

Qualidade de Vida, Morbilidade Psicológica e *Stress* Familiar em Idosos Residentes na Comunidade

Joana Roncon¹
Sara Lima
Maria da Graça Pereira
Universidade do Minho

RESUMO - Este estudo procurou investigar as relações existentes entre morbilidade psicológica, stress familiar e qualidade de vida (QV) da pessoa idosa. A amostra foi constituída por 126 idosos. Os instrumentos utilizados foram: *The Lawton Instrumental Activities of Daily Living* (IADL), *Quality of Life* (WHOQOL-Bref), *Geriatric Anxiety Inventory* (GSI), *Geriatric Depression Scale* (GDS); e *Index of Family Relations* (IFR). Os resultados revelaram a importância da idade, estado civil, escolaridade e número de patologias assim como o género na capacidade funcional, morbilidade, stress familiar e QV. Ao nível dos preditores, a depressão foi a variável que mais contribuiu para a QV. Não foram encontradas variáveis moderadoras no modelo. A discussão e implicações dos resultados são abordadas bem como a intervenção psicológica nesta população.

Palavras-chave: qualidade de vida, morbilidade, stress familiar, idosos

Quality of Life, Psychological Morbidity and Family Stress in Elderly Residing in the Community

ABSTRACT - This study sought to understand the relationships among psychological morbidity, family stress and quality of life (QL) of elderly. The sample consisted of 126 elderly. The following instruments were used: the Lawton Instrumental Activities of Daily Living (IADL); Quality of Life (WHOQOL-Bref), Geriatric Anxiety Inventory (GSI), Geriatric Depression Scale (GDS), and the Index of Family Relations (IFR). Results revealed the importance of age, marital status, education and number of pathologies as well as gender on functional capacity, morbidity, family stress and QV. In terms of predictors, depression was the variable that contributed the most to QL. There were no moderating variables in the model. Discussion and implications of results are addressed as well as psychological interventions.

Keywords: quality of life, morbidity, family stress, elderly, community

Parece indiscutível o percurso para o envelhecimento da população mundial, particularmente nos países em desenvolvimento e industrializados. No entanto, a revolução demográfica que se encontra em curso, verifica-se também nos países em vias de desenvolvimento (World Health Organization, 2000; 2002; Hayward & Zhang, 2001).

A população portuguesa parece evoluir no mesmo sentido (INE, 2002). De acordo com os dados mais recentes do Instituto Nacional de Estatística (INE, 2007), assiste-se a um aumento da proporção de população idosa face à população total, sendo de 17,1% (1 810 100 indivíduos). Projeções do INE (2007) até ao ano 2050 revelam uma tendência para o acentuar do envelhecimento populacional para os quais contribuem os níveis de fecundidade abaixo do limiar de substituição de gerações, um contínuo aumento da esperança média de vida à nascença e um saldo migratório positivo mas moderado. Entre a população idosa, a percentagem de indivíduos com 85 e mais anos também continuará a aumentar, destacando-se a maior longevidade das mulheres. Esta realidade reconfigura os contextos sociais atuais, colocando novos desafios no âmbito das políticas sociais,

das dinâmicas familiares (Sousa, Figueiredo, & Cerqueira, 2004; Ocampo, 2005) e no campo da saúde (Araújo, Pais Ribeiro, Oliveira, Pinto, & Martins, 2008).

Estima-se que, entre as pessoas com 65 e mais anos, 80% destas apresentem pelo menos uma doença crónica (Benjamin & Cluff, 2001). Apesar do processo de envelhecimento não estar, necessariamente, relacionado com doenças e incapacidades, as doenças crónicas degenerativas frequentemente acometem as pessoas idosas. O aumento do número de doenças crónicas está diretamente relacionado com maior incapacidade funcional (Maciel & Guerra, 2007; Tavares & Dias, 2012). No geral, as patologias diagnosticáveis às pessoas idosas são múltiplas e tendem a manter um perfil de cronicidade. Se não controladas adequada e oportunamente, tendem a favorecer o aparecimento de complicações e sequelas, ou a agravar estados prévios de maior fragilidade que interferem com a autonomia e capacidade funcional dos indivíduos (Menéndez et al., 2005; Tavares & Dias, 2012).

A associação entre envelhecimento e qualidade de vida é algo que adquire uma importância cada vez maior nas sociedades ocidentais contemporâneas. O conceito 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

¹ Endereço para correspondência: Universidade do Minho, Escola de Psicologia, Departamento de Psicologia Aplicada, Campus de Gualtar Braga, Portugal. CEP: 4710-057. E-mail: joanaroncon@gmail.com

vida dos idosos (Castellón, 2003). Estudos realizados por Netuveli, Wiggins, Hildon, Montgomery e Blane (2005) vêm comprovar que o impacto causado na qualidade de vida do paciente pela incapacidade funcional consequente à doença crônica é quatro vezes superior à doença em si. 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; Tavares & Dias 2012).

A prevalência de sintomatologia depressiva em pessoas idosas parece ser um fenômeno culturalmente transversal (Baldwin & Wild, 2004). Aos fatores de risco habitualmente associados à perturbação depressiva associam-se alguns fatores 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 consideramos idosos institucionalizados ou a residir na comunidade (Blazer, 2002). Estudos realizados em idosos obtêm habitualmente valores entre os 4 e os 6% em termos de depressão, obtendo-se valores consideravelmente mais elevados quando a avaliação é realizada em contextos institucionais. Estudos realizados em instituições nos Estados Unidos da América indicam que 80% das pessoas institucionalizadas manifestam perturbações psicogeríatrias, 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%, sendo que, segundo os autores, os valores quase duplicam quando a amostra é constituída apenas por idosos institucionalizados.

