Parte V: Aspectos Psicológicos e familiares do envelhecimento

M. Graça Pereira[1], Joana Roncom[2] & Helena Carvalho[3]

[1] *Universidade do Minho, Escola de Psicologia*
[2] *A.O.S.S. Vicente Paulo, Porto*
[3] *Centro de Saúde de Barcelos/ Barcelinhos*

Introdução

A emergência da velhice enquanto problema social só pode ser bem compreendida no contexto do ciclo da vida e das mudanças históricas que afectam os indivíduos nos seus vários estádios. Uma compreensão alargada dos problemas que as pessoas idosas e suas famílias experienciam está dependente do conhecimento dos processos de mudança que afectam os acontecimentos de vida, as relações geracionais e os padrões familiares. As relações familiares na velhice são moldadas pelo conjunto das experiências de vida e das circunstâncias históricas específicas que afectam os indivíduos ao longo das suas vidas. A adaptação às condições sociais e económicas que idosos e famílias enfrentam, nos seus últimos anos de vida, está dependente dos padrões adaptativos utilizados ao longo do percurso pessoal e familiar modeladas por circunstâncias históricas e económicas (Hareven, 2001).

No seguimento das transformações ocorridas no século XIX, com a revolução industrial, o século XX foi também palco de grandes transformações em termos políticos, sociais e económicos que determinaram alterações na sociedade e, mais especificamente, na estrutura familiar. A existência, até então, de famílias alargadas, onde várias gerações co-habitavam ou residiam em grande proximidade, determinava a existência e manutenção de padrões de suporte intergeracional e expectativas de receber e fornecer assistência na velhice, como parte de um processo contínuo de interacção entre pais, filhos e netos. A introdução da mulher no mundo do trabalho veio determinar profundas alterações neste padrão de funcionamento familiar, deixando de desempenhar o papel principal no apoio aos elementos mais dependentes, nomeadamente crianças e idosos (Hareven, 2001).

Igualmente, o aumento da longevidade dos indivíduos a par da cronicidade das doenças, determinam um aumento substancial e diversificado nas necessidades de apoio por parte dos mais idosos que ultrapassa muitas vezes a capacidade de assistência disponível no seio familiar. A responsabilidade no apoio aos mais dependentes deixa de ser exclusiva da família, passando o Estado a ter de providenciar meios eficazes de apoio formal, a uma franja cada vez maior da população (Paúl, 1991).

Mudanças sociais ao longo de últimas quatro décadas determinam um olhar cuidadoso sobre o impacto na estrutura familiar e seus ao nível do aumento do número de uniões de facto, de divórcios, do casamento e maternidade cada vez mais tardios, de famílias monoparentais, de famílias reconstruídas e de casais que optam por não ter filhos. Nesta nova dinâmica familiar, às vezes, não sobra espaço para as trocas mútuas de assistência aos idosos (Vega & Bueno, 2000).

Em grande parte devido ao papel da família enquanto contexto de socialização das crianças, a investigação e o estudo das famílias tem estado muito centrada na primeira metade da vida. Só recentemente, face ao crescente envelhecimento da população, é que tem sido dada relevância ao papel da família na segunda metade da vida. No entanto, os estudos estão normalmente focalizados na sobrecarga física e emocional que a velhice acarreta nas gerações mais novas, principalmente nas mulheres de meia-idade que têm de se confrontar com os seus filhos cada vez mais tardiamente independentes e a crescente dependência dos seus pais (Fonseca, 2006).

As sociedades industrializadas assumem a velhice como um declínio inevitável, sendo um fardo pesado para os serviços sociais e para os recursos da saúde. Contudo, este retrato do envelhecimento pode ser contrariado de muitas formas. De facto, metade dos indivíduos com mais de 85 anos vive de uma forma independente nas suas casas e só menos de um quarto dos idosos mais fragilizados vive em contextos especializados, como lares ou casas de repouso (Cohler & Altergott, 1994; Correa 1996; Fonseca, 2005). Assim, a maior parte dos idosos vivem de forma independente com razoável saúde física e mental e em contacto com os seus familiares. Quanto mais activo o idoso foi no passado, mais probabilidade ele tem de se tornar dinâmico e activo numa idade mais avançada investindo em diversas áreas (trabalho, família, sociedade, lazer, viagens...) e envelhecendo duma forma saudável preservando as suas funções cognitivas (Correa 1996).

Envelhecimento E Família

A realidade das famílias contemporâneas inclui membros idosos que mantêm um papel socializador, cuidador e de apoio financeiro às gerações mais novas. Os idosos podem tornar possível que mães de crianças pequenas possam continuar a trabalhar e prestar apoio emocional e financeiro em momentos de crise familiar. A ideia que os idosos constituem um peso para as famílias ou que vivem socialmente isolados dos familiares apresenta-se actualmente mais como um mito do que como realidade (Cavanaugh, 1993; Vega & Bueno, 2000; Pearlin, Aneshensel, Mullan & Whitlatch, 1995).

Alterações na estrutura das famílias e o aumento da longevidade dos indivíduos obrigam a que se integrem, de forma diferente, as teorias gerontológicas e os modelos familiares. De facto, sem existir uma adequada conceptualização da família na segunda metade da vida, a compreensão da relação da família com a sociedade fica incompleta (Hareven, 2001).

Com o aumento progressivo da população idosa, a exigência potencial e real de prestação de cuidados permanentes não pára de crescer. Como já

©psicosoma

anteriormente referido, embora a velhice não seja sinónimo de dependência, a tendência para o envelhecimento da população acarreta frequentemente um aumento de doenças crónicas, muitas vezes e incapacitantes , com consequências ao nível da dependência dos indivíduos, exigindo a médio e a longo prazo, suporte familiar, social e de saúde (Lage, 2005).

No contexto actual, em que as políticas sociais e de saúde se encaminham para a manutenção dos idosos nos seus domicílios, o familiar cuidador informal assume particular relevância, seja pelo aumento do número de pessoas idosas incapazes de satisfazer a totalidade das necessidades em termos de actividades de vida diária e autonomia na comunidade, seja pela evidência inequívoca de que a família proporciona a maior parte dos cuidados às pessoas idosas. Se é verdade que os padrões recíprocos de apoio e os cuidados intergeracionais se prolongam ao longo do ciclo da vida da família, também é verdade que actualmente existe uma multiplicidade de modelos familiares, cuja estabilidade de relações se vê frequentemente alterada, podendo inviabilizar ou, pelos menos, condicionar o tipo de cuidados prestados aos mais dependentes (Pearlin et al., 1995).

A velhice, tal como as outras fases de vida do indivíduo, é pautada por alterações ao nível da estrutura familiar, já que os filhos são adultos, abandonaram já a casa dos pais e exigem outro tipo de atenção, como o apoio aos netos e a ajuda económica e/ou doméstica. Com a saída dos filhos de casa, os pais enfrentam um novo desafio, entrando numa nova fase do ciclo familiar: a família pós-parental. Para a maioria dos pais, a saída de casa dos filhos - "ninho vazio"- não constitui uma experiência particularmente penosa e a maioria dos casais organiza-se construtivamente de tal modo que alguns consideram que a sua vida mudou para melhor i.e. referem alívio de responsabilidades, mais tempo livre, possibilidade de estabelecer outro tipo de relação com os filhos e sensação de dever cumprido em relação à sua educação (Montorio & Izal, 1999; Vega & Bueno, 2000; Schaie & Willis, 2002).

Na velhice, os filhos adultos constituem pilares de apoio para a maioria das pessoas idosas e, talvez por isso, a aproximação aconteça mais do lado dos progenitores, que sentem necessidade de suporte e têm mais tempo disponível. Os filhos vivem mais os constrangimentos profissionais e assumem as responsabilidades familiares de criar e educar os seus próprios filhos e ainda prestar cuidados aos pais cada vez mais dependentes. Por esse motivo, os filhos adultos são habitualmente apelidados de geração sanduíche, uma vez que se encontram "entalados" numa série de papéis a desempenhar em simultâneo- a responsabilidade da educação dos filhos e as necessidades dos pais idosos (Sousa, Figueiredo, & Cerqueira, 2006).

A reciprocidade do apoio encontra-se presente nas relações familiares das pessoas idosas, especialmente em situações de doença. Os filhos apresentam-se junto dos seus pais idosos como fontes de apoio emocional e instrumental e os idosos manifestam o desejo de cuidar das gerações mais novas, assumindo o papel de avô/avó. Este papel proporciona o desejo de continuidade, a possibilidade de desempenhar uma multiplicidade de tarefas e de estabelecer relações interactivas (Figueiredo, 2007). Na verdade, avós e netos podem usufruir de uma relação habitualmente não sobrecarregada por responsabilidades, obrigações e conflitos como acontece na relação entre pais e filhos (Vega & Bueno, 2000).

No quotidiano da vida familiar, os avós podem desempenhar uma multiplicidade de papéis, de onde salientamos: i) *estabilizador*, figura constante e presente em momentos de crise ou mudança na família, expressão de continuidade familiar e centro de contactos e encontros entre os diferentes elementos; ii) *guardião da família*, perante necessidade de cuidados e protecção ou apoio de retaguarda para dificuldades financeiras dos filhos; iii) *árbitro* entre a segunda e terceira gerações da família, aliviando tensões, negociando conflitos e interpretando e traduzindo acções; iv) *historiador*, ajudando a família a relacionar o seu passado com o presente; v) *professor*, ensinando aquilo que sabe aos netos; vi) *mentor*, mais do que transmitir competência "incendiar" a ambição e imaginação, vii) *estudante*, aprender e ser inspirado pelos netos; viii) *parceiro*, um secreto "conspirador" em relação aos netos, ix) *modelo*, pois as suas atitudes, comportamentos e opiniões exercem um impacto nos netos (Schaie & Willis, 2002).

