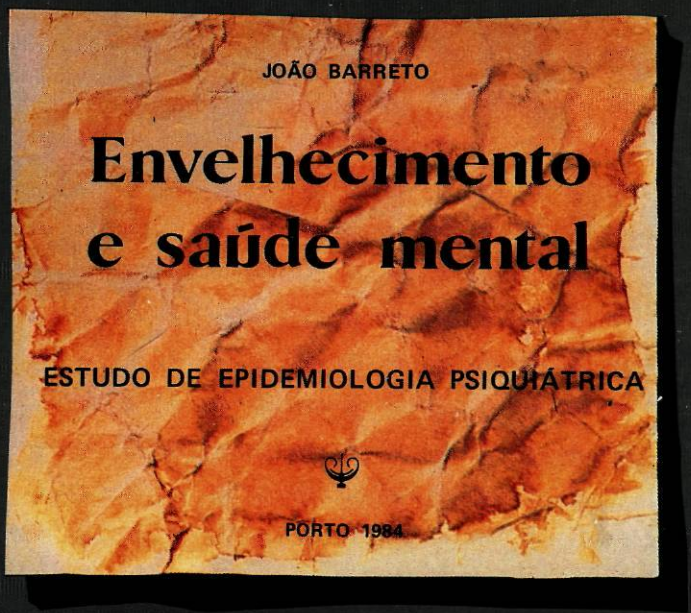

JOÃO BARRETO
Envelhecimento e saúde mental
ESTUDO DE EPIDEMIOLOGIA PSIQUIÁTRICA
PORTO 1984

JOÃO MANUEL DE MORAIS TABORDA BARRETO

# Envelhecimento e saúde mental

## ESTUDO DE EPIDEMIOLOGIA PSIQUIÁTRICA NO CONCELHO DE MATOSINHOS

DISSERTAÇÃO APRESENTADA À FACULDADE DE MEDICINA DO PORTO
PARA A OBTENÇÃO DO GRAU DE DOUTOR

1984

Artigo 48.º, § 3.º — A Faculdade não responde pelas doutrinas expendidas na dissertação.

(Regulamento da Faculdade de Medicina do Porto. 29 de Janeiro de 1931 — Decreto n.º 19 337).

*À ANA MARIA*

*À ESCOLA ONDE APRENDI*

*AO PROFESSOR FERNANDES DA FONSECA*

*A TODOS OS MEUS MESTRES*

# FACULDADE DE MEDICINA DO PORTO

## PROFESSORES CATEDRÁTICOS

DOUTOR ALBANO DOS SANTOS PEREIRA RAMOS
DOUTOR ALEXANDRE GUERRA DE SOUSA PINTO
DOUTOR AMANDIO GOMES SAMPAIO TAVARES
DOUTOR ANTÓNIO ALBERTO FALCÃO DE FREITAS
DOUTOR ANTÓNIO AUGUSTO LOPES VAZ
DOUTOR ANTÓNIO CARVALHO DE ALMEIDA COIMBRA
DOUTOR ANTÓNIO FERNANDES DA FONSECA
DOUTOR ANTÓNIO FERNANDES DE OLIVEIRA BARBOSA RIBEIRO BRAGA
DOUTOR ANTÓNIO GERMANO DE PINA DA SILVA LEAL
DOUTOR ANTÓNIO LUÍS TOMÉ DA ROCHA RIBEIRO
DOUTOR ANTÓNIO MANUEL SAMPAIO DE ARAÚJO TEIXEIRA
DOUTOR ARTUR MANUEL GIESTEIRA DE ALMEIDA
DOUTOR CÂNDIDO ALVES HIPÓLITO REIS
DOUTOR CARLOS SAMPAIO PINTO DE LIMA
DOUTOR CASIMIRO AGUEDA DE AZEVEDO
DOUTOR CELSO RENATO PAIVA RODRIGUES DA CRUZ
DOUTOR DANIEL DOS SANTOS PINTO SERRÃO
DOUTOR EDUARDO JORGE DA CUNHA RODRIGUES PEREIRA
DOUTOR FERNANDO DE CARVALHO CERQUEIRA MAGRO GOMES FERREIRA
DOUTOR JOÃO DA SILVA CARVALHO
DOUTOR JOAQUIM GERMANO PINTO MACHADO CORREIA DA SILVA
DOUTOR JOAQUIM DE OLIVEIRA COSTA MAIA
DOUTOR JOSÉ AUGUSTO FLEMING TORRINHA
DOUTOR JOSÉ CARVALHO DE OLIVEIRA
DOUTOR JOSÉ FERNANDO DE BARROS CASTRO CORREIA
DOUTOR JOSÉ MANUEL DA COSTA MESQUITA GUIMARÃES
DOUTOR JOSÉ MANUEL GONÇALVES PINA CABRAL
DOUTOR JOSÉ PINTO DE BARROS
DOUTOR JOSÉ RUIZ DE ALMEIDA GARRETT
DOUTOR LEVI EUGÉNIO RIBEIRO GUERRA

DOUTOR MANUEL AUGUSTO CARDOSO DE OLIVEIRA
DOUTOR MANUEL DA FONSECA PINHEIRO COELHO HARGREAVES
DOUTOR MANUEL JOSÉ BRAGANÇA TENDER
DOUTOR MANUEL MIRANDA MAGALHÃES
DOUTOR MANUEL TEIXEIRA AMARANTE JÚNIOR
DOUTOR MÁRIO JOSÉ CERQUEIRA GOMES BRAGA
DOUTOR NORBERTO TEIXEIRA DOS SANTOS
DOUTOR SERAFIM PINTO GUIMARÃES
DOUTOR VALDEMAR MIGUEL BOTELHO DOS SANTOS CARDOSO
DOUTOR VITOR MANUEL OLIVEIRA NOGUEIRA DE FARIA
DOUTOR WALTER FRIEDRICH ALFRED OSSWALD

## PROFESSORES JUBILADOS

DOUTOR ABEL JOSÉ SAMPAIO DA COSTA TAVARES
DOUTOR ÁLVARO ANTÓNIO PINHEIRO RODRIGUES
DOUTOR ANTÓNIO MARTINS GONÇALVES DE AZEVEDO
DOUTOR ANTÓNIO DE SOUSA PEREIRA
DOUTOR CARLOS RIBEIRO DA SILVA LOPES
DOUTOR EDUARDO ESTEVES PINTO
DOUTOR EMÍDIO JOSÉ RIBEIRO
DOUTOR ERNESTO BORGES TEIXEIRA DE MORAIS
DOUTOR FRANCISCO ALBERTO DA COSTA PEREIRA VIANA
DOUTOR FRANCISCO MANUEL DA FONSECA E CASTRO
DOUTOR JOÃO COSTA
DOUTOR JOAQUIM JOSÉ MONTEIRO BASTOS
DOUTOR JOSÉ AFONSO DIAS GUIMARÃIS
DOUTOR JÚLIO MACHADO DE SOUSA VAZ
DOUTOR MANUEL SOBRINHO RODRIGUES SIMÕES

*I an old man,*
*A dull head among windy spaces.*

T. S. Eliot, Gerontion

*Tard, très tard je t'ai connue, la Tristesse,*
*I have been hard as youth sixty years.*

Ezra Pound, Pisan Cantos

*Venha depois com as suas cãs caídas*
*A velhice, que os deuses concederam*
*Que esta hora por ser sua*
*Não sofra de Saturno*
*Mas seja o templo onde sejamos deuses.*

Fernando Pessoa, Odes de Ricardo Reis

*Vieux hêtre dépouillé*
*O dure écorce,*
*Moisi, pourri, souillé,*
*O plein de force.*

Charles Péguy, Quatrains

*À memória do Professor Laroze Rocha, homem de ciência e educador, antigo vice-reitor da Universidade do Porto, que aos 82 anos, numa tarde de Novembro, se encontrou doente, velho e só.*

*O presente trabalho pretende ser, antes de mais, uma contribuição para a melhoria da sorte daqueles que, já sem forças, sem conforto e sem amigos, se vêem perdidos de si mesmos: os velhos, doentes mentais. Despojados de recursos e privados de um amanhã, eles sentem-se rejeitados enquanto idosos, e rejeitados de novo por causa da sua perturbação.*

*Tais casos não representam, é certo, senão um pequeno grupo entre as pessoas de idade avançada. Mas os velhos felizes são, também, uma minoria. A maior parte conhece de perto a angústia, a solidão, a desconfiança, a tristeza. Quantos sofrem assim? Como e porquê? Por que caminhos se poderá levar-lhes auxílio? Eis algumas interrogações a que gostaríamos de poder responder.*

*Com este trabalho pretendemos, também, levar a cabo um estudo de epidemiologia psiquiátrica que possa valer como demonstração dos princípios e das possibilidades do método, bem pouco conhecido no nosso país. A sua importância não carece já de ser enaltecida, tão evidentes são os contributos que tem dado para a delimitação e caracterização clínica das formas de adoecer, para a identificação dos diversos factores causais, e para o conhecimento das necessidades da população em cuidados médicos e medidas de prevenção. A epidemiologia das doenças psíquicas tem, no entanto, dificuldades muito próprias, que têm a ver com a definição de anormalidade e com o processo de identificação dos casos. Importante progresso consistiu na adopção, recentemente, de critérios mais objectivos e mais uniformes, o que melhorou sensivelmente a validade das observações. Também a interpretação dos resultados tem sido facilitada pelo recurso a métodos de análise matemática mais eficazes que os procedimentos relativamente simples utilizados desde há bastantes anos. Na nossa investigação utilizamos não só as técnicas «clássicas» como alguns métodos mais recentes, e por essa razão esperamos que a sua divulgação através desta obra possa auxiliar quem pretenda iniciar uma pesquisa de carácter epidemiológico em psiquiatria que seja algo mais que uma simples estatística hospitalar. Procurámos, assim, tratar com algum desenvolvimento os aspectos de estratégia e método, pensando na sua utilidade informativa e ilustrativa.*

*Na verdade, podemos afirmar que desde a primeira hora nos preocupamos em fazer um trabalho útil, não só naquele sentido em que todo*

*o acto científico o é necessariamente, mas útil também por poder facultar um melhor conhecimento de realidades quase sistematicamente ignoradas entre nós, e dessa maneira permitir que se tomem medidas mais adequadas às necessidades; e útil ainda por poder abrir caminho a outros estudos, que neste achem inspiração ou sugestões a aproveitar.*

*Pelo que nos diz respeito, tomamos por modelo algumas das investigações inglesas e escandinavas mais prestigiadas, e em primeiro lugar os estudos bem conhecidos que foram realizados em Newcastle há já cerca de vinte anos. Introduzimos, entretanto, inovações que se nos afiguram importantes e que no conjunto distinguem o nosso trabalho daqueles de que temos conhecimento. Em linhas muito gerais adiantamos que foi construída uma amostra da população geral vivendo no domicílio; com cada sujeito fizeram-se várias entrevistas, e dos elementos de ordem social, médica e psiquiátrica colhidos extraíram-se 62 variáveis. Em todos os «casos» de perturbação fez-se um diagnóstico preciso, apoiado em critérios definidos internacionalmente, e confirmado por observações posteriores, até dois anos após o primeiro exame. Feita a estimativa da prevalência dos diferentes tipos de perturbação psíquica, procedeu-se à análise das associações entre doença e factores de risco, com vista a esclarecer os mecanismos de causalidade. Esta análise foi orientada de maneira que reputamos original, com vista a evitar as críticas que se podem formular aos trabalhos precedentes. Os dois sexos foram considerados em separado, dadas as diferenças biológicas e socio-culturais que fazem deles, nesta fase da vida, duas populações bem diferenciadas. Os factores de risco foram estudados em relação com categorias puramente descritivas bem definidas, e em parte sobreponíveis, como depressão, neurose tardia, deterioração mental, evitando-se pois a bipartição em orgânicos e funcionais, que já reflecte ideias preconcebidas sobre a patogenia. Para não nos limitarmos a estudar o lado negativo e prestarmos atenção ao envelhecimento bem sucedido, analisámos também os factores associados com as situações de «ânimo elevado». O grau de associação entre factores e categorias de diagnóstico foi expresso não só em correlações, como também, ao que julgamos pela primeira vez em epidemiologia psiquiátrica, através de índices de risco relativo. A discriminação das modalidades de convivência e isolamento foi mais fina que na maioria dos inquéritos congéneres. Os métodos matemáticos utilizados incluiram ainda a correlação parcial, a regressão múltipla e a análise factorial, esta última empreendida com o*

*objectivo de esclarecer mais profundamente as relações entre as diversas variáveis.*

*Todo este trabalho foi levado a efeito, não por um agrupamento multidisciplinar, como parece que seria mais aconselhável, mas por um só investigador, o qual na fase de campo foi coadjuvado por alguns auxiliares médicos que realizaram parte das entrevistas iniciais. Desejamos, sinceramente, que neste aspecto particular a presente investigação não constitua exemplo, e que de futuro estudos desta natureza sejam realizados por equipas compostas por investigadores e técnicos de formação diferenciada, como se faz hoje em qualquer centro desenvolvido. O labor é demasiado vasto para poder ser cometido a uma só pessoa sem que se torne esgotante. O que, nessas circunstâncias, se pode ganhar em uniformidade de critérios — e há outras maneiras de a conseguir — é contrabalançado pela forçosa morosidade do inquérito e da própria análise do material, como o nosso próprio caso pode exemplificar.*

*Os resultados do nosso trabalho não são, certamente, revolucionários nem definitivos. Algumas conclusões vêm confirmar os achados de investigações anteriores. Outras contrariam crenças firmemente estabelecidas, como por exemplo a de que os idosos são mais felizes quando vivem em lar de três gerações, o que na população que estudamos não acontece. Outras conclusões, ainda, adiantam hipóteses sobre a causalidade, que convirá pôr à prova em futuras pesquisas, de preferência longitudinais e focalizadas sobre certos sectores da psicopatologia. É, entre outras, a que precisa o tipo de isolamento social que pode ser patogénico, em confronto com outras formas que não parecem capazes de causar perturbação psíquica. É também o caso da hipótese de muitas situações de deterioração mental estarem ligadas a uma carência prolongada de estimulação das capacidades intelectuais, o que a confirmar-se terá por certo importantes implicações no capítulo da prevenção. No conjunto, o nosso trabalho representa uma tentativa de identificar os factores individuais e ecológicos que estão implicados na génese das mais frequentes perturbações mentais do homem idoso, e de tentar interpretar a sua actuação à luz de conceitos psicológicos actuais. Cremos que algumas consequências práticas se poderão extrair, designadamente no que se refere à planificação de serviços de apoio à população idosa e à prevenção das perturbações mentais em geral.*

*Ao escrever este livro hesitámos entre fazer obra curta e incisiva, despida de considerações não essenciais, ou desenvolvermos os capítulos de introdução e explanarmos com pormenor os métodos utilizados. Preferiríamos a primeira alternativa, mas acabamos por escolher a segunda, escrevendo um texto mais extenso mas que pode eventualmente servir a outros investigadores. O campo em que nos movimentámos é uma encruzilhada de temas, e a todos quisemos dar um lugar próprio: psicogeriatria, epidemiologia geral e psiquiátrica, psicologia cognitiva e da personalidade. A maior parte dos capítulos são autónomos, e podem assim ser lidos em separado. Os capítulos 1 e 4 constituem uma introdução à psiquiatria e psicologia da pessoa idosa, respectivamente. Os capítulos 2 e 3, por seu lado, são uma iniciação à epidemiologia psiqwiátrica, que pode ser extraída do conjunto.*

*Sendo esta obra um trabalho académico, nem por isso precisa ela de vir entremeada de expressões arrevezadas pretensamente eruditas, tão em moda em certos meios. O amor da nossa língua e o prazer da escrita levam-nos a preferir a linguagem simples, que é a melhor forma de nos conservarmos perto das realidades. Obrigam-nos também a banir termos do mau gosto vulgar, como «terceira idade» e tantos outros do género. Traduzimos, depois de cuidadoso estudo, algumas palavras inglesas muito frequentes na literatura. Assim, «disengagement» pode ser desligamento, «patterns» equivale a padrões e «coping» não anda longe de superação. Já o termo «stress» não tem o mesmo sentido que qualquer outra palavra portuguesa, embora se aproxime de sobrecarga. Por esse motivo e pela sua ampla difusão, optamos por usá-lo sem traduzir. Empregamos com frequência construções do tipo «um terço dos idosos são viúvos» em lugar de «é viúvo», como algumas gramáticas parecem estabelecer. Temos do nosso lado a opinião de autores e mestres consagrados, como João de Araújo Correia, a quem devemos muito do gosto que temos por bem falar. Infelizmente, não conseguimos neste texto a boa harmonia entre clareza, simplicidade e pureza formal a que a leitura das suas obras nos faz aspirar.*

*Ao Professor Fernandes da Fonseca devemos a orientação da nossa actividade científica e o apoio continuado que sempre deu a este trabalho, no qual mostrou muitas vezes depositar o maior interesse. As suas críticas foram sempre muito importantes para nós, que de há muito conhecemos*

*a sua preocupação pelo rigor e a sua exigência de seriedade intelectual, sempre unidas a uma abertura de espírito que estimula cada colaborador a desenvolver livremente as suas próprias capacidades e inclinações. A confiança que nos demonstrou mesmo nas horas difíceis, a disponibilidade constante e a amizade que sempre deixou transparecer foram e continuam a ser um exemplo inesquecível.*

*O Professor Joaquim Maia deu-nos precioso auxílio na crítica e nas sugestões que formulou a propósito dos capítulos sobre epidemiologia. Submetemos também ao seu parecer os cálculos e as análises estatísticas do nosso trabalho. Agradecemos-lhe sentidamente a sua colaboração amiga, sempre tão enriquecedora.*

*Pudémos contar com o auxílio, na fase das entrevistas e exames médicos iniciais, dos Drs. Pedro Graça Moura, Manuel Dias e Lionida Miranda. Durante alguns meses constituímos uma pequena equipa que percorreu cinco freguesias do concelho de Matosinhos, realizando observações em postos clínicos, associações, lares, consultórios e nos próprios domicílios dos sujeitos imobilizados. Essa colaboração foi uma das experiências mais gratificantes deste trabalho; pena foi que ela não pudesse ter prosseguido, mas ficou a gratidão e uma sólida amizade. Outros Colegas nos deram também várias formas de ajuda, ou se colocaram à nossa disposição; entre eles queremos distinguir o Dr. Rui Mota Cardoso pelo entusiasmo com que o fez.*

*Aos senhores Professores José Garrett e Abel Tavares agradecemos as facilidades concedidas no âmbito dos Serviços Médico-Sociais, que muito ajudaram a que o inquérito não se prolongasse por tempos indefinidos Estamos grato também a muitos Colegas que exercem ou exerciam a profissão na área do nosso estudo, alguns dos quais infelizmente já falecidos, e que nos proporcionaram bom acolhimento, ajuda e mesmo facilidades de utilização das suas instalações. Entre eles mencionamos os Drs. Cavadas, Bertrand das Neves, Vila Real e Rui Sequeira.*

*Muitas foram as instituições que nos receberam e se prestaram a colaborar connosco. À Câmara Municipal de Matosinhos, às Juntas de Freguesia da área, à Casa dos Pescadores, aos Postos Clínicos dos Serviços Médico-Sociais de Matosinhos, Senhora da Hora e São Mamede de Infesta,*

*aos Lares de idosos particulares e religiosos que nos acolheram, aos funcionários anónimos que tanta boa vontade demonstraram em nos auxiliar, o nosso sincero agradecimento.*

*Não queremos deixar de agradecer também aos nossos Colegas do Serviço de Psicologia da Faculdade de Medicina do Porto a boa vontade que sempre demonstraram em nos substituir numa ou noutra actividade docente quando o nosso trabalho de investigação mais nos absorvia. Aos nossos colegas de equipa no Hospital do Conde de Ferreira, a cujos quadros nos orgulhamos de também pertencer, um muito obrigado pela disponibilidade manifestada. À Direcção Clínica e ao Conselho de Gerência do mesmo Hospital agradecemos a facilidade concedida de utilizar o equipamento mecanográfico. A nossa gratidão também, às funcionárias D. Maria da Luz, D. Maria de Fátima e D. Maria Emília, que se esforçaram, muitas vezes fora do seu horário, por dactilografar com perfeição este texto.*

*Não esquecemos a dedicação e eficiência demonstrada pelo Senhor Amaro Costa e seus colaboradores tipógrafos. Muito nos sensibilizou a contribuição que o Laboratório Squibb quis prestar, ajudando-nos a suportar os elevados custos da impressão.*

*Por fim, um muito obrigado sentido e fraterno ao Nuno Barreto, pela concepção e realização da capa desta obra.*

*Outros agradecimentos não os faremos em público, por dizerem respeito a sentimentos íntimos que nos unem àqueles com quem partilhamos as dores e alegrias do dia a dia: a Mulher, que sacrificou anos dos mais belos da vida, os Filhos, os Irmãos e os Amigos, que dão cor aos dias da existência e nos animam a demandar aquilo que está sempre mais para além.*

# *ÍNDICE*

1. A PSICOGERIATRIA 27

1.1 As dimensões do problema 30
1.2 Origens e desenvolvimento da psicogeriatria 31

o factor idade 33
a multiplicidade dos quadros clínicos 34
a diversidade quanto ao curso 35
as depressões 36
os síndromos paranóides 37
o envelhecimento das doenças mentais 39
as perturbações subclínicas 40
os quadros neuróticos 41
as demências 43
as possibilidades terapêuticas 48

1.3 A classificação em psicogeriatria 49

doenças ou variações? 50
critérios classificativos 51
os riscos das dicotomias clássicas 52
a nosologia das demências 55
a nosologia das depressões 57
a classificação adoptada no presente estudo 61

2. A CONTRIBUIÇÃO DA INVESTIGAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA 65

2.1 O método epidemiológico 68
2.2 Finalidade da investigação epidemiológica 70
2.3 Epidemiologia descritiva 72
2.4 Epidemiologia analítica 76

conceito de exposição 77
inquéritos à população 79
estudos comparativos de grupos 80

