

Depressão em idosos institucionalizados: as singularidades de um sofrimento visto em sua diversidade

Depression in institutionalized elderly: the singularities of grief seen in its diversity

José Antônio Spencer Hartmann Júnior¹

Universidade de Pernambuco

Giliane Cordeiro Gomes²

Universidade Federal de Pernambuco

RESUMO

Pensar que a depressão é normal ou previsível com o envelhecimento resulta em subdiagnósticos e elevados índices depressivos, principalmente na realidade das Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI). A presente discussão objetiva compreender as singularidades da depressão senil no âmbito institucional. O estudo versa qualitativamente através de um rastreamento teórico em bancos de dados tomados de forma randomizada. Os critérios de inclusão e exclusão para as pesquisas consultadas são artigos publicados entre os anos de 1984 e 2012. A experiência do envelhecimento é um fenômeno que tem fatores biológicos e sociais e a depressão senil é resultado da forma como são vivenciados estes fatores.

Palavras-chave: Envelhecimento; Depressão; Instituições de Longa Permanência para Idosos.

ABSTRACT

One of the major mistakes in the elderly care is to think that the depression is a normal or predictable with the aging. This results in partial diagnoses and high rates of depressive patients in the reality of long-term care facilities for the elderly. This discussion has as objective to understand the singularities of senile depression in institutional scope. The study shows qualitatively by a randomly tracking in theoretical databases. The exclusion and inclusion criteria to the researches are articles published between 1984 and 2012. The aging experience is a phenomenon with biological and social factors, and the senile depression is result of the way as they live these factors.

Keywords: Ageing; Depression; Long Term Care Facility.

¹ Doutor em Neuropsicologia e Professor adjunto da Universidade de Pernambuco – Campus Garanhuns – PE – Brasil. E-mail: jose_spencer@yahoo.com.br.

² Mestranda em Psicologia da Universidade Federal de Pernambuco – Campus Recife – PE - Brasil. E-mail: gilianecordeiro@yahoo.com.br.

A população de idosos tem, nas últimas décadas, aumentado de forma considerável. Santos *et al.* (2010, p. 497) ressaltam que este fenômeno possui aspectos importantes: “o aumento do tamanho da população brasileira acima dos 60 anos ocorre com algumas peculiaridades devido à velocidade com que esse processo acontece”. Essa velocidade pode ser confirmada nas observações de Taddei *et al.* (1997) que estipulam uma passagem do Brasil, entre os anos de 1960 e 2050, da 16ª para a 6ª posição mundial em número absoluto de indivíduos com 60 anos, ou mais, requerendo necessariamente mudanças na estrutura social, política, econômica e cultural da sociedade. Sendo assim, esta nova configuração da população traz consigo o que Alves (2007, p. 127) define como “um novo perfil de morbimortalidade”, ou seja, um novo perfil epidemiológico, com acentuada redução de doenças infecciosas e predomínio das doenças crônico-degenerativas. Este fato requer que as políticas públicas sejam viabilizadas de modo a garantir atenção integral à saúde da população idosa, enfatizando o envelhecimento saudável e ativo baseado no paradigma da capacidade funcional, abordada de maneira multidimensional.

Convencionou-se relacionar o processo de envelhecimento com uma diminuição gradual na qualidade de vida e o surgimento de estados depressivos, entretanto estes fatores não estão necessariamente relacionados. Segundo Cheik *et al.* (2003) o envelhecimento deve ser compreendido como um fenômeno que é biopsicossocial e que atinge o homem e toda a sua existência na sociedade. Ou seja, trata-se de um processo irreversível marcado pelas experiências vividas e pelas idiosincrasias do sujeito, enfim, pelas particularidades da cultura.

O envelhecimento é visto culturalmente como um período de declínio das funções biológicas e cognitivas, imagem essa refutada por Banhato *et al.* (2009, p. 77) ao alegarem que “pesquisas atuais revelam a existência de numerosos padrões de envelhecimento, sugerindo que esse processo individual é uma experiência heterogênea”, sendo inclusive sustentado por Bennett (2002, p. 200) que “a maior parte da população idosa não apresenta declínio cognitivo, ou seja, apresenta trajetória evolutiva estável e benigna”,

sendo que situações de desamparo e desestimulação podem contribuir para que este contexto mude, como por exemplo, o cotidiano institucional.

Entretanto, dentro do campo teórico da gerontologia e das pesquisas voltadas ao conhecimento sobre o envelhecimento saudável, a depressão surge como uma das principais queixas dos idosos. Segundo Oliveira *et al.* (2006) a depressão é a doença psiquiátrica mais comum entre os idosos, frequentemente sem diagnóstico, sem tratamento e que mais afeta sua qualidade de vida. Stoppe e Louza (1999) apontam que os sintomas emocionais típicos da depressão expressam-se através de uma ampla variedade de transtornos físicos, funcionais e psíquicos na senilidade, portanto, requer cautela no momento de seu diagnóstico.

Como ressaltam Oliveira *et al.* (2006) em determinados casos o processo de envelhecimento apresenta algumas características semelhantes aos sintomas depressivos, o que conduz à confusão no diagnóstico. Afirmam ainda que a ocorrência de depressão pode ser associada a fatores como idade, estado civil, classe social e condições sociais. É uma condição que afeta todos os indivíduos em alguma fase de suas vidas, seja como humor transitório ao se sentir abatido ou melancólico, ou como uma forma mais séria, que pode prejudicar ou não seu desempenho físico e psicológico.

Acontece que a depressão em idosos é marcada por um quadro de atipias, como pontua Hartmann Junior (2012). Então, para poder diagnosticá-la é preciso lançar um olhar sobre sua complexidade. Portanto, constitui-se assim a plausibilidade deste estudo quando busca desconstruir estigmas direcionados à velhice e quando elucida que a depressão senil é um fenômeno que precisa ser atencioso de forma ampliada e integrada para que assim o idoso, mais especificamente, o idoso institucionalizado, possa receber cuidados adequados e adaptados à sua realidade vivencial.

Deste modo, o objetivo desta pesquisa é compreender teoricamente o estado depressivo em idosos moradores de Instituições de Longa Permanência (ILPI). O método tomado neste estudo é de caráter qualitativo, trata-se de um rastreamento teórico em bancos de dados tomados de forma randomizada. Equivale a uma pesquisa bibliográfica, ou seja, realizada a partir do registro

disponível, decorrente de pesquisas anteriores, em documentos impressos ou virtuais, como livros, artigos, teses, etc. Utiliza-se de dados ou de categorias teóricas já trabalhadas por outros pesquisadores e devidamente registradas (Severino, 2007). Os critérios de inclusão e exclusão para os artigos pesquisados foram publicações entre os anos 1984 e 2012 que tinham como foco de estudo uma das palavras-chave: Depressão, Envelhecimento e ILPI.

