

ORFÃOS GERIATRAS: SENTIMENTOS DE SOLIDÃO E DEPRESSIVIDADE FACE AO ENVELHECIMENTO – ESTUDO COMPARATIVO ENTRE IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS E NÃO INSTITUCIONALIZADOS

Artigo baseado na Monografia de Licenciatura da autora, "Orfãos Geriatras",
orientada pela Dr.^a Ana Rosa Tapadinhas (ISPA, 2006)

2006

Vera Lisa Barroso

Licenciada em Psicologia pelo Instituto Superior de Psicologia Aplicada - ISPA (Portugal)
veralisabarroso@gmail.com

Orientação:

Dr.^a Ana Rosa Tapadinhas

Licenciada em Psicologia, pelo ISPA. Mestrado em Psicologia da Saúde, pelo ISPA.
Membro da equipa de Psiquiatria de Ligação do Departamento de Psiquiatria e Saúde mental
do Hospital de São Francisco Xavier, Portugal.

RESUMO

O presente estudo propõe-se comparar a depressividade e os sentimentos de solidão segundo o contexto habitacional dos idosos (em Instituições ou na Comunidade) e outras variáveis sócio-demográficas. Trata-se de um estudo comparativo entre 2 grupos de indivíduos idosos: 40 idosos institucionalizados e 40 idosos não institucionalizados, residentes no distrito de Lisboa. Os instrumentos utilizados para recolher os dados foram um Questionário Sócio-Demográfico, a adaptação portuguesa da Escala de Solidão da UCLA e a Escala Geriátrica de Depressão (GDS).

No que diz respeito aos sentimentos de solidão ($p=0,000$) pode-se concluir que os idosos institucionalizados são os que apresentavam mais sentimentos de solidão. No que concerne à depressividade ($p=0,049$) verificou-se que os idosos que vivem em Instituições apresentavam maiores níveis de depressividade.

O que nos indica que os sentimentos de solidão e os níveis de depressividade estão presentes em grande escala nesta faixa etária, sobretudo naqueles que vivem institucionalizados em Lares de Assistência à terceira idade. Estarão os nossos idosos a envelhecer bem?

Palavras-chave: envelhecimento, solidão, depressividade no idoso

Assistimos pois a um progressivo envelhecimento da população, fruto do constante progresso das ciências em geral e da medicina em particular (nomeadamente no campo da prevenção), bem como das condições de vida (Paúl & Fonseca, 2005).

Enquanto a Organização Mundial de Saúde há anos se propunha como objectivo aumentar a esperança média de vida, hoje considera como desafio uma melhor qualidade de vida que passa por manter os idosos activos, preenchendo a sua necessidade existencial/ sentido para a vida (Oliveira, 2005).

A solidão é completamente contrária ao conceito do "humano". No entanto, a solidão e o abandono entre pessoas idosas são mais comuns do que se pensa, operando no conceito capitalista da sociedade, "o que não serve deita-se fora" (Coreia, 1993).

Da mesma forma, as mudanças físicas e o seu quadro familiar levam-nos a padecer das maiores depressões e a ser um grupo humano com elevadas taxas de suicídio (Ministério da Saúde, 2004).

Envelhecer é uma parte importante de todas as sociedades humanas, pois reflecte não só mudanças biológicas, mas também sociais e culturais, por isso, urge estudar melhor esta idade para melhor a compreender e dar resposta às suas necessidades (Barreto, 1984).

Assim propõe-se a realização de um estudo sobre o processo de envelhecimento, depressividade e sentimentos de solidão.

MÉTODOS

Participantes

A amostra foi constituída por 40 indivíduos institucionalizados e 40 idosos não institucionalizados. Os participantes (52 mulheres e 28 homens) têm idades compreendidas entre os 65 e os 96 anos. Relativamente ao seu estado civil, a nossa amostra compreende 40 indivíduos viúvos, 20 casados, 13 solteiros e 7 divorciados. O nível de escolaridade é maioritariamente médio-baixo, sendo que 60% dos indivíduos estudaram no máximo até 4 anos de escolaridade.

Instrumentos

Os instrumentos utilizados para recolher os dados foram:

- Um Questionário Sócio-Demográfico;

- A adaptação portuguesa da Escala de Solidão da UCLA e a
- Escala Geriátrica de Depressão (GDS).