3. A EPIDEMIOLOGIA DAS PERTURBAÇÕES MENTAIS 83

nota sobre a legitimidade da quantificação e da estatística em psiquiatria 86

3.1 Origem e desenvolvimento da epidemiologia psiquiátrica 88

das estatísticas hospitalares aos inquéritos à população 88
os estudos de prevalência 89

3.2 A pesquisa das causas 95

os factores sociais e a questão da «sociogénese» 95
as relações de convivência 98
o papel da doença física 100
os antecedentes 101

nota crítica sobre o conceito de «stress» por acontecimentos da vida 103

3.3 Os métodos de investigação 106

as hipóteses e os objectivos 107
a selecção de uma estratégia 108
a escolha da população e a constituição da amostra 109
os critérios de morbilidade 112
a identificação dos casos 117
os instrumentos de avaliação e medida 123
a avaliação das condições do ambiente 127

4. ENVELHECIMENTO E SAÚDE MENTAL 129

4.1 A prevalência das doenças mentais na população idosa 132
quadros orgânicos 136
quadros funcionais 137

4.2 Factores patogénicos 139

causalidade multifactorial 142
condições socio-económicas 144
relações de convivência 145
doença física 147
acontecimentos desencadeantes 150
personalidade e antecedentes 152

4.3 Comportamento e adaptação na idade avançada 155

a psicologia e o envelhecimento 155
modificações intelectuais 157
evolução da personalidade 162
satisfação e adaptação 170
stress e estratégias de superação 178
inadaptação e doença psíquica 186

5. OBJECTIVO 191

orientação geral, âmbito e finalidades 193
plano da investigação 196

6. POPULAÇÃO ESTUDADA 201

geografia e estrutura económico-social 203
demografia 209

7. CONDUÇÃO DO INQUÉRITO 213

constituição da amostra 215
representatividade da amostra 217
protocolo dos exames 219

8. TRATAMENTO DOS DADOS 229

8.1 Definição das variáveis e codificação 231
8.2 Métodos seguidos na análise estatística 241

9. CONDIÇÕES DE VIDA 253

situação socio-económica 255
tipo de convivência 259
saúde física 262
interpretação das diferenças entre sexos 264

10. PERTURBAÇÕES PSÍQUICAS 269

sintomas e sua distribuição 272
categorias nosológicas 274
quadros orgânicos 281
quadros funcionais 286
as depressões 294

11. FACTORES DE RISCO E MECANISMOS DE CAUSALIDADE 299

11.1 Critérios de agrupamento por entidades clínicas 306
11.2 Factores associados com as categorias de diagnóstico 310
11.3 Determinação dos riscos relativos 319
11.4 Condições socio-económicas 330

instrução 330
classe sócio-profissional 330
habitação 331
meio de vida 332
situação laboral e reforma 336

11.5 Relações de convivência 338

estado civil 338
descendência 339
tipo de lar e relações familiares 340
relações sociais 342
contactos diários 343

11.6 Condições de saúde física 345

doença física 345
doença cardiovascular 346
doença cerebrovascular 347
surdez 348
deficiência visual 349
restrição da mobilidade 350

11.7 Personalidade e antecedentes 350

doença psíquica familiar 351
antecedentes pessoais 352
personalidade 354
interesses 356
acontecimentos traumáticos recentes 357

12. COORDENADAS DO ENVELHECIMENTO: A PERSPECTIVA DA ANÁLISE FACTORIAL 359

12.1 Fundamentos da análise factorial 364

factores e saturações 364
comunalidades e variância 365
representação no espaço da estrutura factorial 366
rotação dos eixos e interpretação dos factores 367

12.2 Análise factorial e psiquiatria 368
12.3 Técnica seguida na análise 371

a selecção das variáveis 371
a solução centróide: primeira matriz 372
extracção dos factores 373
rotação dos eixos 374

12.4 Resultados da análise factorial 378
12.5 A dimensão familiar e o tipo de lar 387
12.6 A dimensão social: isolamento e solidão 389
12.7 A dimensão socio-económica 392
12.8 A dimensão saúde-doença 393
12.9 A dimensão somatogenia-sociogenia 395

13. CONSIDERAÇÕES FINAIS 397

condições de vida 400
a sociabilidade 401
o declínio intelectual 402
depressões e perturbações neuróticas 404
insatisfação e doença psíquica 409
inadaptação — uma interpretação comportamental 413
acção social e prevenção 419

SÍNTESE 423

BIBLIOGRAFIA 433

CAPÍTULO 1

# *A PSICOGERIATRIA*

*Eu conheci o tempo da confusão, e uma face tenebrosa se encostou à minha face.*
*Eu agora sou estranho em casa de minha mãe, eu agora já não caibo na minha própria casa.*

Salmo 69, trad. por Herberto Helder

A psicogeriatria é o ramo da psiquiatria consagrado ao estudo das perturbações mentais que ocorrem na senescência, e em especial daquelas que surgem pela primeira vez nesse período da vida. Esta foi a definição proposta pelo Grupo Científico da Organização Mundial de Saúde, que em 1972 elaborou um relatório sobre a evolução dos conhecimentos neste domínio e as prioridades a ter em conta na investigação. A gerontopsiquiatria (termo equivalente introduzido por Nielsen em 1962) é pois, de certa maneira, uma contrapartida da pedopsiquiatria (Müller, 1968). O período da vida a que respeita estende-se por mais de trinta anos. O início da senescência marca-se habitualmente nos 65 anos (O.M.S., 1972); no entanto, muitos estudos de carácter demográfico, social ou clínico continuam a utilizar os 60 anos como referência.

A psicogeriatria é, também, um sector da **geriatria**, a divisão da medicina que estuda as doenças dos indivíduos idosos, tanto nos aspectos clínicos como sob os pontos de vista da distribuição, causalidade e prevenção dessas doenças. Fundada por Nascher no início deste século, a geriatria pode, por sua vez, ser encarada como um dos sectores da **Gerontologia.** Esta ciência, que se veio a individualizar no após-guerra (o «Journal of Gerontology» foi fundado em 1945) e desde então se tem desenvolvido incessantemente, tem como domínio

o vasto conjunto dos problemas do envelhecimento. Trata-se, na realidade, de um campo multidisciplinar; ao lado da Gerontologia Biológica, ou Experimental (Verzár, 1970), deparamos com a Psicológica, a Social e a Médica, que é, como vimos, a Geriatria. Todo o interesse que estes problemas suscitam provém não só de sentimentos de ordem humanista e de uma preocupação crescente com o bem estar dos idosos, como também, e talvez antes de mais, da tomada colectiva de consciência de enormes transformações em curso na estrutura demográfica das populações, com consequências que se antevêem com a maior apreensão.

## 1.1 As dimensões do problema

*Le temps fait violence; c'est la seule violence.*

Simone Weil, La pesanteur et la grâce

Em Julho de 1982 reuniu em Viena a Assembleia Mundial da O.N.U. sobre o Envelhecimento, com o fim de estudar os meios de fazer face às repercussões económicas e sociais do desproporcionado aumento da população idosa. Com efeito, a previsível diminuição da fecundidade a nível mundial, conjugada com a baixa de mortalidade, farão com que o número de indivíduos com mais de 60 anos atinja dentro de quatro décadas a cifra de mil milhões em todo o globo, o que significa que em muitos países eles serão mais numerosos do que os jovens. Daqui poderá resultar que a produção se torne insuficiente para acudir às necessidades de todos, e em particular do sector não activo. Os problemas médicos, psicológicos e sociais próprios da velhice irão, por outro lado, tomar proporções quantitativas tais que nem somos bem capazes de as imaginar hoje.

Na Europa, nos últimos trinta anos, o número de idosos quase duplicou, graças principalmente ao acréscimo de mulheres. Em Portugal, a expectativa da vida à nascença era de 1975 de 69,02 anos para os dois sexos em conjunto, e atinge presentemente os 71,13 anos. As mulheres poderão esperar viver em média mais 7,7 anos que os homens.

O índice de envelhecimento (percentagem dos indivíduos com mais de 65 anos, relativamente aos que têm até 15) passou de 32,5 % em 1970 para 39,9 % em 1980; calcula-se que será de 43 % em 1990, e de 57,5 % em 2000, para atingir os 100 % antes de 2025 (previsões do I.N.E.).

Dada a maior vulnerabilidade dos idosos às perturbações físicas e mentais, é de esperar que as consequências médicas destas transformações demográficas sejam também de grande vulto. Na Inglaterra prevê-se que, pelo ano 2000, 75 % das camas para homens nos hospitais gerais, e 90 % das camas para mulheres (excepto nas maternidades) estarão ocupados por idosos (Pitt, 1982). Calculando-se que cerca de dez por cento da população idosa sofre de sensível deterioração mental (Kay e Roth, 1964), é fácil de compreender o tom de alarme do editorial do «British Medical Journal» que em 1978 apelava à mobilização de esforços para combater a demência, a «epidemia sem ruído», que ameaça vir a tornar-se num fardo insuportável para as famílias e para a sociedade nos anos que se aproximam.

Os problemas dos velhos resultam da convergência de factores físicos, mentais e sociais, e o combate deve, por conseguinte, travar-se em diversas frentes. Até há poucos anos, bem poucas esperanças se podiam depositar no êxito dessas lutas. No momento presente, todavia, há que reconhecer que alguns passos têm sido dados em frente. e começa a haver razões para esperar avanços significativos.

## 1.2 Origem e desenvolvimento da psicogeriatria

A psicogeriatria individualizou-se, como ramo do saber médico, no período imediatamente a seguir à Segunda Guerra Mundial. Com esta afirmação não se pretende minimizar importantes esforços anteriores no sentido de definir e caracterizar as situações psicopatológicas mais frequentes nos velhos: bastaria lembrar a descrição das demências por Esquirol, ou da parafrenia por Kraepelin. Já neste século, aliás, tinham surgido exposições de conjunto sobre as doenças mentais dos idosos. No célebre tratado de psiquiatria de Bumke (1930) vários capítulos eram consagrados a este assunto; o seu autor, Runge, foi talvez o primeiro a abordar o tema de maneira sistemática.

Também Kehrer descrevera e esboçara já em 1939 uma classificação das enfermidades psíquicas das idades avançadas. A guerra, entretanto, viera deslocar o interesse para outros campos (com a notável excepção de M. Bleuler, que em 1943 se debruçara sobre as esquizofrenias tardias). É só quando, finda a conflagração, se procura retomar o labor intelectual e científico, numa Europa que tenta curar as feridas de que subitamente se apercebe, que as condições estão reunidas para a aparição de movimentos autenticamente inovadores em psiquiatria. Mas o centro de gravidade já não se situa no Continente devastado. Nas Ilhas Britânicas, onde o potencial científico permanece largamente incólume, vive-se a hora do «Welfare State». Maxwell Jones vai tentar revolucionar a vida no hospital psiquiátrico. Mas os hospitais estão cheios de velhos, vítimas ignoradas da guerra, que sobreviveram nem se sabe como à fome e à miséria dos anos negros, à perda do lar e à separação da família, à agonia da solidão. Já não é possível imputar os seus males à arteriosclerose. Num veemente apelo, Sir Aubrey Lewis exorta os psiquiatras, em 1946, à reflexão e à pesquisa sobre a condição dos idosos enfermos mentais. É preciso pôr em causa as ideias adquiridas, combater os preconceitos que subsistem tenazmente incrustados nas mentalidades. É preciso voltar a dar esperança aos que foram duplamente rejeitados pela Sociedade, enquanto velhos e enquanto doentes mentais.

A atitude de espírito reinante durante décadas pode, de certo modo, definir-se sinteticamente em duas palavras: **organicismo** e **fatalismo**. O preconceito organicista consistia na «tendência a atribuir toda a alteração do pensamento ou do comportamento, observado num indivíduo idoso, a um maior ou menor grau de transformação patológica senil nos vasos cerebrais ou no próprio parênquima» (Robertson e col., 1953). A noção de que os diversos quadros clínicos apenas reflectem variantes do mesmo processo degenerativo, com prognóstico essencialmente sombrio, estava na base da atitude fatalista e passiva que Lewis denunciava (e que, infelizmente, ainda não desapareceu de todo em certos meios). Esse pessimismo revela-se também na tolerância em face dos sintomas e na indiferença perante as queixas dos velhos. O sofrimento destes estaria, de algum modo, inscrito na ordem natural das coisas; seria até sinal de saúde, em contraste com a despreocupação dos «senis». Assim, de maneira um tanto cínica, se explicava sumariamente a angústia e a tristeza dos

idosos ora como sinal de irremediável demência, ora como resultado de excesso de lucidez (ser velho não era, afinal, sinónimo de ser triste?). Em qualquer dos casos, nada a fazer...

Do outro lado do Atlântico, entretanto, Malzberg (1956) punha em evidência o crescimento progressivo, entre 1920 e 1950, do número absoluto de doentes idosos hospitalizados por doença mental. Nos países nórdicos, os primeiros inquéritos realizados na comunidade (Bremer, 1951; Essen-Moller, 1956) revelavam uma prevalência insuspeitada de perturbações psíquicas entre os indivíduos com mais de 60 anos.

Estes sinais de alarme são entendidos. A partir dos anos cinquenta vão suceder-se em ritmo crescente os estudos clínicos e epidemiológicos que assinalam o nascimento da psicogeriatria científica. Graças a tais esforços, as atitudes e concepções negativas vão sendo sucessivamente abaladas e dão lugar a perspectivas mais correctas e orientações mais ousadas no que se refere ao diagnóstico, tratamento e prevenção das doenças mentais dos mais idosos.

Não sendo possível, obviamente, historiar aqui o desenvolvimento da psiquiatria geriátrica, tentaremos assinalar os marcos mais significativos do seu progresso. Vamos, assim, apontar as principais aquisições no domínio dos nossos conhecimento ao longo de mais de duas décadas.

## O FACTOR IDADE

*As manifestações psíquicas das lesões cerebrais variam em função da idade, predisposição constitucional, e factores psicodinâmicos, e não dependem, portanto, exclusivamente da localização e rapidez do processo orgânico subjacente.*

Em 1951, M. Bleuler proferia em Londres uma conferência que anunciava o fim do organicismo estreito que reinava em certos meios desde o século XIX. Além de afirmar que muitas situações psicopatológicas não têm por base qualquer alteração patológica do encéfalo, o professor de Zurique rompia com a tradição Kraepeliniana e francesa de estabelecer um nexo rígido entre agente mórbido, localização da lesão e quadro clínico. Assim, por exemplo, os síndromos amné-

sicos orgânicos têm diferente expressão clínica consoante a idade do doente, independentemente da causa e da sede da lesão. Para Bleuler, apenas se poderiam distinguir três grandes síndromos psico-orgânicos: de tipo agudo, comparável à «reacção exógena» de Bonhoefer; de tipo crónico difuso, com manifestações principalmente da esfera mnésica; e de tipo crónico localizado, onde a sede da lesão teria evidentemente um peso especial na expressão clínica. Em qualquer deles intervêm factores de carácter constitucional e também de natureza psicodinâmica. Não foi, decerto, este autor o único a divulgar estas ideias; Henry Ey (1963), por exemplo, haveria de as desenvolver, debaixo da influência de H. Jackson, na doutrina «organo-dinamista». Mas estamos em crer que a posição de Bleuler foi de certo modo histórica, tendo em conta quem, onde e quando a assumiu, e veio influenciar de maneira duradoura a psiquiatria anglo-americana.

## A MULTIPLICIDADE DOS QUADROS CLÍNICOS

*As perturbações mentais da senescência são de natureza variada, têm expressão clínica muito diversa, e numa considerável proporção não resultam de alterações orgânicas cerebrais.*

Robertson e col. (1953) passando em revista 200 doentes idosos admitidos sucessivamente num hospital psiquiátrico durante um ano, encontraram grande variedade de situações clínicas, repartidas quase em número igual entre quadros orgânicos (demência, intoxicações, mixedema, sífilis) e «funcionais» (depressões «não complicadas» e secundárias a doenças físicas; manias, parafrenias e esquizofrenias, psicopatias), além de alguns casos «mistos». Os autores salientavam a elevada percentagem de depressões, metade das quais se manifestava pela primeira vez nesta idade, e sublinhavam que, embora os quadros fossem relativamente graves, com grande incidência de tentativas de suicídio, o prognóstico se mostrava relativamente favorável.

Também num dos primeiros estudos realizados em meio extra-hospitalar, Bremer (1951), numa pequena comunidade do Norte da Noruega, encontrou perturbações psíquicas em um quarto da popula-

ção com mais de 60 anos, assim distribuídos: psicoses orgânicas, 2,5 %, psicoses funcionais, 4,2 %; neuroses e perturbações do carácter, 17,6 %.

## A DIVERSIDADE QUANTO AO CURSO

*A «história natural» das perturbações mentais da senescência mostra consideráveis diferenças quanto ao curso e mortalidade.*

Num importante estudo longitudinal realizado em várias centenas de doentes idosos admitidos sucessivamente no hospital, Roth (1955) deparou com marcantes diferenças na evolução das suas enfermidades, que repartiu por cinco categorias principais. Assim, ao cabo de seis meses, a maior parte dos afectados por psicose afectiva tivera alta, enquanto a maioria dos dementes senis tinha morrido, e quase todos os casos de parafrenia tardia continuavam internados; os que haviam sido admitidos por estados confusionais agudos tinham tido alta ou falecido, em proporções quase iguais; e metade dos portadores de «demência arteriosclerótica» continuava internada, havendo falecido a maioria dos restantes. Ao fim de dois anos, três quartos dos arterioscleróticos tinham morrido, bem como quatro quintos dos senis; a maioria das parafrenias continuava internada, e os afectivos prosseguiam com evolução favorável. Desta maneira, concluiu Roth que os cinco agrupamentos que construira correspondem a categorias nosológicas independentes. Contra o pensamento então dominante, este estudo veio mostrar que as depressões e os síndromos paranóides não vão desembocar habitulamente na demência, constituindo portanto situações de tipo funcional. Posteriormente, Kay e Roth (1955) estudaram as enfermidades físicas e as causas de morte dos doentes pertencentes a cada uma das cinco categorias já mencionadas, e de novo encontraram acentuadas diferenças entre elas.

No decurso das últimas décadas alterou-se significativamente o prognóstico de algumas doenças estudadas por Roth. Recentemente, Christie (1982) e Blessed e col. (1982) procederam a replicações daquela investigação, em condições semelhantes. Os principais achados foram: melhoria franca do prognóstico das afecções paranóides,

e melhoria também no que se refere às depressões, pelo menos a curto prazo (aos dois anos não há diferença notável). Por outro lado, as demências senis mostram muito maior tempo de sobrevivência.

## AS DEPRESSÕES

*As depressões são em regra de tipo funcional, isto é, não resultam nem são pródromos de doença degenerativa senil ou cerebrovascular.*

Esta noção já sobressaía do estudo de Roth, e foi uma das principais conclusões da pesquisa empreendida por Post (1962). Este autor teve oportunidade de observar periodicamente um grupo de depressivos idosos durante os seis anos posteriores à sua admissão ao hospital. Deparou com uma melhoria mais ou menos rápida a curto prazo, graças à eficácia da terapêutica por antidepressivos, que então começavam a ter uso generalizado. Infelizmente, metade dos casos apresentava recaída de certa gavidade a médio prazo; em muitos doentes notava-se mesmo uma evolução da personalidade, com reforço de traços hipocondríacos, tendência ao isolamento e irritabilidade. Dez anos depois, em novo estudo longitudinal, Post (1972) viu confirmadas aquelas conclusões, nomeadamente a de que a incidência de quadros demenciais não é maior nos depressivos do que nos outros idosos (6,5 % em três anos). Isto não impede que, em casos pontuais, se possa descrever uma fase depressiva no início de um processo demencial, principalmente quando existe patologia cerebrovascular (ver tb. Roth, 1971).

É muito mais frequente que um caso de suposta «demência» se venha a revelar de natureza depressiva, do que o contrário, como prova o estudo que Kendell (1974) efectuou sobre a estabilidade dos diagnósticos psiquiátricos. A proporção de casos de demência que eram na realidade depressões montava a 8,2 %; apenas 2,6 % dos casos inicialmente rotulados de depressão vieram mais tarde a ser admitidos por demência.

## OS SÍNDROMOS PARANÓIDES

*Os síndromos paranóides crónicos de início tardio não resultam de alterações orgânicas cerebrais e reagem favoravelmente à terapêutica.*

A psiquiatria germânica soube sobreviver à guerra, como prova o estudo feito por Lechler (1950) em Heidelberga, sobre os idosos admitidos na clínica universitária dessa cidade durante dez anos. Em 8,5 % desses casos, na maior parte rotulados de «demência com alucinações» e «doença paranóide senil» ou «arteriosclerótica», Lechler formulou o diagnóstico de esquizofrenia. A generalidade dos psiquiatras mostrava até então grande relutância em admitir que esta doença pudesse manifestar-se pela primeira vez em idade tão avançada: não se tratava afinal da herdeira da «demência precoce» de Kraepelin? No entanto, também Janzarik descreveu em 1957 cerca de 50 casos de esquizofrenia de início tardio, agrupadas em cinco categorias, que por sinal não correspondiam às subdivisões clássicas dessa enfermidade. Na Grã-Bretanha, Roth e Morrissey (1952) haviam encontrado 12 esquizofrenias entre 150 idosos admitidos sucessivamente a um pequeno hospital psiquiátrico, excluídos previamente os casos em que os síndromos paranóides surgiam num contexto primariamente depressivo ou psico-orgânico Notaram ainda estes autores que os seus quadros clínicos não eram sobreponíveis aos que se descrevem em indivíduos mais jovens, e apresentavam antes certas semelhanças com as situações anteriormente denominadas «parafrenias».

Por tal motivo, Roth (1955) passou a classificar estes casos como **parafrenias tardias**, designação que pretende pôr em relevo as suas características de cronicidade e de não evoluirem para a demência ou a desagregação da personalidade. Nisto diferem da esquizofrenia clássica ou nuclear; e também a proporção de mulheres é muito superior na parafrenia tardia, sendo nitidamente menor a evidência de factores hereditários como Kay e Roth (1961) puderam mostrar. Por outro lado, são muito frequentes os defeitos visuais e pequenas lesões neurológicas, e a surdez aparece em mais de um terço dos casos. No entanto, sob o ponto de vista clínico trata-se sem dúvida de quadros esquizofrénicos, embora faltem frequentemente os sintomas de primeira ordem. Também a elevada frequência de personalidades

pré-psicóticas anormais, e a grande proporção de indivíduos solteiros ou pouco férteis, militam a favor da sua inclusão no grupo das esquizofrenias. Os autores concluem que se trata de uma forma atenuada desta doença, em cuja etiologia participariam factores hereditários e constitucionais (um tanto diferentes dos que intervêm nos quadros mais precoces) bem como os factores exógenos e psicógenos em combinação variável.