No que diz respeito às relações conjugais na velhice, a família volta a ter a composição inicial: o casal sozinho. Nesta fase tendem a exacerbar-se aspectos como a dependência e a proximidade entre os elementos do casal ou a manifestar-se os conflitos e incompatibilidades que, latentes e ofuscados por responsabilidades e cuidados familiares ao longo dos anos, encontram agora, que o casal se encontra de novo só, a sua oportunidade de se manifestarem. A satisfação conjugal na velhice está dependente de factores como a saúde ou o estabelecimento de uma relação de dependência entre os cônjuges. A doença ou a morte de um dos elementos são motivos de mudança que obrigam a uma reestruturação dos padrões de funcionamento. A reacção emocional perante a morte do cônjuge é complexa, podendo incluir sentimentos de revolta, negação, alívio e culpa; frequentemente tem lugar uma sintomatologia depressiva que tende a desaparecer no prazo de um a dois anos (Spar & LaRue, 1998). Em determinadas circunstâncias, a viuvez pode levar ao desenvolvimento de processos mórbidos graves e, inclusive, à morte (Montorio & Izal, 1999).

©psicosoma

Apesar de todos os condicionalismos, a família é ainda hoje a instituição de apoio mais importante e a fonte preferida de assistência e ajuda para a maioria das pessoas idosas, na doença crónica e na incapacidade, independentemente da estrutura familiar, social e política dos países (Zarit, Pearlin & Schaie, 1993). Portugal não foge a esta regra: a imagem dos cuidados intra-familiares, ou seja, da família solidária com os mais velhos, inscreve-se nos valores culturais da população, ainda que existam hoje mudanças apreciáveis na estrutura familiar das pessoas idosas. A assunção de responsabilidade de prestar cuidados a um familiar idoso repercute-se a nível do relacionamento familiar e social. As modificações decorrentes da prestação de cuidados centram-se, neste âmbito, em aspectos distintos: na relação entre o idoso e o seu cuidador, na relação conjugal da pessoa que presta cuidados e nas relações filiais, fraternais e extra-familiares (Quaresma, 1996).

Nos estudos que se focaram sobre a prestação de cuidados, observou-se que a responsabilidade pelos cuidados aos idosos dependentes é, na sua maioria, assumida por mulheres (Lage, 2005; Ribeiro, 2005; Figueiredo, 2007), sendo evidente que os cônjuges (mulheres) são a primeira fonte de assistência no cuidado e, as filhas, as que mais se envolvem nos cuidados aos seus familiares. Neste sentido, é raro que a prestação de cuidados não afecte, de alguma forma, o conjunto das redes relacionais. Em consequência de uma nova rotina, a dinâmica familiar sofre alterações, exigindo reajustamentos e deslocando relações de poder, dependência e intimidade (Lang, 2004). A relação de dependência implica uma nova percepção de si e do outro, para todos os elementos do grupo familiar, atingindo, em particular, o cuidador e a pessoa idosa. A dependência, nessa relação, assume diferentes conotações para ambos. Para o idoso, inscreve-se na sua incapacidade para realizar determinadas tarefas da vida diária. Para o cuidador, radica na necessidade de prestar cuidados pessoais. Essa relação é complexa, já que se alteram as relações de poder e será mais ou menos percebida, dependendo do percurso relacional e do papel desempenhado por ambos na estrutura familiar (Figueiredo, 2007).

O processo familiar de adaptação é condicionado por múltiplas causas e acarreta muitas consequências a diversos níveis, sendo as pessoas com 75 e mais anos, as que suscitam mais preocupações, principalmente na área dos cuidados de saúde, dado ser evidente a estreita relação entre o aumento da longevidade e a doença crónica (Brito, 2002). Se considerarmos que a população idosa está aumentar e que existe um aumento exponencial da doença e da incapacidade associadas à longevidade, rapidamente se compreende a razão da elevada percentagem de idosos encontrados nos serviços de saúde (Cabete, 2005). Em Portugal, 48% dos doentes que têm alta de um hospital central são idosos.

Num estudo realizado sobre a satisfação e qualidade de vida dos idosos portugueses, Paúl e colaboradores (2005) referem que as várias formas de envelhecer incluem idosos bem sucedidos e activos, mas também idosos incapazes, cuja capacidade funcional está diminuída pela doença e pelo contexto onde vivem. Nesse sentido, Cabete (2005) enfatiza que a avaliação funcional do idoso deve compreender sempre uma interacção entre a execução de uma determinada tarefa e as condicionantes ambientais, sejam elas pessoais, regras, barreiras físicas ou limitações de tempo.

Stress Familiar

As limitações impostas à família pela dependência funcional e/ou doença crónica do idoso, na prestação de cuidados, podem ser vivenciadas como fonte de stress familiar. A incapacidade funcional e a doença não atingem somente a pessoa idosa, mas também a família, que tem de se adaptar às novas necessidades do idoso, utilizando para isso novas estratégias adaptativas. Romano (1999) refere existir uma quebra do equilíbrio familiar diante deste novo acontecimento. As mudanças que a dependência acarreta e as adaptações necessárias, dependem dos recursos que a família dispõe e do significado atribuído pelo sistema familiar ao acontecimento.

No caso da doença crónica, Rolland (1995) descreve uma tipologia que auxilia na identificação de respostas e reacções familiares, baseadas no impacto psicológico às diferentes características e etapas de uma doença crónica. Segundo esta tipologia psicossocial da doença, é necessário ter em consideração: a) o início da doença, abrupto ou gradual., b) o curso da doença, progressivo, como no caso da Doença Alzheimer, ou intermitente, como a asma; c) a expectativa em relação à doença, nomeadamente aquelas que afectam e as que não afectam a duração da vida; d) o grau de incapacitação que a doença gera e e) o momento do ciclo de vida familiar em que a doença surge.

No início da doença, a família vê-se obrigada a redistribuir as suas tarefas, que não se limitam ao agregado familiar que integra o idoso, mas se reflectem também na sua família alargada. Efectivamente, sendo a família uma rede complexa de relações e emoções, o impacto da tarefa de cuidar, recai sobre todos os membros e não apenas sobre o cuidador principal.

O aumento da dependência consequente a uma doença crónica ou às sequelas provocadas por uma situação aguda como no caso dum AVC, por exemplo, determinam mudanças nas relações intra-familiares provocado pela mudança de papéis, pelas alterações na auto-imagem, ansiedade e frustração,

alterações nas rotinas, bem como a preocupação relativa a ter de providenciar cuidados, sem se sentir muitas vezes preparado para tal (Grimer, Moss & Falco, 2004). De acordo com os autores, observam-se sentimentos de perda e luto nos doentes idosos e nos cuidadores, relativamente à própria relação, à perda de independência, às mudanças na saúde e nas circunstâncias sociais, à sobrecarga financeira e à perda do futuro planeado em conjunto. Muitos cuidadores familiares enfatizam as poucas oportunidades existentes para poderem expressar as suas preocupações e frustrações fora do contexto familiar.

As interacções familiares podem ser sentidas tanto como uma fonte de apoio como de stress para o idoso que lida com a doença ou dependência. Assim, é importante que o apoio da família, em especial do cuidador, seja adequado permitindo ao idoso continuar a desempenhar as funções para as quais tem capacidade. A existência de uma estrutura familiar unida que providencia a companhia dos filhos tem habitualmente impacto positivo no idoso (Soneja, Nagarkar & Dey, 2007).

Capacidade Funcional

Lawton (1982) foi dos primeiros autores a trabalhar a questão do estado funcional da pessoa idosa, referindo-o como a interacção entre dois conjuntos de variáveis: as variáveis individuais ou competências e as variáveis ambientais (pressão exercida pelo meio envolvente). As competências individuais incluem a saúde física e mental, capacidades cognitivas, afectividade, qualidade de vida, auto - eficácia e controle de si e do meio. As variáveis ambientais incluem a habitação, o ambiente social e as relações de vizinhança. A relação entre as capacidades individuais e as exigências do meio determinam o estado funcional de cada indivíduo.

Botelho (2005), no seu estudo de avaliação da capacidade funcional de um idoso, refere que a capacidade funcional deve ser classificada de acordo com o grau de auto-suficiência. Assim, o indivíduo independente é aquele que, recorrendo apenas a auxílios mecânicos como andarilhos e canadianas, consegue satisfazer as suas *Actividades de Vida Diárias* (AVDs) tais como as tarefas relacionadas com o cuidado pessoal (tomar banho, vestir-se, pentear-se, ir à casa de banho, controlar os esfíncteres, levantar-se, deitar-se, andar, alimentar-se (Cabete, 2005) e o indivíduo dependente corresponde aquele que necessita de ajuda regular de terceiros, na execução de pelo menos uma das tarefas de funcionalidade. As referidas AVDs são definidas por Sequeira (2007) como um conjunto de actividades primárias relacionadas com o auto-

cuidado e a mobilidade que permitem ao indivíduo viver sem necessitar de ajuda.

A avaliação do estado funcional do individuo compreende essencialmente três níveis: o desempenho de actividades sociais e ocupacionais, as actividades de vida diárias (AVDs) e o desempenho de tarefas necessárias à vida quotidiana denominadas *Actividades Instrumentais de Vida Quotidiana* (AIVQ) como usar os transportes públicos ou conduzir, fazer compras, usar o telefone e gerir dinheiro (Cabete, 2005).