A forma como a depressão evolui com a idade não é consensual. Bergdahl et al. (2005) apresentam resultados que mostram o aumento das taxas epidemiológicas da depressão, em idosos, quando comparada com outras faixas etárias no entanto outros estudos indicam existência de fatores protetores para a depressão derivados da idade, nomeadamente o facto da idade avançada estar associada a uma redução intrínseca na suscetibilidade para ansiedade e depressão, devido a uma redução na responsabilidade emocional, um aumento do controlo emocional e da imunidade psicológica a acontecimentos stressantes (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 fatores de risco associados, conduzindo ao aumento da percentagem de diagnóstico de episódio depressivo na velhice (Katona & Shankar, 2004).

As pessoas idosas com maior nível de sintomatologia depressiva apresentam maiores probabilidades de declínio no funcionamento cognitivo, quando comparados com menores níveis de sintomatologia (Blazer, 2002; 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). Um estudo de Rodrigues e Leal (2004) procurou conhecer a dimensão e especificidade das limitações da depressão na qualidade de vida (QV). Os resultados obtidos indicam 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 às pessoas idosas, considerando fundamental a identificação, diagnóstico e tratamento precoce da mesma.

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.

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 reportam sintomas da desordem. Uma pesquisa efetuada no âmbito do Berlin Aging Study (BASE) apresenta uma prevalência geral da ansiedade na comunidade idosa de 4,5%, com uma prevalência mais elevada no grupo de idosos mais novos (70-84 anos) (4,3%) do que nos idosos mais velhos (80-103 anos) (2,3%). As mulheres apresentam percentagens superiores aos homens (4,7% e 2,9%, respetivamente). Independentemente do nível nosológico, 52,3% dos idosos referiram um ou mais sintomas de ansiedade (Schaub & Linden, 2000).

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 Acidente Vascular Cerebral (AVC) podem sugerir, pelo menos em alguns casos, fatores orgânicos subjacentes (Jorm, 2000). 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 Spar e LaRue (1998), a pessoa idosa pode percecionar os sintomas de ansiedade como inerentes a condições médicas e não os identificar como autónomos e tratáveis.

O aumento de doenças crônicas e as vezes incapacitantes, favorecido pelo envelhecimento da população, pode ter consequências ao nível da dependência dos indivíduos, o que vai requerer, a médio e a longo prazo, suporte familiar, social e de saúde (Lage, 2005). A dependência e consequente prestação de cuidados afeta, sempre, o conjunto de redes relacionais. A dinâmica familiar sofre alterações, exigindo reajustamentos e deslocando relações de poder, dependência e intimidade, por vezes de forma progressiva (por ex. Demência), mas noutras de forma abrupta (por ex. AVC) (Figueiredo, 2007). As limitações impostas pela doença crônica podem ser vivenciadas, no seio da família, como fonte de stress familiar. A doença e a incapacidade funcional confrontam a família com a necessidade de se adaptarem às necessidades do membro doente, utilizando para isso novas estratégias adaptativas. Um estudo realizado por Turagabeci, Nakamura, Kizuki e Takehito (2007) demonstra que o

stress imposto ao idoso e à sua família pelo aumento da incapacidade funcional pode ser amortecido pelas relações vivenciadas ao nível da sua estrutura familiar.

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). Os dados da literatura indicam que as interações familiares podem ser consideradas como uma potencial fonte de apoio ou de stress para os idosos, ao lidarem com a doença crónica. A presença de uma estrutura familiar unida pode ter um impacto positivo para os indivíduos (Soneja, Nagarkar, & Dey, 2007).

Neste sentido, os objetivos do presente estudo foram avaliar as diferenças entre homens e mulheres ao nível da capacidade funcional, qualidade de vida e morbilidade psicológica, conhecer os preditores e moderadores da qualidade de vida física e psicológica bem como a influência da idade, estado civil, escolaridade, nível socioeconómico e número de patologias ao nível da capacidade funcional, qualidade de vida e morbilidade psicológica.

Método

Participantes

A amostra foi composta por 95 mulheres (75,4%) e 31 homens (24,6%), da população idosa urbana, apresentando uma média etária de 74,54 anos (D.P. 6,468) com um intervalo de variação de 65-91 anos, num total de 126 idosos. Destes, 43,7% são casados ou vive maritalmente e 42,9% dos idosos são viúvos, referindo 42% que residem com o cônjuge e 39,7% residem só. Os participantes tinham baixas habilitações, sendo que 7,1% são analfabetos e 67,5% tem o ensino primário. A maioria dos idosos é reformada (96,8%), no entanto 30% diz manter-se ativa, isto é, continua a desempenhar a sua atividade/profissão principal, sendo que 80% refere possuir rendimentos acima dos 250,00€.

A participação no estudo foi voluntária. Os critérios de exclusão incluíram: incapacidade de comunicação oral e escrita e défice cognitivo significativo, avaliado através do Mini Mental State Examination (MMSE). Pontuação menor ou igual a 15 pontos para iletrados, 22 pontos para idosos com 11 anos ou menos de escolaridade e 27 pontos para pessoas com mais de 11 anos de escolaridade (Folstein, Folstein & McHugh, 1975; Versão Portuguesa de Guerreiro et al., 1994).

Instrumentos

Índice de Relações Familiares (Hudson, 1993). Trata-se de uma medida que avalia a severidade ou magnitude dos problemas de funcionamento pessoal e social dos indivíduos no domínio do ajustamento familiar. Caracteriza a severidade dos problemas de relacionamento familiar de uma maneira geral, podendo ser utilizado como uma medida de stress familiar.

É um instrumento que apresenta um formato breve (25 itens), auto-administrado e está dirigido a adultos e jovens, maiores de 12 anos, com literacia e que não apresentem défice cognitivo grave. Apresenta-se no original como uma escala Lickert de 7 pontos que varia entre Nunca (1) e Sempre (7). Na versão do estudo a pontuação foi reduzida para 5 pontos, que variam, entre Nunca (1) e Sempre (5). Consideramos que 7 possibilidades de resposta seriam excessivas para a população idosa, tendo reduzido para 5. Valores elevados indicam níveis elevados de stress familiar. Segundo o autor, existem 2 pontos de corte e o primeiro é o 30. Indivíduos com pontuação inferior a este valor não apresentam problemas ao nível da dimensão em estudo. O segundo ponto de corte é 70. Os indivíduos que atingem este valor encontram-se próximos ou a experienciar stress familiar severo, em que a violência é vista como uma estratégia para lidar com as tensões familiares (Hudson, 1993).