O envelhecimento como construção histórica e cultural

Contemporaneamente, o processo de envelhecimento humano passou a ser considerado um importante fenômeno social, em decorrência do aumento da expectativa de vida da população e a redução da taxa de natalidade. Segundo Benedetti *et al.* (2008), a partir do século XX, principalmente após a década de 50, ocorreu uma mudança na pirâmide etária mundial já que o processo de envelhecimento, que antes era restrito aos países desenvolvidos, está ocorrendo nos países em desenvolvimento e de modo muito rápido, fator que tem se destacado em vários contextos discursivos do mundo.

Segundo Siqueira *et al.* (2009) o estudo do envelhecimento e da velhice, como processos do ciclo vital, é hoje um dos principais pontos de atenção dos agentes sociais e governamentais. Sendo assim, a cada dia se vivencia no mundo o envelhecimento populacional associado à globalização e, com isso, surge uma gama de significações e valores sociais diversos. Este aumento na longevidade exige da sociedade, em geral, mudanças sistemáticas, comportamentais e ideológicas, dentre as quais está a forma de lidar, compreender e significar o processo de envelhecimento.

Segundo Lima (2008), foi a partir do século XIX que os valores sociais referentes à velhice começaram a se inverter, especificamente quando os governos passam a formular que a riqueza do Estado está na capacidade produtiva da população. Durante este período começou-se a investir em novos métodos medicinais e programas de saúde pública cada vez mais com foco nas condições biológicas dos cidadãos e nas condições sanitárias, com o objetivo de aumentar e melhorar a mão de obra do Estado e, conseqüentemente, suas riquezas materiais. Tal investimento resulta no

fortalecimento da medicina, na biomedicalização da saúde, da vida, da velhice e na consequente associação entre velhice e doença.

Atualmente a velhice é investida de representações negativas e de valores diversos, entretanto, nem sempre foi assim. Até meados do século XVIII e XIX, nas sociedades ocidentais, as pessoas velhas eram sinônimos da sabedoria, dos costumes e dos valores locais e ocupavam lugar de prestígio nos conselhos comunitários (Lima, 2008). Trata-se de uma situação em que possíveis perdas cognitivas e físicas, baixa capacidade produtiva e econômica eram menos importante do que o fato de serem os idosos os “detentores do poder da tradição” (Beauvoir, 1990, p. 53).

Segundo Dias (2005), o século XX assinala a desvalorização da velhice que passa a ser agregada à improdutividade. Durante as últimas décadas deste século, Beauvoir (1990) afirma que a velhice inspirou repugnância biológica e era rejeitada de forma sutil. Neste momento a família, então, passou a oprimir seus velhos de forma velada, com cuidados exagerados que os paralisam, ou os institucionalizando.

Na concepção de Freitas *et al.* (2002), cada sociedade, de acordo com o tempo, em um ciclo de valorização e desvalorização, atribui valores e interesses diferentes à pessoa idosa, à temática velhice e, conseqüentemente, ao envelhecer. Por exemplo, no Oriente o envelhecimento é compreendido como uma fase de aprendizado para a maturidade, de especial importância para a transferência de ensinamentos aos mais jovens, e, sobretudo, de aprendizado e exercício da espiritualidade (Wang, 2011). Entretanto, percebe-se que o aumento crescente do número de idosos fez com que, em grande escala, a idade deixasse de ser decisiva para um status social respeitável e atenuasse o valor do papel social do idoso que passou a ocupar um lugar marginalizado junto à sociedade. Dias (2005) elucida que o isolamento do idoso passa, então, a ser institucionalizado e a velhice torna-se uma doença social.

Em diversos períodos da história humana é possível perceber que a forma como a velhice é pensada vai ser alterada a cada novo momento da história da humanidade e a cada nova etapa da história de vida do indivíduo

(Birman, 1995). Em muitas regiões ainda se rejeita o idoso, seja de maneira direta ou indireta. Esse prolongamento do tempo de vida das pessoas tem suscitado inúmeros questionamentos acerca de como estará sendo compreendido o envelhecimento humano dentro das sociedades atuais. Diante disto, observa-se que a sociedade brasileira não parece estar preparando seus cidadãos para esse processo (Santos *et al.*, 2010).

Leleu (1998, p. 23) sintetiza o sentimento culturalmente vigente no que diz respeito ao envelhecer quando afirma que “é difícil ser velho em uma sociedade e cultura em que as pessoas valem pelo que fazem, isto é, pela sua ligação ao mundo social ativo. É igualmente difícil ser jovem em um mundo onde é cada vez mais complicado perceber quem é efetivamente velho”.

No Relatório da Pesquisa Anual de 2007, *World Economic and Social Survey*, publicado pelas Organizações das Nações Unidas, indaga-se “*How old is old?*” (Quão velho é velho?), e dele surge o princípio que “o conceito de idoso não tem o mesmo significado em todas as sociedades e nem corresponde a um intervalo determinado de vida, em função da constante expansão da esperança de vida” (p. 32). Na visão do relatório, as pessoas são consideradas velhas não só porque estão chegando à última fase de vida, mas também pela transformação de seus papéis sociais e atividades.

Tem sido proposto, pelo campo da Gerontologia Social, alguns modelos teóricos multidimensionais que analisam a relação entre as perdas e os ganhos, durante a última fase da vida. Esses modelos colocam que, apesar do envelhecimento continuar sendo representado com base nas perdas, as pessoas idosas têm capacidades reservadas que ficam sem ser exploradas, como ganhos que passam despercebidos e, em consequência, não são valorizados, por exemplo, aspectos subjetivos como ponderação e serenidade (Bastos, 2011). Cita-se aqui o “modelo de envelhecimento bem sucedido de Baltes”, em que se toma a velhice como um processo multidirecional e multidimensional, envolvendo um movimento dinâmico entre ganhos e perdas, desde o início até o fim da vida. (Baltes, 1995).

A esse respeito Baltes e Baltes (1990, p. 04) assinalaram que:

O envelhecimento bem sucedido precisa de uma avaliação sustentada em uma perspectiva multidimensional, na qual

fatores objetivos e subjetivos sejam considerados dentro de um contexto cultural, que contém demandas específicas.

