

Mariana Filipa Bola Queirós

***Depressão Geriátrica e Suporte Social
Percebido***

Dissertação de Mestrado

Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde

2º Ciclo de Estudos



Departamento de Ciências da Educação e do Património

Outubro, 2012

Mariana Filipa Bola Queirós

***Depressão Geriátrica e Suporte Social
Percebido***

Dissertação de Mestrado

**Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde
2º Ciclo de Estudos**

Dissertação de Mestrado orientada por:
Doutora Ana Conde



**Departamento de Ciências da Educação e do Património
Outubro 2012**

Anexo 1

DECLARAÇÃO

Nome: _____

Nº. do B. I.: _____ Tel/Telem.: _____ e-mail: _____

Curso de Pós-Graduação:

Mestrado

Designação do mestrado: _____ Ano de

Conclusão: __-__-__

Título da tese / dissertação

Orientador: _____

Declaro, para os devidos efeitos, que concedo, gratuitamente, à Universidade Portucalense Infante D. Henrique, para além da livre utilização do título e do resumo por mim disponibilizados, autorização, para esta arquivar nos respectivos ficheiros e tornar acessível aos interessados, nomeadamente através do seu repositório institucional, o trabalho supra identificado, nas condições abaixo indicadas:

[Assinalar as opções aplicáveis em 1 e 2]

1. Tipo de Divulgação:

- Total.
- Parcial.

2. Âmbito de Divulgação:

- Mundial (Internet aberta)
- Intranet da Universidade Portucalense.
- Internet, apenas a partir de 1 ano 2 anos 3 anos – até lá, apenas Intranet da UPT

Advertência: O direito de autor da obra pertence ao criador intelectual, pelo que a subscrição desta declaração não implica a renúncia de propriedade dos respetivos direitos de autor ou o direito de a usar em trabalhos futuros, os quais são pertença do subscritor desta declaração.

Assinatura: _____

Porto, ____/____/____

Agradecimentos

Concluído o último ano de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde com esta Dissertação de Mestrado, não poderia deixar de agradecer às várias pessoas e entidades que tornaram possível a sua realização.

Começo, portanto por agradecer à Orientadora de Dissertação pela ajuda essencial na realização desta investigação, Professora Doutora Ana Conde e pela orientação, atenção, disponibilidade e paciência que demonstrou em todo o processo subjacente a este trabalho.

Agradeço ainda à Universidade Portucalense que me acolheu durante estes dois anos de Mestrado e me deu a ajuda necessária para a realização deste estudo.

Agradeço ainda às Instituições e aos seus responsáveis que me permitiram recolher os dados, a Santa Casa da Misericórdia de São João da Madeira, a CESDA, em Esgueira, e ao Lar do Centro Social Paroquial, na Gafanha da Nazaré.

Agradeço ainda a todos os idosos que participaram neste estudo e tornaram possível a sua realização.

Agradeço aos meus pais (Miguel Queirós e Eugénia Bola), ao meu irmão (Gonçalo) e aos meus avós maternos (Rosa Filipe Margaça e Manuel Bola) por me terem dado apoio, disponibilidade, carinho, amor e confiança mesmo nas situações mais complicadas durante a realização de todo o curso e na fase da realização da Dissertação também, sendo estas as pessoas que me ajudaram sempre a seguir em frente e a ver as coisas sempre pelo lado positivo, a ter confiança em mim própria e a superar problemas que pareciam insuperáveis, a demonstrar que tudo é possível quando se gosta e que todos os problemas são ultrapassáveis com força de vontade e apoio dos que mais gostamos.

Agradeço ao Vasco Oliveira por me ter dado força para continuar quando o que mais me apetecia era desistir, por me ter apoiado nas dificuldades e na ansiedade vivida em mais uma etapa tão importante da minha vida.

Agradeço a todas as minhas colegas de curso por terem partilhado comigo os bons e maus momentos, Juliana Neves, Vânia Oliveira, Lara Machado, Lídia e pelo seu apoio, disponibilidade, carinho e atenção.

Agradeço também à Ana Monteiro, à Carla Veiga e a todos os meus amigos, amigas e familiares que me apoiaram durante esta fase e outras, pela compreensão, oportunidades de desabafo, apoio e carinho demonstradas.

Por último agradeço a todos os meus colegas de curso, bem como a todos os outros que me ajudaram de alguma forma a concretizar mais um objetivo na minha vida.

A todos muito obrigada!

RESUMO

O envelhecimento da população que se verifica hoje em dia é uma realidade incontestável que cada vez mais é do conhecimento de todos. Apesar dos sintomas depressivos serem poderem não ser aparentes, atualmente são muitos os idosos que sofrem de vários tipo de depressão, desde leve a grave, sendo que este facto está relacionado com vários fatores característicos desta idade, nomeadamente perdas e solidão e com um baixo apoio e suporte social.

O objetivo principal deste estudo foi analisar a associação entre a depressão geriátrica e o suporte social percebido.

A amostra compreendeu 58 idosos de ambos os sexos, frequentadores de lares, em regime de centro de dia e em regime de internamento. Após a obtenção de consentimento informado dos participantes e a verificação dos critérios de inclusão na amostra, foram aplicadas as seguintes medidas de avaliação: um questionário sociodemográfico, a Escala de Depressão Geriátrica e a Escala de Satisfação com o Suporte Social.

Concluiu-se com a presente investigação que os níveis de depressão geriátrica estão associados à percepção de satisfação com o suporte social. Existem diferenças estatisticamente significativas ($p < .05$) na percepção de satisfação com o suporte social entre os níveis de depressão, diferenças estatisticamente significativas entre as três categorias de depressão ($p < .05$) na percepção de satisfação com os amigos, na percepção de intimidade e na percepção de satisfação com a família, o que não acontece ($p \geq .05$) entre as classes de depressão na percepção de satisfação com as atividades sociais. Assim, conclui-se que o nível de depressão influencia estatisticamente as percepções de satisfação.

Compreende-se pois que o suporte social se torna essencial para o bem-estar psicológico do idoso, sendo um fator protetor para o desenvolvimento de depressão.

Palavras-chave:

Depressão Geriátrica; Suporte Social

ABSTRACT

The aging population that exists today is an indisputable reality that is increasingly common knowledge. Although depressive symptoms may not be apparent, many older people are currently suffering from various types of depression, from mild to severe, and this fact is related to several factors characteristic of this age, including loss and loneliness and a low support and social support.

The main objective of this study was to analyze the association between geriatric depression and perceived social support.

The sample included 58 patients of both sexes goes homes, on a day care and inpatient settings. After obtaining informed consent from participants and verification of sample inclusion criteria were applied the following evaluation measures: a sociodemographic questionnaire, the Geriatric Depression Scale and the Scale of Satisfaction with Social Support.

It was conclude with this research that the levels of geriatric depression are associated with perception of satisfaction with social support. There are statistically significant differences ($p < .05$) in the perception of satisfaction with social support between levels of depression, statistically significant differences between the three categories of depression ($p < .05$) in the perception of satisfaction with friends, the perception of intimacy and the perception of satisfaction with family, which is not true ($p \geq .05$) between classes of depression in perception of satisfaction with social activities. Thus, it is concluded that the level of depression statistically influence the perceptions of satisfaction.

It is understandable therefore that social support becomes essential for the psychological well-being of the elderly, being a protective factor for the development of depression.

Key-Words:

Geriatric Depression, Social Support

Sumário

Agradecimentos	1
RESUMO.....	3
ABSTRACT	4
Sumário.....	5
Índice de tabelas	6
1. Introdução.....	7
2. Enquadramento teórico.....	9
3. Método.....	21
3.1 Caracterização da amostra	21
3.2 Instrumentos	23
3.2.1 Questionário Sociodemográfico	23
3.2.2 Escala de Depressão Geriátrica	23
3.2.3 Escala de Satisfação com o Suporte Social	24
3.3 Procedimentos	26
4. Resultados.....	27
5. Discussão dos resultados	31
6. Conclusão.....	37
7. Bibliografia	39
Anexos	46
Anexo 1	47
Anexo 2.....	48
Anexo 3.....	49
Anexo 4.....	51

Índice de tabelas

Tabela 1 - Caracterização dos sujeitos	21
Tabela 2 - Frequência da visita de figuras significativas	22
Tabela 3 - Níveis de Depressão	27
Tabela 4 - Satisfação com o suporte social.....	27
Tabela 5 - Percepção de satisfação com o suporte social em função dos níveis de depressão.....	28
Tabela 6 Percepção de satisfação com os amigos, percepção de satisfação com intimidade, percepção de satisfação com a família e percepção de satisfação com as atividades sociais em função dos níveis de depressão	29

1. Introdução

Atualmente há cada vez mais famílias que não podem tomar conta dos seus idosos em casa, sendo que todos os elementos têm trabalho e os idosos são inseridos em Lares de Terceira Idade, ou estão em casa a maioria do tempo sozinhos. O suporte social será uma importante fonte de bem-estar psicológico dos sujeitos. O tempo e a qualidade da relação passado com os amigos ou os familiares, a forma como se percebe a própria intimidade, bem como o tempo passado a realizar atividades sociais produtivas contribui para uma prevenção da depressão geriátrica, bem como de outros problemas a ela associados (Martins, s/d; Lopes, & Antunes, 1999).

Segundo Smalbruge, Jongelis, Pot, Beekman & Eefsting (2005), o isolamento social e a insatisfação com o suporte social percebido aumentam o risco de desenvolvimento da depressão, sendo que quanto menor o suporte social do idoso, maior a probabilidade de desenvolvimento de depressão. Assim sendo, de acordo com Oni (2010) há uma relação significativa entre o de suporte social e o desenvolvimento de depressão.

O presente estudo teve como principal objetivo compreender se os níveis de depressão geriátrica se associam à percepção de satisfação com o suporte social, considerando particularmente a satisfação com os amigos, a percepção de intimidade, a percepção de satisfação com a família e de satisfação com as atividades sociais.

Para tal recorreu-se a uma amostra de conveniência composta por 58 idosos (idades compreendidas entre os 60 e os 94 anos de idade) de vários lares de idosos, em diferentes zonas do país. A maioria dos sujeitos era do sexo feminino, viúvos, com habilitações literárias abaixo do quarto ano de escolaridade, tendo como residência o lar de dia e de noite.

Previamente à implementação do estudo foi obtida autorização por parte dos órgãos diretivos das instituições de acolhimento e todos os participantes deram o seu consentimento informado. As escalas de avaliação utilizadas para o estudo foram a Escala de Depressão Geriátrica e a Escala de Satisfação com o Suporte Social, bem como um questionário sociodemográfico, constituído para o efeito.