Escala de Atividades Instrumentais de Vida Diária (Lawton & Brody, 1969; Versão Portuguesa de Araújo et al., 2008). Trata-se de uma medida genérica do nível de independência da pessoa idosa que avalia tarefas adaptativas ou necessárias para a vida independente na comunidade mediante a atribuição de uma pontuação segundo a capacidade do sujeito avaliado. A escala permite classificar os idosos em dependentes e independentes. A pontuação de máxima independência é oito e a maior dependência é zero tendo como ponto de corte comum para homens e mulheres (< 8) (Kane & Kane, 1981; Menéndez et al., 2005). Valores mais elevados indicam maior capacidade funcional.

WHOQOL-Bref (WHOQOL Group, 1994; Versão Portuguesa de Vaz Serra et al., 2006) que avalia cinco dimensões da qualidade de vida: geral, física, psicológica, social e ambiental. A escala não produz um resultado total de Qualidade de Vida, obtendo-se resultados brutos 0-20; e resultados transformados (0-100) para cada dimensão. Um valor elevado em cada domínio significa melhor qualidade de vida.

Escala de Depressão Geriátrica (Yesavage et al., 1983; Versão Portuguesa de Barreto, Leuschner, Santos, & Sobral, 2003) que fornece um indicador global de depressão em idosos.

Os pontos de corte propostos pelos autores da versão portuguesa seguem as indicações dos autores da escala original. Um resultado entre (0 a 4 pontos significa ausência de depressão, de 5 a 9 pontos, depressão ligeira a moderada e de 0 a 15 pontos, depressão grave).

Geriatric Anxiety Inventory (GAI) Pachana, Byrne, Siddle, Koloski & Arnold, 2006; Versão Portuguesa de Ribeiro, Paúl, Simões & Firmino, 2007). O GAI-20 é um instrumento de avaliação da ansiedade em pessoas idosas criado com o propósito de medir a amplitude normal da ansiedade encontrada em idosos a viver na comunidade e também, o espectro patológico da ansiedade observado em pacientes psicogeriátricos. Um resultado elevado significa mais ansiedade. O ponto de corte ótimo para o GAI-20 foi conseguido através de uma análise ROC (*Receiver Operating Characteristic*), chegando a diferentes valores, consoante a amostra ser psicogeriátrica (Ponto de corte ótimo=10/11), ou composta por indivíduos com ou sem perturbação de ansiedade (Ponto de corte ótimo=8/9).

Procedimento

A amostra foi recolhida num centro de dia da cidade do Porto, uma vez que pretendíamos estudar pessoas idosas residentes na comunidade e não indivíduos integrados em instituições de internamento (ex. lares de idosos). Uma preocupação transversal a todo o projeto de investigação foi acautelar a compreensão dos procedimentos e dos objetivos por parte dos participantes e garantir a confidencialidade dos dados obtidos. Os participantes assinaram um consentimento informado. Os critérios de exclusão incluíram: incapacidade de comunicação oral e escrita e défice cognitivo significativo, avaliado através do Mini Mental State Examination (MMSE)-ie. pontuação menor ou igual a 15 pontos para iletrados, 22 pontos para idosos com 11 anos ou menos de escolaridade e 27 pontos para pessoas com mais de 11 anos de escolaridade (Folstein, Folstein & McHugh, 1975; Versão Portuguesa de Guerreiro et al., 1994).

Análise de Dados

Para avaliar a relação entre a idade, escolaridade, e número de patologias entre a capacidade funcional, morbilidade psicológica e qualidade de vida foi realizada uma correlação de Pearson. Para avaliar as diferenças entre idosos segundo o estado civil: foram realizados testes t e Manova (subescalas da Qualidade de Vida) e testes de Scheffé entre os grupos de casados/união de facto (n=55), viúvos (n=54) e solteiros/divorciados (n=17). Para avaliar a influência da escolaridade foram considerados dois grupos, de forma a facilitar a leitura dos resultados. Assim, classificamos os participantes em zero a quatro anos de escolaridade (analfabetos e ensino primário), (n=94) e mais de cinco anos de escolaridade (n=32).

Para avaliar as diferenças, nas variáveis psicológicas segundo o género, foi realizada Manova (Subescalas da Qualidade de Vida) e o t teste nas restantes variáveis. Para testar os preditores e moderadores foi efetuada uma regressão linear múltipla (Método Enter). No primeiro bloco foram colocadas as variáveis clínicas e demográficas; no segundo, as variáveis psicológicas e no terceiro bloco foram incluídas as variáveis moderadoras.

Resultados

Análise Descritiva

A maioria dos idosos refere possuir, pelo menos uma patologia: 93,5% deles apresentam patologias do aparelho circulatório, sendo a mais comum a hipertensão arterial; as doenças do sistema musculoesquelético aparecem em segundo lugar de entre as mais frequentes. No que se refere ao grau de autonomia, avaliada pelo questionário de Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD) de Lawton e Brody, (1969), 60% dos idosos são dependentes e 40% independentes, ao nível das atividades instrumentais de vida diária. Em termos de morbilidade psicológica, 72% dos idosos não apresentam depressão, 19% apresenta depressão

ligeira a moderada e 9% depressão grave. Relativamente à ansiedade, os resultados obtidos indicam que 47,6% não apresenta qualquer tipo de desordem de ansiedade e 52,4% apresenta desordem de ansiedade.

