

# A Depressão em Idosos: Estudo Exploratório

MARIA CONSTANÇA PAÚL (\*)

No passado, a depressão era considerada o problema psiquiátrico preponderante nos idosos. Dados mais recentes têm vindo a pôr em causa essa ideia e a considerar mesmo que a taxa de prevalência da depressão nos idosos é baixa, principalmente nos que vivem em comunidade (Mitchell, Mathews & Yesavage, 1993). Esta problemática está contudo longe de estar resolvida e mantêm-se, no essencial, as dúvidas não só sobre a idade como factor de risco acrescido para a depressão, como relativamente à própria sintomatologia e diagnóstico. Vamos partir da definição de depressão para depois discutirmos a sua eventual especificidade na população idosa e as questões que se colocam à sua avaliação.

De acordo com Vaz Serra (1990, p. 5) «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.» Considera-se então que a depressão tem na sua origem mecanismos genéticos, activados em determinadas circunstâncias do meio ambiente, a sua sintomatologia prolonga-se por alguns meses ou mesmo anos, sem alterações da personalidade mas apenas do ânimo e trazendo consigo uma

modificação das perspectivas pessoais, ou seja, levando a que o indivíduo recorde apenas os aspectos negativos da sua vida, alterando as perspectivas passadas presentes e futuras, com uma desvalorização pessoal e sentimentos de incapacidade. Isto é acompanhado por transtornos do sono, apetite, peso, variações diurnas do humor e da libido.

Kivela e Pahakala (1988, 1988a, 1989) consideram que os sintomas da depressão mais comuns, avaliados por clínicos, nos homens e mulheres idosos são as perturbações do sono, o cansaço, a perda de interesse, o humor depressivo, a perda de actividade, dores, pessimismo e sentimento de inutilidade. Em termos de diferenças entre os sexos as mulheres tinham com mais frequência preocupação, choro, sentir-se sem esperança, solidão, ideias suicidas, dores, e uma postura parada. A raridade e a lentidão dos movimentos e do discurso era mais comum nos homens, sendo a expressão de tristeza um sinal comum da depressão em ambos os sexos. Os sintomas da depressão, avaliados a partir da escala de Hamilton, não variam muito dos detectados pelos clínicos. Para os homens verificavam-se os sintomas somáticos gerais, a insónia inicial, a perda de interesse no trabalho e actividades e o humor depressivo, sendo a retardação o único sintoma mais comum neste sexo. Para as mulheres, os sintomas mais frequentes de depressão eram a ansiedade física, para além dos acabados de referir para os homens. Os sintomas observados nas mulheres

---

(\*) Professora Auxiliar, Departamento de Ciências do Comportamento, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto.

apresentavam uma maior severidade do que nos homens. A sintomatologia mais grave, nomeadamente somática, verificava-se no grupo mais idoso. O prognóstico da depressão era bom em 41% dos casos e não estava associado ao sexo, sendo a média de duração da depressão de 14.9 meses. Nos homens os maus resultados estavam associados com baixa participação social e poucas visitas, assim como pouca percepção da própria depressão. Nas mulheres os resultados fracos estavam associados com terem múltiplos sintomas depressivos, depressões anteriores, baixa participação social, fraca percepção da saúde, variação diurna dos sintomas, ocorrência de insónia inicial, perda de líbido e sintomas hipocondríacos e compulsivos.

A situação mais comum que contribui para a sintomatologia depressiva é o luto, enquanto experiência humana universal (Blazer, 1985). Murrell e Himmelfard (1989) fizeram um estudo para verificar a hipótese de que a perda das pessoas queridas é um importante factor etiológico da depressão. Esta associação pode explicar-se, entre outras alternativas, pelo paradigma da ligação que envolveria o sistema límbico hipotalâmico, os centros de regulação neuroendócrina simpática e as funções de activação, pelo que, em situação de perda dessas ligações, se verificava a depressão. De facto, isso confirmou-se de certa forma, uma vez que os autores verificaram que eram as mortes das pessoas com quem havia uma ligação que tinham uma associação mais forte com a depressão posterior, embora não fossem as únicas que resultavam em sintomas depressivos. Verificou-se, no caso de outras perdas, uma relação com aspectos anteriores ao luto, o que faz com que considerem que o luto tenha uma importância limitada na etiologia da depressão.