A investigação de Post (1966) sobre 93 doentes idosos com «estados persecutórios persistentes» foi particularmente rica em ensinamentos. Os resultados mostram que os quadros clínicos se distribuem ao longo de um eixo contínuo, que vai dos casos de simples **alucinose** auditiva, ou com ideias delirantes de certo modo limitadas a determinado enquadramento espacial, passando pelas situações que denominou **esquizofreniformes**, com auto-relacionação mais generalizada e de tipo frequentemente bizarro, até aos quadros tipicamente **esquizofrénicos**, indistinguíveis dos que se observam em indivíduos mais jovens, com experiências de passividade e de influência, e outros sintomas de primeira ordem. Nestas diversas situações, a ocasional existência de lesões cerebrais (em 5 % dos casos) é considerada por Post mera coincidência, sem papel determinante na patogenia. Por outro lado, a terapêutica neuroléptica mostrou-se igualmente benéfica em qualquer destas três formas clínicas, tornando possível uma alta percentagem de remissões completas ou parciais; os casos resistentes não ultrapassavam os 8 %. Na opinião de Post, estes síndromos persecutórios mais não são do que formas atenuadas ou incompletas de esquizofrenia, onde comparticipam factores patogénicos de tipo genético, experiencial, orgânico, sensorial e outros.

Note-se, no entanto, que todos os autores têm reconhecido, ao lado destas psicoses crónicas de tipo parafrénico, outros quadros de expressão paranóide de evolução aguda ou subaguda: depressões «atípicas», intoxicações não raramente iatrogénicas (antiparkinsónicos...), alcoolismo, demência senil e estados sintomáticos de uma multiplicidade de situações médicas (Manschreck e Petri, 1978) para já não falar das reacções e desenvolvimento paranóides «compreensíveis» (Post, 1965; Pitt, 1982).

## O ENVELHECIMENTO DAS DOENÇAS MENTAIS

*O envelhecimento determina uma modificação da expressão clínica das doenças psíquicas.*

As psicoses paranóides tardias são, como acabamos de ver, exemplos do papel patoplástico da idade; esta não só influencia os sintomas como também parece condicionar a gravidade e a evolução do processo mórbido subjacente.

Alguns autores, como Müller (1969), estudaram a evolução das psicoses esquizofrénicas após a entrada na velhice. Esse autor encontrou, no fim de longa catamnese, uma tendência para a melhoria na maior parte dos casos observados: menos carga afectiva nos delírios e alucinações, melhor comportamento social. Numa minoria, no entanto, observou agravamento do autismo ou do delírio, que se alargava a dimensões cósmicas, e franca desagregação da personalidade.

As depressões que surgem na sexta década da vida têm frequentemente manifestações clínicas tão particulares que até há poucos anos se considerava a «melancolia involutiva» uma entidade autónoma. No entanto, estudos como os de Rosenthal (1968) e Kendell (1968) vieram mostrar que há todas as formas intermédias entre estes quadros e as depressões mais típicas, pelo que é mais correcto considerá-los como variações influenciadas pela idade. Angst (1965, cit. por Kay, 1976), comparando a frequência dos principais sintomas, mostrou que a hipocondria e os fenómenos delirantes aparecem mais nos depressivos idosos; por outro lado, a depressão de início tardio é geralmente do tipo agitado, ao passo que a de começo mais precoce se acompanha em regra de lentificação psicomotora.

O estudo longitudinal realizado por Ciompi (1970) em Lausana, sobre as modificações apresentadas pelos diversos quadros psicopatológicos no decurso do envelhecimento, levou-o a concluir que as depressões se atenuam, em regra, na idade avançada. Em um terço dos seus casos, no entanto, a evolução foi menos favorável, e em lugar dos acessos francamente depressivos surgiram quadros arrastados da hipocondria ou irritabilidade, desinteresse pela acção e fechamento sobre si mesmo.

Os resultados do estudo longitudinal conduzido por Busse (1961) na Universidade de Duke, em Durham, Carolina do Norte, entram

de certo modo em conflito com as conclusões de Ciompi. Para os investigadores americanos (como aliás para Henri Ey, 1963) os episódios depressivos aumentariam de frequência e de gravidade na idade avançada. Em 85 % dos seus casos de depressão era possível identificar um acontecimento desencadeante; poderiam assim comparar-se a reacções de luto, neurotizadas, perante as perdas tão frequentes nesta época da vida. Para Busse, tal como para Oulès (1970), se um mecanismo psicógeno pode estar em jogo não será tanto a introjecção da agressividade, como aconteceria nos indivíduos mais jovens, mas sim a perda de auto-estima que resulta da incapacidade de o idoso satisfazer as suas necessidades e impulsos, ou defender-se contra as ameaças à sua segurança. Tal incapacidade resultaria da decadência biológica, mas também, muitas vezes, de carências económicas, isolamento, queda no estatuto social, etc. Abrem-se assim possibilidades de prevenção.

## AS PERTURBAÇÕES SUBCLÍNICAS

*Um sector considerável da população idosa sofre de perturbações psíquicas, de grau ligeiro, moderado e por vezes grave, que evoluem sem ser detectadas e sem receber tratamento apropriado.*

Os índices de frequência de consultas de clínica geral ou de psiquiatria por parte de pessoas idosas não fornecem uma indicação correcta acerca da prevalência real das afecções psíquicas nessas camadas etárias. Os primeiros inquéritos epidemiológicos, efectuados em pequenas comunidades (Bremer, 1951; Essen-Moller, 1956) mostraram que cerca de **um terço** das pesoas de idade avançada sofriam de qualquer tipo de perturbação psíquica. As demências e as psicoses funcionais, em conjunto, afectavam 7 e 8 % da população em risco. Estudos realizados posteriormente (Nielsen, 1962; Kay e colabs., 1964) vieram confirmar, no geral, estes números. Mais adiante, em capítulo próprio, descreveremos em pormenor esses inquéritos. Interessa salientar, contudo, desde já, o resultado da curiosa investigação de Williamson e colabs. (1964) em Edimburgo, sobre as doenças e carências dos velhos que escapam ao conhecimento do seu médico assistente. Na sua pequena amostra de 200 indivíduos, encontrou

aquele autor estados de depressão ou neurose em 27 %; desses, dois terços eram ignorados pelo clínico geral que o assistia. As situações demenciais moderadas e graves ocorriam em 8 %, dos quais cerca de quatro quintos não haviam sido detectados; e dos quadros de deterioração mental mais ligeira, 19,5 %, nove em cada dez eram desconhecidos do médico assistente. Estes resultados são semelhantes aos que Nielsen (1962) obteve na ilha dinamarquesa de Samso. Este autor observou que, durante seis meses, apenas 3 % da população idosa fora submetida a cuidados psiquiátricos, ao passo que as entrevistas domiciliárias a que procedeu o habilitavam a dizer que 38 % dessa população estavam afectados por doença psíquica.

Investigações desta natureza vieram alertar para a extensão dos problemas a que a psicogeriatria é chamada a dar uma resposta. Por outro lado, levantaram interrogações sobre o papel que pode ser atribuído a factores sociais como o isolamento, a reforma ou as carências económicas, na origem ou na manutenção de situações de doença mental. A controvérsia em torno de tais problemas não deu ainda lugar a conclusões definitivas; a este assunto tornaremos mais adiante.

## OS QUADROS NEURÓTICOS

*São frequentes na idade avançada quadros neuróticos atípicos, com acentuado componente depressivo, de início relativamente tardio.*

Os estudos epidemiológicos mostram que cerca de 10 a 15 % da população idosa sofrem de perturbações de natureza emocional, de intensidade moderada ou grave, não contando as psicoses afectivas. Se os casos mais leves forem também incluídos, a frequência destes quadros «neuróticos» pode subir até 25 %.

O emprego do termo «neurose» neste sentido é, evidentemente, controverso. Em primeiro lugar porque pode parecer que alarga demasiado o âmbito do conceito. Estes, para muitos autores, inspirados pela psicanálise, é objecto de uma definição bastante restritiva, em termos de mecanismos de defesa, conflito inconsciente e benefício secundário (Oulès, 1970). Em segundo lugar, porque muitos autores entendem que depressões e neuroses são entidades distintas,

e consequentemente põem em causa a noção de depressão neurótica, a qual não passaria de uma forma mais atenuada da doença depressiva (Kendell, 1968, Post, 1972). Os quadros ansiosos, fóbicos, obsessivos, histéricos, e outros relacionados com estes, constituiriam as «verdadeiras» neuroses. Adiante voltaremo a este assunto; para já diremos, entretanto, que na esteira de Roth, e de acordo com a Classificação Internacional, consideramos a depressão como um síndromo e a neurose como uma entidade nosológica (uma «doença», no sentido taxonómico); são portanto rubricas de classificações diferentes, uma de critério descritivo, a outra mais de obediência etiopatogénica. Nada obsta, portanto, a que se fale de quadros neuróticos cuja expressão clínica, em dado momento, é predominantemente depressiva.

São, com efeito, essas as formas mais frequentes nos idosos, como conclui Bergmann (1971). Este autor estudou os casos de perturbação neurótica identificados pela equipa de Newcastle (v. Kay e col., 1964) e dividiu-os em dois grupos, os «crónicos» e os de «início tardio», consoante se haviam manifestado pela primeira vez antes ou depois dos 60 anos. Observou então que, dos quadros **crónicos**, metade eram de tipo ansioso, um terço de tipo depressivo, um sexto exibia personalidades rígidas e inseguras, e 5 % personalidades histéricas. Das neuroses de **início tardio**, perto de dois terços eram compostos por quadros depressivos, e um terço por estados ansiosos. Crónicos e tardios tinham em comum uma tendência, que já vinha do início da vida adulta, para reagir ao «stress» com excessiva ansiedade; em ambos os grupos houvera significativas dificuldades de adaptação, tanto conjugal como social. Mas nos «crónicos» os problemas de relacionamento já haviam surgido na infância, envolvendo os pais; dessa época datavam as primeiras manifestações de neuroticismo. Personalidades com traços hipocondríacos, debitavam frequentes queixas digestivas. Nas neuroses de início tardio, por seu lado, os sintomas pareciam mais acentuados e o sofrimento dos doentes mais «autêntico»; apresentavam com frequência doenças físicas de certa gravidade, com especial relevo para as cardiovasculares, que lhes acarretavam perda de autonomia e de mobilidade. Tratava-se de indivíduos que haviam sido mais activos do que a média, o que levou Bergmann a postular que a ocupação teria neles um papel protector (seria uma forma de negar as perdas da velhice, e a

própria morte) e que a doença física, ao impedir tal defesa, seria a causadora da descompensação.

Estes dados não colidem, no essencial, com as afirmações de autores colocados em posição doutrinal muito diversa. Assim, do ponto de vista psicanalítico, Oulès (1970) considera que embora as neuroses clássicas, estruturadas, sejam relativamente raras após os 60 anos (4 %), já quadros atípicos de tonalidade predominantemente depressiva, neurasteniforme ou hipocondríaca aparecem com relativa frequência. Tratar-se-ia, muitas vezes, de «neuroses actuais», no sentido freudiano, em cuja génese as frustrações do presente têm um papel muito mais importante que os conflitos infantis: assim se poderiam descrever «neuroses de abandono», «de fracasso», e «de destino».

Neste ponto, há que reconhecer como são imprecisos os limites entre o normal e o perturbado. A psicogeriatria vai ao encontro da psicologia gerontológica, no esforço de reflexão e de pesquisa sobre os caminhos do envelhecimento. Retomaremos o tema mais adiante.

## AS DEMÊNCIAS

*As demências da idade avançada não são simples produto do envelhecimento, nem resultam da arteriosclerose, mas sim de doenças específicas, geralmente de tipo degenerativo.*

Esta conclusão, de extraordinária importância para a psicogeriatria, só pôde ser formulada há menos de dez anos. É realmente surpreendente que convicções com tão pouco fundamento tenham podido persistir tão tenazmente. Ao longo de várias dezenas de anos, acreditou-se sem hesitação que o declínio mais ou menos acentuado das funções mentais, que se observa numa parte considerável da população idosa, era consequência de deficiente irrigação sanguínea do cérebro, por **arteriosclerose** dos vasos intracranianos. Em apoio de tal crença havia a constatação de lesões ateroscleróticas nas artérias cerebrais, mais frequentes à medida que a idade avança, e causa de acidentes trombóticos tantas vezes fatais. Num paralelismo injustificado com o que se passa a nível do miocárdio, pensou-se que o estreitamento dos vasos intracranianos produziria isquemia crónica,

e que esta seria a causadora de deterioração mental. Daí a utilização generalizada de fármacos vasodilatadores, anunciados muitas vezes como indispensáveis para a conservação das faculdades intelectuais, ou mesmo como drogas rejuvenescedoras. Os resultados mais do que modestos proporcionados por tais terapêuticas nem por isso serviram para pôr em causa a concepção subjacente. Também não se prestou a devida atenção ao facto de as situações de isquemia comprovada, como os síndromos vertebro-basilar ou carotídeo, não se acompanharem em regra de deterioração mental; nem se atentou em que os acidentes cerebrovasculars deixam geralmente como sequelas défices motores ou cognitivos «focais» (afasia, acalculia, etc.) e não demências de tipo global, que só são comuns após uma sucessão de vários desses acidentes. Até aos meados da década de 70 a expressão **«demência arteriosclerótica»** teve livre curso, e acreditava-se que representava o tipo mais frequente de demência.

Um outro tipo vinha a ser a **demência senil**, para muitos simplesmente a expressão de um envelhecimento cerebral acelerado: «se vivermos tempo suficiente, todos acabaremos por ficar dementes», dizia-se. Sabia-se que tem como base anatómica uma atrofia do córtice cerebral, e que ao nível histológico se acompanha de alterações bastante típicas, as placas senis e as degenerências neurofiblilar e granulo-vacuolar. Mas estas lesões também surgem por vezes em indivíduos normais, de idade avançada, e o seu significado patológico não era claro. Alguns autores, como Rothschild (1941) chegaram a afirmar que, não existindo correlação entre a extensão das lesões cerebrais e o grau de deterioração mental, esta dependeria da existência de uma estrutura «vulnerável» da personalidade do doente.

Em 1962, Corsellis examina os cérebros de 300 doentes psiquiátricos falecidos no hospital e consegue demonstrar a existência de uma associação estreita entre a frequência e intensidade das alterações degenerativas e o diagnóstico (feito em vida) de demência. Encontra, por outro lado, a mesma proporção de alterações arterioscleróticas nos cérebros de dementes e de não dementes. Blessed e colabs. (1968) confirmam estes resultados em estudos de tipo quantitativo (contagem de placas senis) realizados em cérebros de dementes e indivíduos psiquicamente normais. O mesmo grupo de investigadores de Newcastle empreende então uma investigação de importância «histórica», causando a primeira reviravolta nas con-

cepções correntes: Tomlinson, Blessed e Roth (1970) tentam classificar histologicamente cinquenta casos sucessivos de demência. Desses, 50 % mostram-se demências senis; apenas 12 % são demências arteriopáticas (infartos extensos ou múltiplos); 18 % são casos mistos, e 20 % situações de outra natureza ou de classificação difícil. Concluem, deste modo, que as demências «vasculares» são uma minoria. Por outro lado, as diferenças entre dementes e normais parecem-lhes apenas quantitativas. Por isso, Roth (1971) pode afirmar que, com base nos conhecimentos então disponíveis, «a demência dos dois tipos mais comuns na idade avançada parece ser devida a acentuação do processo da senescência ou a alterações com ela associadas», embora ressalvando a possibilidade de diferenças qualitativas poderem vir a ser descobertas.

Em 1974, Hachinski e colabs. provocam segunda reviravolta. Insurgindo-se contra «o mais frequente erro de diagnóstico na actualidade», consubstanciado na expressão «demência arteriosclerótica», afirmam que quando a deterioração mental tem uma origem vascular, se deve atribuir quase sempre à sucessão de pequenos enfartes cerebrais, geralmente provocados por embolias a partir de artérias extracranianas ou do coração. Evoluindo por surtos abruptos, este processo conduz a lentificação psicomotora, astenia, disartria, disfagia, marcha em pequenos passos, hiperreflexia e reflexos plantares em extensão, quadro neurológico este que está em geral presente no momento em que a deterioração mental se torna mais evidente. Para esta entidade propõem Hachinski e colabs. a designação de **demência por enfartes múltiplos**, e chamam a atenção para a importância da associação com **hipertensão arterial**, geralmente acentuada e de longa evolução. O achado neuropatológico típico são as «lacunas» ou focos de rarefacção dispersos por amplas zonas cerebrais («état lacunaire»). A maior parte dos autores tem aderido à proposta de Hachinski. Janota (1981) chama a atenção para as lesões da substância branca que ocorrem nestas situações de demência associada com hipertensão, e propõe que se generalize a designação de doença de Binswanger, nome do patologista que no início do século descreveu primeiramente tais alterações. Futura investigação esclarecerá se esta doença coincide inteiramente com a demência por multi-enfartes ou se é apenas uma variante. Entretanto, a maior parte dos neuropatologistas inclina-se a pensar que os pequenos enfartes descritos por Hachinski são causa-

dos por lipo-hialinose das artérias perfurantes, mais do que por embolias de origem extra-craniana, como pensava aquele autor. Esses vasos, de pequeno calibre, não são afectados pela aterosclerose, mas mostram-se extremamente vulneráveis aos efeitos da hipertensão.

Ao longo dos anos 70, vários autores insistiram em que, perante cada caso suspeito de demência, se deve tentar levar por diante uma exploração clínica o mais completa possível, procurando chegar-se a um diagnóstico preciso. Começava a entrever-se a possibilidade de tratar com certo sucesso algumas dessas situações (Alexander, 1972; Foley, 1972). Seguindo tal orientação, Marsden e Harrison (1972) estudaram em pormenor uma série de doentes hospitalares rotulados, à entrada, de casos demenciais. A sua primeira constatação foi que cerca de 20 % desses doentes não podiam, em rigor, ser considerados dementes; na realidade, apresentavam depressões, intoxicações crónicas por medicamentos, e outros quadros psiquiátricos ou médicos. Dos casos de demência comprovada, menos de 10 % tinham história sugestiva de causa vascular; em cerca de um terço era possível diagnosticar uma variedade de doenças específicas, tais como: processo expansivo intracraniano, alcoolismo crónico com sintomas neurológicos, provável hidrocefalia normotensa, coreia de Huntington, doença de Creutzfeld-Jacob, e sequelas de traumatismo craniano ou de encefalite. Finalmente, em mais de metade dos casos encontraram «atrofia cerebral de causa desconhecida». Com esta designação pareciam querer englobar a demência senil, a doença de Alzheimer, e situações aparentadas. Outros estudos hopitalares, revistos por Wells (1978), indicam valores de frequência relativa das diferentes entidades clínicas que não se afastam dos que Marsden e col. encontraram. E pesquisas efectuadas em doentes de consulta proporcionam resultados não muito diversos; apenas a razão demência degenerativa/demência vascular é ligeiramente inferior: 4 para 1, contra 6 para 1 em meio hospitalar (Maletta e colabs., 1982).

As **demências degenerativas** de causa desconhecida constituem ainda hoje um enigma e um desafio, e são, tanto pela sua gravidade como pela sua frequência, verdadeiramente a «pedra angular da gerontopsiquiatria» (Müller, 1969). A **demência senil**, a entidade clínica mais comum deste grupo, será apenas uma forma tardia da doença de Alzheimer, a qual classicamente é descrita como tendo início antes dos 60 anos? A enorme semelhança das alterações histo-

patológias assim o faz crer, apesar de antigas pesquisas sugerirem uma diferenciação com base genética. Parece, pois, haver consenso na actualidade (Wells, 1978; Seltzer, 1978; Schneck, 1982) em que a **doença de Alzheimer** apresenta duas variantes consoante a idade em que se manifesta, as formas **pré-senil** e **senil,** equivalendo esta última à anteriormente denominada demência senil. A nova classificação americana D.S.M-III consagra esta orientação ao introduzir a categoria «demência degenerativa primária», com as variedades senil, após os 65 anos, e pré-senil.

Outra interrogação diz respeito à relação que estas doenças tem com o **envelhecimento normal**. As demências da idade avançada resultarão apenas de uma aceleração desse envelhecimento, como se pensava há pouco mais de dez anos? (Roth, 1971). Ou existirão, na realidade, diferenças qualitativas, como Kral (1969) e outros autores postularam há muito mais tempo, ao diferenciarem uma deterioração mental benigna ou fisiológica de uma outra «maligna» ou patológica (Mc Donald, 1969; Pitt, 1982)? Ou, finalmente, tratar-se-á de diferenças quantitativas ao nível neuropatológico, mas de expressão qualitativamente diversa ao nível clínico, como também é lícito admitir, socorrendo-nos da noção de limiar? Estas dúvidas poderão em grande parte ser esclarecidas com o avanço na investigação no campo da **etiologia** e patogenia das demências.

