

Instituto Superior de Psicologia Aplicada



GÉNERO, SAÚDE FUNCIONAL SUBJECTIVA E DEPRESSÃO EM
ADULTOS IDOSOS: TESTE DE UM MODELO ESTRUTURAL

Cristiana Jorge Monteiro Martins

11440

Tese submetida como requisito parcial para obtenção do grau de

Mestre em Psicologia

Especialidade em Psicologia Clínica

2008

Instituto Superior de Psicologia Aplicada

GÉNERO, SAÚDE FUNCIONAL SUBJECTIVA E DEPRESSÃO EM
ADULTOS IDOSOS: TESTE DE UM MODELO ESTRUTURAL

Cristiana Jorge Monteiro Martins

Dissertação orientada por Prof. Doutor António Diniz

Tese submetida como requisito parcial para obtenção do grau de

Mestre em Psicologia

Especialidade em Psicologia Clínica

2008

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

Agradecimentos

Desejo agradecer,

Ao Prof. Doutor António Diniz, porque é alguém que devolve quando se investe...e essa é uma das melhores gratificações que um aluno pode ter! Obrigada pela confiança, dedicação e empenho investidos no meu trabalho, ao longo deste ano partilhado.

Aos meus pais, por TUDO, por me terem ajudado a desenvolver as asas necessárias para um voo, que embora continuamente partilhado, será a partir de hoje mais independente...

A ti, por toda a compreensão e carinho, que espero continuar a partilhar numa velhice bem sucedida!

Aos colegas de Seminário de Dissertação, pelo apoio e motivação mútua ao longo deste ano de trabalho.

À Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, concretamente, ao Centro de Dia Alto do Pina e ao Centro de Dia de Santo Eugénio, por ter aberto as suas portas a uma “desconhecida”, possibilitando a concretização desta investigação.

A pessoas muito especiais que fizeram parte deste meu caminho: a Dr.^a Ana Clara Henriques, a D. Isabel e a D. Fernanda do Centro de Dia de Santo Eugénio e a Dr.^a Maria Júlia Pedro, D. Maria José e Dr.^a. Graça do Centro de Dia Alto do Pina, que me acolheram com o maior carinho e demonstraram um grande interesse no meu trabalho, assim como a todo o restante pessoal técnico.

A todos vós, avós de alguém... Este trabalho não seria possível sem a vossa colaboração, mas também não faria sentido se não existissem. Este trabalho é para vós, para mim um dia, para todos nós! Onde alguém poderia ver apenas um projecto de investigação, vi sorrisos, compreensão, ternura, entusiasmo, vontade de ajudar...Tocaram-me o coração e não me vou esquecer do tempo partilhado! Agora tenho a certeza, sei que vocês fazem parte do meu projecto de vida, no exercer da psicologia! Na pessoa que hoje são, vi o adulto, o jovem, a criança...a verdadeira essência!!! E continuam incrivelmente belos e autênticos! A vocês, **MUITO OBRIGADA!!!**

Resumo

Pretendeu-se estudar a influência do género e da saúde funcional subjectiva na depressão. A amostra foi constituída por 408 adultos idosos, residentes em meio urbano (amostragem de conveniência), não institucionalizados e com idades compreendidas entre os 65 e 97 anos ($M=74$). Foram utilizadas as provas *Geriatric Depression Scale-Short Form* (*GDS-SF*; Sheikh & Yesavage, 1986) e a versão experimental da Escala de Saúde Funcional Subjectiva (Diniz, 2007c). O primeiro estudo deste trabalho consistiu na análise factorial confirmatória (*LISREL 8.53*) da ESFS, o segundo procurou validar a estrutura factorial da *GDS-SF*. O terceiro estudo consistiu em testar um Modelo Estrutural Preditor da Depressão em Adultos Idosos (MEPDAI). Uma vez validadas as estruturas factoriais das provas, procedeu-se ao teste do MEPDAI. Sujeitos com melhor saúde funcional subjectiva, têm menores níveis de depressão; o género masculino revelou melhor saúde funcional subjectiva e menores índices de depressão.

Palavras-chave: adultos idosos, *GDS-SF*, saúde funcional subjectiva, psicometria aplicada.

Abstract

The aim was to study the influence that gender and subjective functional health have on depression. The sample included 408 old-adults, living in urban area (convenience sampling), non-institutionalized, with ages ranging from 65 to 97 years ($M=74$). The scales applied were the Geriatric Depression Scale-Short Form (GDS-SF; Sheikh & Yesavage, 1986) and the trial version of the *Escala de Saúde Funcional Subjetiva* [Subjective Functional Health Scale] (*ESFS*; Diniz, 2007c). The first study consisted in the confirmatory factor analysis (*LISREL 8.53*) of *ESFS*, the second one sought to validate the factorial structure of GDS-SF. The third study was to test a Predictor Structural Model of Depression in Old-adults (PSMDO). Once the tests factorial structures were validated, the PSMDO model analysis was tested. Individuals with a better subjective functional health have lower levels of depression; male gender revealed better subjective functional health and lower levels of depression.

Keywords: old-adults, GDS-SF, subjective functional health, applied psychometrics.

Introdução

Olhar para o envelhecimento de uma forma atenta e ávida em compreender os seus processos intrínsecos torna-se cada vez mais necessário e imperativo, pois vivemos numa sociedade cuja população é cada vez mais envelhecida e o aumento da esperança de vida é uma realidade (Barros, 2008; Carrilho & Gonçalves, 2007; Carrilho & Patrício, 2007; Fonseca, 2004). Birren (1999) afirma que nos últimos anos a literatura sobre o envelhecimento tem crescido exponencialmente, considerando a época recente como uma época de ouro neste domínio. No entanto, a nível nacional, Fonseca (2004) refere que a investigação da psicologia aplicada a esta área conta uma história muito recente. Daqui se justifica a pertinência crescente em dirigirmos a atenção para esta fase da existência, que faz parte do ciclo-de-vida humana, mas cujo estudo foi, durante largos anos, negligenciado. O objectivo passa por compreender o envelhecimento ao nível global. Sobretudo, importa conhecer a realidade dos adultos idosos portugueses. É para eles que, a um nível mais próximo e directo, temos de encontrar respostas e soluções que permitam um envelhecimento bem sucedido.

A depressão é uma das patologias que tem tido maior atenção pela classe médica, incluindo os psicólogos, sendo das mais comuns e mais tratadas (Cavanaugh, 1993; Fontaine, 2000). De acordo com Vaz Serra (1990), “uma depressão pode ser definida como uma situação clínica que, surgida do entrecruzamento de factores predisponentes e precipitantes, determina uma alteração semi-permanente na regulação do humor, perspectivas pessoais e mecanismos de defesa biológica do indivíduo”(p. 5). Segundo Barros (2008), a depressão manifesta-se por uma diminuição das capacidades cognitivas, afectivas e motivacionais, dificuldades de concentração, perda de gosto pela vida (risco de suicídio), diminuição de auto-estima, isolamento, perturbações do sono, perda de apetite e imobilidade (ficar na cama). Paúl (1993) refere que a depressão não altera a personalidade, mas apenas o ânimo e as perspectivas pessoais, isto é, o indivíduo tende a recordar apenas os aspectos negativos da sua vida, alterando as perspectivas passadas, presentes e futuras, com uma desvalorização pessoal e sentimentos de incapacidade.

Existem sintomas definidos para se poder diagnosticar a presença de depressão num indivíduo (vd. DSM-IV-TR, Associação Americana de Psicologia, 2002; CID-10,

Organização Mundial de Saúde, 1998), no entanto, esta patologia assume aspectos diferentes consoante os estádios de vida em que a pessoa se encontra (McNeil & Harsany, in Paúl, 1993). Daqui decorre que, na idade avançada, a mesma assume contornos específicos, que devem ser averiguados para melhor a entender e adequar a intervenção (Costa, 2005).

“Durante a última década foram inúmeros os trabalhos científicos que surgiram colocando em evidência que a depressão geriátrica possui determinadas características distintas, particularmente ao nível da idade de aparecimento, apresentação clínica, etiologia, factores de risco, evolução e prognóstico” (Carvalho & Firmino, 2006, p.230). Segundo os mesmos autores (2006) e Vallejo (2003), esta questão já terá sido colocada no séc. XIX, por Kraepelin, ao falar na chamada “depressão involutiva” (vd. Anexo para um maior desenvolvimento deste assunto).

Possivelmente, a depressão com início nas idades mais avançadas é uma entidade nosológica mais heterogénea do que aquela que ocorre nas idades mais jovens (Carvalho & Firmino, 2006; George, 1992; Van den Berg et al., 2001), o que é reforçado pelo reconhecido aumento das diferenças individuais à medida que a idade avança (Barros, 2008; Fonseca & Paúl, 2004; Smith & Baltes, 1998). Van den Berg e colegas (2001) defendem que tal acontece, provavelmente, devido à coexistência de um substrato de mecanismos patogénicos biológicos e sociais. Barros (2008) distancia-se destes autores, ao afirmar que os sintomas depressivos no adulto idoso não são muito diferentes dos das outras idades.

A idade tardia caracteriza-se por ser uma fase em que emergem múltiplos factores de ordem biológica, psicológica e social, face aos quais os indivíduos vêm-se forçados a adoptar estratégias até então desconhecidas. Segundo Marsiske e colaboradores (1999) e Menninger (in Silva, 2005), o processo de envelhecimento ao longo da velhice traz desafios adaptativos que lhe são peculiares. Alguns adultos idosos conseguem uma adaptação mais ou menos bem sucedida, outros tendem a viver um envelhecimento patológico (Paúl & Fonseca, 1999; Silva, 2005). Tendo em conta os aspectos subjacentes a esta fase do desenvolvimento, não é difícil perceber que a depressão pode ter etiologias que não ocorrem noutra fase do ciclo-de-vida, dificultando o conhecimento desta patologia na sua inteira magnitude (Costa, 2005).

A relação do género com a depressão tem merecido a atenção de muitos investigadores. De um modo geral, acredita-se que o género tem um efeito preditor sobre a depressão. Contudo, os estudos não reúnem consenso nas suas conclusões. A maioria defende

que na idade tardia, os homens revelam menores níveis de depressão (Blazer, 1985; Smith & Baltes, 1998, Vallejo, 2003) até mesmo porque tal fenómeno verifica-se ao longo de todo o ciclo-de-vida e não apenas na última etapa do mesmo (Barros, 2008). De acordo com esta perspectiva, a depressão é mais frequente e aparece mais cedo na mulher do que no homem (Aiken, 1989; Antonucci et al., 2002; Cavanaugh, 1993; Smith & Baltes, 1998), na proporção de dois para um (Ames, in Urretavizcaya, 2003; Barros, 2008; Fontaine, 2000). Já Ames (in Urretavizcaya, 2003), apesar de defender uma maior incidência de depressão nas mulheres, refere que as diferenças entre géneros tendem a reduzir-se com a idade.

A maior vulnerabilidade das mulheres em relação aos homens é uma das explicações avançadas para a ocorrência deste fenómeno, nomeadamente ao nível da viuvez, dos baixos recursos económicos e de uma saúde mais empobrecida (Antonucci et al., 2002; Cavanaugh, 1993; Smith & Baltes, 1998). Estas fragilidades constituem factores predisponentes para experiências stressantes e que comprometem o bem-estar da pessoa (Antonucci et al., 2002). Antonucci e colaboradores (2002) estudaram estas relações num trabalho que compara quatro países (França, Estados Unidos, Alemanha e Japão) e, curiosamente, verificaram que no Japão não existia diferença entre géneros na sintomatologia depressiva, o que pode abrir pistas sobre a influência dos aspectos locais e culturais, do ponto de vista da psicologia ambiental. Entretanto, uma corrente mais recente, salienta que as características de depressão no homem são diferentes das da mulher, pelo que poderá haver muitos homens com depressão não diagnosticada (vd., e.g., Justo & Calil, 2006). A literatura também faz referência a uma depressão masculina camuflada, por exemplo, pelo alcoolismo (Cavanaugh, 1993). Seria interessante explorar estas hipóteses, no entanto, as mesmas ultrapassam o âmbito deste trabalho.

De acordo com as especificidades da depressão na fase tardia da vida, Yesavage e colegas (1983) construíram a *Geriatric Depression Scale (GDS)* para avaliar a presença desta patologia em adultos idosos. Mundialmente utilizada, a sua aplicação tem vantagens em relação a outras provas de avaliação da depressão (vd., e.g., *BDI*, Beck, Ward, Mendelson, Mock, & Erbaugh, 1961; *CES-D*, Radloff, 1977; *HTSD*, Hamilton, 1960), precisamente por ter sido conceptualizada para a população idosa (Cavanaugh, 1993; Paúl, 1993) e não se tratar de (mais) uma adaptação vinda de idades mais novas. Ao contrário das escalas referidas, a *GDS* foca exclusivamente aspectos psicológicos da depressão, retirando os sintomas físicos

que normalmente são indicadores de depressão, mas em adultos mais jovens. Tais sintomas poderão não estar de todo relacionados com a depressão nos adultos idosos. Ainda que seja uma escala de rastreio, tal não se traduz em fragilidade. Pelo contrário, a mesma possibilita uma rápida e fácil administração, o que é vantajoso (Cavanaugh, 1993). Segundo Howe e colaboradores (in Costa, 2005), os instrumentos precisam de ser, não só válidos e precisos, mas também exequíveis para o uso em situações de pressão de tempo na prática diária. A tendência é, por esse motivo, a de focar instrumentos breves e, assim, mais adequados para a utilização por parte de pessoal clínico e pelos pacientes. Contudo, não se deve descartar um exame mais preciso após os seus resultados, o que também se passa ao nível de outras provas, pois a avaliação psicométrica não é mais do que uma das várias partes constituintes do diagnóstico (Cavanaugh, 1993).

As características mencionadas poderão torná-la numa ferramenta bastante útil, presente no dia-a-dia dos profissionais que trabalham com adultos idosos, em contextos como centros de dia, centros de saúde, lares, apoios domiciliários, entre outros. Desta forma, poderá contribuir para a detecção precoce de níveis de depressão que poderão ser minorizados, ou mesmo ultrapassados, se forem objecto de um adequado encaminhamento e, posterior, intervenção. Para que isto seja possível, é necessária a correcta adaptação da escala à população portuguesa. Efectivamente, já existe uma adaptação da versão original de 30 itens (Barreto et al., in Paúl, 1993). Contudo, Sheikh e Yesavage (1986) elaboraram uma versão reduzida da escala original (*Geriatric Depression Scale-Short Form; GDS-SF*), com 15 itens, que os profissionais portugueses aplicam indiscriminadamente, mas que até à data, que seja do conhecimento público, não foi alvo de qualquer estudo de validação para a nossa população. É esta versão que vai ser objecto de estudo do presente trabalho, pretendendo constituir-se como um primeiro passo na validação factorial da *GDS-SF* em Portugal (Escala de Depressão Geriátrica-Versão Reduzida; EDG-VR; Diniz, 2007b).

Sabe-se que a saúde assume um papel determinante no bem-estar do indivíduo, e por consequência, numa velhice bem sucedida (Antonucci et al., 2002; Fonseca, 2005; Fontaine, 2000; Paúl & Fonseca, 1999; Rowe & Kahn, 1999; Simões, 2006; Smith, Borchelt, Maier & Jopp, 2002). Esta relação não suscita admiração, uma vez que a maioria dos indivíduos experimenta um declínio no estado de saúde na idade tardia (Antonucci et al., 2002; George,

1992; Rodrigues & Leal, 2002; Smith & Baltes, 1998; Smith et al., 2002). Aliás, a percepção mais visível de envelhecimento é o próprio envelhecimento biológico (Silva, 2005).

Efectivamente, para o bem-estar do adulto idoso, devem ser contempladas todas as dimensões da pessoa: física, psíquica e social, daí a importância em estudar as várias dimensões de forma integrada (Atchley, 2000; Barros, 2008; Silva, 2005). Alpass e Neville (2003) demonstraram a influência da saúde e da solidão, entre outros factores, na depressão. Também Aiken (1989), Blazer (1985) e Cavanaugh (1993) referem os problemas de saúde, nomeadamente as incapacidades físicas, como um dos factores que contribui para o aparecimento desta patologia psíquica. Inclusivamente, Paúl (1993) refere que a falta de saúde é um melhor preditor da depressão nos adultos idosos do que noutros grupos etários.

Uma das explicações avançadas por McNeil e Harsany (in Paúl, 1993) para a relação entre a falta de saúde e a depressão é que “a maior limitação na actividade entre os idosos resulta numa maior restrição do acesso às forças potenciais de reforço, o que contribui para aumentar a depressão, apontando para um efeito mediador entre a falta de saúde e a depressão que corresponde à limitação de actividade” (p.613). Silva (2005) afirma que “as transformações de ordem física determinam um desafio para a pessoa que envelhece, exigindo a aceitação de um novo *self*, fisicamente menos robusto e capaz, diferente da imagem da juventude” (p. 144). Vaillant (2000) chama a atenção para o facto de condições adversas de saúde física poderem interferir negativamente na capacidade adaptativa de cada indivíduo.

A perda das capacidades funcionais interfere na autonomia, na execução de um conjunto de actividades do dia-a-dia (Antonucci et al., 2002), desde aquelas que se reportam à auto-suficiência no cuidado de si próprio (tomar banho, vestir-se, comer e cuidar da *toilette*) e em actividades afins, executadas no contexto de domicílio, a outras que implicam deslocação, com ou sem uso de transportes, como compras, visitas a familiares, consultas médicas ou idas ao banco (Botelho, 2005; Simões, 2006).