Pretendeu-se com esta investigação analisar a relação entre os níveis de depressão geriátrica e a satisfação com o suporte social dos idosos residentes em instituições em regime permanente e de centro de dia.

De forma particular, procurou-se verificar se os idosos com diferentes níveis de depressão bem como perceção com o suporte social apresentavam diferenças em termos de perceção de satisfação com os amigos, perceção geral de intimidade, à satisfação com a família e com as atividades sociais.

Este estudo teve como hipótese inicial que os níveis de depressão estão associados ao suporte social nas suas vertentes específicas.

A dissertação será estruturada pelos capítulos e respetivos subcapítulos sobre depressão, suporte social e relação entre ambas, pela caracterização do método utilizado (caraterização da amostra, descrição dos instrumentos e dos procedimentos). E por último, pela exposição dos resultados, a interpretação dos mesmos e as conclusões do estudo.

2. Enquadramento teórico

A Organização Mundial de Saúde refere que saúde é não só a ausência da doença, mas *'um estado de bem-estar físico, mental e social'* (OMS, 2002). Esta definição de saúde acentua o seu caráter positivo, constituindo uma integração das dimensões do bem-estar físico (prevenção das doenças e atividade física), mental (funcionamento ativo das capacidades cognitivas e prevenção do seu) e social (capacidade de comunicar e interagir com os outros, estabelecer uma rede de relações e apoios sociais, capacidade de usufruir os tempos livres, Simões, 2006). A qualidade de vida dos idosos depende assim de determinantes como a autonomia para executar as atividades do dia-a-dia, a manutenção de uma relação familiar regular, o facto de ter recursos económicos suficientes e por fim a realização de atividades lúdicas e recreativas de forma constante (Jacob, 2007). Um estudo realizado por Fleck e colaboradores (2003), tendo como objetivo fazer uma avaliação das condições que permitem o idoso ter uma boa qualidade de vida, concluiu que os idosos associavam o conceito de qualidade de vida ao de bem-estar, sendo que os diversos aspetos de qualidade de vida seriam a saúde, a sociabilidade, o suporte social, a atividade física, a oportunidade de dar suporte e apoio e o facto de se sentir útil.

Um estudo realizado por Fernandes (2000) teve como objetivo principal enumerar os aspetos da depressão no idoso de uma zona rural, utilizando três grupos de idosos: 78 idosos internados, 50 idosos do centro de dia e 7 idosos residentes em suas casas. Este estudo concluiu que a maioria dos indivíduos não se encontrava deprimidos, sendo o grupo de idosos internados o que apresentou uma maior média de depressão (38,46%). No grupo de idosos de centro de dia houve uma média de 32% de idosos deprimidos e, por último os idosos que demonstraram menos depressão os residentes no domicílio (22,36%). Este estudo concluiu ainda que há mais depressão nos idosos solteiros e menos nos idosos reformados.

Um estudo de Marques (2011) sobre a imagem que o idoso tem de si próprio e das relações familiares concluiu que a ideia de desvalorização na sociedade e no seio da família causam um sentimento de inferioridade neste

grupo etário. Concluiu ainda que os idosos preferem manter a autonomia e independência, devendo existir uma negociação entre os membros da família e evitar a exclusão do membro idoso na escolha da sua própria vida. De forma congruente, este autor cita um estudo realizado pela DECO (2009) em 28 Lares e Residências para idosos nas áreas do Porto e de Lisboa tendo concluído que a interação entre os utentes e os funcionários era fraca e que os comportamentos que levavam à dependência (pedir ajuda para deslocar) levavam a obtenção de mais atenção dos profissionais do que os comportamentos que não levavam a dependência (dar-se com outros utentes do lar), demonstrando uma tendência dos funcionários para tratar os utentes de forma infantil, nomeadamente utilizando uma 'baby-talk', ou conversa de bebé.

Alguns autores referem que a mudança que houve ao longo dos anos nas funções e papéis familiares, em que há cada vez mais competitividade e exigências laborais faz com que haja menos tempo para cuidar dos idosos, o que levou a que seja exigido à sociedade que esta crie recursos para cuidar dos seus idosos, por isso existindo cada vez mais Instituições Particulares de Solidariedade Social (Martins, s/d., Lopes, & Antunes, 1999).

Os problemas associados à idade, como a perda de autonomia e a vulnerabilidade podem ser um problema para a família e conseqüentemente uma fonte de *stress* familiar (Alves, Leimann, Vasconcelos, Carvalho, Vasconcelos, & Fonseca, 2007). Regularmente os familiares dos idosos são referenciados como negligentes, irresponsáveis e descuidados no contacto e afeto que mantêm como o idoso (sendo referido como insuficiente) pelos profissionais das instituições de acolhimento (Netto, 2000).

De acordo com Vaz (2009), mesmo fornecendo os serviços básicos, as instituições não têm um ambiente propício aos idosos, proporcionando assim maiores probabilidades de desenvolver depressão. A conclusão de um estudo que teve como objetivo avaliar a relação entre a solidão e o índice de depressão refere que a solidão e o isolamento, bem como as sensações de vazio e de abandono são fatores que se associam ao surgimento de sintomas depressivos (Vaz, 2009).

Vários autores referem que a perda do cônjuge leva à solidão do idoso, havendo o sentimento de falta de uma relação íntima, principalmente se o sujeito tiver falta de suporte social de outros membros de família, amigos,

vizinhos, etc. A solidão está assim associada ao sentimento de proximidade e de segurança transmitida por uma relação próxima que já não está presente. Assim, o contacto do idoso com os outros é essencial para que este tenha alguém em quem confiar (Tikkainen & Heikkinen, 2004; Kahn, Hessling & Russel, 2003).

Cerca de 1% a 2% da população com idade superior a 65 anos tem Distúrbio de Depressão Major. A tristeza e depressão que podem ser sentidas na idade adulta, influencia todos os aspetos da sua vida, o apetite, o sono, a atividade, o cansaço, as relações interpessoais, trabalhos e atividades, *hobbies* bem como atividades sociais. No entanto, há ainda ideia de que é normal o idoso sentir-se deprimido somente por este experienciar perdas de familiares e amigos (Alexopoulos, Katz, Reynolds, & Ross, 2001).

O diagnóstico de depressão no idoso é caracterizada pela falta de interesse ou prazer e humor irritável ou deprimido durante duas ou mais semanas em conjunto com pelo menos quatro dos sintomas seguintes: fadiga, alteração do apetite, acordar demasiado cedo, agitação ou retardo motor, menor capacidade de concentração, redução do desejo sexual e ideação suicida. No idoso é ainda importante ter em atenção os sintomas somáticos, cognitivos e a presença de alucinações ou delírios (Freires & Menon, 2002). Siqueira, Vaconcelos, Duarte, Arruda, Costa e Cardoso (2008) referem que os sintomas de depressão mais comuns na população idosa são a baixa autoestima, hipocondria, humor disfórico, queixas somáticas, alterações de sono e do apetite, sentimento de inutilidade, tendência do idoso para se depreciar a ele próprio, ideação paranoide e pensamentos de suicida recorrentes.

A OMS refere que surge o conceito de envelhecimento ativo, promovendo-o através da promoção da saúde comportamental, da forma física, do funcionamento cognitivo, afeto positivo, gestão de conflitos, participação social (Fernández-Ballesteros, 2009).

Birrer (2004) afirma que cerca de 74% dos idosos que se suicidam apresentam uma ida ao médico no mês anterior, no entanto os seus sintomas não são reconhecidos como depressivos e conseqüentemente não são tratados devidamente. Vários autores concordam afirmando que a recuperação dos idosos é difícil devido às dificuldades físicas e sociais que estão presentes

nesta idade, sendo que 27% a 35% dos idosos não recuperam por completo (Denihan, Kirby, Bruce, Cunningham, Coakley, & Lawlor, 2000 e Colle, Bellavance, & Mansour, 1999). Com tal, mesmo quando a depressão é diagnosticada, menos de um quarto dos idosos recebem tratamento com medicação antidepressiva, ou recebem uma dose inferior à necessária para a recuperação da perturbação mental (Brown, Lapane, & Luisi, 2002).

Há assim alguns problemas de diagnóstico e tratamento da depressão no idoso, já que este grupo etário, indo a consultas médicas refere sintomas que podem ser associados a um tipo de perturbação física, sendo difícil por isso o seu diagnóstico pelas queixas apresentadas, tendo por isso menos probabilidade de receber cuidados especiais de saúde mental e raramente realizados por especialistas, como afirma (Unutzer *et al.*, 2002).

Isto acontece porque na maioria dos casos a depressão é subestimada pelo paciente idoso e pelos seus familiares e profissionais de saúde, sendo essencial perceber que a depressão é uma perturbação que pode ocorrer em todas as fases da vida, e por isso também pode ocorrer na velhice (Carvalho & Fernandez, 2002).

A adaptação de cada um ao processo de envelhecimento pode por si só tornar o idoso vulnerável a sintomas depressivos (Martins, 2008).

A depressão é uma doença mental comum em idosos institucionalizados, sendo que os autores Dorenlot, Harboun, Bige, Henrard, e Ankri (2005) defendem que o maior fator de risco para este facto é a institucionalização. Aquando da admissão nas instituições, os idosos experienciam várias perdas: físicas, como a casa, os seus pertences, perdas dos seus animais, perdas financeiras, perda da rotina familiar e de vizinhança. As várias mudanças podem ainda levar a perdas a nível psicológico, perda de independência, de autonomia, de privacidade e de liberdade. A partilha de WC e de quarto, pode levar a duas situações contraditórias no idoso. O facto de existir partilha de quarto pode minimizar o aparecimento ou os sintomas da depressão, sendo que os indivíduos poderão partilhar experiências, medos, e conviver com o colega de quarto. No entanto, o contrário pode também acontecer, já que os sujeitos têm os hábitos individuais de terem quarto, wc e uma casa somente para si, sendo que tem de adaptar-se à partilha todo um ambiente com pessoas que têm costumes diferentes dos seus (Lawton, 2001).

As instituições não são ambientes ricos e estimulantes como os da sociedade, já que levam à privação do idoso das experiências comuns à maioria dos indivíduos, não sendo locais com relações pessoais produtivas, são desprovidas de emoção ao contrário do contacto com a comunidade e não são propícias ao desenvolvimento de habilidades sociais de interação com o resto da sociedade (Calenti, 2002).