Adaptação portuguesa da Escala de Solidão da UCLA (Universidade da Califórnia em Los Angeles)

Constituição da Escala

Esta escala mostra-se válida, quer na avaliação da solidão, quer na discriminação entre solidão e outros constructos relacionados. Lins (1998), na sua dissertação sobre *Construção e Validação de Instrumentos de Mensuração da Solidão*, afirma que a UCLA teve quatro factores fortemente correlacionados e um factor geral. Análises de consistência interna indicaram óptima confiabilidade ao factor geral e limitações quanto à precisão dos outros factores. Evidências deste estudo sugerem que solidão social e solidão emocional são experiências distintas, facto que é consistente com a tipologia de solidão definida por Weiss (1973).

A adaptação portuguesa da Escala de Solidão da UCLA engloba um total de dezoito itens, avaliados numa escala de escolha múltipla de quatro pontos, cada um com o seu valor, indo desde “nunca” (1); raramente (2); “algumas vezes” (3) até “muitas vezes” (4). Os inquiridos seleccionam a opção que melhor reflecta os seus sentimentos. A escala faz-se acompanhar pela seguinte consigne: “Indique como frequentemente cada uma destas declarações citadas o descrevem a si. Deverá colocar um círculo na afirmação seleccionada”. A pontuação final é obtida através da soma dos 18 itens. A pontuação dos itens negativos é realizada respeitando a escala, enquanto que a soma dos itens positivos – todos os que estão assinalados desta forma (*) – é obtida através da inversão da escala. Ou seja, “nunca” assume o valor (4); “raramente” (3); “algumas vezes” (2) e “muitas vezes” (1). O score final da escala situa-se entre os 18 e os 72 pontos. Quanto mais elevado o score final, maior o nível de solidão. Na Escala de Solidão da UCLA a solidão é encarada enquanto estado psicológico e apreendida de modo unidimensional.

Escala Geriátrica de Depressão (GDS)

Constituição da Escala

A GDS tem boas medidas de consistência interna (alfa= 0,94) e confiabilidade (0,94), de igual modo sugere estabilidade no re-teste de 8 dias (r= 0,85). Apresenta uma boa validade em relação com outras escalas de depressão: com a Escala de Depressão (r= 0,83), Avaliação do Self de Zung (r= 0,83) e com a Escala de Avaliação Hamilton para a Depressão (r= 0,84).

A Escala Geriátrica de Depressão (GDS) – foi construído por: T.L. Brink, J.A. Yesavage, O. Lum, P. Heersema, V. Huang, T. L. Rose, M. Adey e V. O. Leirer (1983) e tem como objectivo medir níveis de depressão na 3ª idade. Os 30 itens estão escritos numa linguagem simples e podem ser administrados por via oral ou escrita. Se for administrada oralmente, o entrevistador deve colocar a pergunta de forma a obter do sujeito uma resposta “sim” ou “não”. Os autores definiram que um resultado entre 0 e 10 pontos revelava um estado de humor normal enquanto que resultados entre os 11 e os 20 pontos indicam uma depressão, de ligeira a severa. Dos 30 itens, 20 indicam a presença de depressão, quando respondidos afirmativamente, enquanto 10 (itens 1, 5, 7, 9, 15, 19, 21, 27, 29, 30) indicam depressão, quando respondidas negativamente. A cotação da GDS é feita a partir da atribuição de 1 ponto para cada item depressivo e 0 pontos para cada item não depressivo

Procedimento

Foram escolhidos 40 indivíduos idosos não institucionalizados e 40 idosos institucionalizados. Para os idosos que vivem em contexto comunitário, a recolha da amostra foi feita a partir de informantes estratégicos, do tipo bola de neve, isto é, sujeitos indicados através de informadores iniciais.

RESULTADOS

Foram registadas diferenças estatisticamente acentuadas entre Solidão e a Depressividade em relação ao Contexto Habitacional, os idosos institucionalizados apresentaram níveis de solidão ($Z = -4,248$; $p = 0,0001$) e depressividade ($Z = -1,97$; $p = 0,04$) superiores aos idosos que viviam em contexto comunitário.