A Gerontologia aponta, segundo Neri (1995), que o bem-estar psicológico e o contentamento na velhice estão relacionados com o envolvimento social, saúde, longevidade, bem-estar subjetivo, equilíbrio entre aspirações e realizações para a vida. A prática constante de atividades relacionadas com a educação, motivação, saúde, cidadania, são meios muito citados para a formação e manutenção de redes sociais e para o fortalecimento das capacidades cognitivas de idosos e de hábitos que têm por resultado a construção de um envelhecimento bem-sucedido.

A velhice pode ser vivenciada de forma bem-sucedida quando há qualidade de vida presente na vida atual do idoso. Esta necessita envolver os domínios físicos e psicológicos, nível de independência, relações sociais adequadas que supram necessidades do sujeito e lhe forneçam suporte social e emocional, ambiente físico adequado com acesso a cuidados da saúde física e emocional, entre outros aspectos (Baltes & Baltes, 1990, p. 60).

É importante destacar as transformações físicas, sociais e psicológicas vivenciadas durante o envelhecimento. Sobre este assunto Bee e Mitchell (1984) ressaltam que a maioria dos idosos experimenta uma significativa alteração em seu cotidiano com o início da velhice, da aposentadoria e as modificações dos papéis sociais. Segundo estes autores, “muitos apresentam modificações orgânicas como alterações cognitivas e perceptivas, bem como transformações importantes nos relacionamentos sociais” (Bee & Mitchell, 1984, p. 32). Partindo do princípio de correlação entre declínio cognitivo e envelhecimento, Almeida (1998) indica que o declínio das capacidades cognitivas na senescência está fortemente ligado a fatores genéticos e ao ambiente do indivíduo. Ou seja, é possível entender tanto o declínio cognitivo como o processo de envelhecimento como uma experiência subjetiva, singular, relacionada com as vivências, os determinantes genéticos e o ambiente de cada sujeito.

Segundo Gauthier *et al.* (2006, p. 69)

O comprometimento cognitivo em idosos, ainda que leve, pode prejudicar sua qualidade de vida, sem interferir marcadamente em suas atividades de rotina. O declínio cognitivo leve é

conceituado como perda cognitiva maior que a esperada para idade e escolaridade do indivíduo, podendo ser transitória ou permanente. Nesse caso pode progredir para demência em cinco anos. Paralelamente, deve-se considerar que a percepção de perda de qualidade de vida, por si só, pode contribuir para desencadear ou agravar casos inclusive de depressão.

Visando esta qualidade, entre as funções cognitivas mais comumente encontradas em declínio na Terceira Idade, Mattos (2003), destaca a incapacidade de lidar com tarefas que exigem flexibilidade mental e velocidade no processamento de informações; diminuição na velocidade de aquisição e recuperação espontânea de materiais verbais e não verbais, aliado ao mais rápido esquecimento dos mesmos, como também de queixas frequentes de dismnésia.

É, portanto, na maioria das vezes, necessário um acompanhamento mais acurado do idoso, de forma a diferenciar o que pode ser considerado um declínio oriundo da falta de atividades estimulativas do cérebro de uma patologia de fato, ou ainda, que se possa a partir das observações do quadro geral relativo às capacidades cognitivas deste, identificar potenciais riscos de desenvolvimento de patologias futuras, como por exemplo, a depressão, e até que ponto o contexto em que residem estes idosos tornam-se promotores de patologias diversas (Charchat-Fichman, 2005).

A depressão senil e a necessidade de escuta da queixa do idoso

Os transtornos depressivos vêm se difundindo na população em geral, e entre os idosos de modo alarmante. Em seu estudo, Figueiredo (2007) estima que aproximadamente 15% da população com mais de 60 anos seja acometida por esta doença, chegando a atingir índices entre 20% a 22% em populações de idosos institucionalizados. Portanto, observa-se que atualmente a depressão trata-se de um problema de saúde pública, na medida em que afeta amplo número de pessoas gerando altos custos para assistência à saúde e especificamente comprometendo a qualidade de vida do idoso e de seus cuidadores (Hartmann Junior, 2012).

O atual aumento do interesse e das pesquisas sobre depressão é evidente, entretanto a doença em idosos permanece frequentemente subdiagnosticada e ficando, portanto, sem tratamento. De acordo com Ribeiro *et al.* (2004), a complexidade do diagnóstico atribui-se ao fato de que nessa faixa etária, tanto o profissional clínico quanto o próprio paciente podem atribuir a depressão ao processo de envelhecimento. Segundo Carvalho e Fernandez (1999), cerca de 40% dos casos de depressão em idosos não são diagnosticados.

É possível observar que as causas de depressão no idoso configuram-se dentro de um vasto conjunto de componentes onde atuam fatores genéticos, eventos vitais, como luto e abandono, e doenças incapacitantes, entre outros (Stella, *et al.*, 2002). Sendo assim, é preciso levar em consideração que existem situações que tornam o sujeito susceptível ao estado depressivo. Segundo Siqueira *et al.* (2009), casos como a perda da saúde, do companheiro, dos papéis sociais, bem como o abandono, o isolamento social, a institucionalização, a incapacidade de reengajamento na atividade produtiva, a ausência de retorno social do investimento escolar e a aposentadoria que mina os recursos mínimos de sobrevivência, são reconhecidamente fatores de risco para a depressão. Essas situações comprometem a qualidade de vida e predispõem o idoso ao desenvolvimento de morbidez contínua, entretanto são realidades que repercutem de forma singular na vida de cada sujeito e não características específicas do envelhecimento.

Do ponto de vista biológico, durante o processo de envelhecimento é frequente o aparecimento de fenômenos degenerativos ou doenças físicas capazes de produzir os sintomas característicos do estado depressivo. Assim, a sintomatologia vigente da depressão reativa que está relacionada com a ocorrência de situações vivenciais traumáticas, da depressão secundária que é derivada de uma condição orgânica patológica e da depressão endógena que é resultado da constituição genotípica do sujeito, se confundem na depressão senil, visto que o idoso passa por uma condição existencial problemática e, muitas vezes, sofrível. O idoso costuma desenvolver estados patológicos e degenerativos que facilitam o desenvolvimento da depressão e de fato as

peessoas com depressão endógena ou constitucional envelhecem e continuam depressivas (Garcia, *et al.*, 2006).