Portanto, segundo Uhlenberg (1997) uma instituição não substitui um lar familiar, já que há a partilha de quarto com estranhos, refeições num horário fixo, não têm poder sobre a organização e decoração do quarto, é cuidado por diferentes pessoas. Todas estas características das instituições fazem com que estas não se assemelhem a um verdadeiro lar familiar. O mesmo autor afirma ainda que há um custo excessivo dos serviços prestados, por vezes há má qualidade do atendimento e cuidados prestados, chegando até a abuso físico e roubo de propriedade havendo ainda a desumanização que as instituições causam, com perda de autonomia e de privacidade.

A ida do idoso para o lar pode levar a que este se sinta isolado do convívio, desenvolvendo baixa autoestima, falta de liberdade, aumento da solidão podendo até desistir de viver, com a alteração do seu estilo de vida, das horários e regras, a falta de intimidade e outros fatores que podem consequentemente levar a depressão (Carvalho & Fernandez, 2002).

Contrariando estes factos uma revisão de literatura que Sheehan, D'Souza, Thein e O'Malley (2007) de acordo com vários estudos recentes, afirma que ainda não se tem certeza acerca dos lares de idosos e a mudança para estas instituições por si só levarem ao surgimento da depressão.

Derouesné, Alperovitch, Arvay, Migeon, Moulin, Vollant, Rapin & Le Poncin (1989) concluíram com a aplicação da escala de bem-estar subjetivo que os fatores determinantes para o bem-estar do idoso são nomeadamente a congruência sentida por este entre o que pretendia realizar e o que conseguiu realizar (quanto menos a congruência, maiores a tendência para a Depressão); o entusiasmo e desejo de viver e o humor, ou sentimento de adaptação ou não à sociedade (com sentimentos de adaptação há menos probabilidade de desenvolver Depressão).

Assim, a depressão acarreta vários prejuízos para a vida do idoso, em termos intelectuais, diminuindo a capacidade e acartando perturbações de memória que irão dificultar a aprendizagem, em termos somáticos, podendo vir a ocorrer problemas cardíacos, pulmonares e intestinais. A área social é também afetada, pois o idoso com depressão começa a afastar-se dos grupos, a perder estatuto, podendo vir a isolar-se (Zimmerman, 2000).

As redes sociais são estruturas da vida social de um indivíduo, com funções explícitas, instrumentais ou sócio-afetivas, como por exemplo o apoio emocional, informativo e de pertença. Assim, o apoio social refere-se à frequência de contactos com os outros; à quantidade de ajuda fornecida pelos elementos da rede social e por último, o apoio percebido (Uchino, 2004).

Este sentimento de pertença na rede de famílias, de amigos, de vizinhos e outros significantes é uma forma de ter obter ajuda quando necessário. Cobb (1976) O mesmo autor afirma que suporte social pode ser dividido em dois domínios, estrutural e funcional. O suporte social estrutural tem a ver com o contacto com a família e os amigos, organizações e associações (por exemplo, religiosas) e outros serviços comunitários. O Suporte social funcional tem a ver com o sentimento de felicidade e de companheirismo social (Cobb, 1976).

Vários autores afirmam que as redes sociais têm efeitos no *stress* dos idosos, já que podem oferecer o suporte social, com ausência de afeição, de preocupação e de assistência. Portanto, os idosos com um fraco suporte social têm problemas em lidar com situações stressantes. Tendo os idosos socialmente isolados maior probabilidade de cometer suicídio, de ter acidentes e perturbações psiquiátricas (Bisconti & Bergeman, 1999).

A existência de redes sociais significativas na vida dos idosos é um fator protetor da saúde mental dos sujeitos, levando à diminuição dos níveis de depressão. As redes sociais dos indivíduos mudam ao longo da vida, de acordo com os vários contextos, familiar, de trabalho, da vizinhança e de acontecimentos como a reforma, a morte dos pares, mudança de casa, entre outros. Tudo isto leva a alteração das redes sociais, desagregando-as e reorganizando-as, facilitando ou dificultando assim a promoção da saúde mental dos idosos. As redes de apoio são portanto essenciais para assegurar a satisfação do idoso, o seu autoconceito positivo e a sua autonomia (Novo, 2003) ajudando pois a prevenir os sintomas depressivos.

Assim sendo, a percepção de adaptação que o idoso tem em relação à sociedade tem um papel protetor no bem-estar psicológico dos indivíduos, diminuindo os sentimentos de solidão e de rejeição que estão muitas vezes associados à terceira idade.

O suporte social é definido por Cobb (1976) como sendo uma crença individual de que alguém é cuidado, estimado, amado e valorizado. É ainda o sentimento de pertença a uma rede de comunicação e de obrigações. Segundo o mesmo, o suporte social é essencial para manter a saúde mental e a prevenção de problemas mentais.

Teixeira (2010) refere que a presença de redes sociais é decisiva para a promoção de qualidade de vida no idoso e para o envelhecimento ativo. A convivência com os outros facilita o ajuste social, sendo que a dimensão relacional assume um papel necessário na promoção da saúde mental. Segundo este mesmo autor a noção de envelhecimento ativo encara o idoso como um sujeito pró-ativo, que pode regular a sua qualidade de vida através da definição, luta e alcance dos seus objetivos através do envolvimento ativo e da utilização de vários recursos de adaptação. Os objetivos referidos podem ter a ver com a saúde, a autonomia, a vida familiar ou as relações de amizade. Assim sendo o envelhecimento ativo propõe a promoção da interação social como algo que auxilia o processo de adaptação às mudanças que ocorrem com o desenvolvimento do idoso. Neste sentido, Sequeira e Silva (2002) realizaram um estudo com o objetivo de avaliar o bem-estar da pessoa idosa em meio rural e concluíram que os idosos que realizavam mais atividades apresentavam maiores níveis de bem-estar, tendo uma atitude para com o envelhecimento mais positiva do que os idosos que participavam em poucas atividades.

Vários autores concluíram que o suporte social de familiares e amigos demonstraram efeitos relacionados com a saúde mental do idoso estando a solidão e a depressão associadas a uma rede de suporte social pobre. Os idosos que têm uma rede de suporte social forte, relacionamentos de qualidade e recursos financeiros tendem a ser mais saudáveis do que os que não têm este apoio da rede social. É por isso essencial que haja a presença de figuras familiares e ter relações sociais que ajudem a dar sentido à vida. O feedback que a rede dá ao idoso é um mecanismo de defesa, sendo que a existência de

uma rede social ativa, acessível, estável e integrada aumenta a saúde do indivíduo (Alarcão, & Sousa, 2006; Sluzki, 1996 e Wilson, Mottram, & Sixsmith, 2007). Rossel, Herrera e Rico (2004) referem as teorias sociológicas do envelhecimento, sendo que algumas se enquadram na perspectiva do presente estudo. Assim, a teoria da desvinculação de Cumming & Hanry (1961) refere que a velhice significa o afastamento do idoso da sociedade, havendo uma diminuição das relações sociais, sendo que idoso se volta para si para a sua família e amigos íntimos. A teoria do grupo minoritário de Strieb (1965) defende que quando o sujeito é idoso integra-se num grupo rotulado pela sociedade com características negativas: pobreza, incapacidade e baixa autoestima. A teoria do ambiente social de Gubrium (1973) refere o ambiente social como sendo decisivo no modo de viver a velhice. Há elementos do ambiente social que influenciam negativamente o processo de velhice, como a saúde, o dinheiro e o afeto.

O reconhecimento do suporte social por parte da pessoa idosa é positivo para a sua saúde mental. Pelo contrário, a falta de percepção do suporte social positivo pode levar à falta de autoestima, à insatisfação, ao *stress* e à depressão dos idosos. Sendo que o isolamento é um fator de risco para a saúde, os apoios emocionais têm efeitos positivos, sendo que há uma necessidade de se adaptar estes cuidados a cada indivíduo, conforme as suas necessidades (Cirellil, 1990).

O suporte social pode então reduzir o impacto de fatores *stressantes*, já que influencia os processos de *coping*, fornecendo informação acerca da forma como evitar o problema, proporcionando aprendizagem de modelos de *coping* adequados. No entanto, este pode ser prejudicial, afetando negativamente o indivíduo, se fazem com que haja sentimentos que prejudicam o autoconceito e afetam o bem-estar psicológico do idoso (Pinquart & Sorensen, 2000).

Ao envelhecer naturalmente vão ocorrendo perdas nos membros das redes sociais em que os idosos estão inseridos. Há várias perdas do tipo: relacional, como a morte de próximos; vulnerabilidade pessoal, como a deterioração da saúde física e mental, barreiras ambientais e contextuais, como os estereótipos e situações de conflituosas e de *stress*. Assim sendo, com o aumento da idade as redes sociais diminuem, e maioritariamente são constituídas pelos familiares, passando a haver também uma redução dos

níveis de reciprocidade, sendo que o idoso percebe que recebe mais do que dá (Sousa, Figueiredo, & Cerqueira, 2006).

O isolamento social dos idosos está ligado com a comparação que estes tendem a fazer com vários aspetos, nomeadamente com o grupo de pares, com pessoas mais novas, com os próprios quando jovens e até mesmo com pessoas mais velhas, sendo que as redes sociais mais amplas com amigos e próximos tornam-se mais protetoras do que as relações familiares (Victor, Scambler, Bond & Bowling, 2000).

Há ainda acontecimentos de vida que podem levar ao isolamento e à solidão e conseqüentemente à redução do suporte social, como a perda do cônjuge ou de filhos, a reforma, a migração, a dependência, a institucionalização, a rotatividade pela casa dos filhos, problemas de saúde física e psicológica. A espiritualidade, o facto de acreditar em algo vem a demonstrar-se como um fator protetor ao isolamento e à solidão (Victor, Scambler, Bond & Bowling, 2000).

A solidão sentida pelos idosos leva ao desaparecimento / afastamento das pessoas que se gosta e ao medo da solidão, já que na velhice se necessita de ajuda e companhia (Sanz, 2002). Assim, com a velhice há uma inversão dos papéis de pais e filhos, já que são os pais (idosos) que passam a depender dos filhos. Deveriam ser os familiares a dar apoio aos seus familiares, no entanto atualmente, de acordo com uma pesquisa de Alvez (2003) isso não acontece.

É importante aqui que o idoso encontre e faça novas amizades, sendo que na terceira idade o conceito de amizade se torna mais instrumental. Amigos podem ser os enfermeiros, médicos, padres (desempenham um papel), os que se conhecem à muito tempo, como vizinhos, amigos de infância que o tempo lhes deu um significado de colegas sobreviventes, bem como novos amigos que estão inseridos na comunidade, como o empregado do café ou a funcionária da lavandaria, há ainda amizades adquiridas pela morte de familiares ou amigos (Sousa, Figueiredo & Cerqueira, 2004). Apesar destas amizades serem importantes, as relações de intimidade e forte cumplicidade continuam a ter um papel fundamental para o bem-estar do idoso, os 'velhos amigos' ajudam o idoso na partilha de tarefas, contribuindo para a interpretação do passado e do presente (Stevens, 2001).