Uma síntese dos conhecimentos recentemente adquiridos neste domínio foi entre nós publicada, há poucos anos, por Paes de Sousa (1978). O estado actual da investigação e algumas perspectivas para o futuro estão contidas na revisão feita por Schneck e colabs. (1982). Em súmula, estes autores referem vários caminhos seguidos pela pesquisa actual, que ainda não chegaram a resultados definitivos mas se afiguram promissores. Assim, a constatação de um défice de enzimas envolvidos na transmissão colinérgica na doença de Alzheimer, défice esse que talvez possa um dia ser corrigido medicamente, tal como a insuficiência de dopamina é já hoje compensada pela terapia na doença de Parkinson, abre perspectivas extremamente interessantes. Outra pista é o papel que agentes virais possam ter, eventualmente, na causalidade das demências senis, tal como já foi demonstrado nos casos de kuru e da doença de Creutzfeld-Jacob. Deficiências no sistema imunitário têm sido também investigadas, bem como o papel dos cromossomas do par 21 (no mongoloidismo

as lesões de Alzheimer são praticamente constantes a partir da idade adulta). Finalmente, a hipótese relacionada com a toxicidade do alumínio, que é susceptível de causar alterações histológicas do tipo que se observa nas demências degenerativas, tem sido objecto de intensa pesquisa, até ao presente ainda não conclusiva. No entanto, a direcção tomada por toda a investigação recente neste domínio parece afastar-se cada vez mais do modelo que encara as demências como resultado da aceleração dos processos de envelhecimento normal e levar-nos a encará-las como doenças específicas, susceptíveis de tratamento e até, um dia, de prevenção.

## AS POSSIBILIDADES TERAPÊUTICAS

*As doenças mentais de causa orgânica podem ser favoravelmente influenciadas, e em certos casos curadas ou prevenidas, por meios terapêuticos de vária ordem.*

Na década de 60, um número considerável de autores chamou a atenção para a frequência com que se associam quadros confusionais ou pseudo-demenciais com situações de doença extra-cerebral; o tratamento destas perturbações levaria, a maior parte das vezes, à cura do transtorno psíquico. O inquérito realizado por Williamson (1964) em Edimburgo mostrou como é grande a proporção de idosos que padece de doenças físicas mais ou menos graves, que o seu médico desconhece. Post (1965) alertou para a possibilidade de o hipotireoidismo ou a carência em vitamina B12 poderem ser responsáveis por quadros psicóticos semelhantes a demências. Um editorial do British Medical Journal (1969) chamava a atenção para o papel que uma dieta desequilibrada pode desempenhar, em certos doentes «em risco», na produção de uma variedade de quadros psicopatológicos. Aliás, já Kay e colabs. (1964) tinham sugerido que carências dietéticas, defeitos sensoriais e isolamento social podem ter um papel patogénico em certos quadros demenciais. Ferguson Anderson (1971) refere que o uso inadequado de medicamentos pode estar na origem de estados confusionais ou outros quadros psíquicos anormais, em indivíduos idosos. Os hipnóticos, anti-hipertensores, antiparkinsónicos e diuréticos são os mais vezes incriminados.

As causas remediáveis, ou evitáveis, de situações de confusão mental ou demência incluem, portanto, intoxicações, transtornos metabólicos e nutricionais, e ainda infecções ocultas, lesões intra-cranianas como hematoma subdural crónico, tumores benignos, ou hidrocefalia de baixa tensão, e defeitos sensoriais graves. Por esta razão o diagnóstico diferencial rigoroso passou a ser crucial (Foley, 1972; Wells, 1978; Lipowski, 1980).

A eficácia real dos fármacos vasodilatadores e ditos «nootrópicos» na prevenção e tratamento das manifestações de deterioração mental está por determinar, mas não se mostra particularmente digna de nota. Em contrapartida, os doentes afectados por situações demenciais podem ser sensivelmente beneficiados por uma atitude de estimulação cognitiva intensiva, como no método designado por «orientação à realidade» (Brook e colabs., 1975). Muitos indivíduos que padecem de um processo orgânico cerebral, degenerativo ou cerebrovascular, mostram graus de deterioração mental e de invalidez social obviamente superiores àqueles que as lesões nervosas justificam. Goldfarb (1972) chama a este fenómeno, infelizmente comum, «invalidez em excesso». Segundo este autor, o tratamento de tais situações passa também pelo arranjo do meio físico e social do doente, de modo a produzir um certo nível de estimulação e a manutenção da ocupação pelo maior período de tempo.

### 1.3 A classificação em psicogeriatria

Uma sistematização das doenças ou perturbações, feita de acordo com determinados critérios, constitui um quadro de referência muito importante para o diagnóstco clínico e, por essa razão, vem a ser um instrumento indispensável para a investigação. Uma classificação nosológica, assente em definições claras e gozando de aceitação geral, facilita a comparação dos resultados de pesquisas levadas a efeito em centros e países diferentes, quer se trate de estatísticas hospitalares ou inquéritos na comunidade, quer de investigações clínicas ou ensaios terapêuticos. Não dispomos, no entanto, de uma classificação actualizada que seja específica das perturbações mentais da idade avançada. A única que até há alguns anos poderia ser considerada aceitável, proposta por um grupo de estudos da O.M.S. em 1972, não

se mostra de acordo com os mais recentes progressos registados neste domínio, como atrás indicamos sumariamente. Não há, de resto, qualquer vantagem em isolar as perturbações psicogeriátricas das doenças mentais em geral, que são objecto da Classificação Internacional das Doenças, 9.ª revisão (C.I.D.-9), aprovada pela O.M.S. em 1975 e oficialmente em vigor entre nós. Em princípio, portanto, uma classificação das perturbações mentais próprias dos indivíduos idosos deverá ter como base de referência a C.I.D.-9. Diga-se, entretanto, que esta última, pese embora a sua indiscutível utilidade, não é isenta de críticas e está longe de agradar a todos os psiquiatras. Por essa razão, antes de apresentarmos a classificação que adoptamos no presente estudo, vamos aflorar algumas questões prévias e alguns pontos de maior controvérsia.

## DOENÇAS OU VARIAÇÕES?

Alguns críticos da utilização do «modelo médico» em psiquiatria contestam o princípio de uma classificação nosológica, ao porem em causa a própria noção de doença mental. Seria mais correcto, porventura, sistematizar as modalidades de reacção anormal do ser humano, um pouco à maneira de Adolfo Meyer. Tal posição afigura-se completamente destituída de alcance prático; Mayer Gross e colabs. (1969) qualificam-na de heuristicamente estéril. A psiquiatria europeia, como é sabido, utiliza correntemente o conceito de doença mental, que Schneider considerou apropriado às afecções com base somática comprovada ou muito provável. Por outro lado, as personalidades e reacções anormais, consideradas por esse autor como «variações», não constituirão doenças no sentido próprio do termo, embora por uma questão pragmática figurem como tal nos esquemas nosológicos. Será legítimo dizer-se, pois, que o psiquiatra se serve ora do modelo médico, ora do modelo psicológico, consoante lida com as «doenças» ou as «variações». Eysenck (1970) não exprime outro pensamento quando afirma que o diagnóstico psiquiátrico se faz segundo um modelo **categorial** no caso de entidades definidas por um conjunto de características etio-clínicas estatisticamente associadas, e segundo um modelo **dimensional** no caso de perturbações que representam uma acentuação de reacções ou traços de personalidade próprios do

indivíduo normal. A distinção entre os diferentes quadros seria, no primeiro caso, de natureza qualitativa, e no segundo quantitativa. Feitas estas reservas nada obsta a que se use a expressão **doença mental** num sentido alargado, abrangendo todo o tipo de perturbação psíquica.

## CRITÉRIOS CLASSIFICATIVOS

A classificação nosológica mostrou-se sempre particularmente difícil em psiquiatria. Nos outros ramos da medicina, o **critério etiológico** predomina geralmente sobre o descritivo, e as doenças são classificadas segundo as respectivas causas ou, pelo menos, segundo o tipo de mecanismo que lhes deu origem. Mesmo quando as causas são mal conhecidas, a individualização das diferentes enfermidades pode geralmente ser alcançada com base na anátomo-patologia ou na genética. No campo das perturbações mentais, todavia, é inviável tentar estabelecer uma classificação assente exclusivamente na etiologia. A causalidade é aqui geralmente múltipla, resultando a maior parte das situações clínicas de uma confluência de factores de natureza tão diversa que se torna impossível apontar um deles como sendo o principal. Desconhecemos ainda o essencial acerca da origem de afecções tão importantes como a esquizofrenia ou a doença de Alzheimer. Nestas condições, e não se podendo contar as mais das vezes com o auxílio da anátomo-patologia, a nosologia psiquiátrica tem que ser feita ora com o apoio nos sintomas e sinais, o **critério descritivo**, ora inspirando-se nas modalidades de aparecimento, curso e evolução, o **critério histórico-natural**. Foi este último que possibilitou a Kraepelin lançar os alicerces da psiquiatria contemporânea, individualizando as principais psicoses. Foi baseado neste mesmo critério que, como vimos, Roth (1955) tentou distinguir e caracterizar os principais tipos de doença mental na senescência. Uma classificação feita à luz do critério histórico-natural aproxima-se mais da classificação etiológica ideal do que uma outra que se apoie principalmente na sintomatologia, uma vez que se aceita sem dificuldade que os diferentes factores patogénicos se espelham mais nos vários tipos de curso das doenças, nas idades de início, e nos resultados à distância, do que na expressão clínica dessas mesmas doenças num

determinado momento, o qual é condicionado por factores **patoplásticos** tais como a personalidade, cultura, contexto social e acontecimentos desencadeantes.

As várias classificações nosológicas que têm sido propostas tentam conjugar os diversos critérios que referimos, o que conduz com frequência a imprecisões e mesmo contradições. A classificação internacional C.I.D.-9 é disso exemplo significativo: resultante de compromissos entre diversas escolas, comporta várias rubricas que se sobrepõem, complicando-a sem necessidade e dificultando o seu uso. Tem, no entanto, a vantagem da universalidade, e ainda a de ser acompanhada por um glossário explicativo. A classificação da Associação Psiquiátrica Americana, conhecida por D.S.M. III, representa um progresso notável neste domínio por ter carácter multi-axial obedecendo cada escala ou «eixo» tanto quanto possível a um só critério. Assim, por exemplo, o eixo I compreende as diversas categorias de diagnóstico definidas de acordo com os quadros clínicos e os tipos de evolução; o eixo III refere-se às doenças físicas concomitantes, cerebrais ou extra-cerebrais, e o eixo IV diz respeito aos «stresses» psíco-sociais experimentados. Estes dois últimos obedecem, pois, a um critério quase etiológico, enquanto o primeiro segue um critério sindromático ou descritivo. Há toda a vantagem para a futura investigação em considerar assim em separado os vários tipos de agrupamento, consoante os diversos critérios, pois deste modo se poderão estudar melhor as suas influências mútuas.

## OS RISCOS DAS DICOTOMIAS CLÁSSICAS

As classificações tradicionais, que tendem a ser hoje abandonadas, começam por dividir as doenças mentais em **psicoses** e **neuroses**. No entanto, sempre foi patente a ambivalência destas designações. **Neurótico**, por exemplo é um termo que tanto pode ser usado em sentido quantitativo designando uma perturbação menor, sem perda de juízo crítico, como em sentido mais restrito, aplicado a situações de origem conflitual, onde a ansiedade e as defesas inconscientes desempenhariam um papel fundamental. Paralelamente, o termo psicótico tanto tem servido para designar as doenças com base orgânica conhecida ou postulada, na esteira de Kurt Schneider, como é

utilizado para referir as perturbações de certa gravidade psicopatológica, onde está alterada ou abolida a apreciação da realidade. Não admira, pois, que a maioria dos autores americanos contemporâneos evite tais designações, que o uso consagrou, mas que podem induzir confusão.

Outra dicotomia muito controversa é a que distingue os quadros **agudos**, reversíveis, dos **crónicos**, supostamente incuráveis. A evolução recente da psiquiatria mostra que há doenças de evolução crónica que são potencialmente curáveis (neurossífilis, tumor benigno, hidrocefalia normotensa). E certos quadros confusionais agudos são caracterizados por alta mortalidade, não só no imediato como também a médio prazo (Rabins e Folstein, 1982).

Mas a divisão mais fundamente enraizada é a que se estabelece, habitualmente, entre perturbações **orgânicas** e **funcionais**. Em princípio, nada mais correcto do que distinguir entre as situações onde existe lesão, agressão tóxica ou disfunção metabólica dos centros nervosos, por um lado, e aquelas onde parece existir integridade anatómica e fisiológica do encéfalo. Mas algumas dificuldades espreitam. A primeira consiste, precisamente, na possibilidade de se vir a demonstrar que em afecções hoje classificadas como funcionais há um transtorno orgânico subjacente. Outro escolho a evitar é o **erro de se identificar orgânico com irreversível ou incurável**, como o grupo de estudos da O.M.S. fez em 1972; já mostramos como essa confusão é hoje injustificável. Outro inconveniente do uso excessivo da dicotomia funcional-orgânico diz respeito ao domínio próprio da psicogeriatria. A existência, em determinado indivíduo, de lesões cerebrais indiscutíveis não deve levar-nos a concluir que elas são a principal causa das perturbações psíquicas que esse doente apresenta. Basta ter em conta, como sublinha Roth (1971), que as situações de alteração orgânica do sistema nervoso são extremamente frequentes, praticamente a regra a partir de certa idade. **Um quadro funcional pode, portanto, coexistir com determinadas lesões dos centros cerebrais.**

Outro risco é o de se cair numa certa rigidez, estabelecendo uma correspondência estreita entre certas lesões cerebrais e determinados tipos clássicos de perturbação psíquica. **É um erro limitar os síndromos psico-orgânicos às situações de demência e aos estados confusionais agudos**, como o fazia a antiga classificação americana. O pró-

prio M. Bleuler (1951) admitia que existem outras formas clínicas, referindo designadamente os síndromos por lesão localizada e os de causa endócrina. No entanto, ainda hoje, alguns psiquiatras terão sérias dificuldades em aceitar a nova classificação americana dos síndromos orgânicos cerebrais (Lipowski, 1980). A D.S.M.-III distingue sete grandes síndromos:

1. **«Delirium»**, isto é, delírio agudo ou estado confusional.

2. **Demência.**

   (Nestes dois tipos «clássicos» as perturbações cognitivas são globais).

3. **Alucinose**: alucinações persistentes ou recorrentes, em consciência clara. Lesões irritativas localizadas.

4. **Síndromo amnésico** (dismnésico): lesões temporais bilaterais, e/ou diencefálicas.

5. **Síndromo orgânico da personalidade**: apatia, irritabilidade ou euforia, labilidade emocional e impulsividade; alteração eventual do «senso social»; cognição poupada. Ex. Síndromo frontal.

   (Nestes três síndromos os sintomas são de natureza circunscrita).

6. **Síndromo orgânico afectivo**: depressivo ou maniforme.
   Ex. neurossífilis, S. Cushing, d. Parkinson, hipotireoidismo, anemia perniciosa.

7. **Síndromo orgânico delirante**: quadros paranóides e esquizofreniformes, com delírio, e por vezes alucinações e sinais catatónicos. Ex. epilepsia temporal, encefalite, intoxicação por anfetaminas ou cocaína.

O aspecto mais inovador desta classificação vem a ser a inclusão

das duas últimas categorias, os «síndromos parafuncionais», entre as perturbações de causa orgânica. Não se trata, aliás, de noções estranhas à experiência de qualquer psiquiatra. Por isso se poderá afirmar que, se apenas nos anos 80 foi possível surgir uma classificação como esta, tal só mostra até que ponto a teoria e a doutrina andam atrasadas relativamente à clínica.

E, no entanto, outra espécie de risco espreita por detrás desta nova sistematização. É o perigo, que Lipowski (1980 b) menciona de passagem, de que estados depressivos ou paranóides, tão comuns na idade avançada, sejam atribuídos injustificadamente a causa orgânica, quando a investigação recente mostra bem que apenas uma minoria de tais situações tem alguma coisa a ver com a organicidade. Para evitar erros desse género, será conveniente que a existência de lesão orgânica seja demonstrada, em cada caso, independentemente do quadro psicopatológico.

## A NOSOLOGIA DAS DEMÊNCIAS

Os síndromos demenciais são, de longe, os quadros psico-orgânicos mais frequentes na idade avançada. A sua etiologia é variada. Por tal motivo, as demências podem ser subdivididas de acordo com a natureza do processo patológico cerebral subjacente. A entidade mais frequente vem a ser, conforme dissemos já, a **demência senil** (C.I.D.-9), também chamada **demência degenerativa primária** (D.S.M.-III). A maioria dos autores contemporâneos tende a referir-se a esta enfermidade como **doença de Alzheimer**, embora esta designação se tenha reservado, durante dezenas de anos, para a forma clínica que se inicia na idade pré-senil, e cuja autonomia não chegou a ser demonstrada.

Expusemos já algumas razões que aconselham o abandono da expressão «demência aterosclerótica». A designação **demência arteriopática**, empregue pela C.I.D.-9 parece aceitável, à luz dos conhementos actuais, desde que este adjectivo não seja tomado como sinónimo de «devida a ateromas»; na realidade, são as pequenas artérias, e não os grossos troncos, que estão em causa, e a hipertensão tem mostrado ser um dos principais elos na cadeia da causalidade. Pela mesma razão a expressão **doença cerebrovascular** afigura-se, em

princípio, correcta. A psiquiatria americana mostra preferência pela designação **demência por enfartes múltiplos**, consagrada na D.S.M.-III, e alguns autores sugerem ainda doença de Alvarez ou doença de Binswanger.

Até há poucos anos, a destrinça entre as demências degenerativa e arteriopática era feita de acordo com critérios que variavam de autor para autor. De uma maneira geral, no entanto, consideravam-se elementos a favor de processo vascular o início brusco, a evolução com melhorias e agravamentos, a existência de sinais neurológicos focais, e a história de acidentes vasculares cerebrais ou de crises convulsivas (Kay, 1964; Birkett, 1972). Este último aspecto não é hoje considerado relevante, uma vez que as crises epilépticas não são invulgares em casos de comprovada doença de Alzheimer. Desde 1975 tem sido usada a **escala de Hachinski** como meio de diagnóstico diferencial. Numa das versões dessa escala (Wells, 1978) são cotados com dois pontos: início súbito, curso flutuante, A.V.C. anterior, sintomas neurológicos focais e sinais neurológicos focais. Valem um ponto: confusão nocturna, depressão, queixas somáticas, incontinência emocional, deterioração progredindo «por saltos», personalidade relativamente pouco afectada, história de hipertensão, e arteriosclerose associada. Uma pontuação total igual ou superior a 7 indicaria demência por enfartes múltiplos; abaixo desse valor, sugeriria uma demência degenerativa primária. Outras escalas foram posteriormente propostas, atribuindo maior ponderação aos antecedentes de hipertensão arterial.

A introdução da **tomografia axial computadorizada** (T.A.C.) como meio auxiliar de diagnóstico veio abrir novas perspectivas neste domínio. É hoje possível avaliar o grau de atrofia cortical e de dilatação ventricular, embora a medição exacta dessas alterações depare com numerosos problemas técnicos e matemáticos (Jernigan e col., 1980). A tomodensitometria, como também é chamada, permite igualmente visualizar áreas de enfarte e outras formações patológicas, designadamente tumores e hematomas. É de esperar, por conseguinte, que sejam brevemente introduzidos critérios operacionais de diagnóstico, incorporando os dados que a T.A.C. pode proporcionar. No entanto, convém ter presente que não se trata ainda de um exame de rotina, susceptível de utilização sistemática em inquéritos epidemiológicos em larga escala.

Para concluir, salienta-se que a classificação nosológica das demências não é de modo algum, no momento presente, um problema «académico», uma vez que é já possível identificar na grande maioria dos casos o processo neuropatológico subjacente, e que em algumas situações há perspectivas de sucesso terapêutico. Embora o diagnóstico clínico de «demência senil» ou doença de Alzheimer continue a ser de presunção e exclusão (Garcia, 1982) ele pode, no entanto, ser feito com mais fundamentos hoje do que há dez anos.

## A NOSOLOGIA DAS DEPRESSÕES

Não é possível tratar aqui esta questão, uma das mais interessantes da psiquiatria hodierna, com o desenvolvimento que ela merece. Temos, no entanto, de a aflorar, não só porque as depressões vêm a ser as situações anormais que com mais frequência deparamos em psicogeriatria, como também porque a classificação que no presente trabalho adoptamos carece de ser justificada.

O termo «depressão» pode ser usado, em psiquiatria, com diversos sentidos (Polónio, 1980). Simplificando, diremos que por vezes se fala de depressão enquanto **sintoma**, sinónimo de tristeza, ou mais propriamente de um tipo particular, a tristeza vital, descrita por Schneider. Muitos tomam o termo depressão como designação de uma **doença**, ou de uma categoria de doenças bem caracterizadas. No entanto, a maior parte dos autores está de acordo em que por depressão se deve entender um **síndromo,** isto é, um «conjunto de sintomas e sinais relacionados na sua génese e constituindo parte do quadro clínico de diversas doenças» (Ziskind, 1967). Em trabalho anterior (Barreto, 1973) abordamos já estes problemas numa perspectiva crítica; referimo-nos então com certo pormenor às classificações dos estados depressivos propostas por Tellenbach, Weitbrecht e Kielholz. A mais recente versão apresentada por esste último autor (Kielholz, 1973) considera três subgrupos principais, tendo em conta a génese do quadro depressivo: depressões **psicógenas** (reactivas, de esgotamento e neuróticas); depressões **endógenas** (bipolares, unipolares precoces e unipolares tardias); e depressões **somatógenas** (orgânicas e sintomáticas). Para este autor, são tardias as depressões unipolares surgidas pela primeira vez depois dos 45 anos. Suprime,

assim, a «depressão involutiva» como entidade autónoma, o que aliás já Kraepelin fizera. Hoje, com efeito, tal conceito caiu completamente em desuso.

A Organização Mundial de Saúde, na C.I.D.-9, de 1975, também não inclui as «melancolias da involução». Por outro lado, prevê categorias distintas para as psicoses depressivas bipolares e unipolares, psicose depressiva psicógena, neurose depressiva, reacções depressivas breves e prolongadas, personalidade depressiva, forma depressiva da demência senil, e outras mais, além da muito contestada rubrica «outros síndromos depressivos». Esta terá sido incluída a pedido de alguns psiquiatras britânicos que não vêem qualquer vantagem em subdividir as depressões.

Tal **concepção unitarista** foi, com efeito, defendida ao longo de várias dezenas de anos por uma influente escola inglesa, com representantes da categoria de A. Lewis e, mais recentemente, Kendell (1968) e Post (1972), Esta posição sustentava que as depressões não podiam ser divididas qualitativamente, uma vez que os quadros tipicamente endógenos e reactivos mais não eram que os extremos de um eixo contínuo, distribuindo-se a maioria dos casos pela zona de transição.

