado para pacientes com depressão grave não psicótica que não tenham respondido de antidepressivos adequados.

Esta terapia é usada com maior frequência em pacientes com idade superior a 70 anos, pacientes com delírios, atraso psicomotor, insónias, e uma história familiar de depressão, por reverter a perda de memória associada á confusão de pseudodemência.

4.6.4 Divergências de abordagem terapêutica

Existem, no entanto, algumas divergências no tipo de abordagem terapêutica da depressão do idoso, em diferentes especialidades. O estudo de (Saarela & Engeström, 2003) põe em evidência as diferenças no tratamento de doentes idosos deprimidos que são experimentadas por psiquiatras e clínico geral. A principal diferença reside na especificidade e no número de ideias para o tratamento psicossocial e psicofarmacológico. Quando confrontados com a mesma situação, enquanto o clínico geral pondera iniciar um antidepressivo ou certificar-se da existência de suporte social, o psiquiatra indica um antidepressivo específico, com a dose terapêutica inicial e sugere formas de terapia de suporte adequadas ao doente. Por outro lado, quando os psiquiatras viam uma necessidade urgente de tratamento, instituindo um esquema terapêutico para a depressão *major*, com sessões de terapia e medicação, muitos dos clínicos gerais tendiam a ver a situação como menos séria, não vendo razão para tratamento imediato e optando mais por vigiar os sintomas e menos por adotar um esquema terapêutico compreensivo ou referenciar o doente a um psiquiatra.

Claro que estas diferenças refletem as circunstâncias institucionais e os diferentes recursos disponíveis, como por exemplo o maior tempo disponível, a prática mais direcionada para a área, com um melhor treino em psicofarmacologia ou os melhores recursos terapêuticos por parte dos psiquiatras, em relação aos clínicos gerais. É, no entanto necessária uma formação médica contínua, em que os clínicos gerais e os psiquiatras formem grupos de treino, promovendo a colaboração sobre múltiplas perspectivas, aprendendo com a experiência uns dos outros.

Por um lado, os clínicos gerais devem estudar a abordagem de patologia psiquiátrica, a medicação e intervenções psicológicas aplicáveis, sendo estimulados a adotar tratamentos personalizados para os seus doentes idosos e para aqueles que não têm perceção de estar doentes. Por outro lado, os psiquiatras devem ter mais em consideração a patologia médica concomitante, bem como aumentar a colaboração com os serviços locais. (Lenzi, Marion, Comiti, & Gaudio, 2002) afirma que o

tratamento da depressão geriátrica pode diminuir a manifestação de sintomas somáticos, promover a melhoria da percepção de saúde e aumentar a funcionalidade, mesmo na ausência de melhorias significativas nas patologias médicas. Assim, é importante unir esforços para que o tratamento seja o mais adequado e eficaz possível, proporcionando uma melhor qualidade de vida ao idoso.

Em teoria, a manutenção dos antidepressivos ou terapia cognitivo - comportamental poderia evitar 50% das incapacidades adaptadas aos anos de vida, se assumirmos uma adesão à terapêutica de 60% (Vos et al., 2004), Infelizmente, apenas uma pequena proporção dos pacientes estão dispostos a seguir um plano terapêutico, durante um período superior a um ano (Mullins, Shaya, Meng, Wang, & Harrison, 2005).

Assim, o prognóstico e tratamento da depressão em idosos continua a ser motivo de preocupação, mesmo que tenhamos demonstrações da sua melhoria. (Montagnier et al., 2006). Segundo (Licht-Strunk, van der Windt, van Marwijk, de Haan, & Beekman, 2007); (Jens K Djernes et al., 2008) o prognóstico da depressão geriátrica é pobre, em 20 – 50% dos casos. Os sintomas somáticos estão relacionados com o prognóstico e a evolução da depressão do idoso. Segundo (Janzing, Teunisse, & Bouwens, 2000), o diagnóstico de base de depressão e, numa pequena extensão, a existência de manifestações somáticas foram indicadores da severidade da depressão. Para além disso, os sintomas somáticos, particularmente a dor crónica têm sido associados ao prenúncio da ideação suicida e da mortalidade suicidária e não suicidária, podendo assim assumir grande importância no prognóstico da mesma (Fishbain, Cutler, Rosomoff, & Rosomoff, 1997).

Também a sobre utilização dos cuidados de saúde, em pacientes com diagnóstico de depressão, pode ser sinónimo de fraco êxito terapêutico e mau prognóstico. De acordo com (Jens K Djernes et al., 2008) ao contrário de outros estudos anteriores, o diagnóstico de depressão, em idosos, segundo a ICD-10, não prediz o aumento da recorrência dos mesmos a serviços hospitalares gerais, nem o diagnóstico de patologias orgânicas, em relação aos controles. No entanto, este diagnóstico prediz sim, maiores proporções de recorrência de depressão em idosos, e

o aumento do uso dos serviços hospitalares psiquiátricos, principalmente nos que necessitaram de internamento, indicando pobres êxitos no tratamento, a longo prazo. Estes doentes recorrem pouco à consulta do médico de cuidados primários e mais a serviços de urgência fora de horas, representando um grupo que necessita de atenção e intervenção conciliada entre o médico dos cuidados primários e o psicogeriatra. Para (Menchetti et al., 2006) a depressão está também associada a recorrência frequente dos idosos aos cuidados primários, mesmo depois do controle das doenças somáticas e das manifestações somáticas inexplicadas. Principalmente os idosos deprimidos, sem problemas físicos relevantes, parecem apresentar alto risco de utilização excessiva dos serviços de saúde. A depressão parece ter um papel mais determinante na recorrência frequente dos idosos, aos cuidados de saúde, em relação aos não idosos (Menchetti et al., 2006).

4.7 A DEPRESSÃO DO IDOSO EM CONTEXTO INSTITUCIONAL

A depressão em contexto institucional já há muito tempo que vem sendo relatada como uma doença comum em idosos a residir em lares e com percentagens de prevalência superiores à verificada nos idosos a residir em comunidade. A explicação para tal ocorrência é complexa e longe de ser consensual. A prevalência da depressão nos idosos institucionalizados torna-se muito relevante quando existe o abandono dos mesmos por parte da família, (Shmuely, Baumgarten, Rovner, & Berlin, 2001).

A institucionalização aproxima ainda mais essa realidade. O idoso institucionalizado é obrigado a adaptar-se a uma rotina de horários, a partilhar o seu ambiente com desconhecidos e à distância da família. A individualidade e o poder de escolha são substituídos pelo sentimento de ser apenas mais um dentro daquela organização. É neste cenário que a depressão surge como um dos mais importantes agravamentos na saúde da terceira idade, sendo a síndrome psiquiátrica mais prevalente nesta população (Shmuely et al., 2001). A Organização mundial de saúde

estima que aproximadamente 1 em cada dez idosos sofrem de depressão (V. Carvalho, 1996).

Alguns autores relatam em estudos que a depressão maior é um fator de risco independente na institucionalização (Dorenlot, Harboun, Bige, Henrard, & Ankri, 2005); (Woo, Ho, Yu, & Lau, 2000), noutro estudo o valor preditivo da depressão desapareceu após ajuste de parâmetros sociais e de saúde (Büla, Wietlisbach, Burnand, & Yersin, 2001), ou foi preditiva apenas para a institucionalização dos homens.

Outros estudos encontram indícios de que pode haver um percurso inverso: a própria admissão pode facilitar o desenvolvimento de sintomas depressivos (Pot et al., 2005). *Estamos no entanto convictos que estes sintomas depressivos poderão ser facilmente ultrapassados se houver um acompanhamento muito próximo dos elementos da família para com o idoso institucionalizado.*

Alguns estudos referem que ainda não está comprovado se os lares de idosos propiciam o aparecimento da depressão, isto é, se a mudança para um novo ambiente (lar idosos) está associado ao agravamento ou aparecimento de um humor depressivo (Sheehan, D'Souza, Thein, & O'Malley, 2007).

A entrada de um idoso numa instituição, já referido no capítulo III, está relacionada com perdas em vários aspetos, nomeadamente:

- A perda da autonomia e funcionalidade,
- Perda de bens,
- Isolamento
- Perda do próprio ambiente familiar,
- Perdas financeiras,
- Perdas de animais,
- Perda da vizinhança...

Esta perda pode ser sentida em maior medida por aqueles que viveram anteriormente na sua própria casa, do que por aqueles que vêm de uma outra instituição, como uma instituição residencial ou de um hospital. O impacto da admissão para o desenvolvimento de sintomas depressivos pode, por conseguinte também ser diferente para os idosos de diversas origens (Achterberg, Pot, Kerkstra, & Ribbe, 2006).

O ambiente dos lares apesar da sua capacidade de fornecer uma globalidade de serviços, pode propiciar aos residentes inúmeros desafios que poderão estar na origem do desenvolvimento de sintomas depressivos. Os que ingressam nos lares e que experimentam muitas perdas, que por sua vez poderão representar grandes mudanças de vida que podem ser desmoralizantes para alguns. Os residentes também podem sofrer perdas psicológicas profundas relacionadas com a independência, a liberdade, a autonomia e a própria privacidade. Como por exemplo a partilha do quarto que para aqueles idosos em questão pode ser uma mudança dramática no seu estilo de vida muito próprio. Embora para alguns esta partilha possa ser atenuante para o desenvolvimento da depressão para outros terá efeito contrário (Lawton, 2001).

Nos lares as altas taxas de remodelação das equipas com pouca formação, e a variedade de características sócio-económica e culturais pode criar uns ambientes propícios a mal entendidos e conflitos. Por fim a obrigatoriedade de viver numa “institucionalização total” (Hyer, 2005; Pfautz & Goffman, 1962), à mercê da equipa de cuidadores, de horários estabelecidos para as refeições, acordar, deitar, cuidados de higiene e actividade ocupacionais, podem reforçar o sentimento de desesperança e de dependência. A plena compreensão e identificação da depressão no idoso dependem da perspicácia de que lhe está diretamente ligado e da eficácia de uma avaliação cuidada da interação entre factores biológicos psicológicos e sociais.

CAPITULO 5 – O MÉTODO

É um conjunto de regras básicas de como se deve proceder a fim de produzir conhecimento científico, quer seja este um novo conhecimento. Na maioria das disciplinas científicas consiste em juntar evidências empíricas verificáveis baseadas na observação sistemática e controlada, geralmente resultantes de experiências ou pesquisa de campo - e analisá-las com o uso da lógica. (Singh, 2010).

5.1 DESENHO DE INVESTIGAÇÃO

No presente estudo de investigação o desenho utilizado é observacional analítico transversal. Como refere (Ribeiro, 1999) num estudo observacional o investigador não intervém, descreve os acontecimentos que ocorrem e quais os efeitos nos sujeitos em estudo. Analítico porque procura explicar os resultados através do exame das relações estatísticas entre variáveis e transversal porque os dados recolhidos num único momento.

5.2 PROPÓSITOS E OBJETIVOS

Os idosos internados apresentam uma perda de capacidade funcional associada ao processo intrínseco do envelhecimento, pelo que associado muitas vezes ao abandono dos familiares, à necessidade de procura de ajuda em lares por falta de disponibilidade da pessoa significativa em cuidar, a saída da sua casa imposta muitas vezes por força das circunstâncias, proporciona alteração do seu estado

emocional. A depressão pode estar associada a problemas de perda de autonomia, como comprovam estudos de idosos em comunidade (Broadhead, Blazer, George, & Tse, 1990).

“Daí que poderá a depressão no idoso estar relacionada com o seu internamento no lar, com o sentir de perda de autonomia, e de abandono pelos familiares...”

Com este trabalho, pretendemos dar o nosso contributo, ao verificar como se apresenta esta problemática nos idosos residentes em Lares da Região Autónoma Madeira, pela conhecida e já abordada situação sócio-demográfica (aumento da população idosa, acompanhado da previsível taxa de institucionalização), bem como pela escassez de estudos realizados na região supracitada sobre esta temática.

A fundamentação teórica apresentada ao longo do trabalho permite-nos supor que é elevada a taxa de prevalência de depressão nos idosos institucionalizados, embora não tenham sido encontrados estudos específicos que relacionassem a falta de acompanhamento familiar como fator desencadeante da depressão nos idosos institucionalizados e que a depressão se relaciona com um conjunto de variáveis independentes, como tem sido já objeto de investigação em vários estudos. Pretendemos saber quais as variáveis que mais influenciam a depressão e evidenciar o resultado da variável (apoio familiar).

5.2.1 Objetivos

O objetivo do estudo num projeto de investigação é enunciar de forma precisa o que o investigador tem intenção de fazer para se obter respostas às questões de investigação. As questões de investigação e as hipóteses precisam o objetivo, delimitam as variáveis de investigação e as suas relações mútuas assim como a população estudada”, segundo (Fortin, 2003).

OBJECTIVO GERAL - Explorar a relação entre o abandono familiar e a depressão nos idosos internados em lares.

OBJECTIVOS ESPECIFICOS

- 1 Identificar que características existem entre a população de idosos com acompanhamento e sem acompanhamento.
- 2 Analisar as diferenças populacionais entre a amostra de idosos deprimidos e não deprimidos
- 3 Identificar as variáveis que mais influenciam a depressão nos idosos internados.

5.3 INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS

Os métodos de colheita de dados nos estudos descritivos são variados: a observação, a *entrevista*, o questionário, a *escala*, a avaliação física e psicológica etc. neste estudo os métodos selecionados foram:

- Dados referentes à amostra das pessoas idosas institucionalizadas;
- Questionário de auto-avaliação por nós elaborado constituído por 10 perguntas fechadas, questionário de características sociodemográficas
- Escala de Depressão geriátrica (**EDG**) de (Yesavage et al., 1983) para o diagnóstico da depressão no idoso.

5.3.1 O Questionário

Do questionário constam, as questões que caracterizam o sujeito na sua dimensão pessoal social, profissional e situação socioeconómica (sexo, idade, estado civil, número de filhos, escolaridade, profissão, auto-avaliação do sentimento de solidão, da situação económica, motivo, iniciativa e tempo de internamento, assim como os que tem apoio familiar dentro da instituição).

Para que se poder avaliar a relação entre a depressão e o acompanhamento familiar, os sujeitos foram inquiridos sobre as relações familiares que mantêm, relativamente às visitas, telefonemas e às saídas para passear na companhia de familiares.

5.3.2 As Escalas de avaliação da depressão

Existem várias ferramentas de avaliação da depressão, potencialmente utilizáveis na população geriátrica. Escalas de depressão de aplicação fácil e rápida. Podem ser uteis para despistar os casos, onde só uma entrevista longa e especificamente orientada pode fazer o diagnóstico (Gonçalves & Fagulha, 2004).

Segundo a revisão de (Tison, 2000), há cerca de 43 escalas com características distintas, sendo umas mais adequadas do que outras. Segundo o mesmo autor, há três escalas de avaliação de depressão que têm especial interesse na depressão geriátrica. São elas: a Geriatric Depressive Scale (GDS) de Yesavage, (Yesavage et al., 1983) a Montgomery and Asberg Depression Rating Scale (MADRS) de (Bergdahl et al., 2007).

A escala de depressão Geriátrica (Geriatric Depression Scale) (Yesavage et al., 1983) inicialmente era composta por 100 itens criados por peritos que a aplicaram já com o formato atual, numa amostra de indivíduos idosos, é um questionário de avaliação de depressão, com 30 itens, de resposta sim, ou não, o que possibilita a auto e heteroavaliação. Foi constituído especialmente para avaliar a depressão nos idosos, eliminando os indicadores somáticos da depressão e os sintomas físicos normais do envelhecimento, presentes noutras escalas e que podem constituir fatores confusionais. A validade desta escala é discutível em pacientes com demência moderada a severa. (Tison, 2000).

Segundo (Kurlowicz, 1999), o uso de qualquer escala de depressão com tópicos sensíveis a comorbidades médicas, perdas funcionais e/ou crenças culturais e raciais e não necessariamente associados a depressão, pode ser menos preciso na identificação de depressão pura subjacente, resultando num rastreio não específico de depressão nos idosos. Assim, numa população com múltiplas comorbidades médicas e alto défice funcional, é especialmente importante explorar a prevalência de depressão, usando uma escala de depressão com nível baixo de tópicos somáticos, como a escala de depressão geriátrica.

Esta escala avalia o estado de ânimo de uma maneira extensa, incluindo também alguns itens para avaliar outras áreas relevantes, como as de carácter cognitivo e comportamento social. Foi validada com bons resultados para dois critérios independentes; a Escala de Avaliação de (Hamilton, 1967) e a Escala de Depressão (Zung, 1965). Apresenta também boas correlações com o inventário de Depressão (Beck et al., 1961).

No que concerne á sensibilidade e especificidade, são assinalados valores relativamente altos na identificação de idosos com diagnóstico clínico de depressão. Na globalidade, os dados oscilam entre 84% e 95%, indicando que não é inferior, sendo pelo menos igual ou mesmo superior às restantes prova com que tem sido comparada

(Kurlowicz, 1999); (Mohd Sidik, Zulkefli, Afiah, & Mustaqim, 2003). A validade e a fiabilidade da ferramenta foram apoiadas através da prática clínica e da investigação (Kurlowicz, 1999). Segundo estes dados psicométricos, parece ser um excelente instrumento na diferenciação de idosos deprimidos e de idosos sem depressão.

Uma análise recente, sugeriu que a escala de 30 itens é a versão mais útil devido á sua excelente validade e boa sensibilidade e especificidade, citados por (Hyer, 2005).

Como pontos fortes da escala apontam-se o formato de resposta simples, a sua brevidade, a exclusão de itens relacionados com sintomas somático (Hyer, 2005) e a sua fácil administração (Shah, Katona, & Phongsathorn, 1996). Apesar de ter sido originalmente concebida para fins de investigação, trata-se de uma ferramenta útil na triagem clínica que facilita a avaliação da depressão em idosos (Kurlowicz, 1999).

A escala de Yesavage geriátrica possui duas versões validadas, uma com quinze itens nos quais a ponte de corte é cinco (5) e outra com trinta itens com ponte de corte em onze (11). (Yesavage et al., 1983).

A escala por nós utilizada foi a Escala de Depressão Geriátrica (Yesavage et al., 1983). *Esta escala foi traduzida, aferida e adaptada á população portuguesa primeiro por (Verissimo, 1988).* Há várias versões adaptadas desta escala, nomeadamente a de 15 itens, muito usada, com vista a tornar mais fácil e rápida a sua utilização, especialmente em idosos mais debilitados.

Uma versão adaptada da GDS ainda mais curta, com 4 perguntas (Mini-GDS), foi usada no estudo de (Clément, Preux, Fontanier, & Léger, 2001). Embora esta escala não contenha itens somáticos, a positividade deste instrumento de avaliação, bem como a positividade do diagnóstico depressivo e a prescrição de um psicofármaco, mostrou-se aumentada, quando associada a presença de sintomas somáticos. Sendo a positividade da Mini-GDS bem correlacionada com problemas clinicamente evidenciáveis, com queixas somáticas e com a existência de défices cognitivos. Depois

por (J. Barreto, Leuschner, Santos, & Sobral, 2003). Há várias versões adaptadas desta escala nomeadamente a de 15 itens, muito usada, com vista a tornar mais fácil e rápida a sua utilização, especialmente em idosos mais debilitados. Uma pontuação até 10 pontos indica ausência de depressão, de 11 a 20 pontos depressão ligeira e de 21 a 30 pontos depressão grave (veja-se anexo II).

5.4 AS VARIÁVEIS

A seleção das variáveis a serem utilizadas em qualquer investigação deve ter em conta os objetivos do estudo, as questões de investigação, não devendo resultar de uma escolha livre e arbitrária do investigador. Como o próprio termo indica, variável é qualquer coisa que varia. Segundo (Fortin, 2003) as variáveis são qualidades, propriedades ou características de objetos, de pessoas ou de situações que são estudadas numa investigação.

O processo de operacionalização das variáveis traduz-se, assim, num procedimento criterioso no sentido de as definir corretamente quanto ao conteúdo, à forma de as quantificar e de as apresentar.

5.4.1 VARIÁVEL DEPENDENTE

(Lakatos & de Andrade Marconi, 2006) a variável dependente “é o fator que aparece, desaparece ou varia à medida que o investigador introduz, tira ou modifica a variável independente”, ou seja, é aquela que se pretende estudar e que é influenciada pelas variáveis independentes. É aquela que é afetada ou explicada pela variável independente. Espera-se, assim, que esta se altere à medida que a variável independente varia. (Pollit, Beck, & Hungler, 2004) a este respeito dizem que é aquela “que o pesquisador está interessado em compreender, explicar ou prever”.

Para (Fortin, 2003) a variável dependente “é a que sofre o efeito esperado da variável independente: é o comportamento, a resposta ou o resultado observado que, é devido à presença da variável independente (...) é muitas vezes chamada, a «variável crítica» ou a «variável explicada» ”.

Neste estudo definimos como variável **dependente**, a **depressão**.

As **variáveis independentes** utilizadas neste estudo são: Idade, sexo; estado civil; escolaridade; situação sócio-económica; iniciativa do internamento; tempo de internamento; acompanhamento familiar; adaptação á institucionalização.

Tendo em conta a revisão teórico-conceptual que levamos a efeito, os objetivos que se pretende atingir, distinguimos dois tipos de variáveis atrás descritas, pretende-se assim conhecer qual o efeito das variáveis independentes sobre a variável dependente (depressão), e como estas se relacionam, isto é qual o efeito destas sobre o comportamento do idoso internado, tentando perceber quais as que influenciam mais diretamente, se é que existe influência de alguma delas na depressão do idoso institucionalizado.