Os amigos também têm um papel importante no bem-estar do idoso, sendo que por vezes a entrada para uma instituição chega até a ser benéfica para alguns idosos. O estudo de Pimentel (2001) concluiu que na instituição há 50% de idosos que referem ter boas relações com o grupo de pares e 35% que se relacionam bem com alguns elementos, somente 15% refere ter más relações com os outros colegas da instituição.

Lima (2004) enumera várias vantagens no convívio entre idosos, como a discussão de crenças, a descoberta de pontos em comum, a diminuição do isolamento, o aumento da autoestima dos idosos (altruísmo e empatia), sendo que participando em grupos o idoso sente que pode apoiar os outros e também que é ouvido e apoiado por eles, sentindo-se pois valorizado.

Teixeira (2010) concluiu que a intervenção em grupo com idosos é essencial para evitar a solidão, sendo que a sua participação em grupos possibilita a presença de uma rede social onde o sujeito poderá sentir-se compreendido, recebido e considerado necessário pelos outros elementos do grupo. Assim, Oliveira (2005) afirma que é imprescindível adotar medidas que proporcionem uma melhor qualidade de vida na terceira idade, sendo por isso útil a realização de investigações e trabalhos que desmistifiquem os estereótipos acerca da terceira idade.

Um estudo de Barg, Huss-Ashmore, Wittin, Murray, Bogner e Gallo (2006) concluiu que a solidão e a depressão geriátrica são ambas influenciadas por outros fatores, como a idade, o género, o tempo de estadia na instituição de acolhimento (lar de idosos) e o suporte social da família e dos amigos.

Um outro estudo, de Lund, Modvig, Due e Holstein (2002) que se propunha a analisar a estabilidade e mudança das relações sociais como preditor de mortalidade em idosos do sexo feminino e masculino, permitiu concluir que existem diferenças de idade na força da associação entre as mudanças estruturais em relações sociais e a mortalidade e que as associações entre a estabilidade e mudança das relações sociais é maior nas mulheres do que nos homens (o que pode no entanto ser explicado pelo pequeno número de homens utilizados na amostra). Mesmo não tendo demonstrado uma relação direta entre a rede social e a depressão este estudo pode concluir que o suporte social dos amigos permite predizer com maior fiabilidade a solidão e a depressão do que o suporte social da família. No

entanto, num outro modelo do estudo com os mesmos objetivos, em que não houve controle de outras variáveis, o suporte da família predizia a depressão melhor do que o suporte dos amigos. Porém, de acordo com uma revisão de literatura realizada por Oni (2010) a maioria dos estudos sugerem que os amigos são mais importantes do que a família para o bem-estar dos idosos.

O estudo realizado por Pereira e Roncon (2009) concluiu que o *stress* dentro da família tem uma correlação positiva com a depressão, tendo por isso influência nos níveis de depressão geriátrica. Consequentemente o *stress* na família correlaciona-se negativamente com a qualidade de vida, influenciando de forma negativa a qualidade de vida do idoso

O isolamento social aumenta o risco de desenvolvimento da depressão, assim como a insatisfação com o suporte social percebido, ou seja, quanto menor o Suporte Social do idoso, maior a probabilidade de desenvolvimento de Depressão (Smalbruge, Jongelis, Pot, Beekman & Eefsting, 2005), sendo que há uma relação significativa entre a satisfação com o suporte social e o desenvolvimento de depressão (Oni, 2010).

Confirmando estas afirmações, um estudo transversal realizado com 707 adultos idosos concluiu que existe uma associação positiva entre o suporte social e a recuperação da depressão (Hay, Steffens, Flint, Bosworth, & George, 2001).

Teixeira (2010) realizou uma investigação que tinha como alguns objetivos: avaliar o estado mental, a depressão, a solidão e a qualidade de vida dos idosos, compreender a associação entre solidão, depressão e qualidade de vida dos idosos, avaliar a influência de variáveis-sociodemográficas como a ocupação dos tempos livres, a família, a percepção de solidão, a depressão e a qualidade de vida. Esta investigação concluiu que a depressão, a solidão e a qualidade de vida estão dependentes da situação social do idoso, sendo que um envolvimento social ativo é indicador de uma melhor qualidade de vida de um menor sentimento de solidão e consequentemente depressão.

Fleck e colaboradores (2002) realizaram um estudo que aponta para os relacionamentos sociais, a qualidade de vida e a capacidade funcional como sendo variáveis que influenciam o surgimento da depressão geriátrica.

Ao contrário do que se possa pensar, a maioria das pessoas idosas não se encontram deprimidas mesmo sofrendo diversas perdas ao longo da vida

devido à utilização de estratégias de *coping* que ajudam o idoso a lidar com as situações que enfrenta, atenuando as implicações dos acontecimentos negativos (Paúl & Ribeiro, 2012). Em relação à satisfação com o envelhecimento, demonstra-se como um indicador de resiliência psicológica e a insatisfação com o envelhecimento de não resiliência (Staudinger, Marsiske & Baltes, 1995).

Um estudo de Fonseca (2006) concluiu que o bem-estar do idoso é proporcionado pela manutenção de um sentido de continuidade e envolvimento na vida, pelo estabelecimento de relações sociais próximas e pela realização de atividades. O estabelecimento de relações sociais positivas, ou seja agradáveis e de confiança e os sentimentos de empatia e afeto levam a um funcionamento psicológico positivo no indivíduo idoso (Novo, 2003).

O presente estudo teve como principal objetivo compreender se os níveis de depressão geriátrica se associam à percepção de satisfação com o suporte social, considerando especificamente a satisfação com os amigos, a percepção de intimidade, a percepção de satisfação com a família e de satisfação com as atividades sociais.

Apesar de muitos autores já terem demonstrado que existe uma relação entre suporte social e depressão geriátrica, esta investigação permite demonstrar a associação entre os níveis de depressão e a percepção das várias vertentes de suporte social mencionadas anteriormente. Assim sendo, a hipótese inicial seria provar que os diferentes níveis de depressão estão associados com a percepção de suporte social nos seus domínios específicos.

3. Método

3.1 Caracterização da amostra

A amostra deste estudo é constituída por 58 idosos, com idades compreendidas entre os 60 e os 94 anos. $M=79.9$ e $DP=8.4$. Estes indivíduos são na maioria de sexo feminino, viúvos, com habilitações literárias abaixo do quarto ano de escolaridade e vivem maioritariamente no lar de dia e de noite. A amostra do presente estudo foi de conveniência, recolhida em diversas Instituições de Apoio Social aos idosos.

Tabela 1 - Caraterização dos sujeitos

		Percentagem
Sexo	Masculino	22.4%
	Feminino	77.6%
Idade	60-70	15.5%
	71-80	31%
	81-90	43.1%
	91-100	10.3%
Habilitações literárias	Até ao 4º ano de escolaridade	89.7%
	Acima do 5º ano de escolaridade	10.3%
Posição na Instituição	Fixo no lar	82.8%
	Centro de dia	17.2%

A maioria dos indivíduos que fazem parte da amostra têm visitas dos filhos, não têm visitas dos netos, dos sobrinhos, dos amigos, dos irmãos e do cônjuge (facto justificado pelo facto da maioria dos sujeitos serem viúvos e muitos já não terem irmãos vivos ou terem familiares a viver longe). Estas figuras significativas foram dadas pelos sujeitos como as únicas que os visitavam ou com quem estariam mais vezes. Todos os idosos referem ter a visita, mesmo que escassa de familiares ou amigos.

Tabela 2 - Frequência da visita de figuras significativas

Frequência da visita de figuras significativas		
	Visitam	Não visitam
Filhos	70.7%	29.3%
Netos	41.4%	58.6%
Sobrinhos	20.7%	79.3%
Amigos	37.9%	53.4%
Irmãos	13.8%	86.2%
Cônjuge	10.3%	89.7%

Desta amostra foram excluídos os indivíduos que depois da aplicação do Mini Mental State Examination (MMSE) apresentaram déficit cognitivo, visto que esta variável poderia interferir nos resultados em análise. Houve dois indivíduos do sexo masculino que desistiram de fornecer as respostas aos questionários na Escala de Depressão Geriátrica, depois de dar o seu consentimento informado e de responder a algumas das questões e seis que não aceitaram participar no estudo, referindo que tinham medo de serem utilizados os dados para publicações ou fornecidas a familiares, mesmo depois de explicado que tal nunca aconteceria, devido aos princípios da confidencialidade.

3.2 Instrumentos

3.2.1 Questionário Sociodemográfico

O questionário sociodemográfico foi constituído para o efeito com o objetivo de fazer uma caracterização dos indivíduos, participantes no enquanto à sua identificação, o sexo, as habilitações literárias, o estado civil dos sujeitos e a frequência das visitas e tipo de relação com as mesmas.

3.2.2 Escala de Depressão Geriátrica

De acordo com Strauss, Sherman e Spreen (2006) a Geriatric Depression Scale (GDS; Yesavage *et al*, 1983) ou em português Escala de Depressão Geriátrica, foi criada com o objetivo de avaliar a depressão na população idosa. Esta tem em conta os sintomas de foro afetivo e comportamental da depressão, sendo excluídos os sintomas somáticos bem como os vegetativos. Este questionário é composto por 30 perguntas de resposta 'sim' ou 'não', sobre a forma como o indivíduo se tem sentido na última semana.

Para a aplicação e cotação da Escala de Depressão Geriátrica é necessária uma caneta, um lápis e a folha de respostas.

As respostas são cotadas conforme a presença ou ausência de sintomas depressivos, com 1 ou 0 pontos respetivamente. A pontuação máxima é de 30 pontos, existindo 10 perguntas invertidas, em que não são as respostas positivas que são cotadas com 1 ponto, mas as negativas. Assim, será atribuído 1 ponto por cada resposta que seja **Sim** nos itens: 2-4,6,8,10-14,16-18,20,22-26 e 28 e **Não** nos itens: 1,5,7,9,15,19,21,27,29,30.

Segundo Strauss, Sherman e Spreen (2006), se houver algum problema que impeça o sujeito de ler as perguntas, ser-lhe-ão lidas em voz alta pelo examinador, tendo de ser depois aplicados da mesma forma outros questionários a indivíduos do mesmo grupo, de forma a haver uma possível comparação.