Entende-se que, particularmente, os quadros depressivos na população idosa têm características clínicas intrigantes e, costumeiramente, colocadas da seguinte maneira:

As diferenças de sintomatologia da depressão no idoso fortalecem os argumentos que dizem ser este um tipo diferente de depressão a qual se apresentaria com sintomas somáticos e hipocondríacos mais frequentes, e que haveria menos antecedentes familiares de depressão e pior resposta ao tratamento. Mas, a tendência atual não é apontar diferenças marcantes entre a depressão em idosos e a de outras faixas etárias, e sim enfatizar o que há de diferente, que diz respeito à situação existencial específica do idoso (APA, 1994, p. 33).

Muitos estudos sobre a depressão senil têm sido sugeridos, entretanto essa caracterização sintomatológica envolve desafios, principalmente quando se faz uso de instrumentos como escalas de aferição. Acontece que, o fato de as atipias da depressão em idosos serem numerosas faz com que seja preciso lançar um olhar para a complexidade do fenômeno psicológico de forma integrada.

Segundo Siqueira *et al.* (2009), os sintomas da depressão são muito variados, indo desde as sensações de tristeza, passando pelos pensamentos negativos até as alterações da sensação corporal, como dores e enjoos. Contudo, para se fazer o diagnóstico, é necessário um grupo de sintomas centrais, como a perda de energia ou interesse, humor deprimido, o pessimismo, dificuldade de tomar decisões, dificuldade para começar a fazer suas tarefas, irritabilidade ou impaciência, inquietação, achar que não vale a pena viver, desejo de morrer, chorar à toa, dificuldade para chorar, sensação de que nunca vai melhorar, dificuldade de concentração, alterações do apetite e do sono, sentimento de pesar ou fracasso, lentificação das atividades físicas e mentais, dentre outros. Simões (1996), afirma ainda que, no idoso, os sintomas iniciais do quadro depressivo são relativamente inespecíficos, tais como a astenia, perturbações de sono, tristeza e ansiedade, desinteresse por hábitos e/ou prazeres habituais.

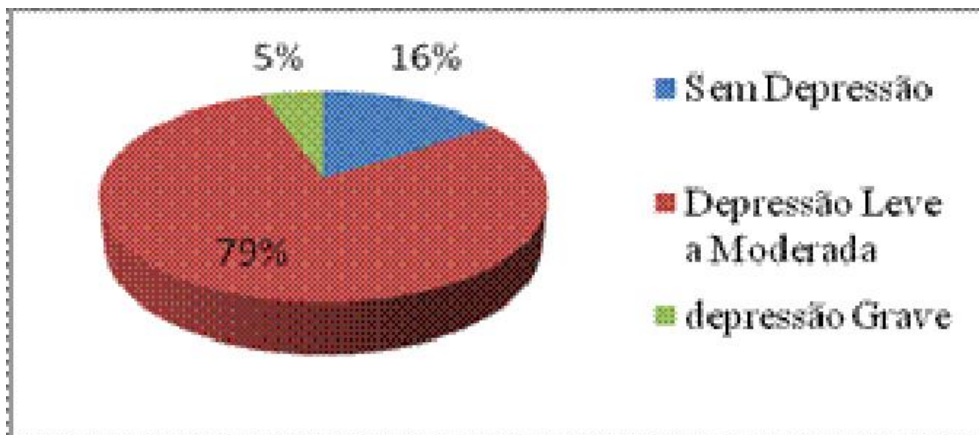
Quanto aos sintomas corporais, Siqueira *et al.* (2009, p 255) assinalam os mais comuns como: “sensação de desconforto no batimento cardíaco,

constipação, dores de cabeça, dificuldades digestivas, boca ressecada, perda de peso e apetite, insônia e perda do desejo sexual, queixas somáticas e hipocondria”. Portanto, embora envelhecer não implique adoecer, é preciso levar em consideração que os sintomas depressivos são abrangentes e que um grande número de idosos são portadores de doenças crônicas e múltiplas, que resultam em frequentes comorbidades. Duarte e Rego (2007) afirmam que a prevalência de sintomas depressivos tem sido fortemente associada com o número de doenças existentes no indivíduo.

A depressão tem seu início e evolução marcados por diversos fatores, biológicos, históricos, ambientais e psicológicos. Segundo Porcu (2002) o ponto de partida para uma desestruturação psíquica no idoso são as mudanças que questionam sua existência, ou seja, a vivência de perdas, comorbidades, limitações físicas ou institucionalização.

A geriatria, por trabalhar com a abordagem multidimensional e, na maior parte das vezes, com equipe multidisciplinar, é possivelmente a especialidade clínica que mais se preocupa com a investigação do estado depressivo. Segundo Duarte e Rego (2007), a geriatria é uma especialidade relativamente jovem, e o número de profissionais de saúde e cuidadores com treinamento na área é muito pequeno em face do contingente de idosos. Na prática, o idoso, que na maioria das vezes é acometido por múltiplas patologias crônicas, termina sendo avaliado por diversos especialistas, e estes, focados no seu alvo de abordagem, perdem a visão integral do indivíduo, deixando de diagnosticar e tratar doenças que interagem entre si, com efeitos deletérios sobre a saúde e a qualidade de vida dos seus pacientes, como no caso da depressão.

Destarte, na busca por conhecer a incidência sintomatológica depressiva em ILPI, os autores deste estudo realizaram a aplicação da Escala de Depressão Geriátrica em versão reduzida de Yesavage (GDS -15) em uma pesquisa intitulada “Qualidade de Vida e Depressão em Idosas Institucionalizadas” (Figura 1), delimitada a uma amostragem de 19 idosas institucionalizadas residentes nos municípios de Arcoverde e Garanhuns – Estado de Pernambuco (Hartmann Junior *et al.*, 2012).

Figura 1: Resultados Obtidos na Escala de Depressão Geriátrica (GDS -15)

Fonte: Hartmann Junior *et al.* (2012).

Neste estudo foi visto que dentre as idosas que participaram da pesquisa 15, 8% não apresentaram sintomas característicos da depressão; 78,9% apresentaram uma pontuação que caracteriza depressão leve a moderada e 5,3% depressão grave. Portanto foi possível observar concretamente a grande prevalência dos sintomas avaliados e sua relação com os baixos índices de qualidade de vida, como também a necessidade de intervenções voltadas para o contexto das ILPI e de ações direcionadas para a prevenção e a promoção da saúde neste contexto, visto que estas instituições nem sempre possuem serviço médico especializado para a prevenção e tratamento desta patologia (Hartmann Junior, *et al.* 2012).