Influência da Idade, Estado Civil, Escolaridade e Número de Patologias ao nível da Capacidade Funcional, Morbilidade Psicológica, Stress Familiar e Qualidade de Vida

Os resultados revelaram a existência de uma associação entre a idade e as várias dimensões da qualidade de vida: quanto maior a idade, menor a qualidade de vida $r=0,202$ e $p<0,023$, menor a capacidade funcional, $r=0,492$ e $p<0,001$ e maior a depressão $r=0,266$ e $p<0,003$ e o stress familiar $r=0,211$ e $p<0,018$.

Quanto ao estado civil, ser casado ou viver em união de facto apresentam melhor qualidade de vida física ($p\leq 0,001$), psicológica ($p=0,009$) e social ($p\leq 0,001$), ambiental ($p=0,010$) e menor depressão ($p=0,021$) comparativamente com os sujeitos viúvos, solteiros e divorciados.

Por sua vez, quanto maior o nível de escolaridade (grupo com mais de cinco anos de escolaridade) apresenta maior a qualidade de vida geral ($p\leq 0,001$), física, ($p\leq 0,001$) psicológica, ($p=0,02$) e ambiental ($p\leq 0,001$), menor a depressão ($p=0,001$) e ansiedade ($p=0,001$) quando comparados com o grupo que possui até quatro anos de escolaridade (analfabetos e ensino primário).

Relativamente ao número de patologias, o menor número de patologias está associado a maior capacidade funcional $r=0,240$ e $p=0,007$, maior QV geral $r=0,379$ e $p<0,001$ física $r=0,580$ e $p<0,001$, psicológica $r=0,282$ e $p=0,001$, social $r=0,315$ e $p<0,001$ e ambiental $r=0,311$ e $p<0,001$, e menor depressão $r=0,371$ e $p<0,001$ e stress familiar $r=0,199$ e $p=0,025$.

Diferenças ao nível da Capacidade Funcional, Qualidade de Vida e Morbilidade Psicológica em Função do Género

Foram encontradas diferenças significativas ao nível da Qualidade de Vida, em função do género, nos domínios Físico e Psicológico, na Capacidade Funcional, Depressão e Ansiedade. As mulheres apresentam pior qualidade de vida em todos os domínios, quando comparadas com os homens, tendo em conta a comparação das suas médias. Analisando de forma mais específica a diferença existente entre a qualidade de vida nos dois grupos em estudo, pode referir-se que, nos domínios físico e psicológico, essas diferenças são estatisticamente significativas. As mulheres apresentam maior capacidade funcional) e maior depressão do que os homens ($p=0,003$). No que diz respeito à ansiedade, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre mulheres e homens ($p=0,010$), sendo que, novamente, as mulheres apresentam valores mais elevados (Tabela 1).

Preditores e Moderadores da Qualidade de Vida Física e Psicológica

Os resultados revelam que o número de patologias e a depressão são as variáveis que mais contribuíram para a Qualidade de Vida Física dos idosos da amostra, explicando, conjuntamente com o género e a capacidade funcional, 69,8% da variância total dos resultados. Por sua vez, a depressão é a variável que mais contribui para a Qualidade de Vida

Psicológica dos idosos da amostra, explicando, por si só 48% da variância dos resultados, no entanto, conjuntamente com o género e a capacidade funcional, explica 68% da variância total dos resultados.

As interações entre a capacidade funcional e a depressão, a ansiedade e o stress familiar não se revelaram significativas, indicando que estas variáveis não moderam a relação entre a capacidade funcional e a Qualidade de Vida (tabela 2, 3).

Discussão

Os resultados encontrados indicam a existência de uma associação entre a idade e as várias dimensões da qualidade de vida, verificando-se que quanto maior a idade, menor a qualidade de vida física, psicológica e social, menor a capacidade funcional, maior a depressão e o stress familiar. Relativamente à associação entre idade e capacidade funcional, os resultados vêm confirmar vários estudos consultados (Parker, Morgan, & Dewey, 1997; Menéndez et al.; 2005; Barrantes-Monge, Garcia-Mayo, Gutierrez-

Robledo, & Miguel-Jaimes, 2007; Dorantes-Mendoza, Avila-Funes, Mejia-Arango, & Gutierrez-Robledo, 2007). Diferentes autores encontraram associações entre depressão e idade (Harpole et al., 2005), no entanto não são unânimes relativamente ao tipo de relação existente, havendo autores que indicam que a depressão aumenta com a idade (Maharaj, Reid, & Simeon, 2005) e outros que consideram que diminui (Jorm, 2000). Gott et al. (2006) concluíram que a idade está associada a pior qualidade de vida, principalmente nos muito velhos. A Qualidade de Vida diminui com o aumento da idade, confirmando resultados de outros estudos que consideram que a qualidade de vida varia com o grupo etário (Keyes et al., 2000; Fonseca, Paúl, Martín, & Amado, 2004; Rodrigues & Leal, 2004).

O estado civil influencia a depressão e a qualidade de vida. Assim, ser casado ou viver em união de facto implica melhor qualidade de vida física, psicológica, social e ambiental e menor depressão, comparativamente com os sujeitos viúvos, solteiros e divorciados. Excetuando na QV psicológica a diferença reside sempre entre os casados/união de facto e os viúvos (com prejuízo para os viúvos).