3.2.3 Escala de Satisfação com o Suporte Social

A ESSS foi desenvolvida e validada por Ribeiro (2011) e consiste numa escala composta por 15 frases para autopreenchimento que permitem que o indivíduo responda segundo o seu grau de concordância, com possibilidades de resposta de 'Concordo totalmente'; 'Concordo na maior parte'; 'Não concordo nem discordo'; 'Discordo na maior parte' e 'Discordo totalmente'.

Esta escala permite avaliar vários indicadores de satisfação com o suporte social percebido pelo sujeito: a satisfação com os amigos / amizades, a satisfação com a intimidade, a satisfação com a família e a satisfação com as atividades sociais. No global, é possível avaliar a perceção que o sujeito tem do seu Suporte Social, sendo que quando o resultado global for superior a 50%, há uma satisfação positiva com o suporte social, pelo contrário há uma satisfação negativa com o suporte social quando o resultado for inferior a 50%. Em particular, avaliará a perceção que o sujeito tem da satisfação com as amizades, com a intimidade, com a família e com as atividades sociais, sendo que quanto mais elevada a percentagem de cada variável, maior a perceção de suporte com cada uma, sendo negativa quando menor do que 50% e positiva quando o valor for mais elevado do que os 50% (Ribeiro, 2011).

Para calcular a satisfação com o suporte social geral, somam-se todos os itens (cada item vale 5 valores) que dá um total de 75. Somam-se, de seguida os valores da resposta a cada item e multiplica-se por 100, dividindo depois o valor por 75 (pontuação total) que irá dar o total da escala em percentagem.

Para calcular cada subescala, somam-se os valores dos itens que medem essa subescala (o total da satisfação com os amigos é 25, da satisfação com a intimidade é 20, da satisfação com a família é 15 e da satisfação com as atividades sociais é também 15), depois somam-se as respostas aos itens que medem a subescala que estamos a calcular, multiplicando por 100. Por último, dividimos o valor obtido pela pontuação total dos itens da subescala.

A consistência interna (alfa de Cronbach) deste instrumento é de 0,85. A satisfação com os amigos inclui cinco itens, com uma consistência interna de 0,83, sendo que estes factos explicam 35% da variância total. O fator de

satisfação com a intimidade mede a percepção de suporte social íntimo do sujeito, inclui quatro itens com uma consistência interna de 0,74 e o fator explicando 12,1% da variância total. Outro dos fatores é a satisfação com a família, medido a satisfação com o suporte fornecido pela família do sujeito, com três itens para cuja consistência interna é de 0,74 e o fator explica 8,7% da variância total. Por último, o fator das atividades sociais que mede a satisfação do indivíduo com as mesmas, mede as atividades sociais que este realiza, contendo uma consistência interna de 0,64 e o fator explica 7,3% da variância total. A carga fatorial dos itens da Escala de Satisfação com o Suporte Social é, assim elevada, sendo que o que melhor explica o resultado da escala é a satisfação com os amigos (Ribeiro, 2011).

3.3 Procedimentos

Antes da implementação do presente estudo, foi obtida autorização por parte dos órgãos diretivos das instituições de acolhimento e todos os participantes do estudo deram o seu consentimento informado. As escalas de avaliação utilizadas para o estudo foram a Escala de Depressão Geriátrica e a Escala de Satisfação com o Suporte Social, bem como um questionário sociodemográfico. Os questionários foram aplicados de forma individual, preenchidos pelo investigador de forma a uniformizar as instruções às respostas, e devido às possíveis limitações da população em estudo, já que grande parte dos indivíduos tem dificuldades de visão ou é analfabeto, sendo por isso conveniente ser-lhes aplicada cada questão das escalas de forma simplificada, reformulando cada questão sempre que necessário para a sua compreensão.

Foi utilizado o teste de Bonferroni para verificar a existência de diferenças estatisticamente significativas entre o grupo com ausência de depressão e o grupo com depressão grave, e para apurar se a perceção de satisfação com os amigos, com a família, com a intimidade e com as atividades sociais tem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos (por níveis) de depressão.

Foi também utilizada uma ANOVA para comparação da perceção de satisfação com o suporte social segundo os níveis de depressão. A MANOVA usou-se de forma a verificar se os níveis de depressão influenciam globalmente a perceção de satisfação com o suporte social a diferentes níveis.

4. Resultados

De um ponto de vista meramente descritivo verificou-se que no total de 58 indivíduos inquiridos, 18 não apresentam sintomas de depressão; 26 apresentam sintomas de Depressão Ligeira e 14 de Depressão Grave, ou seja a maioria dos sujeitos inquiridos apresenta Depressão Ligeira.

A tabela 3 indica a percentagem dos idosos que têm ausência de depressão, depressão ligeira e depressão grave, sendo que a maioria destes indivíduos apresentam uma depressão ligeira

Tabela 3 - Níveis de Depressão

Níveis de Depressão	
Ausência de Depressão	31%
Depressão Ligeira	44.8%
Depressão grave	24.1%

A tabela 4 indica que a maioria dos idosos têm uma percepção com o suporte social geral elevada, assim como a percepção da satisfação com os amigos, com a intimidade, com a família e com as atividades sociais.

Tabela 4 - Satisfação com o suporte social

Satisfação com o Suporte Social	
Satisfação com o Suporte Social Elevada	72.4%
Satisfação com o Suporte Social baixa	27.6%
Satisfação com os amigos	
Satisfação com os amigos elevada	65.5%
Satisfação com os amigos baixa	34.5%
Satisfação com a intimidade	
Satisfação com a intimidade elevada	75.9%
Satisfação com a intimidade baixa	24.1%
Satisfação com a família	
Satisfação com a família elevada	77.6%
Satisfação com a família baixa	22.4%

Satisfação com as atividades sociais	
Satisfação com as atividades sociais elevada	69%
Satisfação com as atividades sociais baixa	31%

Considerando o Suporte Social Total verificou-se que existem diferenças significativas ($p=.000$) entre os diferentes grupos de depressão, $F(2,55) = 9.23$.

O teste de Bonferroni identificou que as diferenças são estatisticamente significativas ($p < .05$) entre o grupo com ausência de depressão e o grupo com depressão grave, em que os inquiridos com ausência de depressão têm scores médios de satisfação com o suporte social significativamente mais elevados do que os inquiridos com depressão grave.

A tabela 5 representa os resultados da ANOVA para comparação da percepção de satisfação com o suporte social segundo os níveis de depressão. Observa-se a existência de diferenças estatisticamente significativas ($p < .05$) da percepção de satisfação com o suporte social entre os níveis de depressão.

Foi utilizada uma MANOVA para verificar se os níveis de depressão influenciam globalmente a percepção de satisfação com o suporte social a diferentes níveis.

Tabela 5 - Percepção de satisfação com o suporte social em função dos níveis de depressão

	N	Média	DP	F	P
Ausência de Depressão	18	73.00	16.87	9.23	.000
Depressão ligeira	26	61.50	15.63		
Depressão grave	14	49.79	11.66		
Total	58	62.24	17.26		

A Tabela 6 representa as análises univariadas (ANOVA) para cada uma dessas satisfações. Observa-se a existência de diferenças estatisticamente significativas entre as três categorias de depressão ($p < .05$) na percepção de satisfação com os amigos, na percepção de intimidade e na percepção de satisfação com a família. Não se observaram diferenças com significância estatística ($p \geq .05$) entre as classes de depressão na percepção de satisfação

com as atividades sociais. Verifica-se que o nível de depressão influencia estatisticamente as percepções de satisfação citadas.

Na percepção de satisfação com os amigos o teste de Bonferroni identificou que as diferenças são estatisticamente significativas ($p < .05$) entre o grupo com ausência de depressão e o grupo com depressão grave, em que os inquiridos com ausência de depressão têm scores médios de satisfação com os amigos significativamente mais elevados do que os inquiridos com depressão grave.

Em relação à percepção de intimidade, o teste de Bonferroni identifica que existem diferenças estatisticamente significativas ($p < .05$) entre o grupo com ausência de depressão e os grupos de depressão ligeira e de depressão grave. Os inquiridos com ausência de depressão têm scores médios de percepção de intimidade significativamente mais elevados comparativamente aos inquiridos com depressão ligeira e com depressão grave.

Quanto à percepção de satisfação com a família, através do teste de Bonferroni, constatou-se a existência de diferenças estatisticamente significativas ($p < .05$) entre o grupo com depressão grave e os grupos de depressão ligeira e de ausência de depressão. Os inquiridos com depressão grave têm scores médios de percepção de satisfação com a família significativamente inferiores aos inquiridos com depressão ligeira e com ausência de depressão.

Tabela 6 Percepção de satisfação com os amigos, percepção de satisfação com intimidade, percepção de satisfação com a família e percepção de satisfação com as atividades sociais em função dos níveis de depressão

		Média	DP	F	P
Total da subescala satisfação com os amigos	Ausência de depressão (N=18)	66.83	24.59	3.29	0.045
	Depressão ligeira (N=26)	59.88	20.10		
	Depressão grave (N=14)	46.86	21.99		
	Total (N=58)	58.90	22.88		
Total da subescala intimidade	Ausência de depressão	79.44	18.78	13.72	0.000
	Depressão ligeira	57.69	19.76		
	Depressão grave	47.14	13.55		
	Total	61.90	21.84		

Total da subescala satisfação com a família	Ausência de depressão	75.89	24.79		
	Depressão ligeira	72.04	24.36		
	Depressão grave	51.00	22.11	4.86	0.0011
	Total	68.16	25.55		
Total da subescala atividades sociais	Ausência de depressão	73.94	24.58		
	Depressão ligeira	65.23	21.85		
	Depressão grave	59.57	25.82	2.12	0.052
	Total	62.53	24.56		

5. Discussão dos resultados

Conclui-se com este estudo que os níveis de depressão geriátrica estão associados à percepção de satisfação com o suporte social.

Novo (2003) afirma que o estabelecimento de relações positivas com os outros leva à satisfação e felicidade do idoso consigo próprio e com as suas condições de vida sociais, relacionais, realizações pessoais passadas e expectativas para o futuro, sendo estes fatores de proteção para o surgimento da depressão.

Também o estudo de Teixeira (2010) permitiu concluir que os idosos que têm contacto diário com a família têm valores mais baixos de depressão e mais altos de qualidade de vida.

O envolvimento social ativo é indicador de uma melhor qualidade de vida e de um menor nível de solidão e depressão, o apoio social, integrando a satisfação com a relação com os familiares e com os amigos e a frequência do contacto com a família, fortalecem portanto a importância da condição social (Teixeira, 2010).

Os sujeitos com ausência de depressão apresentam, de uma forma geral uma maior satisfação com o suporte social do que os sujeitos com depressão grave.