A institucionalização dos idosos no Brasil

Tem crescido a cada dia a prestação de serviços formais de cuidados, entre os quais se situam os de longa duração oferecidos em instituições de residência especialmente planejadas para tal, chamadas de Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI). Segundo Christophe (2009), estas são diferentes de hospitais e consistem de residências coletivas, com regras de convivência e lógica de operação que varia de acordo com seu público. Muitas vezes cuidam de pessoas com fragilidades físicas e cognitivas em diversos graus de severidade.

A Resolução da Diretoria Colegiada da ANVISA/RDC nº 283, de 26 de setembro de 2005, aprova o Regulamento Técnico que estabelece as normas de funcionamento para as ILPI no Brasil, onde define tais instituições como “instituições governamentais ou não governamentais, de caráter residencial, destinadas a domicílio coletivo de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, com ou sem suporte familiar, em condição de liberdade, dignidade e cidadania” (ANVISA, 2005, p. 2).

As ILPI's são estabelecimentos para atendimento integral institucional, cujo público alvo são as pessoas de 60 anos ou mais, dependentes ou independentes, que não dispõem de condições para permanecer com a família ou em seu domicílio. Essas instituições, conhecidas por denominações diversas – abrigo, asilo, lar, casa de repouso, clínica geriátrica e ancianato – devem proporcionar serviços na área social, médica, de psicologia, de enfermagem, fisioterapia, terapia ocupacional, odontologia, e em outras áreas, conforme necessidades desse segmento etário (Born & Boechat, 2006, p.1131-1141).

Em seu sentido histórico, a instituição asilar é compreendida como a modalidade mais antiga e universal de atendimento ao idoso fora do seu convívio familiar. Normalmente está associada a imagens negativas e preconceituosas, muitas vezes vista como depósito de idosos à espera do tempo de morrer (Novaes, 2003). Para Born e Boechat (2006), na sociedade brasileira, os asilos lembram pobreza, negligência e abandono do idoso pelas famílias, diferenciando-se da concepção de ILPI e de envelhecimento ativo, considerada uma nova visão de oferta e vivência de atividades que buscam manter os idosos envolvidos em novas experiências ou antigas, mantendo-os dinâmicos.

Novaes (2003) ressalta que em grande parte as ILPI favorecem o isolamento do idoso, sua inatividade física e mental, provocando assim consequências negativas à sua qualidade de vida, não concebendo o envelhecimento ativo e nem profissionais habilitados como cuidadores. Seguindo este pensamento, Christophe (2009, p. 28) coloca que “desde seu início, a função do espaço asilar não era o de promover a recuperação do indivíduo ali residente e incentivar sua volta ao convívio social mais amplo, por exemplo, como acontece nos hospitais”. Tratava-se, entretanto, de um estabelecimento depositário, tutelador de indivíduos idosos, oferecendo apenas

os cuidados suficientes às pessoas que estejam em seus últimos dias de vida. Sentimentos de desamparo e abandono tendem a ser gerados entre os residentes, atuando desta forma como mecanismos promotores de estados depressivos (Born & Boechat, 2006). Hartmann (2012, p. 45), destaca que:

Os idosos institucionalizados compreendem a transferência do lar para uma ILPI como desafio, pela radicalidade da mudança a que são submetidos. Desse contexto fazem parte sentimentos de abandono pelos filhos, de perda de liberdade, de autonomia, de identidade, de isolamento e de inatividade física, especialmente quando as ILPI contemplam exclusivamente a assistência social.

Groissman (1999) considera que o ingresso em uma ILPI representa em geral um rompimento dos laços sociais do residente. Por este aspecto, muitas vezes as ILPI são consideradas instituições totais, o que as remete à teoria formulada por Goffman, em 1961, tais instituições abrangem manicômios, prisões, asilos, colégios internos e forças armadas. Esta teoria, em geral, determina que as instituições imponham ao seu público um isolamento em relação ao ambiente externo, afirmando que no âmbito das instituições o enfoque político dado às pequenas coisas do cotidiano tornam-se instrumentos de controle, dominação, 'dessubjetivação', estabelecendo com isso um processo de 'objetificação' do sujeito que perde por desuso suas habilidades sociais (Goffman, 2007).

De acordo com Christophe (2009) o aspecto central das instituições totais é a ruptura das barreiras que separam as três esferas básicas da vida: lazer, trabalhar e dormir. Isto é antagônico ao sentido de ILPI integral, no qual pode-se residir e não sair, como pode também residir e ter atividades orientadas de lazer fora da instituição. Na instituição total, todos os aspectos da vida são realizados em um só lugar, sob uma única autoridade. Cada fase da atividade diária é realizada em companhia de um grupo grande de outras pessoas, obrigadas a fazer as mesmas coisas em conjunto, em horários pré-determinados e em sequencia, tudo imposto verticalmente por regras formais explícitas aplicadas por funcionários. Controle radical é o fato básico das instituições totais, determinando muitas de suas características, entre as quais a vigilância exercida por uma pequena equipe de funcionários, integrada ao

mundo externo (Christophe, 2009). Sendo que o sentido de controle nas ILPI integrais é diagnosticada e interventiva, buscando o ser integral, físico e mental, a vigilância é concebida como cuidado e responsabilidade com a pessoa.

A institucionalização tem seu caráter prejudicial, no momento em que, segundo Jesus *et al.* (2010, p. 286), “para idosos com capacidades cognitivas conservadas costuma trazer consigo uma série de detrimientos, tais como perdas de autonomia e identidade” (p. 286). Sendo assim, é preciso atentar para o dia-a-dia institucional dado o fato de que segundo Teixeira (2010) o eventual declínio das capacidades cognitivas em idosos ocorrem mais pela falta de uso e de estimulação, do que devido a uma deterioração irreversível. Ou seja, embora o idoso esteja sempre mantendo algum tipo de contato social, é uma das realidades em que mais predomina o isolamento que por sua vez estimula os sintomas depressivos (Hartmann Junior, *et al.*, 2012). Visão esta, ressaltada pela ILPI integral, na tentativa de um projeto baseado no envelhecimento ativo.

Carneiro *et. al.* (2007) apontam a ausência de convívio social como causa de severos efeitos negativos, além de depressão. Diante disto, Gonçalves (2011) conceitua o apoio social ou as redes sociais como um importante elemento estruturante da saúde mental do sujeito, influenciando a maneira de perceber situações estressantes e de representar o bem-estar emocional e psicológico, como também a longevidade.