No Estudo de Berlim (Baltes, Maas, Wilms, Borchelt & Little, 1999) estas questões não foram descuradas, tendo dado origem à elaboração de um modelo de competência diária. Este modelo distingue dois níveis de competência: um mais básico (*BaCo*), definido principalmente por actividades de cuidar de si e um mais expandido (*ExCo*), que se refere a actividades instrumentais e sociais da vida diária que asseguram o contacto com o mundo. Uma vez que o nível *BaCo* abrange actividades muito automatizadas e de rotina para a

sobrevivência, os autores levantaram a hipótese de o seu principal preditor ser a saúde. Em contraste, o nível *ExCo* abrange actividades baseadas nas preferências, capacidades, motivações e interesses individuais, e por isso deveria ser mais dependente de variáveis psicossociais. Enquanto *BaCo* garante a sobrevivência, *ExCo* influencia a qualidade de vida. Estes dois níveis englobariam o repertório inteiro de comportamentos necessários para gerir a vida diária, possibilitando que esta seja autónoma, responsável e satisfatória. O estudo (Baltes et al., 1999) confirmou as hipóteses de forma muito significativa. Verificou-se, ainda, que uma das variáveis pelas quais a saúde foi operacionalizada (equilíbrio/marcha) influenciou também o *ExCo*, o que evidencia que este não depende apenas de aspectos psicossociais. Aliás, verificou-se que a presença de *BaCo* não é suficiente, mas é uma condição necessária para *ExCo*; já o *ExCo* não é necessário para o nível mais básico *BaCo*, mas é para a qualidade e satisfação com a vida. Destaca-se ainda que os investigadores encontraram uma correlação elevada entre saúde física e a depressão. Baltes e colegas (1999) sugerem que, mais do que procurar novos preditores, é necessário entender a forma como estes interagem num modelo.

Neste contexto, a questão central que surge é a da (in)dependência (Silva, 2005). De acordo com Simões (2006), “trata-se de um dos objectivos mais importantes para as próprias pessoas idosas, para quem o temor da velhice se traduz, em grande parte, pela perspectiva de ficarem dependentes” (p. 34).

Perante as limitações enunciadas, impostas pelos défices funcionais, surgem o evitamento de contacto com os outros, a perda de laços sociais, os sentimentos de incapacidade, a baixa auto-estima, a baixa auto-eficácia e o isolamento (Silva, 2005). O crescente grau de dependência contribui para exacerbar todos os sentimentos negativos, ao impôr questões existenciais ao indivíduo, do ponto de vista da sua liberdade e autonomia. Os indivíduos experienciam uma mudança na sua definição social (Atchley, 2000), sendo obrigados a repensar a sua identidade. Perante tal quadro, tornam-se facilmente perceptíveis os mecanismos pelos quais a saúde funcional (SF) pode despoletar a sintomatologia depressiva.

O conceito de SF não se encontra bem delineado. O número de estudos acerca da SF dos indivíduos é grande; contudo, existem inúmeras disparidades relativas às dimensões que cada um contempla e aos instrumentos que utiliza para aceder ao constructo (vd., eg., Botelho, 2005; Fonseca & Paúl, 2004; Rodrigues & Leal, 2002; Smith et al., 2002; Yi & Vaupel,

2002). Algumas destas investigações debruçam-se na avaliação subjectiva, ou seja, na avaliação que as pessoas fazem da sua saúde, outras incidem, estritamente, na avaliação objectiva. O mais comum, na literatura, é a SF ser acedida através das escalas de autonomia e escalas de actividades de vida diária (Simões, 2006; Steinhagen-Thiessen & Borchelt, 1999), ou ainda exames médicos específicos. Há trabalhos que focam uma destas áreas separadamente, outros que englobam, simultaneamente, a saúde física, mental e, ainda, o compromisso das actividades de vida diária. Neste último caso, a depressão torna-se numa das dimensões da SF, o que implica uma fusão de conceitos, sendo um modelo no qual não se pode verificar o efeito da SF na depressão, por esta ser parte integrante daquela.

A presente investigação operacionaliza o constructo SF em termos sensoriais e motores, nas dimensões visão, audição, locomoção e motricidade fina (ESFS; Diniz, 2007c). Este modelo tem influências do Estudo de Berlim (Marsiske et al., 1999) por considerar algumas das dimensões abrangidas naquele, à excepção da motricidade fina. No entanto, salienta-se que o Estudo de Berlim, por ser multidisciplinar, abarca outras variáveis, além das referidas. A presente investigação distingue-se daquela na medida em que recorre à avaliação subjectiva das dimensões assinaladas, em vez da análise objectiva, com o recurso a medidas do foro médico.

A vantagem no recurso à avaliação subjectiva prende-se com a possibilidade de se aceder àquilo que o sujeito sente realmente, transparecendo o impacto que a incapacidade surte na sua vida. Na realidade, duas pessoas podem ter o mesmo grau de incapacidade, verificado por medidas objectivas, mas poderão atribuir-lhe níveis de importância distintos, verificando-se uma percepção de saúde diferente (Tsevat et al., in Smith et al., 2002). Paúl e Fonseca (1999) referem que as pessoas idosas avaliam a situação de saúde em função das limitações que se produzem ao nível das actividades que valorizam, ou seja, quem valoriza ler avalia de forma mais negativa as limitações visuais do que outras pessoas. Na mesma lógica, quem valoriza passear e sair de casa penaliza as limitações motoras. Desta forma, os autores destacam o papel que os objectivos funcionais, idiossincráticos, têm na avaliação dos estados de saúde dos indivíduos.

Para uma melhor compreensão, note-se a distinção entre qualidade de vida e bem-estar subjectivo, como paralelismo ao que se passa na SF objectiva *versus* subjectiva: um indivíduo

pode ter uma boa qualidade de vida, no entanto, sentir-se infeliz, triste, não revelando um bom nível de bem-estar (Smith et al., 2002).

A investigação tem demonstrado que a saúde subjectiva associa-se à saúde objectiva (Antonucci et al., 2002; Borchelt et al., 1999) e ao funcionamento individual, bem como à frequência com que são solicitadas consultas nos serviços de saúde (Pinquart, in Silva, 2005). Steinhagen-Thiessen e Borchelt (1999) afirmam que existe uma boa congruência sobre medidas de capacidade funcional subjectivas e objectivas. De facto, é com base na percepção de saúde que se desencadeia o processo de pedido de ajuda médica e é nele que assenta o próprio diagnóstico, daí a sua importância (Paúl & Fonseca, 1999). No entanto, Alpass e Neville (2003), num estudo sobre saúde, solidão e depressão, encontraram resultados que apontam que a saúde objectiva não se relaciona com a depressão, enquanto a saúde subjectiva é um forte preditor desta, o que reforça o recurso a esta forma de avaliação quando estamos a abordar esta patologia.

Na verdade, no Estudo de Berlim também foi considerada a avaliação subjectiva da saúde, mas com recurso à questão única: “ Como classifica a sua saúde?” (Smith et al., 2002; Borchelt et al., 1999). Esta abordagem é comum a muitos dos trabalhos que avaliam a saúde subjectiva (e.g., Alpass & Neville, 2003; Antonucci et al., 2002). Tendo em conta que uma pergunta tão generalista não deixa espaço para manifestações mais pormenorizadas, em que sobressaem os contornos individuais, considerou-se pertinente abranger várias dimensões. Num modelo de operacionalização tão geral como o que tem vindo a ser veiculado, a que nível concreto se pode intervir? Efectivamente, a literatura tem evidenciado a influência da saúde subjectiva na depressão, mas não se conhece dados operacionais concretos de forma a perceber como intervir para modificar a percepção de saúde.

Segundo Smith e colaboradores (2002), poucos estudos incluem uma quantidade alargada de indicadores de saúde (e.g., doenças físicas específicas, saúde funcional, saúde subjectiva) ou medidas de bem-estar positivo (e.g., satisfação com a vida, satisfação com o envelhecimento, emoções positivas) que permitam aos investigadores diferenciar as relações entre os componentes de bem-estar e diferentes aspectos da saúde. O presente trabalho não aborda a quantidade de variáveis sugeridas por Smith e colegas (2002), mas tenta, ao juntar SF e saúde subjectiva, perceber alguns dos mecanismos implicados na saúde funcional subjectiva (SFS) no aumento da depressão, logo no bem-estar.

Assim, dada a indefinição de conceito, e a escassez de investigações da avaliação funcional em termos sensoriomotores e subjectivos, pretendeu-se, neste trabalho, estudar a versão experimental da Escala de Saúde Funcional Subjectiva (ESFS; Diniz, 2007c), com as dimensões atrás referidas: visão, audição, locomoção e motricidade fina. Tanto quanto se sabe, não existem, na literatura, maneiras análogas para efeitos de operacionalização do constructo.

Sabe-se que estas áreas ficam comprometidas, com maior ou menor grau, no processo normal de envelhecimento (vd., e.g., Aiken, 1989; Cavanaugh, 1993; Robert, 1995). Sendo áreas centrais para o ser humano, e altamente limitadoras da autonomia do indivíduo quando em défice, achou-se pertinente incluir tais dimensões.

A teoria confirma esta necessidade. Smith e colaboradores (2002) afirmam que a “doença crónica e as incapacidades funcionais (e.g., visão, audição, mobilidade, força) limitam o bem-estar, especialmente na idade avançada” (p.715). Segundo Cavanaugh (1993), não se deve subestimar a importância das mudanças sensoriais no comportamento, uma vez que estas mudanças poderão diminuir o prazer da vida.

Dentro desta temática, semelhante ao que a literatura refere acontecer na depressão, Yi e Vaupel (2002) e Smith e Baltes (1998) afirmam que as mulheres apresentam sérias desvantagens nas capacidades funcionais e na SFS em comparação com os homens da sua idade. Tal pode parecer paradoxal, se pensarmos que as mulheres têm uma esperança média de vida maior que a dos homens (Antonucci et al., 2002; Carrilho & Patrício, 2007; Cavanaugh, 1993; Smith et al., 2002). No entanto, ainda que indivíduos do género feminino vivam mais anos, estes apresentam uma maior predisposição para sofrer de múltiplas doenças crónicas em comparação com os do masculino (Mayer et al., 1999; Smith et al., 2002). Os homens estão mais propensos a sofrer de doenças agudas fatais e as mulheres de doenças crónicas, não fatais, mas debilitantes (Verbrugge, in Smith & Baltes, 1998). O mesmo trabalho (Smith & Baltes, 1998) destaca as questões de selectividade na sobrevivência: “apesar de tanto os homens como as mulheres de mais idade serem sobreviventes da sua coorte de nascimento, a teoria sugere que os homens, e especialmente os mais velhos (mais de 85 anos), podem representar subgrupos mais positivamente seleccionados da sua coorte comparados às mulheres” (p. 677).

Parece importante verificar as implicações que a SF tem no bem-estar do adulto idoso, do seu ponto de vista. Os profissionais que trabalham com adultos idosos têm poucos recursos para interpretar estes sinais, que poderão mostrar-se valiosos na prevenção, precavendo o início de uma depressão. Dada a constante transformação que a população idosa atravessa, e os seus aspectos peculiares, é urgente que serviços e profissionais integrem ferramentas na sua prática diária e invistam em conhecimento. E se hoje já entendemos, em parte, os mecanismos implicados no processo de envelhecimento, a geração seguinte vai apresentar novos desafios à investigação, será mais exigente, mais escolarizada e mais preocupada com o seu bem-estar. É necessário criar condições que propiciem um envelhecimento bem sucedido.

Tendo em conta os estudos abordados, chegou-se à definição das hipóteses para formalizar um Modelo Estrutural Preditor da Depressão em Adultos Idosos (MEPDAI), apresentado na Figura 1.

< Figura 1 >

Assim, é esperado um efeito de predição entre o género e a depressão (EDG-VR), no sentido em que os homens apresentam menores níveis de depressão. Prevê-se que esta relação seja amplificada pela SFS (ESFS), o que implica um efeito indirecto do género sobre a depressão. Ainda relativamente ao género, espera-se encontrar um efeito preditor deste sobre a SFS, traduzida no sentido em que os homens terão melhor SFS. Por seu turno, espera-se que a SFS seja um bom preditor da depressão: menos SFS implica maior depressão.

Para testar o MEPDAI, a presente investigação divide-se em três estudos. O primeiro incide sobre a validação factorial da ESFS e o segundo sobre a validação factorial da EDG-VR. Só após a validação das provas se procede ao teste do MEPDAI.

Estudo 1- Validação factorial da ESFS

Método

Participantes

A amostra foi seleccionada através de processos não probabilísticos de amostragem (de conveniência, intencional via informantes privilegiados e intencional tipo-*snowball*), totalizando 408 adultos idosos voluntários (leque etário: 65-97 anos; $M=74$), sem défice cognitivo e provenientes de área “predominantemente urbana” de Lisboa (Instituto Nacional de Estatística, s.d.). Note-se que nenhum indivíduo estava institucionalizado, tratando-se de uma amostra comunitária. A maioria dos participantes pertencia ao género feminino (62%) e tinha menos de 80 anos (72,8%). Registou-se um maior número de sujeitos casados (52%), seguido de 33,6% de viúvos, sendo que na totalidade da amostra, 65% dos sujeitos referiram não viver só. Relativamente à escolaridade, registou-se uma variação entre os 0 e 21 anos ($M = 6$): 6,4% dos participantes eram analfabetos, 56,9% frequentaram o 1º ciclo (40,9% com o 4º ano concluído), 14,5% frequentaram o 2º ou 3º ciclo, 8,8% frequentaram o ensino secundário e 13,5% frequentaram o ensino superior ou mais. Verificou-se, ainda, que 77,5% dos indivíduos encontravam-se reformados. Em termos religiosos, apenas 7,3% dos participantes não professavam qualquer religião.

Procedimento

A amostra foi recolhida em locais públicos em que tipicamente se podem encontrar adultos idosos, tais como jardins, juntas de freguesia, farmácias, correios e centros de dia (amostra de conveniência). Nos centros de dia, foi pedida autorização prévia para a realização do trabalho, através da entrega de uma carta de consentimento informado dirigida ao(à) respectivo(a) director(a). Concedida a permissão para recolher os dados, o(a) director(a) e/ou os funcionários (informantes privilegiados) disponibilizavam informação a respeito dos adultos idosos que poderiam participar no estudo. Para além desta abordagem, foi utilizada a amostragem intencional tipo-*snowball* (Atkinson & Flint, 2001), o que permitiu contactar, sucessivamente, vários adultos idosos a partir de um dado participante, originando, muitas vezes, outro local de recolha: a casa do próprio sujeito.

Adoptaram-se vários cuidados na recolha, tendo em conta as particularidades da amostra, assim como para minorizar possíveis riscos de enviesamento: a recolha foi feita, sempre que possível, na parte da manhã devido aos efeitos do ritmo circadiano (Li, Hasher, Jonas, Rahhal & May, 1998); não se realizaram entrevistas em janelas temporais festivas (Natal, Passagem de Ano, Páscoa), durante uma semana antes e depois da data em questão, nem aquando de acontecimentos circunstanciais (como doença, morte de pessoas próximas ou aniversário do sujeito) (Diniz, 2007a).

Salienta-se que, antes da recolha, os participantes foram esclarecidos acerca do objectivo do estudo, de forma a obter o seu consentimento informado. Foi garantido o anonimato e o carácter voluntário da participação.

Os questionários foram todos hetero-administrados devido ao baixo nível de instrução da população idosa portuguesa (Instituto Nacional de Estatística, 2002), a eventuais problemas de saúde funcional e a razões de ordem ético-deontológica (Diniz, 2007a), centradas na tentativa de melhor controlar o efeito negativo que alguns itens poderiam ter em determinados adultos idosos, bem como verificar os níveis de cansaço durante a entrevista, devido à extensão da mesma. No entanto, este procedimento implica a consciência do risco de enviesamento nas respostas devido a efeitos de desejabilidade social, subjacentes à aplicação de questionários sob a forma de entrevista estruturada e directiva (vd., e.g., Mucchielli, 1979). Durante a entrevista, registaram-se os comentários feitos pelos sujeitos relativamente às provas, a determinados itens ou à própria situação de entrevista; anotou-se ainda sinais de alerta como o cansaço, dificuldades de compreensão ou relutância em abordar determinados temas. Este procedimento permitiu detectar eventuais fontes de enviesamento, bem como encontrar possíveis explicações para os resultados encontrados.

A ausência de défice cognitivo foi verificada em todos os participantes, assegurada pela aplicação da prova de rastreio: *Mini Mental State Examination (MMSE)* (Folstein, Folstein & McHugh, 1975; Guerreiro et al., 1994), originando a exclusão de 19 sujeitos. Com a aplicação da EDG-VR (Diniz, 2007b; Sheikh & Yesavage, 1986) apurou-se o número de sujeitos com resultados indicadores de depressão moderada ou de depressão severa. Neste estudo, estes indivíduos foram todos incluídos uma vez que o objectivo foi testar um modelo preditor da depressão. Dos 408 idosos, 23% apresentaram índices de possível presença de depressão e 2% revelaram diagnóstico de depressão, segundo o ponto de corte da versão

original americana (Sheikh & Yesavage, 1986). Utilizou-se este ponto de corte, dada a inexistência de pontos de corte aferidos para a população portuguesa.

A entrevista contemplou dois momentos, de aproximadamente 90 minutos cada, com o mesmo indivíduo. Procedeu-se à aplicação do questionário sócio-demográfico, das provas ESFS, *MMSE* e EDG-VR, por esta ordem, seguidas da aplicação das restantes escalas utilizadas para outros trabalhos, com uma ordem previamente aleatorizada para os dois dias. A recolha contou com a colaboração de 13 investigadores. Das 427 recolhas iniciais, 42 foram recolhidas pelo autor deste trabalho.