Relativamente aos sentimentos de solidão, confirmou-se a existência de diferenças significativas em termos estatísticos para: estado civil ($F = 4,101$; $p = 0,009$), sendo os solteiros e divorciados a assumirem níveis mais elevados de solidão do que os casados; ao nível da percepção pessoal de preocupação familiar ($F = 2,37$; $p = 0,047$) e dos amigos ($F = 3,07$; $p = 0,03$) bem como na recepção de visitas dos amigos ($X^2 = 22,4$; $p = 0,002$), sendo aqueles que tinham menos contacto e percepção de preocupação dos amigos e familiares, quem apresentou mais sentimentos de solidão.

No que concerne aos níveis de depressividade, observaram-se diferenças estatisticamente significativas: na ocupação de tempos-livres “leitura” ($p = 0,043$), sendo que quem lia apresentava níveis inferiores de depressividade relativamente aqueles que não liam; percepção de preocupação dos amigos ($F = 2,95$; $p = 0,03$) e, finalmente, na existência de sintomas depressivos anteriores aos 65 anos ($F = 4,01$; $p = 0,01$), em que aqueles que tinham pior percepção de

preocupação dos amigos e histórica clínica prévia de depressão, quem apresentou mais depressividade.

DISCUSSÃO

A maioria dos idosos resiste à ideia de deixar a sua casa, mesmo face a uma realidade de declínio físico e incapacidade para viver de forma independente, sendo sentida como uma perda de identidade, é o seu espaço que fica para trás (King & Jonhson, in Hill, Thorn, Bowling & Morrison, 2002). Quando procuramos avaliar os sentimentos de solidão experienciados pelos idosos institucionalizados em relação com os dos idosos não institucionalizados constatamos que os valores encontrados permitem inferir que os sentimentos de solidão variam significativamente em função do contexto habitacional do idoso; foram os idosos que viviam em Instituições que apresentaram mais sentimentos de solidão. Os idosos parecem “suportar” melhor as condições de vida próprias do envelhecimento quando têm junto de si pessoas afectivamente significativas. No entanto muitas vezes são deixados ao isolamento, quer por familiares, quer por amigos e isso reflecte-se nos seus elevados sentimentos de solidão.

Nos idosos os distúrbios psíquicos de maior incidência são as síndromes depressiva e demencial (Carvalho & Fernandez, in Netto, 2002). Na análise dos níveis de depressividade mencionados pelos idosos institucionalizados relativamente com os não institucionalizados, pode concluir-se que também a depressividade varia em função do contexto habitacional do idoso. Foram os idosos a viver em Instituições quem apresentou níveis de depressividade superiores. Neste caso a depressividade dos idosos institucionalizados poderá ser uma consequência das elevadas taxas de solidão sentidas nesta amostra.

O estado civil sugere que a pessoa partilha, ou não, a sua vida com um companheiro, pois como nos refere Murphy (1982), as pessoas que mantêm intimidade com um “confidente” serão, em regra, capazes de suportar melhor as privações a que estão sujeitas, durante o envelhecimento. Procuramos avaliar algumas variáveis sócio-demográficas face aos sentimentos de solidão nos idosos institucionalizados e não institucionalizados. Ao nível do estado civil, os idosos solteiros e divorciados apresentaram mais sentimentos de solidão. Segundo Solomon e Davis (1995, cit. por Fernandes, 2002), as perdas suscitam nas pessoas idosas depressão, ansiedade, reacções psicossomáticas, afastamento e descompromisso. O facto de se viver sozinho aumenta a prevalência de solidão na população idosa (Svikko, Tilvis, Strandberg & Pitkala, 2005)

Para alguns dos autores, a perda do cônjuge, de um amigo, familiar ou colega, pode provocar ansiedade na medida em que o idoso pode prever que a sua morte também se avizinha. Os idosos da nossa amostra que viviam sozinhos apresentaram mais sentimentos de solidão do

que aqueles que viviam acompanhados. Tanto o estado civil como a companhia com quem vivem os idosos pareceu mostrar-se muito importantes na definição de quadros de isolamento social e solidão.

O apoio de pessoas consideradas marcantes quando envelhecemos, perdemos parte do fulgor corporal e dominam as queixas dolorosas é extremamente importante (Botelho, 2001). No que diz respeito aos sentimentos de solidão em concreto, Botelho (2001) afirma que a perda de familiares ou do seu afecto proporciona maiores níveis de isolamento e solidão. Na nossa amostra a variação nos estados de solidão, sugere que os idosos que têm uma percepção de maior preocupação familiar denotaram menos sentimentos de solidão.