Estudos demonstram que factores sócio-demográficos como o género, idade, situação familiar e nível educacional têm influência sobre a capacidade funcional da pessoa idosa (Parker et al., 1997; Sousa, Galante & Figueiredo; 2003; Fonseca et al., 2004; Botelho 2005; Menéndez et al., 2005; Alves et al., 2007). As diversas condições crónicas apresentam impactos diferenciados. Numa pessoa idosa que apresente várias patologias crónicas, a incapacidade de realização de muitas ou de todas as actividades de vida diária (AVDs e AIVDs) pode dever-se ao efeito de uma única condição, ou ao efeito independente de várias condições, cada uma delas afectando determinadas actividades (Vega & Bueno, 2000).

Cabete (2005) refere que a avaliação do estado funcional das pessoas idosas é importante para podermos compreender a capacidade de auto-cuidado dos indivíduos, não só no que diz respeito às AVDs, como em relação a outras actividades mais complexas, como sejam as actividades instrumentais da vida quotidiana, cuja execução é fundamental para a manutenção de uma autonomia de vida.

O conceito de dependência não é aplicável somente a pessoas idosas, mas a qualquer indivíduo que, por múltiplas razões, não consegue alcançar um nível aceitável de satisfação das suas necessidades, através de acções adequadas que o indivíduo realiza por si mesmo, sem ajuda de outra pessoa (Alves et al., 2007). Segundo o autor, o comprometimento da capacidade funcional tem implicações importantes, não só para o idoso que a experiencia, mas também para a família, comunidade e sistema de saúde, uma vez que a incapacidade ocasiona maior vulnerabilidade e dependência na velhice, contribuindo para a diminuição do bem-estar e qualidade de vida dos idosos.

A dependência nos idosos aumentou de forma exponencial nos últimos anos. Para Garcia (1993), este aumento tem muitas vezes origem na deterioração do processo de envelhecimento onde as perdas, nomeadamente a nível da coordenação motora, se aliam a medos crescentes (solidão, negligencia, incapacidade em se adaptar a novas situação, etc.). Entre as causas que poderão dar origem a essa indesejável perda salientam-se as seguintes: *a)* diminuição da capacidade de adaptação do indivíduo à mudança,

©psicosoma

nem que esta seja para melhor; *b)* diminuição das funções sensoriais como a acuidade auditiva e a visão ; *c)* redução dos recursos financeiros sendo as reformas extremamente insuficientes para as necessidades do dia-a-dia; *d)* isolamento social., *e)* perda do seu círculo de amigos e *f)* invalidez por doença incapacitante (Garcia, 1993).

Sousa (1993) concluiu no seu estudo com idosos que existe uma baixa de autonomia na população idosa, provocada não só pela sua crescente incapacidade física e/ou psíquica, mas também devido às suas precárias condições sócio – económicas. Neste estudo concluiu-se ainda que os idosos demonstraram uma necessidade imperiosa de convívio. Convívio que, por vezes, só é atingido em meio institucional junto de outros idosos e não em meio domiciliário junto dos filhos, netos e demais família.

Há assim diversos factores que podem determinar a dependência num idoso entre eles: factores físicos, factores psicológicos e o próprio contexto em que indivíduo está inserido. O contexto tem a ver com o ambiente físico do idoso mas também com as atitudes e comportamentos das pessoas que o rodeiam e que podem promover a autonomia ou, por outro lado, contribuir para o seu declínio aumentando a sua dependência.

Couvreur (2001) refere que as necessidades do ser humano podem sofrer mutações consoante o contexto em que cada individuo está inserido. Para uma boa qualidade de vida é fundamental que se promova um equilíbrio entre os quatro domínios das necessidades fundamentais: físicas, psíquicas, sociais e/ou espirituais. Rice (2004) salienta que a grande maioria das funções fisiológicas diminuem a uma velocidade de aproximadamente 1% ao ano depois dos 30 anos. Esta gradual deterioração dos vários sistemas corporais, tais como o cardiovascular, o respiratório ou o genito- urinário, afecta a capacidade funcional do idoso obrigando a recorrer a ajuda de terceiros.

Costa (1998) refere que os idosos manifestam numerosas necessidades que emergem da sua perda progressiva das capacidades de adaptação, sendo elas físicas, sensoriais, cognitivas e afectivas. Por outro lado, surge também a deterioração da auto imagem, papel social, perda de autonomia e diminuição de contactos sociais relacionados com o isolamento. Cardoso (2000) no seu estudo sobre idosos, concluiu que as principais necessidades sentidas pelo idoso são: ter saúde, ter dinheiro, ser jovem, ter afecto/companhia e ter uma habitação com as mínimas condições de salubridade. Num outro estudo realizado por Azevedo (2001) evidenciou-se também a necessidade de convívio por parte dos idosos. Paul (1997) considera a solidão do indivíduo como uma das condições persistentes de vida que aumenta os níveis de stress e acarreta consequências nefastas para a saúde física e psíquica. Imaginário (2003) salienta que a dependência nos idosos aumenta em situações de

ausência de apoio e afecto familiar, isolamento e inactividade proveniente da reforma.

Desta forma pode-se afirmar que as necessidades de um idoso dependente não advêm exclusivamente das alterações demarcadas pelo processo de envelhecimento e pelas patologias que lhes estão associadas. São também factores importantes o isolamento, as dificuldades de apoio por parte dos familiares e da própria sociedade, a baixa qualidade na satisfação das necessidades essenciais resultantes do baixo poder económico da maioria dos idosos e o escasso acesso à satisfação das necessidades de ordem cultural e educacional devido a vários determinantes como o analfabetismo e o fraco acesso aos cuidados de saúde (Imaginário, 2003). Leonardo (1995) revela ainda o sentimento de inutilidade, aquando da reforma, poder constituir-se como um factor determinante na insatisfação das necessidades do idoso.

A compreensão da saúde mental na idade adulta avançada tem de atender ao percurso feito pelo indivíduo ao longo da vida i.e. como foi experienciando emoções e afectos, como foi resolvendo conflitos, como foi respondendo às vicissitudes próprias da existência. A saúde mental na velhice tem de ser entendida, tal como o envelhecimento, como um processo, em que múltiplos factores de ordem física, psicológica e social intervêm. As emoções negativas como a ansiedade e a depressão, enquanto componentes deste processo podem, assim, surgir no idoso (Silva, 2005).

Morbilidade Psicológica

Depressão

A prevalência de sintomatologia depressiva em pessoas idosas parece ser um fenómeno culturalmente transversal (Baldwin & Wild, 2004). Aos factores de risco habitualmente associados à perturbação depressiva, associam-se alguns factores específicos desta faixa etária, como as perturbações biológicas e o aumento progressivo de perdas, reais ou simbólicas (Schaie & Willis, 2002).

Os dados epidemiológicos no âmbito da depressão, em pessoas idosas, divergem em função dos processos de avaliação utilizados e também do contexto de avaliação, sendo os resultados muito díspares, consoante se consideram idosos institucionalizados ou idosos a residir na comunidade (Blazer, 2002). Estudos realizados em idosos a residir na comunidade obtêm habitualmente valores entre os 4% e os 6% de depressão, obtendo-se valores consideravelmente mais elevados quando são avaliados contextos

©psicosoma

institucionais. Estudos realizados em instituições nos Estados Unidos da América indicam que 80% das pessoas institucionalizadas manifestam perturbações psicogeriáticas, sendo um quinto sintomatologia depressiva (Jones & Beck-Little, 2002). No mesmo sentido, Baldwin e Wild (2004) apontam para uma taxa de prevalência de depressão geriátrica no Reino Unido em torno dos 13,5%. Estes valores quase duplicam quando a amostra é constituída apenas por idosos institucionalizados.

A depressão na velhice é um fenómeno altamente complexo que não pode ser atribuído a uma causa mas antes a um conjunto dinâmico e interactivo de factores. Existem diversos estudos relacionados com os factores de risco para a depressão nos idosos, sendo os mais investigados a existência de doenças crónicas, luto, solidão, género, dificuldades económicas e, numa escala inferior, a própria idade (Bowling & Farquhar, 1996).

A forma como a depressão evolui com a idade não é consensual. Autores apresentam resultados que mostram o aumento das taxas epidemiológicas da depressão, quando comparada com outras faixas etárias (Bergdahl, Gustavsson, Kallin, Wagert, Lundman, Bucht & Gustafson, 2005). A existência de factores protectores para a depressão, nomeadamente a idade avançada, estão associados a uma redução intrínseca na susceptibilidade para a morbilidade psicológica (ansiedade e depressão), devido a uma redução na responsividade emocional e a um aumento do controlo emocional e da imunidade psicológica a acontecimentos stressantes (Jorm, 2000; Alea, Bluck & Semegon, 2004).

Outros estudos postulam que as taxas de prevalência de depressão se mantêm constantes ao longo do ciclo de vida, no entanto o acréscimo continuado de problemas de saúde e limitações funcionais aumentam os factores de rico associados, conduzindo ao aumento de diagnósticos de episódio depressivo (Katona & Shankar, 2004). A perturbação depressiva não deve ser vista como uma consequência inevitável do envelhecimento nem a idade como um factor precipitante. No entanto, ainda que a epidemiologia da depressão não seja superior em pessoas idosas, o prognóstico parece tornar-se mais negativo á medida que a idade aumenta (Baldwin & Wild, 2004).