Tabela 1. Resultados da MANOVA e T de Student, relativos à Qualidade de Vida, (Diferentes Domínios), Depressão, Ansiedade e Capacidade Funcional em função do Género

	Feminino n=95 Média (D.P.)	Masculino n=31 Média (D.P.)	F/t
QV Geral	60,92 (21.67)	67,34	2,235
QV Física	54,40 (22.02)	70,97	14,049***
QV Psicológica	62,11(17.23)	74,33	13,731***
QV Social	67,81(14.10)	69,35	0,235
QV Ambiental	61,48 (12.51)	65,52	2,391
Depressão	4,65 (3.86)	2,42	9,097**
Cap. Funcional	6,41 (2.28)	5,42	2,218*
Ansiedade	9,25 (5.54)	6,35	2,605*

Nota: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Tabela 2. Preditores da Qualidade de Vida Física

Blocos		Bloco 1 (Beta std.)	Bloco 2 (Beta std.)	Bloco 3 (Beta std.)
1	Género	-0,326***	-0,144*	-0,148*
	Idade	n.s.	n.s.	n.s.
	Capacidade Funcional	-0,364***	-0,185**	-0,187*
	Número de Patologias	-0,397***	-0,290***	-0,296***
2	Depressão		-0,512***	-0,484***
	Ansiedade		n.s.	n.s.
	Stress Familiar		n.s.	n.s.
3	Interações entre Capacidade funcional e Variáveis Psicológicas			n.s.
	R Square Change	0,493	0,226	0,003
R Square= 0,722 Adjusted R Square= 0,698				

Nota: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Tabela 3. *Preditores da Qualidade de Vida Psicológica*

Blocos		Bloco 1 (Beta std.)	Bloco 2 (Beta std.)	Bloco 3 (Beta std.)
1	Género	-0,382***	n.s.	n.s.
	Idade	n.s.	n.s.	n.s.
	Capacidade Funcional	-0,273**	n.s.	n.s.
	Número de Patologias	n.s.	n.s.	n.s.
2	Depressão		-0,727***	-0,759***
	Ansiedade		n.s.	n.s.
3	Stress Familiar		n.s.	n.s.
	Interações entre Capacidade funcional e Variáveis Psicológicas			n.s.
	R Square Change	0,221	0,480	0,004
R Square= 0,705 Adjusted R Square= 0,680				

Nota: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Stek et al., (2005) revelam no seu estudo que a depressão encontrava-se presente em 23% da sua amostra de idosos e encontrava-se associada ao estado civil, institucionalização e solidão percebida. Rodrigues e Leal (2004) verificaram que idosos casados e solteiros apresentavam melhor QV, quando comparados com os viúvos. Segundo os autores, a viuvez encontra-se associada a maior vulnerabilidade a sintomas depressivos e episódios depressivos graves; é ainda fator de risco para o comprometimento do sistema imunitário, aumento do (ab)uso de substâncias, morbidade e morte. Também Santos Sobral, Costa e Ribeiro (2003) encontraram uma maior percentagem de deprimidos nos indivíduos separados ou viúvos.

A escolaridade influencia a QV em todos os domínios, exceto na QV social, a depressão e a ansiedade. Assim, o grupo com maior escolaridade, evidenciou maior qualidade de vida geral, física, psicológica e ambiental e menor a depressão e ansiedade. Estes resultados vão ao encontro do estudo de Maharaj e colaboradores (2005) que encontraram diferenças nas pessoas idosas, na depressão em função do nível educacional. Contudo, Santos e colaboradores (2003) não encontraram diferenças entre o diagnóstico de depressão em função das habilitações literárias, em idosos institucionalizados ou a residir na comunidade. No que diz respeito à relação entre ansiedade e escolaridade, Lang e Stein (2001) referem que ter baixa escolaridade é um fator de risco para ansiedade na velhice.

Os resultados encontrados apontam para a relação entre o número de patologias e menor capacidade funcional, menor qualidade de vida em todos os seus domínios, maior depressão e maior stress familiar. Estes resultados são consonantes com o estudo de Stuck et al. (1999) e Menéndez e colaboradores (2005) que consideram que estão em risco de redução da capacidade funcional, os indivíduos que, entre outros fatores, apresentam maior número de patologias. Dorantes-Mendoza et al. (2007), num estudo realizado com idosos, verificaram que os mais dependentes em termos de atividades básicas e instrumentais de vida diária eram os mais velhos, predominantemente mulheres, analfabetos e

que apresentavam maior número de patologias e relatos de dor. Harpole et al. (2005), num estudo realizado com doentes crónicos, concluíram que a depressão é comum nas pessoas idosas e coexiste com múltiplas doenças crónicas, o que pode complicar o seu diagnóstico e tratamento. Os pacientes com mais doenças crónicas também apresentam níveis mais elevados de depressão. Por sua vez, também Maharaj et al. (2005) encontraram diferenças significativas ao nível da depressão em função do número de doenças crónicas e de queixas apresentadas.

Sendo o envelhecimento da população mais notório no sexo feminino e sabendo que a tendência é para a exacerbação do fenómeno no futuro, considerámos relevante perceber se se confirmava a existência de diferenças de género ao nível das variáveis em estudo. Os resultados obtidos confirmaram a existência de diferenças significativas entre homens e mulheres, verificando-se nas mulheres pior qualidade de vida nos diferentes domínios e maior índice de depressão e ansiedade. Estes resultados vêm confirmar dados da literatura que indica que existem diferenças de género nas pessoas idosas ao nível das variáveis em estudo, com prejuízo para as mulheres. Assim, os estudos consultados, nacionais e estrangeiros referem que as mulheres apresentam pior qualidade de vida (Keyes et al., 2005; Gott et al., 2006), maior depressão (Maharaj et al., 2005; Duarte & Vasconcelos-Rego, 2007) e ansiedade (Hidalgo & Davidson, 2001; Lang & Stein, 2007).

Relativamente à capacidade funcional, os resultados indicam que as mulheres idosas apresentam maior capacidade funcional. Os resultados contrariam os dados recolhidos na literatura que indicam uma maior incapacidade funcional nas mulheres (Baltes, Freund, & Horgas, 1999; Dorantes-Mendoza et al., 2007; Menéndez et al., 2005; Neri, 2001). Este resultado pode estar relacionado com o facto de a avaliação ter sido idêntica para homens e mulheres e não ter sido considerado apenas as tarefas domésticas, no caso das mulheres, como é preconizado por alguns autores. A postura adotada neste estudo é a de que muitos homens referem partilhar ou, muitas vezes, assumir a execução de

tarefas consideradas femininas, face à dependência das suas mulheres ou pelo facto de viverem sós.