Para além da família, também os amigos proporcionam um elevado conforto social. A escolha dos amigos, a integração numa rede de apoio e a socialização são medidas válidas para controlar o ambiente e manter um óptimo estado de saúde (Berger, 1995). Para os investigadores (Giles, Glonek, Luszcz & Andrews, 2005), os amigos estimulam os idosos a tomarem conta da sua saúde, atenuando sentimentos de depressão e ansiedade nos momentos difíceis. No nosso estudo, os idosos que tinham uma percepção de maior preocupação dos amigos possuíam menos sentimentos de solidão.

Constatamos que os idosos que referiam mais contacto com amigos apresentaram menos sentimentos de solidão. Com relação aos elos de amizade, a situação é diferente da familiar: de acordo com aquilo que nos aparece na literatura (Giles, Glonek, Luszcz & Andrews, 2005), tanto a percepção de preocupação por parte dos amigos, como o próprio contacto com eles, através de visitas influenciam substancialmente os sentimentos de solidão dos idosos. Os amigos parecem assumir uma cumplicidade geracional (em termos de código de valores, dificuldades, receios e dúvidas) que os familiares não encetam, para além de proporcionar uma sensação de juventude e independência da família tradicionalmente cuidadora. Segundo um estudo de Elias (cit. por Menezes, 2004), a solidão nos idosos contém uma análise apurada das atitudes sociais diante da morte e do morrer, pelo que ter muitos amigos funcionaria como um escape ao pensamento na morte. O mesmo autor propõe a discussão mais aberta e clara sobre a morte, para a sua desmistificação – melhor atitude do que o ocultamento e o silêncio em torno do tema. Por outro lado, o grupo de amigos é escolhido por cada um de nós e a família é-nos atribuída podendo, ou não, corresponder às nossas expectativas e carências.

Lang (2001) verificou que o processo de envelhecimento é usualmente caracterizado em termos do estreitamento do círculo de relações significativas, o que faz com que os idosos tenham cerca de metade das relações que tinham no início da vida adulta. Face a análise da depressividade em relação com as variáveis sócio-demográficas nos idosos institucionalizados e não institucionalizados, verificamos que também a depressividade nos idosos desta amostra variou em função da percepção de preocupação dos amigos, sendo os idosos que referiram uma percepção de maior preocupação dos amigos que denotou menos depressividade.

A auto-suficiência no cuidado de si próprio e em actividades afins, executadas no contexto do domicílio, a outras que impliquem deslocação (com ou sem transportes) é muito importante para o idoso. Por outro lado, só a actividade física e mental pode combater o acelerar do processo de senescência do idoso (Ferrari, in Netto, 2002). Estudos mostram que à medida que as pessoas envelhecem tendem a perder hábitos de leitura ou a lerem fundamentalmente artigos pouco exigentes a nível intelectual (Almeida, 2006). A mesma autora refere que no envelhecimento activo existem três áreas a ter em consideração: a biológica, intelectual e emocional e que ao nível emocional, a motivação assume uma preponderância extrema. Por sua vez, por detrás dos problemas de motivação estão muitas vezes problemas emocionais do tipo depressivo ou ansioso. A depressão gera sérias dificuldades para manter a motivação e a ansiedade leva à fuga e ao desinteresse precipitado. De entre uma lista de ocupações de tempos – livres, foi um entretenimento solitário: “a leitura” que proporcionou diferenças estatisticamente significativas na nossa amostra e os resultados permitiram afirmar que os idosos que liam mais apresentaram menos depressividade. Este resultado pode alertar-nos para a importância de motivar os nossos idosos a ler e a estimular as suas capacidades cognitivas, com o ganho de poderem diminuir sentimentos depressivos.