Blazer (1985) propôs um complexo modelo com os componentes da etiologia das depressões na velhice. Desse modelo constam 1) os factores de intervenção e desenvolvimentais, interações prévias pessoa-ambiente e predisposições genéticas à depressão, 2) os factores de referência, que incluem os fracos recursos económicos e a idade avançada, 3) os factores ambientais relativos ao aumento do stress social e à diminuição dos apoios sociais, 4) os factores de saúde física que refere a diminuição da saúde física, 5) os factores psíquicos inconscientes

que são o bloqueamento de impulsos agressivos, afecto deprimido, diminuição da consciência perceptiva do ambiente e as perturbações da memória, 6) os factores psíquicos conscientes, estilos de personalidade narcísicos, dependentes e ambivalentes, sentimentos de depressão, culpabilidade, rancor e pensamento ruminante, 7) os factores do *self*, como uma fraca auto-imagem e bloqueamento das tendências sociais e finalmente 8) os factores comportamentais relativos ao comportamento depressivo. Os factores descritos relacionam-se entre si e com o comportamento depressivo, numa teia complexa de interrelações e influências mútuas.

Kivela et al. (1988) estimaram a taxa de prevalência da depressão nos idosos finlandeses, a partir da escala de Zung e dos critérios da DSM-III, como sendo de 22.4% para os homens e 29.7% para as mulheres. Um maior risco de depressão estava associado com o sexo feminino, a viuvez, e o estar institucionalizado há muito tempo ou receber apoio domiciliário. Não se verificou que a ocorrência da depressão estivesse relacionada com a idade, nível de educação ou ocupação. A taxa de prevalência das depressões observada entre os idosos varia com os critérios clínicos utilizados para as classificar e em referência à população estudada, ou seja, idosos a residir na comunidade *versus* idosos a residir em lares, idosos com dependência funcional, idosos autónomos entre outros. Barreto (1984) apontou, com base num estudo epidemiológico feito em Portugal, uma percentagem de 24.3% de indivíduos apresentando manifestações depressivas, sendo a percentagem de depressões consideradas graves de 7.6%, das quais quase metade era composta por quadros endógenos.

Uma das questões mais pertinentes sobre a depressão nos idosos é, não o seu índice de prevalência, mas a existência ou não de mudanças na depressão associadas ao processo de envelhecimento. Newman et al (1990) referem os modelos de relação entre o envelhecimento e a depressão que consideram respectivamente a) mudanças nos níveis e taxas de depressão, b) mudança na estrutura da depressão em si mesma ou c) mudança na ocorrência de outras formas mais limitadas de perturbação que são componentes comuns da depressão.

A maior parte da investigação é relativa ao primeiro modelo, utilizando medidas norma-

lizadas, verificando e ordenando os indivíduos de diferentes grupos etários ao longo de um *continuum* de baixo a alto nível de depressão, correspondendo o alto nível de depressão a uma depressão clínica, para verificar as mudanças nos níveis ou taxas de depressão com a idade. O problema inerente a este tipo de abordagem prende-se com a utilização generalizada de dados transversais.

Não há acordo completo entre os autores relativamente a estas mudanças e ao seu sentido. Newmann (1989) fez uma revisão de 21 investigações sobre a sintomatologia depressiva na comunidade no sentido de verificar se o envelhecimento implica um aumento do risco de depressão ou não. Aparentemente os dados empíricos não apoiam a ideia de que há um aumento do risco de depressão com o aumento da idade, mais precisamente, que os idosos sejam uma população de maior risco para problemas de saúde mental em geral e de depressão em particular. As razões para esta discrepância poderão ser devidas ao facto das amostras de idosos, nos estudos comunitários serem de tamanho insuficiente, não incluírem indivíduos institucionalizados e haver uma grande percentagem de recusas, principalmente entre idosos. Os idosos que integram estes estudos parecem ser os mais bem sucedidos no seu envelhecimento. Outro dos problemas apontados é a recolha de dados ser transversal e não longitudinal, como seria adequado principalmente quando se visam as diferenças ao longo do *continuum* de idade. Uma conclusão mais cabal sobre a questão fica assim dependente de futuras investigações sobre o assunto.

Barreto (1984, p. 297) afirma: «Os síndromos depressivos são das afecções mais frequentes entre idosos. A sua prevalência neste grupo etário ultrapassa largamente os valores que comumente se indicam para as idades mais jovens... As depressões acrescentam um considerável lastro de sofrimento às outras doenças com que coexistem. As atitudes da família e da sociedade em geral são de molde a minimizar ou encobrir a gravidade das depressões no idoso; as suas queixas são as mais das vezes interpretadas como reflexo de uma situação orgânica supostamente irremediável, ou como consequência fatal da velhice e das suas perdas. E, no entanto sabemos que muitas dessas

depressões são curáveis ou pelo menos tratáveis, desde que se faça o respectivo diagnóstico.»