Em contextos em que o idoso é obrigado a se adequar a uma rotina de horários, a dividir seu ambiente e dia-a-dia com desconhecidos e a se adaptar à distância da família ou ao completo abandono, o cotidiano torna-se fator de risco para o desenvolvimento de estados depressivos como de outras comorbidades. Hartmann Junior *et al.* (2012) elucidam que o idoso institucionalizado transforma-se em uma pessoa isolada, ociosa e acomodada, perdendo por inércia as aptidões físicas e sociais, com isso se fecha em um círculo vicioso socialmente isolado, sente-se frágil, fraco, inoperante, podendo ser acometido por diversos tipos de sofrimento psíquico, entre eles a depressão.

Em um país como o Brasil, marcado pela diversidade cultural e pelas desigualdades socioeconômicas, as ILPI brasileiras, em sua maioria, também refletem esta condição visto que as condições de funcionamento e prestação de cuidados são características muito heterogêneas entre elas (Born & Boechat, 2006). Portanto, não é possível generalizar. Se há instituições que lembram as instituições totais de Goffman (2007), há outras que parecem condomínios residenciais e poderiam ser chamadas de lar, e que atuam, de fato, no intuito de promover saúde e bem-estar ao indivíduo idoso.

Jesus et al. (2010) traçam uma argumentação preponderante para este estudo quando afirmam que a institucionalização pode ser benéfica pela sustentação que pode oferecer aos familiares e/ou cuidadores de idosos em processos depressivos, processos demenciais, dentre outras patologias. Freire Jr e Tavares (2005) ressaltam que não se deve esquecer que, muitas vezes, essas instituições cumprem papel de abrigo para o idoso excluído da sociedade e da família, podendo se tornar o único ponto de referência para uma vida e um envelhecimento dignos.

Segundo Goffman (2007, p. 35), “as instituições sobrevivem por que são capazes de apresentar contribuições úteis para a atividade de seus participantes, ou seja, para o que precisa instrumentar os meios adequados com vistas às finalidades”. Em muitos casos idosos com quadro de depressão são institucionalizados, isso pode ser decorrência do progressivo aumento de dependência física e mental e a necessidade de cuidados profissionais. São pessoas que exigem avaliações periódicas de equipe multidisciplinar quanto à prevenção e ao tratamento de infecções, distúrbios do comportamento, desnutrição, imobilidade, incontinência urinária (Gorzoni & Pires, 2006).

Segundo Hartmann Junior (2012) é possível perceber que nas últimas décadas, no Brasil, sob influência de outros países, algumas ILPIs têm assumido o caráter de local para viver, por orientação da Organização Mundial da Saúde, favorecendo o envelhecimento positivo. Entretanto, apesar disso, nota-se que a maioria das ILPIs ainda mantém o caráter exclusivamente de moradia, não oferecendo opções que possam inserir os idosos em atividades de lazer, de atividades físicas e de interações sociais, o que favorece seu

isolamento (Camarano & Kanso, 2010). Segundo o Ministério da Saúde (2004), em muitas situações no Brasil o adoecimento é causado ou agravado por situações de dominação e injustiça social, o que é a realidade de muitas ILPIs. Portanto, as perdas relacionadas ao envelhecimento associadas à forma de representar o envelhecimento, somadas àquelas percebidas a partir da institucionalização, são reconhecidamente fatores de risco para depressão (Hartmann Júnior, 2012).

Por fim, uma forma de conhecer as queixas de cada idoso e de atuar com uma atenção eficaz baseia-se no projeto HumanizaSUS, desenvolvido pelo Ministério da Saúde, que lança uma proposta inovadora para os profissionais da saúde : a Clínica Ampliada, que busca desenvolver nestes profissionais uma práxis mais comprometida com a escuta das demandas do sujeito em uma ação integrada e intersectorializada. Funcionalmente coerente com as necessidades da Terceira Idade ou do processo de envelhecimento, sejam moradores de ILPI ou em comunidade. Torna-se assim, uma forma de acabar com este ritual assistencialista ultrapassado e entranhado no cuidado ao idoso. O Ministério da Saúde (2004, p. 33) destaca que:

A Clínica Ampliada propõe que o profissional de saúde desenvolva a capacidade de ajudar as pessoas, não só a combater as doenças, mas a transformar-se, de forma que a doença, mesmo sendo um limite, não as impeça de viverem outras coisas na sua vida. Ou seja, como é postulado, trata-se de equilibrar o combate à doença com a produção de vida.

Maia, Castro e Jordão (2010), partindo da perspectiva de Clínica Ampliada, desenvolveram um trabalho norteador dentro destes conceitos, partindo da criação de espaços individuais e coletivos de acolhimento das experiências de ser um sujeito dentro da ILPI. O objetivo destes pesquisadores era uma compreensão das subjetividades do idoso, oferecer uma escuta estendida do seu sofrimento, das queixas e dores, das necessidades, dos sentidos, ou seja, das formas de subjetivação emergentes e suas implicações inerentes à vida de cada sujeito envolvido neste trabalho, criando-se, assim, um espaço onde o idoso tem a oportunidade de contextualizar seu sofrimento, portanto, tem a possibilidade de ter seus sintomas compreendidos em sua totalidade. Ou seja, trata-se de uma Clínica Psicológica que atua, conforme,

conceitua Brito (2008), a partir de uma observação singular e concreta do individual, ou, segundo Lévy (2001), constitui-se como um posicionamento global em relação ao outro, que aborda o sujeito às voltas com seu sofrimento.

Considerações finais

Envelhecer não é apenas um produto da inevitabilidade biológica, do processo psicológico, nem apenas um produto da história de vida de cada um e das circunstâncias presentes, é também fruto das atitudes, expectativas, preconceitos e ideias das sociedades e das culturas onde os idosos estão inseridos, se desenvolveram e envelheceram. Desta forma, é possível entender que várias dimensões: biológica, psicológica, social dentre outras, necessitam ser consideradas no cuidado à pessoa idosa deprimida institucionalizada para que a compreensão de seus sintomas abranja sua multidimensionalidade em suas especificidades.

No decorrer desta pesquisa observou-se a preocupação de vários teóricos do envelhecimento sobre as manifestações sintomáticas sejam consideradas fisiológicas ou naturais no envelhecimento causando declínios cognitivos que poderiam ser evitados. Portanto, compreende-se que o estado depressivo senil tem uma sintomatologia que, para ser diagnosticada, exige uma olhar sobre o sujeito integral, logo, é um problema que precisa ser compreendido e diagnosticado de acordo com a circunstância biopsicocultural em que cada idoso está inserido.