A introdução dos dados foi feita no programa *SPSS 15.0* (SPSS 15.0, 2006) e, com o *LISREL 8.53* (Jöreskog & Sörbom, 2002), procedeu-se à Análise Factorial Confirmatória (AFC), recorrendo ao método de estimação por máxima verosimilhança (MV) com recurso ao *Satorra-Bentler scaled chi-square* ($S-B\chi^2$: Satorra & Bentler, 1994). No *PRELIS2* (Jöreskog & Sörbom, 1993a) calculou-se a necessária matriz de covariância assintótica das correlações policóricas dos dados recolhidos (Jöreskog, Sorbom, Du Toi & Du Toi, 2001). A matriz foi lida e tratada pelo *LISREL8-SIMPLIS* (Jöreskog & Sörbom, 1993b) e, sabendo que o cálculo desta matriz exige amostras de grande dimensão (Moustaki, Jöreskog & Mavridis, 2004), no *PRELIS2* recorreu-se à técnica de amostragem por simulação *bootstrap* (100 amostras de 50% das observações).

Seguiu-se uma lógica de “geração de modelos” (Jöreskog & Sörbom, 1993b), considerando-se interactivamente, na avaliação do ajustamento dos modelos, os resultados dos índices de ajustamento que representassem diferentes facetas deste (vd. Beauducel & Wittmann, 2005; Hu & Bentler, 1998; Tanaka, 1993). Utilizou-se o qui-quadrado relativo ($S-B\chi^2/gl$), que deve ser menor do que 3.00 (Kline, 2005); o *root mean square error of approximation* (*RMSEA*; Steiger, 1990), com valores próximos de .08 ou menos para indicar um ajustamento aceitável e de .06 ou menos para indicar um bom ajustamento (Hu & Bentler, 1999); o *comparative fit index* (*CFI*; Bentler, 1990) que deve ser igual ou superior a .95 para indicar um bom ajustamento (Hu & Bentler, 1998); o *standardized root mean square residual* (*SRMR*; versão estandardizada do *RMR*; Jöreskog & Sörbom, 1981) que deve ser próximo ou menor do que .08 (Hu & Bentler, 1999); e, o *expected cross-validation index* (*ECVI*; Browne & Cudeck, 1993), que deve ser inferior ao *ECVI* do modelo saturado (*ECVI Msat.*), para indicar uma boa aproximação do modelo em amostras da mesma dimensão. O

ECVI diz respeito à “precisão preditiva extrapolativa” do modelo e os restantes índices dizem respeito à sua “precisão preditiva interpolativa” (Forster, 2000).

Na avaliação substantiva do modelo testado procurou-se seguir as indicações de Fornell e Larcker (1981) no que respeita à avaliação da validade convergente de um factor (variância média extraída dos itens pelos factores – VME – que deve ser $> .50$; calculada através da fórmula $[\text{SUM}(cfe_i^2)]/[\text{SUM}(cfe_i^2) + \text{SUM}(e_i)]$, onde cfe_i = carga factorial estandardizada dos itens e e_i = variância do erro dos itens). Seguiram-se os mesmos autores para calcular a consistência interna do factor (calculada através da fórmula $[(\text{SUM}(cfe_i))^2]/[(\text{SUM}(cfe_i))^2 + \text{SUM}(e_i)]$), adoptando-se os critérios fixados por Nunnally e Bernstein (1994) na análise dos resultados: igual ou superior a $.70$ para estados iniciais de construção de uma prova, igual ou superior a $.80$ para investigação básica (diferenças entre grupos) e igual ou superior a $.90$ para investigação aplicada (diagnóstico individual).

Destes critérios, bem como da inspecção da matriz de resíduos estandardizados e dos índices de modificação (I.M.) fornecidos pelo *LISREL 8.53*, resultaram reespecificações na estrutura factorial da ESFS. Isto foi feito sabendo que a “geração de modelos” (Jöreskog & Sörbom, 1993b) pode envolver enviesamento confirmatório, uma vez que se admite a modificação empiricamente derivada (*data-driven*) do modelo, suscitando, assim, a possibilidade de o melhorar com base simplesmente no acaso (MacCallum, Rosnowski & Necowitz, 1992). Procurou-se então justificar substantivamente essas modificações.

Instrumento

A versão experimental da Escala de Saúde Funcional Subjectiva (ESFS; Diniz, 2007c) foi elaborada no âmbito da linha de investigação Transições na vida adulta: Dinâmicas adaptativas do adulto idoso. A sua concepção deriva dos trabalhos existentes no âmbito da SF objectiva e da SFS (vd. Introdução). A ESFS assume-se como inovadora na forma de operacionalização do constructo, porque transporta dimensões abordadas na saúde objectiva para uma abordagem subjectiva. A escala é unidimensional, composta por 4 itens: visão, audição, locomoção e motricidade fina (vd. Anexo para um maior desenvolvimento deste assunto). Trata-se de uma *rating scale* de tipo Likert de 7-pontos, que varia entre as respostas 1 (*péssima*) e 7 (*perfeita*).

Resultados

Testou-se um modelo unifactorial com independência de erro de mensuração entre os quatro itens da prova. Tal modelo (M1) mostrou um ajustamento não aceitável, como se pode verificar na Tabela 1 ($S-B\chi^2/gl > 3$, $RMSEA >.06$ e limite inferior I.C 90% do *ECVI* do modelo testado maior do que o *ECVI* do modelo saturado). Os I.M. fornecidos pelo *LISREL8.53* apontaram no sentido de se acrescentar uma covariância de erro entre os itens visão e audição. Decidiu-se assim testar um outro modelo (M2), que incluiu a referida covariância de erro.

< Tabela 1 >

Como pode observar-se na Tabela 1, o modelo unifactorial com a covariância de erro entre a visão e a audição (M2) revelou possuir uma boa precisão preditiva interpolativa ($S-B\chi^2/gl < 3.00$, $SRMR < .08$, $CFI > .95$, $RMSEA < .06$, com limite superior do IC de 90% também $< .06$) e uma aceitável precisão preditiva extrapolativa para amostras da mesma dimensão da deste estudo (*ECVI* do modelo saturado no seio do IC de 90% do *ECVI* do modelo em apreciação).

Na tabela 2 apresentam-se os resultados substantivos do modelo, obtidos com a amostra do presente trabalho.

< Tabela 2 >

Através da inspecção dos valores apresentados na Tabela 2 para os coeficientes de determinação dos itens (R^2), constata-se que os itens locomoção e motricidade fina foram os mais precisos para representar a SFS (maior quantidade de variância capturada pelo factor) e o item audição foi o menos preciso. A magnitude da covariância do erro entre os itens visão e audição foi moderada (.17).

Entretanto, a ESFS revelou um valor de validade convergente (VME =.44) abaixo do valor de referência, mas uma aceitável consistência interna (.75).

Discussão

Os resultados demonstraram um bom ajustamento dos itens para o factor, revelando que os itens visão, audição, locomoção e motricidade fina são bons indicadores para aceder ao constructo SFS.

Para esta amostra, os itens mais representativos do factor foram a locomoção e a motricidade fina. Possivelmente, défices nestas áreas são sentidos como mais limitadores das actividades de vida diária e de difícil recuperação para os adultos idosos. As doenças musculo-esqueléticas (e.g., osteoartrite, osteoporose) estão no topo da lista de patologias consideradas causadoras de um maior desconforto (Smith et al., 2002) e, do ponto de vista subjectivo, são as mais enfatizadas pelos idosos (Steinhagen-Thiessen & Borchelt, 1999). A análise objectiva também coloca as osteoartrites, entre outras patologias, em destaque.

Num estudo sobre a avaliação multidimensional de pessoas idosas, verificou-se que ao nível da saúde percebida, em indivíduos idosos residentes em Lisboa, as principais queixas (73%) reportavam-se ao aparelho locomotor (Botelho, Mayor & Paúl, 2006). Possivelmente, num meio rural, os valores obtidos teriam sido diferentes. Os adultos idosos rurais são mais activos, o que de certa forma protege a sua saúde comparativamente à maior inactividade física dos adultos idosos urbanos. O resultado traduz-se numa maior independência nas actividades de vida diária em adultos idosos rurais (Paúl, Fonseca, Martín & Amado, 2003).

Estes resultados podem, ainda, encontrar a sua explicação na forma como as pessoas encaram os recursos disponíveis para a sua correcção, e se efectivamente procedem à sua correcção. Ao nível da visão e audição, as incapacidades são facilmente corrigíveis com recurso a ajudas técnicas não invasivas: próteses (óculos, aparelho auditivo) ou operações (operação às cataratas a laser). A utilização de óculos, muitas vezes, já vem desde idades mais novas, mesmo da infância, o que não provoca uma estranheza e rejeição no sujeito, faz antes parte da sua identidade. Ao nível dos défices motores, ainda que existam ajudas disponíveis, os instrumentos para suplantar esses défices são vistos como mais estigmatizantes e por isso mais rejeitados (e.g., canadianas, andarilhos, cadeiras de rodas). Por vezes, as melhorias são só conseguidas com recurso a intervenções cirúrgicas intrusivas, às quais o sujeito reage com receio e desconfiança.

O facto de não se ter controlado as dimensões de forma objectiva, não nos possibilita saber se os resultados têm que ver com características reais da amostra. Não sabemos se, na realidade, havia mais perturbações objectivas na locomoção e na motricidade fina. De acordo com a literatura, existe uma forte correlação entre a saúde objectiva e a saúde subjectiva (Antonucci et al., 2002; Borchelt et al., 1999; Steinhagen-Thiessen & Borchelt, 1999), o que leva a supor que, numa amostra com outras características, os resultados poderiam ser diferentes.

Outra hipótese é a de que a visão e a audição constituem perdas lentas e progressivas que vêm desde idades mais novas, enquanto as alterações na locomoção ou na motricidade fina podem suceder de forma mais repentina, muitas vezes até resultantes e/ou agravadas por quedas ou esforços. Desta forma, a percepção dos défices nos sentidos pode ser mascarada pelo efeito de habituação progressiva.

A covariância de erro entre a visão e a audição, que ajustou melhor o modelo, é substantivamente justificável pelo facto da literatura apontar que estes dois sentidos estão relacionados. Menezes (2003) refere que “no Ser Humano, dois sentidos destacam-se pela íntima relação existente e pelo papel fundamental que representam na aquisição e desenvolvimento da linguagem, assim como na formação subjetiva da imagem do meio que o rodeia, são eles a visão e a audição” (p. 2). Marsiske e colaboradores (1999) verificaram que pelo menos um quarto da população do Estudo de Berlim apresentava incapacidades em ambos os sentidos, sendo que, com a idade, essa ligação acentuava-se, chegando aos 73% em idosos com 90 ou mais anos. Os autores alertam para o facto de que, na população idosa, este parece estar a tornar-se um fenómeno universal. As conclusões de Jee e colaboradores (2005) corroboram o défice simultâneo dos dois sentidos referidos. Assim, a partilha de erro entre ambos os itens pode significar que existe um outro factor que capta a sua variância que, neste caso, estaria ligado a aspectos sensoriais.

A validade convergente e a consistência interna (Fornell e Larcker, 1981) não atingiram os valores desejados, o que poderá estar relacionado com as características da amostra, bem como estarmos perante um estudo de cariz preliminar. A consistência interna de .75 pode ser considerada aceitável, pois o critério para estados iniciais de construção de uma prova é de .70 (Nunnally e Bernstein, 1994). Existem outras variáveis que poderiam ter sido consideradas na conceptualização da ESFS que, uma vez incluídas, provavelmente

contribuirão para a melhoria destes valores. Por exemplo, aquelas que se reportam a dificuldades em mastigar, ao equilíbrio e à força de preensão.

No Estudo de Berlim (Smith et al., 2002; Steinhagen-Thiessen & Borchelt, 1999), os dentistas chegaram à conclusão que 75% dos participantes que usavam dentadura tinham problemas de mastigação e de fala devido à necessidade de substituir ou reparar as suas dentaduras, destacando ainda que 43% da população era desdentada. Este indicador demonstra o potencial efeito que as dificuldades de mastigação têm na SF percebida.

A dimensão equilíbrio/marcha considerada no Estudo de Berlim (Smith et al., 2002) serviu de ponto de partida para a conceptualização do item locomoção. No entanto, apesar do equilíbrio ser necessário à locomoção, ele também é necessário para o acto de estar parado. Desta forma, poderá ser interessante abordar não só a locomoção, como também considerar um item isolado para o equilíbrio, podendo ser averiguada a discriminação entre os dois itens ou, pelo contrário, a sua redundância.

A concepção do item motricidade fina baseou-se nos problemas osteoarticulares que caracterizam a idade tardia. Smith e colaboradores (2002) abordaram a força de preensão (i.e., agarrar coisas), o que levanta a hipótese de integrar mais um item na ESFS.

Em suma, os índices de validade convergente e precisão da ESFS apontam para a necessidade de um maior número de estudos, pois estes não são ainda satisfatórios. Sugere-se a inclusão das referidas variáveis, no sentido de se perceber se os seus efeitos melhoram as propriedades psicométricas da prova. Outra sugestão, não abordada neste trabalho, é verificar os efeitos da variável género em cada item da prova, uma vez que para as diversas dimensões, os estudos têm demonstrado diferenças de género. Por exemplo, a visão tem sido reportada como pior nas mulheres (Smith et al., 2002), enquanto perdas na audição incidem mais nos homens (Aiken, 1989; Cavanaugh, 1993). Desta forma, as especificidades do género poderão indicar estratégias de intervenção mais eficazes.

As características desta prova permitem-na ser um meio de comparação dos problemas funcionais dos idosos, em termos do peso que têm na vida de cada um. Poderá também servir como instrumento de comparação entre momentos anteriores e posteriores a programas de intervenção. A avaliação subjectiva permite, de uma forma intrínseca, verificar os índices de adaptação da pessoa à sua dificuldade, bem como a intensidade com que ela é vivenciada, o que não seria possível com o recurso a medidas objectivas. Desta forma, permite perceber os

mecanismos de *coping*, adaptação e compensação face às perdas. O objectivo último é saber onde intervir para melhorar a saúde subjectiva, não só do ponto de vista físico mas também do ponto de vista psicológico, como por exemplo, implementar programas de sensibilização para as perdas futuras, estratégias de adaptação, informação sobre instrumentos de ajuda, diminuir a visão negativa de determinadas ajudas técnicas. E, tão ou mais importante, intervir no local (casa própria, lares, centros de dia), ao nível do som, luz, treino de voz dos profissionais. Mais do que entrar no âmbito das patologias complexas, importa contemplar um nível mais básico, tendo em conta que as alterações reportadas atingem todos os adultos idosos. Desta forma, podemos contribuir para o bem-estar do indivíduo, disponibilizando recursos para ajudar a um envelhecimento de sucesso. Contudo, alerta-se para o facto desta ainda não ser uma ferramenta disponível, tendo em conta as limitações acima referidas.

Estudo 2 –Validação factorial da EDG-VR

Método

Amostra

Foi utilizada a amostra descrita no estudo anterior.

Procedimento

O procedimento utilizado foi o mesmo referido no Estudo 1, distinguindo-se daquele no que concerne ao método de estimação utilizado no *LISREL 8.53* que, neste caso, foi o método dos mínimos quadrados ponderados. No *PRELIS2*, calculou-se a exigida matriz de covariância assintótica das correlações tetracóricas dos dados recolhidos. Note-se que neste estudo, dado o formato de resposta dicotómica da escala, foi necessário recorrer ao cálculo de correlações tetracóricas. Este tipo de correlação é um caso específico das correlações policóricas, utilizada nestas condições por não se poder recorrer à estatística de Pearson devido à não normalidade dos dados (vd., e.g., Kubinger, 2003).

Os índices analisados para verificar o ajustamento do modelo, bem como os seus valores de referência, foram os referenciados no estudo anterior, à excepção do qui-quadrado relativo utilizado. Neste estudo, recorreu-se ao *minimum fit function chi-square* (χ^2/gl).

Instrumento

Com o objectivo de elaborar um instrumento de rastreio da depressão em adultos idosos, Yesavage e colaboradores (1983) desenvolveram a *Geriatric Depression Scale*, composta por 30 itens.

Os itens da escala incidem sobre os sintomas psicológicos da depressão mais frequentes neste grupo etário, não contendo itens sobre sintomas físicos. De acordo com Yesavage e colegas (1983), a depressão nos idosos apresenta particularidades psicológicas pouco frequentes noutras faixas etárias, sendo, pelo contrário, os sintomas físicos comuns a idosos deprimidos e idosos não deprimidos, o que os torna menos úteis no diagnóstico da depressão.

Mais tarde, foi elaborada a versão reduzida deste instrumento, composta por 15 itens, a *Geriatric Depression Scale-Short Form*. Esta, de acordo com os autores, tem os seguintes pontos de corte: pontuação superior a cinco sugere depressão e deve-se conduzir a uma avaliação e acompanhamento compreensivo do caso; pontuação superior a dez é quase sempre indicadora de depressão. Esta escala revelou uma boa correlação com a original, pelo que tem sido utilizada à escala mundial e objecto de muitas investigações, devido sobretudo à sua prática administração. A sua validade foi confirmada em estudos na China, Reino Unido e Malásia com uma variação de .7 a .9 (vd. Malakouti, Fatollahi, Mirabzadeh, Salavati, & Zandi, 2006). A fiabilidade do teste-reteste (.7-.83) e a fidelidade *split-half* (.82) mostraram-se aceitáveis.

A versão original (escala de 30 itens) foi adaptada à população portuguesa por Barreto (in Paúl, 1993), o mesmo não aconteceu para a sua forma reduzida, o que se pretende fazer com este trabalho.

Entretanto, vários são os estudos que apresentaram estruturas da prova com menos itens, e ainda assim com boa correlação com as escalas originais. No presente trabalho, embora tenha sido administrada, à nossa amostra, a versão reduzida de 15 itens (Sheikh & Yesavage, 1986), a escala foi trabalhada apenas com 11 itens, de acordo com recente investigação da sua estrutura factorial (Malakouti et al., 2006). Os itens retirados à priori são o 2, 9, 10 e 13 (Malakouti et al., 2006), uma vez que vários estudos (Adams, 2001; Cheng & Chan, 2007) têm apontado no sentido de que estes itens reportam situações que acontecem à generalidade dos idosos, não sendo por isso itens discriminatórios de depressão, o que pode

levantar erros de diagnóstico. Esta escala tem uma estrutura unifactorial “depressão”, tendo revelado uma correlação significativa ($r = .58, p < .001$) com a escala de 15 itens (Malakouti et al., 2006).