O critério seguido para considerar se um idoso está ou não deprimido e se tem ou não acompanhamento basear-se-á na avaliação dos resultados obtidos através da Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage, dos dados biográficos e dos dados do índice de adaptação familiar.

5.5 POPULAÇÃO E AMOSTRA

As pessoas ou objetos acerca dos quais se pretende obter conclusões designam-se por população (ou universo) segundo vários autores citados (Ribeiro, 1999). Uma amostra é um subgrupo da população, selecionado para obter informações relativas às características dessa população, para os mesmos autores citados (Ribeiro, 1999).

A população deste estudo é formada por idosos residentes em três lares da região autónoma da Madeira com idade superior a 50 anos de idade.

Em amostras não probabilísticas como é o caso deste estudo, o número de participantes a incluir é ditado pelo número de variáveis a tratar. Para diversos autores citados por (Ribeiro, 1999) sugerem que uma regra a seguir é considerar dez sujeitos, ou cinco como mínimo requerido, por variável em análise.

No mapa abaixo está legendado a cores a localização dos lares, onde foi realizada a colheita de dados.



Figura 7: Localização de Lares para Colheita de Dados

Legenda:

Machico – Santa Casa da Misericórdia

Funchal – Lar da Ajuda

Ribeira Brava – Lar São Bento

5.5.1 Seleção da amostra

Depois de obtida uma resposta em relação á autorização para aplicação dos instrumentos de colheita de dados nos três lares da madeira que aceitaram em colaborar na investigação, procedeu-se ao contato de todas as instituições no sentido de marcar dia e hora de acordo com a disponibilidade do pessoal para aplicação dos respetivos instrumentos de colheita de dados aos idosos residentes. A seleção da amostra foi realizada de forma sequencial, também denominada de conveniência.

Consideramos como **critério de inclusão**: idades superiores a 50 anos, estadia no Lar há mais de três meses, sujeitos capazes de acompanhar toda a entrevista e capacidade de resposta coerente aos questionários.

Critérios de exclusão – Idosos com idade inferior a 50 anos; morbidade aguda.

A colheita dos dados foi efetuada, nos lares IPSS e privados da RAM (Região Autónoma da Madeira), no período Setembro a Dezembro de 2011, contando-se para o efeito com a ajuda de profissionais na área de (serviço social), O processo de avaliação com vista a identificar-se baseando-se na cotação dos índices da escala de depressão utilizada se o idoso apresenta depressão que será dividido, entre dois momentos, o Primeiro visa a obtenção de informação social, solicitaremos autorização por escrito às entidades responsáveis dos respetivos lares, efetuaremos a consulta do processo social de cada idoso. O Segundo momento visa a aplicação de instrumentos; o questionário de auto-avaliação elaborado por nós e a escala de avaliação da depressão (EDG).

5.5.2 Caraterização da amostra

A amostra é um subconjunto de uma população de grupo de sujeitos que fazem parte de uma mesma população. É de qualquer forma uma réplica em miniatura da população alvo, neste projeto de estudo a amostra é constituída por Foram entrevistados num total 180 sujeitos, distribuída da seguinte forma:

- 90 Idosos internados em lares da Madeira **com** acompanhamento familiar,
- 90 Idosos internados em lares da Madeira **sem** acompanhamento familiar

5.6 ASPETOS ÉTICOS E LIMITES DO ESTUDO

Foram tidos em conta os aspetos éticos no desenvolvimento metodológico do estudo, uma vez que procedemos a pedidos de autorização prévia às instituições citadas e com o consentimento informado por parte dos sujeitos do estudo, através da garantia de confidencialidade quer dos nomes dos sujeitos, quer das informações por nós recolhidas. A difusão destes princípios teve a vantagem de esclarecer e fomentar a participação dos mesmos no estudo.

5.7 O TRATAMENTO ESTATÍSTICO

Chegamos à fase do nosso estudo em que iremos apresentar os resultados provenientes da aplicação dos instrumentos de recolha de dados através do programa **SPSS** programa estadístico informático, referido como "Statistical Product and Service Solutions" (Pardo & Díaz, 2002). Para (Fortin, 2003), a apresentação dos resultados *"deve limitar-se a uma apresentação sob a forma narrativa dos resultados que ele reproduziu nos quadros e nas figuras"*. Para podermos comparar com o que nos dizem os peritos na matéria.

Assim sendo no capítulo seguinte passamos a apresentar a representação gráfica e narrativa dos dados obtidos.

CAPITULO 6 - APRESENTAÇÃO DOS DADOS ESTATISTICOS

No presente capítulo pretende-se dar a conhecer os resultados obtidos, em função de toda a informação colhida e cujo instrumento utilizado foi a Escala de Depressão Geriátrica (Yesavage) – versão reduzida. Para a apresentação adequada dos dados aferidos, recorre-se ao uso esquemático de tabelas, quadros e gráficos com os respetivos dados estatísticos obtidos.

Quanto ao sexo os dados obtidos representam-se no quadro seguinte:

	Frequência	%	% Acumulada
Masculino	54	30,0	30,0
Feminino	126	70,0	100,0
Total	180	100,0	

Quadro 7: Sexo

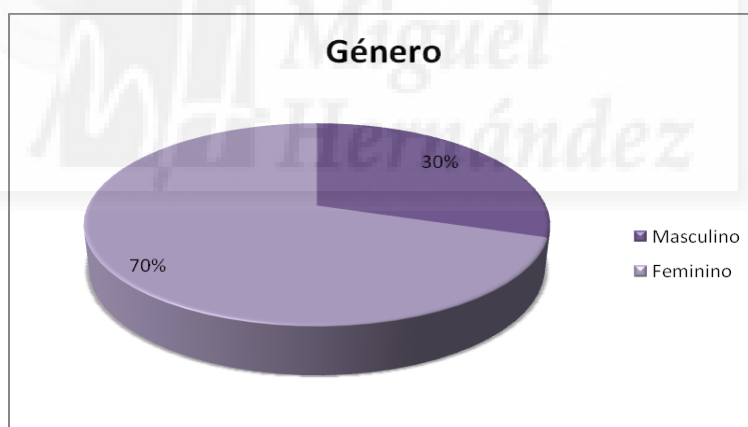


Gráfico 2: Género

Denota-se um maior predomínio do sexo Feminino na amostra (70%).

Acompanhamento vs. Não acompanhamento

		Acompanhamento		Total
		Sim	Não	
Gênero	Masculino	27	27	54
	Feminino	63	63	126
Total		90	90	180
		100,0%	100,0%	100,0%

Quadro 8: Gênero com / sem acompanhamento

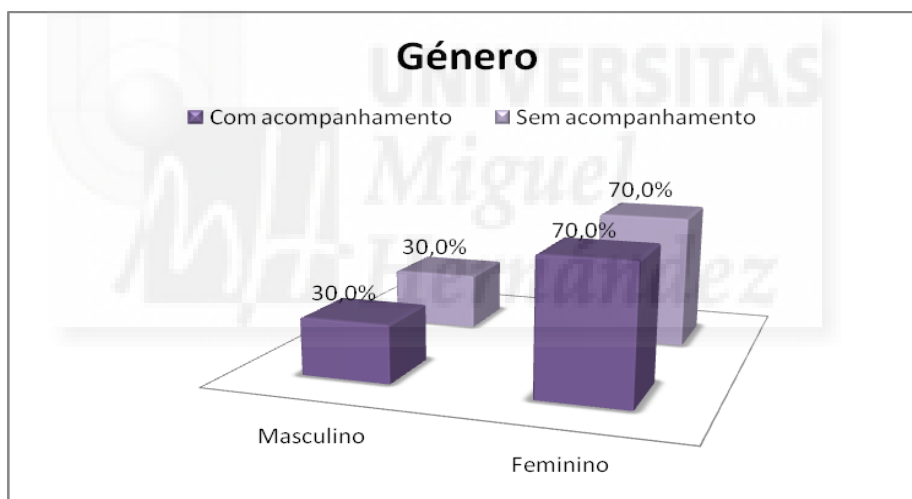


Gráfico 3: Gênero com / sem acompanhamento

Ao comparar o nível de acompanhamento tendo em conta o sexo, verifica-se que apresenta a mesma distribuição para ambos os sexos.

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	0,000	1	1,000		
Continuity Correction	0,000	1	1,000		
Likelihood Ratio	0,000	1	1,000		
Fisher's Exact Test				1,000	0,565
Linear-by-Linear Association	0,000	1	1,000		
N of Valid Cases	180				

	Frequência	%	% Acumulada
Analfabeto	48	26,7	26,7
Sabe ler e escrever	38	21,1	47,8
Instrução Primária	60	33,3	81,1
Ensino secundário	20	11,1	92,2
Licenciatura	14	7,8	100,0
Total	180	100,0	

Quadro 9: Escolaridade

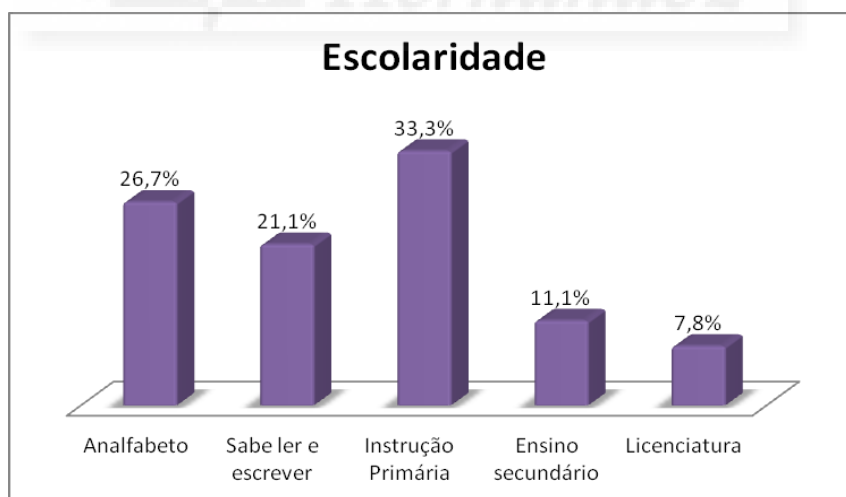


Gráfico 4: Escolaridade

		Acompanhamento		Total
		Sim	Não	
Escolaridade	Analfabeto	23 25,6%	25 27,8%	48 26,7%
	Sabe ler e escrever	25 27,8%	13 14,4%	38 21,1%
	Instrução Primária	28 31,1%	32 35,6%	60 33,3%
	Ensino secundário	7 7,8%	13 14,4%	20 11,1%
	Licenciatura	7 7,8%	7 7,8%	14 7,8%
	Total	90 100,0%	90 100,0%	180 100,0%

Quadro 10: Escolaridade com / sem acompanhamento

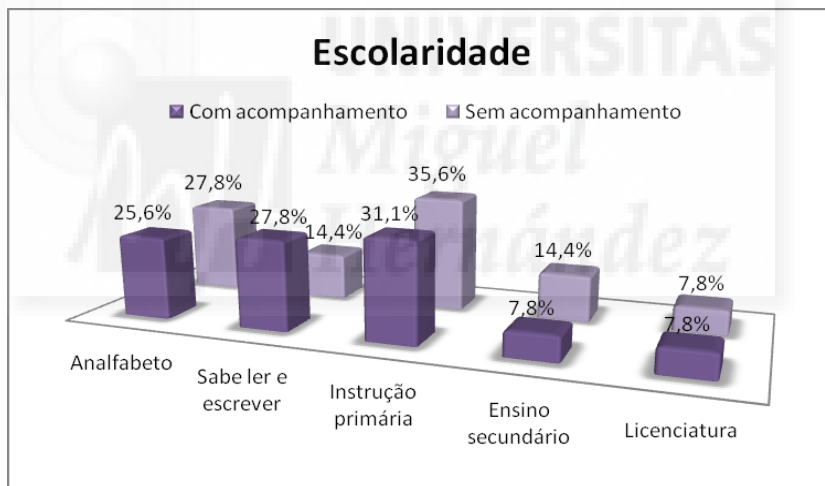


Gráfico 5: Escolaridade com / sem acompanhamento

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	5,939	4	0,204
Likelihood Ratio	6,033	4	0,197
Linear-by-Linear Association	0,736	1	0,391
N of Valid Cases	180		

As diferenças observadas não são estatisticamente significativas (teste de Independência do Qui-Quadrado, valor-p = 0,204).

	Frequência	%	% Acumulada
Casado	38	21,1	21,1
Divorciado	13	7,2	28,3
Solteiro	36	20,0	48,3
Viúvo	93	51,7	100,0
Total	180	100,0	

Quadro 11: Estado civil

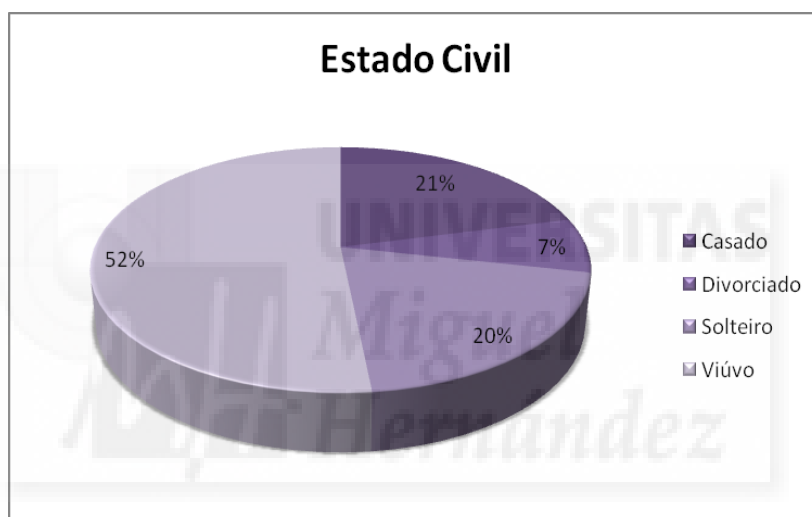


Gráfico 6: Estado civil

Estado Civil	Acompanhamento		
	Sim	Não	Total
Casado	27	11	38
	30,0%	12,2%	21,1%
Divorciado	10	3	13
	11,1%	3,3%	7,2%
Solteiro	10	26	36
	11,1%	28,9%	20,0%
Viúvo	43	50	93
	47,8%	55,6%	51,7%
Total	90	90	180
	100,0%	100,0%	100,0%

Quadro 12: Estado civil com / sem acompanhamento

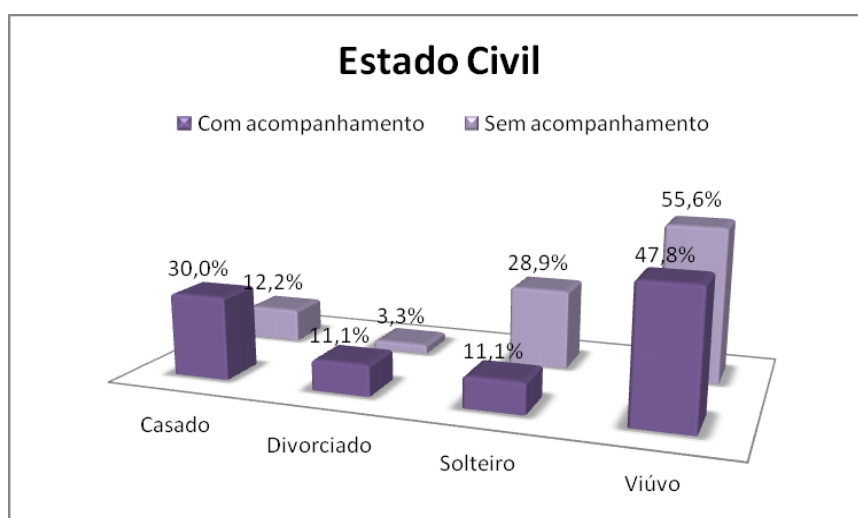


Gráfico 7: Estado civil com / sem acompanhamento

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	18,144	3	0,000
Likelihood Ratio	18,821	3	0,000
Linear-by-Linear Association	8,159	1	0,004
N of Valid Cases	180		

Pelo teste de Independência do qui-quadrado, verifica-se que estas diferenças são estatisticamente significativas (valor-p <0,001).

Se considerarmos o total de 180 idosos da nossa amostra no que diz respeito ao número de filhos, obtemos o quadro seguinte:

Nº de filhos	Frequência	%	% Acumulada
0	45	25,0	25,0
1	25	13,9	38,9
2	40	22,2	61,1
3	23	12,8	73,9
4	24	13,3	87,2
5	6	3,3	90,6
6	2	1,1	91,7
7	5	2,8	94,4
8	5	2,8	97,2
9	4	2,2	99,4
10	1	,6	100,0
Total	180	100,0	

Quadro 13: Número de filhos

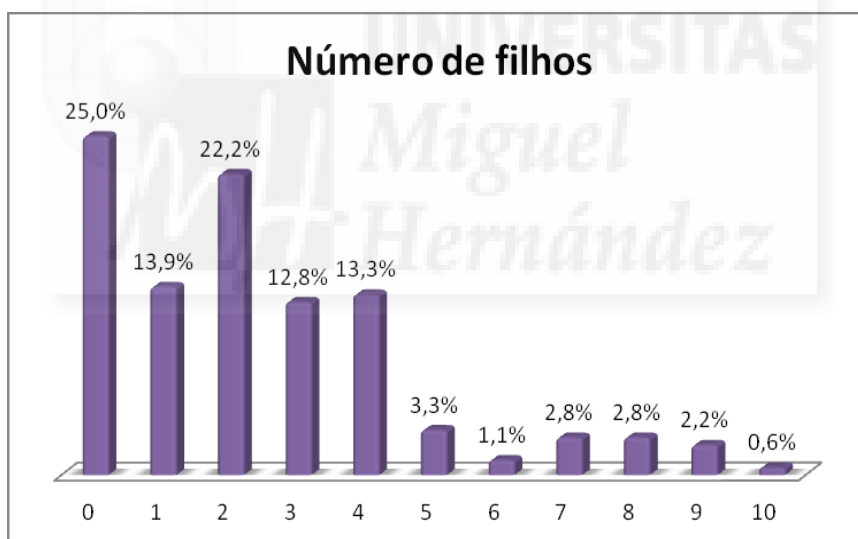


Gráfico 8: Número de filhos

N	Média ± Desvio padrão	Mínimo	Máximo
180	2,41 ± 2,298	0	10

Quadro 14: Desvio padrão - Nº de filhos

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	27.243	10	0,002
Likelihood Ratio	29,007	10	0,001
Linear-by-Linear Association	8,711	1	0,003
N of Valid Cases	180		

Ao fazer o teste do qui-quadrado, verifica-se que as diferenças observadas nos dois grupos de idosos relativamente ao número de 0 filhos são estatisticamente significativas (valor- p = 0,002), enquanto para os restantes grupos não se pode saber para uma diferença entre 5 e 10% é suficiente para ser estatisticamente significativa.

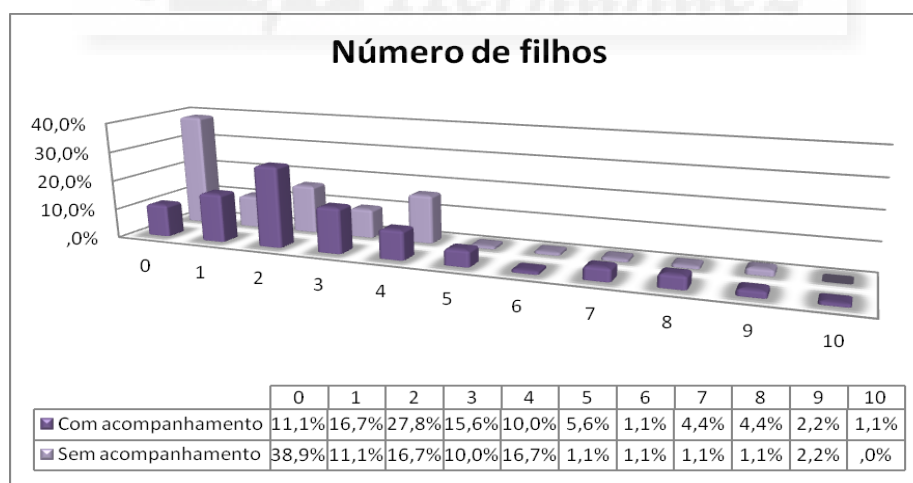


Gráfico 9: N° de filhos com / sem acompanhamento

Pelo primeiro gráfico, em que se teve em conta o total de 180 idosos, pode ver-se que 25% não têm filhos, seguindo-se os idosos com dois filhos, 22,2%. 62,2% Dos idosos têm entre 1 e 4 filhos.