Assim, os sujeitos sem Depressão têm uma percepção de satisfação com os amigos, com a família, e com a intimidade mais elevada do que os sujeitos com depressão ligeira e grave.

À medida que o suporte social do cônjuge e da família aumenta, as perturbações de humor (principalmente a depressão) diminuem (Rodrigues e Madeira, 2009). Também se verifica que os idosos se inserem no meio social através da integração familiar, da interação com os vizinhos e amigos, na participação em grupo de terceira idade, no convívio com os colegas e na manutenção de vínculos com os amigos e colegas (Leite *et al.*, 2008).

Os idosos tornam-se mais competentes a nível social e têm naturalmente uma melhor qualidade de vida se tiverem uma forte rede de suporte social, ao contrário dos idosos que não têm uma relação forte com familiares ou amigos. Portanto, idosos institucionalizados com carência de suporte social têm uma maior probabilidade de ter menores competências

sociais, tendo conseqüentemente uma baixa qualidade de vida, podendo assim desenvolver depressão geriátrica (Carneiro e colaboradores, 2007).

Segundo Paúl (2005b) a família é essencial para o suporte social, no entanto, esta tem um caráter não voluntário que pode levar a conseqüências negativas para a qualidade de vida do idoso, já que de acordo com Sousa *et al.*, 2004 os filhos são uma fonte de apoio social para os idosos. Os laços sociais que os idosos mantêm com a família e os amigos e com outros grupos formais e informais, enquadrando-se nas organizações de foro cultural, social e religioso ajudam na sua integração social (Balaswamy, Richardson, & Prince, 2004).

Em relação à satisfação com as amizades, especificamente, estas não são de caráter involuntário, como podem ser as relações com a família, sendo que Kim e Ross (2009) referem que as amizades de longa data são importantes para que o indivíduo se identifique com o mundo em mudança, partilhando tarefas e experiências que ajudam na interpretação do passado e do presente.

Os fatores psicossociais são os que mais influenciam a qualidade de vida do idoso, sendo os mais importantes a perda de suporte social, as situações adversas de vida, a ocorrência de doenças do cônjuge, ou uma situação de viuvez recente (Carvalho & Fernandez, 2002).

Segundo Teixeira (2010) a satisfação com a relação com os familiares e com os amigos tem uma influência significativa no desenvolvimento e manifestação da depressão, da solidão e da qualidade de vida. Assim sendo, as pessoas que contactam diariamente com a sua família apresentam menores valores de depressão e de solidão e uma maior qualidade de vida a nível psicológico e ambiental e no geral.

Assim sendo, os mais elevados níveis de depressão associam-se a um suporte social mais baixo. Esta afirmação vai de encontro às conclusões de estudos de vários autores os quais verificaram que a satisfação com os familiares e amigos influencia a manifestação de depressão, solidão e qualidade de vida, sendo que as redes de suporte social estão assim ligadas à qualidade de vida do idoso e as fracas habilidades sociais são um fator de risco para a diminuição da qualidade de vida e para o surgimento de depressão (Teixeira, 2010; Paúl *et al.*, 2005 e Carneiro *et al.*, 2007).

Não há diferenças estatisticamente representativas entre os níveis de depressão e a percepção de satisfação com as atividades sociais. Gatto (2002) afirma que as atividades sociais e de lazer não devem ser impostas ao indivíduo idoso e este é que deve decidir o tempo que pretende despende para realizar a atividade, sendo esta uma possível explicação para o facto de os níveis de depressão não se associarem representativamente com as atividades sociais, uma vez que a participação nestas tem de ser voluntária. No entanto esta conclusão poderia provavelmente ser modificada caso se aumentasse o tamanho da amostra. Esta afirmação pode ser confirmada através de vários estudos, que verificaram haver uma maior qualidade de vida quando se verificam baixos níveis de solidão e a depressão. A sintomatologia depressiva está assim associada com um mau funcionamento social e uma baixa qualidade de vida (Teixeira, 2010 e Freck et al., 2002).

Segundo Smalbruge, Jongelis, Pot, Beekman e Eefsting (2005), a depressão desenvolve-se maioritariamente em idosos que estejam isolados socialmente demonstrando insatisfação com o suporte social percebido, ou seja as conclusões do presente estudo vão de encontro aos estudos referidos, que relacionam a depressão com a satisfação com o suporte social. Também de acordo com Sousa e colaboradores (2004) a solidão está associada ao isolamento social, sendo que o segundo se caracteriza pela falta de comunicação e de manutenção de contactos com os outros, sendo por isso importante a integração dos idosos em grupos na comunidade.

A perturbação de depressão no idoso surge, segundo Stella, Gobbi, Corazza e Costa (2002) com a perda de qualidade de vida como consequência de doenças graves em conjunto com o isolamento social.

Soares (2005) afirma que quando se torna necessário tomar decisões importantes ou fazer uma escolha na vida do idoso, estas situações levam quase sempre à solidão. Este autor refere ainda que a vida moderna aguça esse estado de vazio indefinido que é a solidão.

Assim, um maior nível de depressão está associado a um maior nível de solidão sendo que a um maior nível de qualidade de vida está associado a um menor nível de solidão e de depressão. Quando uma avaliação da qualidade de vida feita pelos idosos é mais positiva os outros domínios tendem também a

sê-lo (Teixeira, 2010). De acordo com Zimerman (2000) a depressão a nível social, pode levar o idoso ao afastamento dos grupos e ao isolamento.

Assim um estudo transversal realizado com 707 idosos cujos objetivos seriam procurar a redução de barreiras para o tratamento da depressão, baseado em estudos e evidências concluiu que existe uma associação positiva entre o suporte social e a recuperação da depressão. O estudo referido conclui ainda que a percepção de suporte social negativo está associada à depressão, o contrário, ou seja, a percepção de suporte social positivo será um fator protetor de desenvolvimento de depressão geriátrica (Hay, Steffens, Flint, Bosworth, e George, 2001).

A institucionalização do idoso, associada a falta de privacidade pode levar a uma desinserção social e familiar do mesmo no entanto, para alguns idosos, que por exemplo viviam sozinhos ou eram maltratados, a ida para um Lar de idosos proporciona afeto e segurança, pois a maioria das relações que estabelecem com os colegas são benéficas, proporcionando apoio, desabafo, partilha de experiências e convívio (Vaz, 2009).

Segundo Vaz (2009) torna-se essencial na intervenção com idosos institucionalizados, a sua integração no Lar, a criação de ambientes estimulantes para o idoso, permitir a sua privacidade e a sua autonomia para decidir. É importante que a instituição proporcione atividades de lazer que levem ao treino físico e mental. O psicólogo profissional num lar de Idosos tem de ter em vista todos estes pontos, essenciais para a qualidade de vida do idoso, bem como proporcionar o melhor possível uma adequada rede social, incentivando visitas de familiares e amigos (através de telefone ou do contacto com pessoas conhecidas do idoso).

A entrada numa instituição relaciona-se com perdas de vários aspetos importantes da vida, como a autonomia e a funcionalidade e o ambiente familiar. Por estas razões, isto pode ter um impacto no desenvolvimento de sintomas depressivos, diferindo de pessoa para pessoa (Achterberg, Pot, Kerstra, & Ribbe, 2006).

Portanto, torna-se essencial ajudar o idoso a adaptar-se à nova realidade, à nova fase da vida em que se encontra, pois a sua capacidade de adaptação influencia o seu sucesso ou insucesso (Oliveira, 2008). Neste contexto, Sequeira e Silva (2003) referem que é importante envelhecer com

autonomia, independência, ter um papel social ativo, boa saúde física e psicológica. Para o idoso estar bem adaptado, deve sentir-se e manter-se ativo, deve ser estimulado pelo meio e fazer parte do que se passa à sua volta, possibilitando às pessoas que desfrutem de uma velhice com qualidade de vida, promovendo a saúde e a qualidade de vida do idoso.

Assim, de forma a aumentar a qualidade de vida dos idosos institucionalizados, é imprescindível que a instituição invista em formação adequada á equipa técnica e prestadora de cuidados, de forma a prevenir a Depressão, a identificar os sinais da mesma, a identificar os fatores de risco de forma a evitá-los e a intervir previamente de forma a tratar a Depressão.

Uma limitação ao presente estudo foi o facto de não poderem ser aplicadas as escalas em ambiente apropriado, ou seja, em gabinete e ambiente de consulta psicológica garantido a máxima privacidade que se torna essencial na resposta às escalas aplicadas. Sem a presença do local apropriado para a aplicação das escalas os sujeitos, ao responderem a questões, estavam sujeitos a variáveis externas, como ruídos, comentários e opiniões dos outros, falta de empatia e segurança com o inquiridor. Assim sendo, esta variável pode influenciar os resultados, na medida em que os sujeitos respondiam algumas vezes o que os outros indivíduos, que estavam perto, queriam ouvir, para não parecer mal ou para parecer sentir-se bem ao pé dos colegas da instituição.

Caso fosse possível realizar um prolongamento deste estudo, seria benéfico, portanto aplicar as escalas individualmente, num ambiente adequado, sendo que seria também importante identificar a relação da Satisfação com o Suporte Social e da Depressão tendo em consideração o sexo dos indivíduos bem como a posição na instituição (24 horas ou centro de dia) e até a comparação com indivíduos que se encontrem a morar sozinhos e com a família.

Esta investigação permitiu através de uma revisão de literatura saber quais os fatores que mais influenciam no desenvolvimento de depressão geriátrica, sendo que os fatores sociais são das principais causas para a depressão. De acordo com as conclusões do estudo, pode verificar-se precisamente a associação entre os níveis de depressão e a perceção que o idoso tem do seu apoio e suporte social, sendo que as atividades sociais não

são determinantes para o bem-estar do idoso, dando mais importância à satisfação com os amigos, com a família e em relação à sua intimidade.

6. Conclusão

Verificou-se com este estudo que a satisfação com o suporte social influencia os níveis de depressão. Os indivíduos com baixa satisfação com o suporte social têm mais probabilidade de desenvolver depressão do que os sujeitos com elevados níveis de satisfação com o suporte social. As outras variáveis de apoio social, satisfação com a família e com os amigos e a satisfação com a intimidade fortalecem também aos resultados.

Este estudo permite compreender assim que o suporte social é essencial para o bem-estar Psicológico dos idosos, sendo um fator protetor de Psicopatologias, como a Depressão. Torna-se importante trabalhar as relações sociais dos idosos nas instituições, como forma de prevenir o surgimento de Depressão, bem como de atenuar os sintomas que já estão presentes em alguns idosos.