Considerando que os idosos são um grupo de risco relativamente à saúde mental, Rodeheaver e Datan (1988) distinguem, neste grupo, as mulheres. Estas enfrentam um duplo perigo derivado das condições sociais, económicas e psicológicas, associadas à idade e ao sexo, entre as quais a pobreza, a viuvez e a dinâmica dos cuidados familiares. Os idosos estão em risco devido ao facto de o sistema de saúde mental reflectir as atitudes da sociedade relativamente ao envelhecimento, ou seja, a *assumpção* de que o declínio mental é uma parte normativa do envelhecimento, viciando o próprio investimento terapêutico. As mulheres têm mais probabilidade de cair na pobreza, na medida em que sobrevivem aos seus cônjuges, com o risco de perderem poder económico e consequentemente as suas casas, serem institucionalizadas, entre outros aspectos. A pobreza é um indicador de problemas na saúde mental porque está associada à diminuição de um conjunto de recursos, uma maior dependência da família e dos programas formais de assistência. A sua vulnerabilidade não acaba aí porque, como os autores referiram, os serviços de saúde tendem a reflectir as atitudes da sociedade face à mulher idosa. No que respeita à depressão, esta está associada, na velhice, com a idade e os papéis sexuais. A depressão é maior nas mulheres que têm um papel feminino tradicional e assume aspectos de ineficácia e ausência de alternativas, baixa auto-estima, locus de controlo externo e, como já se referiu, a pobreza. Na medida em que as mulheres apresentam mais sintomas físicos do que os homens, surge o risco de a depressão não ser diagnosticada por se considerarem esses problemas somáticos como inerentes ao envelhecimento normal.

Muitos investigadores que estudaram populações na comunidade referiram que os sintomas depressivos aumentavam com a idade. Por outro lado, não havia provas de que a depressão major aumentasse com a idade e de facto as taxas podem mesmo ser um pouco mais baixas entre os idosos mantendo, no entanto, valores mais acentuados nas mulheres do que nos homens, à semelhança do que se passa noutros níveis etários (Blazer, 1985). Apesar de não existirem provas de que os idosos tenham mais probabi-

lidade de ter depressões, alguns factores biológicos, psicológicos e sociais podem predispor alguns idosos a ter graves episódios depressivos.

Relativamente ao idoso institucionalizado Parmelee et al. (1989) avaliaram e estimaram a prevalência da depressão. Estes autores partem do princípio de que o índice de depressão major é relativamente baixo (geralmente abaixo dos 5%), os idosos estão em alto risco de terem perturbações depressivas de baixo nível, com a depressão associada negativamente com a saúde física e positivamente com os acontecimentos de vida recentes. Em relação ao idoso institucionalizado haverá menos estudos e estes enfrentam o problema de lidar com populações homogêneas e com altos índices de disfunções físicas e cognitivas. Não obstante, os dados disponíveis apontam para uma prevalência maior da depressão nesta população do que nos residentes na comunidade. Os resultados obtidos indicaram 40% de indivíduos com sintomas de depressão reconhecidos. Destes, a maioria parecia ter apenas sintomas menores e só 12% desta amostra preenchiem os critérios da depressão major da DSM-III-R, metade dos quais apresentava, em conjunção com a depressão, perturbações cognitivas. Os residentes mais autónomos que residiam em apartamentos para idosos mostravam depressões de baixo nível e não apresentavam deficiências cognitivas ou afectivas. A depressão major era mais frequente em pessoas recentemente institucionalizadas, enquanto nos residentes de longa data em lares era mais provável encontrar deficiências cognitivas, combinadas com depressões menores. Há semelhança do que se verificou noutros estudos, a depressão menor tem uma prevalência duas vezes superior à depressão major, verificando-se então que a diferença entre os idosos residentes na comunidade e os institucionalizados é na prevalência da depressão, em favor dos primeiros, e não na distribuição dos tipos de perturbações.