	Frequência	%	% Acumulada
Dificuldade Auto cuidar-se	65	36,1	36,1
Falta de apoio da família	18	10,0	46,1
Falta de recursos financeiros	75	41,7	87,8
Não tem família	22	12,2	100,0
Total	180	100,0	

Quadro 15: Motivo de internamento

Tendo em conta o motivo de internamento obteve-se os seguintes resultados:

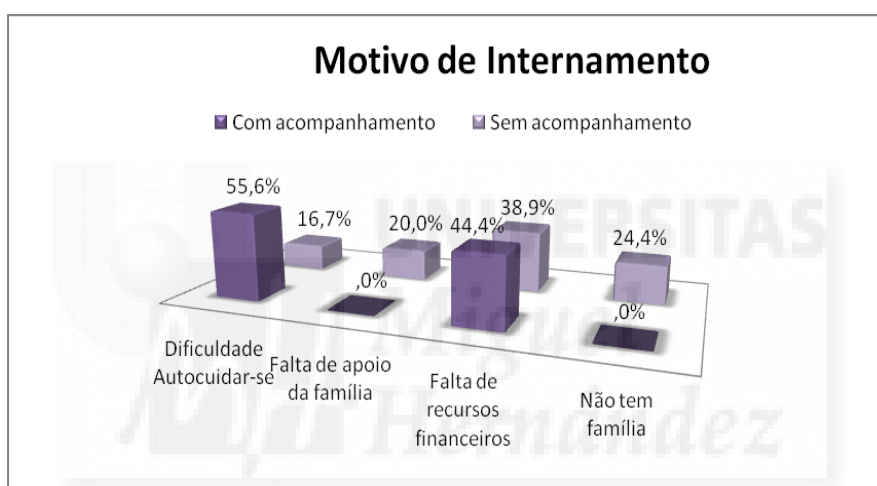


Gráfico 10: Motivo de internamento

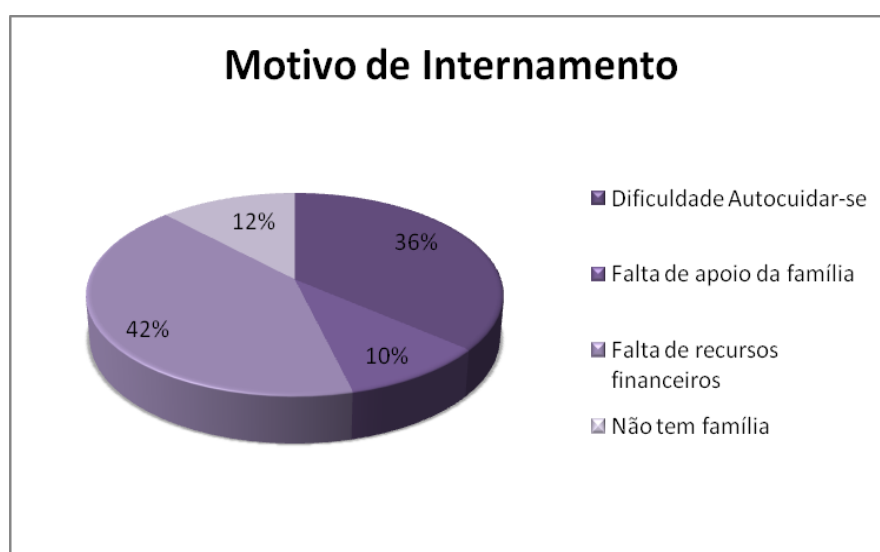


Gráfico 11: Motivo de internamento com / sem acompanhamento

		Acompanhamento		Total
		Sim	Não	
Motivo Internamento	Dificuldade Auto cuidar-se	50 55,6%	15 16,7%	65 36,1%
	Falta de apoio da família	0 0%	18 20,0%	18 10,0%
	Falta de recursos financeiros	40 44,4%	35 38,9%	75 41,7%
	Não tem família	0 0%	22 24,4%	22 12,2%
	Total	90 100,0%	90 100,0%	180 100,0%

Quadro 16: Motivo de internamento com/sem acompanhamento

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	59,179	3	0,000
Likelihood Ratio	75,668	3	0,000
Linear-by-Linear Association	25,711	1	0,000
N of Valid Cases	180		

Considerando a nossa amostra dos 180 idosos no que se refere ao tempo internamento, obtivemos os seguintes dados:

	Frequência	%	% Acumulada
1	64	35,6	35,6
2	43	23,9	59,4
3	25	13,9	73,3
4	15	8,3	81,7
5	9	5,0	86,7
6	7	3,9	90,6
7	12	6,7	97,2
8	4	2,2	99,4
9	1	,6	100,0
Total	180	100,0	

Quadro 17: Tempo de internamento

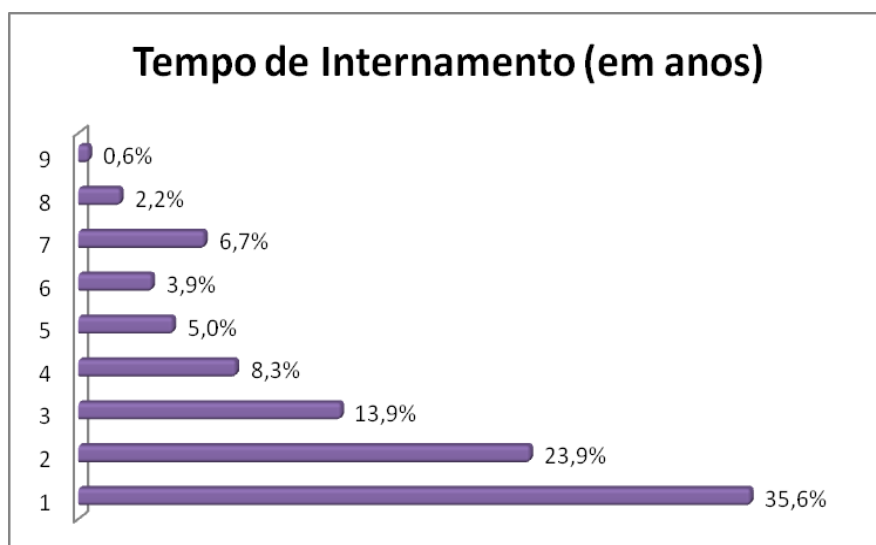


Gráfico 12: Tempo de internamento (em anos)

35,6% dos 180 idosos encontravam-se internados há 1 ano, 23,9% estavam internados há 2 anos e 13,9% há 3 anos.

N	Média ± Desvio padrão	Mínimo	Máximo
180	72,76 ± 2,020	1	9

Quadro 18: Desvio padrão – Tempo de internamento

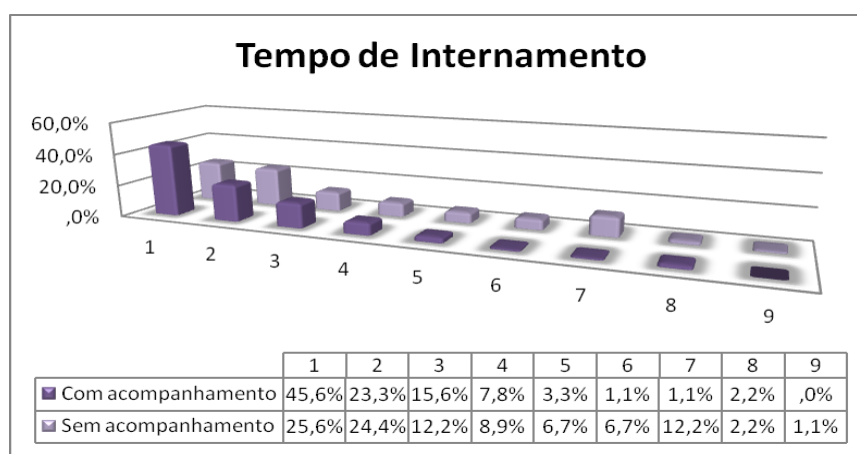


Gráfico 13: Tempo de internamento (em anos) com / sem acompanhamento

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig (2-sided)
Pearson Chi-Square	19.417	8	0,013
Likelihood Ratio	21,702	8	0,005
Linear-by-Linear Association	14,438	1	0,000
N of Valid Cases	180		

Ao efetuar o teste do qui-quadrado verifica-se diferenças significativas (valor-p = 0,013) nos dois grupos, quanto ao tempo a que se encontravam internados.

Para a totalidade de 180 idosos observados, na variável grupo etário obteve-se o quadro seguinte:

	Frequência	Porcentagem
50-54	1	0,6%
55-59	2	1,1%
60-64	3	1,7%
65-69	17	9,4%
70-74	41	22,8%
75-79	46	25,6%
80-84	43	23,9%
85-89	22	12,2%
90-94	5	2,8%

Quadro 19: Grupo etário

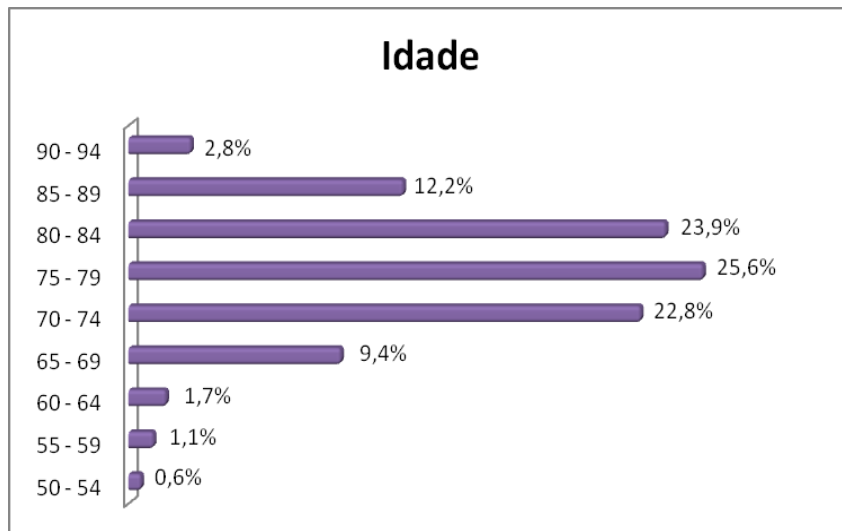


Gráfico 14: Grupo etário

N	Média ± Desvio padrão	Mínimo	Máximo
180	77,04 ± 6,953	52	91

Quadro 20: Desvio padrão – grupo etário

Para verificar se existiam diferenças significativas quanto à idade dos idosos institucionalizados foi efetuado o teste t de Student obtendo-se um valor-p = 0,940 o qual nos permite concluir que as idades médias são idênticas nos dois grupos com e sem acompanhamento.

Para a variável estatuto sócio-económico encontramos os seguintes resultados para o grupo dos 180 idosos considerados



Gráfico 15: Estatuto sócio-económico

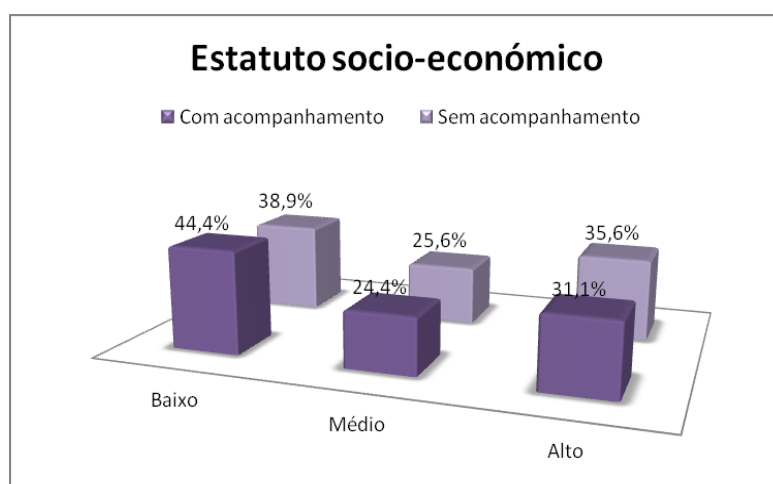


Gráfico 16: Estatuto sócio-económico com / sem acompanhamento

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	0,622	2	0,733
Likelihood Ratio	0,623	2	0,732
Linear-by-Linear Association	0,602	1	0,438
N of Valid Cases	180		

Pelo teste do qui-quadrado vemos que as diferenças observadas nas percentagens que constam do gráfico anterior, não são estatisticamente significativas (valor-p = 0,733).

Para os 180 idosos observados, obteve-se o gráfico seguinte na variável iniciativa de internamento:

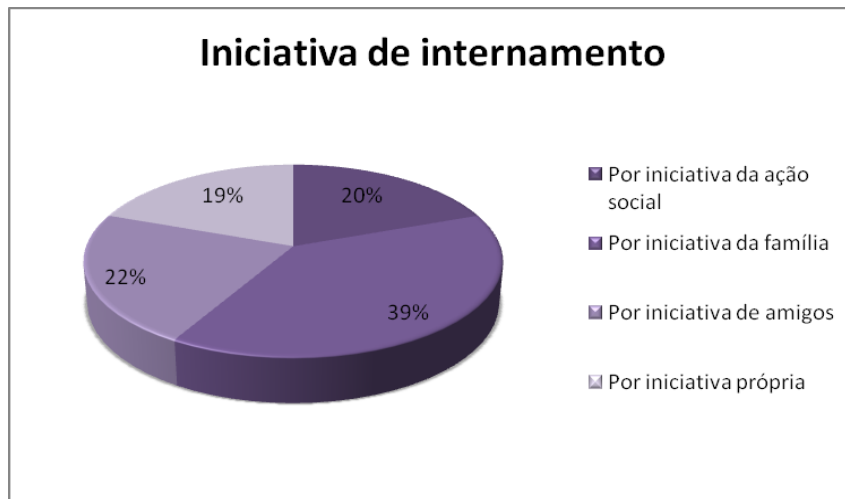


Gráfico 17: Iniciativa de internamento

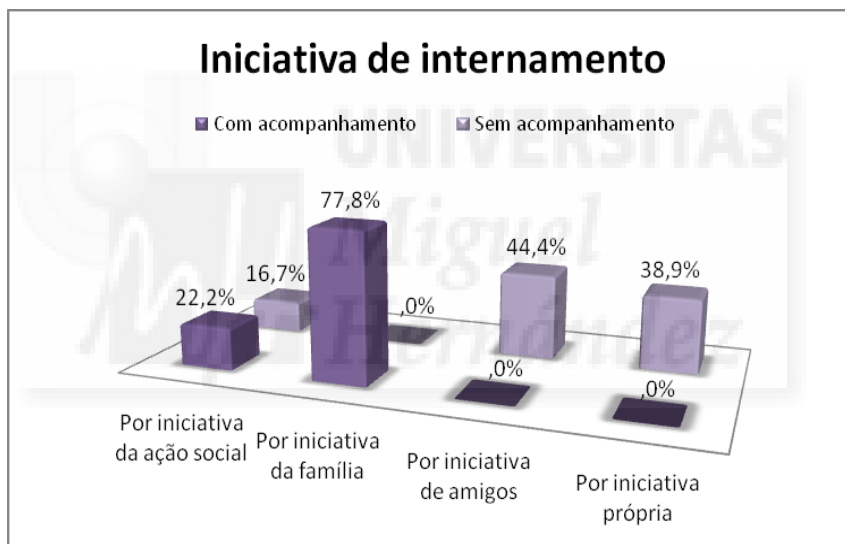


Gráfico 18: Iniciativa de internamento com / sem acompanhamento

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	145,714	3	0,000
Likelihood Ratio	201,729	3	0,000
Linear-by-Linear Association	71,573	1	0,000
N of Valid Cases	180		

Pela análise dos gráficos verificam-se diferenças estatisticamente significativas (valor-p <0,001)

Depressão nos Idosos - Análise resposta á escala de Yesavage

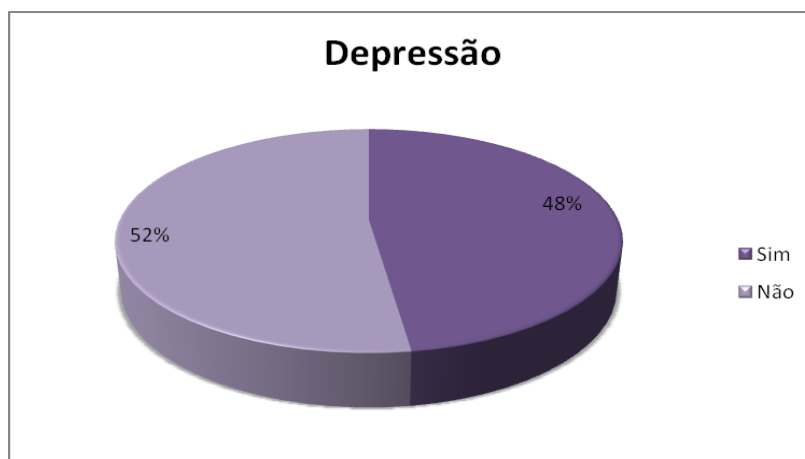


Gráfico 19: Depressão (escala Yesavage)

Depois de analisadas as respostas aos questionários sobre a depressão chegou-se à conclusão de que 52% dos idosos inquiridos não tem depressão.

	Depressão	Média ± Desvio padrão
Idade	Sim	76,59 ± 6,927
	Não	77,45 ± 6,988

Quadro 21: Desvio padrão – Idade com / sem depressão

Quer a idade média, quer o desvio-padrão são semelhantes para os idosos com e sem depressão. Para verificar se existiam diferenças significativas quanto à idade, foi efetuado o teste t de Student obtendo-se um valor-p = 0,412 o qual nos permite concluir que as idades médias são idênticas nos dois grupos.

São vários os estudos que demonstram que a idade, muitas vezes associada a outras condicionantes, doenças concomitantes, aumenta a depressão nos idosos. Ferreira (2005), num estudo que englobou 25 idosos, verificou que aqueles que possuíam idades maiores ou iguais a 85 anos apresentavam depressão grave na totalidade, daí o nosso interesse em avaliar esta variável.

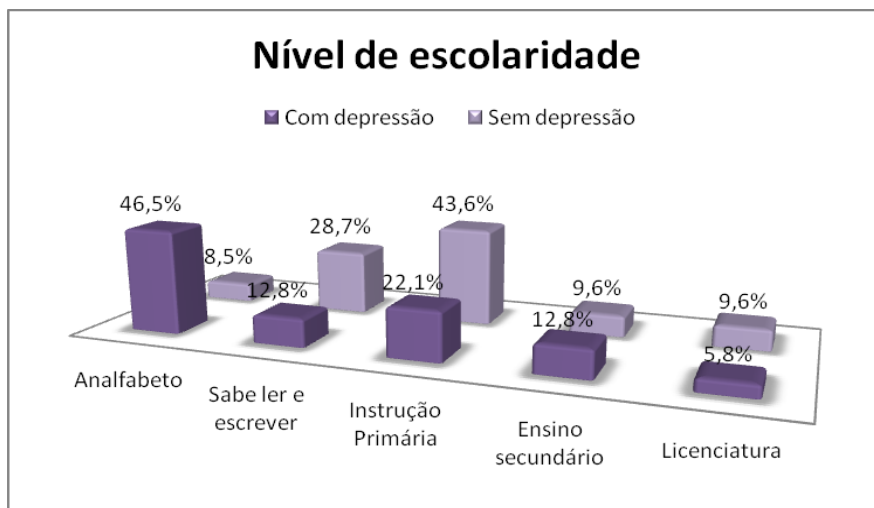


Gráfico 20: Nível de escolaridade com / sem depressão

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	37,198	4	0,000
Likelihood Ratio	39,501	4	0,000
Linear-by-Linear Association	12,576	1	0,000
N of Valid Cases	180		

Avaliando a variável da EDG - estado civil, obtivemos os seguintes resultados:

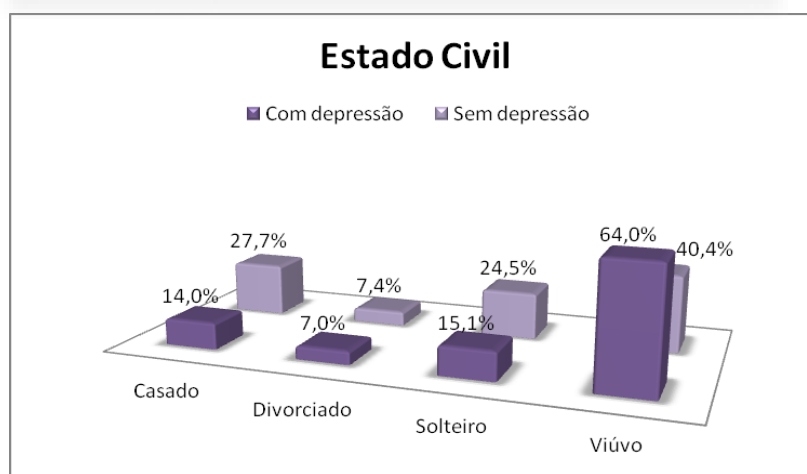


Gráfico 21: Estado civil com / sem depressão

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	10,786	3	0,013
Likelihood Ratio	10,942	3	0,012
Linear-by-Linear Association	8,238	1	0,004
N of Valid Cases	180		

Avaliando a variável da EDG – Estatuto sócio-económico, obtivemos os seguintes resultados:

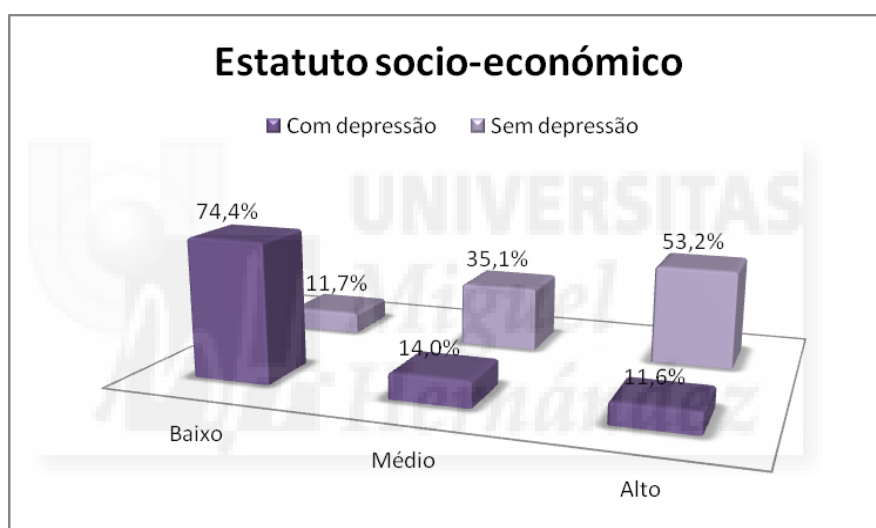


Gráfico 22: Estatuto sócio-económico com / sem depressão

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	73,710	2	0,000
Likelihood Ratio	80,385	2	0,000
Linear-by-Linear Association	65,361	1	0,000
N of Valid Cases	180		

A distribuição dos idosos pelas categorias de estatuto sócio-económico consideradas apresenta diferenças estatisticamente significativas (valor-p <0,001) no grupo com depressão quando comparado com o grupo sem depressão.