A depressão nas pessoas idosas está relacionada com o aumento da probabilidade de morrer (Saz & Dewey, 2001; Schulz, Drayer & Rollman, 2002). Stek, Vinkers, Gussekloo, Beekman, Van der Mast e Westendorp (2005) referem que os indivíduos que sofrem de solidão e depressão têm um risco 2,1 vezes superior de mortalidade.

A manutenção da autonomia e independência nos idosos, consideradas como condições essenciais para a qualidade de vida, estão condicionadas pelos níveis de saúde física e mental (Aberg, Sidenvall, Hepworth, O´Reilly & Lithell, 2005). Diversos estudos indicam que as pessoas idosas com maior nível de sintomatologia depressiva apresentam maiores probabilidades de declínio no funcionamento cognitivo (Blazer, 2002; Chi & Chou, 2000; Katona & Shankar, 2004). A depressão condiciona o funcionamento cognitivo da pessoa idosa que começa por manifestar dificuldades em processos mais complexos, interferindo com a sua capacidade de tomada de decisão, autonomia e funcionamento diário (Jones & Beck-Little, 2002; Katona & Shankar, 2004).

Apesar de muitos indivíduos idosos identificados como sofrendo de depressão não preencherem todos os critérios para episódio depressivo major, muitos deles relatam a existência de sintomas depressivos que não melhoram com o tempo. No entanto, a maioria dos idosos não apresenta sintomas tradicionalmente associados à depressão, como a disforia, culpa, baixa auto-estima, e ideação suicida. É mais provável que estes idosos procurem tratamento para queixas somáticas, perda de apetite, insónia, falta de energia e desinteresse ou para outros sintomas psicológicos como a ansiedade, problemas no funcionamento psicomotor e alterações cognitivas (Spar & LaRue, 1998; Rodrigues & Leal, 2004; Whitbourne, 2005).

Por permanecer subdiagnosticada , a depressão sobrecarrega as famílias e instituições que providenciam cuidados a pessoas idosas, sendo destruidora da qualidade de vida e impondo uma grande carga social e económica na sociedade. A detecção clínica da depressão nos idosos que vivem na comunidade continua a ser um problema grave de saúde pública, apesar de ser superior a 80% a quantidade de pessoas com depressão que podem ser tratadas com sucesso recorrendo à psicofarmacologia, psicoterapia ou combinação das duas (Costa, 2005).

Uma condição específica da faixa etária da terceira idade é a *depressão de início tardio*, que surge a partir dos 60 anos e apresenta-se como uma forma leve ou moderada de depressão. Os factores de risco para este tipo de depressão são a viuvez, baixa escolaridade, incapacidade funcional e o alcoolismo. É provável que este tipo de depressão possa ser acompanhada de sintomas psicóticos, tais como alucinações, ideias delirantes e/ou comportamentos bizarros (Gournellis, Lykouras, Fortos, Oulis, Roumbos & Christodoulou, 2001). Nesse caso é denominada de *depressão psicótica*, cuja ocorrência é referida em mais de 40% dos doentes admitidos em serviços psicogeriátricos. A identificação desta síndrome, enquanto perturbação de

©psicosoma

humor, está facilitada aos clínicos quando os sintomas se apresentam na sequência clássica, isto é, as alterações de humor e neurovegetativas surgem antes do aparecimento das alucinações e ideias delirantes. A tarefa está ainda mais facilitada quando há delírios depressivos típicos (congruentes com o humor) ou quando o doente tem história de depressão. O diagnóstico correcto pode ser dificultado quando os doentes não referem, alucinações ou não exprimem o conteúdo dos delírios, e a avaliação tem de se basear no comportamento bizarro ou perturbação grave de pensamento. Uma retracção quase catatónica é um desses comportamentos particularmente comum e é acompanhado com frequência de rejeição de comida e recusa em manter os cuidados corporais ou tomar a medicação (Spar & LaRue, 1998).

Ainda segundo Spar e LaRue, (1998) outra forma da depressão, significativa na velhice, é a *depressão mascarada*. Na versão "clássica", as queixas subjectivas de alterações do humor propriamente ditas são substituídas por queixas somáticas múltiplas. No decurso do diagnóstico e tratamento médico verifica-se que estas queixas frequentemente não são acompanhadas de anomalias anatómicas ou fisiológicas ou então são desproporcionadas em relação à gravidade de tais anomalias. A identificação desta síndrome é particularmente difícil em doentes cujas queixas somáticas se associam a nítidas causas físicas, o que ocorre com frequência em pessoas idosas. A variante de depressão *major* exibida neste caso difere de perturbação de somatização com humor deprimido: (1) no número de sintomas, (2) na história clínica e, (3) na presença de traços neurovegetativos de depressão.

Finalmente, a *depressão com alteração cognitiva*, por vezes denominada de *síndrome demencial de depressão* ou *pseudodemência depressiva* é uma forma comum de depressão em idosos, principalmente nos deprimidos que se encontram hospitalizados (Spar & LaRue, 1998). Pode ser bastante difícil fazer a distinção entre esta condição e as fases iniciais de demência tipo Alzheimer ou vascular. Estes doentes podem apresentar cuidados pessoais deficientes, postura de abatimento e contacto visual pobre, dramatizando os seus défices cognitivos consideráveis no exame de estado mental. Contudo, é típico estes doentes não apresentarem comportamentos grosseira-mente perturbados.

Um estudo epidemiológico realizado por Santos, Sobral, Costa e Ribeiro (2003), cujos objectivos principais foram a aplicação de um instrumento especificamente construído para o diagnóstico da depressão na população portuguesa (Entrevista Clínica e Diagnóstico da Depressão no Idoso - ECDDI) no sentido de fazer um diagnóstico preciso e fiável da depressão geriátrica, nomeadamente em contexto institucional e comunitário, verificou numa

amostra constituída por 211 indivíduos que a prevalência de depressão para a amostra institucionalizada era de 54,6% e, para a amostra a residir na comunidade, de 67,9%. Além disso, verificou-se uma maior percentagem de deprimidos entre os indivíduos separados ou viúvos mas apenas na amostra a viver na comunidade. Não foram encontradas diferenças em ambos os grupos ao nível do género, idade, habilitações literárias, situação económica mensal e religião.

Este estudo permitiu constatar que a depressão é uma perturbação psiquiátrica extremamente prevalecente e, de acordo com os dados, uma maioria da população idosa encontra-se deprimida, quer a institucionalizada, quer a que reside na comunidade. Por sua vez, na população deprimida, independentemente do contexto (instituição ou comunidade), a maioria apresenta critérios de diagnóstico para depressão *minor*, sendo esta prevalência significativamente superior na comunidade. Quanto à depressão *major*, o estudo não replica os resultados da literatura que revelam que a depressão é mais prevalente nos idosos institucionalizados, já que os resultados indicam valores equivalentes para os dois contextos. O estudo aponta ainda para o facto da clínica da depressão nos idosos (na sua generalidade) ser mais variada e atípica do que no adulto jovem, i.e. as pessoas idosas apresentam frequentemente sintomas depressivos não contemplados pelas categorias diagnósticas das classificações tradicionais (DSM-IV e ICD-10). A consideração destes sintomas poderá contribuir de forma significativa para uma diminuição da elevada prevalência de casos subdiagnosticados e, concomitantemente, não tratados. Finalmente, nas pessoas idosas, o facto dos sintomas clássicos se encontrarem muitas vezes mascarados e se verificarem a expressão de outros, muitas vezes de natureza física, a solução para um diagnóstico e intervenção efectiva na depressão geriátrica deve passar, por dar particular atenção à incapacidade funcional e às questões relacionadas com a qualidade de vida provocadas por uma depressão nesta idade.

Outro estudo nacional (Rodrigues & Leal, 2004) procurou conhecer a dimensão e especificidade das limitações da depressão na Qualidade de Vida (QV). Os resultados obtidos vão, segundo os autores, ao encontro de outros estudos já realizados, em que a depressão se encontra associada a níveis mais reduzidos de QV entre as pessoas idosas. Os mesmos resultados confirmam a natureza debilitante da depressão na terceira idade e realçam a importância de conferir uma atenção diferenciada à depressão e à QV nas intervenções destinadas aos idosos. A identificação, diagnóstico e tratamento precoce da depressão são decisivos na promoção da QV, autonomia e níveis de funcionamento no idoso (Rodrigues & Leal, 2004).

©psicosoma

Ansiedade

A ansiedade constitui uma manifestação de actividade emocional ou afectiva em que predominam sentimentos de colorido desagradável, como o mal-estar e a apreensão, a preocupação e a expectativa, a intranquilidade e o desamparo. Como fenómeno psicológico, representa um dos mecanismos de adaptação do organismo às circunstâncias de stress e de tensão e, nesse sentido, é útil para a aprendizagem do ser humano (Fonseca, 1997).

Geralmente a ansiedade e perturbações associadas surgem de forma mais significativa no início da idade adulta. Os sintomas podem persistir na idade adulta ou velhice, embora um primeiro episódio em idade avançada levante a hipótese de perturbação depressiva *major* ou doença orgânica (Gill, 2007).

Brynes (2000) considera que as desordens de ansiedade são menos comuns e menos severas nas pessoas com mais de 65 anos, no entanto, refere que 20% dos idosos reporta sintomas de ansiedade. Byrne (2002) faz referência a diferentes estudos que apresentam resultados contraditórios, nomeadamente que os idosos apresentam mais sintomas de ansiedade que os jovens e que a ansiedade tende a aumentar com o avançar da idade. Um estudo levado a cabo nos Estados Unidos (Himmelfarb & Murrell, 1984) concluiu que a ansiedade varia inversamente com a educação e o nível socioeconómico. Igualmente, o estudo concluiu que 17% de homens e 22% de mulheres idosas apresentavam níveis de ansiedade que exigiam tratamento.