Defende-se que a institucionalização e o possível isolamento do idoso possam promover estados depressivos, dessa maneira se dá a importância de uma mudança na forma de cuidar/tratar direcionada à aplicação de uma avaliação multidimensional do idoso que reside em Instituição de Longa Permanência, de modo a poder-se identificar e tratar a depressão, tanto mais precocemente quanto o mais adequadamente possível, além de buscar alternativas para contribuir na melhoria da qualidade de vida da pessoa idosa institucionalizada.

Portanto, o prolongamento da vida é uma aspiração de toda a sociedade. No entanto, só pode ser considerado como uma real conquista na

medida em que se agregue qualidade aos anos adicionais de vida. Assim, qualquer política destinada aos idosos deve levar em conta a capacidade funcional, a necessidade de autonomia, de participação, de cuidado e de autossatisfação. Também deve abrir campo para a possibilidade de atuação em variados contextos sociais e de elaboração de novos significados para a vida na idade avançada, incentivando, fundamentalmente, a prevenção, o cuidado e a atenção integral à saúde. Deste modo, conclui-se que é preciso enfatizar a necessidade observada de que campanhas governamentais de conscientização e intervenção, como por exemplo, as estratégias de atuação da Clínica Ampliada, sejam desenvolvidas no âmbito das ILPI tendo em vista uma ação eficaz de cuidado integral e singular no busca do envelhecimento saudável.

REFERÊNCIAS

- Agência Nacional De Vigilância Sanitária - ANVISA (2005). Resolução 283, de 26 de setembro de 2005. *Aprova o Regulamento Técnico que define normas de funcionamento para as Instituições de Longa Permanência para Idosos*. Brasil: Editora MS.
- Almeida, O. P. (1998). Queixa de problemas com a memória e o diagnóstico de demência. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 56, 412-418.
- Alves, A. M. (2007). Os idosos, as redes de relações sociais e as relações familiares. In A. L. Neri (Org.). *Idosos no Brasil: vivências, desafios e expectativas na terceira idade* (pp. 125-39). São Paulo (SP): Ed Fundação Perseu ABRAMO.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington (DC): APA.
- Baltes, P. B. (1995). Prefácio. In A. L. Neri. *Psicologia do envelhecimento: Temas relacionados na perspectiva do curso de vida*. Campinas, SP: Papyrus.
- Baltes, P. B., & Baltes, M. M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: The modelo f seletive optimization with compesation. In. P. B. Bates, & M. M. Baltes (Org.). *Successfu aging: perspectives from the behaviora Science* (pp. 1-34). New York, EUA: Cambridge University Press.

- Banhato, E. F. C., Scoralick, N. N., Guedes, D. V., Atalaia-Silva, K. C., & Mota, M. M. P. E. (2009) Atividade física, cognição e envelhecimento: estudo de uma comunidade urbana. *Psicologia: Teoria e Prática*, 11(1), 76-84.
- Bastos, O. (2011). O paciente idoso. *Neurobiol*, 74(2), 203-210.
- Beauvoir, S. (1990). *A velhice*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- Bee, H. L., & Mitchell, S. K. (1984). *A pessoa em desenvolvimento*. São Paulo: Editora Harper & Row do Brasil.
- Benedetti, T. R. B., Borges, L. J., Petroski, E. L., & Lúcia, H. T. G. (2008). Atividade física e estado de saúde mental de idosos. *Revista da Saúde Pública*, 42(2), 302-7.
- Bennett, D. A., Wilson, R. S., Schneider, J. A., Evans, D. A., Beckett, L. A., & Aggarwal, N. T. *et al.* (2002). Natural history of mild cognitive impairment in older persons. *Neurology*, 59(2), 198-205.
- Birman, J. (1995). Futuro de todos nós: temporalidade, memória e terceira idade na psicanálise. In R. Veras (Org.). *Terceira idade: um envelhecimento digno para o cidadão do futuro* (pp. 29-48). Rio de Janeiro: Relume-Dumará. UnATI/UERJ.
- Born, T., & Boechat, N. S. (2006) A qualidade dos cuidados ao idoso institucionalizado. In E. V. Freitas (Org.). *Tratado de geriatria e gerontologia* (2a ed., pp. 1131-41). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Brito, S. (2008). A Psicologia Clínica – Procura de uma Identidade. *Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Fernando Fonseca*, 5(1).
- Camarano, A. A., & Kanso, S. (2010). As instituições de longa permanência para idosos no Brasil. *Revista Brasileira de Estudos de População*, 27(1), 233-235.
- Carneiro, R. S., Falcone, E., Clark, C., Prette, Z. D., & Prette, A. D. (2007). Qualidade de Vida, Apoio Social e Depressão em Idosos: Relação com habilidades Sociais. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 20(2), 229-237.
- Carvalho, V. F. C., & Fernandez, M. E. D. (1999). Depressão no Idoso. In M. P. Netto. *Gerontologia, A Velhice e o Envelhecimento em Visão Globalizada* (3a ed.). São Paulo: Edição Atheneu.
- Charchat-Fichman, H. (2005) Declínio das capacidades cognitivas durante o envelhecimento. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 27(1), 79-82.
- Cheik, N. C., Reis, I. T., Heredia, R. A. G., Ventura, M. L., Tufik, S., Antunes, H. K. M., & Mello, M. T. (2003). Efeitos do exercício físico e da atividade física na depressão e ansiedade em indivíduos idosos. *Rev. Bras. Ci. e Mov.* 11(3), 45-52.