Analisando a variável da EDG – Acompanhamento, obtivemos os seguintes resultados:

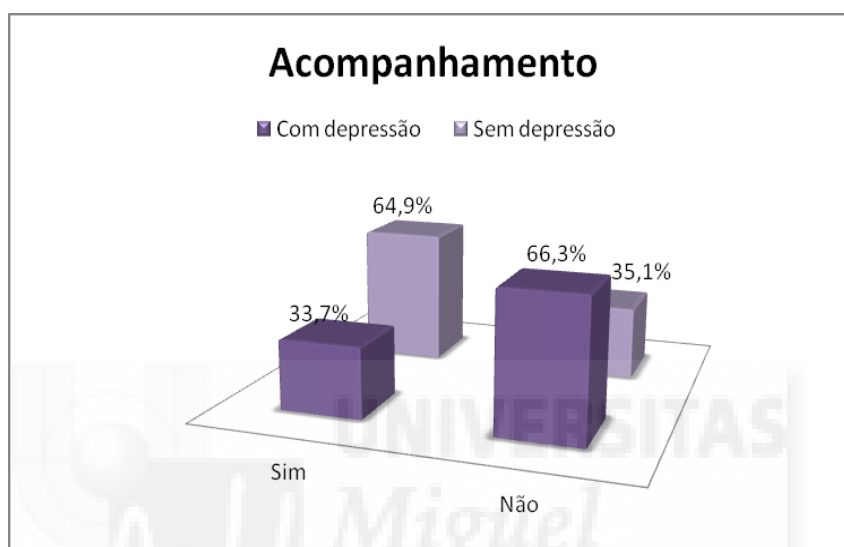


Gráfico 23: Acompanhamento com / sem depressão

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	17,457	1	0,000		
Continuity Correction	16,232	1	0,000		
Likelihood Ratio	17,753	1	0,000		
Fisher's Exact Test				0,000	0,000
Linear-by-Linear Association	17,360	1	0,000		
N of Valid Cases	180				

Comparando agora o diagnóstico de depressão, com o acompanhamento verifica-se que existem diferenças estatisticamente significativas (valor-p <0,001), o que é perfeitamente visível no gráfico: 66,3% dos idosos deprimidos não têm qualquer tipo de acompanhamento familiar, enquanto 64,9% dos idosos sem depressão são acompanhados pela família.

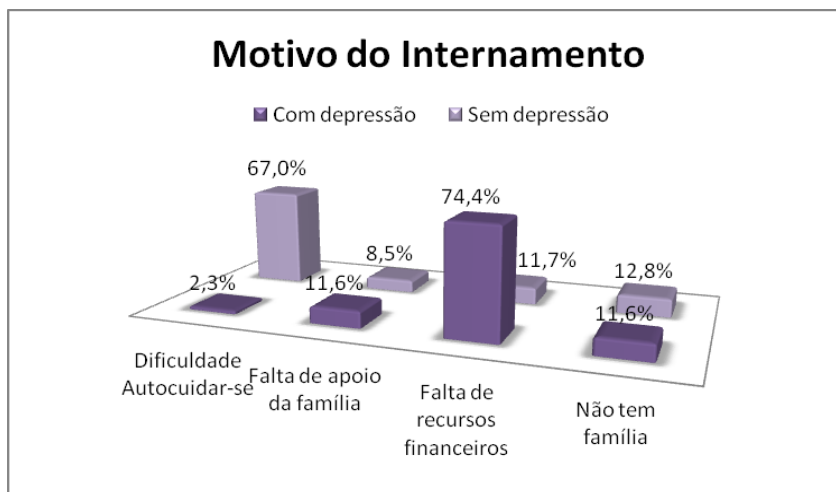


Gráfico 24: Motivo de internamento com / sem depressão

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	94,935	3	0,000
Likelihood Ratio	113,735	3	0,000
Linear-by-Linear Association	59,435	1	0,000
N of Valid Cases	180		

Existem diferenças estatisticamente significativas (valor-p <0,001) no motivo de internamento, tendo em conta o diagnóstico de depressão.

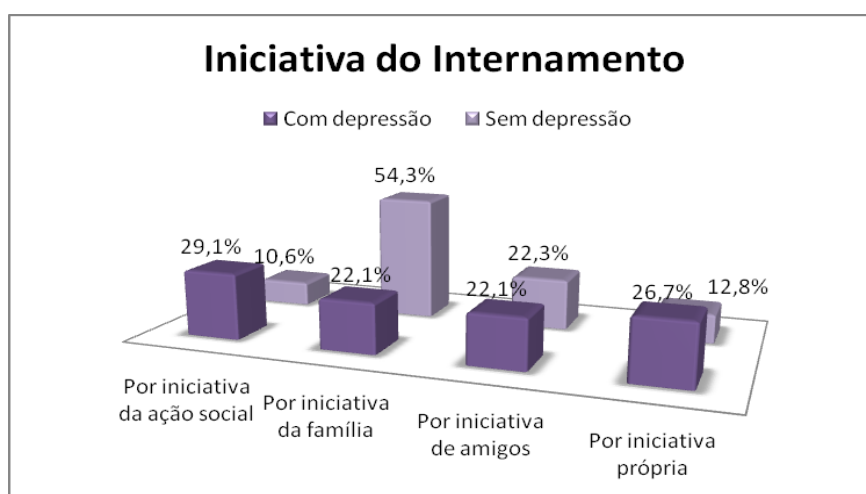


Gráfico 25: Iniciativa do internamento com / sem depressão

Chi-Square Test

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	24,307	3	0,000
Likelihood Ratio	25,088	3	0,000
Linear-by-Linear Association	0,377	1	0,539
N of Valid Cases	180		

Quando feita a comparação do diagnóstico de depressão tendo em conta a iniciativa do internamento, verifica-se que existem diferenças estatisticamente significativas (valor-p <0,001).

Analisando a variável da EGD – Género, obtivemos os seguintes resultados:

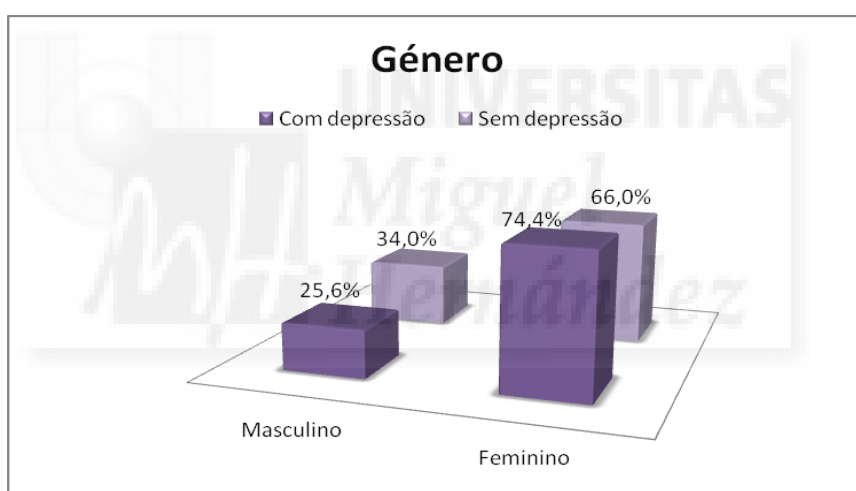


Gráfico 26: Género com / sem depressão

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	1,531	1	0,216		
Continuity Correction	1,155	1	0,283		
Likelihood Ratio	1,539	1	0,215		
Fisher's Exact Test				0,255	0,141
Linear-by-Linear Association	1,523	1	0,217		
N of Valid Cases	180				

Não podemos concluir que o Género influencie diagnóstico de depressão (valor-p = 0,255).

Analisando a variável da EDG – Nº de filhos, obtivemos os seguintes resultados:

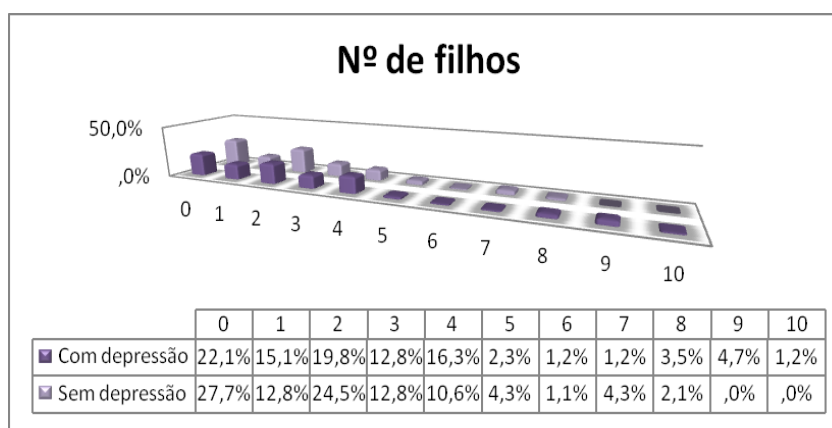


Gráfico 27: Número de filhos com / sem depressão

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	10,070	10	0,434
Likelihood Ratio	12,134	10	0,276
Linear-by-Linear Association	2,063	1	0,151
N of Valid Cases	180		

O diagnóstico de depressão é independente do número de filhos (valor-p = 0,434).

	Depressão	Média ± Desvio padrão
Nº de filhos	Sim	2,66 ± 2,533
	Não	2,17 ± 2,046

Quadro 22: Desvio padrão – Nº de filhos com / sem depressão

Analisando a variável da EGD – Acompanhamento, obtivemos os seguintes resultados:

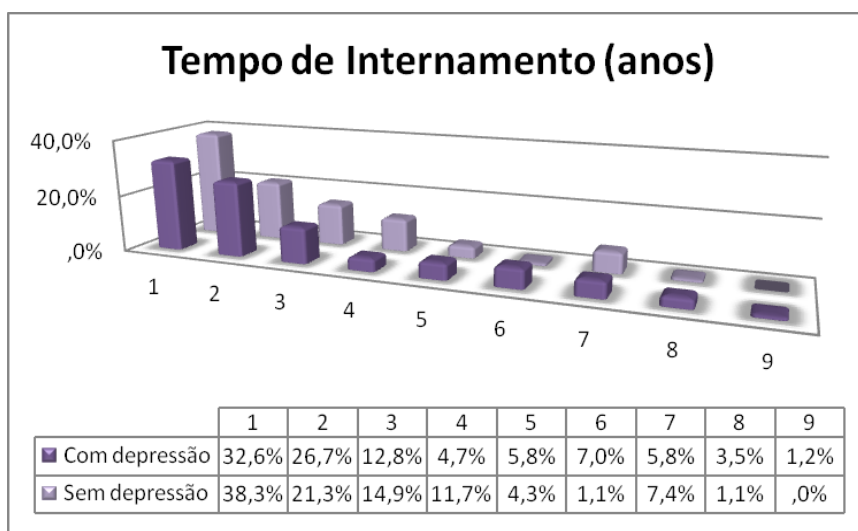


Gráfico 28: Tempo de internamento (em anos) com / sem depressão

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	10,517	8	0,231
Likelihood Ratio	11,456	8	0,177
Linear-by-Linear Association	1,154	1	0,283
N of Valid Cases	180		

Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas (valor-p = 0,231)

Tempo de internamento	Depressão		Média ± Desvio padrão
	Sim	Não	
			2,93 ± 2,179
			2,61 ± 1,862

Quadro 23: Tempo de internamento de idosos com / sem depressão

Foi realizada uma análise multivariada, a análise de regressão logística, com o objetivo de detetar, de entre as variáveis que constituem a base de dados quando analisadas simultaneamente, as que se relacionam de modo significativo com a

depressão (variável resposta). O método escolhido para a construção do modelo foi o “Backward Wald”, e o nível de significância utilizado foi de 0,05.

Análise de Regressão Logística:

O resultado da Análise de Regressão Logística permite concluir que a variável “Acompanhamento” é uma variável importante no estudo da depressão nos idosos. Os idosos sem acompanhamento apresentam um risco de revelar sintomas de depressão de 3,63. Ou seja, a probabilidade de um idoso sem acompanhamento revelar sintomas de depressão é 3,63 vezes maior do que a probabilidade correspondente nos idosos que possuam acompanhamento familiar.

Na variável escolaridade, pode-se concluir na categoria “Analfabeto” que um idoso com analfabetismo apresenta um risco de revelar sintomas de depressão de 9,0 quando comparado com os que têm maior instrução. A mesma conclusão pode ser tirada para os que sabem ler e escrever possuindo um risco de 6,11 quando comparado com os que têm maior escolaridade. Por outras palavras, podemos concluir que a probabilidade de um analfabeto revelar sintomas de depressão é cerca de 9 vezes maior do que a de um idoso com maior escolaridade; do mesmo modo se pode concluir que a probabilidade de um idoso que sabe ler ou escrever é cerca de 6,11 vezes maior do que a de um idoso com maior escolaridade. A maior escolaridade é, pois, um fator protetor para a depressão nos idosos internados.

Por outro lado, verifica-se que o estado civil “Solteiro” é um fator protetor para a depressão quando comparado com os viúvos sendo a odds ratio estimada igual a 0,15.

O estatuto sócio-económico médio é também protetor para a depressão, quando comparado com o estatuto sócio-económico alto, apresentando uma odds ratio estimada de 0,02.

Na variável “Iniciativa de internamento” as categorias “Família” e “Amigos” são fator protetor para a depressão (odds ratio = 0,24 e odds = 0,35, respetivamente). Já a categoria “Ação social” é fator de risco para a depressão tendo um risco estimado de 3,44, isto é, um idoso que seja internado por iniciativa da Ação Social tem 3,44 mais vezes de apresentar sintomas de depressão do que um idoso que foi internado por iniciativa própria.

Variáveis

Variável dependente:

- Depressão

Variáveis independentes:

- Sexo
- Idade
- Escolaridade
- Estado civil
- Nº de filhos
- Motivo do internamento
- Acompanhamento
- Tempo de internamento
- Estatuto socioeconómico
- Iniciativa do internamento

A seguir será apresentada uma tabela onde são representadas as variáveis que ficaram no modelo, cuja influência na depressão é significativa para o estudo. São também apresentadas as estatísticas básicas, as respetivas odds ratio estimadas e os respetivos valor-p, assim como os intervalos a 95% de confiança para as odds ratio.

Variáveis		Com depressão (n=86)	Sem depressão (n=94)	Odds ratio (IC95%)	Valor de p
Sem acompanhamento		57 (66,3%)	33 (35,1%)	3,63 (1,88; 7,07)	<0,0001
Escolaridade	Analfabeto	40 (46,5%)	8 (8,5%)	9,0 (2,38; 34,06)	<0,0001
	Sabe ler e escrever	11 (12,8%)	27 (28,7%)	6,11 (0,99;37,51)	0,051
Estado civil (Solteiro)		13 (15,1%)	23 (24,5%)	0,15 (0,05; 0,48)	0,001
Estatuto sócio-económico (Médio)		12 (14,0%)	33 (35,1%)	0,02 (0,0; 0,13)	<0,0001
Iniciativa de internamento	Ação social	25 (29,1%)	10 (10,6%)	3,44 (1,45; 8,34)	0,002
	Família	19 (22,1%)	51 (54,3%)	0,24 (0,12; 0,48)	<0,0001
	Amigos	19 (22,1%)	21 (22,3%)	0,35 (0,11; 1,11)	0,074

Quadro 24: Variáveis independentes

Para a variável “Acompanhamento” e para as categorias “Analfabeto” da variável “Escolaridade”, “Iniciativa da ação social” e “Iniciativa da família” da variável “Iniciativa de internamento” as odds ratio e os respetivos valores-p foram calculados individualmente e à parte. O motivo reside no facto de a distribuição de dados pelas categorias ser muito irregular.

CAPITULO 7 - DISCUSSÃO E ANÁLISE ESTATÍSTICA

Este capítulo tem por objetivo discutir os dados apresentados no capítulo anterior de forma a responder ou não aos objetivos propostos no início do trabalho, assim sendo passamos a apresentar os resultados obtidos na análise dos gráficos das variáveis estudadas.

Quanto ao **gênero** foi encontrado pontuações de depressão mais altas, 70% em mulheres, como já era um dado esperado, pois este é um aspeto relatado noutros trabalhos, nos quais as mulheres são mais vulneráveis ao desenvolvimento de transtornos depressivos na velhice (Lenze et al., 2001) contribuindo para isso a alta taxa de viuvez e de isolamento social entre as mulheres e também a insuficiência ovariana após a menopausa. Além disso, as mulheres tendem a apresentar menor dificuldade de admitir a presença de sintomas psicológicos que os homens.

Tendo em conta a componente social existem várias explicações para as diferenças de género na prevalência de sintomas depressivos nos idosos. Em primeiro lugar, as mulheres idosas podem ter maior prevalência de sintomatologia depressiva porque têm maior prevalência dos conhecidos fatores de risco sociais e de saúde: as mulheres idosas tendem a ter níveis mais baixos de educação e de rendimentos, quando comparadas com os homens das mesmas faixas etárias. Os nossos achados confirmam-no, pois no que concerne às **habilitações** os dados apontam para uma maior percentagem de deprimidos com **instrução primária** tanto nos idosos acompanhados 31,1%, como nos idosos sem acompanhamento 35,6%, o que corrobora com a bibliografia consultada (Zunzunegui et al., 1998) arriscam a afirmar que já é notória uma tendência para a inversão dos fatores anteriormente apontados pelo autor nomeadamente ao nível da formação e dos rendimentos no género feminino, o que no nosso trabalho não se confirmou essa tendência.

Quanto ao **estado civil**, podemos verificar que a distribuição dos idosos pelas categorias consideradas de estado civil, não é idêntica nos que têm acompanhamento e nos que não têm qualquer acompanhamento: 30% dos idosos com acompanhamento são casados, enquanto apenas 12,2% dos idosos que não têm qualquer acompanhamento são casados; entre os idosos que não têm qualquer acompanhamento, 28,9% são solteiros, enquanto entre os idosos com acompanhamento esta percentagem é, apenas, de 11,1%. Pelo teste de Independência do qui-quadrado, verifica-se que estas diferenças são estatisticamente significativas (valor-p <0,001). Pode ver-se pelo gráfico nº7 que predominam os viúvos e que, quando comparado, verifica-se que a maioria dos idosos que não são acompanhados são “Solteiros” ou “Viúvos”.

Relativamente á variável **número de filhos**, comparando o número de filhos de idosos com e sem acompanhamento verifica-se que 39,9% dos idosos sem acompanhamento não tem nenhum filho, enquanto nos idosos com acompanhamento esta percentagem é de 11,1%. Ao fazer o teste do qui-quadrado, verifica-se que as diferenças observadas nos dois grupos de idosos relativamente ao número de 0 filhos são estatisticamente significativas (valor- p = 0,002), enquanto para os restantes grupos não se pode saber para uma diferença ente 5 e 10% é suficiente para ser estatisticamente significativa.

No grupo de idosos sem acompanhamento, **o motivo de internamento** predominante é a falta de recursos financeiros (38,9%), enquanto no grupo com acompanhamento o motivo predominante é a dificuldade em Auto cuidar-se (55,6%); no entanto, 44,4% dos idosos com acompanhamento, também foram internados por falta de recursos financeiros.

Relativamente á variável **tempo de internamento**, ao efetuar o teste do qui-quadrado verifica-se diferenças significativas (valor-p = 0,013) nos dois grupos, quanto ao tempo a que se encontravam internados. No grupo com acompanhamento, 45,6% estavam internados há 1 ano e 23,3% há 2 anos. No grupo de idosos sem

acompanhamento, 25,6% estavam internados há 1 ano e 24,4% há 2 anos. Neste grupo, é de salientar que 12,2% estavam internados há 7 anos.

No que diz respeito ao **estatuto sócio-económico**, **38,9%** dos idosos que **não têm acompanhamento** apresenta um estatuto sócio-económico baixo, o que vai de encontro á situação atual que os idosos vivem em Portugal, estando associado ao fato da principal fonte de rendimento dos idosos ser a pensão ou reforma; 84,1% dos pensionistas de velhice da Segurança Social têm uma pensão menor que 500 Euros e os pensionistas da CGA, apenas 21% têm pensões abaixo dos 500 Euros, apenas 6% dos pensionistas da Segurança social têm pensão superior a 1000, enquanto 50% dos pensionistas da CGA têm pensões acima de 1000 Euros. Nos nossos achados **35,6%** da população idosa **sem acompanhamento** apresenta um estatuto **sócio-económico alto**, sendo uma diferença de apenas **3,3%**.