Estas discrepâncias em termos de resultados podem dever-se à diferença de instrumentos e aos critérios utilizados pelos autores na identificação da ansiedade.

As perturbações psiquiátricas tornam-se mais comuns com o avançar da idade devido à elevada prevalência de doenças orgânicas e sistémicas que podem causar síndromes cerebrais orgânicos por os idosos estarem mais vezes sujeitos a stress emocional e perdas. Uma pesquisa efectuada no âmbito do *Berlin Aging Study* (BASE) revelou uma prevalência geral da ansiedade na comunidade idosa de 4,5%, uma prevalência mais elevada no grupo de idosos mais novos (70-84 anos) de 4,3% quando comparados com os idosos mais velhos (85-103 anos) que foi de 2,3%. As mulheres apresentam percentagens superiores aos homens (4,7% e 2,9%, respectivamente). Independentemente do nível nosológico, 52,3% dos idosos referiram um ou mais sintomas de ansiedade (Schaub & Linden, 2000).

A contribuição das perturbações de ansiedade para o espectro das doenças mentais parece decrescer com a idade, embora os sintomas de ansiedade sejam uma experiência quase diária na vida dos idosos. Apesar

deste declínio, a ansiedade, nas suas variadas formas, surge como um dos problemas psiquiátricos mais comuns experienciados pelos indivíduos idosos. No entanto, as desordens de ansiedade mantêm-se sub-diagnosticadas e tratadas pelos profissionais de saúde. Um dos motivos é a dificuldade em obter, com exactidão, um diagnóstico já que frequentemente os profissionais de saúde deparam-se com uma situação de depressão e/ou demência e psicose de início tardio (Byrne, 2002; Whitbourne, 2005; Pachana, 2006; Gill, 2007).

Brynes (2000) considera que sintomas ansiosos podem advir de problemas físicos ou constituírem efeitos secundários de alguns medicamentos. Dificuldades respiratórias, arritmia cardíaca e tremores podem também simular sintomas ansiosos.

Segundo Gill (2007), a sintomatologia da ansiedade no idoso pode ser de dois tipos: mental e física. A sintomatologia mental inclui apreensão/ preocupação ("flutuante" ou focada); défice de concentração; irritabilidade; insónia (sobretudo inicial). Por sua vez, a sintomatologia física inclui sintomas: cardiovasculares (taquicardia, palpitações), respiratórios (dispneia ou dor no peito), gastrointestinais (boca seca, náuseas, anorexia, disfagia ou diarreia), tensão muscular (cefaleias de tensão), fadiga, tonturas, suores, tremor, frequência de micção aumentada, rubor facial e peitoral

Vários autores (Byrne, 2002, Whitbourne, 2005; Gill, 2007) defendem a existência de seis categorias de desordens de ansiedade que podem ocorrer no idoso:1) Desordem de Ansiedade Generalizada ; 2) Perturbação de Pânico 3) Fobia específica 4) Fobia social 5) Perturbação obsessivo-compulsiva 6) Perturbação de Stress Pós-Traumático (PTSD).

Flint (1998) considera que a Desordem de Ansiedade Generalizada (GAD) e as fobias são as desordens de ansiedade mais comuns nas pessoas idosas. No entanto, segundo o mesmo autor, a GAD é menos prevalente nas pessoas idosas, comparativamente com outras faixas etárias. A GAD que é co-mórbida com outras desordens psiquiátricas apresenta uma prevalência de 4% nos idosos residentes na comunidade, enquanto que, isoladamente, é só de 1%. Byrne (2002) e Flint (2005) consideram que na velhice, a GAD apresenta co-morbilidade com a depressão *major*.

A etiologia da ansiedade na velhice permanece, na maioria dos casos, ainda obscura. A elevada prevalência de desordens de ansiedade em doentes com demência ou após um AVC pode sugerir, pelo menos em alguns casos, factores orgânicos subjacentes. No entanto, o declínio da prevalência destas desordens com o aumento de idade parece sugerir a presença de factores protectores associados ao envelhecimento (Jorm, 2000). Um possível

©psicosoma

factor protector biológico diz respeito à redução da resposta do sistema noradrenérgico aliado à preservação da actividade inibitória do sistema GABA (Gamma Aminobutyric Acid) no sistema nervoso central. A perspectiva psicológica sugere que os idosos podem ter sido inoculados contra os efeitos ansiogénicos dos acontecimentos de vida adversos, através da exposição repetida aos mesmos ao longo da vida (Byrne, 2002).

Segundo Spar e LaRue (1998), a pessoa idosa pode percepcionar os sintomas de ansiedade como inerentes a condições médicas, e não os identificar como separados e tratáveis. Paralelamente, os profissionais de saúde podem não estar preparados para diagnosticar sintomas psicológicos em pacientes que apresentam patologia física. Como habitualmente os indivíduos idosos apresentam poucas queixas ao nível do sofrimento mental, doentes idosos com ansiedade dirigem a sua atenção mais para os sintomas físicos do que para o estado subjectivo propriamente dito.

A ansiedade pode ser concomitante com outras perturbações psiquiátricas, assim como com vários problemas médicos:

- Cardiovasculares/Respiratórios (ex. asma, arritmias cardíacas, DPOC, falência cardíaca congestiva, insuficiência coronária, HTA),
- Endócrinos (ex. síndrome de Cushing, hipertiroidismo, hipotiroidismo, hipoglicémia, menopausa),
- Neurológicos (ex. epilepsia, doença de Huntington, esclerose múltipla, demência, *delirium*),
- Toma de Substâncias (ex. intoxicações- anticolinérgicos, aspirina, cafeína, cocaína, alucinogénios, esteróides, simpatomimético- ou síndromes de privação- álcool, sedativos/hipnóticos).

Segundo Pachana e colaboradores (2006), não é clara a forma como a ansiedade pode ser diferenciada da simples preocupação, nos idosos. De facto, a ansiedade é importante para o funcionamento normal e adaptativo do idoso e a sua ausência não é vista como normal ou desejável. No entanto, não é claro o ponto a partir do qual a ansiedade deve ser considerada patológica e/ou desadaptativa nos idosos. Os autores afirmam igualmente que a ansiedade contribui significativamente para a morbilidade psicológica, para uma quebra no funcionamento geral do indivíduo e para a concomitante diminuição da qualidade de vida. São necessárias mais investigações nesta área a fim de se conhecer o verdadeiro impacto da ansiedade na velhice (Pachana et al., 2006).

Qualidade De Vida

A Qualidade de Vida é considerada um aspecto fundamental na definição de metas a atingir no envelhecimento activo, preconizado pela Organização Mundial de Saúde (2002). Envelhecer com sucesso implica ser competente e empenhado na vida (Paúl, 2005b). Segundo a OMS (2002), *envelhecimento activo* diz respeito ao processo de optimização de oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objectivo de melhorar a qualidade de vida, à medida que as pessoas envelhecem. Este conceito aplica-se tanto a indivíduos como a grupos populacionais e permite às pessoas perceber o seu potencial, ao longo da vida na obtenção do bem-estar físico, social e mental, participando da sociedade de acordo com as suas necessidades, desejos e capacidades. Ao mesmo tempo, o conceito de envelhecimento activo propicia protecção, segurança e cuidados adequados, quando necessários.

Segundo a OMS (2002), o objectivo do envelhecimento activo é aumentar a expectativa de uma vida saudável e de qualidade de vida para as pessoas que vão envelhecendo, incluindo aqueles que apresentam fragilidades, os que se encontram fisicamente incapacitados e aqueles que requerem cuidados vários. Manter a autonomia e independência durante o processo de envelhecimento é uma meta fundamental para os indivíduos, famílias e sociedade.

A associação entre envelhecimento e qualidade de vida é algo que adquire uma importância cada vez maior nas sociedades ocidentais contemporâneas. O conceito de qualidade de vida é visto como nuclear no campo da atenção às pessoas idosas constituindo um dos principais indicadores que se deve ter em atenção na avaliação da condição de vida dos idosos. Castellón (2003) a esse respeito, considera que existem várias formas de conceptualizar a qualidade de vida na velhice: a) como qualidade em termos das condições de vida (componente objectiva); b) como satisfação pessoal com as condições de vida (componente subjectiva); c) combinando as condições de vida e a satisfação; d) combinando as condições de vida e a satisfação pessoal segundo os critérios do próprio sujeito, em função da sua escala de valores e aspirações pessoais.

Num estudo realizado com a população idosa espanhola, Castellón, (2003) constatou que 2/3 dos entrevistados valorizavam como aspectos mais importantes para a qualidade de vida, a saúde e a autonomia, enumerando ao mesmo tempo aqueles que são os índices de qualidade de vida mais críticos para a população espanhola (provavelmente também para a portuguesa): i) saúde, ii) integração social, iii) capacidades funcionais (que permitem manter a independência nas actividades de vida diária), iv) actividade (relativa

©psicosoma

à ocupação do tempo em actividades que dêem satisfação), v) qualidade ambiental (em termos da qual e do local onde se habita), vi) satisfação com a vida, vii) educação, viii) recursos económicos e ix) acesso a serviços sociais e de saúde.