Quando procurámos conhecer as variáveis que mais contribuem para a Qualidade de Vida dos idosos da amostra, verificámos que o género, a capacidade funcional, o número de patologias, e a depressão são preditores da QV. De facto, a literatura revelou que a idade, o género e o número de doenças são preditores da qualidade de vida (Duarte & Vasconcelos-Rego, 2007; Gott et al., 2006), assim como a capacidade funcional (Alves et al., 2007; Belvis et al., 2008) e a depressão (Beaumont & Kenealy, 2003; Gott et al., 2006).

O resultado mais relevante, diz respeito ao facto da depressão ser a variável que mais contribui para a Qualidade de Vida, em todos os domínios considerados, sendo que níveis mais elevados de depressão, predizem menor qualidade de vida. Estes resultados vão de encontro aos apresentados na literatura, que identifica a depressão como tendo um efeito direto na qualidade de vida e que a mesma determina uma perceção baixa de qualidade de vida (Beaumont & Kenealy, 2003; Koster et al., 2005).

Apesar dos condicionalismos inerentes ao tamanho da amostra e ao facto de termos ter cuidado na extrapolação dos resultados, salientamos o facto de a amostra ter sido recolhida num só estabelecimento para pessoas idosas da cidade do Porto, o que à partida é redutor na caracterização de uma população idosa, uma vez que se pode verificar alguma uniformização das características da mesma, fruto da política institucional de admissão dos utentes. Consideramos importante salientar o facto de que estudamos unicamente idosos a residir na comunidade, não tendo conhecido e comparado os dados recolhidos com a realidade daqueles que se encontram institucionalizados.

Conclusões

A incapacidade funcional que afeta muitos dos idosos com doenças crónicas constitui um desafio para o doente, a sua família, a comunidade e, de um ponto de vista mais lato, para os sistemas sociais e de saúde dos diferentes países. A incapacidade funcional está associada ao aumento de vida dos indivíduos. No entanto, viver mais tempo nem sempre significa vivê-los com qualidade de vida. Na realidade, a prestação continuada de cuidados às pessoas idosas sobrecarrega as suas famílias, a nível físico, psicológico, social e financeiro, influenciando e sendo influenciado pelo stress familiar pré-existente ou que entretanto se desenvolve. O stress familiar nem sempre é desadaptativo e surge da confrontação da família com as alterações impostas ao seu status quo. Cabe ao sistema reorganizar-se, aprendendo com o tempo a lidar com este novo desafio e operando as mudanças necessárias, conseguindo integrá-las, na sua rede relacional.

Sendo a depressão, uma condição patológica e não inerente ao processo de envelhecimento, passível de tratamento e de remissão de sintomas, intervir na depressão pode indicar um importantíssimo passo na promoção da qualidade de vida das pessoas idosas. No entanto, os profissionais que trabalham com esta população não podem descuidar o facto de que, nestes indivíduos, os sintomas clássicos de depressão encontram-se muitas vezes na sombra

e verificam-se a expressão de outros, de natureza física, mais facilmente identificáveis e mensuráveis e, portanto, também de mais fácil verbalização para o próprio. Cabe então aos profissionais que acompanham os idosos aprender a fazer uma leitura o mais exata possível da situação e manter um elevado nível de suspeição, dando especial atenção à expressão de outros sinais, como a incapacidade funcional e as questões relativas à qualidade de vida provocadas pela depressão nesta idade.

De acordo com os resultados obtidos, é também muito importante a avaliação da funcionalidade ao nível das atividades instrumentais de vida diária nas pessoas idosas. Pelo facto de as dificuldades ao nível destas atividades serem as primeiras a surgir e anteciparem, habitualmente, a dependência ao nível mais básico que vão acarretar repercussões mais abrangentes da qualidade de vida do indivíduo, deve-se estabelecer mecanismos que permitam a deteção precoce deste tipo de incapacidade com vista à intervenção e promoção de mudanças o mais cedo possível. O processo de envelhecimento não pode ser visto como inevitavelmente patológico e a promoção da autonomia deve ser um objetivo centralizador das intervenções dirigidas a esta população.

As relações familiares, nomeadamente o stress familiar e suas implicações para o idoso com incapacidade funcional devem ser um tema a merecer um estudo mais aprofundado, em investigações futuras. Na realidade, as investigações a nível nacional e internacional continuam a estar muito centradas no stress do cuidador, na importância das relações familiares para os cuidadores, sendo dada uma parca atenção à influência do stress familiar no idoso, nomeadamente aquele que é dependente de terceiros, para a satisfação das suas necessidades de vida. Os resultados revelaram que esta variável contribui negativamente para a qualidade de vida, relaciona-se significativamente com outras variáveis psicossociais do idoso e deve ser tida em consideração. Sabendo que a família continua a ser a fonte privilegiada de assistência para a maioria das pessoas idosas e que as políticas sociais vão no sentido da manutenção dos idosos incapacitados nos seus domicílios, esta problemática deve ser alvo de uma profunda análise e investigação. Igualmente, devem ser planeados programas que visem intervir ao nível das dinâmicas familiares destas pessoas idosas, promovendo, dessa forma, a sua qualidade de vida, não descuidando o papel dos seus cuidadores.

A dificuldade que os idosos apresentam em identificar e verbalizar sintomas psicológicos, como tristeza, angústia, raiva, irritabilidade ou tensão não facilitam o diagnóstico da depressão. Os sintomas físicos são uma constante no seu discurso, provavelmente por existir um vocabulário mais vasto nessa área, mas também porque, como já referido, a preocupação com as doenças do foro médico prevalece. Do nosso ponto de vista, estas questões vêm reforçar a necessidade de equipas multidisciplinares nos contextos de saúde, onde faça parte integrante o psicólogo, uma vez que constitui uma preciosa ajuda na avaliação, acompanhamento e tratamento de pessoas idosas.