Enquanto no grupo dos idosos **com acompanhamento** estas percentagens são de **44,4% estatuto sócio-económico baixo** e **31,1% com estatuto sócio-económico alto**, sendo uma diferença muito superior na ordem dos **13,3%**, comparativamente ao grupo dos não acompanhados. Em Portugal, a população idosa é um dos grupos mais desfavorecidos em termos económicos, a população com 65 e mais anos, de acordo com fontes comunitárias, apresentava, para o ano de 2009, uma taxa de risco de pobreza (considerada como abaixo de 60% do rendimento mediano) de 21,0% depois das transferências sociais, valor ligeiramente superior ao registado em 2008, de 20,1% e superior à média comunitária (17,8%); conforme se vai avançando nas idades, o agravamento do risco da pobreza é maior, apresentando a população de 75 e mais anos um risco de pobreza que atinge 24,4%, sendo na UE apenas de 20,3%, justificando assim os achados na população de idosos madeirenses estudados.

Pelo gráfico nº 18 é possível verificar que os **motivos de internamento**, ou seja 77,8% dos idosos com acompanhamento foram internados “Por iniciativa da família”. Por este achado, constatamos através da bibliografia consultada que a institucionalização é entendida como necessária, pois as famílias não podem responsabilizar-se pelo cuidado ao seu idoso (Souza et al., 2011). Pois à medida que os

pais envelhecem, exigem cada vez mais atenção e cuidados e, quer vivam sós ou com os filhos, cuidar deles é uma tarefa permanente que exige muito dos filhos. Para os descendentes dos idosos institucionalizados, quando todos os recursos se esgotaram, a integração dos seus pais/mães no lar apresentou-se como a única alternativa para a resolução do problema que tinham em mãos. Ainda que os filhos estejam determinados a fazer tudo o que é possível para ajudar os seus pais idosos, frequentemente, a integração em lares de idosos responde de forma mais apropriada às necessidades sentidas pelos pais (Luísa Pimentel, 2005). Enquanto no grupo de idosos sem acompanhamento, 83,3% foram internados por iniciativa de amigos ou por iniciativa própria.

Depressão nos Idosos - Análise resposta á escala de Yesavage

Depois de analisadas as respostas aos questionários sobre a depressão chegou-se à conclusão de que 52% dos idosos inquiridos não tem depressão.

Depressão/Nível de escolaridade

Comparando o diagnóstico de depressão tendo em conta o nível de escolaridade, pelo teste do Qui-quadrado, podemos concluir que existem diferenças estatisticamente significativas (valor-p <0,001). Pode ver-se pelo gráfico nº20., que nos idosos com depressão predominam as escolaridades baixas ou até mesmo o analfabetismo enquanto aqueles que não têm depressão já apresentam um maior nível de escolaridade.

No presente estudo, relativamente ao nível de escolaridade, podemos concluir que a probabilidade de um analfabeto revelar sintomas de depressão é cerca de 9 vezes maior do que a de um idoso com maior escolaridade obteve-se um alto

escore na Escala de Depressão Geriátrica. Reforçando esse fator, verifica-se que a escolaridade foi uma das variáveis mais consistentemente associada com a intensidade de depressão. Essa associação ocorre de forma inversa: quanto maior a escolaridade, menor a intensidade de sintomas psicológicos ou de somatizações. A escolaridade é pois um fator de proteção na depressão dos idosos institucionalizados. Para Souza MCMR, Paulucci (2011), sua expressão demonstrou uma relação entre menor escolaridade e maior número de idosos deprimidos.

Depressão/Estado civil

No que diz respeito ao diagnóstico de depressão tendo em conta o estado civil, é possível verificar que existem diferenças significativas (valor-p = 0,013, pelo teste do qui-quadrado). O gráfico mostra que 64% dos idosos com depressão estão, no momento do inquérito, viúvos. Esta percentagem é de 40,4% nos idosos sem depressão. A percentagem de “Casados” é de 14% nos idosos com depressão e 27,7% nos idosos sem depressão. Os dados fornecem, pois, evidência de que o facto de o idoso ser viúvo favorece o aparecimento da depressão.

Depressão/Estatuto sócio-económico

Na comparação do estatuto sócio-económico tendo em conta o diagnóstico de depressão, pode verificar-se pelo gráfico nº 22 em que 74,4% dos idosos deprimidos têm um estatuto sócio-económico baixo. Por outro lado, 53,2% dos idosos sem depressão apresenta um estatuto sócio-económico alto. A distribuição dos idosos pelas categorias de estatuto sócio-económico consideradas apresenta diferenças estatisticamente significativas (valor-p <0,001) no grupo com depressão quando comparado com o grupo sem depressão.

É possível ver pelo gráfico nº 24, que 74,4% dos idosos deprimidos deu como motivo para o internamento a “Falta de recursos financeiros”, enquanto o principal

motivo do internamento para os idosos sem depressão é a “Dificuldade em autocuidar-se”.

Depressão/motivo de internamento

Existem diferenças estatisticamente significativas (valor-p <0,001) no motivo de internamento, tendo em conta o diagnóstico de depressão. A Instituição é referida por alguns autores como fator de risco para a depressão em idosos, (Bergdahl et al., 2007).

(Lawton, 2001), refere que os idosos que ingressam em lares de terceira idade experienciam muitas perdas, as quais representam grandes mudanças de vida que podem ser desmoralizantes para alguns moradores. Os residentes podem sofrer perdas psicológicas profundas relacionadas com a independência, a liberdade, a autonomia e a própria privacidade.

O ambiente físico do lar, as grandes variações das equipas com pouca formação e a variação de características socioeconómicas e culturais podem criar uns ambientes propícios a mal entendidos e conflitos. A obrigatoriedade de viver numa instituição total, (Hyer, 2005), á mercê da equipa de cuidadores, de horários estabelecidos para as refeições, de horários para acordar, deitar, tomar banho, para atividades de lazer podem reforçar o sentimento de dependência e de desesperança.

Nas primeiras semanas após a admissão no lar os idosos sentem-se muitas vezes deslocados, vulneráveis e abandonados, passando a risco de depressão a ser considerável. A instituição pode portanto ser um evento desencadeante de sintomas depressivos, (Bergdahl et al., 2007) muito mais acentuado se não existir apoio familiar para ajudar a enfrentar esta nova etapa da vida, condicionada pelas limitações impostas pela evolução natural da condição humana.

Depressão/Iniciativa de internamento

O gráfico nº 25 mostra que 54,3% dos idosos sem depressão fez o internamento “Por iniciativa da família”. No entanto, entre os idosos com depressão, embora não exista uma categoria que se destaque claramente, podemos ver que 29,1% indicam “Por iniciativa da ação social” e 26,7% indicam “Por iniciativa própria”.

Depressão/Género

Não podemos concluir que o Género influencie diagnóstico de depressão (valor-p = 0,255). Conforme podemos observar no gráfico nº26, a proporção de mulheres na amostra de idosos com depressão é de 74,4% e na amostra de idosos sem depressão é de 66%. No entanto, esta diferença não é estatisticamente significativa.

Ao analisar no gráfico referido anteriormente, os resultados obtidos são coincidentes com outras investigações, em que o género influencia a depressão em que o sexo feminino apresenta 74%, enquanto o sexo masculino é de apenas 25,6%. Várias explicações têm sido avançadas para as diferenças de género na prevalência de sintomas depressivos nos idosos, onde se refere que as mulheres idosas podem ter maior prevalência de sintomatologia depressiva porque têm uma maior prevalência dos fatores de risco sociais e de saúde: as mulheres idosas tendem a se menos cultas e detentoras de baixos rendimentos, bem como de níveis mais elevados de comorbilidade e deficiência que os homens em idades comparáveis. As mulheres também são conhecidas com a maior tendência para relatar mais sintomas que os homens (Wilhelm et al., 2002), incapacidade física ou falta de saúde, sendo também detentoras de uma maior longevidade.

Depressão/Tempo de internamento

Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas (valor-p = 0,231) quando se compara o tempo de internamento no grupo de idosos com depressão com o grupo de idosos sem depressão. 32,6% Dos idosos com depressão estão internados há 1 ano e 26,7% há 2 anos. No grupo de idosos sem depressão, 38,3% estão internados há 1 ano e 21,3% há 2 anos.

7.1 CONCLUSÕES

Dos resultados analisados podemos concluir o seguinte:

Acompanhamento / Não acompanhamento

- Não existem diferenças na distribuição de homens e mulheres em relação ao acompanhamento, os dois são exatamente iguais, apresentam a mesma distribuição.
- Ao nível das habilitações também não se encontram diferenças entre os sujeitos que têm acompanhamento, comparativamente aos sujeitos que não tem acompanhamento;
- Em relação ao estado civil, verificamos que existem diferenças entre o grupo de casados e o grupo dos solteiros, sendo que os casados estão mais acompanhados e os solteiros menos acompanhados;
- ***Verificamos que o grupo de idosos que não têm filhos indica um nível muito maior de acompanhamento.*** Parece que no grupo dos acompanhados é mais frequente ter dois filhos, enquanto no grupo dos não acompanhados verifica-se ser mais frequente ter 4 filhos. Existem diferenças significativas claras no grupo de 0 filhos, o que já não pode ser claramente observado nos restantes grupos com diferenças entre os 5 e 10%;

- No grupo dos acompanhados os únicos motivos indicados para serem internados, são as dificuldades em Auto cuidar-se e a falta de recursos financeiros, enquanto no grupo dos não acompanhados os motivos são mais distribuídos, por esta ordem: Falta de recursos financeiros, não têm família e dificuldade em Auto cuidar-se;
- A maioria dos que dizem que têm acompanhamento, estão internados acerca de 1 ano, enquanto os sem acompanhamento estão internados entre 1 e 4 anos, sendo em resumo entre 1 e 2 anos uma percentagem similar de 1 ano entre um grupo e outro;
- A distribuição das idades é equivalente para os dois grupos;
- Estatuto sócio-económico não apresenta diferenças significativas entre os dois grupos, acompanhados e não acompanhados;
- No que se refere á iniciativa de internamento, os que têm acompanhamento são internados por iniciativa dos familiares, enquanto o outro grupo é mais por iniciativa própria, ou, por iniciativa dos amigos.

Depressão

- A proporção de idosos deprimidos é aproximadamente de 52%
- Não apresentam diferenças em função da idade;
- A maior parte dos depressivos (aproximadamente a metade) são analfabetos. Enquanto os não depressivos na maioria têm instrução primária.
- Quanto ao estado civil, são os viúvos que apresentam maior depressão cerca de 40,4%, seguidos dos casados com 27,7%.

- Do ponto de vista sócio-económico os que apresentam níveis mais baixos são os que apresentam uma maior proporção de depressivos, enquanto os que possuem maiores recursos económicos, apresentam menor percentagem de deprimidos.

Após a elaboração deste estudo acerca da depressão no idoso institucionalizado com e sem acompanhamento família, as variáveis que ficaram no modelo, cuja influência na depressão é significativa para o estudo são apresentadas resumidamente a seguir:

- Quanto ao **género** o encontro de pontuações mais altas em mulheres é um dado esperado. Denota-se um maior predomínio do sexo Feminino na amostra (70%).
- Quando feita a comparação do diagnóstico de depressão tendo em conta a *iniciativa do internamento*, verifica-se que existem diferenças estatisticamente significativas, em que 54,3% dos idosos sem depressão fez o internamento “Por iniciativa da família”. No entanto, entre os idosos com depressão, embora não exista uma categoria que se destaque claramente, podemos ver que 29,1% indicam “Por iniciativa da ação social” e 26,7% indicam “Por iniciativa própria”.
- O diagnóstico de depressão é *independente do número de filhos*, verificou-se que as percentagens de idosos nos dois grupos são semelhantes seja qual for o número de filhos que se considere.

O resultado da Análise de Regressão Logística permite concluir que a variável “Acompanhamento” **é uma variável importante no estudo da depressão nos idosos.**

Os idosos **sem acompanhamento** apresentam um risco de revelar sintomas de depressão de **3,63**. Ou seja, *a probabilidade de um idoso sem acompanhamento*

revelar sintomas de depressão é 3,63 vezes maior do que a probabilidade correspondente nos idosos que possuam acompanhamento familiar.

Na variável escolaridade, pode-se concluir na categoria “Analfabeto” que um idoso com analfabetismo apresenta um risco de revelar sintomas de depressão de 9,0 quando comparado com os que têm maior instrução. A mesma conclusão pode ser tirada para os que sabem ler e escrever possuindo um risco de 6,11 quando comparado com os que têm maior escolaridade.

Por outras palavras, podemos concluir que a probabilidade de um analfabeto revelar sintomas de depressão é cerca de 9 vezes maior do que a de um idoso com maior escolaridade; do mesmo modo se pode concluir que a probabilidade de um idoso que sabe ler ou escrever é cerca de 6,11 vezes maior do que a de um idoso com maior escolaridade. *A maior escolaridade é, pois, um fator protetor para a depressão nos idosos internados.*

Por outro lado, verifica-se que o *estado civil “Solteiro”* é um fator protetor para a depressão quando comparado com os viúvos sendo a odds ratio estimada igual a 0,15.

O estatuto sócio-económico médio é também protetor para a depressão, quando comparado com o estatuto sócio-económico alto, apresentando uma odds ratio estimada de 0,02.

Na variável “*Iniciativa de internamento*” as categorias “*Família*” e “*Amigos*” são fator protetor para a depressão. Já a categoria “*Ação social*” é fator de risco para a depressão tendo um risco estimado de 3,44, isto é, um idoso que seja internado por iniciativa da *Ação Social tem 3,44 mais vezes de apresentar sintomas de depressão do que um idoso que foi internado por iniciativa própria.*

CAPITULO 8 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

Portugal, de acordo com os Censos 2011, as projeções oficiais disponíveis indicam uma dinâmica populacional sem precedentes na história portuguesa, com um crescente peso das populações séniores e uma redução do peso da população ativa. O efeito cumulativo da diminuição das taxas de mortalidade e de natalidade ao longo de várias décadas tem vindo a alterar o perfil demográfico da população portuguesa, cujo traço mais marcante é o progressivo envelhecimento da sociedade portuguesa - A relação entre o número de idosos e jovens traduziu-se, em 2010, num índice de envelhecimento de 118 idosos por cada 100 jovens (112 em 2006). O índice de dependência é um indicador relevante para o domínio dos cuidados aos idosos e Portugal apresentava, em 2009, uma das maiores taxas de dependência na UE, com um valor de 26,3. O peso dos idosos e dos grandes idosos na estrutura populacional tem vindo a aumentar de forma significativa, devido, por um lado, à diminuição dos nascimentos e, por outro, ao aumento da esperança de vida. O número de idosos com mais de 80 anos passou de 340,0 milhares, em 2000, para 484,2 milhares, em 2010.

Quanto às projeções demográficas, segundo o estudo do INE denominado “Projeções de População residente em Portugal: 2008-2060”, constata-se que a população com mais de 15 anos deverá crescer até 2040 mas a população ativa deverá diminuir na década de 20; a população com CEPCEP – Relatório Final «O Envelhecimento da População» mais de 65 anos deverá aumentar de 19% em 2011 para 32% em 2050 e 2060; por outro lado, a população com mais de 80 anos deverá ultrapassar o valor de 1 milhão na década de 40, atingindo 1,3 milhões no final do período de projeção. O peso da população idosa (65+ anos) no total aumenta de 19,2% em 2011 para 32,3% em 2060.

A evolução das estruturas familiares é um dos fatores proeminentes de mudança nas sociedades contemporâneas colocando novos desafios em termos de necessidades sociais e à organização das respostas públicas e privadas com vista à

promoção do bem-estar individual e coletivo no processo de envelhecimento. Em Portugal, como em muitos países do Mediterrâneo, os familiares (mulheres, pais, maridos) formam o grosso dos cuidadores das pessoas idosas com dificuldades nas atividades da vida diária.

Analisando a evolução nas últimas décadas da estrutura, composição e dimensão da família portuguesas, observa-se o aumento das famílias unipessoais e o surgimento de novas formas familiares e conjugais, o que pode levar a um aumento dos idosos institucionalizados.

Estas preocupações traduzem-se pelo reconhecimento a nível Europeu das necessidades de mudança para com os mais idosos, com o envelhecimento ativo poderá minimizar-se o recurso á institucionalização que muitas vezes corresponde á solução escolhida pelo idoso, sendo pois função da instituição de acolhimento proporcionar alojamento, assegurar a prestação dos cuidados adequados á satisfação das necessidades individuais e coletivas, tendo em vista a manutenção da autonomia independência e sanidade mental evitando a depressão em consequência do internamento.

A depressão constitui-se como a perturbação afetiva mais frequente no idoso e é atualmente a principal causa de incapacidade em todo o mundo (OMS, 2002). É mais comum em idosos institucionalizados e na maior parte das vezes é sub-diagnosticada e sub-tratada, os sintomas depressivos entre os idosos poderão muitas vezes serem mascarados por queixas somáticas, ou sintomas físicos, ou não serem tratados adequadamente por serem confundidas com algum tipo de demência.

Desde á muito que a depressão vem sendo relatada como uma doença comum entre os idosos institucionalizados, e com percentagem de prevalência superior aos idosos a viverem em comunidade, podemos observar com este trabalho **uma elevada prevalência da depressão no idoso sem acompanhamento familiar na ordem dos 3,63%**, assim como a sua importância e influência em todos os aspetos da vida do idoso. Tendo em vista que ainda há um insuficiente reconhecimento da

depressão como uma doença passível de cura; que o diagnóstico precoce é a melhor estratégia para diminuir possíveis consequências, e que a mudança de comportamento por parte dos familiares dos idosos institucionalizados poderão diminuir e até mesmo evitar o suicídio e a alta taxa de recorrência; e que o tratamento médico associado ao apoio familiar poderão resultar numa melhoria funcional, cognitiva e social, reduzindo os fatores de risco, visando idosos com melhor saúde e, conseqüentemente, maior expectativa e qualidade de vida proporcionando um envelhecimento ativo na sociedade contemporânea.

A partir dos resultados encontrados, este estudo contribuirá na melhoria do atendimento em saúde desses idosos. Além disso, permitirá a geração de dados epidemiológicos relevantes para a avaliação das condições de saúde dessa população, (Souza et al., 2011); identificando fatores de risco e outros indicadores que possam impactar na definição de ações que viabilizem a atenção à saúde das idosas estudadas.

Dessa forma, este estudo teve por objetivo determinar a prevalência de sintomas depressivos em idosos acompanhados pela família que vivem em Instituições na RAM comparativamente aos que não têm acompanhamento familiar, as variáveis que ficaram no modelo cuja influência na depressão é significativa para o estudo foram: *Idosos sem acompanhamento familiar, o nível de escolaridade, o estado civil (solteiro), o estatuto sócio-económico (médio), e a iniciativa do internamento (própria)*. Para tal foi realizada uma análise multivariada de regressão logística com o objetivo de detetar de entre as variáveis que constituem a base de dados quando analisadas simultaneamente, as que se relacionam de modo significativo com a depressão (variável resposta). O método escolhido foi o de (Woo et al., 2000) “Backward Wold” e o nível de significância utilizado foi de 0,05.

No nosso estudo verificou-se que a diferença de depressão é elevada, no sexo feminino, na ordem dos 70%, comparativamente ao sexo masculino que é de apenas 30%, no entanto comparando os dois grupos estudados com e sem acompanhamento familiar, não se notaram diferenças significativas, conforme gráfico nº 26.

Considera-se ainda que, existindo uma diferença de sintomatologia depressiva em relação ao género, essa discrepância reduz-se substancialmente na idade mais avançada quando passa a haver uma equivalência (Frye et al., 1999), o que é concordante com a distribuição dos escores entre homens e mulheres de acordo com a faixa de idade observada aqui. Outros estudos referenciados à disposição na literatura, corroboram tais achados, defendendo a associação entre idoso institucionalizado e altas taxas de prevalência para a depressão.

É importante ressaltar que a aplicação da EDG não é suficiente para diagnosticar o quadro depressivo do idoso. Em toda situação de depressão, a abordagem médica deve ser muito cuidadosa, sendo fundamental um detalhado levantamento dos dados pessoais, dos tipos de medicamentos utilizados e dos antecedentes de problemas psicológicos, além de um exame clínico completo associado à indispensável avaliação psiquiátrica e neurológica. Entre as possíveis limitações deste estudo cabe ressaltar que ele foi conduzido com uma amostra com características relativamente homogêneas. Entretanto, conhecer e entender a relação entre depressão e institucionalização pode ter implicações no planeamento e avaliação dos serviços de saúde, bem como na implementação de estratégias de diagnóstico precoce e tratamento adequado à população estudada.