Existe uma diversidade de definições de Qualidade de Vida (QV), no entanto aquela que parece mais consensual é a proposta pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 1994) através da sua divisão de Saúde Mental que define a ualidade de vida como a percepção do individuo sobre a sua posição na vida, considerando o contexto cultural e valores, ao nível dos seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações.

A conceptualização da Qualidade de Vida é uma tarefa difícil, tendo em vista o seu carácter subjectivo, a sua complexidade e as suas várias dimensões. A QV de um indivíduo depende de factores intrínsecos e extrínsecos, variando de pessoa para pessoa e estando sujeito a influências do seu quotidiano, do meio onde vive, dos seus hábitos e estilo de vida.

A QV além de diferir de indivíduo para indivíduo, está sujeita a sofrer alterações ao longo da vida. Os factores que determinam a QV das pessoas são inúmeros, e a combinação destes resulta numa rede de fenómenos e situações que, de uma forma abstracta, pode ser chamada de QV. Geralmente os factores associados á QV são o estado de saúde, a longevidade, a satisfação no trabalho, o salário, o lazer, as relações familiares, o ânimo, o prazer e a espiritualidade (Nahas, 2001).

A Qualidade de Vida inclui um largo espectro de áreas de vida. Os modelos de QV vão desde a "satisfação com a vida" ao "bem-estar social", a modelos baseados em conceitos de independência, controle, competências sociais e cognitivas (Sousa, Galante & Figueiredo, 2003). A QV na velhice tem sido, muitas vezes, associada a questões de dependência-autonomia. As dependências observadas nas pessoas idosas resultam tanto de alterações biológicas (deficiências ou incapacidade) como de mudanças nas exigências sociais (desvantagens) e, frequentemente, as últimas parecem determinar as primeiras. Baltes e Silvenberg (1995) descrevem três tipos de dependência:

i) Estruturada - onde o significado do valor do ser humano é determinado, em primeiro lugar, pela participação no processo produtivo (na velhice salienta-se a dependência gerada pela perda do trabalho);

ii) Física - incapacidade funcional individual para realizar actividades de vida diária;

iii) Comportamental - antecedida frequentemente por dependência física e socialmente induzida independentemente do nível de competência do idoso.

A Qualidade de Vida é considerada um dos principais indicadores de adaptação ao envelhecimento e a sua compreensão configura-se muito como uma experiência fenomenológica, multidimensional que ultrapassa largamente a problemática da saúde (Paúl et al., 2005). Bowling, Gabriel, Dykes, Dowding, Evans, Fleissig, et al;(2003) concluíram, a partir de um rastreio sobre qualidade de vida da população idosa no Reino Unido, que os aspectos mais valorizados pelas pessoas idosas a residir na comunidade eram: i) ter boas relações com a família e os amigos, ii) desempenhar papéis sociais, como *hobbies* e voluntariado; iii) ter boa saúde e funcionalidade; iv) viver numa boa casa numa zona simpática e de boa vizinhança e, v) ter uma visão positiva da vida e manter controlo e independência.

A saúde continua a ser uma área fulcral da QV, particularmente para as pessoas idosas. A introdução do conceito da QV, nomeadamente na área da saúde, deve-se à mudança do modelo biomédico para o modelo biopsicossocial. A necessidade de perspectivar as intervenções médicas, não só do ponto de vista curativo, mas do ponto de vista da promoção do bem-estar do paciente, deveu-se muito à prevalência das doenças crónicas, que surgem com grande incidência na população idosa (Paúl & Fonseca, 2001).

Apesar do processo de envelhecimento não estar, necessariamente, relacionado com doenças e incapacidades, as doenças crónicas degenerativas são frequentemente encontradas em pessoas idosas. O aumento do número de doenças crónicas está directamente relacionado com maior incapacidade funcional e menor QV (Stuck et al., 1999; Menéndez et al., 2005; Alves et al., 2007; Maciel & Guerra, 2007). Para o idoso, a repercussão de uma doença, mesmo não mortal nem particularmente debilitante, é com frequência maior do que no adulto jovem. Veja-se, a título de exemplo, o caso da recuperação de uma fractura do fémur, na sequência de uma queda, que tem consequências nefastas a nível dos vários sistemas fisiológicos levando à imobilização temporária podendo determinar uma incapacidade definitiva num idoso, não sendo provável que tal aconteça num adulto jovem que sofra o mesmo acidente (Paúl, 2005).

Relativamente a estudos nacionais salientamos a importância do estudo INDID (INDependência em IDosos) realizado em Portugal (Botelho, 2005) no qual foi efectuada uma avaliação multi-dimensional de carácter funcional, biológico, mental e social em idosos de ambos os sexos, residentes em domicílio familiar, com seguimento médico em regime ambulatório que não apresentavam doença aguda ou grave. Foram estudados vários parâmetros, nomeadamente, a autonomia física e instrumental, a locomoção, a actividade física, a auto-avaliação da saúde, as queixas de saúde, a demência, a rede social, a classe social, a observação antropométrica, os parâmetros plasmáticos,

©psicosoma

a força de preensão e, a composição corporal. A metodologia empregue permitiu fazer a descrição padronizada das características funcionais, biológicas, mentais e sociais da amostra estudada. Dos dados obtidos para o conjunto da amostra verificou-se: (a) a grande maioria dos idosos era independente em locomoção e apresentava um estado não demenciado ; (b) mais de metade dos idosos apresentava um estado de nutrição dentro da normalidade embora com tendência para o excesso de peso, mantendo um estado não deprimido, alguma actividade física e autonomia nas actividades de vida diária; (c) cerca de metade da amostra tinha acompanhamento social (encontrando-se a outra metade bastante isolada) e era autónoma nas actividades instrumentais de vida diária; (d) uma pequena minoria era de classe social média ou alta e era assintomática.

Na análise dos grupos quanto ao sexo e idade, é importante ressaltar as seguintes constatações: (a) a simultaneidade de ser mulher e pertencer a faixa etária mais elevada estavam associadas a maior isolamento social., (b) o facto de ser mulher estava associado também a depressão e dependência nos auto-cuidados devido a incontinência urinária; (c) os mais velhos tinham maior prevalência de demência; (d) a perturbação da locomoção e da autonomia instrumental não apresentava relação com o género e/ou idade. Este estudo enfatiza a importância duma atitude activa conducente à implementação de uma avaliação habitual da funcionalidade das pessoas idosas, no sentido de fazer no acompanhamento preventivo e de reabilitação dos idosos à medida que envelhecem.

Alguns idosos com incapacidade funcional são capazes de produzir e manter o equilíbrio e consequentemente experienciar altos níveis de qualidade de vida, enquanto outros não são capazes de lidar com suas condições de saúde e apresentam recursos limitados, baixo conhecimento e constrangimentos ambientais (Rabelo & Neri, 2005).A manutenção da competência depende, então, da selecção dos domínios em que o indivíduo apresenta melhor nível de funcionamento, optimizando-os mediante estratégias de treino e prática, garantindo assim, a compensação das perdas.

Em Portugal, existem dois estudos recentes realizados na população portuguesa com vista a analisar a qualidade de vida dos indivíduos idosos: "Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: Um estudo exploratório da população portuguesa" de Sousa, Galante e Figueiredo (2003) e o "Perfil psicossocial de idosos urbanos e rurais em Portugal" de Paúl, Fonseca, Martin e Amado (2005). Relativamente ao estudo de Sousa, Galante e Figueiredo (2003), numa amostra de 1.665 sujeitos com 75 e mais anos utilizando o instrumento EASYCare (sistema de Avaliação dos Idosos) a conclusão principal a que as autoras chegaram foi que a qualidade de vida, para a maioria

dos idosos, é considerada bastante positiva, e só uma minoria apresentou problemas de diminuição cognitiva grave ou dependência. O estudo mostrou que muitos idosos alcançam um envelhecimento bem sucedido. O segundo estudo foi realizado em Portugal por Paúl e colaboradores (2005) e procurou conhecer o perfil psicossocial dos idosos portugueses e, entre outras variáveis, avaliou a qualidade de vida dos sujeitos. A população estudada era composta por idosos a residir em meio rural e urbano (equitativamente distribuídos) num total de 234 sujeitos (90 homens e 143 mulheres) com uma média etária de 75 anos. Os autores verificaram: i) o nível de autonomia era o melhor preditor da qualidade de vida uma vez que, embora com pesos diferentes, estava associado a todos os domínios considerados; ii) a idade era uma variável preditora da QV física e psicológica; iii) ter confidentes era uma variável associada a todos os domínios da QV (excepto a física), enquanto os amigos prediziam a QV social e ambiental., iv) o nível de educação foi um preditor da QV física e psicológica; v) o rendimento um bom preditor da QV ambiental e vi) a solidão o único domínio da satisfação de vida que surgiu como preditor negativo da QV (excepto no domínio ambiental em que não é preditor.

O retrato dos idosos, a residirem na comunidade, apresentou um conjunto de indivíduos com baixo nível de escolaridade possuindo rendimentos muito reduzidos, com implicações na satisfação de vida psicológica e na avaliação da qualidade de vida. A leitura dos dados obtidos apontaram para uma baixa saúde percebida mas uma elevada qualidade de vida. Segundo os autores (Paúl et al., 2005) se a mudança efectiva na satisfação de vida dos idosos parece mais difícil de promover (no sentido da sua melhoria), já as associações verificadas entre a qualidade de vida e variáveis contextuais (físicas e sociais) apontam para caminhos promissores quanto às possibilidades para a sua promoção numa perspectiva comunitária. Aumentar o nível de educação e rendimento, o acesso à saúde e aos serviços, bem como a integração social, podem ser respostas claras no sentido de implementar o envelhecimento activo e a qualidade de vida.