Quanto à forma de resposta, trata-se de uma escala ordinal dicotómica (sim/não).

Note-se que, nesta investigação, foi administrada a tradução para português da escala original (Escala de Depressão Geriátrica-Versão Reduzida; EDG-VR; Diniz, 2007b), de forma a poder ser aplicada aos adultos idosos portugueses.

Resultados

Testou-se um modelo unifactorial com independência de erro de mensuração entre os 11 itens da prova. Este modelo mostrou-se inadmissível uma vez que o item 11 (Acha que estar vivo agora é maravilhoso?) apresentava uma variância de erro negativa, procedendo-se à sua exclusão. Testou-se o modelo com 10 itens (M1), o qual demonstrou um ajustamento não aceitável ($RMSEA > .06$, $CFI < 0.95$ e $SRMR > 0.08$), conforme pode ser verificado na Tabela 3.

<Tabela 3>

Detectou-se que o item 6 (Tem medo que algo de mau lhe vá acontecer?) apresentava uma carga factorial inferior a .45, prejudicando a validade convergente do factor, o que levou à sua exclusão. No entanto, o ajustamento continuou não aceitável (M2), tendo apresentado os mesmos problemas que o modelo anterior ($RMSEA > .06$, $CFI < 0.95$ e $SRMR > 0.08$). Recorreu-se aos I.M. que apontaram no sentido de se acrescentar uma covariância de erro entre os itens 12 (Sente que não tem valor no estado em que agora se encontra?) e 14 (Sente que não há esperança para a sua situação?) (M3). Voltou-se a ter um ajustamento pouco aceitável ($SRMR > 0.08$). Entretanto, a inspecção da matriz de correlações dos itens revelou que o item 1 (Está basicamente satisfeito(a) com a sua vida?) apresentava uma precisão “excessiva” (carga factorial = .91, $R^2 = .83$), indicando redundância entre o item e o factor, o que implicou a sua exclusão. Esta alteração (M4) melhorou o ajustamento do modelo, ainda

que tenha continuado com $SRMR > 0.08$. No entanto, tendo em conta a análise interactiva dos vários índices, resolveu-se aceitar o modelo.

Na Tabela 4 apresenta-se os resultados substantivos do modelo, obtidos com a amostra do presente estudo.

<Tabela 4>

Através da inspecção dos valores apresentados na Tabela 4 para os coeficientes de determinação dos itens (R^2), constatou-se que os itens 8 (Sente-se muitas vezes abandonado(a)?) e 3 (Sente que a sua vida é vazia?) foram os mais precisos para representar a depressão (EDG-VR) (maior quantidade de variância capturada pelo factor) e os itens 5 (Está de bom humor a maior parte do tempo?) e 15 (Acha que a maior parte das pessoas está melhor do que o Sr.(a)?) foram os menos precisos. A magnitude da covariância do erro entre os itens 12 e 14 foi moderada (.26).

Entretanto, a EDG-VR apresentou uma validade convergente (VME = .43) abaixo do valor de referência, mas uma boa consistência interna (.85).

Discussão

A estrutura proposta inicialmente com 11 itens revelou um mau ajustamento do modelo, procedendo-se à sua depuração através dos I.M.. A solução resultante exclui os itens 11, 6 e 1 e acrescenta uma covariância de erro entre os itens 12 e 14. Seguindo a recomendação de MacCallum e colegas (1992), procurou-se dar uma justificação substantiva para estas ocorrências.

Tendo em conta as problemáticas assinaladas ao nível da recolha, nomeadamente os comentários tecidos pelos participantes, procurou-se a justificação de tais alterações. Em relação ao item 11, alguns sujeitos referiram o termo “maravilhoso” como demasiado forte. O item 6 foi interpretado como medo geral e social e não como medo real em relação ao próprio, visível pelos comentários “nos dias de hoje...temos de ter medo”, “com tantos assaltos”. O

facto de se tratar de uma população urbana, residente em Lisboa, poderá ter influenciado a resposta dos sujeitos, agravando-se pelo facto de ter havido vários relatos de assaltos de pessoas conhecidas dos entrevistados durante a recolha, bem como a crise na segurança no nosso país. O item 1 não se revelou discriminante, o que poderá estar relacionado com uma certa desejabilidade social e por ser o primeiro item do questionário.

A covariância de erro entre os itens 12 e 14 é facilmente interpretável devido a estruturas comuns na sua sintaxe: são os únicos itens formulados pela negativa, o que provocou problemas de interpretação do conteúdo semântico, muitas vezes visível pelo tempo de latência de resposta, o que levou à necessidade de repetidas leituras dos itens. Além do referido, coexiste uma ambiguidade latente de conteúdo entre os mesmos: “no estado em que agora se encontra” e “esperança para a sua situação” levantou muitas questões de compreensão, uma vez que não são conceitos explícitos, denotado pelas questões dos participantes “qual situação?”, “qual estado?”.

Os itens que melhor representaram a depressão foram o 8 e o 3. Pela análise semântica, é notório um conteúdo muito ligado à solidão, ao vazio, à tristeza, sentimentos que são muito caracterizadores dos estados de depressão, tal como reconhecido na literatura. Os itens 5 e 15 constituíram-se como os menos precisos para representar o factor, o que poderá ser explicado pela dificuldade de resposta dos sujeitos: “a maior parte do tempo” e “a maioria das pessoas” provocam alguma indefinição na resposta. Relativamente ao item 15, houve mesmo quem dissesse “não sei como está a maioria das pessoas”, “vejo muitos piores e muitos melhores”, “não me posso comparar com as outras pessoas, não sei como elas estão”.

A EDG-VR revelou uma baixa validade convergente ($VME = .43$), o que poderá ser explicado pela sucessiva depuração do modelo, mas principalmente pelas características da amostra, pois foram registados níveis muito baixos de depressão. A consistência interna está dentro da norma aceitável para investigação básica (Nunnally e Bernstein, 1994), no entanto revela que a prova ainda não está devidamente estabilizada para o uso clínico individual.

Salienta-se a necessidade de estudos deste tipo, para se poder administrar, com segurança, as provas que são do domínio público. Ainda que as conclusões resultantes desta validação tenham de ser analisadas com precaução, deu-se um primeiro passo na validação da prova, esperando que lhe seja dada continuidade. Note-se, porém, que estes dados são válidos para a forma de aplicação hetero-administrada. Como houve necessidade de excluir itens e

acrescentar covariâncias de erro, os futuros trabalhos deverão ser principalmente dirigidos a replicações com amostras idênticas. Sugere-se, também, a realização de estudos com amostras clínicas para verificar até que ponto a estrutura factorial da prova é idêntica à encontrada para as amostras comunitárias. Uma vez estabilizada a estrutura factorial da EDG-VR, serão necessários estudos para se apurar o ponto de corte da mesma, para a nossa população.

Estudo 3 – Modelo Estrutural Preditor da Depressão em Adultos Idosos

Método

Amostra

Foi utilizada a amostra descrita nos Estudos 1 e 2.

Procedimento

O procedimento foi o mesmo utilizado no Estudo 2. Acresce que para testar o Modelo Estrutural Preditor da Depressão em Adultos Idosos (MEPDAI), a variável género foi operacionalizada através da notação um (1) para o feminino e dois (2) para o masculino. Para obter o factor género, a variância de erro da variável foi igualizada a zero.

Instrumentos

Foram utilizados a ESFS e a EDG-VR, testados nos Estudos 1 e 2, respectivamente.

Resultados

O MEPDAI revelou um ajustamento aceitável (vd. Figura 2) considerando os bons resultados obtidos para dois dos índices ($\chi^2/gl < 3.00$, $CFI > .95$), um resultado aceitável no limite para um outro ($RMSEA < .08$) e um mau resultado para um quarto ($SRMR > .08$).

<Figura 2>

Como se pode observar na Figura 2, mantêm-se as covariâncias de erro entre os itens 12 e 14 (.36) EDG-VR e entre a visão e a audição (.21) da ESFS, de acordo com os resultados obtidos na análise factorial das duas provas. Os I.M. apontaram para a necessidade de se acrescentar uma covariância de erro entre a audição e a locomoção (.16), assim como entre os itens 3 e 8 (.20) da EDG-VR. Optou-se por fazer estas reespecificações, uma vez que se traduziram num melhor ajustamento do modelo.

Iniciando a análise substantiva do modelo, verificou-se que o género é um bom preditor da depressão (EDG-VR) [$\beta = -.25$; $t(203) = -2.83$; $p < .01$]: os homens revelaram menores índices de depressão. O género mostrou um efeito preditor também sobre a SFS [$\beta = .31$; $t(203) = 5.56$; $p < .001$]: os homens apresentaram uma melhor SFS. A SFS revelou-se um bom preditor da depressão (EDG-VR) [$\beta = -.25$; $t(203) = -3.32$; $p < .001$]: indivíduos com melhor SFS, apresentaram menos depressão. O efeito total do género sobre a depressão (EDG-VR) [$\beta = -.33$; $t(203) = -3.84$; $p < .001$] mostrou-se superior ao efeito directo, o que significa que o efeito indirecto entre estas variáveis [$\beta = -.08$; $t(203) = -3.36$; $p < .001$] mostrou-se relevante. A SFS é um mediador importante na relação entre o género e a depressão.

Quanto à quantidade de variância (R^2) da depressão (EDG-VR) extraída pelo género e pela SFS (ESFS) foi de 11%.

Discussão Geral

O MEPDAI revelou um ajustamento aceitável. O facto da EDG-VR (Estudo 2) ter registado valores elevados no *SRMR* contribuiu para a elevação do *SRMR* neste modelo, prejudicando o seu ajustamento. Entretanto, procuraram-se razões substantivas (MacCallum et al., 1992) para as duas covariâncias do erro estimadas no modelo, uma entre os itens audição e locomoção da ESFS, outra entre os itens 3 e 8 da EDG-VR. A audição e locomoção encontram-se relacionadas pela sua conjunta contribuição para o equilíbrio (Cavanaugh, 1993; Marsiske et al., 1999): é no ouvido que temos o sistema vestibular, responsável pelo equilíbrio. Num estudo experimental realizado por Lovdén e colaboradores (2006), verificou-

-se que a tarefa de andar e ter que desviar de objectos era afectada quando os sujeitos recebiam sinais sonoros em simultâneo. A precisão motora diminuiu e o número de erros e o tempo de execução foram maiores. Esta experiência reforça a inter-relação entre estes dois indicadores.

Relativamente à covariância de erro entre os itens 3 e 8, ela deve-se a um conteúdo semântico muito semelhante porque ambos remetem para a solidão, factor este muito importante na realidade experiencial dos adultos idosos (Alpass & Neville, 1989).

Verificou-se que o modelo testado estava bem ajustado aos dados empíricos, ou seja, as relações entre as variáveis contempladas no modelo teórico revelaram-se significativas para a amostra em estudo. Constatou-se que o género é um bom preditor da depressão, expresso no sentido em que o género masculino revela menores índices de depressão, o que se afasta da teorização de Ames (in Urretavizcaya, 2003) que refere que as diferenças no género relativamente à depressão tendem a esbater-se à medida que a idade avança, indo de encontro às conclusões da maior parte dos estudos que abordam esta relação (Aiken, 1989; Antonucci et al., 2002; Barros, 2008; Blazer, 1985; Cavanaugh, 1993; Smith & Baltes, 1998; Vallejo, 2003). As explicações para que este fenómeno aconteça são bem focadas na literatura (vd., e.g., Antonucci et al., 2002; Cavanaugh, 1993): tem-se verificado que as mulheres estão expostas a um maior número de factores ponteciadores de depressão em comparação com os homens. No entanto, estas conclusões poderão dever-se a uma depressão subdiagnosticada nos homens (Cavanaugh, 1993), ou mesmo devido à hipótese de os homens apresentarem características de depressão diferentes (Justo & Calil, 2006). Mesmo que um homem reconheça que esteja deprimido, a sociedade impõe-lhe a noção de que não se deve queixar, ilustrada pela crença “um homem não chora”, o que infelizmente está muito enraizado nos idosos portugueses e nos valores que lhes foram passados pelos seus antepassados. Esta questão requer uma maior atenção por parte das investigações nesta área. Possivelmente, será necessário repensar os questionários de forma a abranger variáveis mais caracterizadoras da depressão no sexo masculino.

O género mostrou também um efeito preditor sobre a SFS, demonstrando que os homens têm melhor SFS, o que vai de encontro aos trabalhos de Yi e Vaupel (2002) e Smith e Baltes (1998). Efectivamente, mesmo em termos objectivos, a literatura refere que as mulheres apresentam maiores fragilidades ao nível da saúde em comparação com os homens

da sua idade (Smith et al., 2002). Desde cedo as mulheres parecem ter uma morbidade mais elevada, quer em termos da saúde atribuída a si própria, quer em termos de queixa (Radley, in Fonseca & Paúl, 2004).

Além destas razões, as mulheres têm tendência a manter uma proximidade maior com a sua saúde e com as consultas, sendo muitas vezes as zeladoras da saúde dos maridos. A própria experiência enquanto mães, leva a que tenham um maior sentido de alerta a pequenas alterações na saúde. As mulheres mantêm um maior número de actividades instrumentais, em comparação aos homens, sendo que estes dedicam mais tempo a actividades de lazer (Baltes et al., 1999). Estas diferenças podem influenciar a forma como o indivíduo percepção a sua saúde, isto é, se as mulheres necessitam de activar mais recursos funcionais para desempenhar as suas tarefas diárias, provavelmente sentem a sua SF mais diminuída, em relação ao género masculino.

Por sua vez, a SFS revelou-se um bom preditor da depressão, apontando que uma melhor SFS está associada a índices de depressão mais baixos. Tendo em conta que a SF limita a actividade da pessoa, a competência e a autonomia, não é difícil perceber a existência desta relação. Estas conclusões fortalecem a posição de Smith e colaboradores (2002), ao referirem que a doença crónica e as incapacidades funcionais (e.g., visão, audição, mobilidade, força) limitam o bem-estar; assim como a perspectiva de Cavanaugh (1993), quando refere a importância que as mudanças sensoriais assumem no comportamento, uma vez que diminuem o prazer da vida. Estes resultados também vêm corroborar as conclusões do estudo de Alpass e Neville (2003), no sentido em que a saúde subjectiva é um forte preditor da depressão.

Verificou-se que a SFS amplifica o efeito do género sobre a depressão, o que evidencia a importância de se considerar esta variável no contexto da sintomatologia depressiva.

Ainda que todas as relações referenciadas sejam significativas, o R^2 não é muito elevado, sendo que as variáveis em estudo explicam apenas 11% da depressão. Este resultado é o espelho da etiologia multifactorial da depressão. Apesar de ser importante considerar a SFS e o género como variáveis potenciadoras de depressão, devemos estar atentos às múltiplas facetas etiológicas desta patologia, com vista a uma prevenção e intervenção de sucesso. Os factores em jogo são de ordem biológica, psicológica e social, e não se esgotam

nas vertentes unitárias de cada um, suscitando antes uma conjuntura de enredos difícil de perscrutar (vd. Anexo para um maior desenvolvimento deste assunto).

Não obstante, os resultados desta investigação apontam para a necessidade de elaborar programas de intervenção em que sejam consideradas as variáveis género e SFS. Não se pode descurar os efeitos que a SFS ou o género podem ter na depressão, enquanto variáveis ligadas a outros factores. Enquanto a SFS, por si só, explica uma percentagem menor da depressão, se considerarmos as consequências que a SF abarca, como o isolamento, o afastamento da rede social, as limitações nas actividades de vida diária, a dependência, entre outros, o seu poder explicativo pode tornar-se muito mais significativo. Desta forma, ao fazer uma intervenção ao nível da SFS, interage-se na depressão de forma directa, mas também de forma indirecta, até com um maior peso, através de variáveis intervenientes entre a SF e a depressão.

Dada a incidência dos défices funcionais ser transversal a toda a população idosa, mais do que entrar no domínio específico de doenças (que têm menor ou maior probabilidade de surgir no indivíduo), salienta-se a necessidade de intervir num nível mais primário de acção, mas que muitas vezes é descurado. Embora saia deste âmbito, em jeito de paralelismo, note-se a quantidade de idosos mal nutridos, ainda que se acredite que a alimentação é algo básico e assegurado, no qual não se tem de intervir (“Sete em cada dez idosos estão mal nutridos em Portugal”, 2008). Neste estudo, verificou-se que sete em cada dez pessoas idosas estão mal nutridas. Já é velha a tradição do ser humano não dar importância àquilo que é mais óbvio. Mas o que parece não ter importância, numa primeira abordagem, pode surtir efeitos surpreendentes, se forem considerados.

Desta forma, mecanismos de avaliação dos défices funcionais são uma mais-valia para uma intervenção adequada com idosos, podendo contribuir para a manutenção do seu bem-estar global e, em particular, evitar o despoletar de depressão.

Num futuro modelo seria interessante incluir a variável actividades de vida diária como variável interveniente entre a SFS e a depressão, pois de acordo com os dados empíricos deste trabalho e os dados teóricos disponíveis, essa interveniência poderia amplificar os efeitos da SFS na depressão. Outra sugestão vai no sentido de se testar um modelo semelhante ao actual, mas com a inclusão do constructo bem-estar subjectivo como critério último.