Com base na fundamentação teórica e tendo em vista que a depressão é causa importante de morbidade, sofrimento e que afeta sensivelmente a qualidade de vida dos indivíduos que sofrem desse transtorno, torna-se necessário o desenvolvimento de mais estudos que procurem conhecer a realidade da saúde mental dos idosos institucionalizados, com a finalidade de fornecer subsídios e contribuir para o diagnóstico precoce com o intuito de se desenvolverem programas de prevenção, proteção e recuperação da saúde das pessoas idosas que vivem em instituições muitas vezes pouco visitados pelos familiares que devido ao seu dia-a-dia acelerado, “esquecem-se de telefonar, visitar” o idoso que diariamente espera pelo momento de serem tocados por quem lhes é querido evitando-se a elevada prevalência de depressão e suas complicações, proporcionando um envelhecimento ativo e saudável.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Achterberg, W., Pot, A. M., Kerkstra, A., & Ribbe, M. (2006). Depressive symptoms in newly admitted nursing home residents. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 21*, 1156–1162. doi:10.1002/gps
- Agostinho, P. (2004). Perspectiva psicossomática do envelhecimento. *Revista Portuguesa de Psicossomática, 31–36*. Retrieved from <http://www.portaldoenvelhecimento.org.br/artigos/fev2007/perspectiva.pdf>
- Albertini, M., Kohli, M., & Vogel, C. (2007). Intergenerational transfers of time and money in European families: common patterns different regimes? *Journal of European Social Policy, 17*(1), 1–15. doi:10.1177/0958928707081068
- Alexopoulos, G. S., Buckwalter, K., Olin, J., Martinez, R., Wainscott, C., & Krishnan, K. R. R. (2002). Comorbidity of late life depression: an opportunity for research on mechanisms and treatment. *Biological Psychiatry, 52*, 543–558. doi:10.1016/S0006-3223(02)01468-3
- Almeida, A. (2008). A Pessoa Idosa institucionalizada em Lares - Aspectos e contextos da Qualidade de Vida. Retrieved from <http://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/7218>
- Attias-Donfut, C., Ogg, J., & Wolff, F. (2005). Family support. *Health, Ageing and Retirement in Europe—First ...*, 171–178. Retrieved from http://scholar.google.co.uk/scholar?q=attias-donfut+family+support&btnG=&hl=en&as_sdt=0%2C5#1
- Baldwin, R. C., Anderson, D., Black, S., Evans, S., Jones, R., Wilson, K., & Iliffe, S. (2003). Guideline for the management of late-life depression in primary care. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 18*, 829–838. doi:10.1002/gps.940
- Ballone, G. (2006). Depressão no idoso. *Psiquweb Psiquiatria Geral*. Retrieved from <http://www.psiqweb.med.br/site/?area=NO/LerNoticia&idNoticia=124>
- Balsis, S., & Cully, J. A. (2008). Comparing depression diagnostic symptoms across younger and older adults. *Ageing & Mental Health, 12*, 800–806. doi:10.1080/13607860802428000
- Baltes, M., & Carstensen, L. (1996). The process of successful ageing. *Ageing and Society, 16*, 397–422. Retrieved from <http://journals.cambridge.org/production/action/cjoGetFulltext?fulltextid=2020764>
- Baltes, M., & Werner-Wahl, H. (1987). Dependence in aging. Retrieved from <http://psycnet.apa.org/psycinfo/1987-98599-013>

- Baltes, P. B., & Baltes, M. M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. In *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences*. (pp. 1–34). doi:10.1017/CBO9780511665684.003
- Baltes, P. B., & Freund, A. M. (2003). Human strengths as the orchestration of wisdom and selective optimization with compensation. In *A psychology of human strengths* (pp. 23–35). doi:10.1037/10566-002
- Baltes, P. B., & Kliegl, R. (1992). Further testing of limits of cognitive plasticity: Negative age differences in a mnemonic skill are robust. *Developmental Psychology*. doi:10.1037/0012-1649.28.1.121
- Baltes, P. B., & Smith, J. (2004). Lifespan Psychology: From Developmental Contextualism to Developmental Biocultural Co-constructivism. *Research in Human Development*. doi:10.1207/s15427617rhd0103_1
- Baltes, Paul B., Lindenburger, U. & Staudinger, U. M. (2006). Life Span Theory in Developmental Psychology. In *Handbook of Child Psychology* (Vol. 1, pp. 569–664). doi:10.1002/9780470147658.chpsy0111
- Barreto, A. (2002). Tempo de incerteza. Retrieved from http://scholar.google.co.uk/scholar?q=Tempo+de+incerteza&btnG=&hl=en&as_sdt=0%2C5#0
- Barreto, J., Leuschner, A., Santos, F., & Sobral, M. (2003). Escala de depressão geriátrica. *Escalas E Testes Na Demência*, 59. Retrieved from http://scholar.google.co.uk/scholar?q=barreto+Escala+de+Depress%C3%A3o+Geriatr%C3%A1trica&btnG=&hl=en&as_sdt=0%2C5#0
- Beck, A., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561–571. doi:10.1001/archpsyc.1961.01710120031004
- Bedford, V., & Blieszner, R. (2000). Older adults and their families. *Handbook of Family Diversity*, 216–231. Retrieved from <http://psycnet.apa.org/psycinfo/2000-03931-010>
- Bee, H. (1997). O Ciclo Vital. Retrieved from http://scholar.google.co.uk/scholar?q=O+Ciclo+Vital&btnG=&hl=en&as_sdt=0%2C5#1
- Bengtson, V. L. (2001). Beyond the Nuclear Family : The Increasing Importance of Multigenerational Bonds. *Journal of Marriage and Family*, 63, 1–16. doi:10.1111/j.1741-3737.2001.00001.x

- Bergdahl, E., Allard, P., Alex, L., Lundman, B., & Gustafson, Y. (2007). Gender differences in depression among the very old. *International Psychogeriatrics / IPA*, *19*, 1125–1140. doi:10.1017/S1041610207005662
- Bertakis, K. D., Helms, L. J., Callahan, E. J., Azari, R., Leigh, P., & Robbins, J. A. (2001). Patient gender differences in the diagnosis of depression in primary care. *Journal of Women's Health & Gender-Based Medicine*, *10*(7), 689–698.
- Birren, J., & Cunningham, W. (1985). Research on the psychology of aging: Principles, concepts and theory. *Handbook of the Psychology of Aging*. Retrieved from <http://doi.apa.org/psycinfo/1985-98143-001>
- Birrer, R. B., & Vemuri, S. P. (2004). Depression in later life: a diagnostic and therapeutic challenge. *American Family Physician*, *69*, 2375–2382.
- Blazer, D. (2003). *Depressão em idosos*. (Editora Andrei, Ed.) (3rd ed.). São Paulo.
- Boswell, E., & Stoudemire, A. (1996). Major depression in the primary care setting. *The American Journal of Medicine*, *101*, 3–9. Retrieved from <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0002934396003920>
- Botelho, M. (2007). Idade avançada - Características biológicas e multimorbilidade. *Revista Portuguesa de Medicina Geral E Familiar*, *23*, 191–195. Retrieved from <http://www.rpmgf.pt/ojs/index.php?journal=rpmgf&page=article&op=view&path%5B%5D=10344>
- Braga, P. (2002). Envelhecimento, ética e cidadania. *Jus Navigandi, Teresina, A*. Retrieved from [http://empreende.org.br/pdf/Capital Social e Cidadania/Envelhecimento, %C3%A9tica e cidadania.pdf](http://empreende.org.br/pdf/Capital%20Social%20e%20Cidadania/Envelhecimento,%20%C3%A9tica%20e%20cidadania.pdf)
- Broadhead, W. E., Blazer, D. G., George, L. K., & Tse, C. K. (1990). Depression, disability days, and days lost from work in a prospective epidemiologic survey. *JAMA : The Journal of the American Medical Association*, *264*, 2524–2528. doi:10.1001/jama.264.19.2524
- Bronfenbrenner, U. (1999). Environments in Developmental Perspective: Theoretical and Operational Models. In *Measuring environment across the life span: Emergine methods and concepts* (pp. 3–28). doi:10.1037/10317-001
- Bronfenbrenner, U. (2005). *Making human beings human: Bioecological perspectives on human development*. *British Journal of Developmental Psychology* (Vol. 23, pp. 143–151). doi:10.1348/026151004X21134
- Brown, M. N., Lapane, K. L., & Luisi, A. F. (2002). The management of depression in older nursing home residents. *Journal - American Geriatrics Society*.
- Büla, C. J., Wietlisbach, V., Burnand, B., & Yersin, B. (2001). Depressive symptoms as a predictor of 6-month outcomes and services utilization in elderly medical

inpatients. *Archives of Internal Medicine*, 161, 2609–2615.
doi:10.1001/archinte.161.21.2609

Cabete, D., & Costa, M. (2005). O idoso, a doença e o hospital: o impacto do internamento hospitalar no estado funcional e psicológico das pessoas idosas. Retrieved from http://scholar.google.co.uk/scholar?q=O+idoso%2C+a+doen%C3%A7a+e+o+hospital.+O+impacto+do+internamento+hospitalar+no+estado+funcional+e+psicol%C3%B3gico+das+pessoas+idosas&btnG=&hl=en&as_sdt=0%2C5#0

Cardão, S. (2009). *O idoso institucionalizado*. Lisboa: Coisas de Ler Editora. Retrieved from http://scholar.google.co.uk/scholar?q=O+Idoso+Institucionalizado&btnG=&hl=en&as_sdt=0%2C5#0

Carstensen, L. L., & Freund, A. M. (1994). The resilience of the aging self. *Developmental Review*, 14, 81–92. doi:10.1006/drev.1994.1004

Carvalho, M. (2009). A Política de cuidados domiciliários em instituições de solidariedade social: risco ou protecção efectiva? *Locus Soci@l*, 2, 67–80.

Carvalho, M. (2010). *Os Cuidados Domiciliários em Instituições de Solidariedade Social no Concelho de Cascais*. ISCTE-IUL. Retrieved from <http://repositorio-iul.iscte.pt/handle/10071/2364>

Carvalho, M. P., & Dias, M. (2011). Adaptação dos idosos institucionalizados. *Millenium*, 40, 161–184. doi:Ficha nº22

Carvalho, V. (1996). Depressão no idoso, 160–173. Retrieved from <http://www.bidvb.com:2300/+biblioteca+dos+bidvinianos/+educa%C3%A7%C3%A3o/+PSICOLOGIA/BIBLIOTECA/5%C2%BA+SEMESTRE/Incompletos/MATHEUS+PAPAL%C3%89O+NETTO+-GERONTOLOGIA/16-DEPRESS%C3%83O+NO+IDOSO.doc>

Casanova, J. (2001). *Quadros sociais de envelhecimento*. Lisboa. Retrieved from http://scholar.google.co.uk/scholar?q=Quadros+sociais+de+envelhecimento&btnG=&hl=en&as_sdt=0%2C5#1

Cattani, R. B., & Girardon-perlini, N. M. O. (2004). Cuidar do idoso doente no domicilio na voz de familiares. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 6, 254–271. doi:10.1590/S1809-98232012000200008

Charney, D., Berman, R., & Miller, H. (1998). Treatment of depression. *The American Psychiatric Press Textbook of Psychopharmacology*, 576–601. Retrieved from http://scholar.google.co.uk/scholar?q=charney+miller+Treatment+of+depression&btnG=&hl=en&as_sdt=0%2C5#3

- Chaves, I. (n.d.). Quando o entardecer chega... *Cpihts.com*. Retrieved from http://www.cpihts.com/PDF02/In%C3%AAs Chaves_01.pdf
- Cícero, M. T. (2006). *Saber Envelhecer*. Porto Alegre: LP&M.
- Clément, J.-P., Preux, P.-M., Fontanier, D., & Léger, J.-M. (2001). Mini-GDS chez les patients âgés suivis en médecine générale. *L'Encéphale*, 27(4), 329–337.
- Comas-Herrera, A. (2003). European study of long-term care expenditure. ... *Care Expenditure in ...*. Retrieved from http://collection.europarchive.org/dnb/20070702132253/http://ec.europa.eu/employment_social/social_situation/docs/european_study_long_term_care_en.pdf#page=112
- Committee, E. P. (2009). *The 2009 Ageing Report: economic and budgetary projections for the EU-27 Member States (2008-2060)*. ... ECFIN) and the Economic Policy Committee (AWG), Bruxelas. Retrieved from http://scholar.google.co.uk/scholar?q=The+2009+Ageing+Report%3A+Economic+and+Budgetary+Projections+&btnG=&hl=en&as_sdt=0%2C5#0
- Costa, J. C. G. (2009). Contexto familiar e envelhecimento. *A Animação Sociocultural Na Terceira Idade*, 129–133.
- Costa, J. F. C. (2010). *Os Idosos e as novas tecnologias: perspectivas para uma maior qualidade de vida*. Universidade de Santiago de Compostela.
- Courtenay, W. H. (2000). Engendering health: A social constructionist examination of men's health beliefs and behaviors. *Psychology of Men & Masculinity*. doi:10.1037/1524-9220.1.1.4
- Cumming, E., & Henry, W. (1961). *Growing Old: The Process of Disengagement*. Basic Books, New York. New York: Basic Books. Retrieved from http://scholar.google.co.uk/scholar?q=Growing+Old%2C+The+process+of+Disengagement&btnG=&hl=en&as_sdt=0%2C5#2
- Da Saúde, O. M. (2001). Relatório sobre a saúde no mundo 2001: Saúde mental: nova concepção, nova esperança. OMS Genebra.
- Da Silva, A. L. (2008). A pesquisa em saúde/enfermagem a serviço de populações pobres e vulneráveis: prioridade para o milênio. *Cogitare Enfermagem*, 13(4), 479–483.
- De Singly, F., & Mallon, I. (2000). A Protecção de Si no Lar de Idosos. *De Singly, "Livres Juntos. O Individualismo Na Vida Comum"*, Lisboa, D. Quixote.
- Deimling, G., & Bass, D. (1986). Mental status among the aged: Effects on spouse and adult-child caregivers. *Journal of Gerontology*, 41, 778–784. Retrieved from

http://scholar.google.co.uk/scholar?q=deimling+mental+status+among+the+aged&btnG=&hl=en&as_sdt=0%2C5#1

- Dias, I. (2005). A velhice como construção social. *Envelhecimento E Violência Contra Os Idosos, Sociologia, 15*, 249–273.
- Diefenbach, G. J., & Goethe, J. (2006). Clinical interventions for late-life anxious depression. *Clinical Interventions in Aging, 1*, 41–50. doi:10.2147/ciia.2006.1.1.41
- Djernes, J. K. (2006). Prevalence and predictors of depression in populations of elderly: a review. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 113*, 372–387. doi:10.1111/j.1600-0447.2006.00770.x
- Djernes, J. K., Gulmann, N. C., Ibsen, M., Foldager, L., Olesen, F., & Munk-Jørgensen, P. (2008). A follow-up of elderly depressed patients. *Nordic Journal of Psychiatry, 62*, 233–241. doi:10.1080/08039480802088296
- Dorenlot, P., Harboun, M., Bige, V., Henrard, J.-C., & Ankri, J. (2005). Major depression as a risk factor for early institutionalization of dementia patients living in the community. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 20*, 471–478. doi:10.1002/gps.1238
- Duarte, M., & Rego, M. (2007). Comorbidade entre depressão e doenças clínicas em um ambulatório de geriatria. *Cad. Saúde Pública, 23*(3), 691–700. Retrieved from http://www.scielosp.org/pdf/csp/v23n3/27.pdf?origin=publication_detail
- Duarte-Silva, M. (2005). Saúde mental e idade avançada. Uma perspectiva abrangente. *MC Paul & AM Fonseca (Coords.), Envelhecer Em Portugal, 137–156*. Retrieved from http://scholar.google.co.uk/scholar?q=Sa%C3%BAde+Mental+e+Idade+Avan%C3%A7ada.+Uma+perspectiva+abrangente&btnG=&hl=en&as_sdt=0%2C5#0
- Durkheim, É., & Santos, E. (1984). Sociologia, educação e moral. Retrieved from http://scholar.google.co.uk/scholar?q=durkheim+Sociologia%2C+educa%C3%A7%C3%A3o+e+moral&btnG=&hl=en&as_sdt=0%2C5#3
- Erikson, E. (1998). *The life cycle completed. Extended version with new chapters on the ninth stage by Joan M. Erikson. New York: Norton.: cited in Brown, C., & Lewis, MJ (... New York: Norton*. Retrieved from http://scholar.google.co.uk/scholar?q=The+Life+Cycle+Completed&btnG=&hl=en&as_sdt=0%2C5#1
- Europeia, C. (n.d.). O futuro dos cuidados de saúde e dos cuidados para as pessoas idosas: garantir a acessibilidade, a qualidade e a viabilidade financeira. Retrieved from http://europa.eu/legislation_summaries/employment_and_social_policy/disability_and_old_age/c11310_pt.htm

- Evans, S., Hills, S., & Grimshaw, L. (2010). *Sustainable systems of social care*. Retrieved from www.scie.org.uk/publications/reports/report35.pdf
- Fahey, T., Montgomery, A. A., Barnes, J., & Protheroe, J. (2003). Quality of care for elderly residents in nursing homes and elderly people living at home: controlled observational study. *British Medical Journal*, *326*, 580. Retrieved from <http://bmj.com/cgi/content/abstract/326/7389/580>
- Fericgla, J. (1992). *Envejecer: una antropología de la ancianidad*. Retrieved from <http://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=48560>
- Fernandes, A. A. (1997). *Velhice e sociedade: Demografia, família e políticas sociais em Portugal*. Oeiras: Edições Celta. Retrieved from http://scholar.google.co.uk/scholar?q=Velhice+e+Sociedade%3A+demografia%2C+fam%3%ADlia+e+pol%3%ADticas+sociais+em+&btnG=&hl=en&as_sdt=0%2C5#0
- Fernandes, A. A. (2001). Velhice, solidariedades familiares e política social. Itinerário de pesquisa em torno do aumento da esperança de vida. *Sociologia, Problemas E Práticas*, *39*–52. doi:ISSN 0873-6529
- Fernández-Ballesteros, R. (2007). GeroPsychology: European Psychology for an Aging World. *European Psychologist*. Retrieved from <http://www.psycontent.com/index/F151011N56348V3H.pdf>
- Fernández-Ballesteros, R. (2009). *Gerontología social. Una introducción*. Madrid: Ediciones Pirámide. Retrieved from <http://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=302654>
- Fernández-Ballesteros, R., Zamarón, M., Calero, M., & Tárraga, L. (2007). Cognitive plasticity and cognitive impairment. *Geropsychology: European Perspectives for an Aging World*, *145*–164.
- Figueira, A. R. (2010). *Qualidade de Vida e Espiritualidade em Pessoas Idosas*. Universidade de Aveiro.
- Finch, J. (2004). Inheritance and intergenerational relationships in English families. S. Harper (ed.). Retrieved from http://scholar.google.co.uk/scholar?q=finch+Inheritance+and+inter+generational+relationships+in+English+families&btnG=&hl=en&as_sdt=0%2C5#1
- Finch, J., & Mason, J. (1990). Filial Obligations and Kin Support for Elderly People. *Ageing and Society*. doi:10.1017/S0144686X00008059
- Findlay, R., & Cartwright, C. (2002). Social isolation & older people: A literature review. Retrieved from http://scholar.google.co.uk/scholar?q=Social+isolation+%26+older+people%3A+A+literature+review&btnG=&hl=en&as_sdt=0%2C5#1

- First, M. B. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM IV. Professional Psychology Research and Practice* (Vol. 41, pp. 465–473). doi:10.1037/a0021511
- Fishbain, D., Cutler, R., Rosomoff, H., & Rosomoff, R. (1997). Chronic pain-associated depression: antecedent or consequence of chronic pain? A review. *Clin J Pain*, 13(2), 116–137.
- Fiske, A., Wetherell, J., & Gatz, M. (2009). Depression in older adults. *Annual Review of Clinical Psychology*, (5), 363–389. Retrieved from <http://europepmc.org/articles/PMC2852580>
- Fiske, M., & Chiriboga, D. A. (1990). *Change and continuity in adult life*. Jossey-Bass.
- Fonda, S. J., & Herzog, A. R. (2001). Patterns and risk factors of change in somatic and mood symptoms among older adults. *Annals of Epidemiology*, 11, 361–368. doi:10.1016/S1047-2797(00)00219-2
- Fonseca, A. (2004a). *O envelhecimento: uma abordagem psicológica*. Lisboa: Universidade Católica Editora. Retrieved from <http://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/11728>
- Fonseca, A. (2004b). *Uma Abordagem psicológica da “passagem à reforma”:* *Desenvolvimento, envelhecimento, transição e adaptação*. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar / Universidade do Porto. Retrieved from <http://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/9776>
- Fonseca, A. (2005a). *Desenvolvimento humano e envelhecimento*. (Climepsi editors, Ed.). Lisboa. Retrieved from <http://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/11719>
- Fonseca, A. (2005b). O envelhecimento bem sucedido, 285–315. Retrieved from <http://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/11727>
- Fonseca, A. (2010). Promoção do desenvolvimento psicológico no envelhecimento. *Contextos Clínicos*. doi:10.4013/ctc.2010.32.06
- Fontaine, R., & Almeida, J. de. (2000). *Psicologia do envelhecimento* (1st ed.). Lisboa: Climepsi Editorias. Retrieved from http://scholar.google.co.uk/scholar?q=fontaine+Psicologia+do+Envelhecimento&btnG=&hl=en&as_sdt=0%2C5#0
- Fortin, M. (2003). O processo de investigação: da concepção à realização, 99. Retrieved from http://scholar.google.co.uk/scholar?q=O+Processo+de+Investiga%C3%A7%C3%A3o+Da+concep%C3%A7%C3%A3o+%C3%A1+realiza%C3%A7%C3%A3o&btnG=&hl=en&as_sdt=0%2C5#0