Comprovou-se assim a utilidade das relações sociais para o bem-estar psicológico dos idosos, sendo importante que estes tenham alguém em quem confiar, com quem possa desabafar, partilhar experiências, entre outras coisas.

Considera-se que algumas das limitações deste estudo foram a aplicação dos questionários em ambientes não apropriados e o facto de não ter sido possível realizar intervenção com os idosos que apresentam depressão, dando ênfase ao suporte social. Seria benéfico num próximo estudo fazer a comparação entre idosos que estão na instituição a tempo inteiro, no centro de dia e os que vivem na sua residência, bem como os que têm e não têm a presença frequente de familiares e amigos.

Verificou-se ainda com este estudo que as redes sociais do idoso são muito importantes nos vários aspetos das suas vidas, podendo associar-se a uma maior e melhor qualidade de vida, pois quanto mais ativo o idoso estiver socialmente, melhor a sua qualidade de vida.

Por último, é essencial a criação e implementação de programas de treino de habilidades sociais, específicos para a terceira idade para que os idosos possam trabalhar em grupo para conviver com os colegas, partilhar experiências, medos, permitindo a obtenção de um sentimento de pertença.

O envelhecimento ativo é hoje em dia um conceito que nos leva a crer que a sociedade tem a responsabilidade de garantir a segurança dos idosos,

bem como a promoção da sua vida social, exemplo disso são as Universidades Sêniores (Marques, 2011) são uma forma de envelhecer ativo, já que levam ao aumento de oportunidades, ao aumento de rede social, ao contacto com outras pessoas e levam a oportunidades de contacto positivo entre as pessoas idosas e os outros grupos etários.

Como propostas de intervenção com o idoso, tanto no campo preventivo como remediativo, seria importante mediar a relação com a família e com os amigos, os conflitos existentes entre colegas do lar, e entre os idosos e a sua rede de suporte social, aumentando a sua qualidade de vida. A intervenção com idosos em grupo seria importante na medida em que aumenta os relacionamentos sociais e o convívio, aumentando consequentemente o apoio social percebido.

7. Bibliografia

Achterberg, W., Pot, A., Kerkstra, A., & Ribbe, M. (2006). Depressive symptoms in newly admitted nursing home residents. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 21 (12), 1156-1162.

Alarcão, M., & Sousa, I. (2006). Rede social pessoal: do conceito à avaliação, *Psychologica* 44, 353-376.

Alexopoulos, G.; Katz I., Reynolds, C., Carpenter, D., & Docherty, P. (2001). *The Expert Consensus Guideline Series: Pharmacotherapy of Depressive Disorders in Older Patients*. (Postgraduate Medicine Special Report). New York.

Alves, A. (2003). *A importância da Comunicação no Cuidar do Idoso*. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto, Portugal.

Alves, L., Leimann, B., Vasconcelos, M. E.; Carvalho, M., Vasconcelos, A., & Fonseca, T. (2007). A influência das doenças crónicas na capacidade funcional dos idosos do Município de São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 23 (8), 1924-1930.

Balaswamy, S., Richardson, V., & Price, C. (2004). Investigating Patterns of Social Support Use by Widowers During Bereavement. *The Journal of Men's Studies*, 1 (13), 67-64.

Barg, K., Huss-Ashmore, R., Wittin, N., Murray, F., Bogner, R., & Gallo, J. (2006). A mixed methods approach to understand depression in older adult. *Journal of Gerontology*, 6, 329-339.

Birrer, R. (2004). Depression in Later Life: A Diagnostic and Therapeutic Challenge. *American Family Physician*, 69 (10) 2375-2382.

Biscontil, T, & Bergeman, C. (1999). Perceived social control as a mediator of the relationship among social support, psychological well being and perceived health. *The Gerontologist*, 39, 94-101.

Brown, M., Lapane, K., & Luisi, A. (2002). The management of depression in older nursing home residents. *Journal of the American Geriatrics Society*, 50 (1), 69-76.

Calenti, J. (2002). *Inclusión Socio-Laboral y Envejecimiento en las personas con Discapacidad Intelectual*. Coruña: Instituto Gallego de Iniciativas Sociales y Sanitarias.

Carneiro, R. S., Falcone, E., Clark, C., Prette, Z. D., & Prette, A. D. (2007). Qualidade de vida, apoio social e depressão em idosos: relação com habilidades sociais. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 20(2), 229-237.

Carvalho, V., & Fernandez, M. (2002). Depressão no Idoso. In M. P. Netto (Ed.), *Gerontologia – A Velhice e o Envelhecimento em Visão Globalizada* (pp. 160-173). São Paulo: Editora Atheneu.

Cirelli, G. (1990). Family support in relation to health problems of the elderly. In T.H. Brubaker(ed.), *Family relationships in later life*. Newbury Park, CA: Sage.

Cobb (1976). Social Support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38, 300-314.

Cole, M., Bellavance, F., & Mansour, A. (1999). Prognosis of depression; in elderly community and primary care populations: a systematic review and meta-analysis. *Psychiatry* 156, 1182–1189.

Denihan, A., Kirby M., Bruce, I., Cunningham C., Coakley D., & Lawlor B. (2000). Three-year prognosis of depression in the community dwelling elderly. *Psychiatry* 176, 453–457.

Derouesné, C. *et al.* (1989). La plainte mnésique du sujet âgé, *Mémoire et vieillissement: approche méthodologique*, Paris, Doin.

Dorenlot, P., Harboun, M., Bige, V., Henrard, J., & Ankri, J. (2005). Major depression as a risk factor for early institutionalization of dementia patients living in the community. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 20 (5), 471-478.

- Fernandes, P. (2000). *A depressão no idoso*. Lisboa: Quarteto Editora.
- Fernández-Ballesteros (2009). *Envejecimiento Activo: Contribuciones da Psicologia*. Ediciones Pirámide: Madrid.
- Figueiredo, D. (2007). *Cuidados Familiares ao Idoso Dependente*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Fleck, M. P. A., Chachamovich, E., & Trentini, C. M. (2003). Projecto WHOQOL-OLD: Método e resultados de grupos focais no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 37 (6), 793-799.
- Fonseca, M. (2006). Transição – adaptação à reforma em Portugal. *Psychologica*, 42, 45-70.
- Fontaine, R. (2000). *Psicologia do Envelhecimento*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Freirias, A., & Menon, M. (2002). Transtornos Psiquiátricos do Idoso. In J. J. Mari, D. Razzouk, M. F. Peres, & J. A. Porto (Eds.). *Psiquiatria – Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar* (pp. 169-185). São Paulo: Editora Manole.
- Gatto, I. (2002). Aspectos Psicológicos do Envelhecimento. In M. Netto (Ed.) *Gerontologia: A Velhice e o Envelhecimento em Visão Globalizante* (pp. 109-113). São Paulo: Editora Atheneu.
- Hay, C., Steffens, C., Flint, P., Bosworth, B., & George, K. (2001). Does social support buffer functional decline in the elderly patients with uni-polar depression. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1850-1855.
- Jacob, L. (2007). *Animação de idosos: atividades*. Porto: Âmbar.
- Kahn, H., Hessling, M. & Russel, W. (2003). Social support, health and well-being among the elderly, what is the role of negative affectivity, personality and Individual differences. *Journal of Gerontology*, 35, 5-17.
- Kim, J., & Ross, C. (2009). Neighborhood-Specific and General Social Support: Which Buffers the Effect oh Neighborhood Disorder on Depression? *Journal of Community Psychology*, 6 (37), 725-736.

Lawton, M. (2001). The Physical environment of the person with Alzheimer's disease. *Aging & Mental Health*, 5 (1), 56-64.

Leite, M., Battisti, I., Berlezi, E., & Scheuer, A. (2008). Idosos Residentes no Meio Urbano e sua Rede de Suporte Familiar e Social. *Revista Texto & Contexto Enfermagem*, 17 (2), 250-257.

Lima, M. P. (2004). *Posso Participar? Actividades de desenvolvimento pessoal para idosos*. Porto: Âmbar.

Lopes, J., & Antunes, L. (1999). *Bibliotecas e Hábitos de Leitura de Quadros de Pesquisas, Sobre a Leitura*. 1º série, IV. Lisboa: Observatório das Atividades Culturais.

Lund, R., Modvig, J., Due, P., & Holstein, E. (2002). Stability and change in structural social relations as predictor of mortality among elderly women and men. *European Journal of Epidemiology* 16, 1087-1097.

Marques, S. (2011). *Discriminação da Terceira Idade*. Lisboa: Relógio D'Água Editores.

Martins, R. (s/d). Envelhecimento e Políticas Sociais. *Educação e Tecnologia*, 21, 126-140.

Martins, R. (2008). A depressão no idoso. *Millenium - Revista do ISPV*, 3 4. Acedido em 2010, Fevereiro 10 de <http://www.ipv.pt/millenium/millenium34/>.

Netto, M. (2000). *Gerontologia: A velhice e o envelhecimento em visão globalizada*. Editora Atheneu: São Paulo.

Novo, R. (2003). *Para além da eudaimonia. O bem-estar psicológico em mulheres na idade adulta avançada*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Oliveira, J. H. B. (2005). *Psicologia do envelhecimento e do idoso*. Porto: Livpsic-Psicologia.

Oliveira, J. (2008). *Psicologia do idoso: Temas complementares*. Porto: Livpsic-Psicologia.

Oni, O. (2010). *Social Support, Loneliness and Depression in the Elderly*. Tese de Mestrado, Department of Nursins, Queens's University, Kingston, Ontario, Canada.

Organização Mundial de Saúde (2002). *Relatório Mundial de Saúde 2001: Saúde mental: nova conceção, nova esperança*. (Relatório de pesquisa/2001), Lisboa: Direção Geral de Saúde.

Paúl, C. (2005b). Envelhecimento ativo e redes de suporte social. *Revista da Faculdade de Letras – Sociologia*, 15 (1), 275-288.

Paúl, C., & Ribeiro, O. (2012). *Manual de Gerontologia*. Lisboa: LIDEL.

Pereira, m., & Roncon, J. (2009). Relacionamento Familiar em Pessoas Idosas: Adaptação do Índice de Relações Familiares. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 11 (1), 49-50.

Paul, C. (2005). Envelhecimento ativo e redes de suporte social. Acedido em 2010, Junho 2 de <http://ler.letras.up.pt/uploads/ficheiros/3732.pdf>.

Pimentel, L. (2001). *Análise da imagem do idoso de si próprio e das relações familiares*. Coimbra: Quarteto.

Pimentel, L. (2001). *O lugar do Idoso na Família: Contextos e Trajetórias*. Coimbra: Quarteto.