Evocando os estudos de validação das provas, destaca-se a necessidade de realização de mais trabalhos deste tipo, pela importância que têm para a correcta avaliação das escalas. Se estas não forem adequadas, não terão qualquer utilidade, senão trazer resultados enviesados. No âmbito da ESFS é necessária uma abordagem mais minuciosa do ponto de vista da sua conceptualização, traduzida num acréscimo de itens de forma a melhorar as suas propriedades psicométricas, nomeadamente a validade convergente. Ao nível da EDG-VR, destaca-se a necessidade de estudos em amostras idênticas à deste trabalho e outros em amostras clínicas. Uma vez estabilizada a estrutura factorial da prova, serão necessárias investigações para apurar o ponto de corte da mesma, para a população portuguesa. Só depois de todo este procedimento, é que as provas estarão aptas para uma utilização segura, com o rigor psicométrico desejado.

As limitações deste trabalho assentam na recolha da amostra, uma vez que se recorreu a métodos de amostragem não probabilísticos, o que pode ter condicionado os resultados obtidos. Sugere-se, assim, recolha em amostras com características o mais idênticas possíveis à da nossa população ou mesmo recorrer a amostragem probabilística.

O facto de se ter feito a hetero-administração das provas pode ter enviesado os resultados, devido à desajustabilidade social. No entanto, este procedimento também ofereceu vantagens, na medida em que permitiu controlar melhor os índices de cansaço e o nível de compreensão do entrevistado.

Destaca-se ainda, como limitação, o facto do trabalho não ter incidido numa amostra comunitária e noutra clínica, o que teria permitido, inclusivamente, fazer comparação entre estes grupos. Não só a EDG-VR poderia ter funcionado melhor, como no MEPDAI as variáveis preditoras poderiam ter captado maior variância extraída da variável depressão. No entanto, o objectivo inicial no delineamento do estudo foi estudar as características de uma amostra comunitária, o que permitiu verificar a forma como este modelo se adequa a adultos idosos que fazem a sua vida normal.

Em suma, este último destaque remete para uma conclusão positiva. A amostra estudada apresentou baixos níveis de depressão (em 408 participantes só 11 apresentaram depressão grave), o que põe em evidência que os nossos adultos idosos, ainda que sujeitos a múltiplos factores desafiadores do seu bem-estar, estão a seguir o caminho de um envelhecimento bem sucedido.

Referências

- Adams, K. B. (2001). Depressive symptoms, depletion, or developmental change? Withdrawal, apathy, and lack of vigor in the Geriatric Depression Scale. *The Gerontologist*, 41, 768-777.
- Aiken, L. R. (1989). *Later Life* (3th ed.). New Jersey: Lawrence Erlbaum.
- Alpass, F. & Neville, S. (2003). Loneliness, health and depression in older males. *Agind and Mental Health*, 7 (3), 212-216. Consultado em 7 de Outubro de 2008 através da base de dados PsycINFO.
- Antonucci, T. C., Lansford, J. E., Akiyama, H., Smith, J., Baltes, M. M., Takahashi, K. et al. (2002). Differences between men and women in social relations, resource deficits, and depressive symptomatology during later life in four nations. *Journal of Social Issues*, 58 (4), 767-783.
- Associação Americana de Psicologia. (2002). *DSM-IV-TR Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais* (4ª ed. texto revisto). Lisboa: Climepsi.
- Atchley, R. C. (2000). *Social forces and aging: An introduction to social gerontology*. Belmont: Wadsworth.
- Atkinson, R., & Flint, J. (2001). Accessing hidden and hard-to-reach populations: Snowball research strategies. *Social Research Update*, 33. Consultado em Novembro de 2005 através de: www.soc.surrey.ac.uk/sru/SRU33.html
- Baltes, M., Maas, I., Wilms, H.-U., Borchelt, M., & Little, T. (1999). Everyday competence in old and very old age: Theoretical considerations and empirical findings. In P. B. Baltes, & K. U. Mayer (Eds.), *The Berlin Aging Study: Aging from 70 to 100* (pp.384-402). Cambridge: University Press.
- Barros, J. (2008). *Psicologia do envelhecimento e do idoso* (3ª ed). Porto: Legis.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Bentler, P. M. (1990). Comparative fit indices in structural models. *Psychological Bulletin*, 107, 238-246.

- Beauducel, A., & Wittmann, W. W. (2005). Simulation study on fit indexes in CFA based on data with slightly distorted simple structure. *Structural Equation Modeling*, 12 (1), 41-75.
- Birren, J. (1999). Afterword. In V. Bengtson, & K. Schaie (Eds.), *Handbook of theories of aging* (pp. 459-471). New York: Springer Publishing Company.
- Blazer, D. (1985). Depressive Illness in Late Life. In *America's Aging: Health in an Older Society* (pp. 105-127). Washington: National Academic Press.
- Borchelt, M., Gilberg, R., Horgas, A. L., & Geiselman, B. (1999). On the significance of morbidity and disability in old age. In P. B. Baltes, & K. U. Mayer (Eds.), *The Berlin Aging Study : Aging from 70 to 100* (pp. 403-429). Cambridge: University Press.
- Botelho, A. (2005). A Funcionalidade dos idosos. In C. Paúl, & A. M. Fonseca (Eds.), *Envelhecer em Portugal: Psicologia, Saúde e Prestação de Cuidados* (pp.111-135). Lisboa: Climepsi.
- Botelho, A., Mayor, M., & Paúl, C. (2006). Avaliação multidimensional de pessoas idosas em consultas de ambulatório. In I. Leal, J. P. Ribeiro, & S. N. Jesus, *6º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde: Actas* (pp. 529-534). Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Browne, M. W., & Cudeck, R. (1993). Alternative ways of assessing model fit. In K. A. Bollen, & J. S. Long (Eds.), *Testing structural equation models* (pp. 136-162). London: SAGE.
- Carrilho, M. J., & Gonçalves, C. (2007). Envelhecimento crescente mas especialmente desigual. *Revista de Estudos Demográficos*, 40, 21-37. Consultado em 8 de Junho de 2008 através de: http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOE_Spub_boui=5992992&PUBLICACOESmodo=2
- Carrilho, M. J., & Patrício, L. (2007). A situação demográfica recente em Portugal. *Revista de Estudos Demográficos*, 40, 39-75. Consultado em 8 de Junho de 2008 através de: http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOE_Spub_boui=5992992&PUBLICACOESmodo=2

- Carvalho, A. J., & Firmino, H. (2006). Depressão geriátrica: Bases vasculares e considerações clínicas. In H. Firmino, L. Cortez-Pinto, A. Leuschner, & A. Barreto (Eds.), *Psicogeriatrics* (pp. 221-232). Coimbra: Almedina.
- Cavanaugh, A. (1993). *Adult development and aging* (2nd ed.). California: Brooks/Cole.
- Cheng, S.-T., & Chan, A. C. M. (2007). Withdrawal, apathy and lack of vigor in late life depression: Factorial validity and relationship to diagnosis. *Aging & Mental Health*, *11* (5), 532-537. Consultado em 5 de Junho de 2008 através da base de dados PsycINFO.
- Costa, A. (2005). A depressão nos idosos portugueses. In C. Paúl, & A. M. Fonseca (Eds.), *Envelhecer em Portugal: Psicologia, Saúde e Prestação de Cuidados* (pp.157-176). Lisboa: Climepsi.
- Diniz, A. M. (2007a, Julho). Adaptação de questionários para adultos idosos: Dificuldades e sua ultrapassagem. In A. M. Diniz (Coord.), *Problemas na adaptação de questionários para adultos idosos*. Mesa Redonda conduzida no III Congresso Brasileiro de Avaliação Psicológica e XII Conferência Internacional de Avaliação Psicológica: Formas e Contextos, João Pessoa, PB, Brasil.
- Diniz, A.M. (2007b). *Escala de Depressão Geriátrica: Versão Reduzida*. Lisboa: ISPA.
- Diniz, A. M. (2007c). *Versão experimental da Escala de Saúde Funcional Subjectiva*. Lisboa: ISPA.
- Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). Mini Mental State: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, *12*, 189-198.
- Fonseca, A. M. (2004). *O Envelhecimento: Uma abordagem psicológica*. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa.
- Fonseca, A. M. (2005). O envelhecimento bem sucedido. In C. Paúl, & A. M. Fonseca (Eds.), *Envelhecer em Portugal: Psicologia, saúde e prestação de cuidados* (pp.281-308). Lisboa: Climepsi.
- Fonseca, A. M., & Paúl, C. (2004). Saúde percebida e “passagem à reforma”. *Psicologia, Saúde & Doenças*, *5* (1), 17-29.
- Fontaine, R. (2000). *Psicologia do envelhecimento*. Lisboa: Climepsi.

- Fornell, C., & Larcker, D. F. (1981). Evaluating structural equation models with unobservable variables and measurement error. *Journal of Marketing Research*, 18 (1), 39-50.
- Forster, M. R. (2002). Predictive accuracy as an achievable goal of science. *Philosophy of Science*, 69, 124-134.
- George, L. K. (1992). Social factors and the onset of depression. In K. W. Schaie, D. Blazer & J. S. House (Eds.). *Aging, Health Behaviors, and Health outcomes* (pp.137-159). New Jersey: Lawrence Erlbaum.
- Guerreiro, M., Silva, A. P; Botelho, A., Leitão, O., Castro-Caldas, A., Garcia, C. (1994). Adaptação à população portuguesa da tradução “ Mini Mental State Examination” (MMSE). *Reunião da Primavera da Sociedade Portuguesa de Neurologia*, Coimbra, 20 e 21 de Maio.
- Hamilton, M. (1960). A Rating scale for depression. *Jornal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 23, 56-61.
- Hu, L. -T., & Bentler, P. M. (1998). Fit indices in covariance structure modeling: Sensitivity to underparametrized model misspecification. *Psychological Methods*, 3 (4), 424-453.
- Hu, L.-T., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indices in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling*, 6 (1), 1-55.
- Instituto Nacional de Estatística (s.d.). Indicadores urbanos do Continente: Tipologia das áreas urbanas. Consultado em 17 de Maio de 2006 através de: <http://www.ine.pt/prodserv/quadros/quadro.asp>
- Instituto Nacional de Estatística (2002). O envelhecimento em Portugal: Situação demográfica e socio-económica recente das pessoas idosas. *Revista de Estudos Demográficos*, 32, 187-207.
- Jee, J., Wang, J., Rose, K., Lindley, R., Landau, P., & Mitchell, P. (2005). Vision and hearing impairment in aged care clients. *Ophthalmic Epidemiology*, 12, 199-205. Consultado a 27 de Setembro de 2008 através da base de dados Ebsco.
- Jöreskog, K. G., & Sörbom, D. (1981). *LISREL V: Analysis of linear structural relationships by the method of maximum likelihood*. Chicago: National Educational Resources.
- Jöreskog, K. G., & Sörbom, D. (1993a). *Prelis2: User's reference guide*. Chicago: Scientific Software International.

- Jöreskog, K. G., & Sörbom, D. (1993b). *LISREL8: Structural equation modeling with the SIMPLIS command language*. Chicago: Scientific Software Internacional.
- Jöreskog, K. G., & Sörbom, D. (2002). *LISREL 8.53*. Chicago: Scientific Software International.
- Jöreskog, K. G., Sörbom, D., Du Toit, S., & Du Toit, M. (2001). *LISREL 8: New statistical features* (3rd printing with revisions). Lincolnwood, IL: Scientific Software International.
- Justo, L. P., & Calil, H. M. (2006). Depressão: O mesmo acometimento para homens e mulheres? *Revista de Psiquiatria Clínica*, 33 (2), 74-79. Consultado a 17 de Setembro de 2008 através de: <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v33n2/a07v33n2.pdf>
- Kline, R. B. (2005). *Principles and practice of structural equation modeling* (2nd ed.) New York: Guilford Press.
- Kubinger, H. D. (2003). On artificial results due to using factor analysis for dichotomous variables. *Psychology Science*, 45 (1), 106-110.
- Li, K., Hasher, L., Jonas, D., Rahhal, T., & May, C. (1998). Distractibility, circadian arousal, and aging: A boundary condition? *Psychology and Aging*, 13 (4), 574-583.
- Lovdén, M., Lindenberger, U., Huxhold, O., Schäffer, S., Schellenbach, M., & Verrel, J. (2006). *Sensorimotor-cognitive couplings*. (Annual Report 2005-2006 of The Center for Lifespan Psychology). Berlin: Max Planck Institute for Human Development.
- MacCallum, R. C., Roznowski, M., & Necowitz, L. B. (1992). Model modification in covariance structure analysis: The problem of capitalization on chance. *Psychological Bulletin*, 111 (3), 490-504.
- Malakouti, S. K., Fatollahi, P., Mirabzadeh, A., Salavati, M., & Zandi, T. (2006). Reliability, validity and factor structure of the GDS-15 in iranian elderly. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 21 (6), 588-593. Consultado a 5 de Junho através da base de dados PsycINFO.
- Marsiske, M., Delius, J., Maas, I., Lindenberger, U., Scherer, H., & Tesch-Römer, C. (1999). Sensory systems in old age. In P. B. Baltes, & K. U. Mayer (Eds.), *The Berlin Aging Study : Aging from 70 to 100* (pp.360-383). Cambridge: University Press
- Mayer, K. U., Baltes, P. B., Baltes, M. M., Borchelt, J. D., Helmchen, H., Linden, M., et al. (1999). What do we know about old age and aging ? Conclusions from the Berlin

- Aging Study. In P. B. Baltes, & K. U. Mayer (Eds.), *The Berlin Aging Study : Aging from 70 to 100* (pp.475-519). Cambridge: University Press.
- Menezes, P. L. (2005). A privação da visão na audiometria tonal. *Fonoactua*, 25, 1-17. Consultado em 16 de Julho de 2008 através de : http://www.milfont.com/pub_audiotonal.pdf
- Moustaki, I., Jöreskog, K., & Mavridis, D. (2004). Factor models for ordinal variables with covariate effects on the manifest and latent variables: A comparison of *LISREL* and *IRT* approaches. *Structural Equation Modeling*, 11 (4), 487-513.
- Mucchielli, R. (1979). *Le questionnaire dans l'enquête psycho-sociale* (6eme. éd., rev. et augm.). Paris: Enterprise Moderne d'Édition, Librairies Techniques et Les Éditions E S F.
- Nunnally, J. C., & Bernstein, I. H. (1994). *Psychometric theory* (3rd ed.). New York: McGraw-Hill.
- Organização Mundial de Saúde. (1998). Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID 10 - critérios diagnósticos. Porto Alegre.
- Paúl, C. (1993). A Depressão em Idosos: Estudo Exploratório. *Análise Psicológica*, 4 (11), 609-617.
- Paúl, C., & Fonseca, A. M. (1999). A saúde e qualidade de vida dos idosos. *Psicologia, Educação e Cultura*, 3 (2), 345-362.
- Paúl, C., Fonseca, A. M., Martín, I., & Amado, J. (2003). Psychosocial profile of rural and urban elders in Portugal. *European Psychologist*, 8 (3), 160-167.
- Radloff, L.S. (1977). The CES-D scale: A self report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1 (3), 385-401.
- Robert, L. (1995). *O Envelhecimento: Factos e Teorias*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Rodrigues, C. F., & Leal, I. (2002). Percepções de saúde das pessoas idosas: Factores determinantes. In I. Leal, I. P. Cabral, & J. P. Ribeiro, *Actas do 4º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*, (pp. 155-165). Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Rowe, J. & Kahn, R. (1999). *Successful aging*. New York: Dell Publishing.

- Satorra, A., & Bentler, P. M. (1994). Corrections to test statistics and standard errors in covariance structure analysis. In A. von Eye, & C. C. Clogg (Eds.), *Latent variable analysis* (pp. 399-419). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Sete em cada dez idosos estão mal nutridos em Portugal. Consultado a 5 de Outubro de 2008 através de: http://tsf.sapo.pt/PaginaInicial/Portugal/Interior.aspx?content_id=1020234
- Sheikh, J. I., & Yesavage, J. A. (1986). Geriatric Depression Scale (GDS): Recent evidence and development of a shorter version. *Clinical Gerontologist*, 5, 165-173.
- Silva, M. E. D. (2005). Saúde mental e idade avançada: Uma perspectiva abrangente. In C. Paúl, & A. M. Fonseca (Eds.), *Envelhecer em Portugal: Psicologia, Saúde e Prestação de Cuidados* (pp.137-156). Lisboa: Climepsi.
- Simões, A. (2006). *A nova velhice: Um novo público a educar*. Porto: Ambar.
- Smith, J., & Baltes, M. (1998). The role of gender in very old age: Profiles of functioning and everyday life patterns. *Psychology and Aging*, 13 (4), 676-695.
- Smith, J., Borchelt, M., Maier, H., & Jopp, D. (2002). Health and well-being in the young old and oldest old. *Journal of Social Issues*, 58 (4), 715-732.
- SPSS 15.0 (2006). *SPSS for Windows*, Rel. 15.0.0.2006. Chicago: SPSS Inc.
- Staudinger, U. M., Fleeson, W., & Baltes, P. (1999). Predictors of subjective physical health and global well-being: Similarities and differences between the United States and Germany. *Journal of Personality and Social Psychology*, 76 (2), 305-319.
- Steiger, J. H. (1990). Structural model evaluation and modification: An interval estimation approach. *Multivariate Behavioral Research*, 25 (2), 173-180.
- Steinhagen-Thiessen, E., & Borchelt, M., (1999). Morbidity, medication, and functional limitations in very old age. In P. B. Baltes, & K. U. Mayer (Eds.), *The Berlin Aging Study : Aging from 70 to 100* (pp.131-166). Cambridge: University Press.
- Tanaka, J. S. (1993). Multifaceted conceptions of fit in structural equation models. In K. A. Bollen, & J. S. Long (Eds.), *Testing structural equation models* (pp. 10-39). London: SAGE.
- Urretavizcaya, M. (2003). Psiquiatria en el anciano. In J. Vallejo (Ed.), *Introducción a la psicopatología y la psiquiatria* (5ª ed.) (pp.901-937). Barcelona: Masson.
- Vaillant, G. E. (2000). Adaptive mental mechanisms, *American Psychologist*, 55, 89-98. Consultado a 6 de Setembro de 2008 através da base de dados PsycARTICLES.