- Freitas, E., Miranda, R., & Nery, M. (2002). Parâmetros clínicos do envelhecimento e avaliação geriátrica global. *Tratado de Geriatria E Gerontologia*, 609–617. Retrieved from http://scholar.google.co.uk/scholar?q=Par%C3%A2metros+cl%C3%ADnicos+do+envelhecimento+e+avalia%C3%A7%C3%A3o+geri%C3%A1trica+global&btnG=&hl=en&as_sdt=0%2C5#0
- Freund, A., & Baltes, P. (2000). The orchestration of selection, optimization and compensation: An action–theoretical conceptualization of a theory of developmental regulation. *Control of Human Behavior, Mental Processes, and Consciousness: Essays in Honor of the 60th Birthday of August Flammer*, 35–58. Retrieved from <http://psycnet.apa.org/psycinfo/2000-08381-003>
- Freund, A., Li, K., & Baltes, P. (1999). Successful development and aging: The role of selection, optimization, and compensation. *Action and Self-Development: Theory and Research Through the Life Span*, 401–434. Retrieved from <http://psycnet.apa.org/psycinfo/1999-04290-014>
- Freund, A. M., & Baltes, P. B. (2007). Toward a theory of successful aging: Selection, optimization, and compensation. *Geropsychology: European Perspectives for an Aging World*, 239–254.
- Friedhoff, A. J., Ballenger, J., Bellack, A. S., Carpenter Jr, W. T., Chui, H. C., Dobrof, R., ... others. (1992). Diagnosis and treatment of depression in late life. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 268(8), 1018–1024.
- Frye, M., Gary, K., Marangell, L., George, M., Callahan, A., Little, J., & Huggins, T. (1999). CSF Thyrotropin-Releasing Hormone Gender Difference Implications for Neurobiology and Treatment of Depression. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, (3), 349–353. Retrieved from <http://journals.psychiatryonline.org/article.aspx?articleid=100332>
- García, A. A., & Catalán, C. E. (2009). Solidaridad familiar y dependencia entre las personas mayores, (99). Retrieved from <http://digital.csic.es/handle/10261/20332>
- Gerstorf, D., Smith, J., & Baltes, P. B. (2006). A systemic-wholistic approach to differential aging: longitudinal findings from the Berlin Aging Study. *Psychology and Aging*, 21, 645–663. doi:10.1037/0882-7974.21.4.645
- Glendinning, C. (2003). Breaking down barriers: Integrating health and care services for older people in England. *Health Policy*, 65, 139–151. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/S0168-8510%2802%2900205-1>
- Goffman, E. (2007). Manicômios, prisões e conventos. Retrieved from http://scholar.google.co.uk/scholar?q=Manic%C3%B3mios%2C+pris%C3%B5es+e+conventos&btnG=&hl=en&as_sdt=0%2C5#0

- Goldim, J. (2004). Bioética, relações familiares e envelhecimento. Retrieved from <http://www.luzimarteixeira.com.br/wp-content/uploads/2011/04/relacoes-familiares-e-envelhecimento.pdf>
- Goldstein, D., Lu, Y., Detke, M., & Hudson, J. (2004). Effects of duloxetine on painful physical symptoms associated with depression. *Psychosomatics*, (45), 17–28. Retrieved from <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0033318204702169>
- Gonçalves, B., & Fagulha, T. (2004). Prevalência e diagnóstico da depressão em medicina geral e familiar. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 20, 13–27.
- Gordilho, A. (2002). Depressão, ansiedade, outros distúrbios afetivos e suicídio. *Freitas EV, Organizadores. Tratado de Geriatria E Gerontologia*, (1), 204–2015. Retrieved from http://scholar.google.co.uk/scholar?q=Depress%C3%A3o%2C+Ansiedade%2C+outros+Dist%C3%BArbios+Afetivos+e+Suic%C3%ADdio&btnG=&hl=en&as_sdt=0%2C5#0
- Gottlieb, G., Washlsten, D., & Lickliter, R. (2006). The significance of biology for human development: A developmental psychobiological systems view. *Handbook of Child Psychology: Volume 1: Theoretical Models of Human Development (6th Ed.)*, 210–257. Retrieved from <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/9780470147658.chpsy0105/full>
- Guimarães, P. (1999). Os direitos dos idosos. *Envelhecer, Um Direito Em Construção*.
- Hamilton, M. (1967). Development of a rating scale for primary depressive illness. *British Journal of Social and Clinical Psychology*, (6), 278–296. Retrieved from <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.2044-8260.1967.tb00530.x/full>
- Hareven, T. (2001). Historical perspectives on aging and family relations. *Handbook of Aging and the Social Sciences*, (5), 141–159. Retrieved from http://scholar.google.co.uk/scholar?q=Historical+perspectives+on+aging+and+family+relations&btnG=&hl=en&as_sdt=0%2C5#0
- Hasin, D., Goodwin, R., Stinson, F., & Grant, B. (2005). Epidemiology of major depressive disorder. *Archives of General Psychiatry*, 62, 1097–1106. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21796739>
- Heckhausen, J., Dixon, R. A., & Baltes, P. B. (1989). Gains and losses in development throughout adulthood as perceived by different adult age groups. *Developmental Psychology*. doi:10.1037/0012-1649.25.1.109
- Heckhausen, J., & Schulz, R. (1995). A life-span theory of control. *Psychological Review*, 102, 284–304. doi:10.1037/0033-295X.102.2.284

- Heller, W. (1993). Gender differences in depression: perspectives from neuropsychology. *Journal of Affective Disorders*, 29(2-3), 129–143. Retrieved from <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0165032793900281>
- Hildon, Z., Montgomery, S. M., Blane, D., Wiggins, R. D., & Netuveli, G. (2010). Examining resilience of quality of life in the face of health-related and psychosocial adversity at older ages: what is “right” about the way we age? *The Gerontologist*, 50, 36–47. doi:10.1093/geront/gnp067
- Hirschfeld, R., Keller, M., & Panico, S. (1997). The National Depressive and Manic-Depressive Association consensus statement on the undertreatment of depression. *Jama*, (277), 333–340. Retrieved from <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=413593>
- Hopson, B. (1981). Response to the papers by Schlossberg, Brammer and Abrego.
- Hopson, B., Scally, M., & Stafford, K. (1991). *Transitions: The Challenge of Change Life skills personal development*. Editors Mercury.
- Huber, Manfred , Stanciole, A., Wahlbeck, K., Tamsma, N., Torres, F., Jelfs, E., & Bremner, J. (2008). *Quality in and equality of access to health care service* (p. 160). Brussels.
- Hyer, L. (2005). Depression in Long-Term Care. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 12(3), 280–299. Retrieved from <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1093/clipsy.bpi031/full>
- Jacob, L. (2001). *A velhice*. ISCTE. Retrieved from http://scholar.google.co.uk/scholar?q=jacob+A+velhice&btnG=&hl=en&as_sdt=0%2C5#0
- Janzing, J., Teunisse, R., & Bouwens, P. (2000). The course of depression in elderly subjects with and without dementia. *Journal of Affective Disorders*, (1-3), 49–54. Retrieved from <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032799000609>
- Justo, L. P., & Calil, H. M. (2006). Depressão: o mesmo acometimento para homens e mulheres? *Revista de Psiquiatria Clínica*. doi:10.1590/S0101-60832006000200007
- Kairuz, T., Zolezzi, M., & Fernando, A. (2005). Clinical considerations of antidepressant prescribing for older patients. *The New Zealand Medical Journal*, 118, U1656.
- Kane, R. A. (2001). Long-term care and a good quality of life: bringing them closer together. *The Gerontologist*, 41, 293–304. doi:10.1093/geront/41.3.293
- Kane, R. A. (2003). Definition, measurement, and correlates of quality of life in nursing homes: toward a reasonable practice, research, and policy agenda. *The Gerontologist*, 43 Spec No, 28–36. doi:10.1093/geront/43.suppl_2.28

- Kane, R., & Kane, R. (2001). Emerging issues in chronic care. *Handbook of Aging and the Social Sciences*, 5, 406–425. Retrieved from http://scholar.google.co.uk/scholar?q=Emerging+issues+in+chronic+care&btnG=&hl=en&as_sdt=0%2C5#0
- Kastersztein, J. (1990). Les stratégies identitaires des acteurs sociaux: approche dynamique des finalités. C. Camillieri, *Stratégies Identitaires, Paris, PUF*. Retrieved from http://scholar.google.co.uk/scholar?q=Les+Strat%C3%A9gies+Identitaires+des+Acteurs+Socials&btnG=&hl=en&as_sdt=0%2C5#0
- Katsumata, Y., Arai, A., Ishida, K., Tomimori, M., Denda, K., & Tamashiro, H. (2005). Gender differences in the contributions of risk factors to depressive symptoms among the elderly persons dwelling in a community, Japan. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 20, 1084–1089. doi:10.1002/gps.1403
- King, D. A., & Wynne, L. C. The emergence of “family integrity” in later life. , 43 *Family process* 7–21 (2004). doi:10.1111/j.1545-5300.2004.04301003.x
- Kockler, M., & Heun, R. (2002). Gender differences of depressive symptoms in depressed and nondepressed elderly persons. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 17, 65–72. doi:10.1002/gps.521
- Kraaij, V., Pruyboom, E., & Garnefski, N. (2002). Cognitive coping and depressive symptoms in the elderly: a longitudinal study. *Aging & Mental Health*, 6, 275–281. doi:10.1080/13607860220142387
- Kroenke, K. (2003). The Interface Between Physical and Psychological Symptoms. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 5, 11–18. Retrieved from <http://www.psychiatrist.com/pcc/pccpdf/v05s07/>
- Kroenke, K., Spitzer, R., & Williams, J. (2002). The PHQ-15: validity of a new measure for evaluating the severity of somatic symptoms. *Psychosomatic Medicine*, 64(2), 258–266. Retrieved from <http://www.psychosomaticmedicine.org/content/64/2/258.short>
- Kunzmann, U., & Baltes, P. B. (2003). Wisdom-related knowledge: affective, motivational, and interpersonal correlates. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 29, 1104–1119. doi:10.1177/0146167203254506
- Kurlowicz, L. (1999). The geriatric depression scale (GDS). *AJN The American Journal of ...* Retrieved from http://journals.lww.com/ajnonline/Abstract/2007/10000/The_Geriatric_Depression_Scale__GDS_.35.aspx
- Lafortune, G., & Balestat, G. (2007). Trends in Severe Disability Among Elderly People: Assessing the Evidence in 12 OECD Countries and the Future Implications. *OECD*

Health Working Papers. Retrieved from <http://ideas.repec.org/p/oec/elsaad/26-en.html>

- Lakatos, E. M., & de Andrade Marconi, M. (2006). *Metodologia científica*. Atlas São Paulo.
- Lang, F. R. (2004). The filial task in midlife: Ambivalence and the quality of adult children's relationships with their older parents. In K. Pillemer & K. Luscher (Eds.), *Intergenerational Ambivalences: New Perspectives on Parent-Child Relations in Later Life* (4th ed., pp. 183–206). Emerald Group Publishing Limited.
- Lawton, M. P. (2001). The physical environment of the person with Alzheimer's disease. *Aging & Mental Health, 5* Suppl 1, S56–S64. doi:10.1080/713650004
- Lawton, M. P., Moss, M., Hoffman, C., & Perkinson, M. (2000). Two transitions in daughters' caregiving careers. *The Gerontologist, 40*, 437–448.
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer Publishing Company LLC.
- Lebowitz, B. D., Pearson, J. L., Schneider, L. S., Reynolds, C. F., Alexopoulos, G. S., Bruce, M. L., ... Parmelee, P. (1997). Diagnosis and treatment of depression in late life. Consensus statement update. In *JAMA : the journal of the American Medical Association* (Vol. 278, pp. 1186–1190). doi:10.1001/jama.1997.03550140078045
- Leite, S. (2005). Projeções de Famílias para Portugal: que viabilidade. *Revista de Estudos Demográficos, 37*, 75–83.
- Lemos, M. (2005). As Misericórdias Portuguesas na assistência aos idosos. *Observatório de Idosos E Grandes Dependentes Da UMP*.
- Lenoir, R. (1979). L'invention du "troisième âge." *Actes de La Recherche En Sciences Sociales, 26*(1), 57–82.
- Lenze, E. J., Rogers, J. C., Martire, L. M., Mulsant, B. H., Rollman, B. L., Dew, M. A., ... Reynolds, C. F. (2001). The association of late-life depression and anxiety with physical disability: a review of the literature and prospectus for future research. *The American Journal of Geriatric Psychiatry : Official Journal of the American Association for Geriatric Psychiatry, 9*, 113–135. doi:10.1176/appi.ajgp.9.2.113
- Lenzi, M. A., Marion, A., Comiti, F., & Gaudio, R. (2002). Local scouring in low and high gradient streams at bed sills. *Journal of Hydraulic Research, 40*(6), 731–739.
- Lerner, R. (2006). Developmental Science, Developmental Systems, and Contemporary Theories of Human Development. In W. Damon, R. Lerner, & E. Pearson (Eds.), *Handbook of Child Psychology* (6th ed.).
- Lerner, R. M. (2013). *Concepts and theories of human development*. Psychology Press.

- Licht-Strunk, E., van der Kooij, K. G., van Schaik, D. J. F., van Marwijk, H. W. J., van Hout, H. P. J., de Haan, M., & Beekman, A. T. F. (2005). Prevalence of depression in older patients consulting their general practitioner in The Netherlands. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 20*, 1013–1019. doi:10.1002/gps.1391
- Licht-Strunk, E., van der Windt, D. A. W. M., van Marwijk, H. W. J., de Haan, M., & Beekman, A. T. F. (2007). The prognosis of depression in older patients in general practice and the community. A systematic review. *Family Practice, 24*, 168–180. doi:10.1093/fampra/cml071
- Lima, A., & Viegas, S. (1988). A diversidade cultural do envelhecimento: A construção social da categoria de velhice. *Psicologia, 6*(1), 149–158.
- Lindenberger, U., & Reischies, F. M. (1999). Limits and potentials of intellectual functioning in old age. *The Berlin Aging Study: Aging from 70 to 100*, 329–359.
- Lipiansky, E. M., & others. (1990). Identité subjective et interaction. *Stratégies Identitaires*, 173–211.
- Litwin, H., Vogel, C., Künemund, H., & Kohli, M. (2008). The balance of intergenerational exchange: correlates of net transfers in Germany and Israel. *European Journal of Ageing*. doi:10.1007/s10433-008-0079-3
- Lopes, M. de S. (2006). A Animação Sociocultural em Portugal. *Animador Sociocultural: Revista Iberoamericana, 1*, 1–16.
- Lundkvist, J. (2005). *The role of economic evaluations in health care decision making*. Institutionen för lärande, informatik, management och etik, LIME/Department of Learning, Informatics, Management and Ethics (Lime).
- Lurie, M. (2007). Depressão. Respostas às suas perguntas. Assuma o controlo, aumente a energia e recupere a vitalidade. Porto: Dorkling Kindersley Editores. Matheson, SF, Byrne, GJ, Dissanayaka, NNW, Pachana, NA, Mellick, GD, O’Sullivan, JD, e Marsh.
- Machado, P. (1994). A (c)idade maior - para uma sociologia da velhice na cidade de Lisboa. *Sociologia—Problemas E Práticas, 15*, 21–52.
- Martin, J. I. G., Oliveira, L. M. A., & Duarte, N. S. C. (2010). Análise da intensidade dos serviços de cuidado prestados aos utentes idosos do serviço de apoio domiciliário; Analysis of the intensity of care provided to elderly users of the home support service. *Revista Brasileira de Geriatria E Gerontologia, 13*(2), 245–253.
- Martin, J. I., Neves, R. B., Pires, C. da L., & Portugal, J. C. (2006). *Estatísticas de Equipamentos Sociais de Apoio à Terceira Idade em Portugal* (p. 40). Porto.
- Martins, R. M. L. (2007). Envelhecimento e saúde: um problema social emergente.

- Mauritti, R., & Ant, D. (2004). Padrões de vida na velhice. *Análise Social*, XXXIX, 339–363.
- McGoldrick, M., Carter, B., & Garcia-Preto, N. (2005). The Expanded Family Life Cycle: Individual, Family, And Social Perspectives, 1–26. Retrieved from http://scholar.google.co.uk/scholar?q=O+Idoso+Institucionalizado&btnG=&hl=en&as_sdt=0%2C5#0
- Menchetti, M., Cevenini, N., De Ronchi, D., Quartesan, R., & Berardi, D. (2006). Depression and frequent attendance in elderly primary care patients. *General Hospital Psychiatry*, 28(2), 119–124.
- Mendonça, A. (2012). Envelhecimento activo e educação ao longo da vida. Funchal: Universidade da Madeira.
- Mohd Sidik, S., Zulkefli, M., Afiah, N., & Mustaqim, A. (2003). Prevalence of depression with chronic illness among the elderly in a rural community in Malaysia. *Asia Pacific Family Medicine*, 2(4), 196–199.
- Montagnier, D., Barberger-Gateau, P., Jacqmin-Gadda, H., Dartigues, J.-F., Rainfray, M., Pérès, K., ... Fourrier-Réglat, A. (2006). Evolution of prevalence of depressive symptoms and antidepressant use between 1988 and 1999 in a large sample of older French people: Results from the personnes âgées quid study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 54, 1839–1845. doi:10.1111/j.1532-5415.2006.00969.x
- Moreira, M. de F. C. (2008). O envelhecimento da população eo seu impacto na habitação--Prospectiva até 2050.
- Morley, J. E. (2004). A brief history of geriatrics. *The Journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences*, 59, 1132–1152. doi:10.1093/gerona/59.11.1132
- Mozzicafreddo, J. (1992). O Estado-Providência em Portugal. Estratégias contraditórias. *Sociologia, Problemas E Práticas*, 12, 57–89. Retrieved from <http://hdl.handle.net/10071/1078>
- Mullins, C. D., Shaya, F. T., Meng, F., Wang, J., & Harrison, D. (2005). Persistence, switching, and discontinuation rates among patients receiving sertraline, paroxetine, and citalopram. *Pharmacotherapy*, 25, 660–667. doi:10.1592/phco.25.5.660.63590
- Mutchler, J. E., & Baker, L. A. (2004). A Demographic Examination of Grandparent Caregivers in the Census 2000 Supplementary Survey. *Population Research and Policy Review*, 23, 359–377. doi:10.1023/B:POPU.0000040018.85009.c1
- Nations, U. (2008). *Guide to the National Implementation of the Madrid International Plan of Action on Ageing*. New York.

- Newhouse, P. A., Krishnan, K. R., Doraiswamy, P. M., Richter, E. M., Batzar, E. D., & Clary, C. M. (2000). *A double-blind comparison of sertraline and fluoxetine in depressed elderly outpatients. The Journal of clinical psychiatry* (Vol. 61, pp. 559–568). doi:10.4088/JCP.v61n0804
- Nicola, R. (2011). Envelhecimento demográfico: Dinâmicas da população e das famílias.
- Nina, E., & Paiva, C. (2001). Idosos rurais e urbanos : estudo comparativo. *Geriatrics, XIV*(138), 9–32.
- Nogueira, P. (1996). O idoso: o sentimento de solidão ou o mito do abandono. *Monografia de Fim de Curso Apresentada Ao Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa.*
- Nolen-Hoeksema, S. (2001). Gender differences in depression. *Current Directions in Psychological Science, 10*(5), 173–176.
- Nunes, B. (2008). Envelhecer com saúde. *Edição Lidel.*
- O'Malley, P. G., Jackson, J. L., Santoro, J., Tomkins, G., Balden, E., & Kroenke, K. (1999). Antidepressant therapy for unexplained symptoms and symptom syndromes. *The Journal of Family Practice, 48*, 980–990.
- OECD. (2011). *Health at a Glance 2011: OECD Indicators.* OECD.
- Oliveira, C. C. de. (2006). 09. Otimizando a qualidade de vida das pessoas idosas institucionalizadas. *Textos & Contextos (Porto Alegre), 5*(2), 1–20.
- Oliveira, L. (Dir). (2007). *Enciclopédia Larousse. Temas e Debates.* Círculo de Leitores.
- OMS. (2002). *Active Ageing: A Policy Framework. The Aging Male* (p. 60). doi:10.1080/713604647
- Overton, W. F. (2006). Developmental psychology: Philosophy, concepts, and methodology. In *Handbook of child psychology: Volume 1: Theoretical models of human development (6th ed.)* (pp. 107–188).
- Pais-Ribeiro, J., & Leal, I. (2006). Relação entre Psicologia Positiva e as suas variáveis protetoras, ea qualidade de vida e bem-estar como variáveis de resultado. *Perspectivas Em Psicologia Da Saúde, 231–244.*
- Papadopoulos, F. C., Petridou, E., Argyropoulou, S., Kontaxakis, V., Dessypris, N., Anastasiou, A., ... Lyketsos, C. (2005). Prevalence and correlates of depression in late life: a population based study from a rural Greek town. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 20*, 350–357. doi:10.1002/gps.1288
- Pardo, A., & Díaz, M. ángel R. (2002). *SPSS 11: Guía para el análisis de datos.* McGraw-Hill.