Num estudo Português (Pereira, Roncon & Carvalho 2009) numa amostra constituída por pessoas idosas a residir na comunidade, maioritariamente feminina e com uma média de idades de 74,5 anos, com baixa escolaridade, em que 30% se encontrava activo profissionalmente, 80% possui rendimentos acima dos 250,00€, e 60% dos sujeitos podiama ser considerados dependentes ao nível das actividades instrumentais de vida diária, verificou-se (AIVD), que metade dos idosos avaliou a sua *qualidade de vida* como "Muito boa" ou "Boa". As mulheres apresentaram pior qualidade de vida nos diferentes domínios e maior índice de depressão e ansiedade.

©psicosoma

As variáveis preditoras da a qualidade de vida foram o género, a capacidade funcional, o número de patologias, a depressão, a ansiedade e o stress familiar.

Quanto à m*orbilidade psicológica*, 72% dos idosos não apresentou depressão, 19% apresentou depressão ligeira a moderada e 9% depressão grave. Relativamente à ansiedade, os resultados obtidos indicavam que 52,4% apresentava desordem de ansiedade.

Ao nível das *Relações Familiares*, os resultados obtidos indicaram que 77% dos idosos demonstrou ausência de *stress familiar* e 23% apresentou stress familiar clinicamente significativo. Os idosos dependentes apresentam valores mais elevados de stress familiar e verificou-se uma relação positiva entre stress familiar e depressão bem como uma relação negativa entre stress familiar e qualidade de vida.

Ao nível da *Capacidade Funcional* verificaram-se diferenças entre os grupos dos idosos dependentes e independentes, em termos de depressão, stress familiar e qualidade de vida. Não foram encontradas diferenças ao nível da ansiedade. Os idosos independentes apresentam melhor qualidade de vida em todos os domínios, quando comparados com os idosos dependentes embora os idosos dependentes apresentam maior índice de ansiedade que os idosos independentes.

O estudo com idosos a residir na comunidade (Pereira, Roncon & Carvalho) enfatiza a importância da depressão como variável que mais contribui negativamente para a qualidade de vida, em todos os domínios considerados. Dado que a depressão é uma condição patológica não obrigatoriamente inerente ao processo de envelhecimento, passível de tratamento e de remissão de sintomas, torna-se importante a intervenção na depressão o mais precocemente possível pois tal facto pode conduzir a um importantíssimo passo na promoção da qualidade de vida das pessoas idosas. Por outro lado, a avaliação da funcionalidade ao nível das actividades instrumentais de vida diária nas pessoas idosas é também crucial. Pelo facto de as dificuldades ao nível destas actividades serem as primeiras a surgir e anteciparem, habitualmente, a dependência ao nível mais básico, com repercussões mais abrangentes na qualidade de vida do idoso, torna-se importante estabelecer mecanismos que permitam a detecção precoce deste tipo de incapacidade. O processo de envelhecimento não pode ser visto como inevitavelmente patológico e a promoção da autonomia deve ser um objectivo centralizador das intervenções dirigidas a esta população.

As instituições para idosos, nomeadamente os centros de dia, muito comuns no nosso país e com grande adesão por parte das pessoas idosas, principalmente nos centros urbanos não têm sofrido grande evolução ao longo dos anos, centrando a sua acção principal na satisfação de necessidades

básicas do idoso, no acompanhamento social e na implementação de actividades de lazer. Não pretendendo subvalorizar o interesse destas áreas e a sua contribuição para a qualidade de vida dos indivíduos, consideramos que estes contextos devem canalizar a sua intervenção para a promoção da qualidade de vida dos utentes, passando os profissionais a estar mais sensibilizados para a identificação de situações de sofrimento psicológico e encaminhamento para o tratamento adequado. O cumprimento deste objectivo obriga a equipas mais diferenciadas em que vários profissionais de saúde, psicólogos, assistentes sociais, entre outros, bem como os técnicos possam trabalhar em conjunto, no sentido de reforçar a autonomia do idoso e evitando, ou pelo menos adiando, a sua institucionalização.

©psicosoma

Referências

Aberg, A., Sidenvall, B., Hepworth, M., O´Reilly, K., & Lithell, H. (2005) On loss of activity and independence, adaptation improves life satisfaction in old age- a qualitative study of patients perceptions. Quality of Life Research, 14, 1111-1125.

Alea, N., Bluck, S., & Semegon, A. (2004). Young and older adults´expression of emotional experience: do biographical narratives tell a different story? *Journal of Adult Development*, 11 (4), 235-250.

Alves, L., Leimann, B., Vasconcelos, M.E., Carvalho, M., Vasconcelos, A., Fonseca, T., Lebrão, M.L., & Laurenti, R. (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.

Azeredo, Z. (2001). Como despende o idoso o seu tempo. *Revista Geriatria*, 131 (14), 14-21.

Baldwin, R., & Wild, R. (2004). Management of depression in later life. *Advances in Psychiatric Treatment*, 10, 131-139.

Baltes, M., & Silverberg, S. (1995). A dinâmica dependência-autonomia no curso da vida. In A. Neri (ed.), *Psicologia do Envelhecimento* (pp. 73-110). Campinas, Papirus.

Bergdahl, E., Gustavsson, J., Kallin, K., Wagert, P., Lundman, B., Buch, G., et al; (2005). Depression among the oldest old: The Umea 85+ Study. *International Psychogeriatrics*, 17 (4), 557-575.

Blazer, D.G. (2002). *Depression in Late Life*. USA: Springer Publishing Company Inc.

Botelho, A. (2005). A Funcionalidade dos Idosos. In C. Paúl & A. M. Fonseca (Coords.), *Envelhecer em Portugal* (pp. 111-135). Lisboa, Climepsi.

Bowling, A., & Farquhar, M. (1996). Outcome of anxiety and depression at two and a half years after baseline interview: associations with changes in psychiatric morbidity among three samples of elderly people living at home. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 11, 119-129.

Bowling, A., Gabriel, Z., Dykes, J., Dowding, L., Evans, O., Fleissig, A., et al; (2003). Let´s ask them: a national survey of definitions of quality of life and its enhancement among people aged 65 and over. *International Journal of Aging and Human Development*, 56 (4), 269-306.

Brito, L. (2002). *A Saúde Mental dos prestadores de cuidados a familiares idosos*. S/e. Coimbra: Quarteto Editora.

Brynes, G. (2000). *Impact of anxiety disorders in seniors*. In www.healthtplace.com. Consultado em 30.05.08.

Byrne, G. (2002). What happens to anxiety disorders in later life? *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24 (I), 74-80.

Cabete, D. G. (2005). *O Idosos, a doença e o Hospital - O Impacto do internamento Hospitalar no estado Funcional e Psicológico das Pessoas Idosas*. Loures: Lusociência, 5-19.

Cardoso, F. A. (2000). *Ancianidade: Contribuição para a Validação da Qualidade de Vida de uma População Urbana*. Porto. Dissertação de Candidatura ao grau de Doutor em Saúde Comunitária, apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.

Castellón, A. (2003). Calidad de vida en la atentión al mayor. *Revista Multidisciplinar de Gerontologia*, 13 (3), 188-192.

Cavanaugh, J.C. (1993). *Adult Development and Aging* (2nd. Ed.), USA, Brooks/Cole Pub.

Chi, I., & Chou, K.L. (2000). Depression predicts cognitive decline in Hong Kong Chinese older adults. *Aging & Mental Health*, 4 (2), 148-157.

Cohler, B. J., & Altergott, K. (1994). The Family of the Second Half of Life: Connecting Theories and Findings. In R. Blieszner e V. H. Bedford (eds.), *Aging and the Family: Theory and Research* (pp.119-130). USA, Praeger Publishers.

Corrêa, A. C. (1996). Envelhecimento, depressão e doença de Alzheimer. Health, Belo Horizonte.

Costa, A. (2005). A Depressão nos Idosos Portugueses. In C. Paúl e A. M. Fonseca (Coords.), *Envelhecer em Portugal* (pp. 157-176). Lisboa, Climepsi.

Costa, M. A. M. (1998). Enfermeiros. *Dos Percursos de Formação à Produção de Cuidados*. Lisboa: Fim do Século, 159.

Couvreur, C. (2001). *A qualidade de vida: arte para viver no século XXI*. Loures: Lusiciência

Figueiredo, D. (2007). *Cuidados familiares ao idoso dependente*. Lisboa, Climepsi.

Flint, A. J. (1998). Management of anxiety in later life. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 11 (4), 194-200.

Flint, A.J. (2005). Generalized anxiety disorder in elderly patients: epidemiology, diagnosis and treatment options. *Drugs & Aging*, 22 (2), 101-114.

Fonseca, A. F. (1997). *Psiquiatria e Psicopatologia*. Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian.

Fonseca, A. M. (2005). *Desenvolvimento humano e envelhecimento*. Lisboa: Climepsi.

Fonseca, A.M. (2006). *O Envelhecimento: Uma abordagem psicológica. Porto*, Universidade Católica Ed.

Fonseca, A.M., Paúl, C., Martín, I., & Amado, J. (2004). *Condição Psicossocial de Idosos Rurais numa Aldeia do Interior de Portugal*. Comunicação apresentada no II Congresso de Estudos Rurais- Periferias e Espaço Rurais. Angra do Heroísmo.

Garcia, L. M. A. (1993). Dependência em Idosos. *Nursing: Revista Técnica de Enfermagem*, 78 (7), 8-11.