Em oposição, a concepção **dualista** foi firmemente sustentada pela «escola de Newcastle» (Kay e colabs., 1969; Kiloh e colabs., 1972) com apoio em investigações clínicas completadas pela análise factorial. Estas pesquisas evidenciaram uma clara **distinção entre depressões endógenas e depressões neuróticas** no que se refere tanto aos antecedentes como aos sintomas e à evolução. No campo da psicogeriatria esta polémica entre escolas transparece nos trabalhos de Post (1972). Este autor defende claramente o conceito unitarista, com base numa investigação em que comparou três grupos de depressivos idosos, constituído de acordo com as respostas a um questionário, sendo o primeiro «psicótico», o segundo «intermediário» e o terceiro «neurótico». Entre estes grupos não encontrou Post diferenças significativas quanto a etiologia e curso. A crítica que lhe pode ser feita é de ter assente a distinção entre tais grupos num critério de gravidade dos respectivos quadros, enquanto por outro lado tomava como idênticas depressão endógena e depressão psicótica. Se, como parece hoje cada vez mais provável, os quadros endógenos se podem manifestar com toda a gama de intensidades,

desde as mais leves disforias até às depressões estuporosas, perdem força os argumentos de Post. A distinção entre endógeno e «neurótico» deve ser procurada em termos de predisposição, qualidade dos sintomas, desencadeamento, curso, etc., e não em termos de intensidade.

Bem diversa foi a orientação dominante na psiquiatria americana na década de 70. O grupo da Washington University, em São Luís (Feighner, 1972; Woodruff e colabs., 1971; Winokur, 1979) atribui especial importância à distinção entre **depressões primárias** e **secundárias.** Por definição, seriam depressões primárias aquelas que surgem sem outros antecedentes de doença física ou psíquica (excepto outras fases de doença afectiva, obviamente). Esta escola retoma a subdivisão das depressões primárias, estabelecida por Angst (1969) e outros autores, em **bipolares** e **unipolares** (doença maníaco-depressiva e doença depressiva, respectivamente). Faz ainda uma distinção entre as formas unipolares de início precoce mais comuns no sexo feminino, e as de início tardio, mais frequente entre os homens. Embora não invoque o conceito de endogenia, o grupo de São Luís estabelece um critério tal para o diagnóstico positivo de depressão (Feighner, 1972) que a maior parte dos casos que satisfazem as condições requeridas são de facto depressões endógenas, na perspectiva da psiquiatria europeia.

A Associação Americana de Psiquiatria consagra no D.S.M.-III concepções um tanto diferentes. No seu eixo I distingue:

Perturbações afectivas:

— **perturbação bipolar** (maníaca, depressiva ou mista)
— **depressão «maior»** (episódio único ou recorrente)
— outras perturbações afectivas específicas: **Pert. ciclotímica** e **pert. distímica** (esta sinónimo da «antiga» depressão neurótica)
— perturbação afectiva atípica

Para o D.S.M.-III, o diagnóstico de depressão «maior» obedece a um critério rigoroso, que reproduzimos na segunda parte do presente trabalho. Os casos que não satisfazem esses requisitos são classificados como perturbação distímica (ou ciclotímica, se há osci-

lações nos dois sentidos). Assim, aparentemente, também a noção de endogenia não é contemplada; mas o critério seguido para a inclusão entre as depressões «maiores» reflecte as características usualmente atribuídas às depressões endógenas mais severas.

Os mais conceituados autores contemporâneos saudaram a aparição da D.S.M.-III como um passo muito positivo em frente, um acontecimento «revolucionário», no dizer de Pichot (1980). Mas isso não quer dizer, evidentemente, que tudo nela esteja correcto e definitivo. O mesmo Pichot entende que **a distinção entre depressão endógena e psicógena deve ser mantida**, embora não necessariamente com estas designações, em face dos resultados das investigações actuais. Também Roth (1981) insiste na necessidade de se continuar a reconhecer a **autonomia das depressões endógenas**, que inúmeras investigações clínicas mostram possuir particularidades bastante definidas, tais como: uma tristeza de «qualidade» diferente da «normal», a tristeza vital dos autores germânicos; uma duração mais curta; presença frequente de lentificação psicomotora, insónia matinal, emagrecimento, e uma sensação de angústia localizada no tórax; auto-acusação e pessimismo; e uma incapacidade de experimentar prazer. Outras pesquisas puseram em relevo, recentemente, importantes características que distinguem os casos de depressão endógena das restantes; assim, por exemplo, um tempo mais curto de latência do sono REM após o adormecimento, ou o resultado negativo do teste da supressão hipofisária pela dexametasona (Carroll e cols., 1981; Spar e LaRue, 1983). Tudo isso, tal como a resposta mais favorável aos timolépticos, mostra bem que a **depressão endógena constitui uma entidade distinta das outras depressões, independentemente da gravidade das suas manifestações clínicas**. Com efeito, os estudos de Akiskal sobre as «depressões leves» mostram que 40% dos doentes por elas afectados vêm a apresentar, na catamnese, quadros mais graves de tipo uni ou bipolar; e que mesmo entre as «perturbações distímicas crónicas» (no sentido do D.S.M.-III) vários sub-grupos têm características hereditárias, bioquímicas e neurofisiológicas próprias de transtornos afectivos endógenos (Akiskal, 1983).

Resumindo quanto ficou dito, a noção de depressão endógena enquanto entidade autónoma, relativamente às outras depressões (somatógenas e «neuróticas» ou psicógenas), não somente não está ultrapassada como, pelo contrário, tem recebido novos apoios e é

de grande alcance prático no que diz respeito ao prognóstico e à selecção de uma estratégia terepêutica (Copeland, 1983). O antigo conceito de **timopatia** englobando não só as perturbações graves ou «psicóticas» como também os quadros mais leves e as personalidades distímicas e ciclotímicas, parece sair reforçado da polémica dos últimos anos... Inclusivamente, certos quadros depressivos que surgem em doentes com lesões cerebrais comprovadas, particularmente de carácter cerebrovascular, poderão ter uma natureza muito mais timopática do que se suspeitava, a julgar pelas suas características de periodicidade, incidência familiar e resposta aos timolépticos. Por isso Polónio (1982) prefere designar tais quadros como **depressões pseudo-orgânicas.**

Para a psicogeriatria, este é um dos temas mais interessantes e mais importantes. Desde há muito que se reconhece a grande frequência de manifestações depressivas em quadros claramente orgânicos, tendo-se mesmo tornado usual a expressão «depressão arteriosclerótica». É claro que o adjectivo é inadequado, e seria preferível dizer «de causa cerebro-vascular», pois como vimos a aterosclerose tem muito pouco a ver com estes quadros. Até que ponto estas depressões são psicógenas, consequência da imobilização e isolamento a que os doentes são submetidos? Até que ponto uma hipotética lesão dos centros reguladores do humor contribui para a sua patogenia? Até que ponto são timopáticas? Eis algumas questões ainda não esclarecidas, e sobre as quais o presente trabalho pretende, indirectamente, fazer alguma luz.

## CLASSIFICAÇÃO ADOPTADA NO PRESENTE ESTUDO

O inquérito epidemiológico que efectuámos em Matosinhos, e que descrevemos na segunda parte deste trabalho, foi planeado com a preocupação de conjugar uma relativa simplicidade de procedimentos com a necessária objectividade nas observações e diagnósticos, de maneira a que os resultados possam em qualquer altura ser comparados com os de outros estudos. Sendo assim, indispensável tomar como referência uma classificação das perturbações psicogeriátricas, optamos por recorrer à Classificação Internacional, 9.ª revi-

são, apesar das reservas que ela pode merecer e que atrás enunciamos. Duas razões principais tivemos em conta. Em primeiro lugar, trata-se de uma nosografia universalmente conhecida, e que vigora oficialmente na maioria dos países. A própria classificação americana, a D.S.M.-III, indica explicitamente a correspondência entre as suas categorias e as da C.I.D.-9. Em segundo lugar, as definições que a acompanham são geralmente simples e claras, e podem servir como orientações genéricas para o diagnóstico.

Tomando, pois, como base a classificação internacional, elaborámos uma sistematização mais simples, em nove entidades nosológicas principais. Conforme se pode ver adiante, para cada uma dessas entidades especificamos os «itens» da C.I.D.-9 que ela engloba. Entendemos também ser conveiente fazer uma distinção entre as formas graves e as leves, na maior parte das categorias nosológicas, como o fizeram outros investigadores (Kay e colabs., 1964). O critério a que tal graduação obedece será indicada mais adiante, no capítulo referente à codificação dos dados. Conjugando deste modo as distinções por entidades e por graus de gravidade, ficamos com 15 categorias de diagnóstico, a cada uma das quais corresponde um número de código de 1 a 15. Poder-se-á dizer então, com as reservas que atrás formulámos, que de 1 a 6 se trata de síndromos orgânicos e de 7 a 15 de perturbações funcionais. Quando dois ou três números de código se referem ao mesmo grupo de doenças, o(s) primeiro(s) dizem respeito às formas graves. Esta sistematização tem, como se depreende, um intuito essencialmente pragmático, em relação com o fim a que se destina.

**Classificação nosológica adoptada no presente estudo** (e sua correspondência com a Classificação Internacional, 9.ª revisão, 1975):

1, 2 — **Demências senis e pré-senis**

290.0 demência senil, forma simples
290.1 demência pré-senil
290.2 demência senil, forma depressiva ou delirante
290.3 demência senil com estado confusional agudo

3, 4 — **Perturbações mentais associadas com doença cerebrovascular**

290.4 demência arteriopática

310.1 perturbações mentais não psicóticas de causa orgânica: modificações intelectuais, ou da personalidade. (só os casos com doença cerebrovascular, 430-438).

O diagnóstico de doença cerebrovascular deve ser feito independentemente, sem repousar exclusiva ou principalmente nas manifestações psicopatológicas. Operacionalmente, esta entidade só deve ser diagnosticada se se reunirem as seguintes condições: (1) história sugestiva de enfartes cerebrais, crises isquémicas ou hipertensão grave, com sinais neurológicos; (2) exclusão de outra causa orgânica definida de lesão cerebral focal; (3) relação no tempo com o quadro psiquiátrico. Uma pontuação superior a **6** na escala de Hachinski, ou superior a 4 caso exista hipertensão grave, é equiparada à condição (1).

5,6 — **Perturbações mentais associadas com outros processos orgânicos**

291 Psicoses alcoólicas

293 Estados psicóticos orgânicos transitórios (est. confusionais fora de demência senil).

294 Outros estados psicóticos orgânicos crónicos (inclui demência associada com afecções tais como coreia de Huntington, epilepsia, esclerose múltipla, poliartrite nodosa, paralisia geral, etc.).

310 Pert. mentais não psicóticas de causa orgânica (excepto os casos 310.1 em que exista doença cerebrovascular 430-438, classificados na rubrica acima).

7. — **Esquizofrenia**

295 Psicoses esquizofrénicas

8. — **Psicoses paranóides**

297 Estados delirantes não classificáveis como esquizofrenia
298.4 Psicose delirante psicógena

Os quadros diversos descritos por vários autores como «parafrenias tardias» deverão ser classificados em 7 ou 8 consoante a sua natureza; em princípio, por «psicoses paranóides» (8) entendem-se as reacções e desenvolvimento sem sinais esquizofrénicos definidos, bem como os casos «marginais» de doentes acentuadamente desconfiados, hostis e fechados sobre si, mesmo sem sintomas delirantes claros.

9,11 — **Perturbações afectivas primárias**

296 Psicoses afectivas

Nesta rubrica devem ser classificadas também as depressões em que os antecedentes pessoais ou familiares sugiram a existência de perturbação endógena, bipolar ou unipolar, ainda que a sua gravidade não justifique a designação «psicose».

12,13 — **Neuroses**

300 Perturbações neuróticas (inclui os quadros depressivos neuróticos, e os ansiosos, histéricos, hipocondríacos, etc.)
309 Perturbações da adaptação

14 — **Dependência alcoólica**

303 Dependência alcoólica, sem outra perturbação

15 — **Outras perturbações não associadas com processos orgânicos definidos**

301 Perturbações da personalidade (psicopatias)
302 Desvios e perturbações sexuais
317 Atraso mental ligeiro

CAPÍTULO 2

# *CONTRIBUIÇÃO DA INVESTIGAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA*

No capítulo precedente passamos em revista alguns dos mais significativos progressos alcançados nas últimas décadas no que se refere ao conhecimento da «história natural» e das características clínicas das doenças mentais dos idosos. Fizemos especial referência à valiosa contribuição de pesquisas como a de M. Roth e colabs. (1955), efectuadas sobre doentes hospitalizados em instituições psiquiátricas. Há que reconhecer, no entanto, as limitações que são inerentes a esse tipo de estudos. Os doentes internados constituem uma «população» que oferece certas vantagens práticas à investigação, mas não representam senão um sector das perturbações mentais; encontramos entre eles psicoses agudas e crónicas, bem como os estados deficitários mais graves, mas a proporção de neuroses, depressões leves e casos de deterioração mais ligeira é relativamente diminuta. Daí que em muitas investigações estas situações clínicas tenham sido relegadas para um segundo plano, apesar de aparentemente constituirem a enorme maioria das perturbações que afectam a saúde psíquica dos idosos. Na realidade, as estatísticas hospitalares não são o instrumento adequado para o seu estudo. Muitos indivíduos que a generalidade dos investigadores não teria qualquer dúvida em considerar doentes, raramente recebem tratamento hospitalar (Gruemberg, 1953; Hare, 1962); é certamente isso que se passa com a maior parte dos referidos «casos leves», com as personalidades anormais, com as perturbações monossintomáticas. Para se atingir um conhecimento mais aprofundado das características clínicas das diversas formas de adoecer, para se avaliarem correctamente as dimensões sociais da doença psíquica, e principalmente para se lançar nova luz sobre os mecanismos causais em jogo, torna-se indispensável empreender o estudo da distribuição das perturbações mentais

no seio da população. É esse, precisamente, o objecto da investigação epidemiológica. Vastos inquéritos sobre a ocorrência e extensão das doenças psíquicas começaram a ser levadas a cabo no após-guerra, especialmente nos países nórdicos e anglo-saxónicos. Dos estudos em pequenas comunidades rurais ou ilhas isoladas foi possível passar a investigações em larga escala em meio urbano; a simples determinação da prevalência e do risco mórbido deu lugar à pesquisa sobre factores etiológicos, tanto de natureza hereditária como social. O contributo da epidemiologia para o progresso dos conhecimentos psiquiátricos não cessou de aumentar ao longo dos anos cinquenta e sessenta, como demonstra o número crescente de trabalhos publicados neste domínio, e o interesse particular revelado pelas instâncias internacionais, que se veio a concretizar em numerosos relatórios de grupos de trabalho e recomendações da Organização Mundial de Saúde (Reid, 1959; Lin e Stanley, 1962; O.M.S., 1972). Na actualidade assiste-se a um esforço de aperfeiçoamento da metodologia no sentido de a dotar de maior rigor, ao mesmo tempo que se tenta estender a sua aplicação a domínios até agora pouco explorados, como o dos transtornos psicossomáticos.

Vamos, neste capítulo, esboçar a caracterização do método epidemiológico; nos capítulos seguintes referir-nos-emos aos aspectos específicos da pesquisa epidemiológica no campo das doenças mentais, e aos principais resultados alcançados no domínio da psicogeriatria.

## 2.1 O método epidemiológico

Não é fácil delimitar rigorosamente o âmbito da epidemiologia, e uma definição perfeita muito provavelmente não existe; uma das melhores, a nosso ver, deve-se a MacMahon e Pugh (1970): «o estudo da distribuição das doenças, e das determinantes da sua frequência, no Homem». Para Lilienfeld (Cit. por Cooper e Morgan, 1973) tratar-se-ia do «estudo da distribuição das doenças no tempo e no espaço, e dos factores que a influenciam». Hoje poderia acrescentar-se: «e do mecanismo como se processa essa distribuição». Estas formulações, como muitas outras semelhantes que se encontram na literatura actual, salientam devidamente a existência de duas áreas

distintas, mas complementares: por um lado, a epidemiologia estuda a forma de ocorrência e a frequência relativa das doenças na população, e o modo como se repartem pelos diversos sectores demográficos (etários, sexuais, sócio-geográficos, étnicos, etc.): é o aspecto **descritivo** da epidemiologia; por outro lado, a identificação dos factores responsáveis pela forma particular de distribuição de determinadas doenças, meio para se chegar a conhecer melhor as causas dessas doenças: é a componente **analítica** da epidemiologia.

Há algumas dezenas de anos, a concepção acerca do objecto e da finalidade da epidemiologia era bastante estreita; apenas as doenças agudas faziam parte do seu domínio. A aparição súbita dessas doenças, em especial quando de natureza infecciosa, num certo meio, constituia o que designava por **epidemia**. Dados os progressos alcançados nos capítulos da profilaxia e da terapêutica antimicrobiana, tais enfermidades deixaram em grande parte de constituir os problemas mais importantes no campo da saúde das populações. As doenças crónicas passaram para o primeiro plano, e nestas a causalidade mostra-se bem mais complexa e difícil de esclarecer. A epidemiologia foi-se voltando insensivelmente para estas enfermidades de evolução prolongada, início muitas vezes insidioso, e etiologia intrincada, de que são exemplos marcantes as neoplasias, a arterioesclerose, a hipertensão, o diabetes, as pneumoconioses, a úlcera péptica, as malformações congénitas, o alcoolismo e as outras doenças mentais. A própria noção de epidemia sofreu transformação; presentemente considera-se que uma doença ou perturbação tem características epidémicas quando a sua frequência se torna sensivelmente superior à usual, ou à que seria de esperar, seja qual for a sua causa. Desta maneira, é com inteira propriedade que se pode falar de epidemias de acidentes de viação, de suicídios ou de toxicomanias

Note-se ainda que o âmbito da epidemiologia é hoje tão largo que se podem nele incluir não apenas doenças, no pleno sentido do termo, como também determinadas situações particulares do desenvolvimento físico e psíquico, tais como a idade da menarca, a gravidez gemelar, o crescimento, variações da inteligência ou do carácter, etc.

Quando se ocupava principalmente das doenças transmissíveis e dos surtos agudos, a epidemiologia fez largo uso de conceitos como os de agente, vector, hospedeiro e portador, que se mostram pouco

aplicáveis às afecções crónicas, hoje o principal objecto de interesse. Com efeito, nestas doenças os «agentes patogénicos» são geralmente múltiplos e o seu modo de acção é incerto. Por essa razão, passaram para o primeiro plano os factores associados como o indivíduo e com o seu meio de vida. A **susceptibilidade individual**, englobando disposições hereditárias, experiências vividas, hábitos e tipo de personalidade, é uma noção antiga que perdurou e que veio a merecer cada vez mais atenção por parte dos investigadores. A influência do **meio ambiente** era já reconhecida há cinquenta anos, mas veio a assumir uma importância primordial na actualidade, quando a urbanização, a poluição, a promiscuidade e o desemprego — para não citar mais — se convertem em factores de «stress» crónico à escala mundial.

## 2.2 Finalidade da investigação epidemiológica

Uma vez coligidos dados acerca da maneira como determinada doença se distribui no seio da população, e acerca dos factores que influenciam essa distribuição, várias aplicações são possíveis. A pesquisa, em epidemiologia, pode ter diversos fins em vista; poderíamos dizer, «grosso modo», que ela se orienta mais para o conhecimento, nuns casos, e para a acção, noutros. Certos autores (Cooper e Morgan, 1973) dividem as finalidades ou aplicações da epidemiologia em três categorias: elucidação da causalidade das doenças; caracterização clínica e evolutiva das mesmas; planeamento e controlo dos cuidados médicos. Pela nossa parte, vemos vantagem em distinguir com mais finura esses objectivos, que numa primeira análise poderemos separar em duas zonas, consoante se situam mais no plano do conhecimento científico ou no plano prático da acção. No primeiro caso, a finalidade é ampliar a soma de conhecimentos, fundamentais ou clínicos, sobre determinadas doenças, ou sobre determinados factores mórbidos; esses conhecimentos podem ter, de algum modo, uma utilidade universal. No segundo caso, essa utilidade é sobretudo local e diz respeito à resposta dada pelas comunidades, através dos seus recursos médicos e sociais, aos problemas postos pelas doenças que as atingem. É a aplicação à saúde pública da ciência epidemiológica.

O quadro 2.1 enumera vários objectivos possíveis, que não se excluem mutuamente. Note-se, aliás, que uma mesma investigação pode prosseguir diversos fins.

**OBJECTIVOS DA INVESTIGAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA**

I — *No plano científico* (utilidade «universal»):

1. Conhecimento das causas das doenças.
2. Conhecimento dos factores que influenciam a sua evolução.
3. Caracterização clínica das doenças, incluindo a identificação de novos síndromos.
4. Conhecimento dos efeitos da exposição a determinados agentes.
5. Criação de instrumentos para determinar o risco individual.

II — *No plano prático* (utilidade principalmente «local» no âmbito da saúde pública).

6. Elucidação dos factores específicos da frequência anormal de uma doença.
7. Conhecimento das características particulares de uma doença em determinada comunidade.
8. Avaliação das necessidades médico-sociais de uma comunidade, incluindo a identificação dos indivíduos em maior risco.
9. Escolha e planeamento das medidas de controlo da doença.
10. Avaliação da eficácia das medidas empreendidas.

QUADRO 2.1

Se é lícito estabelecer uma ordem de importância entre estas diferentes aplicações, certamente o primeiro lugar compete à descoberta das causas das doenças, como passo fundamental para a sua prevenção. É sem dúvida essa a finalidade mais significativa da epidemiologia. Alguns autores como Cumming (1970) chegam ao ponto de definir epidemiologia como a procura do controlo das doenças e outros flagelos sociais, quaisquer que sejam os caminhos para tal. Não nos parece ser de partilhar essa perspectiva, tão vasta quanto indistinta, onde os contornos do método específico desta ciência se esbatem completamente. Inclinamo-nos, por outro lado, para admitir como finalidade própria da epidemiologia a identificação dos factores de «mal estar» ou de inadaptação do indivíduo

ao seu meio físico e social (e reciprocamente, dos factores de «bem estar» ou de adaptação com sucesso), muito para aquém das situações de doença franca e reconhecida, à luz dos conceitos definidos pela Organização Mundial de Saúde.