- Pasupathi, M., & Staudinger, U. M. (2001). Do advanced moral reasoners also show wisdom? Linking moral reasoning and wisdom-related knowledge and judgement. *International Journal of Behavioral Development*. doi:10.1080/016502501316934833
- Pasupathi, M., Staudinger, U. M., & Baltes, P. B. (2001). Seeds of wisdom: adolescents' knowledge and judgment about difficult life problems. *Developmental Psychology*, 37, 351–361. doi:10.1037/0012-1649.37.3.351
- Paúl, C. (2005). A construção de um modelo de envelhecimento humano. *Envelhecer Em Portugal*, 21–41.
- Paúl, C., & Fonseca, A. M. (2005). Envelhecer em Portugal.
- Paúl, C., Fonseca, A. M., Martin, I., & Amado, J. (2005). Satisfação e qualidade de vida em idosos portugueses. *Envelhecer Em Portugal*, 75–95.
- Paúl, C., & Ribeiro, O. (2012). *Manual de Gerontologia: aspetos biocomportamentais, psicológicos e sociais do envelhecimento* (p. 314). Lisboa: Lidel.
- Paúl, M. C. (1992). Satisfação de vida em idosos. *Psychological*, (8), 61–80.
- Pavolini, E., & Ranci, C. (2008). Restructuring the welfare state: reforms in long-term care in Western European countries. *Journal of European Social Policy*. doi:10.1177/0958928708091058
- Perrig-Chiello, P., Perrig, W. J., Uebelbacher, A., & Stähelin, H. B. (2006). Impact of physical and psychological resources on functional autonomy in old age. *Psychology, Health & Medicine*, 11, 470–482. doi:10.1080/13548500600726633
- Pfautz, H. W., & Goffman, E. (1962). Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates. *American Sociological Review*. doi:10.2307/2090043
- Pimentel, L. (2000). Novas tendências do apoio social ao cidadão idoso. *Geriatrics Revista Portuguesa de Medicina Geriátrica*, 10, 6–16.
- Pimentel, L. (2005). O lugar do idoso na família: contextos e trajetórias.
- Pollit, D., Beck, C. T., & Hungler, B. P. (2004). Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização. *Tradução de Ana Thorell*. São Paulo.
- Pot, A. M., Deeg, D. J. H., Twisk, J. W. R., Beekman, A. T. F., & Zarit, S. H. (2005). *The longitudinal relationship between the use of long-term care and depressive symptoms in older adults*. *The Gerontologist* (Vol. 45, pp. 359–369).

- Ramos, L. R. (2003). Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. *Cadernos de Saúde Pública*. doi:10.1590/S0102-311X2003000300011
- Regional, G. (2012). CENSOS 2011 - Resultados Preliminares - Região Autónoma da Madeira. Retrieved from http://estatistica.gov-madeira.pt/DRE_SRPC/EmFoco/Populacao_Sociedade/Demografia/Censos/Emfoco.htm
- Requejo, A., & Pinto, F. C. (2007). *As pessoas idosas: contexto social e intervenção educativa*. Instituto Piaget.
- Ribeiro, J. L. P. (1999). *Investigação e avaliação em psicologia e saúde*. Climepsi Editores Lisboa.
- Robichaud, L., Durand, P. J., Bédard, R., & Ouellet, J.-P. (2006). Quality of life indicators in long-term care: opinions of elderly residents and their families. *Canadian Journal of Occupational Therapy. Revue Canadienne D'ergotherapie*, 73, 245–251. doi:10.2182/cjot.06.003
- Rodin, J. (1986). Health, control, and aging. *The Psychology of Control and Aging*, 139–165.
- Rodrigues, E. V. (2010). Escassos Caminhos. *Os Processos de Imobilização Social Dos*.
- Rodrigues, T., Baptista, L., Lopes, J. T., & Moreira, M. J. G. (2009). *Regionalidade Demográfica e Diversidade Social em Portugal*. Porto: Afrontamento.
- Rosa, M. J. V. (1999). Demografia e mutação das categorias etárias. *Revista Intervenção Social*, (20), 37–55.
- Rutter, M. (1987). Psychosocial resilience and protective mechanisms. *The American Journal of Orthopsychiatry*, 57, 316–331. doi:10.1111/j.1939-0025.1987.tb03541.x
- Saarela, T., & Engeström, R. (2003). Reported differences in management strategies by primary care physicians and psychiatrists in older patients who are depressed. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 18, 161–168. doi:10.1002/gps.805
- Saklofske, D. H., & Zeidner, M. (1995). *International handbook of personality and intelligence. Personality and Individual Differences* (Vol. 22, p. 776). doi:10.1016/S0191-8869(97)83302-8
- Salokangas, R. K. R., Vaahtera, K., Pacriev, S., Sohlman, B., & Lehtinen, V. (2002). Gender differences in depressive symptoms. An artefact caused by measurement instruments? *Journal of Affective Disorders*, 68, 215–220. doi:10.1016/S0165-0327(00)00315-3

- Santos, B. de S. (1990). *O Estado e a sociedade em Portugal: 1974-1988* (Vol. 12). Edições Afrontamento.
- Santos, P. (2002). A depressão no idoso. *Coimbra: Quarteto Editora*, 45–47.
- Saúde, M. da. (2006). Portal da Saúde - Depressão. Retrieved March 17, 2012, from <http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/enciclopedia+da+saude/ministeriossaude/saude+mental/depressao.htm>
- Saúde, M. da. (2008a). *Envelhecimento e Saúde em Portugal*.
- Saúde, M. da. (2008b). *Programa Nacional para a Saúde das pessoas idosas*. Lisboa.
- Schlossberg, N. K. (1981). A Model for Analyzing Human Adaptation to Transition. *The Counseling Psychologist*. doi:10.1177/001100008100900202
- Schlossberg, N. K. (2005). *Counseling adults in transition: Linking practice with theory*. Springer Publishing Company.
- Schroots, J. J. F. (1996). Theoretical developments in the psychology of aging. *The Gerontologist*, 36(6), 742–748.
- Schutz, A. (1970). *Alfred Schutz on phenomenology and social relations* (Vol. 360). University of Chicago Press.
- Segal, Z. V, Pearson, J. L., & Thase, M. E. (2003). Challenges in preventing relapse in major depression. Report of a National Institute of Mental Health Workshop on state of the science of relapse prevention in major depression. *Journal of Affective Disorders*. doi:10.1016/S0165-0327(02)00112-X
- Sehrawat, S. (2009). The omission of comprehensive care: An analysis of the nursing home reform act of 1987. *Journal of Gerontological Social Work*, 53(1), 64–76.
- Serrão, D. (2006). Seniores: um novo estrato social. *Intervenção Social. Saberes E Contextos*. Porto: Escola Superior de Educação Porto, 129–137.
- Shah, A., Katona, C., & Phongsathorn, V. (1996). Screening for depression among geriatric inpatients with short versions of the Geriatric Depression Scale. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, (11), 915–918. Retrieved from [http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/\(SICI\)1099-1166\(199610\)11:10%3C915::AID-GPS411%3E3.0.CO;2-H/abstract](http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/(SICI)1099-1166(199610)11:10%3C915::AID-GPS411%3E3.0.CO;2-H/abstract)
- Sheehan, B., Bass, C., Briggs, R., & Jacoby, R. (2003). Somatic symptoms among older depressed primary care patients. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 18(6), 547–548.

- Sheehan, B., D'Souza, G., Thein, N., & O'Malley, R. (2007). Are care homes depressing for people with dementia? *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 22(8), 816–817.
- Shin, K.-R., Jung, D., Jo, I., & Kang, Y. (2009). Depression among community-dwelling older adults in Korea: a prediction model of depression. *Archives of Psychiatric Nursing*, 23(1), 50–57.
- Shmueli, Y., Baumgarten, M., Rovner, B., & Berlin, J. (2001). Predictors of Improvement in Health-Related Quality of Life Among Elderly Patients With Depression. *International Psychogeriatrics*. doi:10.1017/S1041610201007463
- Shyam, R., & Yadev, S. (2006). Indices of Well Being of Older Adults: A Study Amongst Institutionalized and Non-Institutionalized Elderly. *Pakistan Journal of Psychological Research*, 21(3-4).
- Simon, G. E., Goldberg, D. P., Von Korff, M., & Ustün, T. B. (2002). Understanding cross-national differences in depression prevalence. *Psychological Medicine*, 32, 585–594. doi:10.1017/S0033291702005457
- Singh, S. (2010). *Big Bang*. Editora Record.
- Smith, J., & Baltes, P. B. (1990). Wisdom-related knowledge: Age/cohort differences in response to life-planning problems. *Developmental Psychology*. doi:10.1037/0012-1649.26.3.494
- Soldo, B. J., & Hill, M. S. (1995). Family Structure and Transfer Measures in the Health and Retirement Study: Background and Overview. *The Journal of Human Resources*, 30, S108–S137. doi:10.2307/146280
- Solidariedade, M. do T. e da. (2001). *Plano Avô*. Lisboa.
- Sousa, L., Cerqueira, M., & Galante, H. (2008). How images of old age vary with age: an exploratory study among the Portuguese population. *Reviews in Clinical Gerontology*. doi:10.1017/S0959259808002682
- Sousa, L., Figueiredo, D., & Cerqueira, M. (2004). *Envelhecer em família: Cuidados familiares na velhice* (Vol. 2). Ambar.
- Souza, D. M., Santa Rosa, D. de O., & d'Souza, M. M. (2011). Representações do Idoso Asilado sobre os Cuidados da Família. *Kairós. Revista Da Faculdade de Ciências Humanas E Saúde.*, 14(3).
- Spar, J. E., & La Rue, A. (2005). Guia prático de psiquiatria geriátrica.
- Speckens, A. E., van Hemert, A. M., Spinhoven, P., Hawton, K. E., Bolk, J. H., & Rooijmans, H. G. (1995). *Cognitive behavioural therapy for medically unexplained*

physical symptoms: a randomised controlled trial. BMJ (Clinical research ed.) (Vol. 311, pp. 1328–1332).

Spitze, G., & Logan, J. R. (1992). Helping as a component of parent-adult child relations. *Research on Aging, 14*(3), 291–312.

Staudinger, U. M., & Baltes, P. B. (1996). Interactive minds: A facilitative setting for wisdom-related performance? *Journal of Personality and Social Psychology*. doi:10.1037/0022-3514.71.4.746

Staudinger, U. M., Marsiske, M., & Baltes, P. B. (1995). Resilience and reserve capacity in later adulthood: Potentials and limits of development across the life span. *Developmental Psychopathology, 2*, 801–847.

Staudinger, U. M., & Pasupathi, M. (2003). Correlates of Wisdom-Related Performance in Adolescence and Adulthood: Age-Graded Differences in “Paths” Toward Desirable Development. *Journal of Research on Adolescence, 13*, 239–268. doi:10.1111/1532-7795.1303001

Stegeman, I., Otte-Trojel, T., Considine, J., & Costongs, C. (2012). *Healthy and Active Ageing*. Brussels. Retrieved from <http://www.healthyageing.eu/sites/www.healthyageing.eu/files/featured/Healthy and Active Ageing.pdf>

Stepurko, T., Pavlova, M., Gryga, I., & Groot, W. (2010). Empirical studies on informal patient payments for health care services: a systematic and critical review of research methods and instruments. *BMC Health Services Research, 10*, 273. doi:10.1186/1472-6963-10-273

Szadoczky, E., Rihmer, Z., Papp, Z. S., Vitrai, J., & Füredi, J. (2002). Gender differences in major depressive disorder in a Hungarian community survey. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice, 6*(1), 31–37.

Takkinen, S., Gold, C., Pedersen, N. L., Malmberg, B., Nilsson, S., & Rovine, M. (2004). Gender differences in depression: a study of older unlike-sex twins. *Ageing & Mental Health, 8*, 187–195. doi:10.1080/13607860410001669714

Taron, M., Rosell, R., Felip, E., Mendez, P., Souglakos, J., Ronco, M. S., ... others. (2004). BRCA1 mRNA expression levels as an indicator of chemoresistance in lung cancer. *Human Molecular Genetics, 13*(20), 2443–2449.

Tauber, A., & Chernyak, L. (1991). Metchnikoff and the origins of immunology: From metaphor to theory. Retrieved from <http://www.getcited.org/pub/102879249>

Teixeira, F. (2000). O idoso e a família: os dois lados da mesma moeda.

Telo, A. J. (2008). *História económica de Portugal*. Lisboa: Presença.

- Tison, P. (2000). Guide d'entretien structuré pour l'évaluation de la dépression du sujet âgé, adapté à partir du DSM IV et des échelles GDS, HDRS et MADRS. *L'encéphale*, 26(3), 33–43.
- Townsend, P. (1980). Isolation, desolation and loneliness. *Old People in Three Industrial societies/Ethel Shanas...[et Al.]*.
- Verissimo, M. T. (1988). Avaliação Diagnóstica dos Síndromes Demenciais: escala de depressão geriátrica. *Porto: Universidade Do Porto*.
- Vos, T., Haby, M. M., Barendregt, J. J., Kruijshaar, M., Corry, J., & Andrews, G. (2004). The burden of major depression avoidable by longer-term treatment strategies. *Archives of General Psychiatry*, 61, 1097–1103. doi:10.1001/archpsyc.61.11.1097
- Wagnild, G. M., & Young, H. M. (1993). Development and psychometric evaluation of the Resilience Scale. *Journal of Nursing Measurement*, 1, 165–178. doi:10.1016/j.apnu.2010.05.001
- Wholey, D. R., & Burns, L. R. (2000). Tides of change: The evolution of managed care in the United States. *Handbook of Medical Sociology*, 217–237.
- Wilhelm, K., Roy, K., Mitchell, P., Brownhill, S., & Parker, G. (2002). Gender differences in depression risk and coping factors in a clinical sample. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106, 45–53.
- William, P. (1958). *The Baltimore Longitudinal Study of Aging*.
- Willis, S. L. (2001). Methodological issues in behavioral intervention research with the elderly. *Handbook of the Psychology of Aging*, 5, 78–108.
- Wilson, A. E. (2007). The Sociology of Aging. In C. D. Bryant & D. L. Peck (Eds.), *21st Century Sociology: A Reference Handbook* (pp. 148–155). London: Sage.
- Woo, J., Ho, S. C., Yu, A. L., & Lau, J. (2000). An estimate of long-term care needs and identification of risk factors for institutionalization among Hong Kong Chinese aged 70 years and over. *The Journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences*, 55, M64–M69.
- World Health Organization. (2002). Towards a Common Language for Functioning, Disability and Health ICF. *International Classification*, 1149, 1–22. Retrieved from <http://www.who.int/classifications/icf/training/icfbeginnersguide.pdf>
- Yesavage, J. A., Brink, T. L., Rose, T. L., Lum, O., Huang, V., Adey, M., & Leirer, V. O. (1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, 17, 37–49. doi:10.1016/0022-3956(82)90033-4
- Zimmerman, G. I. (2007). *Velhice: aspectos biopsicossociais*. Artmed.

Zung, W. W. (1965). A self-rating depression scale. *Archives of General Psychiatry*, *12*, 63–70. doi:10.1001/archpsyc.1965.01720310065008

Zunzunegui, M. V, Béland, F., Llácer, A., & León, V. (1998). Gender differences in depressive symptoms among Spanish elderly. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *33*, 195–205. doi:10.1007/s001270050043



ANEXOS

ANEXO 1 – DADOS BIOGRÁFICOS

1 – GÉNERO: Masculino Feminino

2 – IDADE: _____ anos

3 – ESTADO CIVIL: Solteiro Divorciado

Casado / União de facto Viúvo

3.1 – NÚMERO DE FILHOS: _____

4 – ESCOLARIDADE: Analfabeto Ensino Secundário

Sabe ler e escrever Curso Médio

Instrução Primária Curso Superior

5 – SITUAÇÃO SÓCIO-ECONÓMICA (auto-avaliação): Estatuto sócio-económico

Má Baixo

Boa Médio

Muito boa Alto

6 – MOTIVO DE INTERNAMENTO:

Dificuldade em auto-cuidar-se Falta de apoio familiar

Falta de recursos financeiros Não tem família

7 – INICIATIVA DE INTERNAMENTO:

Por iniciativa própria Por iniciativa de amigos

Por iniciativa de familiares Por iniciativa de Técnicos de ação social

8 – TEMPO DE INTERNAMENTO: _____ anos

9 – Considera que a sua família se preocupa verdadeiramente consigo?

Muito Pouco Nem muito nem pouco

Bastante Muito pouco

10 – Com que frequência a sua família costuma visitá-lo(a)?

Diariamente Mensalmente Anualmente

Semanalmente Semestralmente Nunca

Quinzenalmente Trimestralmente

11 – Com que frequência se sente só:

Sempre Raramente

Muitas vezes Nunca

Algumas vezes

É constituído por nove questões de auto-avaliação, tipo Likert, que pretende avaliar a adaptação do sujeito a condição institucional: presença de um confidente ou relação mais próxima, relações com os funcionários e com os outros residentes, privacidade e alimentação, acompanhamento familiar, visita, telefonemas e a frequência de saídas da instituição...

Uma pontuação máxima de 46 pontos corresponde a uma maior adaptação e uma pontuação mínima de 9 pontos corresponde a menor adaptação.

1 - Presença de um confidente ou relação mais próxima:

Sim (2) Não (1)

2 – Considera que no lar se preocupam verdadeiramente consigo?

Muito (5) Bastante (4) Nem muito nem pouco (3) Pouco (2) Muito pouco (1)

3 – Como considera as suas relações com os outros residentes?

Muito boas (5) Boas (4) Nem boas nem más (3) Más (2) Muito más (1)

4- Como considera as suas relações com o pessoal do lar?

Muito boas (5) Boas (4) Nem boas nem más (3) Más (2) Muito más (1)

5 – Considera que a sua família se preocupa verdadeiramente consigo?

Muito (5) Bastante (4) Nem muito, nem pouco (3) Pouco (2) Muito pouco (1)

6 - Como avalia a sua privacidade

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

7 – Como avalia a sua alimentação?

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

8 - Com que frequência a sua família costuma visitá-lo?

Diariamente (8) Semanalmente (7) Quinzenalmente (6) Mensalmente (5)

Trimestralmente (4) Semestralmente (3) Anualmente (2) Nunca (1)

9 – Com que frequência sai habitualmente do Lar?

Semanalmente (6) Mensalmente (5) Trimestralmente (4) Semestralmente (3)

Anualmente (2) Nunca (1)



ANEXO 3 - ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA YESAVAGE (YESAVAGE 1983)

PACIENTE: _____

DATA DA AVALIAÇÃO: _____ AVALIADOR: _____

- | | | |
|---|----------------|----------------|
| 1. Você está satisfeito com sua vida? | () Sim | () Não |
| 2. Abandonou muitos de seus interesses e atividades? | () Sim | () Não |
| 3. Sente que sua vida está vazia? | () Sim | () Não |
| 4. Sente-se freqüentemente aborrecido? | () Sim | () Não |
| 5. Você tem muita fé no futuro? | () Sim | () Não |
| 6. Tem pensamentos negativos? | () Sim | () Não |
| 7. Na maioria do tempo está de bom humor? | () Sim | () Não |
| 8. Tem medo de que algo de mal vá lhe acontecer? | () Sim | () Não |
| 9. Sente-se feliz na maioria do tempo? | () Sim | () Não |
| 10. Sente-se freqüentemente desamparado, adoentado? | () Sim | () Não |
| 11. Sente-se freqüentemente intranquilo? | () Sim | () Não |
| 12. Prefere ficar em casa em vez de sair? | () Sim | () Não |
| 13. Preocupa-se muito com o futuro? | () Sim | () Não |
| 14. Acha que tem mais probl de memória que os outros? | () Sim | () Não |
| 15. Acha bom estar vivo? | () Sim | () Não |
| 16. Fica freqüentemente triste? | () Sim | () Não |
| 17. Sente-se inútil? | () Sim | () Não |
| 18. Preocupa-se muito com o passado? | () Sim | () Não |
| 19. Acha a vida muito interessante? | () Sim | () Não |
| 20. Para você é difícil começar novos projetos? | () Sim | () Não |
| 21. Sente-se cheio de energia? | () Sim | () Não |
| 22. Sente-se sem esperança? | () Sim | () Não |
| 23. Acha que os outros têm mais sorte que você? | () Sim | () Não |
| 24. Preocupa-se com coisas sem importância? | () Sim | () Não |
| 25. Sente freqüentemente vontade de chorar? | () Sim | () Não |
| 26. É difícil para você concentrar-se? | () Sim | () Não |
| 27. Sente-se bem ao despertar? | () Sim | () Não |
| 28. Prefere evitar as reuniões sociais? | () Sim | () Não |
| 29. É fácil para você tomar decisões? | () Sim | () Não |
| 30. O seu raciocínio está tão claro quanto antigamente? | () Sim | () Não |

*Pontuação: 0 - Quando for diferente da resposta em negrito

1 - Quando for igual à resposta em negrito

Total > 10 = suspeita de depressão

ANEXO 4 - DOCUMENTO MODELO AUTORIZAÇÃO DAS INSTITUIÇÕES PARA COLHEITA DE DADOS

Exma. Sra.

Presidente do Conselho Diretivo

Eu, Rita Maria do Vale Brazão, enfermeira de profissão, doutoranda do curso de psicologia da saúde, no ISCE (Instituto Superior de Ciências Educativas) em parceria com a Universidade Miguel Hernandez, a realizar um estudo de investigação para atribuição do grau de doutoramento, venho por este meio solicitar a V. Excia a autorização para aplicação questionários a idosos internados na instituição que dirige, com e sem acompanhamento familiar.

A recolha dos dados será realizada, logo que se receba o deferimento por parte de V. Excia.

Comprometo-me a respeitar as regras deontológicas, assim como enviar se solicitado os resultados da investigação.

Pede Deferimento,

Funchal, 04 de Junho de 2010

A doutoranda

(Rita Brazão)