Gill, D. (2007). *Hughes´outline of modern psychiatry* (5th Ed.) New York, Wiley.

Gournellis, R., Lykouras, L., Fortos, A., Oulis, P., Roumbos, V., & Christodoulou, G.N. (2001). Psychotic (delusional) major depression in later life: A clinical study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 16, 1085-1091.

Grimer, K., Moss, J., & Falco, J. (2004). Becoming a carer for an elderly person after discharge from an acute hospital admission. *The Internet Journal of Allied Sciences and Practice*, 2 (4), Consultado em 12/02/08.

©psicosoma

Hareven, T. (2001). Historical Perspectives on Aging and Family Relations. In R. Binstock & L. George (Eds.), *Handbook of Aging and Social Sciences*, 5th Edition (pp. 141-159). San Diego, Academic Press.

Himmelfarb, S., & Murrell, S.A. (1984). The prevalence and correlates of anxiety symptoms in older adults. *Journal of Psychology*, 116, 159-167.

Imaginário, C. M. I. (2003). *O idoso dependente em contexto familiar*. S/e. Coimbra: Formasau.

Jones, E.D., & Beck-Little, R. (2002). The use of reminiscence Therapy for the treatment of depression in rural-dwelling older adults. *Issues in Mental Health Nursing*, 23 (3), 279-290.

Jorm, A.F. (2000). Does old age reduce the risk of anxiety and depression?A review of epidemiological studies across the adult life span. *Psychological Medicine*, 30 (1), 11-22.

Katona, C., & Shankar, K. (2004). Depression in old age. *Reviews in Clinical Gerontology*, 14, 283-306.

Lage, I. (2005). Cuidados familiares a idosos. In C. Paúl e A. M. Fonseca (Coords.), *Envelhecer em Portugal* (pp. 203-229). Lisboa, Climepsi.

Lang, K.(2004). Na illness in the family: Accounting for the complex effects of illness on other family members. American Journal of Managed care, 10,(5), 305-306.

Lawton, M. (1982). Competence, environmental press and adaptation. In M. Lawton, P. Windley, T. Byerts (Eds.). *Aging and the Environment: Theorethecal Approaches*, Nova Iorque, Springer.

Leonardo, M. I. O. F. D. (1995). O idoso e o ensino de Enfermagem. *Geriatria*. Lisboa, 8, 74, 25-27.

Maciel, A.C. & Guerra, R.O. (2007). Influência dos factores biopsicossociais sobre a capacidade funcional de idosos residentes no nordeste do Brasil. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 10 (2), 178-189.

Menéndez, J., Guevara, A., Arcia, N., León Díaz, E., Marín, C., & Alfonso, J. (2005). Enfermedades crónicas y limitación funcional en adultos mayores: estúdio comparativo en siete ciudades de América Latina y el Caribe. *Revista Panamericana de Salud Publica*, 17 (5-6), 353-361.

Montorio, I., & Izal, M. (1999). Cambios asociados al proceso de Envejecimiento, In M. Izal e I. Montorio (Eds), *Gerontologia conductual. Bases para la intervención y âmbitos de aplicatión* (pp. 141-158). Madrid, Editorial Sintesis.

Nahas, M.V. (2001). *Actividade física, saúde e qualidade de vida: Conceitos e sugestões para um estilo de vida activo*. Londrina: Midiograf.

Organização Mundial de Saúde (2006). *WHOQOL-Bref: Manual do Utilizador e Sintaxe*. OMS, Genebra.

Pachana, N.A., Byrne, G.J., Siddle, H., Koloski, N., & Arnold, E. (2006). *Geriatric Anxiety Inventory*. Brisbane, University of Queensland.

Parker, C.J., Morgan, K., & Dewey, M.E. (1997). Physical illness and disability among elderly people in England and Wales: the Medical Research Council Cognitive

Function and Ageing Study. The Analysis Group. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 51 (5), 494-501.

Paúl, C. (1991). *Percursos pela Velhice: Uma Perspectiva Ecológica em PsicoGerontologia*, Dissertação de candidatura ao grau de Doutor, Porto, ICBAS, Universidade do Porto.

Paúl, C. (2005a). Envelhecimento activo e redes de suporte social. *Sociologia*, 15, 275-287.

Paúl, C. (2005b). A Construção de um Modelo de Envelhecimento Humano, In C. Paúl e A. M. Fonseca (Coords.), *Envelhecer em Portugal* (pp. 22-41). Lisboa, Climepsi.

Paúl, C., & Fonseca, A. M. (2001). *Psicossociologia da Saúde*. Lisboa, Climepsi.

Paúl, C., Fonseca, A. M., Martin, I., & Amado, J. (2005). Satisfação e Qualidade de Vida em Idosos Portugueses, In C. Paul e A. M. Fonseca (Eds.), *Envelhecer em Portugal* (pp. 75-95). Lisboa, Climepsi Paúl et al., 2005)

Paúl, M.C. (1997). *Lá para o fim da vida: idoso, família e meio ambiente*. Coimbra: Almedina.

Pearlin, L., Aneshensel, C., Mullan, J., Whitlatch, C. (1995). Caregiving and its social support. In R. Binstock e L. George (eds.). *Handbook of Aging and Social Sciences*, 4th Edition (pp. 283-302). San Diego, Academic Press.

Pereira,M.G, Roncon, J. & Carvalho H. (2009). Envelhecimento e Saùde: Uma perspectiva Psicológica sobre idosos e cuidadores. In M.E. Leandro P. Nosse & V. Rodrigues (coord), Sáude e Sociedade: Os Contributos (In) Visiveis da Família. PsicoSoma Viseu.

Quaresma, M. L. (1996). *Cuidados Familiares às Pessoas Muito Idosas*. Lisboa, Direcção Geral da Acção Social/Núcleo Documentação Técnica e Divulgação.

Rabelo, D., & Neri, A. (2005). Recursos Psicológicos e ajustamento pessoal frente à incapacidade funcional na velhice. *Psicologia em Estudo*, 10 (3), 403-412.

Ribeiro, O. (2005). Quando o Cuidador é um Homem. In C. Paul e A. M. Fonseca (Coords.), *Envelhecer em Portugal* (pp. 231-254). Lisboa, Climepsi.

Rice, Robyn (2004). *Prática de Enfermagem nos cuidados Domiciliários*. S/ed. Loures: Lusociência.

Rodrigues, C., & Leal, I. (2004). Limitações da qualidade de vida e depressão em pessoas idosas. *Actas do 5º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp. 771-776). Lisboa, F. Calouste Gulbenkian.

Rolland, J. S. (1995). Doença crónica e o ciclo de vida familiar. In B. Carter e M. McGoldrick, Eds., *As mudanças no ciclo de vida familiar. Uma estrutura para a terapia familiar*, 2ª Ed (pp. 373-391). Porto Alegre, Artes Médicas.

Romano, B.W. (1999). *Princípios para a prática da psicologia clínica em hospitais*. São Paulo, Casa do Psicólogo.

Santos, F., Sobral, M., Costa, A., & Ribeiro, O. (2003). Estudo da prevalência da depressão numa população idosa institucionalizada. *Revista Portuguesa de Geriatria*, XV, 154, 10-27.

Saz, P., & Deway, M.E. (2001). Depression, depressive symptoms and mortality in persons aged 65 and over living in the community: a systematic review of the literature. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 16, 622-630.

Schaie, K.W., & Willis, S.L. (2002). *Adult Development and Aging* (5th Ed.). Upper Saddle River, Prentice Hall.

Schaub, R.T., & Linden, M. (2000). Anxiety and anxiety disorders in the old and very old- Results from the Berlin Aging Study (BASE). *Comprehensive Psychiatry*, 41 (2), 48-54.

Schulz, R., Drayer, R.A., & Rollman, B.L. (2002). Depression as risk factor for non-suicide mortality in the elderly. *Journal of Biological Psychiatry*, 52 (3), 205-225.

Silva, M. E. D. (2005). *Saúde Mental e Idade Avançada - Uma Perspectiva abrangente*. In C., Paul, & A. M. Fonseca. *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climepsi Editores.

Soneja, S., Nagarkar, K., & Dey, A.B. (2007). Indian Elderly: coping with cronic illness. *Journal of the Hong Kong Geriatrics Society*, 9 (1), 311-320.

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

Sousa, L., Galante, H., & Figueiredo, D. (2003). Qualidade de Vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. *Revista de Saúde Pública*, 37 (3), 364-371.

Spar, J. E. & LaRue, A. (1998). *Guia de Psiquiatria Geriátrica*. Lisboa, Climepsi.

Stek. M.L., Vinkers, D.J., Gussekloo, J., Beekman, A.T., van der Mast, R., & Westendorp, R. (2005). Is depression in old age fatal only when people feel lonely? *American Journal of Psychiatry*, 162, 178-180.

Stuck, A.E., Walthert, J.M., Nikolaus, T., Bula, C.J., Hohmann, C., & Beck, J.C. (1999). Risk factors for functional status decline in community-living elderly people: a systematic literature review. *Society Scientific Medicine*, 48 (4), 445-469.

Vega, J.L., & Bueno, B. (2000). *Desarrollo Adulto Y Envejecimiento*. Madrid, Sintesis Psicologia.

Whitbourne, S. K. (2005). *Adult Development & Aging: Biopsychosocial Perspectives* (2nd Ed).New York: Wiley

psicosoma
Livraria, Editora, Formação e Empresas

Parte VI: Bem envelhecer...

Zaida Azeredo