Pinquant, M., & Sorensen, S. (2000). Influences of socioeconomic status, social network, and competence on subjective well-being in later life. *Psychology and Aging*, 12, 600-609.

Ramos, M. (2002). Apoio social e saúde entre idosos. *Sociologias* (4) 156-175.

Ribeiro, J. (2011). *Escala de Satisfação com o Suporte Social*. Lisboa: Placebo, Editora LDA.

Rodrigues, V., & Madeira, M. (2009). Suporte social e saúde mental: revisão da literatura. *Revista da Faculdade de Ciências da Saúde, Edições Fernando Pessoa*, 6: 390-399.

Rossel, N., Herrera, R., & Rico, M. (2004). *Introducción a la Psicogerontología*. Madrid: Psicología Pirámide.

Sanz, L. (2002). *Manual de Gerontología*. Barcelona: Ariel Ciências Médicas.

Sequeira, A., & Silva, M. N. (2002). O bem-estar da pessoa idosa em meio rural. *Análise Psicológica*, 3, 505-516.

Sheehan, B., D'Souza, G., Thein, N., & O'Malley, R. (2007). Are care homes depressing for people with dementia? *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 22 (8), 816-819.

Siqueira, G., Vasconcelos, D., Duarte, G., Arruda, I., Costa, J., & Cardoso, R. (2009). Análise da sintomatologia depressiva nos moradores do Abrigo Cristo Redentor através da aplicação da Escala de Depressão Geriátrica (EDG). *Ciência & Saúde Coletiva*, 14 (1), 253-259.

Simões, A. (2006). *A nova velhice. Um público a educar*. Porto: Âmbar.

Sluzki, E. (1996). *La red social: Frontera de la practica sistémica*, Barcelona. Editorial Gedisa.

Smalbruge, K., Jongelis, L., Pot, AM., Beekman, AT. & Eefsting, JA. (2005). *Cormobidity of depression and anxiety in nursing home patients*. Department Of Nursins Home Medicide, University Medical: Amsterdam.

Soares, S. (2005), *A solidão na pós-modernidade* [Em linha]. Federação Brasileira de Psicanálise. Web site, Acedido Novembro, 27, em <http://febrapsi.org.br/publicacoes.php?pubs=Artigos#>.

Sousa, L., Figueiredo, D., & Cerqueira, M. (2006). *Envelhecer em família: Os cuidados familiares na velhice*. Porto: Ambar.

Stevens, N. (2001). Combating loneliness: a friendship enrichment programme for older woman. *Aging and Society*, 21, 183-202.

Strauss, E., Sherman E., & Spreen O. (2006). *A compendium of neuropsychological tests: administration, norms and commentary* (3^o ed.). New York: Oxford University Press.

Tikainen, P. & Heikkinen (2004). Association between loneliness, depressive symptoms and perceived togetherness in older people. *Journal of Aging and Mental Health*, 9, 526-534.

Teixeira, L. (2010). *Solidão, Depressão e Qualidade de Vida em Idosos: um estudo avaliativo exploratório e implementação-piloto de um programa de intervenção*. Dissertação de mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde. Faculdade de Psicologia, Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal.

Uchino, B. (2004). *Social Support & Physical Health. Understanding the health consequences of relationships*. New Haven: Yale University Press.

Uhlenberg, P. (1997). Replacing the nursing home. *The public interest*, 128, 73-84.

Unützer J, et al. (2002.) Collaborative care management of late-life depression in the primary care setting: a randomized controlled trial. *JAMA : the journal of the American Medical Association*, 288(22), 2836-2845.

Vaz, S. (2009). *A Depressão no Idoso Institucionalizado*. Dissertação de Mestrado em Psicologia, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, Porto, Portugal.

Victor, C., Scambler, S. Bond, J., & Bowling, A. (2000). Being alone in later life: loneliness, social isolation and living alone. *Reviews in Clinical Gerontology*, 10, 407-417.

Wilson, K., Mottram, P., & Sixsmith, A. (2007). Depressive symptoms in the very old living alone: Prevalence, incidence and risk factors. *International Journal Geriatric Psychiatry*, 22, 361-366.

Zimmerman, G. I. (2000). *Velhice, aspectos biopsicossociais*. Porto Alegre: Artemed Editora.

Zunzunegui, M., Béland, F., Llacer, A., & León, V. (1998). Gender differences in depressive symptoms among Spanish elderly. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33 (5), 195-205.

Anexos

Anexo 1

I.D.:

UNIVERSIDADE PORTUCALENSE

Tese de Mestrado em Psicologia Clínica

Projeto de Investigação

‘Depressão geriátrica e suporte social percebido’

OBJECTIVO GERAL: o objetivo desta investigação é avaliar a associação entre a depressão geriátrica e o suporte social percebido. Para a concretização deste estudo, a sua participação é imprescindível!

PAPEL DOS PARTICIPANTES:

A sua participação consiste em preencher:

- Dois questionários, a Escala de Satisfação com o Suporte Social e a Escala de Depressão Geriátrica.
- Um Questionário Sociodemográfico

PAPEL DO(A) INVESTIGADOR(A)

Os investigadores deste projeto comprometem-se a:

- a) Garantir total confidencialidade das informações prestadas pelos participantes;
- b) Utilizar os dados apenas para fins de investigação.

CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu, _____, declaro ter conhecimento dos objetivos e procedimentos do projeto ‘Depressão geriátrica e suporte social percebido’, bem como do meu papel enquanto participante neste estudo. Sei que posso desistir da participação neste estudo a qualquer momento.

Assinatura: _____

Data: ___ de _____ de _____

CONTACTOS DO (A) INVESTIGADOR (A):

Mariana Bola – 915558426

Anexo 2

Questionário Sociodemográfico

1- I.D. _____

2- Sexo: Masculino _ Feminino _

3- Idade ____

Habilitações literárias _____

4- Estado Civil

Solteiro (a) __

Casado (a) __

Viúvo (a) __

Divorciado (a) / Separado (a) __

Quem?	Frequência:					
	Diariamente	Semanalmente	Quinzenalmente	Mensalmente	Nunca	Outro
Filhos:						
Netos:						
Sobrinhos:						
Amigos:						
Irmãos:						
Cônjuge:						

A Psicóloga (estagiária)

Anexo 3

Nome _____

Data ___/___/___

A SEGUIR VAI ENCONTRAR VÁRIAS AFIRMAÇÕES, SEGUIDAS DE CINCO LETRAS. MARQUE UM CÍRCULO À VOLTA DA LETRA QUE MELHOR QUALIFICA A SUA FORMA DE PENSAR. POR EXEMPLO, NA PRIMEIRA AFIRMAÇÃO, SE VOCÊ PENSA QUASE SEMPRE QUE POR VEZES SE SENTE SÓ NO MUNDO E SEM APOIO, DEVERÁ ASSINALAR A LETRA **A**, SE ACHA QUE NUNCA PENSA ISSO DEVERÁ MARCAR A LETRA **E**.

	Concordo totalmente	Concordo na maior parte	Não concordo nem discordo	Discordo na maior parte	Discordo totalmente
1-Por vezes sinto-me só no mundo e sem apoio	A	B	C	D	E
2-Não saio com amigos tantas vezes quantas eu gostaria	A	B	C	D	E
3-Os amigos não me procuram tantas vezes quantas eu gostaria	A	B	C	D	E
4-Quando preciso de desabafar com alguém encontro facilmente amigos com quem o fazer	A	B	C	D	E
5-Mesmo nas situações mais embaraçosas, se precisar de apoio de emergência tenho várias pessoas a quem posso recorrer	A	B	C	D	E
6-Às vezes sinto falta de alguém verdadeiramente íntimo que me compreenda e com quem possa desabafar sobre coisas íntimas	A	B	C	D	E
7-Sinto falta de atividades sociais que me satisfaças	A	B	C	D	E

8-Gostava de participar mais em atividades de organizações (p.ex. clubes desportivos, escuteiros, partidos políticos, etc.)	A	B	C	D	E
9-Estou satisfeito com a forma como me relaciono com a minha família	A	B	C	D	E
10-Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com a minha família	A	B	C	D	E
11-Estou satisfeito com o que faço em conjunto com a minha família	A	B	C	D	E
12-Estou satisfeito com a quantidade de amigos que tenho	A	B	C	D	E
13-Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com os meus amigos	A	B	C	D	E
14-Estou satisfeito com as atividades e coisas que faço com o meu grupo de amigos	A	B	C	D	E
15-Estou satisfeito com o tipo de amigos que tenho	A	B	C	D	E

A Psicóloga (estagiária)

Anexo 4

Nome	
Idade	
Data	

Responda Sim ou Não consoante se tem sentido de **há uma semana** para cá:

	Sim	Não
1. Está satisfeito(a) com a sua vida?	S	N
2. Pôs de lado muitas das suas atividades e interesses?	S	N
3. Sente a sua vida vazia?	S	N
4. Fica muitas vezes aborrecido(a)?	S	N
5. Tem esperança no futuro?	S	N
6. Anda incomodado(a) com pensamentos que não consegue afastar?	S	N
7. Está bem disposto(a) a maior parte do tempo?	S	N
8. Tem medo que lhe vá acontecer alguma coisa de mal?	S	N
9. Sente-se feliz a maior parte do tempo?	S	N
10. Sente-se muitas vezes desamparado(a)?	S	N
11. Fica muitas vezes inquieto(a) e nervoso(a)?	S	N
12. Prefere ficar em casa, em vez de sair e fazer coisas novas?	S	N
13. Preocupa-se muitas vezes com o futuro?	S	N
14. Acha que tem mais dificuldades de memória do que as outras pessoas?	S	N
15. Pensa que é muito bom estar vivo(a)?	S	N

16. Sente-se muitas vezes desanimado(a) e abatido(a)?	S	N
17. Sente-se inútil?	S	N
18. Preocupa-se muito com o passado?	S	N
19. Acha a sua vida interessante?	S	N
20. É difícil começar novas atividades?	S	N
21. Sente-se cheio(a) de energia?	S	N
22. Sente que para si não há esperança?	S	N
23. Pensa que a maioria das pessoas passa melhor que o(a) senhor(a)?	S	N
24. Aflige-se muitas vezes com pequenas coisas?	S	N
25. Sente muitas vezes vontade de chorar?	S	N
26. Tem dificuldade em se concentrar?	S	N
27. Gosta de se levantar de manhã?	S	N
28. Prefere evitar encontrar-se com muitas pessoas?	S	N
29. Tem facilidade em decidir as coisas?	S	N
30. O seu pensamento é tão claro como era dantes?	S	N

A Psicóloga (estagiária)