A mudança na estrutura da depressão tem vindo a ser analisada e aponta-se para uma diferenciação da fenomenologia da depressão nos idosos que manifestaria mais sintomas de apatia, falta de energia e perda de motivação, a par com vários sintomas físicos e vegetativos, como perturbações do sono e perda de apetite. Isto conduziria a considerar a existência de for-

mas mais limitadas da perturbação que variariam com a idade ou seja, haveria diferentes mecanismos ou fontes de mudança da sintomatologia experimentada pelos idosos, o que implica um instrumento mais complexo de avaliação do que os habitualmente utilizados. A análise feita por Newmann et al. (1990) visava distinguir entre o síndrome depressivo, de acordo com os critérios da DSM-III-R e outras formas mais delimitadas de perturbação que podiam ter diferentes implicações para o estado de saúde mental e ainda se podiam ser identificados dois síndromos depressivos, ligeiramente diferentes, em paralelo com as descrições clínicas dos tipos de depressão observados nos idosos. As suas conclusões foram no sentido de que dois síndromos depressivos explicavam mais cabalmente os padrões de sintomas do que apenas um. Um dos síndromos era próximo do já anteriormente descrito por Fogel e Fretwell (1985) como o «síndrome de depleção dos idosos», caracterizado por sentimentos de falta de préstimo, falta de interesse pelas coisas, perda de apetite, um sentido geral de falta de esperança, em paralelo com pensamentos de morte e suicídio e sem os sintomas clássicos da depressão que são o humor disfórico e os sentimentos de culpabilidade. Outra das conclusões foi que aproximadamente um terço da variação sistemática dos resultados é atribuível a formas mais delimitadas de perturbação que incluem as perturbações do sono, o sentir-se enervado, a solidão ou o humor disfórico e uma atitude de auto-depreciação.

A partir daqui, as questões que se colocam e que ainda não estão completamente respondidas prendem-se com, por exemplo, determinar se os factores de risco da depressão e do síndrome de depleção são os mesmos, se este último é uma forma mais ligeira que eventualmente possa evoluir para um síndrome depressivo mais geral, ou se estas análises do arranjo dos sintomas são mais complexas do que úteis.

McNeil e Harsany (1989) defendem a ideia das diferenças de idade na depressão relativamente a dois aspectos: 1) que a depressão é qualitativamente diferente nos idosos e nos jovens e 2) a depressão nos idosos é mais fortemente influenciada pela saúde. Haverá então diferenças de idade na sintomatologia depressiva. Os sintomas somáticos são referidos com mais frequência pelos idosos, enquanto relativamente

aos sintomas psicológicos não haverá diferenças. A diferença relativa aos sintomas somáticos fez com que alguns autores não os considerassem na avaliação da depressão dos idosos, alegando que a sintomatologia física acompanha o declínio de saúde no envelhecimento normal. Estes autores contestam esta ideia dizendo que não há risco em haver erro de diagnóstico mesmo tendo em consideração sintomas comuns à depressão e a outras doenças, como a falta de energia, porque a gravidade do sintoma é muito diferente e, de resto, os idosos deprimidos têm mais sintomas físicos do que os idosos não deprimidos. Ou seja, seria importante manter os sintomas físicos na avaliação da depressão dos idosos e considerar que esta é qualitativamente diferente da de indivíduos mais jovens. O outro aspecto relevante nas diferenças de idade na depressão é a fraca saúde física. A ideia é que a falta de saúde é um preditor melhor da depressão nos idosos do que noutros grupos etários, enquanto os acontecimentos de vida são melhores preditores da depressão em adultos jovens. O apoio social, assim como o locus de controlo seriam bons preditores em qualquer idade. As explicações avançadas por McNeil e Harsany (1989) para a relação entre a falta de saúde e a depressão são de três tipos: 1) 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, 2) a maior estabilidade de doença física nos idosos dá início a um círculo em que o idoso se torna cada vez mais deprimido à medida que a sua doença piora ou pelo menos não melhora, 3) os idosos têm mais dificuldade do que os novos em lidar com a doença, usando estratégias de confronto mais passivas e emocionais. A maior somatização que se verifica nos idosos reflecte a natureza do antecedente mais provável que é a falta de saúde. Talvez devido à diferença qualitativa da depressão dos idosos, caracterizada por grande somatização e acompanhada por uma fraca saúde, os métodos psicoterapêuticos tradicionais são menos eficazes, uma vez que é mais provável que sejam mais dirigidos à redução dos sintomas psicológicos do que dos sintomas físicos.