O **conceito científico de causa** é, em si mesmo, objecto da maior controvérsia. Teremos ocasião de retomar este assunto na segunda secção deste trabalho, mais adiante. Para já importa salientar que a investigação, ao pôr à luz associações significativas entre determinada característica do meio (ou dos indivíduos) e a ocorrência de certa doença, não pode levar a concluir que aquela é a causa desta última. Pode acontecer que a característica observada seja uma consequência da doença, ou podem esta e aquela ser efeitos de uma causa comum.

Por outro lado, **a causalidade é, as mais das vezes, indirecta e múltipla.** As situações de enfermidade, tal como as simples perturbações, resultam geralmente da concorrência de vários factores, de tipo determinante, predisponente, desencadeante, ou modificador da evolução; uns de natureza individual, outros ligados às características do meio. Esta multiplicidade de causas indirectas é praticamente a regra das doenças crónicas e nas perturbações mentais. Em vez de «uma» causa directa, há que identificar uma cadeia ou, mais correctamente, uma teia ou uma **rede de causas**, agindo umas sobre as outras, concorrendo entre si, e modificando reciprocamente os seus efeitos.

## 2.3 Epidemiologia descritiva

A primeira fase da investigação epidemiológica assume, geralmente, uma feição descritiva. Procede-se ao estudo da distribuição das doenças ou perturbações que são objecto de pesquisa num ou mais grupos populacionais, segundo o sexo, o grau de instrução, a ocupação, a idade, o estado civil, e outras categorias que eventualmente possam interessar. Estes dados podem ser extraídos de estatísticas oficiais de saúde quando as há; ou podem ser determinados através de um inquérito «de campo» realizado no seio da população ou numa amostra representativa. Havendo elementos estatísticos disponíveis, relativos aos mesmos grupos populacionais, sobre a dis-

tribuição de factores patogénicos suspeitos, podem comparar-se globalmente com os dados relativos à repartição da doença; desse cotejo pode nascer uma ou mais hipóteses sobre factores de risco ou mecanismos de propagação das enfermidades em estudo.

Com a finalidade de expressar por forma quantitativa a extensão com que as doenças afectam uma dada população usam-se os índices de mortalidade e de morbilidade. Os primeiros não nos interessam neste momento, por não ser frequente atribuir-se a causa de um óbito a uma doença psiquiátrica. Os **índices de morbilidade** a que se recorre correntemente são a incidência e a prevalência; outros menos usados são a duração média da doença e o risco mórbido.

**Incidência:** Esta taxa calcula-se dividindo o número de casos surgidos durante um período de tempo pré-estabelecido pela população média nesse período. Trata-se, pois, dos «casos novos», nos quais é possível incluirem-se repetições da mesma doença ocorridas no período de referência, a não ser que se explicite o contrário. Já não é usual considerar casos novos as recaídas das doenças crónicas, mas se assim se desejasse fazer seria necessário especificá-lo claramente. O período de tempo a que a taxa se refere é habitualmente de um ano, podendo obviamente optar-se por outra duração. As taxas de incidência dizem respeito, como se vê, a acontecimentos (as «entradas na doença» e não a indivíduos; e esses acontecimentos estão estreitamente relacionados no tempo com os factores causais, ou pelo menos com os factores desencadeantes. Por tal motivo são os índices mais apropriados para a investigação sobre a etiologia e patogenia das enfermidades. Oferecem, no entanto, algumas dificuldades de natureza prática, principalmente quando se lida com doenças de evolução crónica. Quando o início é insidioso torna-se muito difícil determinar a sua data; mesmo que se prefira a «data da descoberta», a sua fixação nunca é tarefa simples. Igualmente se torna problemático reconhecer uma doença como um «caso novo», quando se trata de enfermidades de evolução prolongada ou fásica, ou ainda com períodos de remissão clínica intercalados.

**Prevalência:** Obtém-se este índice dividindo pela população total o número de indivíduos afectados pelas doenças em estudo num deter-

minado momento. Em rigor, não se trata realmente de uma taxa, mas sim de uma proporção (v. Costa Maia, 1969); diz respeito à totalidade dos indivíduos doentes, seja qual for o tempo decorrido desde o início da enfermidade. Não faz distinção, portanto, entre casos iniciais, avançados e terminais. Embora se utlize preferentemente o índice de prevalência **pontual**, referido a um determinado dia, como se depreende da definição, alguns investigadores têm determinados valores de prevalência relativos a um **período** que pode ir desde vários meses até vários anos (Bremer, 1951); este tipo de taxa — aqui já se poderia usar o termo — não mostra especial interesse prático nem teórico, e oferece grandes desvantagens para o cálculo. A avaliação da prevalência das doenças é, evidentemente, do maior interesse para se poderem conhecer as necessidades médico-sociais de uma comunidade ou de uma região (o número de leitos hospitalares ou de postos de consulta, por exemplo). Nas investigações sobre factores etiológicos, os índices de prevalência são, logicamente, mais adequados para detectar causas predisponentes ou factores de protecção, e menos apropriados para pesquisar causas directas ou desencadeantes.

**Duração média:** Este índice exprime o tempo decorrido desde a manifestação da doença até à sua terminação (por cura, alta médica, óbito, etc.) e respeita apenas, como é óbvio, aos indivíduos afectados. Não é um elemento que se encontre com frequência nos relatos de inquéritos epidemiológicos, apesar de o seu conhecimento ser de considerável interesse, até para entender a relação entre prevalência e incidência. Com efeito, a prevalência varia na razão directa do produto da incidência pela duração média, expressa esta na unidade de tempo adoptado para o cálculo da incidência. Daqui derivam dois corolários de considerável importância prática:

1) Em inquéritos de prevalência, doenças que, sendo relativamente comuns, evoluem em curto período de tempo, mostram uma frequência muito baixa, que «engana» sobre a sua importância real; como veremos adiante, é o que se passa com os estados confusionais nos idosos.

2) Diferenças de prevalência de determinada enfermidade,

observadas entre dois ou mais grupos (de idade, sexo, etc.) podem ser atribuídas a diferenças em incidência, em duração, ou nas duas.

Este último aspecto pode explicar o facto de a prevalência das psicoses «arterioscleróticas» entre 65 e 75 anos ser geralmente mais baixa no sexo masculino que no feminino (Gruemberg, 1969). Tratar-se-á, provavelmente, de situações com evolução mais curta (para a morte) nos homens, e não com menos incidência.

**Risco mórbido:** Não se trata, propriamente, de um índice de morbilidade; representa a probabilidade à nascença de vir a sofrer de determinada doença no curso da vida. Esta «expectativa de doença» está em íntima relação com a taxa de prevalência, a qual, dentro de certos limites, pode constituir uma aproximação do risco mórbido. A dificuldade que oferece esta estimativa provém de, ao ser calculada a prevalência de uma doença para os diferentes grupos etários, estes serem formados por sobreviventes das gerações iniciais, podendo a mortalidade não ter sido aleatória relativamente à doença em causa.

Existem fórmulas para o cálculo aproximado do risco à nascença, a partir dos índices de prevalência, como a proposta por Weinberg (Reid, 1959). Na prática, desde que as «taxas» de prevalência tenham sido calculadas relativamente à **população em risco** (isto é, do grupo etário em que a doença se manifesta) esses índices e os respectivos limites de confiança (ver capítulo sobre métodos estatísticos, na Parte II) possibilitam uma razoável estimativa do risco mórbido individual. Acrescentemos que temos estado a referir-nos ao conceito de risco em sentido «absoluto»; o risco relativo é uma noção que pertence à epidemiologia analítica, e dela falaremos mais adiante.

A fase descritiva da investigação epidemiológica consiste, portanto, na obtenção de índices de morbilidade (e eventualmente de mortalidade) relativos a determinada doença ou grupo de doenças, na população previamente definida. Esses índices tanto podem ser colhidos indirectamente, de estatísticas pré-existentes (que geralmente só se referem a casos fatais ou tratados em unidades de

internamento) como podem ser determinados directamente por meio de um inquérito à população, conforme adiante indicaremos. A comparação das prevalências (e das incidências, se for caso disso) entre os vários sub-grupos da população, definidos pelos diferentes parâmetros demográficos e sociais, poderá fazer surgir **hipóteses** sobre a importância de determinados factores na causalidade das doenças; isso será facilitado pelo recurso a estatísticas paralelas sobre a exposição a esses factores suspeitos na população em causa. As hipóteses terão de ser sujeitas a confirmação por estudo de tipo analítico, ou através de experimentação, via raramente seguida em psiquiatria.

## 2.4 Epidemiologia analítica

Falámos em hipótese causal, mais acima, mas na realidade o termo mais apropriado é **teoria**. Com efeito, o progresso do conhecimento científico consiste, de um ponto de vista pragmático, na elaboração de teorias explicativas dos fenómenos, capazes eventualmente de fundamentarem aplicações úteis. Esta utilidade prática está na possibilidade de se poderem prever os acontecimentos a partir das circunstâncias que os antecedem, e sobretudo na capacidade de intervir de maneira a modificar esses acontecimentos no sentido que se deseja. Uma teoria científica envolve, pois, uma formulação de causalidade; estipula que em certas condições, um certo fenómeno determina um outro. Em termos mais aplicáveis aos problemas que vimos a tratar, podemos dizer que as teorias científicas procuram explicar uma determinada categoria de fenómenos, designada genericamente por **variável dependente**, a partir de outras categorias de fenómenos, às quais chamamos **variáveis independentes**. Estas últimas, que são afinal as **causas**, presume-se que actuam anteriormente àquela, que constitui o efeito.

Uma teoria científica não pode, em geral, ser posta à prova directamente, por envolver variáveis não observáveis ou não mensuráveis de maneira imediata. A sua indispensável **comprovação** tem de ser feita de maneira indirecta, e em regra pela negativa: sendo sempre possível provar a sua falsidade, se for esse o caso, nunca se pode demonstrar positivamente a sua veracidade. O caminho a seguir passa pela formulação de **hipóteses** concretas e susceptíveis de serem

testadas, as quais se deduzem da teoria em causa. Essas hipóteses devem especificar claramente que em determinadas circunstâncias bem definidas (relativas às variáveis independentes) terão de se observar certos acontecimentos, caso seja verdadeira a teoria em que elas se fundamentam. Se esses acontecimentos forem observados, diz-se que há evidência objectiva a favor da teoria, que sai reforçada (mas nunca provada, como dissemos). Se os referidos efeitos não se manifestarem, conclui-se que a teoria é falsa e deve ser rejeitada.

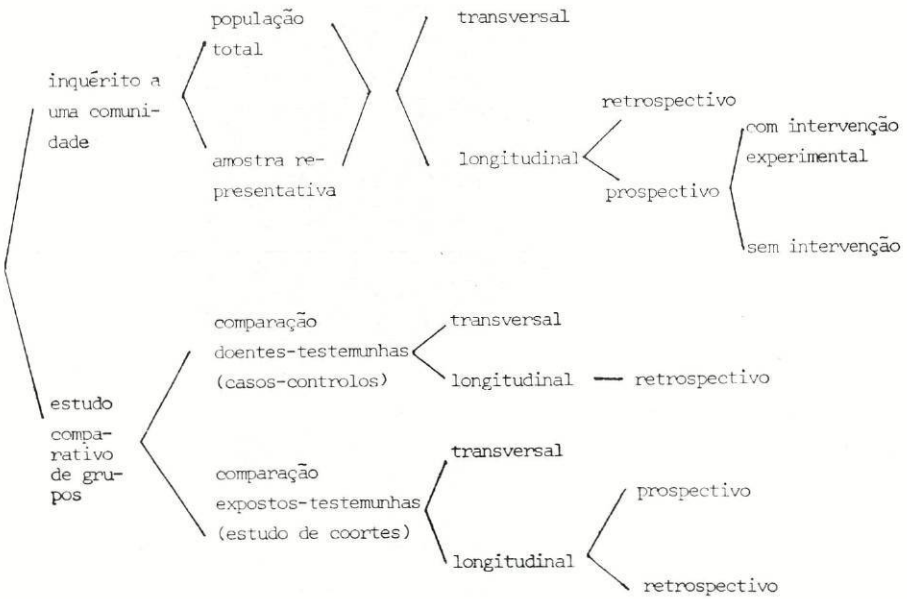
É claro que uma hipótese concreta pode verificar-se e mesmo assim estar errada a teoria da qual foi deduzida. Por esta razão deve o investigador tentar obter comprovação para a sua teoria por vias diversificadas, pondo à prova sucessivas hipóteses relacionadas com aspectos complementares do modelo explicativo preconizado.

Uma teoria explicativa dos dados recolhidos pela epidemiologia descritiva pode ser validada através da experimentação. Neste caso o processo sai fora do âmbito da epidemiologia, a não ser que se trate de estudo experimental «de intervenção» em grupos populacionais vastos ou comunidades, como referiremos. Mas a teoria pode ser comprovada por **métodos não experimentais**, que representam a contribuição mais significativa da investigação epidemiológica. Trata-se do aproveitamento das circunstâncias naturais, que se assemelham a experiências, com a diferença de não terem sido provocapelo investigador. O que se procura então é encontrar uma associação estatística entre as variáveis dependentes e independentes, isto é, entre os critérios operacionais de morbilidade (ocorrência de determinadas doenças, sua gravidade) e certos índices que representam o grau de exposição aos presumíveis agentes patogénicos. Detectadas algumas dessas associações estatísticas, e identificados assim os **factores de risco**, deve ter lugar uma discussão interpretativa, com o fim de apurar se se trata ou não de relações causa-efeito (ver parte II).

**Conceito de «exposição»:** Fala-se de exposição a um factor patogénico, em sentido restrito, quando se identifica uma ocasião em que um agente do meio exterior, cujo papel está a ser investigado, pode exercer qualquer acção sobre o organismo. Exemplificando, num certo estudo considera-se exposição a ingestão de água de determinada fonte inquinada; noutros, o consumo habitual de mais de cinco

cigarros por dia. Mas quando se lida com doenças crónicas, e em particular com enfermidades psíquicas, este conceito restritivo de exposição não satisfaz. Os factores mórbidos são de tal natureza que o «contacto» deve ser entendido em **sentido lato**. Com efeito, é difícil assinalar o momento em que se operou a «exposição» a uma privação afectiva; e mais difícil ainda quando os factores em causa são a classe social, a religião, os hábitos e os interesses pessoais. (É claro que tais «factores indirectos» são categorias muito genéricas, e que os verdadeiros agentes patogénicos têm de ser procurados em estudos ulteriores, mais discriminativos; mas numa primeira aproximação essas categorias são úteis). Alargando-se a noção de exposição, é legítimo dividir os indivíduos observados em «expostos» e «não expostos» a factores tais como classe social inferior e ausência de escolaridade. Este alargamento do conceito em nada afecta a validade do método de investigação, e vem facilitar grandemente o tratamento estatístico.

CLASSIFICAÇÃO DOS ESTUDOS EPIDEMIOLÓGICOS (ANALÍTICOS)




QUADRO 2.2

**Inquéritos à população:** No quadro 2.2 apresenta-se uma classificação das modalidades de que pode revestir-se uma investigação epidemiológica de carácter analítico. A mais conhecida, em que geralmente se pensa quando se fala de epidemiologia, vem a ser o inquérito à população, que é talvez a principal fonte dos dados de que esta ciência pode dispor. Pode realizar-se à escala da população total, mas o mais comum é ter lugar numa amostra representativa, por economia de tempo e de esforços.

A selecção de uma amostra deve ser feita com atenção a determinadas regras (McNemar, 1940; MacMahon e Pugh, 1970) para evitar que haja diferença significativa entre a sua composição e a população de referência, particularmente no que toca aos parâmetros demográficos e sociais, bem como às variáveis sobre que recai a pesquisa. Só assim será lícito generalizar os resultados obtidos com a amostra.

Um inquérito pode ser empreendido apenas com fins descritivos: determinar a prevalência de certas doenças e suas características clínicas. No entanto, isso raramente se justifica. A quantidade de esforços mobilizada para um empreendimento deste vulto só adquire sentido se for compensada com ganhos mais substanciais sob o ponto de vista científico, representados pelo progresso no conhecimento da etiologia e da história natural dos doenças. Por essa razão, o inquérito epidemiológico, tal como hoje se concebe, consiste na recolha, junto de cada indivíduo contactado, de um amplo conjunto de dados, que abrange sintomas, sinais, resultados de provas, características económico-sociais, tais como profissão, meio de vida, tipos de habitação e de convivência, hábitos, alimentação, e ainda por via de regra elementos sobre os antecedentes e a personalidade.

Quando se procede a mais de uma observação de cada indivíduo, separadas por um intervalo de tempo significativo, e se comparam estas observações, o inquérito diz-se **longitudinal**. Sendo **prospectivo** torna-se possível estudar o curso das doenças, sua mortalidade específica, o grau de incapacidade resultante, e ainda averiguar até que ponto certos quadros mórbidos se relacionam ou se sucedem no tempo. Neste tipo de inquérito pode haver, num dado momento, uma intervenção do investigador, tal como a aplicação de uma vacina, a realização de uma campanha de planeamento familiar, ou a aber-

tura de um telefone S.O.S.; a pesquisa assume então um carácter experimental, sem deixar de ser epidemiológica. Num inquérito **retrospectivo,** os dados recolhidos referem-se também a diferentes pontos no tempo, situados no passado. Pode acontecer que tenha lugar uma só observação directa dos indivíduos, a que se faz no momento actual; os antecedentes são então reconstituídos a partir dos registos médicos ou dos relatos feitos pelos observandos.

Completada a colecção dos dados, tal como referimos, procede-se à **análise** estatística dos mesmos, com o fito de detectar eventuais associações entre variáveis dependentes e independentes. Assim, temos de um lado os indicadores de doença, qualitativos, como os diagnósticos clínicos, ou quantitativos, com as pontuações em escalas de avaliação, provas funcionais ou questionários. De outro lado, estão as diversas características próprias do indivíduo ou do seu meio, com possível papel na génese da doença, e que também podem ser de tipo qualitativo ou quantitativo.

A forma mais simples que a análise pode assumir vem a ser a comparação entre «doentes» e «normais» no que se refere a ter havido, ou não, exposição a cada um dos factores em estudo; utiliza-se então um teste estatístico elementar, como o «qui quadrado» $2 \times 2$, para determinar se eventuais diferenças são significativas. Se se considerarem as categorias intermédias, ou variáveis quantitativas, tais como os graus de doença ou as diferentes intesidades de actuação dos factores suspeitos, recorrer-se-á a técnicas mais sofisticadas. Em todos os casos é sempre vantajoso determinar a correlação entre doença e factor suspeito, quer exista, quer não, associação significativa; será assim possível aplicar, numa segunda fase, métodos avançados de análise multivariada.

**Estudos comparativos de grupos:** Estes estudos, que geralmente se efectuam numa fase mais adiantada das investigações sobre a etiologia das doenças, servem para pôr à prova hipóteses bem definidas. Procede-se à comparação entre dois grupos de indivíduos, sendo um deles composto por «doentes», ou por «expostos» a determinado factor suspeito, e sendo o outro integrado por «não doentes» ou «não expostos», respectivamente. Este último tem uma função de controlo ou testemunha. Os dois grupos têm uma composição semelhante no que se refere a sexo, idade, e outras características cujo

papel se pretenda neutralizar. Torna-se assim mais fácil pôr em evidência uma associação significativa entre doença e factor suspeito. No entanto, note-se que estes estudos não tornam dispensáveis os inquéritos sobre a população. Pelo contrário, há toda a vantagem em conhecer previamente a prevalência.

Na estratégia designada por **estudo de coôrtes** comparam-se dois grupos, de composição semelhante excepto em que um deles é constituído por indivíduos que sofreram a influência de determinado factor suspeito, e o outro é composto por não-expostos. A comparação incide sobre as proporções de indivíduos que vieram a adoecer, num e noutro grupo, decorrido um certo período de tempo. A observação é, em princípio, prospectiva. Há, no entanto, a possibilidade de se efectuar um estudo de coôrtes retrospectivo, quando, por exemplo, se estudam no momento presente os indivíduos sujeitos a internamento prolongado na infância e que hoje são adultos, com a finalidade de neles detectar eventuais perturbações psíquicas. Nesse caso, é óbvio que o grupo dos «expostos» a constituir para observação no presente deve ser representativo do conjunto dos «expostos» de há vinte anos (por exemplo), sob pena de haver forte viciação das conclusões. Ora esta exigência de representatividade levanta inúmeros problemas práticos, pois, de entre os indivíduos então registados nos hospitais, muitos não serão encontrados no presente (e pode acontecer que sejam esses, precisamente, os mais perturbados psiquicamente). Os estudos prospectivos, por outro lado, exigem um tempo de espera que limita a sua utilização. Apesar destas dificuldades, os estudos de coôrtes vêm a ser, do ponto de vista metodológico, os mais adequados e mais válidos para se tentar comprovar uma teoria etiológica, designadamente porque possibilitam determinar-se directamente o risco relativo inerente a determinado factor.

A modalidade de estudo controlado que se adopta com mais frequência vem a ser a investigação **casos-controlos** ou **doentes-testemunhas.** Constituído um grupo de indivíduos atingidos por determinada doença (os «casos»), forma-se um grupo de controlo segundo certas regras, estudam-se as suas características actuais e antecedentes, e procede-se à comparação estatística das frequências de exposição aos factores suspeitos. Esta estratégia é mais praticável

que o método das coôrtes, uma vez que se parte de um grupo de doentes, sempre mais fácil de constituir em meio médico; e é mais económico, porque os mesmos dois grupos podem ser comparados no que respeita a múltiplos factores suspeitos. É, no entanto, em princípio, menos rigorosa, pois não se pode calcular directamente o **risco relativo** inerente a cada factor patogénico (Ver parte II). Há, no entanto, circunstâncias em que se torna possível proceder a essa determinação: quando o grupo dos «casos» engloba a totalidade daqueles que surgiram numa determinada população, ou é uma proporção conhecida desse conjunto, e quando, além disso, o grupo de controlo é representativo dessa mesma população. Em tal conjuntura a investigação casos-controlos é praticamente tão informativa quanto o estudo de coôrtes (MacMahon e Pugh, 1970).