Não obstante, a depressão geriátrica é pouco reconhecida. Ocorre frequentemente na presença de condições médicas gerais ou doenças neurológicas, cujas manifestações são similares a sintomas depressivos (por exemplo, falta de energia, fadiga, cansaço, diminuição da libido). Os idosos ainda obscurecem o diagnóstico quando não evidenciam o sintoma de humor deprimido ou tristeza e enfatizam irritabilidade, ansiedade, dificuldades cognitivas e sintomas somáticos (Ramos & Neto, 2005). O diagnóstico diferencial envolve as perturbações do humor, a reacção de ajustamento com humor depressivo e o luto. Pelo que antecedentes familiares ou pessoais de depressão devem ser sintomas ou manifestações a que devemos estar atentos. Quando nos referimos à existência de sintomas depressivos anteriores aos 65 anos registaram diferenças estatisticamente significativas na sintomatologia depressiva após os 65 anos. Os resultados permitem prever que os idosos com historial depressivo anterior aos 65 anos podem apresentar maior propensão a contrair sintomatologia depressiva na terceira idade, o que é reconhecido como um factor de risco para depressões recorrentes.

1. REFERÊNCIAS

- Aldwin, C. & Levenson, M. (2001). Stress, coping and health at midlife: A developmental perspective. In Lachman, M.E. *Handbook of midlife development*. Nova Iorque, John Wiley e Sons.
- Almeida, A. (2006). Envelhecimento: Faça mais por si. *Psicologia Actual*. Nº 3, 104-106.
- Baltes, P. & Baltes, M. (1990). *Successful aging: Perspectives from behavioural sciences*. Cambridge. University Press.
- Barreto, J. (1984). *Envelhecimento e saúde mental: Estudo de epidemiologia psiquiátrica no concelho de Matosinhos*. Universidade do Porto: Faculdade de Medicina.
- Belsky, J. (2001). *Psicología del Envejecimiento*. Madrid. Paraninfo. Thomson Learning.
- Berger, L. (1995). *Pessoas Idosas. Uma Abordagem Global*. Lisboa: Lusodidacta.
- Blazer, D.G. (1992). Distúrbios afectivos no idoso. *Psiquiatria Geriátrica*. Porto Alegre: Artes Médicas. 204-220.
- Born, T. (2002). Cuidado ao Idoso em Instituição. In Netto, M.P. (2002). *Gerontologia: A velhice e o envelhecimento em visão globalizada*. Atheneu
- Botelho, A. (2001). Avaliação da autonomia funcional em idosos. In Mota Pinto, A. *Envelhecer vivendo*. Coimbra. Quarteto Editora.
- Bowling, A., Banister, D. & Sutton, S. (2002). A multidimensional model of the quality of life in older age. *Aging Mental Health*. 6. 355-371.
- Brodie, J.N. (1985). Contributo para uma teoria negentrópica do envelhecimento. *Servir*, 3-13.
- Busse, E. (1992). O mito, história e ciência do envelhecimento. In D. Brazer e E. Busse. *Psiquiatria Geriátrica*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Carletti, S. & Rejani, M. (2002). Atenção Domiciliária ao Paciente Idoso. In Netto, M.P. (2002). *Gerontologia: A velhice e o envelhecimento em visão globalizada*. Atheneu.

Carvalho, P.M. (1989). *A magia da idade. Reflexão medico – sociológica*. Coimbra: Edição do autor.

Carvalho, V. & Fernandez, M. (2002). Depressão no Idoso. In Netto, M.P. (2002). *Gerontologia: A velhice e o envelhecimento em visão globalizada*. Atheneu

Correia, M.G. (1993). O idoso: o seu sentir e o seu viver. *Geriatrics*. 6-53.

Chattat, R., Ellena, L., Cucinota, D. & Savorani, G. (2001). A Study on the validity of different short versions of the geriatric depression scale. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 7. 81-86.

Fassino, S., Leombruni, P., Abbate Daga, G., Brustolin, A., Rovera, G. & Fabris, F. (2002). Quality of life in dependent older adults living at home. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 35. 9-20.

Ferrari, M.A. (2002). Lazer e Ocupação do Tempo Livre na Terceira Idade. In Netto, M.P. (2002). *Gerontologia: A velhice e o envelhecimento em visão globalizada*. Atheneu

Fernández-Ballesteros, R. (2002). *Vivir con vitalidad*. Madrid. Ediciones Pirâmide.

Fernandes, P. (2002). *A Depressão no Idoso: Estudo da Relação entre Factores pessoais e situacionais e manifestações de Depressão*. Quarteto Editora.

Figueiras, V. (2004). *O Bem-estar Psicológico na Idade Adulta Avançada*. Universidade de Lisboa, Lisboa.

Fisher, L. & Shaffer, K. (1993). *Older Volunteers. A Guide to Research and Practice*. Newbury Park: Sage Publications, Inc.