É geralmente aceite a associação entre a depressão e a dependência física provocada por uma doença recente (Harris et al, 1988). Estes autores realizaram um estudo com doentes idosos em reabilitação, com dois momentos, um uma semana depois da admissão e outro por ocasião da alta. Na primeira observação 83% dos idosos apresentavam sintomatologia depressiva, avaliada com a escala de Hamilton e 46% mantinham essa sintomatologia na alta. Verificou-se que todos os doentes cujo humor melhorou também melhoraram no seu funcionamento físico, enquanto 75% dos cujo humor não melhorou, também não apresentaram melhoras físicas, o que implica, de acordo com os autores, que não é o grau de incapacidade física mas o fracasso em recuperar as capacidades anteriores que está fortemente associado com a persistência da depressão depois de uma doença grave.

Harris et al. (1988) apresentaram dados obtidos simultaneamente com a escala de depressão de Hamilton e através da GDS (Yesavage et al. 1983) sendo que o índice de prevalência era francamente superior com a primeira do que com a segunda (83% versus 57%). Em relação à GDS os autores afirmaram «que mede os sintomas subjectivos da depressão sem os componentes somáticos» o que explicaria a mais baixa prevalência de indivíduos com sintomas depressivos. Esta diferença poderia também ser devida à dificuldade em distinguir entre sintomas físicos relacionados com a doença e os relacionados com a depressão, embora, estudos anteriores, tenham mostrado que as queixas somáticas em doentes físicos não possam ser atribuídas à doença física e são frequentemente uma expressão da depressão ou, com a eventualidade da GDS ser menos sensível em pacientes que negam a sua depressão, nos que apresentam uma sintomatologia predominantemente somática.

O papel dos sintomas somáticos na expressão da depressão nos idosos é um assunto controverso que se prende com o considerar ou não a depressão, neste nível etário, como qualitativamente diferente. Doves et al (1988) estudaram a organização dos sintomas depressivos nos idosos e concluíram que o padrão era semelhante ao observado em amostras de indivíduos jovens. Nos idosos verificou-se que a alta frequência de sintomas somáticos se adequava pouco nesta

hierarquia, o que se explicaria pelo facto de estes sintomas serem pouco específicos da depressão nos idosos.

Temos estado a referir a importância da doença física no estabelecimento de sintomas depressivos. Se pensarmos agora em termos do mediador cognitivo que relacione a dependência física com a depressão estamos no domínio da teoria da auto-eficácia de Bandura (1987). Davis-Berman (1988) relacionou a auto-eficácia com a sintomatologia depressiva nos idosos tendo verificado uma forte ligação entre a auto-eficácia física e global com a depressão.

Stanley e Maddux (1986a) discutem a contribuição da teoria da auto-eficácia para a compreensão das cognições da depressão. De acordo com as formulações iniciais de Bandura (1977), existem dois tipos de expectativas, as de auto-eficácia e as relativas aos resultados, ambas podendo levar a sentimentos de futilidade e à desistência de emitir um dado comportamento, que são sentimentos comuns na depressão. Num refinamento posterior da teoria, Bandura (1982) considera que os resultados podem ser muito ou pouco valorizados, o que, em termos de depressão, faz com que ela seja mais provável em situações de baixa expectativa de auto-eficácia e alta expectativa de resultado. Dito de outra forma, quando as pessoas acreditam que um resultado muito desejado é obtido através de comportamentos (alta expectativa de resultados) que elas se acham incapazes de emitir (baixa expectativa de auto-eficácia). Esta situação é diferente de uma outra em que as pessoas têm baixas expectativas de resultados porque percebem que o ambiente não é responsivo seja ao comportamento delas próprias, seja das outras. Face a isto é mais provável que experimentem apatia e resignação uma vez que o objectivo desejado é pouco provável que venha a ser atingido, mas não se deprimem porque não se desvalorizam nem se sentem inferiores relativamente aos outros. Stanley e Maddux (1986a) concluem, dessa forma, que a teoria da auto-eficácia é um modelo compatível com os outros modelos da depressão e que facilita a compreensão das cognições que estão na sua origem, sintomatologia ou consequência. Num trabalho experimental realizado por estes mesmos autores (1986) verificou-se que a indução de expectativas de auto-eficácia para interacções sociais

antecipadas influenciava significativamente o humor, com baixas expectativas de auto-eficácia a criarem mais humor depressivo. A indução do humor depressivo não produziu, contudo, efeito na expectativa de auto-eficácia.

## 1. COMPARAÇÃO DOS NÍVEIS DE DEPRESSÃO ENTRE IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS E A RESIDIR NA COMUNIDADE

Como referimos acima há muitos estudos (e.g. Rodeahever & Datan, 1988; Parmelee et al. 1989) que apontam para diferenças de prevalência na depressão em função do cenário ambiental em que residem os idosos apontando para uma influência negativa da institucionalização na saúde mental dos idosos. Esta hipótese foi por nós explorada estudando um grupo de idosos residentes na comunidade e um grupo de idosos a residir em lares.