Por último, as instituições para idosos, nomeadamente os centros de dia, muito comuns em Portugal 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 ação principal na satisfação de necessidades básicas do idoso, no acompanhamento social e na implementação de atividades 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 saúde dos utentes, passando os seus técnicos a estar mais sensibilizados para a identificação de situações de sofrimento psicológico e encaminhamento para o tratamento correto. O cumprimento deste objetivo obriga a equipas mais diferenciadas, onde faça parte integrante o psicólogo, o que muito pode contribuir para o bem-estar e qualidade de vida destes indivíduos, reforçando a sua autonomia e evitando, ou pelo menos adiando, a sua institucionalização.

Referências

- 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.
- 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 patient's perceptions. *Quality of Life Research*, 14, 1111-1125. doi: 10.1007/s11136-004-2579-8
- 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. doi: 10.1023/B:JADE.0000044527.52470.5d
- Araújo, F., Pais Ribeiro, J. L., Oliveira, A., Pinto, C., & Martins, T. (2008). Validação da escala de Lawton e Brody numa amostra de idosos não institucionalizados. *Actas do 7º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp. 655-659). Porto, Universidade do Porto.
- Baldwin, R., & Wild, R. (2004). Management of depression in later life. *Advances in Psychiatric Treatment*, 10, 131-139. doi: 10.1192/apt.10.2.131
- Barrantes-Monge, M., Garcia-Mayo, E.J., Gutierrez-Robledo, L.M., & Miguel-Jaimes, A. (2007). Functional dependence and chronic disease in older Mexicans. *Revista de Salud Pública*, 49(4), 459-466.
- Barreto, J., Leuschner, A., Santos, F., & Sobral, M. (2003). *Escala de depressão geriátrica: Tradução portuguesa da Geriatric Depression Scale, de Yesavage, et al. Lisboa*, Grupo Estudos de Envelhecimento Cerebral e Demências.
- Baltes, M. M., Freund, A., & Horgas, A. L. (1999). Men and women in the Berlin Aging Study. In P. B. Baltes, & K. U. Mayer (Eds.), *The Berlin Age Study* (pp 259-281). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Belvis, A. G., Avolio, M., Sicuro, L., Rosano, A., Latini, E., Damiani, G., & Ricciardi, W. (2008). Social relationships and HRQL: A cross-sectional survey among older Italian adults. *BMC Public Health*, 8, 348-358. doi:10.1186/1471-2458-8-348
- Beaumont, J. G., & Kenealy, P. (2003). *Quality of life of healthy older people: Residential setting and social comparison processes. Growing Older Findings 20*. University of Sheffield: Sheffield, UK.
- Benjamin, A. E., & Cluff, L. E. (2001). *Who needs caring? The lost art of caring. A challenge to health professionals, families, communities and society*. Baltimore, The John Hopkins University Press.
- Bergdahl, E., Gustavsson, J., Kallin, K., Wagert, P., Lundman, B., Buch, G., & Gustafson, Y. (2005). Depression among the oldest old: The Umea 85+ Study. *International Psychogeriatrics*, 17(4), 557-575. doi:10.1017/S1041610205002267
- Blazer, D. G. (2002). *Depression in Late Life*. USA: Springer Publishing Company Inc.
- Brynes, G. (2000). *Impact of anxiety disorders in seniors*. Retrieved from <http://www.healthyplace.com/anxiety-panic/articles/impact-of-anxiety-disorders-on-seniors/>
- Dorantes-Mendoza, G., Avila-Funes, J. A., Mejia-Arango, S., & Gutierrez-Robledo, L. M. (2007). Factors associated with functional dependence in older adults: a secondary analysis of the National Study on Health and Aging, Mexico, 2001. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 22(1), 1-11. doi:10.1590/S1020-49892007000600001
- Duarte, M. B., & Vasconcelos Rego, M. A. (2007). Comorbidade entre depressão e doenças clínicas em um ambulatório de geriatria. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(3), 691-700. doi: 10.1590/S0102-311X2007000300027
- Figueiredo, D. (2007). *Cuidados familiares ao idoso dependente*. Lisboa: Climepsi.
- Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). Mini Mental State: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatry Research*, 12, 189-198. doi:10.1016/0022-3956(75)90026-6
- Fonseca, A.M., Paúl, C., Martín, I., & Amado, J. (2004). Condição Psicossocial de Idosos Rurais numa Aldeia do Interior de Portugal. In T. Dentinho & O. Rodrigues (Eds.), *Comunicação apresentada no II Congresso de Estudos Rurais- Periferias e Espaços Rurais* (pp. 259-268). Angra do Heroísmo: Editora Príncipe.
- Gott, M., Barnes, S., Parker, C., Payne, S., Seamark, D. Garisalla, S., Small, N., & Small, N. (2006). Predictors of quality of life of older people with heart failure recruited from primary care. *Age and Ageing*, 35(2), 172-177. doi:10.1093/ageing/afj040
- Guerreiro, M., Silva, A. P., Botelho, A., Leitão, O., Castro-Caldas, A., & Garcia, C. (1994). Adaptação à população portuguesa da tradução do Mini Mental State Examination (MMSE). *Reunião da Primavera da Sociedade Portuguesa de Neurologia*, Coimbra.
- Harpole, L. H., Williams, J. W., Olsen, M. K., Stechuchak, K. M., Oddone, E., Callahan, ...Unutzer, J. (2005). Improving depression outcomes in older adults with comorbid medical illness. *General Hospital Psychiatry*, 27(1), 4-12.
- Hayward, M. D., & Zhang, Z. (2001). Demography of Aging: A Century of Global Change, 1950-205. In R. H. Binstock, & L. K. George (Eds.), *Handbook of Aging and Social Sciences* (5ª ed., pp. 69-83). San Diego: Academic Press.
- Hidalgo, R. B., & Davidson, J. R. (2001). Generalized anxiety disorder. An important clinical concern. *The Medical Clinics of North America*, 85(3), 691-710. doi:10.1016/S0025-7125(05)70336-9