Fontaine, R. (2000). *Psicologia do envelhecimento*. Lisboa: Climepsi Editores.

Foucault, C. (1995). *L'art de soigner en soins palliatifs – perspectives infirmières*. Québec: Les Presses de L'Université de Montreal.

Francisco, C. & Mazarrasa, L. (2000). La família y la clase social. In A. Sanchez Moreno. *Enfermería Comunitária: concepto de salud y factores que la condicionan*. Madrid, McGraw-Hill Interamericana.

Frutuoso, M.J. (1990). Pessoas idosas. Não entremos na velhice como numa armadilha. *Hospitalidade*. 54:213, 51-52.

Giles, L.C., Glonek, G.f.V., Luszcz, M.A. & Andrews, G.R. (2005). Effect of social networks on 10 year survival in very old Australians: the Australian longitudinal study of aging. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 59, 574-9.

Gonçalves, C. (1990). *A atitude dos enfermeiros perante o doente idoso*. Coimbra (Dissertação do Curso de Administração de Serviços de Enfermagem).

Grande, N. (1994). Linhas mestras para uma política nacional da terceira idade. *Geriatrics*. 7:68. 6-10.

Heikkinen, R. (2000). Ageing in autobiographical context. *Aging Society*. 20, 467-483.

Heikkinen, R. & Kauppinen, M. (2003). Depressive symptoms in late life: a 10 year follow-up. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 38. 239-250.

Herrero, F.J. (1993). Actualidades en evaluación geriátrica. In F.J.Herrero. *Gerontologia*. Barcelona. Ediciones Científicas y Técnicas.

Hill, R.D., Thorn, B.L., Bowling, J. & Morrisson, A. (2002). *Geriatric Residential Care*. Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.

Hinck, S. (2004). The lived experience of oldest-old rural adults. *Qualitative Health Research*. 779-791.

Holmén, K. & Furukawa, H. (2002). Loneliness, health and social network among elderly people – a follow-up study. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 35. 261-274.

INE (Instituto Nacional de Estatística) (2002). *O envelhecimento em Portugal: Situação Sociodemográfica e Socioeconómica Recente das Pessoas Idosas*. Lisboa. INE/ DECP/ Serviço de Estudos sobre a População.

Jefferson, A., Powers, D. & Pope, M. (2001). Beck Depression Inventory (BDI-II) and the Geriatric Depression Scale (GDS) in older women. *Clinical Gerontologist*. 22. 3-4.

Jendrek, M.P. (2003). Grandparents: Family supporters, custodial caregivers, and dolls. *The Gerontologist*. 771-778.

Krause, N. (2001). Social Support. In Binstock, R. & George, L. *handbook of aging and the social sciences*. San Diego. Academic Press.

Lang, F. (2001). Regulation of social relationship in later adulthood. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*. 321-326.

Leme, L.E. & Silva, P.S. (2002). O Idoso e a Família. In Netto, M.P. (2002). *Gerontologia: A velhice e o envelhecimento em visão globalizada*. Atheneu

Liang, J., Krause, N.M., Bennett, J.M. (2001). Social exchange and well-being: Is giving better than receiving? *Psychology and Aging*. 511-523.

Meier-Ruge, W. (1988). O doente idoso e a prática clínica. *Medicina Geriátrica – Aspectos Teóricos e Práticos*. Produtos Sandoz.

Menezes, R.A. (2004). A Solidão dos Moribundos: Falando Abertamente sobre a Morte. *Physis: Revista Saúde Colectiva*. Rio de Janeiro. 14(1): 147-171.

Ministério da Saúde (2004). *Plano Nacional de Saúde, Orientações Estratégicas para 2004-2010*. Lisboa, Ministério da Saúde.

Murphy, E. (1982). *Social origins of depression in old age*. Brit J. Psychiat.

Nazaré, J.M. (1994). O envelhecimento demográfico da população portuguesa no início dos anos noventa. *Geriatrics*. 7:64. 5-17.

Netto, M.P. & Ponte, J.R. (2002). Envelhecimento: Desafio na Transição do Século. In Netto, M.P. (2002). *Gerontologia: A velhice e o envelhecimento em visão globalizada*. Atheneu.

Nicola, C. (1990). Reflexões sobre o envelhecimento. *Hospitalidade*. 54:213, 10-14.