Não é difícil mostrar como um inquérito à população, por amostragem, pode servir de ponto de partida para estudos casos-controlo com as especificações que acima indicamos. O presente trabalho constitui um exemplo desse procedimento, conforme se justificará na segunda parte.

CAPÍTULO 3

# *A EPIDEMIOLOGIA DAS PERTURBAÇÕES MENTAIS*

As doenças mentais podem ser estudadas, como quaisquer outras, do ponto de vista «da sua distribuição e evolução, sob diferentes condições de vida, nas comunidades humanas» (O.M.S., 1960). São na maior parte das vezes, situações clínicas de evolução relativamente lenta, que parecem resultar da interacção de factores de diversa ordem, alguns dos quais de tipo predisponente, outros com papel desencadeante, e outros ainda influenciando sobretudo o decurso das enfermidades. Alguns destes factores actuam, aparentemente, a partir do ambiente, em particular do meio social; outros podem considerar-se de natureza individual. Algumas situações mórbidas de tipo psiquiátrico atingem, em certas populações. características verdadeiramente epidémicas, no sentido actual do termo: é o caso do alcoolismo, das toxifilias por alucinogéneos e euforizantes, e não raramente das depressões e do suicídio, para não citar as demências da idade avançada. Assim se compreende como a epidemiologia, estudando as relações entre o indivíduo e o ambiente no seio dos agregados populacionais, pelo que diz respeito à «produção» de doenças psíquicas, veio a constituir um dos mais importantes métodos de pesquisa em psiquiatria.

Nas secções seguintes vamos descrever, sem pretensão de sermos exaustivo, as principais linhas de rumo que a investigação tem tomado neste domínio, e abordaremos depois alguns problemas metodológicos que se levantam no momento presente. Estaria aqui deslocada qualquer tentativa de revisão sistemática da literatura concernente à história, métodos e resultados da epidemiologia psiquiátrica. O investigador interessado poderá consultar os livros de Hare e Wing (1970) e de Cooper e Morgan (1973), que aliás também não esgotam o tema. Importantes textos são ainda as monografias de Reid (1959)

e de Lin (1962), publicadas sob a égide da O.M.S.; desta Organização é também importante o relatório da Comissão de Peritos de 1960. O artigo de Bastide e Raveau (1971) na Encyclopédie Médico-Chirurgicale é muito documentado, mas a posição crítica dos autores é muito controversa: como sociólogo, Bastide encara a epidemiologia numa perspectiva muito limitativa. A revisão feita por Andersen e colabs. (1975) sobre inquéritos médicos, sociais e psiquiátricos em populações circunscritas é do maior interesse para quem planeia uma pesquisa semelhante. Em Portugal são raras as publicações sobre este tema, mas merecem ser assinaladas as revisões feitas por Pio Abreu e Santos Relvas (1976).

**Nota sobre a legitimidade da quantificação e da estatística em Psiquiatria**: Sempre se fizeram ouvir objecções contra a validade da aplicação de métodos quantitativos, e consequentemente da estatística, no domínio da psicologia e das ciências humanas em geral. Cada indivíduo é um caso único, argumenta-se, e por isso não faz sentido elaborar séries compostas por elementos que não são idênticos. As estatísticas passariam por cima da especificidade de cada caso singular, e todo o raciocínio que nelas se apoiasse seria fatalmente reducionista e portanto erróneo. O único método admissível em psiquiatria seria, pois, o método clínico, baseado nas «histórias de casos».

Tal argumentação, levada coerentemente até às últimas consequências, conduziria à rejeição de todas as classificações e à contestação de qualquer nosologia. Ora não há ciência do particular, do caso único. A elaboração do saber passa pela abstracção, pelo isolamento do que os elementos de determinado conjunto têm em comum, e pelo estabelecimento de classes ou categorias. Estas não anulam, obviamente, a especificidade de cada componente. É evidente que se os casos fossem idênticos bastaria estudar um para conhecer todos, e então a estatística não seria necessária. Esta serve, precisamente, para pôr à prova a validade dos classificações, de acordo com hipóteses previamente formuladas. Expressando-se em termos de probabilidades, remete para o julgamento do investigador as conclusões a tomar. Pode assim afirmar-se que a estatística contribui essencialmente para ordenar as observações, mas não cria factos novos, nem

«prova» nada, contrariamente ao que por vezes, na linguagem comum, se parece admitir, em expressões tais como «os dados foram introduzidos no computador e este provou que...». A estatística é um instrumento de análise, extremamente poderoso dontro do seu domínio de aplicação, mas apenas isso, e não pode portanto ser responsabilizada pelo bom ou mau uso que dela se faça. É claro que esse uso tem os seus riscos, e o mesmo se pode dizer da epidemiologia: entre eles podem apontar-se a selecção de uma estratégia inadequada para o objecto de estudo, as ambiguidades de critério, deficiente colheita de dados, extrapolação inválida de conclusões, etc. Conhecendo-se as suas limitações, melhor uso se pode fazer das suas potencialidades. E a verdade é que, sem o recurso à quantificação e à comparação entre grupos, dificilmente poderia a psiquiatria ter progredido como o fez nas últimas décadas, pois lhe faltariam os meios para comprovar a exactidão das suas hipóteses.

Enquanto a psiquiatria, e a medicina em geral, viveram exclusivamente da observação de casos particulares, a partir dos quais os investigadores formavam opiniões que prontamente eram tomadas como certezas, não conseguiram sair do campo da subjectividade, das lutas entre doutrinas e sistemas, da sujeição aos textos clássicos.

Diz Odegaard (cit. por Slater e Roth, 1969) que «a própria unicidade de cada observação psiquiátrica torna o raciocínio dedutivo, a partir de casos individuais, claramente arriscado, e isso faz sentir a necessidade de qualquer tipo de controlo estatístico. A psiquiatria é obrigada a estudar grupos e populações porque lida com indivíduos, e não a despeito disso». A epidemiologia psiquiátrica lida, precisamente, com grupos e populações, e procura extrair desse material o maior número possível de ensinamentos a respeito das doenças mentais. Não se opõe a outras vias de pesquisa, como a fenomenologia clínica, a bioquímica, a etologia, etc., antes procura convergir com elas na obtenção de conhecimentos mais profundos e mais exactos acerca do que, na realidade, mais interessa: o Homem psiquicamente perturbado.

## 3.1 Origem e desenvolvimento da epidemiologia psiquiátrica

### DAS ESTATÍSTICAS HOSPITALARES AOS INQUÉRITOS À POPULAÇÃO

Alguns célebres clínicos do século XIX, como Esquirol e H. Maudsley, tinham compreendido já nessa época o valor das estatísticas hospitalares, e interessavam-se particularmente pelas modificações ocorridas ao longo dos anos. O acréscimo do número de internamentos por certas doenças mentais seria de atribuir a um aumento real, na população, ou reflectiria apenas um acesso mais fácil dos doentes ao Hospital? Até que ponto as modificações sociais trazidas pela industrialização, e as convulsões políticas delas resultantes, estariam por detrás desse aumento? Estas e outras interrogações assinalam o aparecimento, no pensamento médico, de uma atitude de espírito em que a doença mental já não é encarada como fatalidade, castigo ou fruto do acaso, mas como fenómeno com projecção social, condicionado na sua origem e nos seus efeitos por outros fenómenos soiais. Os conhecidos trabalhos de Durkheim, no final do século, sobre a frequência do suicídio nas diferentes culturas e nacionalidades, vieram mostrar até que ponto as perturbações da organização social podiam contribuir para originar fenómenos que até então eram considerados unicamente do foro médico ou psicológico individual.

Outros estudos concluiram que a demência paralítica não tinha uma causa constitucional, uma vez que se mostrava mais frequente nas pessoas casadas que nas solteiras. O primeiros estudos comparativos de grupos evidenciavam que a masturbação é praticamente tão frequente nos esquizofrénicos como nos normais escolhidos como testemunhas, e por isso não devia ter nessa doença o papel patogénico que se lhe atribuía. Nos países nórdicos começava a ter lugar o recenseamento periódico dos doentes mentais, e no Massachusetts tinham início os primeiros inquéritos de prevalência no seio da população.

No século XX estas investigações foram-se generalizando pouco a pouco, de princípio ainda com grandes imprecisões de método. O interesse da pesquisa orientou-se para a detecção de factores hereditários; a etiologia de doenças como a coreia de Huntington pôde

assim ser esclarecida, graças a vastos inquéritos que abrangeram, não só os doentes internados, como aqueles que frequentavam consultas de clínica geral, e ainda os registos oficiais e a população residente na Nova Inglaterra. No final dos anos vinte, Luxenburger introduzia o uso de grupos de controlo obtidos por amostragem representativa da população. Pela mesma época tinham lugar os extensos inquéritos conduzidos por Lewis, na Inglaterra, sobre as oligrofenias, que levaram esse investigador a reconhecer a existência de uma categoria de débeis mentais por causa subcultural, ao lado dos deficientes por encefalopatia orgânica (Cooper e Morgan, 1973).

Até à Segunda Guerra Mundial, no entanto, a epidemiologia psiquiátrica apoiava-se ainda sobretudo nas estatísticas dos hospitais, das instituições de assistência e prisionais, e nos inquéritos aos clínicos gerais. Não havia então dificuldade em definir o que se entendia por um «caso», pois como tais eram considerados todos os indivíduos internados ou que frequentavam consulta especializada. Mas, na realidade, esses estudos mediam menos a prevalência real das perturbações psíquicas do que a utilização dos serviços pelos indivíduos afectados, ou mesmo simplesmente a tolerância da população à manutenção desses doentes no seu seio (Bastide, 1971). As estatísticas dos serviços oficiais reflectem, com efeito, em grau considerável, as variações das condições materiais, da legislação, da política sanitária, dos quantitativos das pensões de reforma e invalidez, e até do estado das vias e dos meios de comunicação. Por conseguinte, o conhecimento da distribuição das doenças mentais na população continuava incerto e fragmentário até aos princípios da década de 40.

## OS ESTUDOS DE PREVALÊNCIA

Até meados dos anos cincoenta, os inquéritos realizados no seio da população visavam sobretudo determinar a prevalência das doenças mentais, especialmente das psicoses e oligofrenias, e estimar o respectivo risco mórbido; em muitos deles procuravam-se ainda dados de natureza genética. Posteriormente, as investigações de campo começam a voltar-se também para as características ambientais, em particular de ordem social, o que reflecte a importância crescente assumida pela sociologia no mundo científico e intelectual da época.

Voltando atrás, é em 1941 que Lemkau e colabs. publicam o resultado de um inquérito sobre a prevalência pontual das doenças mentais, levada a efeito num distrito urbano, em Baltimore, em 1936. É talvez a primeira pesquisa efectuada em moldes realmente modernos, e visa detectar todos os casos psicopatológicos existentes no seio da população, a partir dos dez anos de idade. Os seus resultados dão um valor de 60 por mil para a frequência das doenças mentais em geral, e de 6,6 por mil para as psicoses.

T. Sjogren (1948) publica, no após-guerra, uma investigação de tipo longitudinal sobre todos os indivíduos que nasceram no início do século numa ilha da Suécia Ocidental. Essa coorte foi inquirida de maneira a fazer-se o rastreio de todos os casos de psicose (incluindo situações de epilepsia e demência) e oligofrenia. Tal estudo foi facilitado pela existência, na Escandinávia, de um registo paroquial dos doentes mentais que data de há mais de dois séculos. Sjogren determinou o risco mórbido à nascença para cada uma das principais enfermidades; calculou 1 % para a esquizofrenia, 0,8 % para a psicose maníaco-depressiva, e 3,5 % para o conjunto das psicoses. Nos anos seguintes são empreendidos novos inquéritos com finalidade e método semelhantes; por Böök numa região inóspita do Norte da Suécia, e por Larsson e T. Sjogren (1954) numa ampla zona rural do Sul do mesmo país. Estes últimos autores calculam riscos mórbidos (à nascença) para as psicoses de 4,7 % no sexo masculino e 5,7 % no feminino.

Em 1948 são publicados por Mayer-Gross valores de prevalência para as psicoses e oligofrenias, encontrados por esse investigador num estudo sobre a população de um distrito rural da Escócia (cit. in Hare, 1962). Também uma população rural, mas na Noruega, Bremer (1951) efectua um inquérito que se pode considerar clássico. Todos os 1.080 indivíduos foram pessoalmente examinados por esse autor, que desempenhava funções na região, ao longo de cinco anos. Os índices de prevalência (relativos ao total desse período) são elevados: quase 20 % apresentava qualquer perturbação mental. Mas o risco mórbido não é diferente do que Sjogren calculara.

Entretanto, a O.M.S. congrega vários peritos no campo da epidemiologia psiquiátrica, que emitem recomendações sobre a condução das pesquisas. Este ramo de ciência atingira, por assim dizer, a idade adulta. Os inquéritos multiplicam-se. Entre os mais significa-

tivos, assinalam-se os de Primrose (1962) que, seguindo o exemplo de Bremer, observou directamente os componentes de uma pequena população rural da Escócia, e a investigação sequencial iniciada em 1947, conhecida por Projecto Lundby. O primeiro inquérito deste importante estudo incidiu sobre os 2.500 habitantes de uma área limitada da Suécia, os quais foram examinados individualmente por uma equipa de quatro psiquiatras (Essen-Moller, 1956); pela primeira vez foram recolhidos dados referentes à personalidade, hábitos e circunstâncias da vida dos probandos, além das características propriamente psicológicas. Dez anos depois, Hagnell (1971) observou pessoalmente todos aqueles indivíduos, e mais cerca de um milhar de recém-chegados. A nosologia em que Essen-Moller se apoiou não condiz satisfatoriamente com aquela que a generalidade dos autores aceita; isso talvez explique porque encontrou tão baixa prevalência de neuroses (1,4 % nos homens e 2,3 % nas mulheres); por outro lado diagnosticou personalidade anormal num número desproporcionadamente elevado. Na realidade, variava entre 5 e 70 % a proporção de pessoas com traços anormais, consoante o ponto do eixo normal-anormal. Hagnell refere expectativas à nascença de 1,7 % para as psicoses, 13,1 % para as neuroses, agora em sentido mais alargado, e 1,2 % para as oligofrenias. Revendo os seus dados, calculam Slater e Roth (1969) que a prevalência de perturbações mentais detectadas no Projecto Lundby se situe entre 25 e 40 %.

Na formosa, Lin (1953) estudou a frequência de doenças psíquicas por um processo indirecto, entrevistando os indivíduos designados por clínicos gerais e outros informadores como anormais A prevalência encontrada é, para as psicoses, de 3,8 por mil, semelhante à que outros autores obtiveram. Já a de neuroses é demasiado baixa para poder ser aceite sem reservas: 1,2 por mil. Isto mostra com clareza que, no que diz respeito às perturbações «leves», diferenças em critério nosológico ou no modo de identificar os casos acarretam enormes discrepâncias nas prevalências encontradas, de estudo para estudo.

No entanto, não é de excluir inteiramente que possam ocorrer diferenças reais: reportando-nos à Formosa, um estudo mais recente de Tso-Tsuang (1971) detectou 18,9 casos por mil de indivíduos «em necessidade de tratamento psiquiátrico» contra 9,4 por mil no estudo de Lin, efectuado entre 1946 e 1948 na mesma área. O acrés-

cimo respeita unicamente a casos de neurose, e poderá reflectir o conjunto das modificações sociais sobrevindas após a emigração em massa do continente para a ilha, e o surto de desenvolvimento industrial que então teve lugar. A proporção de indivíduos afectados por «reacções psicofisiológicas» atinge a cifra enorme de 42 % da população!

Kessell e Shepherd (1962) tentaram, na Inglaterra, estimar a prevalência de neuroses na população, mediante um inquérito realizado através dos clínicos gerais, e obtiveram valores de 10 % para o sexo masculino e 15 % para o feminino, sensivelmente constantes ao longo da escala das idades. Prosseguindo esta investigação, Shepherd, Cooper e colabs. (1966) acabam por concluir que entre dez e vinte por cento da população geral sofre de perturbação mental ou emocional significativa (a prevalência encontrada foi de 140 por mil, cabendo 5,8 por mil às psicoses). Trata-se de um dos maiores inquéritos realizados no Reino Unido, e foi efectuado em larga amostra da população de Londres.

Duas outras grandes investigações de campo foram levadas a cabo em finais da década de 50, e os seus resultados alcançaram um considerável eco mesmo fora do mundo científico, na opinião pública. O inquérito empreendido na cidade de Nova Iorque, conhecido por «Midtown Manhattan Project» (Srole e colabs., 1962) veio mostrar que cerca de três quartas partes da população apresentava perturbações emocionais em maior ou menor grau. Construída uma amostra representativa da população entre 20 e 60 anos de idade, os seus componentes foram observados por uma equipa de assistentes sociais, psicólogos e outros técnicos, mediante entrevistas estandartizadas que incluiam a aplicação de um questionário sobre sintomas. Os protocolos foram depois examinados e classificados por psiquiatras. Não foram feitos, obviamente, diagnósticos nosológicos, mas os investigadores puderam concluir que 23,3 % dos indivíduos observados apresentavam uma «sintomatologia comparável à que se observa nos doentes psiquiátricos».

O célebre estudo realizado no Condado de Stirling, no Canadá, (Leighton e colabs., 1963) seguiu uma metodologia muito semelhante, no que se refere à constituição da amostra e forma de inquirição. A avaliação foi feita entrando em conta não com a categoria de diagnóstico, mas sim com o grau de incapacidade funcional eviden-

ciado no momento do exame, classificado em grave, moderado, leve e mínimo. Por outro lado, quanto à existência de «perturbação psiquiátrica», os indivíduos repartiam-se em quatro categorias, consoante ela era definida, provável, duvidosa ou ausente; às primeiras duas cabia, respectivamente 23,4 % e 21,0 % do total. A prevalência das perturbações «definidas» era, portanto, idêntica à que fora determinada na cidade de Nova Iorque.

Muitos outros inquéritos epidemiológicos foram levados a efeito desde então, com o objectivo de medir a extensão das perturbações mentais nas diferentes populações. Ser-nos-ia impossível fazer referência a todas ou mesmo aos mais importantes. Mencionaremos apenas três, empreendidos em meios profundamente diversos tanto pela geografia como pela etnia e cultura.

Na Província do Cabo (África do Sul), Gillis e colabs. (1968) realizaram um vasto trabalho de campo usando deliberadamente uma metodologia semelhante à de Leighton. Incidiu o estudo sobre a população não branca, culturalmente bastante homogénea, numa área bem delimitada. Encontrou pertubação psiquiátrica bem definida em 12 % dos adultos, e provável em mais de 11 %. Dos primeiros, mais de metade estavam afectados em grau severo ou moderado. Por outro lado, considerando apenas sintomas psicopatológicos isolados estes foram detectados em 53 % da amostra e eram na maior parte dos tipos neurótico e psicossomático. De notar que apenas 1 % recorrera a tratamento psiquiátrico, o que ilustra a utilidade dos inquéritos dirigidos à população, e a especificidade do «material» com que lidam. Na União Indiana, Sethi e colabs. (1974) efectuaram um inquérito numa população urbana (Lucknow), na sequência de estudos realizados em áreas rurais. 800 famílias, seleccionadas ao acaso, foram visitadas por uma equipa polivalente que incluia psiquiatras; mais de quatro mil indivíduos foram observados directamente, e responderam a um questionário de triagem; os casos de provável patologia foram submetidos a exame clínico psiquiátrico. Feito o diagnóstico, de acordo com a classificação americana DSM-II, achou-se uma prevalência de 67 casos psiquiátricos por mil habitantes. De entre estes, o maior grupo era o das neuroses, com 27 por mil, seguidas pelas perturbações afectivas (7,8), esquizofrenia (2,5), oligofrenias (10,5), e diversos (14,3). O baixo número de casos de demência e

deterioração orgânica pode talvez explicar-se pela estrutura demográfica: apenas 5 % da população tinha mais de 60 anos.

Perto de nós, no Norte de Espanha, no vale de Baztán, Vazquez Barquero (1981) realizou um vasto estudo numa amostra estratificada por sexo e idade, composta por mais de mil pessoas; numa primeira fase foi aplicado o questionário de Goldberg e col. (1970, 1976), e colhidos dados sociais; os casos suspeitos e uma proporção dos restantes foram sujeitos a exame clínico psiquiátrico. Foi encontrada perturbação psíquica em 24 %, sendo quase metade das quais (11,5 %) casos de neurose.

Finalmente, deve ser mencionado o trabalho piloto de Vaz Serra e colabs. (1976) na zona de Coimbra (aldeia de Casa Novas). Quase toda a população da aldeia (236 habitantes) foi submetida a um exame de triagem, que compreendia a resposta a um questionário inespecífico e colheita de informações médicas gerais e sociais. Os indivíduos com pontuação «suspeita» no questionário (de Gurin, em adaptação portuguesa) sujeitavam-se a exame clínico especializado, que, confirmando a existência de perturbação, lhes atribuia um diagnóstico. Foram assim encontradas perturbações mentais em 30,4 % dos homens e 39 % das mulheres; às neuroses e depressões cabia a maior parte destas situações.

Para terminar esta revisão sobre estudos da morbilidade das doenças mentais, indicaremos as taxas medianas que Vazquez Barquero (1981) calculou, relativamente a oito inquéritos epidemiológicos realizados na Europa desde 1960: doenças psiquiátricas em geral, 18,1 % no homem e 23,7 % na mulher; neuroses, 4,6 % no homem e 9,9 % na mulher. Tenha-se, todavia, em atenção que estes oito estudos não são inteiramente comparáveis entre si nos seus critérios.