Não obstante o facto de a sintomatologia somática estar presente na depressão dos idosos e ser mesmo relevante em muitos casos, optamos por utilizar a escala de rastreio da depressão de Yesavage et al (1983), na versão elaborada e em estudo pela equipa de Barreto (1991) que não contém itens para avaliação dos sintomas físicos dos idosos, mas que tem a vantagem, ao contrário de muitas outras, de ter sido construída especificamente para os idosos, com um boa cobertura dos sintomas psicológicos da depressão, frequentes neste grupo etário. De acordo com estes autores a depressão nos idosos é muitas vezes acompanhada por experiências subjectivas de perda de memória e perturbação cognitiva, menos frequentes em indivíduos jovens e, pelo contrário, os sintomas somáticos são menos úteis nos diagnósticos da depressão na velhice porque são comuns a idosos não deprimidos. Partindo destes pressupostos Yesavage e colaboradores elaboraram uma escala que visa especificamente a população idosa: Geriatric Depression Scale (GDS). A escala apresenta valores bastante aceitáveis de validade e consistência interna (Barreto et al., 1991). A GDS contém 30 itens de resposta sim/não com uma correlação de 0.68 entre eles (variando entre 0.47 e 0.83). A sua validade e consistência interna apresenta uma média de correlação de cada item com o total de 0.56, uma média de

correlação inter-item de 0.36, um Coeficiente Alpha de Chronbach de 0.94 e uma fiabilidade, a partir do método das duas metades de 0.94. Com base nos resultados obtidos podemos classificar os indivíduos como não tendo depressão, sendo suspeitos de depressão ou tendo uma depressão provável.

Zgourides et al (1989) verificaram a validade discriminante da GDS, comparando os resultados obtidos por idosos deprimidos e não deprimidos nesta escala, com o diagnóstico feito por técnicos experientes com base nos critérios da DSM-III, tendo concluído que a GDS é uma medida válida da depressão nos idosos.

## 2. POPULAÇÃO E MÉTODO

Neste estudo exploratório sobre a utilização da GDS no nosso país administramos a escala em duas populações de idosos, uma a residir na comunidade (n=73) e outra que residia em instituição (n=57), colocando a hipótese de que a população residente em lares tivesse maior probabilidade de estar deprimida do que os residentes na comunidade. Todos estes idosos eram pobres e viviam da pensão social ou de pensões mínimas de reforma, de montante equivalente. Note-se que estes dados não são representativos da população idosa, constituindo apenas dados de um estudo prévio com vista à aferição da escala para Portugal.

Nos cenários que estudámos encontramos poucos homens idosos a residirem sós na comunidade e os que residem com familiares solicitam menos a ajuda do Apoio Domiciliário e frequentam menos os Centros de Dia, estando, por isso, menos presentes no grupo da Comunidade que estudámos. A existência de mais idosos com filhos a residir em instituição é outro dado interessante que reflecte, como tivemos oportunidade de verificar nas entrevistas que lhes fizemos, a existência de conflitos muito agudos intergerações que leva muitas vezes a que o idoso opte por ir para um Lar, mesmo quando tem uma rede potencial de apoio. O estudo acima referido afirma que os que viviam com os filhos são sobretudo viúvos, constituindo cerca de metade dos indivíduos que entraram para o lar em situação de ruptura afectiva.

## 3. RESULTADOS E CONCLUSÃO

Comparando os dois grupos de idosos, (Quadro 1) estudados verifica-se que os idosos institucionalizados são em média mais velhos (média de 78 anos) do que os idosos a residir na comunidade (média de 75 anos),  $t=2.39$   $p<0.02$ . A composição dos sexos nos dois grupos é também diferente, com mais homens a residir na instituição do que na comunidade (Qui-Quadrado=6.08556  $p<0.02$ ). Há diferenças significativas em relação ao ter ou não filhos, havendo proporcionalmente mais idosos institucionalizados com filhos do que os que vivem na comunidade (Qui-Quadrado=15.12137  $p<0.00$ ). Verificam-se também diferenças relativas ao estado civil entre estes dois grupos, sendo que os idosos dos lares incluem mais indivíduos solteiros do que o grupo dos residentes na comunidade (Qui-Quadrado=12.68711  $p<0.01$ ). Os nossos dados estão genericamente de acordo com o estudo representativo da população idosa em Portugal promovido pelo Instituto Damião de Góis (1985) sobre os residente em lares oficiais ou privados com fins não lucrativos, onde se afirma, numa das conclusões, que apesar de haver ligeiramente mais mulheres nos lares do que homens, os homens estão significativamente mais presentes nos lares do que no total da população, para este grupo etário.