- Hudson, W. W. (1993). *Index of Family Relations. The Walmyr Assessment Scale Scoring Manual*. Tallahassee: Walmyr Publishing Company.
- INE (2002). *O envelhecimento em Portugal: situação sócio-demográfica e sócio-económica recente das pessoas idosas*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística/Departamento de Estatísticas Censitárias e da População/Serviços de Estudos sobre a População.
- INE (2007). *Estatísticas Demográficas, 2005*. Lisboa, Instituto Nacional de Estatística.
- 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.
- Lang, A. J., & Stein, M. B. (2001). Anxiety disorders: how to recognize and treat the medical symptoms of emotional illness. *Geriatrics*, 56(5), 24-27.
- Kane, R. A., & Kane, R. L. (1981). *Assessing the Elderly. A Practical Guide to Measurement*. Toronto: Lexington Books.
- Katona, C., & Shankar, K. (2004). Depression in old age. *Reviews in Clinical Gerontology*, 14, 283-306. doi:10.1017/S0959259805001632
- Keyes, C. L., Michalec, B., Kobau, R., Zahran, H., Zack, M. M., & Simões, E. J. (2005). *Social support and health-related quality of life among older adults- Missouri, 2000*. Retrieved from www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm5417a4.htm.
- Koster, A., Bosma, H., van Lenthe, F. J., Kempen, G., Mackenbach, J., & van Eijk, T. (2005). The role of psychosocial factors in explaining socio-economic differences in mobility decline in a chronically ill population: results from the GLOBE Study. *Social Sciences & Medicine*, 61, 123-132. doi:10.1016/j.socscimed.2004.11.045
- Lage, I. (2005). Cuidados familiares a idosos. In C. Paúl, & A. M. Fonseca (Eds.), *Envelhecer em Portugal* (pp. 203-229). Lisboa: Climepsi.
- Lang, A. J., & Stein, M. B. (2001). Anxiety disorders: how to recognize and treat the medical symptoms of emotional illness. *Geriatrics*, 56(5), 24-27.
- Lawton, M. P., & Brody, E. M. (1969). Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *The Gerontologist*, 9, 179-186.
- 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. doi:10.1590/S1415-790X2007000200006
- Maharaj, R. G., Reid, S. D., & Simeon, D. T. (2005). Depression and its associated factors among patients attending chronic disease clinics in Southwest Trinidad. *West Indian Medicine Journal*, 54(6), 369-374. doi:10.1590/S0043-31442005000600005
- Menéndez, J., Guevara, A., Arcia, N., León Díaz, E., Marín, C., & Alfonso, J. (2005). Enfermedades crónicas y limitación funcional en adultos mayores: estudio comparativo en siete ciudades de América Latina y el Caribe. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 17 (5-6), 353-361.
- Neri, A. L. (2001). Envelhecimento e Qualidade de Vida na Mulher. *Atas do 2º Congresso Paulista de Geriatria e Gerontologia*, 1-18. São Paulo, Brasil.
- Netuveli, G., Wiggins, R. D., Hildon, Z., Montgomery, S. M., & Blane, D. (2005). *Functional limitation in long standing illness and quality of life: evidence from a national survey*. Retrieved from www.pubmedcentral.nih.gov/.
- Ocampo, J. M. (2005). Evaluación geriátrica multidimensional del anciano en cuidados paliativos. *Persona y Bioética*, 2(25), 46-58.
- Ocampo, J. M. (2006). Evaluación geriátrica multidimensional del anciano en cuidados paliativos. *Persona y Bioética*, 2(25), 46-58.
- 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.
- Ribeiro, O., Paúl, C., Simões, M., & Firmino, H. (2008). *Inventário de Ansiedade Geriátrica – versão experimental Portuguesa*. Porto: UNIFAI.
- 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.
- 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.
- Schaie, K. W., & Willis, S. L. (2002). *Adult Development and Aging* (5ª 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.
- Soneja, S., Nagarkar, K., & Dey, A. B. (2007). Indian Elderly: coping with chronic illness. *Journal of the Hong Kong Geriatrics Society*, 9(1), 311-320.
- Sousa, L., Figueiredo, D., & Cerqueira, M. (2004). *Envelhecer em Família – Os cuidados familiares na velhice*. Porto: Âmbar
- 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.
- Tavares, D. M., & Dias, F. A. (2012). Capacidade Funcional, morbilidades e qualidade de vida nos idosos. *Texto Contexto Enfermagem*, 21(1), 112-120. doi:10.1590/S0104-07072012000100013
- Turagabeci, A. R., Nakamura, K., Kizuki, M., & Takehito, T. (2007). Family structure and health: how companionship act as a buffer against ill health. *Health Quality of Life Outcomes*, 5, 61-69. doi:10.1186/1477-7525-5-61

- Vaz Serra, A., Canavarro, M.C., Simões, M.R., Pereira, M., Gameiro, S., Quartilho, et Paredes, T. (2006). Estudos Psicométricos do Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-Bref) para Português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*, 27(1), 41-49.
- WHOQOL Group (1994). Development of the WHOQOL: rationale and current status. *International Journal of Mental Health*, 23(3), 24-56.
- World Health Organization (2000). *Social Development and Ageing: Crisis or Opportunity? Ageing and Social Development*. Geneva. Switzerland.
- World Health Organization (2002). Active Ageing. A Policy Framework. *Second United Nations World Assembly on Ageing*. Madrid. Spain.
- Yesavage, J., Brink, T., Rose, T., Lum, O., Huang, V., Adey, M., & Leirer, O. (1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, 17, 37-49.
- Zarit, S. H., Pearlin, L., & Schaie, K. W. (1993). *Caregiving systems: formal and informal helpers*. New Jersey, Lawrence Erlbaum Associates.

Recebido em 06.09.2011

Primeira decisão editorial em 17.06.2013

Versão final em 13.07.2013

Aceito em 01.08.2013 ■