- Vallejo, J. (2003). Transtornos depressivos. In J. Vallejo (Ed.), *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría* (5ªed.) (pp.501-533). Barcelona: Masson.
- Van den Berg, M. D., Oldehinkel, A. J., Bouhuys A. L., Brilman E. I., Beekman A. T. F., & Ormel, J. (2001). Depression in later life: Three etiologically different subgroups. *Journal of Affective Disorders*, 65 (1), 19-26. Resumo consultado em 20 de Setembro de 2008 através da base dados PsycINFO.
- Vaz-Serra, A. (1990). *A Depressão na Prática Clínica*. Porto: Boots Pharmaceuticals e Paracélsia, Cadernos da Depressão, Um Serviço a Profissão Médica.
- Yesavage, J., Brink, T., Rose, T, Lum, O, Huang, V, Adey, M., & Leirer, O. (1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, 17, 37-49.
- Yi, Z., & Vaupel, J. W. (2002). Functional capacity and self-evaluation of health and life of oldest old in China. *Journal of Social Issues*, 58 (4), 733-748.

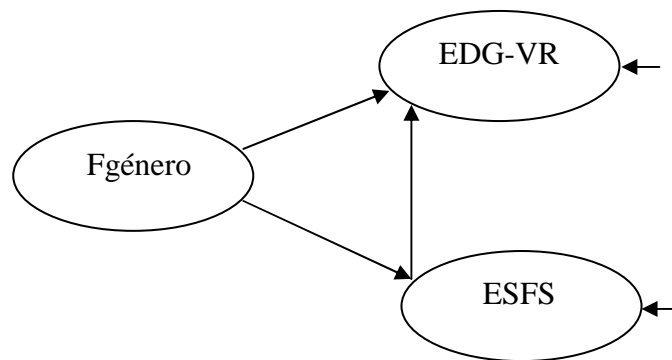


Figura 1. Modelo Estrutural Predictor da Depressão em Adultos Idosos. Fgénero = factor género; EDG-VR = Escala de Depressão Geriátrica-Versão Reduzida; ESFS = Escala de Saúde Funcional Subjectiva.

Tabela 1. *Índices de ajustamento dos modelos testados na ESFS*

Modelo	S-B χ^2 /gl (ratio)	CFI	SRMR	RMSEA (IC 90%)	ECVI (IC 90%)	ECVI Msat.
M1	7.07/2 (3.54)	.96	.044	.11 (.031 ; .21)	.11 (.091 ; .17)	.099
M2	1.62/1	1.00	.015	.055	.097	.099
CE visão-audição	(1.62)			(.0 ; .20)	(.094 ; .14)	

Nota. IC = intervalo de confiança; CE = covariância de erro; Msat = modelo saturado.

Tabela 2. *ESFS: itens, cargas factoriais e coeficientes de determinação*

Itens	CF	R ²
1-Visão	.59	.35
2-Audição.	.44	.20
3-Locomoção	.86	.73
4-Motricidade fina	.69	.48

Nota. CF = cargas factoriais; covariância do erro visão-audição = .17.

Tabela 3. Índices de ajustamento dos modelos testados na EDG-VR

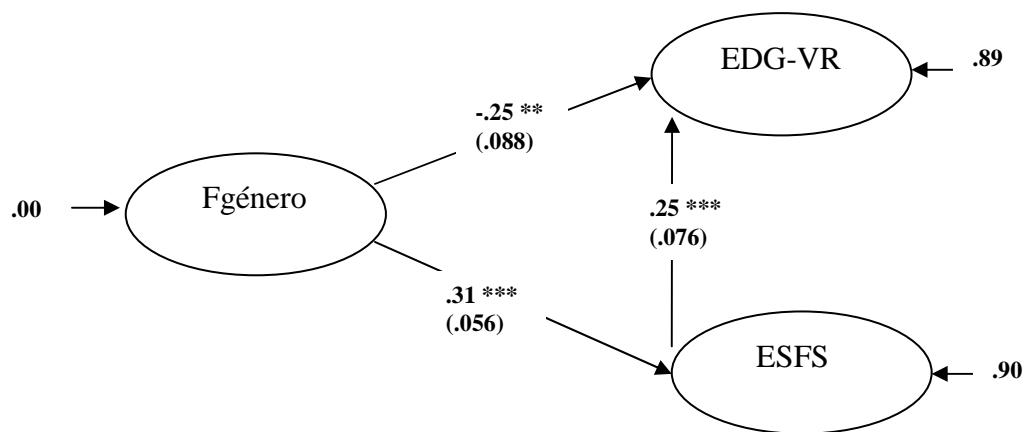
Modelo (n° itens)	χ^2/gl (ratio)	CFI	SRMR	RMSEA (IC 90%)
M1 (10)	93.76/35 (2.68)	.89	.15	.091 (.069 ; .011)
M2 (9)	59.59/27 (2.21)	.92	.16	.077 (.051 ; .10)
M3 (9) CE 12-14	44.00/26 (1.69)	.95	.13	.058 (.026; .087)
M4 (8) CE 12-14	26.02/19 (1.37)	.96	.10	.043 (.0; .080)

Nota. IC = intervalo de confiança; CE = covariância de erro.

Tabela 4. *EDG-VR: itens, cargas factoriais e coeficientes de determinação*

Itens	CF	R^2
3	.74	.54
4	.68	.47
5	.50	.25
7	.66	.43
8	.89	.80
12	.64	.41
14	.53	.28
15	.50	.25

Nota. CF = cargas factoriais; covariância do erro 12-14 = .26.



$$\chi^2/\text{gl} = 109/48 = 2.27; CFI = .96;$$

$$RMSEA = .79, \text{ intervalo de confiança de } 90\% = .059; .099; SRMR = .11$$

Figura 2. Modelo Estrutural Predictor da Depressão em Adultos Idosos (MEPDAI). Fgénero= factor género; EDG-VR = Escala de Depressão Geriátrica-Versão Reduzida; ESFS = Escala de Saúde Funcional Subjectiva.* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$.

Anexo

Depressão e envelhecimento: um olhar sobre etiologia e intervenção

A depressão tem sido consensualmente aceite como a doença psiquiátrica mais comum na população idosa (Barros, 2008; Blazer, 1985; Costa, 2005; Paúl, 1993; Urretavizcaya, 2003), e, em simultâneo, defendida a ideia de que a sua incidência tende a aumentar com o evoluir da idade (Blazer, 1985; Carvalho & Firmino, 2006; Costa, 2005). Entretanto, têm surgido estudos que põem em causa tais assunções e que consideram, inclusivamente, que a taxa de prevalência da depressão é baixa nos adultos idosos quando comparada aos outros grupos etários (Alpass & Neville, 2003; Cavanaugh, 1993; Cerrato & Trocóniz, 1998; Fontaine, 2000; George, 1992; Simões, 2006). Newmann (1989) e Kivela et al. (in Paúl, 1993) verificaram que o aumento da idade não implica um acréscimo do risco de depressão. Também Barreto (1984), a nível nacional, já apontava que apenas uma percentagem de 24,3% de indivíduos idosos apresentava manifestações depressivas, sendo as consideradas graves só de 7,6%. O Estudo de Berlim (Helmchen et al., 1999; Mayer et al., 1999), ícone de reconhecida qualidade na investigação gerontológica, chegou a conclusões que desmistifica precisamente esta questão, tendo verificado que a depressão não aumenta com a idade. Muitas vezes a depressão já existe antes da idade adulta, mas a metodologia usada na maioria dos trabalhos não deixa verificar esta questão, pois recorre-se maioritariamente a análises transversais, impossibilitando concluir se a depressão é uma continuidade das idades mais jovens ou se é uma característica da velhice.

Outra perspectiva defende que a depressão nos adultos idosos encontra-se subdiagnosticada. Segundo Costa (2005), o maior problema relacionado com esta doença é a sua face escondida, evocando que a Organização Mundial de Saúde refere que cerca de 66% dos indivíduos com uma perturbação depressiva estão subdiagnosticados. “A depressão dos idosos que vivem na comunidade continua a ser um problema maior de saúde pública. De facto, cerca de 50% dos médicos de clínica geral falham no reconhecimento preciso de pacientes com depressão, com implicações prováveis numa potencial diminuição da função e aumento de hospitalização” (Costa, 2005, p. 158).

A controvérsia à volta deste tema, faz emergir uma questão: qual o motivo de tanta diferenciação? Porque motivo os estudos chegam a conclusões tão divergentes? As respostas

são múltiplas, podendo ser encontradas na metodologia: métodos distintos de recolha, utilização de várias provas face à mesma temática, diferentes definições do construto “depressão”, maior recurso a estudos transversais, em vez de longitudinais, efeitos de coorte ou ainda desacordo no diagnóstico (vd., e.g., Costa, 2005; Cavanaugh, 1993; Coleman & O’Hanlon, 2004). De acordo com Schaub, Linden e Copeland (in Costa, 2005), “no presente, o termo depressão geriátrica frequentemente significa diferentes coisas, para diferentes pessoas, em diferentes situações” (p.158), o que destaca a substancial heterogeneidade entre os adultos idosos que recebem diagnóstico de depressão. As respostas para os resultados encontrados ao longo da investigação também podem ser encontradas nas alterações próprias do ser humano e da sociedade. Antigamente, os grupos etários mais novos não eram tão sujeitos a factores potenciadores da depressão como o são na sociedade actual. Da mesma forma, os adultos idosos de ontem não tinham tantos recursos e estratégias adaptativas para manter os seus níveis de bem-estar.

Se a incidência de depressão é maior ou menor na população idosa não é a questão fulcral: o que importa é que a depressão em adultos idosos existe, e é algo que limita o seu bem-estar, logo é uma temática que merece toda a atenção por parte dos profissionais. O mesmo justifica o contínuo investimento na investigação desta área.

De uma forma geral, a depressão caracteriza-se por uma diminuição das capacidades cognitivas, afectivas e motivacionais, dificuldades de concentração, perda de gosto pela vida (risco de suicídio), diminuição de auto-estima, isolamento, perturbações do sono, perda de apetite, imobilidade (ficar na cama) (Barros, 2008). De acordo com Vaz Serra (1990) “ uma depressão pode ser definida como uma situação clínica que, surgida do entrecruzamento de factores predisponentes e precipitantes, determina uma alteração semi-permanente na regulação do humor, perspectivas pessoais e mecanismos de defesa biológica do indivíduo” (p. 5). Paúl (1993) refere que a depressão não altera a personalidade, mas apenas o ânimo e as perspectivas pessoais, isto é, o indivíduo tende a recordar apenas os aspectos negativos da sua vida, alterando as perspectivas passadas, presentes e futuras, com uma desvalorização pessoal e sentimentos de incapacidade.

O sinal mais proeminente da depressão clínica é o humor disfórico, isto é, sentir-se em baixo, melancólico. Os adultos idosos podem não evidenciar tanto este aspecto, sobressaindo antes o pessimismo e a falta de esperança (Fry, in Cavanaugh, 1993). As pessoas idosas

apresentam uma maior tendência para demonstrar sinais de apatia, auto-depreciação e ficarem sem expressão. É comum o adulto idoso deprimido isolar-se, não falar com ninguém, confinar-se à cama e não ter cuidado com as suas funções fisiológicas. Os adultos jovens também podem demonstrar estes sinais, mas de forma muito mais ténue. (Cavanaugh, 1993).

Barros (2008), ainda que afirme que os sintomas depressivos no indivíduo idoso não são muito diferentes dos das outras idades, admite ligeiras alterações da depressão na idade tardia, nomeadamente que o sentimento de culpa e a incapacidade poderão não ser tão acentuados, e sim a hipocondria, várias obsessões e a agitação.

De acordo com Vallejo (2003), Kraepelin, na sua classificação das patologias depressivas, distingue um grupo denominado depressão involutiva, que apareceria perto da terceira idade. Caracterizava-se por depressão grave, acompanhada de uma intensa ansiedade que podia chegar à agitação, sendo frequentes os sentimentos de culpa, de ruína e hipocondria e um alto risco de suicídio. No entanto, nas últimas décadas, a independência nosológica da depressão involutiva tem sido questionada, até que, no momento actual, a CID-10 e DSM-IV-TR não apresentam tal distinção. A conceptualização destas classificações baseia-se em sintomas comuns de uma dada patologia, ou seja, dados estatísticos, o que é facto é que negam ou desvalorizam os aspectos específicos da depressão na velhice, podendo contribuir para o subdiagnóstico da depressão. Costa (2005) afirma que “a clínica da depressão nos idosos (na sua generalidade) é mais variada e atípica do que no adulto jovem, isto é, os idosos apresentam frequentemente sintomas depressivos não contemplados pelas categorias diagnósticas das classificações tradicionais (DSM-IV e ICD-10)” (p. 174).

O facto de haver factores intrínsecos a esta etapa da vida, faz com que a depressão tenha causas únicas, que só se registam nesta fase da vida, o que implica uma atenção redobrada para se conseguir uma boa intervenção. Se focarmos aspectos que nos parecem ser comuns à depressão no geral, enquanto negligenciamos a verdadeira causa da depressão no idoso, será difícil conseguir um verdadeiro efeito terapêutico.

Tendo em conta que o indivíduo é um ser bio-psico-social (Atchley, 2000; Barros, 2008; Silva, 2005), os factores que influenciam o surgimento da depressão são também fruto da interacção destas três esferas (Van den Berg et al., 2001). Usualmente os factores não surgem isolados, mas numa conjuntura. Ainda que se admita a existência de um factor

isolado, este funciona como o detonador que enceta a proliferação, em cadeia, de outros (e.g. solidão devido à morte do cônjuge).

Os factores que podem levar à depressão são múltiplos e diferem de pessoa para pessoa. Não se pode esquecer a individualidade de cada indivíduo e as suas características próprias. No caso específico dos adultos idosos, como é reportado na literatura, a heterogeneidade individual é ainda mais acentuada comparativamente a idades mais jovens (Costa, 2005; Fonseca & Paúl, 2004).

Baltes (in Barros, 2008) distingue três grandes categorias de influências ou de factores determinantes para uma velhice mais ou menos bem sucedida: os factores ligados ao grupo etário, relacionados com a idade cronológica ou biológica, como algumas doenças próprias da idade, a reforma; os relacionados com o período histórico em que se vive e que se designa por efeito de coorte; os ligados à história pessoal ou aos acontecimentos autobiográficos, muito diversificados de indivíduo para indivíduo. Da conjugação destes três factores ou circunstâncias resultará uma velhice mais ou menos feliz ou infeliz.

A depressão acaba por ser uma manifestação negativa do bem-estar, logo um indicador de uma velhice mais ou menos bem sucedida. A sua etiologia é muito diversificada, uma vez que integra as variáveis que Baltes considerou.

Os factores etiológicos mais abordados na literatura são: diminuição da rede social, fragilidade dos laços afectivos, perda do cônjuge (viuvez), contexto familiar, meio residencial, local de residência, solidão, isolamento, maus tratos, atitude negativa e discriminação social face aos adultos idosos (*ageism*), diminuição da autonomia (dependência), diminuição da actividade, falta de objectivos, quebra na motivação, balanço negativo da vida, expectativas elevadas, capacidade funcional reduzida, empobrecimento da saúde, percepção de envelhecimento, atitudes face ao envelhecimento, percepção de saúde, aspectos biológicos, mecanismos neurobiológicos, entre outros. No entanto, estes são os reportados como mais comuns, não se podendo descurar idiosincrasias de cada personalidade e as questões culturais.

Barros (2008), ao abordar a etiologia desta patologia, refere causas internas ou genético-hereditárias, ou seja, endógenas, que por vezes só se manifestam na terceira idade; causas mais orgânicas, como a aterosclerose e acidentes vasculares cerebrais; causas mais exógenas e ambientais, que constituem a soma de situações traumáticas, solidão, imobilismo,

morte do cônjuge, sentimento de vazio, complexo de se tornar um fardo, doença grave ou de algum familiar, o luto, uma perda significativa, ruptura do casamento, frustrações amorosas, problemas no negócio ou no emprego. O autor acrescenta que os sintomas depressivos podem provir da dificuldade de adaptação à velhice e à perspectiva mais próxima da morte, enfatizando que muitas expressões depressivas são de ordem funcional.

A diminuição da rede social, como referido, é um dos factores em causa (Alpass & Neville, 2003; Blazer, 1985). Sugisawa, Shibata, Hougham, Sugihara e Liang (2002), num estudo em que se analisa os efeitos dos laços sociais (com cônjuge, filhos, amigos, vizinhos, outros familiares e grupos comunitários) na depressão, em duas culturas distintas (EUA e Japão), concluíram que pessoas com mais laços sociais têm menores sintomas depressivos, em ambas as amostras. Segundo Antonucci e colaboradores (2002), as relações sociais, em especial as negativas, podem exacerbar o risco de depressão entre adultos idosos que já têm aspectos negativos associados: viuvez, doença e problemas financeiros. Apesar de homens e mulheres revelarem uma rede social de tamanho equivalente, a qualidade das relações estabelecidas é diferente. Investigadores têm demonstrado que as relações sociais negativas estão relacionadas com a sintomatologia depressiva tanto para homens como mulheres (e.g., George, Blazer, Hughes, & Flower; Oxman, Berkman, Kasl, Freeman, & Barret, in Antonucci et al, 2002).