Relativamente à depressão fez-se a distribuição dos idosos por três grupos em função da pontuação na escala (utilizando como pontos de corte um desvio padrão abaixo e acima da média) classificando os idosos em «Não Depri-

QUADRO 1  
*Características dos idosos*

	Lares		Comunidade	
Sexo F M	39	18	64	9
Idade (X d. p.)	78.3	7.4	75.1	8.1
Solteiros	44%		17.4%	
Casados	12.7%		15%	
Viúvos	41.2%		66%	
Com filhos	50.2%		66.7%	
Analfabetos	54.3%		48.2%	
Temp. Res. (Anos)	9.3		9.5	

QUADRO 2

*Distribuição dos níveis de depressão nos idosos dos lares versus dos residentes na comunidade*

	Lares	Comunidade	T
Não deprimidos	16 (28%)	19 (26%)	34 (30%)
Suspeitos Depressão	33 (58%)	36 (49%)	58 (50%)
Depressão Provável	8 (14%)	18 (25%)	23 (20%)
T	57	73	130
Média GDS	13.2 d.p. 7.4	14.7 d.p. 8.1	14.1 d.p. 7.8

midos», «Suspeitos de Depressão» e com «Depressão Provável». Em nenhum destes grupos se verificaram diferenças significativas entre as pontuações médias na GDS dos idosos residentes em lares ou residentes na comunidade (Quadro 2). Os residentes em lares têm uma pontuação média inferior (13.2) à obtida na população a residir na comunidade (14.7). O índice de depressão não varia significativamente com o facto do idoso ter ou não filhos. Estes dados não apoiam a hipótese de que a existência de uma rede social de apoio familiar potencial funcione directamente como protectora, seja da institucionalização, seja da depressão dos idosos (e.g. Silverstone, 1985; Monk, 1990).

Estes resultados sobre os índices de depressão dos idosos a viver em lares ou na comunidade estão dentro dos valores esperados e referidos nomeadamente no estudo epidemiológico realizado por Barreto (1984) e não nos permitem valorizar as variáveis do ambiente social e físico dos idosos na etiologia da depressão, como tínhamos previsto inicialmente. Os dados apontam antes para a existência de um número considerável de idosos deprimidos, independentemente da sua situação de vida. Note-se contudo que a nossa população de idosos a residir na comunidade, devido à sua precária situação económica e social, tinham um dia-a-dia extremamente difícil, eventualmente até mais penoso, em termos das necessidades básicas como a alimentação e cuidados primários, do que os residentes nos lares.

Se a hipótese de determinar variáveis ecológicas na etiologia da depressão nos idosos, como seria a sua situação residencial, não foi confirmada com este estudo, percebemos contudo que

a GDS pode tornar-se um bom instrumento de rastreio inicial da depressão nos idosos, que seriam posteriormente avaliadas e tratadas clinicamente, de forma a melhorar o bem-estar psicológico e satisfação de vida dos idosos.

BIBLIOGRAFIA

- Bandura, A. (1987). *Social Learning Theory*. New Jersey: Englewood Cliffs, Prentice Halls.
- Barreto, J. (1984). *Envelhecimento e Saúde Mental*. Porto: FMP.
- Barreto, J. et al. (1991). *Validação da Versão Portuguesa da Escala Geriátrica de Depressão «Depression Scale»*. Comunicação apresentada no VI Encontro sobre Envelhecimento Cerebral e Demências, 7 e 8 de Junho de 1991.
- Blazer, D. (1985). Depressive Illness in Late Life. In *Health in an Older Society*, pp: 105-127, Washington: National Academic Press.
- Davis-Berman, J. (1988). Self-Efficacy and Depressive Symptomatology in Older Adults: an Exploratory Study. *International Journal of Aging and Human Development*, 1(27): 35-43.
- Downes, J., Davies, A. & Copeland, J. (1988). Organization of Depressive Symptoms in the Elderly Population: Hierarchical Patterns and Guttman Scales. *Psychology and Aging*, 4(3): 367-374.
- DSM-III-R, da Associação de Psiquiatria Americana, revisão de 1987.
- Fogel, B. & Fretwell, M. (1985). Reclassification of Depression in the Medically Ill Elderly. *Journal of the American Geriatrics Society*, 33: 446-448.
- Harris, R. et al (1988). Severe Illness in Older Patients: The Association Between Depressive Disorders and Functional Dependency During the Recovery Phase. *Journal of American Geriatrics Society*, 36: 890-896.