- Christophe, M. (2009). *Instituições de longa permanência para idosos no Brasil: uma opção de cuidados de longa duração?* Dissertação (Curso de Mestrado) – Escola Nacional de Ciências Estatísticas. Programa de Pós-Graduação em Estudos Populacionais e Pesquisas Sociais. Rio de Janeiro.
- Dias, I. (2005). Envelhecimento e violência contra os idosos. Universidade do Porto. *Revista da Faculdade de Letras: Sociologia*, 15, 249-274.
- Duarte, M. B. & Rego, M. A. V. (2007). Comorbidade entre depressão e doenças clínicas em um ambulatório de geriatria. *Cad. Saúde Pública*, 23(3), 691-700.
- Figueiredo, K. R. (2007). *Depressão no idoso*. Disponível em: <<http://www.redepsi.com.br>>. Acesso em: 05 de novembro de 2013. 14:07:12
- Freire Júnior, R. C., & Tavares, M. F. L. (2005). A saúde sob o olhar do idoso institucionalizado: conhecendo e valorizando sua opinião. *Interface – Comunic Saude Educ*, 9(16), 147-158.
- Freitas, M. C., Mauyama, S. A. T., Ferreira, T. F., & Motta, A. N. A. (2002). Perspectivas das pesquisas em gerontologia e geriatria: Revisão da literatura. *Rev. Latino-am Enfermagem*, 10(2), 221-8.
- Garcia, A., Passos, A., Campo, A. T., Pinheiro, E., Barroso, F., Coutinho, G. *et al.* (2006). A depressão e o processo de envelhecimento. *Rev. Ciência e Cognição*, 7, 111-121.
- Gauthier, S., Reisberg, B., Zaudig, M., Petersen, R. C., Ritchie, K., Broich, K. *et al.* (2006). Mild cognitive impairment. *Lancet*, 15, 1261-1270.
- Goffman, E. (2007). *Manicômios, Prisões e Conventos* (7a ed.). São Paulo: Perspectiva.
- Gonçalves, T. R., Pawlowski, J., Bandeira, D. R., & Piccinini, C. A. (2011). Avaliação de apoio social em estudos brasileiros: aspectos conceituais e instrumentos. *Ciência e Saúde Coletiva*, 16(3), 1755 – 1769.
- Gorzoni, M. L., & Pires, S. L. (2006). Aspectos Clínicos da Demência Senil em Instituições Asilares. *Rev. Psiq. Clin.*, 33(1), 18-23.
- Groisman, D. (1999). *A infância do asilo: a institucionalização da velhice no Rio de Janeiro da virada do século*. Dissertação de Mestrado em Saúde Coletiva. Instituto de Medicina Social. Rio de Janeiro: UFRJ.
- Hartmann Junior, J. A. S. (2012). *Depressão em idosos institucionalizados*. Tese de doutorado. Centro de Ciências da Saúde. Universidade Federal de Pernambuco, Pernambuco.

- Hartmann Junior, J. A. S., Gomes, G. C., Januário, A. C. S., Queiroz, R., & Sougey, E. B. (2012). Qualidade de vida e depressão em idosas institucionalizadas. *Neurobiologia*, 75(3-4).
- Jesus, I. S., Sena, E. L. S., Meira, E. C., Gonçalves, L. H. T., & Alvarez, A. M. (2010). Cuidado sistematizado a idosos com afecção demencial residentes em instituições de longa Permanência. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 31(2), 285-92.
- Leleu, M. (1998). *Misère at insolence de La vieillesse*. Bruxelas: Editions Labor.
- Levy, A. (2001). *O Posicionamento Clínico*. Ciências Clínicas e Organizações Sociais. São Paulo, SP: Autêntica.
- Lima, P. M. R. (2008). *A arte de envelhecer: um estudo sobre história de vida e envelhecimento*. Dissertação de mestrado. Universidade de Brasília, Brasília.
- Maia, G. F., Castro, G. D., & Jordão, A. B. (2010). Ampliando a clínica com idosos institucionalizados. *Revista Mal-estar e subjetividade*, 10(1), 193-210.
- Mattos, P. et al. (2003). Memory complaints and test performance in healthy elderly persons. *Arq. Neuro-Psiquiatr*, 61(4).
- Ministério da Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização (2004). *HumanizaSUS: a clínica ampliada*. Brasília, DF: Editora MS.
- Neri, A. L. (1995). Psicologia do envelhecimento: uma área emergente. In A. L. Neri (org.). *Psicologia do envelhecimento*. Campinas: Papyrus.
- Novaes, R. H. L. (2003). *Os asilos de idosos no Estado do Rio de Janeiro: Repercussões da (não) integralidade no cuidado e na atenção à saúde dos idosos*. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/UERJ.
- Oliveira, K. L., Santos, A. A. A., Cruvinel, M., & Néri, A. L. (2006). Relação entre ansiedade, depressão e desesperança entre grupos de idosos. *Psicologia em Estudo*, 11(2), 351-359.
- Organização das Nações Unidas – ONU. (2007). *World Economic And Social Survey. O desenvolvimento num mundo em envelhecimento*. Nova Iorque: Nações Unidas.
- Porcu, M. et al. (2002). Estudo comparativo sobre a prevalência de sintomas depressivos em idosos hospitalizados, institucionalizados e residentes na comunidade. *Acta Scientiarum*, 24(3), 713-717.
- Ribeiro, J. E. C., Freitas, M. M., Araújo, G. S., Rocha, T. H. R. (2004). Associação entre aspectos depressivos e déficit visual causado por catarata em pacientes idosos. *Arq. Bras. Oftalmol*, 67(5), 795-9.

- Santos, A. A., Pavarini, S. C. I., & Brito, T. R. P. (2010). Perfil dos idosos com alterações cognitivas em diferentes contextos de vulnerabilidade social. *Esc. Anna Nery*, 14(3).
- Severino, A. J. (2007). *Metodologia do trabalho científico* (23a ed.). São Paulo: Cortez.
- Simões, M. (1996). Depressão nas idades avançadas: aspectos práticos do diagnóstico, terapêutica e da relação médico paciente deprimido idoso e seus familiares. *Revista Medicina Geriátrica Geriatria*, 9(86).
- Siqueira, G. R. *et al.* (2009). Análise da sintomatologia depressiva nos moradores do Abrigo Cristo Redentor através da aplicação da Escala de Depressão Geriátrica (EDG). *Ciência e Saúde Coletiva*, 14(1), 253 – 259.
- Stella, F., Gobbi, S., Danilla, I., Corazza, D. I., & Costa, J. L. R. (2002). Depressão no idoso: diagnóstico, tratamento e benefícios da atividade física. *Motriz*, 8(3), 91-98.
- Stoppe, J. R. A., & Louza, N. M. R. (1999). *Depressão na Terceira Idade*. São Paulo: Lemos Editorial.
- Taddei, C. F. G. *et al.* (1997). Estudo multicêntrico de idosos atendidos em ambulatórios de cardiologia e geriatria de instituições brasileiras. *Arq. Bras. cardiol*, 69(5), 327-33.
- Teixeira, L. M. F. (2010). *Solidão, depressão e qualidade de vida em idosos: Um estudo avaliativo exploratório e implementação piloto de um programa de intervenção*. Dissertação de Mestrado em Psicologia. Universidade de Lisboa.
- Wang, J. J. (2011). A structural model of the bio-psycho-socio-spiritual factors influencing the development towards gerotranscendence in a sample of institutionalized elders. *J. Adv. Nurs*, 67(12), 2618-2636.