Em muitas investigações, a perda do cônjuge tem demonstrado correlações muito elevadas com os sintomas depressivos (Kaplan, 1992; Sugisawa et al., 2002), apesar de alguns estudos contradizerem estas conclusões (e.g., Turvey, Carney, Arndt, Wallance & Herzog, in Sugisawa et al, 2002). No entanto, a depressão reactiva à perda de alguém, que faz parte do processo de luto, não é patológica, sendo uma resposta normal e saudável a tal acontecimento. O problema surge quando há um prolongamento dos sintomas por um longo período de tempo. Antonucci e colegas (2002) referem que perder o cônjuge é uma experiência comum na idade tardia, mais para mulheres que para homens. Não se pode ver a perda isoladamente, mas sim dum ponto de vista de uma transição desenvolvimental, pois muitas vezes ela faz despoletar grandes alterações na vida. A viuvez é muitas vezes, se não sempre, traumática e foi descoberto que esta está associada ao aumento da morbilidade e mortalidade (Goldman, Koreman, & Weinstein, in Antonucci et al., 2002). A viuvez envolve a perda da relação social mais próxima.

O estado civil também tem sido alvo de estudos relacionados com a depressão. Costa (2005) e Sugisawa e colaboradores (2002) verificaram que, indivíduos que não têm cônjuge, quer porque já faleceu quer por outras razões, têm níveis mais elevados de depressão. O facto da pessoa ser casada/junta parece ter um efeito mitigador dos sintomas depressivos (Alpass & Neville, 2003; Smith et al, 2002). Assim, indivíduos viúvos ou separados têm mais propensão a sofrer desta patologia. Os mesmos autores (Alpass & Neville, 2003) referem que os homens contam mais com o suporte social das suas esposas do que com o dos amigos ou família, o que sugere a singularidade das redes sociais dos homens comparadas às redes multifacetadas das mulheres. Para os homens, que empobreceram a sua rede social, a morte do cônjuge pode comprometer o bem-estar psicológico para além do processo inicial de luto. Os homens tendem a contar com a companhia das mulheres para combater os sentimentos de solidão e quando viúvos, têm uma maior tendência para voltar a casar comparativamente ao género feminino.

Adultos idosos que não tiveram filhos têm sido identificados como um grupo vulnerável à depressão porque a família, em especial os filhos adultos, são o principal recurso disponível para lhes providenciar suporte emocional e instrumental (Koropecjy-Coz, in Sugisawa et al., 2002).

O contexto familiar, incluindo a própria natureza da relação familiar, pode assumir um papel fulcral na depressão: tanto do ponto vista indutor, como protector, dependendo se se trata de um ambiente que propicia um envelhecimento saudável ou, pelo contrário, que remete o adulto idoso para o isolamento e sentimentos negativos. Neste âmbito, muitos conceitos estão implicados, desde a qualidade dos laços afectivos aos maus tratos físicos e psicológicos, à disponibilidade que os familiares dão ao adulto idoso, ao isolamento, até mesmo às atitudes negligenciadoras e de *ageism* (Paúl, 1997).

Relativamente ao local de residência, várias investigações demonstraram que a prevalência da depressão é superior nas populações idosas institucionalizadas em relação às populações idosas que vivem em comunidade (Carvalho & Firmino, 2006; Barros, 2008; Smith et al., 2002), deduzindo-se que estas estão menos sujeitas a depressões. Paúl (1993) e Costa (2005), em trabalhos que comparam as duas populações, não encontraram diferenças significativas na incidência de depressão.

Em relação ao meio de residência, verifica-se maiores índices de depressão nas populações urbanas que nas rurais (Aiken, 1989). Paúl, Fonseca, Martín e Amado (2003), ainda que não tenham analisado directamente a depressão num trabalho que compara o perfil das duas populações (urbana *versus* rural), concluíram que os adultos idosos que vivem em meio rural apresentam maior satisfação com a vida e têm atitudes menos negativas relativamente ao processo de envelhecimento, o que reforça a anterior ideia. Os adultos idosos que residem num meio rural têm menos educação, menos recursos financeiros, menos confidentes e as relações são mais do tipo instrumental que afectivo. Curiosamente, factores que, à partida, sugerem maiores índices de depressão ou um declínio no bem-estar, parecem não interferir no bem-estar da população rural. Tal acontece, possivelmente, porque há aspectos protectores do meio rural que suplantam estes aspectos negativos. Este facto põe em evidência a complexa encruzilhada de factores relacionados com o bem-estar e com a depressão, não sendo possível uma análise simplista desta realidade.

A população rural apresenta uma maior rede social, mais suporte instrumental e são mais independentes nas actividades de vida diária. Muitos indivíduos dedicam-se, ainda, ao cultivo das hortas, o que lhes permite ter uma melhor saúde e um maior sentido de controlo. Pelo contrário, nas cidades, a maioria dos adultos idosos reside em apartamentos, muitos sem elevador, o que implica um aumento do sentimento de incapacidade face às já existentes. A vida num prédio de cidade caracteriza-se por uma entrada e saída de moradores, chegada de vizinhos novos à medida que os vizinhos de longa data vão morrendo. A cidade e tudo o que abarca, remete o indivíduo para um isolamento maior comparando ao meio rural (Paúl et al., 2003). De acordo com Lawton (in Paúl et al., 2003), “ a pressão que uma cidade exerce sobre o idoso é enorme e, à medida que a sua competência e saúde diminuem, é mais difícil lidar com ela” (p.165).

As atitudes da própria sociedade face aos adultos idosos assumem um factor preponderante para a manutenção do seu bem-estar. Este factor abarca desde medidas de integração e acessibilidade, como acessos a nível físico, a adequação e facilidade de acesso aos serviços; até à manutenção de estereótipos e atitudes negativas face a esta população. Os adultos idosos, ao sentirem dificuldades de integração, principiam uma caminhada rumo ao isolamento, acrescida de sentimentos de incapacidade, inferioridade e baixa de auto-estima. Destaca-se as atitudes de *ageism* (vd., e.g., Barros, 2008) que nas sociedades ocidentais é uma

realidade assustadora. Desde cedo, as crianças são confrontadas com frases do tipo “porta-te bem, senão vem lá o velho e leva-te”.

Um estatuto socio-económico baixo tem sido reportado como uma situação potenciadora da depressão (George, 1992; Kaplan, 1992) Antonucci e colaboradores (2002) verificaram que pessoas com menos recursos económicos trocam suporte com menos pessoas. Outra das razões para esta relação é a implícita falha financeira para ter acesso a melhores cuidados de saúde (Paúl & Fonseca, 1999).

Kaplan (1992) identificou que uma escolaridade baixa associa-se a maiores índices de depressão.

Ekerdt (in Fonseca & Paúl, 2004) considera que existe uma tendência para se encarar a entrada na reforma como um acontecimento susceptível de provocar um impacto negativo na saúde dos indivíduos, tanto a nível de mal-estar físico como psicológico, devido às expectativas negativas acerca da transição para um estado de inactividade. Barreto (1984), num estudo que compara os indivíduos que ainda exercem a sua profissão com os que já se encontram reformados, verificou que estes últimos tendem a apresentar, com maior frequência, doença física, redução de mobilidade e perturbações psíquicas, facto particularmente acentuado no sexo masculino. O autor refere que neste processo está implicada a dependência económica a que o reformado fica eventualmente sujeito, em relação a terceiros pessoas, e a diminuição dos contactos com outras pessoas, ao longo do dia.

Esta alteração também pode ser explicada pela necessidade de re-orientação para novos papéis e responsabilidades (Jones & Meredith, in Fonseca & Paúl, 2004), o que pode provocar um declínio, temporário ou permanente, na saúde psicológica. A indefinição de objectivos e a falta de um projecto de vida pós reforma assumem-se como factores de risco (Lima, Teixeira, & Sequeira, 1996). Infelizmente, este fenómeno é muito comum na geração actual dos adultos idosos portugueses. O principal objectivo de vida, nas mulheres, prendia-se com a educação dos filhos e, nos homens, com o trabalho e o rendimento para assegurar a vida do agregado familiar. Acabando esses projectos, muitos adultos idosos não sabem qual a sua finalidade.

Nesta geração de adultos idosos, o estatuto social liga-se, muito frequentemente, ao estatuto profissional e/ou produtivo. De acordo com Lima e colaboradores (1996), a perda desse estatuto pode produzir um sentimento de morte social, já que o papel que desempenha

na sociedade se converte muitas vezes na própria imagem de si. Segundo Jashoda (in Lima et al., 1996), “o idoso pode perder, juntamente com o seu trabalho, a estruturação do seu tempo, contactos sociais, identidade, actividade regular e participação em objectivos comuns, pertença a um grupo” (p. 387). Todo este processo pode levar a um profundo sentimento de privação psicológica, implicando sentimentos de inutilidade, diminuição do significado próprio e independência e, por vezes, ao sentimento de que a sua vida chegou ao fim. A vida perde todo o sentido. O trabalho dos autores (Lima et al., 1996) destaca a importância da existência de objectivos que, por mais simples que sejam, estão associados a bem-estar psicológico, satisfação com a vida, percepção de auto-eficácia e auto-controlo. A sua inexistência assume-se como um aspecto muito negativo no que respeita ao sentimento de continuidade do *self* do adulto idoso.

Alpass e Neville (2003) verificaram que a solidão estava correlacionada com a depressão, sendo que adultos idosos com maior solidão também apresentavam maior depressão. Os autores apontam que a solidão é um bom indicador da qualidade de vida e bem-estar entre adultos idosos. Os riscos do aparecimento de solidão prendem-se com a ruptura da rede social ao longo do tempo: a reforma reduz a rede social, a incapacidade ou doença pode impedir a participação nas actividades usuais com os outros ou pode significar uma perda de independência. O rendimento e o estado de saúde subjectivo têm sido apontados como potenciadores da solidão. McWhirter (in Alpass & Neville, 2003) verificou que limitações físicas, défices no cuidado da saúde, atitudes de *ageism*, reforma e a morte de uma pessoa significativa pode contribuir para a solidão na pessoa idosa. Acrescenta que a solidão pode ocorrer mesmo na presença de contacto social. A solidão tem sido relacionada com doenças crónicas e estado de saúde percebido, e ainda com o suicídio e a ideação suicida, abuso de álcool, suporte social e depressão. Smith e Baltes (1998) referem que as mulheres apresentam níveis mais elevados de solidão emocional que os homens.

Determinadas características de personalidade apresentam maior predisposição para a depressão. Destaca-se a personalidade do tipo neurótica (Urretaviscaya, 2003) e um *locus* de controlo externo. Smith e Baltes (1998) referem que as mulheres e homens diferem significativamente nestes dois parâmetros, sendo que as mulheres revelam maior predisposição para a depressão, também devido aos aspectos de personalidade.

Se a saúde física não é por si só condição de felicidade, a sua ausência provoca sofrimento e quebra no bem-estar, através de interações complexas directas e indirectas com outras facetas da qualidade de vida. A doença física mobiliza as capacidades de *coping* dos indivíduos para a recuperação e focaliza toda a sua actividade e recursos nesse problema. Secundariamente, pode fazer com que haja perda de poder económico, pelos gastos com a saúde, alterações nas actividades diárias e nas relações sociais, desconforto e, por vezes, provocar o medo da morte. Todas estas questões comuns às situações de doença surgem mais prováveis e agravadas no caso de adultos idosos (Paúl & Fonseca, 1999).

A diminuição da autonomia é uma das questões mais preocupantes no processo do envelhecimento (Silva, 2005; Simões 2006). De acordo com estudos longitudinais de Bruce, Seeman, Merrill e Blazer e Penninx e colaboradores (in Sugisawa et al., 2002), o aumento dos sintomas depressivos estão relacionados, de forma significativa, com o aumento das dificuldades de vida diária. Também Botelho (2005) e Kaplan (1992) referem as limitações de actividades de vida diária como um dos factores associados a níveis de depressão mais elevados.

No âmbito da saúde, prossegue uma análise mais exaustiva no domínio das alterações sensoriomotores em adultos idosos, de forma a compreender-se a sua interacção com o bem-estar e a depressão, visto ter constituído uma variável em estudo. O envelhecimento é acompanhado por modificações na estrutura e função de todos os órgãos (Aiken, 1989), sendo comum uma lentificação da resposta aos estímulos à medida que a pessoa envelhece (Aiken, 1989; Paúl, 1997). O declínio nas capacidades sensoriais e motoras ocorre gradualmente na vida da pessoa, mas fica mais pronunciado a partir dos 60 anos. A magnitude e qualidade do declínio variam com a particularidade da pessoa e a modalidade sensorial.

Aiken (1989) refere que a visão e a audição, os dois sentidos mais importantes, são os que apresentam maior degeneração com a idade. As alterações biológicas na visão e na audição decorrentes da idade estão largamente documentadas (e.g., Aiken, 1989; Kline & Scialfa, 1996; Robert, 1995). Mesmo na ausência de patologia, as perdas visuais e auditivas com a idade podem afectar adversamente a performance nas tarefas diárias (Kline & Scialfa, 1996). Quando existem défices a este nível, a percepção motora também fica afectada.

Ao nível da visão, a sensibilidade ocular pode prejudicar a mobilidade de pessoas idosas e aumentar a tendência para a ocorrência de quedas (Kline & Scialfa, 1996). Os

mesmos autores referem que a auto-avaliação dos idosos pode fornecer um acesso à função visual que ainda não é acessível por testes clínicos e objectivos. Branch, Horowitz e Carr (in Kline & Scialfa, 1996) descobriram que a auto-avaliação da perda de visão nos idosos estava associada a necessidades nas actividades diárias, assim como incapacidades físicas e emocionais. Smith e colaboradores (2002), verificaram que as mulheres apresentam pior visão comparada à dos homens.

A dificuldade auditiva é uma disfunção mais comum que a incapacidade visual (Aiken, 1989). A deterioração auditiva deve-se ao processo de envelhecimento biológico e à exposição ao barulho infligida ao longo dos anos. A perda pode ser tão gradual que uma pessoa não percebe os défices, apercebendo-se quando sente alterações na fala, ou seja, que não fala tão bem como costumava (Aiken, 1989). Os défices neste sentido aparecem mais cedo nos homens devido aos diferentes graus de exposição ao barulho no trabalho (Aiken, 1989; Cavanaugh, 1993). Estas alterações têm um impacto importante na percepção do discurso dos outros, dificuldade acrescida num ambiente ruidoso. As pessoas idosas expressam preocupações consideráveis acerca do declínio das suas capacidades comunicativas (Jacobs-Condit, in Kline & Scialfa, 1996).

Um aparelho auditivo pode ajudar muitos adultos idosos a colmatar os défices auditivos, no entanto, alguns indivíduos reagem negativamente a esta hipótese. Por vezes, as pessoas não se apercebem do défice, outras vezes estão relutantes em admitir que têm um problema auditivo, fingindo que ouvem bem quando estão a ouvir de forma incompleta (Aiken, 1989). Segundo o mesmo autor, a perda auditiva pode produzir a sensação de isolamento, solidão e desconfiança. As pessoas com dificuldades auditivas podem inclusivamente evitar interacções sociais porque têm medo de dizer algo de errado ou inapropriado.

A perda da força e massa muscular ocorre, tipicamente, na idade tardia nos humanos. Contudo, é difícil discernir se esta atrofia é intrínseca ao envelhecimento ou se é devida a doenças ou estilo de vida sedentário (Simoneau & Leibowitz, 1996). Muitos autores que compararam o padrão da marcha de indivíduos idosos e de jovens identificaram uma progressiva alteração na postura.

O impacto negativo na saúde física, o declínio da mobilidade, a diminuição de interacção com família e amigos, a diminuição da participação em actividades e a perda do

contacto social são alguns dos exemplos que uma diminuição na locomoção pode provocar. Cada uma destas alterações pode levar à depressão e à diminuição da saúde funcional (Simoneau & Leibowitz, 1996).

Um decréscimo da mobilidade aflige uma percentagem significativa da população idosa. Segundo o National Center for Health Statistics (in Simoneau & Leibowitz, 1996), os adultos idosos são mais propensos a ter problemas com a marcha, mais do que qualquer outra actividade de cuidado pessoal. Um estudo realizado na Suécia (in Simoneau & Leibowitz, 1996), verificou que 25% dos adultos idosos, precisavam de ajuda assistida para andar e nenhum dos sujeitos conseguia andar confortavelmente a 1,4m/s. Este valor corresponde ao tempo disponível para atravessar os sinais luminosos naquele país, o que evidencia dificuldades de adaptação à organização de aspectos do ambiente. Esta incapacidade é um bom exemplo suficientemente dissuasivo da vontade de sair à rua, o que limita as interacções dos indivíduos que têm dificuldade em andar.

As quedas, ligadas à locomoção e ao equilíbrio, constituem um assunto a ter em especial consideração quando se fala na população idosa. A incidência de pessoas que experienciam uma queda aumenta com a idade. Na população comunitária, o número poderá estar subdiagnosticado, pois só se tem acesso àquelas que levam o indivíduo ao hospital. Sabe-se que as mulheres caem mais vezes que os homens. Em lares, aproximadamente 60% dos residentes caem uma vez por ano. As complicações da queda são a lesão, o medo, a diminuição de mobilidade e um aumento na morbilidade. Ao nível das lesões, a fractura da anca e lesões menores ocorrem mais em pessoas com diminuição do tempo de reacção da mão e decréscimo da força de preensão, o que por sua vez, destaca a importância da manutenção de uma boa motricidade fina (Simoneau & Leibowitz, 1996).

Os mesmos autores (Simoneau & Leibowitz, 1996) referem que o medo de cair é muito frequente em adultos idosos que caíram ou cujos amigos caíram e ficaram magoados ou morreram. Cerca de 40 a 50 % dos residentes de lares têm problemas maiores de mobilidade. Aliás, uma queda constitui 40% das admissões a lares, sendo um dos três maiores factores. Tendo em conta esta realidade, escalas de avaliação da marcha e mobilidade têm sido desenvolvidas para identificar indivíduos que estão em maior risco de quedas.