Novo, R. (2003). *Para além da Eudaimonia. O Bem-Estar Psicológico em Mulheres na Idade Adulta Avançada*. Lisboa. Fundação Calouste Gulbenkian.

Oliveira Duarte, Y.A. (2002). Princípios de Assistência de Enfermagem Gerontológica. In Netto, M.P. (2002). *Gerontologia: A velhice e o envelhecimento em visão globalizada*. Atheneu.

- Oliveira, J.B. de (2005). *Psicologia do envelhecimento e do idoso*, Livpsic, 2ª ed.
- OMS (2001). *Health and Ageing. A Discussion Paper*. Genebra. Department of Health Promotion.
- OMS (2002). *Active ageing. A policy framework*. Genebra. OMS
- Orimo, H (2004). *Clinical Medicine and successful aging, Geriatrics and Gerontology International*, 4, S3-S5
- Paschoal, S.M.P. (2002). *Autonomia e Independência*. In Netto, M.P. (2002). *Gerontologia: A velhice e o envelhecimento em visão globalizada*. Atheneu.
- Paúl, C. (1991). *Percursos pela Velhice: Uma perspectiva ecológica em psicogerontologia*. Porto: I.C.B.A.B.
- Paúl, C. (1993). *Avaliação do estado funcional do idoso. Geriatria*. 5:51, 21-26.
- Paúl, C. & Fonseca, A.M. (2001). *Psicossociologia da Saúde*. Lisboa. Climepsi.
- Paúl, C. & Fonseca, A. (2005). *Envelhecer em Portugal*, Climepsi Editores.
- Paul, C., Fonseca, A.M., Martín, I. & Amado, J. (2003). *Psychological profile of rural and urban elders in Portugal. European Psychologist*. 8, 3, 160-167.
- Peralta, E. & Duarte Silva, M.E. (2002). *Saúde Mental e Idade avançada*. In Paúl, C. & Fonseca, A. (2005). *Envelhecer em Portugal*. Climepsi Editores.
- Qualls, S. & Abeles, N. (2000). *Psychology and the aging revolution: How we adapt to longer life*. Washington:APA.
- Ramos, L. R. & Neto, J. T. (2005). *Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar*. UNIFESP – Escola Paulista de Medicina. *Geriatria e Gerontologia*. Editora Manole
- Richards, B.S. & Lilly, M.L. (2001). *Gerontological Family nursing*. In S.M. Hanson. *Family Health Care Nursing: Theory, Practice and Research*. Filadélfia. Davies Publishers.
- Robert, L.(1994). *O envelhecimento*. Lisboa: Copyright: CNRS Editions – Instituto Piaget.

Rodrigues, A.(1979). *Estudos em Psicologia social*. Petrópolis: Ed. Vozes.

Rothermund, K. & Brandtstadter, J. (2003). Coping with deficits and losses in later life: from compensatory action to accommodation. *Psychology and Aging*. 18, 896-905.

Svikko, N., Routasalo, P., Tilvis, R.S., Strandberg, T.E. & Pitkala, K.H. (2005). Predictors and subjective causes of loneliness in an aged population. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 41. 223-233.

Serrazina, P.J.M. (1990). Relações humanas e problemas de marginalização. *Hospitalidades*. 54:213, 35-44

Shim, Y. & Yang, D-W (2005). Depression as a prognostic factor: 6 months follow-up in a geriatric institution. *Archives of Gerontology and Geriatrics*.

Simões, A. (1982). Aspectos de gerontologia. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 16, p. 39-92.

Spar, E.J. & La Rue, A (2005). *Guia Prático de Psiquiatria Geriátrica*. Climepsi Editores.

Szinovacs, M. (2001). *Women's Retirement. Policy Implications of Recent Research*. Newbury Park. Sage.

Tiikkainen, P. & Heikkinen, R-L. (2004). Associations between loneliness, depressive symptoms and perceived togetherness in older people. *The Finnish Centre for Interdisciplinary Gerontology, University of Finland*.

Viorst, J. (1998). *Necessary Losses*. Fireside Edition.

Viude, A. & Mansur, L.L. (2002). Aspectos Fonoaudiológicos do Envelhecimento. In Netto, M.P. (2002). *Gerontologia: A velhice e o envelhecimento em visão globalizada*. Atheneu.