- Instituto de Pesquisa Social Damião de Gis, (1985), *Estudo sobre a População Residente em Lares para Idosos*, Lisboa.
- Kivella, S. & Pahkala, K. (1989). The Prognosis of Depression in Old Age. *International Psychogeriatrics*, 2(1): 119-133.
- Kivella, S. & Pahkala, K. (1988), Symptoms of Depression in Old People in Finland. *Zeitschrift für Gerontologie*, 21: 257-263.
- Kivella, S. & Pahkala, K. (1988a). Clinician-Rated Symptoms and Signs of Depression in Aged Finns. *The International Journal of Social Psychiatry*, 4(34): 274-284.
- Kivella, S-L., Pahkala, K. & Laippala, P. (1988). Prevalence of Depression in an Elderly Population in Finland. *Acta Psychiatrica Scandinava*, 78: 401-413.
- McNeil, J. & Harsany, M. (1989). An Age Difference View of Depression. *Canadian Psychology*, 3(30): 608-615.
- Mitchell, J., Mathews, H. & Yesavage, J. (1993). A Multidimensional Examination of Depression Among the Elderly. *Research on Aging*, 2(15): 198-219.
- Monk A. (1988). Aging, loneliness, and communications. *American Behavioral Scientist*, 5(31): 532-563.
- Murrell, S. & Himmelfard, S. (1989). Effects of Attachment Bereavment and Pre-Event Conditions on Subsequent Depressive Symptoms in Older Adults. *Psychology and Aging*, 2(4): 166-172.
- Newman, J., Engel, R. & Jensen, J. (1990). Depressive Symptom Patterns Among Older Women. *Psychology and Aging*, 1(5): 101-118.
- Newman, J. (1989). Aging and Depression. *Psychology and Aging*, 2(4): 150-165.
- Parmelee, P., Katz, I. & Lawton, M. (1989). Depression Among Institutionalized Aged: Assessment and Prevalence Estimation. *Journal of Gerontology: Medical Sciences*, 1(44): M22-29.
- Rodeheaver, D. & Datan, N. (1988). The Challenge of Double Jeopardy - Toward a Mental Health Agenda for Aging People. *American Psychologist*, 8(43): 648-654.
- Seligman, M., (1975). *Helplessness: On Depression, Development and Death*. San Francisco: Freeman.
- Silverstone, B. (1985). Informal social support systems for the frail elderly. In *Health in an Older Society*, pp: 153-181, Washington: National Academic Press.
- Stanley, M. & Maddux, J. (1986). Self-Efficacy Theory: Potential Contributions to Understanding Cognitions in Depression. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 3(4): 268-278.
- Vaz-Serra, A. (1990). *A Depressão na Prática Clínica*. Porto: Boots Pharmaceuticals e Paracélsia, CADERNOS da Depressão, Um Serviço à Profissão Médica.
- Zgourides, G., Spofford, M. & Doppelt, L. (1989). The Geriatric Depression Scale: Discriminant Validity and Elderly Day-Treatment Clients. *Psychological Reports*, 64: 1082.
- Yesavage, A. et al. (1983). Development and Validation of a Geriatric Depression Screening Scale: a Preliminary Report. *Journal of Psychiatric Research*, 1(17): 37-49.

#### RESUMO

O autor aborda a problemática da depressão nos idosos, a sua prevalência, a etiologia e eventual existência de mudanças na depressão associadas ao processo de envelhecimento. Refere-se a importância relativa da sintomatologia psicológica e/ou física da depressão. Apresenta-se um estudo exploratório, utilizando a Escala Geriátrica de Depressão (GDS), sobre os níveis de depressão dos idosos residentes em lares (57) e idosos residentes na comunidade (73), não se tendo verificado diferenças significativas entre os dois grupos. Os resultados são discutidos em função do quadro teórico apresentado.

#### ABSTRACT

The author discusses the problem of depression in old age: its prevalence, origin and qualitative changes associated with the process of growing old, namely the relative importance of physical and psychological symptoms in depressed aged. One hundred thirty older adults divided in two groups, one living in sheltered care houses (57) and the other living in the community (73), were administered the GDS (Geriatric Depression Scale). We did not find significant differences between groups. Results are discussed according theories presented in this paper.