A diminuição da mobilidade e na habilidade de estar simplesmente em pé têm um profundo impacto negativo na saúde, bem-estar emocional e na qualidade de vida (Simoneau & Leibowitz, 1996).

O sentido de equilíbrio, imprescindível à locomoção, liga-nos ao contacto com o ambiente, evita as quedas, serve de função comunicadora, e mantém-nos salvos. Em termos de auto-estima, como o nosso corpo funciona diz-nos alguma coisa sobre como nos estamos a adaptar. Perder sensações corporais pode ter grandes implicações. O aumento da rigidez das articulações e problemas em manter o equilíbrio pode resultar num cuidado aumentado, perda da mobilidade e diminuição da interacção social (Cavanaugh, 1993).

O movimento compreende vários mecanismos biológicos. À medida que se envelhece, o tecido muscular no corpo diminui (Whitbourne, in Cavanaugh, 1993). Esta alteração é percebida em termos de força e resistência. Por volta dos 80 anos, a perda de força é superior a 40% e parece ser mais severa nas pernas que nos braços e nas mãos. Não existem diferenças de género nas alterações musculares. A perda de força e de resistência mostram à pessoa que já não é capaz de se adaptar ao ambiente, de forma tão eficaz. A perda da coordenação muscular (que leva, por exemplo, a um andar mais lento), embora não seja inevitável, quando existe é embaraçosa e stressante. Os ossos e as articulações também sofrem alterações no envelhecimento normal. A diferença de género assume-se como importante neste campo, as mulheres começam a perder massa dos ossos aproximadamente duas vezes mais rápido que os homens. Estas alterações dos ossos mostram uma relação da idade com o aumento da predisposição para fracturas. A osteoporose e a osteoartrite são as principais patologias deste sector. As alterações nas articulações, especialmente a artrite, surtem efeitos psicológicos profundos. Estas alterações podem limitar de forma severa o movimento, e consequentemente, reduzir a independência e a habilidade para completar as tarefas da rotina diária. A dor nas articulações é muito difícil de ignorar ou disfarçar (Cavanaugh, 1993).

Analisadas as alterações ao nível da saúde funcional, nas dimensões abordadas na presente investigação, salienta-se a importância de outro factor responsável pela depressão. Trata-se das alterações biológicas e neurológicas (vd., e.g., Scheibel, 1996; Teixeira, 2006), as quais têm sido referidas como causas preponderantes para o aparecimento da sintomatologia depressiva na idade tardia. Falhas nos neurotransmissores ou alterações vasculares são alguns dos exemplos (vd., e.g., Carvalho & Firmino, 2006).

No âmbito da investigação da saúde na depressão, a saúde funcional subjectiva tem revelado ser um bom preditor daquela (Alpass & Neville, 2003; Kaplan, 1992). Aliás, vários são os estudos que vão mais além, afirmando que a saúde funcional subjectiva é um bom preditor da mortalidade (Antonucci et al., 2002; Idler, Kasl & Lemke, in Borchelt, Gilberg, Horgas & Geiselman, 1999; Kaplan, 1992).

Costa (2005) refere as consequências e implicações da depressão no adulto idoso, nas vertentes económica, social, sanitária e ética. Do ponto de vista económico, destaca o aumento da população dependente, aumento das despesas com a saúde e a segurança social; em termos sociais, identifica as alterações das relações familiares e interpessoais, maior necessidade de instituições que prestem cuidado e assistência ao adulto idoso; em termos sanitários, refere o aumento do consumo de cuidados primários e diferenciados, aumento da necessidade de pessoal e de instituições especializadas e a nível ético, evidencia a problemática do suicídio no adulto idoso. Segundo a autora (Costa, 2005), estes efeitos justificam o estudo mais aprofundado e rigoroso desta questão no nosso país.

A consequência mais severa quando se fala nos riscos da depressão é, sem dúvida, o suicídio (Barros, 2008; Fontaine, 2000). Os estudos têm revelado que, a par com os jovens, o grupo dos adultos idosos, é onde se regista maior incidência deste acto (Fontaine, 2000). Barros (2008) afirma que, de uma forma geral, a taxa de suicídio aumenta com a idade. Enquanto nos jovens verifica-se um suicídio por cada sete tentativas falhadas; nos adultos idosos, verificam-se oito suicídios consumados por cada tentativa falhada. “Enquanto nos jovens, a tentativa de suicídio é muitas vezes um pedido de ajuda, que não significa um verdadeiro desejo de morrer. Nos idosos, ela surge na maioria dos casos como um verdadeiro acto de vontade de acabar com a vida” (Fontaine, 2000, p.162). Na velhice, este fenómeno acontece mais nos homens que nas mulheres (Barros, 2008; Fontaine, 2000). Segundo Fontaine (2000), o suicídio está, muitas vezes, associado a doença grave, como cancro ou patologias do foro cerebral; assim como a um estado depressivo, frequentemente consecutivo à morte do cônjuge. Barros (2008) refere aspectos como a solidão, a reforma, dificuldades económicas e a perda de um ente querido. O mesmo autor (Barros, 2008) refere que o suicídio será uma das causas principais de morte no futuro, principalmente em adultos idosos.

Tendo em conta a complexidade intrínseca à patologia depressiva no adulto idoso, existe a necessidade de uma mudança de paradigma na abordagem terapêutica. Felizmente, já

se começa a vislumbrar algumas alterações em pleno século XXI. Não se pode continuar a olhar para a depressão só do ponto de vista químico, psíquico ou social. Aliás, não se pode continuar a olhar o adulto idoso só de um destes prismas. Nenhuma destas perspectivas explica a depressão, nem obtém resultados terapêuticos seguros, sendo necessário enveredar por modelos de interpretação e terapia holísticos e sistémicos (Barros, 2008).

Leuschner (in Botelho, Mayor & Paúl, 2006) realça a necessidade de uma abordagem multidimensional. O recurso a metodologias tradicionais é necessário, mas insuficiente. É necessário intervir sobre os aspectos etiológicos no terreno, principalmente por se tratar da população idosa. Segundo Monteiro (in Barros, 2008), é possível encontrar saídas criativas para os adultos idosos deprimidos, evitando a resignação fatalista à situação.

Mesmo em relação às intervenções psicológicas, a intervenção com o adulto idoso conta uma história muito recente. Possivelmente, a origem está no facto de um número muito pequeno de adultos idosos recorrer a serviços de psicologia e, como *a necessidade aguça o engenho*, não se achou necessário desenvolver metodologias adequadas a esta população. O programa curricular da maior parte das faculdades de psicologia não tem uma cadeira específica para esta temática, e o estudo dos aspectos do envelhecimento não tem merecido muito investimento (Fonseca, 2004). De acordo com Barros (2008), muitos psicoterapeutas, e em particular psicanalistas, ainda hoje se recusam, ou aceitam um pouco contrariados, tratar adultos idosos. A verdade é que se a terapia, quer seja individual ou grupal, lhes for ajustada, pode ser eficiente.

“ No entanto, talvez a terapia principal seja o ambiente” (Barros, 2008, p.111). Dada alguma relutância em pedir ajuda psicológica por parte dos adultos idosos, temos de modificar as variáveis no seu contexto natural, por exemplo, ao nível da solidão, criar redes de suporte, dinâmicas de grupo, prática de exercício físico (muitos são os estudos que revelam as vantagens do exercício físico no adulto idoso), alterações das atitudes face ao envelhecimento, intervenções na saúde funcional subjectiva. Contudo esta intervenção, ainda que a avaliação inicial possa estar no campo da psicologia, deve ser feita por uma equipa multidisciplinar. O espantilho académico entre as áreas de conhecimento não facilita a abordagem holística do ser humano (Paúl & Fonseca, 1999). Profissionais nas áreas da medicina, psicologia, enfermagem, terapia ocupacional, animação sócio-cultural, educação, fisioterapia são alguns

exemplos a ter em consideração na formação destas equipas. No entanto, muitas instituições nem sequer têm um destes profissionais, quanto mais uma equipa.

Note-se a vantagem em abordar o adulto idoso de forma integrada, por exemplo, face à diminuição de capacidades (força física, acuidade sensorial, velocidade de informação, etc.). Estas alterações podem ser compensadas com a optimização do meio físico e social, no sentido de se readquirir um equilíbrio favorável para o indivíduo que envelhece (Paúl & Fonseca, 1999).

Tendo em conta a heterogeneidade individual caracterizadora desta etapa da vida (Barros, 2008; Fonseca & Paúl, 2004; Smith & Baltes, 1998), deve-se definir programas que tenham em conta as características de cada pessoa. Ainda que a intervenção possa ser conjunta (e.g., dinâmicas de grupo), muitas vezes até desejável, o terapeuta deve estabelecer objectivos individuais para uma dada pessoa, com vista à sua realização. Não interessa definir programas que imponham expectativas demasiado altas e que se traduzirão em frustração se a pessoa não os alcançar.

Mais do que tratar a depressão, importa começarmos a pensar numa perspectiva de prevenção ou, como Simões (2006) refere, educação para um envelhecimento bem sucedido, pautado pela manutenção de um bem-estar psicológico estável ao longo do tempo. Numa perspectiva preventiva do envelhecimento óptimo, Paúl e Fonseca (1999) defendem que se deve actuar no estilo de vida (educação para a saúde) e no contexto de vida dos adultos idosos (optimizando o seu ambiente residencial, seja na comunidade seja em instituição). Ao nível da intervenção secundária, os mesmos autores (Paúl e Fonseca, 1999) referem o reforço da capacidade de *coping* para amortecer o impacto da doença no ânimo e funcionalidade do adulto idoso.

A prevenção impele o indivíduo para um papel responsável e activo pela sua vida, logo pela sua qualidade (Paúl & Fonseca, 1999).

Referências

- Aiken, L. R. (1989). *Later Life* (3th ed.). New Jersey: Lawrence Erlbaum.
- Alpass, F. & Neville, S. (2003). Loneliness, health and depression in older males. *Agind and Mental Health*, 7 (3), 212-216. Consultado em 7 de Outubro de 2008 através da base de dados PsycINFO.
- Antonucci, T. C., Lansford, J. E., Akiyama, H., Smith, J., Baltes, M. M., Takahashi, K. et al. (2002). Differences between men and women in social relations, resource deficits, and depressive symptomatology during later life in four nations. *Journal of Social Issues*, 58 (4), 767-783.
- Atchley, R. C. (2000). *Social forces and aging: An introduction to social gerontology*. Belmont, Wadsworth.
- Barreto, J. (1984). *Envelhecimento e saúde Mental*. Porto: FMP.
- Barros, J. (2008). *Psicologia do envelhecimento e do idoso* (3ª ed). Porto: Legis.
- Blazer, D. (1985). Depressive Illness in Late Life. In *America's Aging: Health in an Older Society* (pp. 105-127). Washington: National Academic Press.
- Borchelt, M., Gilberg, R., Horgas, A. L., & Geiselman, B. (1999). On the significance of morbidity and disability in old age. In P. B. Baltes & K. U. Mayer (Eds.), *The Berlin Aging Study : Aging from 70 to 100* (pp.403-429). Cambridge: University Press.
- Botelho, A. (2005). A Funcionalidade dos idosos. In C. Paúl, & A. M. Fonseca (Eds.), *Envelhecer em Portugal: Psicologia, Saúde e Prestação de Cuidados* (pp.111-135). Lisboa: Climepsi.
- Botelho, A., Mayor, M., & Paúl, C. (2006). Avaliação multidimensional de pessoas idosas em consultas de ambulatório. In I. Leal, J. P. Ribeiro, & S. N. Jesus, *6º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde: Actas* (pp. 529-534). Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Carvalho, A. J., & Firmino, H. (2006). Depressão geriátrica: Bases vasculares e considerações clínicas. In H. Firmino, L. Cortez-Pinto, A. Leuschner, & A. Barreto (Eds.), *Psicogeriatría* (pp. 221-232). Coimbra: Almedia.
- Cavanaugh, A. (1993). *Adult development and aging* (2nd ed.). California: Brooks/Cole.

- Cerrato, I. M., & Trocóniz, M. I. F. (1998). Successful aging, but, why don't the elderly get more depressed? *Psychology in Spain*, 2 (1), 27-42.
- Coleman, P. G., & O'Hanlon, A. (2004). *Ageing and Development: Theories and research*. London: Arnold.
- Costa, A. (2005). A depressão nos idosos portugueses. In C. Paúl, & A. M. Fonseca (Eds.), *Envelhecer em Portugal: Psicologia, Saúde e Prestação de Cuidados* (pp.157-176). Lisboa: Climepsi.
- Fonseca, A. M. (2004). *O Envelhecimento: Uma abordagem psicológica*. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa.
- Fonseca, A. M., & Paúl, C. (2004). Saúde percebida e "passagem à reforma". *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5 (1), 17-29.
- Fontaine, R. (2000). *Psicologia do envelhecimento*. Lisboa: Climepsi.
- George, L. K. (1992). Social factors and the onset of depression. In K. W. Schaie, D. Blazer & J. S. House (Eds.). *Aging, Health Behaviors, and Health outcomes* (pp.137-159). New Jersey: Lawrence Erlbaum.
- Helmchen, H., Baltes, M. M., Geiselman, B., Kanowski, S., Linden, M., Reischies, F. M. et al. (1999). Psychiatric illness in old age. In P. B. Baltes, & K. U. Mayer (Eds.), *The Berlin aging study: Aging from 70 to 100* (pp.167-196). Cambridge: University Press.
- Kaplan, G. A. (1992). Health and aging in the Alameda County Study In K. W. Schaie, D. Blazer & J. S. House (Eds.), *Aging, Health Behaviors, and Health outcomes* (pp.69-88).New Jersey: Lawrence Erlbaum.
- Kline, D. W., & Scialfa, C. T. (1996). Visual and auditory aging. In J. E. Birren & K. W. Schaie (Eds.), *Handbook of the psychology of aging* (4th ed.) (pp.181-203). California: Academic Press.
- Lima, M., Teixeira, J. C., & Sequeira., A. (1996). O projecto de vida no idoso Idosos em Centro de Dia e na Universidade Internacional para a Terceira Idade. *Análise Psicológica*, 14 (2), 287-394.
- Mayer, K. U., Baltes, P. B., Baltes, M. M., Borchelt, J. D., Helmchen, H., Linden, M., et al. (1999). What do we know about old age and aging ? Conclusions from the Berlin Aging Study. In P. B. Baltes, & K. U. Mayer (Eds.), *The Berlin Aging Study : Aging from 70 to 100* (pp.475-519). Cambridge: University Press

- Newman, J. (1989). Aging and Depression. *Psychology and Aging*, 2 (4), 150-165.
- Paúl, C. (1993). A Depressão em Idosos: Estudo Exploratório. *Análise Psicológica*, 4 (11), 609-617.
- Paúl, C. (1997). *Lá para o fim da vida: Idosos, família e meio ambiente*. Coimbra:Almedina.
- Paúl, C., & Fonseca, A. M. (1999). A saúde e qualidade de vida dos idosos. *Psicologia, Educação e Cultura*, 3 (2), 345-362.
- Paúl, C., Fonseca, A. M., Martín, I., & Amado, J. (2003). Psychosocial profile of rural and urban elders in Portugal. *European Psychologist*, 8 (3), 160-167.
- Robert, L. (1995). *O Envelhecimento: Factos e Teorias*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Scheibel, A. B. (1996). Structural and functional changes in the aging brain. In J. E. Birren, & K. W. Schaie (Eds.) *Handbook of the Psychology of Aging* (4th ed.) (pp.105-128). California: Academic Press.
- Silva, M. E. D. (2005). Saúde mental e idade avançada: Uma perspectiva abrangente. In C. Paúl, & A. M. Fonseca (Eds.), *Envelhecer em Portugal: Psicologia, Saúde e Prestação de Cuidados* (pp.137-156). Lisboa: Climepsi.
- Simões, A. (2006). *A nova velhice: Um novo público a educar*. Porto: Ambar.
- Smith, J., & Baltes, M. (1998). The role of gender in very old age: Profiles of functioning and everyday life patterns. *Psychology and Aging*, 13 (4), 676-695.
- Smith, J., Borchelt, M., Maier, H., & Jopp, D. (2002). Health and well-being in the young old and oldest old. *Journal of Social Issues*, 58 (4), 715-732.
- Simoneau, G. G., & Leibowitz, H.W. (1996). Posture, gait, and falls. In J. E. Birren, & K. W. Schaie (Eds.), *Handbook of the psychology of aging* (4th ed.) (pp.204-217), California: Academic Press.
- Sugisawa, H., Shibata, H., Hougham, G., Sugihara, Y., & Liang, J. (2002). The impact of social ties on depressive symptoms in U.S. and Japanese elderly. *Journal of Social Issues*, 58 (4), 785-804.
- Teixeira, P. (2006). Envelhecendo passo a passo. Universidade Lusíada do Porto. Consultado a Outubro de 2007 através de: <http://www.psicologia.com.pt/artigos/textos/A0283.pdf>
- Urretavizcaya, M. (2003). Psiquiatria en el anciano. In J. Vallejo (Ed.), *Introducción a la psicopatología y la psiquiatria* (5^a ed.) (pp.901-937). Barcelona: Masson.

- Vallejo, J. (2003). Transtornos depressivos. In J. Vallejo (Ed.), *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría* (5ªed.) (pp.501-533). Barcelona: Masson.
- Van den Berg, M. D., Oldehinkel, A. J., Bouhuys A. L., Brilman E. I., Beekman A. T. F., & Ormel, J. (2001). Depression in later life: Three etiologically different subgroups. *Journal of Affective Disorders*, 65 (1), 19-26. Resumo consultado em 20 de Setembro de 2008 através da base dados PsycINFO.
- Vaz-Serra, A. (1990). *A Depressão na Prática Clínica*. Porto: Boots Pharmaceuticals e Paracélsia, Cadernos da Depressão, Um Serviço a Profissão Médica.