## 3.2 A Pesquisa das causas

### OS FACTORES SOCIAIS E A QUESTÃO DA «SOCIOGÉNESE»

Antes da Segunda Guerra Mundial, alguns estudos sociológicos, entre os quais o de Faris e Dunham (v. Bastide, 1965), mostraram como às diferentes **zonas urbanas** correspondem diferentes taxas de hospitalização por doenças psíquicas. Nas grandes cidades, essas taxas mostravam-se muito mais altas nos quarteirões centrais que nos bairros periféricos. Os primeiros eram geralmente zonas degradadas, e os últimos áreas residenciais de construção recente. Estes achados foram repetidamente confirmados por pesquisas empreendidas na América e na Europa. O inquérito levado a cabo por Hare (1956), em Bristol, mostrou que a esquizofrenia, o alcoolismo e as demências senis e arteriopáticas aumentam de frequência da periferia para o centro da cidade. Mas este autor interpreta os factos diferentemente de Faris e Dunham, que valorizavam o papel dos factores sócio-económicos na génese das perturbações mentais. Hare assinala como a maior morbilidade se regista nas zonas em que abundam os quartos alugados a uma só pessoa, quase sempre vivendo só, enquanto os índices mais baixos aparecem nas zonas de construções novas, não só da classe média como também do operariado mais qualificado, onde habitam famílias completas. Vemos assim que, enquanto os sociólogos americanos apontavam a influência das más condições de vida, isto é, a miséria, o superpovoamento, a promiscuidade, na génese das doenças mentais, os investigadores europeus (como Hare e Shaw,. 1965) tendem a pôr em relevo o isolamento social, o qual consideram muito mais um resultado do que uma causa da enfermidade psíquica. Segundo esta última interpretação, a doença mental por si mesma, ou a personalidade pré-mórbida, seriam responsáveis por uma progressiva segregação social, um ir à deriva (drift) para níveis cada vez mais baixos da escala económica. Por seu lado, o isolamento e a pobreza influenciariam negativamente a evolução das doenças, uma vez que dificultam o tratamento e a ressocialização.

A polémica em torno da interpretação a dar às assimetrias na distribuição das doenças mentais pelas diferentes **classes sociais**

atingiu o seu ponto mais agudo com a divulgação do inquérito de New Haven, no estado de Connecticut (Hollingshead e Redlich, 1958). Este estudo evidenciava como a esquizofrenia é muito mais frequente nas classes inferiores, definidas estas segundo um critério combinado (profissão, instrução e zona de residência). Noutro estudo, Freedman e Hollingshead (1957) tinham mostrado a tendência das neuroses a se acumularem, inversamente, nas classes superiores. Alguns sociólogos, como Bastide (1965) concluiram, a nosso ver apressada e ingenuamente, que «o factor determinante do número de doentes mentais, bem como do tipo das suas doenças, neuroses ou psicoses, é o lugar que eles ocupam numa estrutura de classes». As carências económicas e a miséria seriam causas de primeira ordem, se bem que indirectas, das psicoses.

Temos repetidamente apontado o erro que consiste em ver relações de causa-efeito onde quer que dois fenómenos se mostrem de algum modo associados no tempo ou no espaço, sem tentar excluir primeiramente outras hipóteses alternativas. E neste caso a conclusão de Bastide afigura-se demasiado simplista. Com efeito, embora os achados de Hollingshead tenham sido confirmados por estudos feitos em outras regiões, a interpretação mais plausível é bem diversa. Esses resultados mostram-se bem mais compatíveis com a suposição de uma «queda» na escala social, nas primeiras décadas da vida dos esquizofrénicos, mesmo antes de a doença se manifestar, queda essa resultante da improdutividade, dependência e má socialização desses indivíduos. Esta teoria apoia-se nos resultados de Goldberg e Morrison (1963), segundo os quais os pais dos esquizofrénicos se distribuem de maneira equitativa pelos diferentes escalões sócio-profissionais.

Por outro lado, a propalada maior frequência de neuroses nas classes superiores parece não ser mais do que mera aparência, pois os estudos em que ela foi encontrada apenas entraram em conta com os casos sob tratamento. Ora é sabido que nas perturbações menos graves a insuficiência económica dificulta ou impede o recurso ao médico e a prosecussão do tratamento. E, na realidade, a maior parte dos inquéritos levados a efeito no seio da população em anos mais recentes aponta para maior frequência de neuroses nas classes sociais inferiores; basta citar os estudos de Gillis e colabs. (1968) e de Vazquez Barquero (1981), já referidos. Esta associação entre neurose e baixo nível sócio-económico parece observar-se particularmente

em zonas onde a pobreza acarreta más condições de higiene e maior número de doenças físicas. O mesmo se pode dizer acerca das oligofrenias, igualmente concentradas nos estratos sociais inferiores, em particular em zonas de relativa miséria (v. o estudo de Sethi e colabs., na Índia, 1974) onde carências nutritivas e falta de cuidados à grávida e à criança mais se fazem sentir.

Ficou, portanto, por demonstrar a existência de um factor ligado com a classe social, a profissão ou o nível económico na génese das doenças psíquicas de tipo psicótico (esquizofrenia, perturbações afectivas primárias). Isto não significa, entretanto, que outras variáveis de ordem social não possam ter um papel na causalidade de perturbações mentais, principalmente de natureza não psicótica. Merece aqui atenção a teoria de Leighton (1963) que responsabiliza um conjunto de factores pela **desintegração do ambiente social**, o qual por sua vez teria um claro peso na génese de determinados quadros psicopatológicos. O inquérito levado a efeito no Condado de Stirling trouxe considerável apoio a esta teoria, segundo a qual o grau de integração social de uma comunidade é um factor de protecção da saúde mental dos indivíduos que a compõem. Quando uma comunidade humana caminha para a desintegração da sua estrutura social surgem fenómenos tais como: aumento de lares desfeitos; empobrecimento e fragmentação da comunicação entre pessoas; falta de líderes e fraqueza dos mesmos; poucas e deficientes iniciativas de associação; carência de tempos livres organizados; e aumento das manifestações de hostilidade, bem como do crime e delinquência. Várias são as **causas próximas** deste processo, entre as quais Leighton salienta: modificações sociais amplas em curto período de tempo; migração muito extensa; carências materiais generalizadas; deficientes condições de sanidade; confusão de padrões culturais; crise de valores ético-religiosos, com tendência à secularização; e ocorrência de calamidades colectivas. Todos estes acontecimentos aumentarão o «stress» psicológico ao mesmo tempo que restringirão os meios para enfrentar e reduzir esse «stress», resultando daí perturbações da saúde psíquica, em particular transtornos neuróticos, psicopáticos e psicossomáticos. Convém esclarecer que Leighton está longe de defender uma etiologia unidimensional e simplista; aceita que na génese das neuroses concorrem factores hereditários e experiências sofridas ao longo da vida, e também que factores constitucionais são

primordiais na origem das personalidades anormais e das psicoses afectivas e esquizofrénicas. Mas defende, por outro lado, que fenómenos de ordem sócio-cultural podem influenciar a ocorrência e o curso das perturbações psíquicas. Os resultados do seu vasto estudo epidemiológico vieram trazer apoio a essas concepções, uma vez que várias hipóteses concretas, delas derivadas, obtiveram confirmação. Há no entanto que ter em conta que as «perturbações» a que este estudo se refere são frequentemente apenas sintomas ou traços psicológicos isolados, sem que se possa diagnosticar propriamente uma «doença» psíquica, no sentido comumente aceite em psiquiatria. Foi isso que demonstrou Dohrenwend (1970) num estudo comparativo de indivíduos considerados «perturbados» à luz dos critérios utilizados nos projectos Midtown Manhattan e do Condado de Stirling, por um lado, e doentes em tratamento psiquiátrico, por outro.

## AS RELAÇÕES DE CONVIVÊNCIA

As perturbações da sociabilidade têm repetidamente sido apontadas, ora como causas, ora como consequências da doença mental. Um dos temas mais debatidos no final dos anos sessenta, em sectores muito heterogéneos que iam desde certas correntes psicanalíticas até ao movimento que ficou conhecido por antipsiquiatria, passando pelas escolas afectas às teorias da comunicação interpessoal, foi o suposto papel patogénico da diminuição das interacções sociais que caracteriza certas formas de isolamento. Esses sectores da sociopsiquiatria apontavam também, por outro lado, para os efeitos considerados patológicos de certas formas de organização das convivências, particularmente no seio da família. No entanto, a pesquisa sobre estes tópicos tem sido geralmente empreendida de maneira casuística e sem qualquer forma de controlo; poucos são, pois, os factos que se poderão considerar firmemente adquiridos.

Desde há muito que se sabe serem as psicoses, em especial a esquizofrenia, mais frequentes nos **solteiros** (Hare, 1962). Os divorciados, por seu lado mostram as mais altas taxas de internamento por motivos psiquiátricos. Não é difícil de entender como a personalidade esquizóide e a própria evolução da doença esquizofrénica

são pouco favoráveis ao surgir de relações de afecto e à celebração do casamento; é portanto provavelmente um erro supor que o estado de solteiro favorece o eclodir da esquizofrenia, e tudo faz crer que a relação funciona no sentido inverso. O mesmo se pode dizer acerca de **viver só**, como acontece frequentemente nos pré-psicóticos, e se deve tomar como uma manifestação de segregação social determinada pela sua anomalia.

Por outro lado, Essen-Moller (1956) encontrou maior frequência de neuróticos nos casados, em comparação com os solteiros, achado que tem sido repetidamente confirmado por outros autores. No estudo epidemiológico de Sethi (1974) encontrou-se menor proporção de solteiros e maior de viúvos e divorciados entre os casos de perturbação mental (na maioria neuroses e depressões) comparativamente com os normais. Entre os doentes era também maior o número das pessoas que viviam sós. No entanto, a ocupação mais vezes associada com doença psíquica era, de longe, a de dona de casa. Estes dados chamam a atenção para os padrões de convivência que poderão estar implicados no desencadeamento de certas formas de adoecer. Há sobre estes temas muita literatura baseada em histórias de casos, por vezes claramente especulativa, mas não raro dotada de certo interesse até como fonte de hipóteses científicas. No entanto investigações objectivas não abundam, talvez em parte pela dificuldade em isolar, definir e quantificar as variáveis relevantes. Um dos estudos mais interessantes tem estado a ser prosseguido na Austrália por Scott Henderson e colabs. (1978, 1980, 1981), que empregam diversas escalas de avaliação, com o intento de objectivar as diferentes modalidades e graus de interacção social e correlacioná-los com algumas variáveis psicopatológicas. Na população estudada, encontraram esses autores nítida associação entre neurose e carência de ligações afectivas («attachment»). É de salientar, como um progresso, que Henderson não se refere a isolamento no sentido de «viver só», mas sim como sinónimo da falta de um «confidente», o que também se poderia expressar pelo termo solidão. Também Brown (1977), que levou a efeito um estudo aprofundado numa amostra da população, sobre os síndromos depressivos na mulher, conclui que entre os «factores de vulnerabilidade» se contam: presença de três ou mais filhos em casa, menores de 14 anos; e falta de uma relação íntima de entreajuda com o marido. Roy (1981) também detectou factores semelhantes

em deprimidos do sexo masculino. Assim se confirmam os achados de Hare e Shaw (1965 b), que assinalavam uma maior tendência para depressão e neurose nos pais e principalmente nas mães de famílias numerosas.

É lícito concluir, portanto, que, se o isolamento e a falta de intimidade e de trocas afectivas parecem ser, nas psicoses crónicas, sobretudo um efeito da enfermidade, já nas neuroses e em certas depressões poderão desempenhar um papel causal, ao menos de tipo desencadeante. Todavia, a investigação sobre estes problemas está muito precisada de rigor e finura. A própria noção de isolamento carece de ser formulada em termos mais precisos, distinguindo-se vários tipos, a definir, por exemplo, em termos de tempo passado só, falta de relações sociais, falta de contactos com familiares e existência ou não de um «confidente».

## O PAPEL DA DOENÇA FÍSICA

Bremer (1951), Essen-Moller (1956) e outros investigadores assinalaram uma elevada ocorrência de situações de doença física, de intensidade moderada a grave, entre os indivíduos observados nos respectivos inquéritos que apresentavam perturbações psiquiátricas. Para explicar o facto, Hinckle (1961) propôs a «teoria de propensão à doença», segundo a qual certos indivíduos possuiriam uma especial predisposição para sofrer de enfermidades físicas, as quais, pela sua repetição, determinariam perturbações emocionais e mentais. Esta teoria baseia-se em observações feitas por esse autor em diferentes sectores da população. Outras pesquisas, efectuadas em doentes internados ou em regime ambulatório (Davies, 1965; Maguire e colabs., 1968; Shepherd e colabs., 1966) ou ainda na população geral (Gillis, 1968) confirmaram a associação entre doenças físicas e psiquiátricas, sendo estas principalmente dos tipos neurótico e depressivo. Eastwood (1970) procurou esclarecer a natureza desta correlação, procedendo a um estudo cuidadosamente controlado, em que a saúde física e o estado psíquico eram avaliados separadamente, de maneira o mais objectiva possível. Concluiu que a explicação não podia ser dada unicamente pela baixa tolerância do doente psiquiátrico em relação ao sofrimento físico; também não era satisfatória

a interpretação segundo a qual os doentes físicos, porque compareciam mais assiduamente nas consultas, acabavam por ser rotulados como neuróticos. Parece, na realidade, que um importante sector da população, entre 10 e 15% segundo Hare e Shaw (1965 b) mostra uma «anormal» predisposição para sofrer de «qualquer» tipo de doença, seja ela física ou emocional.

Vazquez Barquero e colabs. (1981) observaram uma elevada taxa de neurose entre os doentes físicos que faziam parte da sua amostra da população (15,6% nos homens e 33,1% nas mulheres); e detectaram, reciprocamente, uma elevada ocorrência de doença física entre os neuróticos (42,1 % nos homens e 39 % nas mulheres). Estas doenças somáticas eram geralmente de carácter crónico e de natureza bastante diversa; não se limitavam, pois, à «patologia psicossomática» clássica. Poderemos interpretar estas associações, como o fazem aqueles investigadores, invocando diferentes mecanismos: por um lado, doentes orgânicos poderão desenvolver sintomas neuróticos de tipo reaccional; por outro, indivíduos com frequentes perturbações emocionais poderão eventualmente apresentar queixas de natureza somática puramente funcionais. Os quadros neuróticos, por fim, podem predispor para doenças orgânicas. Os trabalhos de Fernandes da Fonseca (1965), embora não tenham sido feitos num enquadramento epidemiológico, lançam nova luz sobre este problema, ao sugerir que certas doenças físicas de carácter crónico, que designa por «equivalentes afectivos» (úlcera péptica, quadros reumáticos, sindromos álgicos e certas dermatoses) poderão ter na sua causalidade factores constitucionais que são comuns a doenças do foro psiquiátrico, em particular às perturbações afectivas.

## OS ANTECEDENTES

Além da experiência da doença física, a que acabamos de nos referir, outros antecedentes têm sido estudados sob o ponto de vista da sua importância etiológica relativamente às perturbações mentais. Não nos deteremos sobre a idade da mãe, incidentes obstétricos, estação de nascimento e condições de saúde na infância, por se tratar de tópicos deslocados do contexto do presente trabalho. Outro dos antecedentes **remotos** que mereceu especial atenção dos investi-

gadores foi a **separação da mãe ou do pai** na infância. Bowlby (1962) considerava-a como factor predisponente de primeira importância no que se refere a variados quadros psicopatológicos, em particular depressivos, neuróticos e de tipo delinquencial. Todavia, os dados de natureza epidemiológica que o autor apresentou são de interpretação controversa, e estão longe de ter obtido confirmação geral (Cooper e Morgan, 1973). Por isso mesmo Bowlby punha de lado as investigações na população, que classificou de «pouco produtivas», e iria concentrar o seu esforço no estudo clínico das crianças afectadas pela privação de mãe ou pai, via que lhe pareceu «mais gratificante». Salientemos, no entanto, que outros autores, em estudos comparativos de grupos de tipo retrospectivo, encontraram resultados sugestivos de que a teoria de Bowlby corresponderia pelo menos em parte à realidade. Assim, Brown (1977), na Inglaterra, e Roy (1981), no Canadá, investigando deprimidos vivendo na comunidade, observaram nesses doentes maior frequência de perda de um dos pais antes dos 17 anos do que em controlos; a diferença era significativa em ambos os estudos.

No que respeita a **antecedentes imediatos**, ou factores desencadeantes, o número de estudos controlados é muito maior, o que se compreende pela própria natureza dos fenómenos. Deixando de lado as reacções a situações-limite ou de catástrofe, bem como os estados puerperais, afloremos unicamente o problema dos **acontecimentos** que antecedem e aparentemente precipitam episódios de doença mental ou psicossomática. Em 1967, Holmes e Rahe constituiram uma escala destinada a «medir» a sobrecarga emocional («stress») acumulada em curto período de tempo. Atribuiam uma determinada ponderação a cada tipo de «mudança de vida», desde as pequenas alterações de hábitos até à perda de familiares, rotura do matrimónio e morte do cônjuge. Paykel e colabs. (1971) elaboraram posteriormente outra escala para o mesmo fim, baseada em princípios um pouco diferentes. Graças a estes instrumentos tem sido possível mostrar que existe com frequência uma associação entre determinado valor crítico do «stress» e a entrada na doença. No campo das doenças chamadas psicossomáticas este método tem sido particularmente utilizado.

Brown e Harris (1978) utilizaram um método diferente para pesquisar o papel de acontecimentos recentes no desencadeamento de perturbações psíquicas, designadamnte estados depressivos. Em

entrevistas semi-estruturadas, procuravam levar os sujeitos do seu estudo a referir todos os factos tidos por importantes, sucedidos num período determinado, bem como o contexto em que esses acontecimentos tinham ocorrido. Avaliadores independentes atribuiam posteriormente uma ponderação a cada uma dessas ocorrências, tendo em conta principalmente o grau de «ameaça» que representavam. Com efeito, em estudos precedentes Brown e Harris haviam concluído que era o grau de «ameaça» de cada acontecimento vital (isto é, a incerteza que ele suscita quanto às suas consequências, ou a expectativa que levanta de dificuldades futuras) que determina a gravidade da perturbação psíquica dele resultante. Estes investigadores vieram então a encontrar alguma correlação entre a frequência ou a intensidade dos acontecimentos vitais e o aparecimento de sintomas depressivos. Calcularam, por alto, que em mais de metade dos casos de depressão registados o desencadeamento se deveria atribuir à ocorrência desses acontecimentos.

Num conjunto de trabalhos recentemente levados a cabo na Austrália por Henderson e colabs. (1981), são postos em confronto o «grau de adversidade» a que cada indivíduo foi sujeito com os recursos de natureza relacional e afectiva que tem ao seu dispor. Nesta investigação, realizada em vasta amostra da população, chegam os autores à conclusão um tanto surpreendente de que não é o grau de adversidade, nem a falta objectiva de relações sociais, que estão associados com o adoecer neurótico, mas sim a representação que o sujeito faz dessas relações sociais, como inadequadas para o apoiar em face do «stress». Por outras palavras, desempenhariam um papel decisivo os factores ligados à personalidade e aos processos cognitivos; e deste modo a vulnerabilidade individual assume importância determinante, face às «agressões» do meio.

**Nota crítica sobre o conceito de «stress por acontecimentos vitais» e o uso de escalas nele fundamentadas.**

Grande número de estudos foi empreendido, como dissemos, tomando como quadro de referência a teoria do «stress» cumulativo de Holmes e Rahe (1967) e utilizando como instrumento a escala de acontecimentos recentes (S.R.R.S., «Social Readjustment Rating Scale») que esses autores elaboraram. Tais estudos têm procurado

pôr em evidência o papel do «stress» devido à acumulação de mudanças no quadro de vida, na génese das mais variadas perturbações psíquicas e somáticas, incluindo nestas, por exemplo, os acidentes coronários, a hipertensão e a urticária. Os resultados dessas pesquisas, no entanto, estão longe de ser concludentes, como se depreende de várias revisões de conjunto (Horowitz, 1977; Murphy e Brown, 1980; Gallagher e colabs., 1980). Vários autores têm apontado as sérias insuficiências destes instrumentos de avaliação e, principalmente, dos conceitos que lhes estão na base. Outras escalas têm sido construídas (Paykel, 1971; Horowitz, 1980), com significativas vantagens sobre a S.R.S.S., mas o que deve ser posto em causa é o método em si mesmo, e não um instrumento particular. Dada a actualidade do problema, parece-nos útil enunciar com algum pormenor as principais críticas que se têm feito ou poderão fazer aos conceitos introduzidos por Holmes e Rahe :

1. É arbitrário considerar que todo o «stress» está obrigatoriamente ligado à mudança de condições de vida; alguns estudos indicam que a não ocorrência de mudanças pode estar também na origem de depressões, tal como a persistência de condições adversas ou «stress crónico» (Chiriboga, 1980).

2. Uma escala como o S.R.R.S. mistura situações que são claramente anteriores a uma eventual perturbação, com outras que poderão ser manifestações ou consequências dela, o que falsifica os resultados.

3. Parte-se do pressuposto que o «stress» resultante dos acontecimentos vitais é essencialmente de tipo emocional, quando é evidente que muitas das mudanças enumeradas acarretam outros tipos de sobrecargas. Assim, a morte ou separação do cônjuge pode causar diminuição de rendimento e de conforto físico, aumento de trabalho, menos e mais desequilibrada alimentação, maior necessidade de deslocações e uso de meios de transportes, menos tempo de sono, e eventualmente promiscuidade sexual (ou, pelo contrário, abstenção total).

4. O papel da personalidade é ignorado. Certos tipos de personali-

dade poderão ser mais propensos a experimentar mais mudanças de vida e simultaneamente mais perturbações psíquicas, o que é erradamente tomado como relação causa-efeito Também os indivíduos mais emocionáveis mostrarão um limiar mais baixo de perturbação face ao «stress».

5. Não se distinguém claramente os sintomas depressivos transitórios (disforias) das verdadeiras depressões, sendo provável que só aquelas mostrem uma correlação significativa com o «stress» (Tennant e colabs. 1982).

6. Também não se distingue em alguns estudos se o efeito atribuído ao «stress» foi uma doença real ou um mero «comportamento de doença», como por exemplo recorrer a uma consulta.

7. Vários estudos recentes põem em evidência a falta de fidelidade ou consistência nas respostas aos questionários, e mesmo a falta de veracidade (Horowitz, 1977).

8. Não se tem em conta a provável «contaminação» dos relatos pelo estado afectivo posterior: os indivíduos com perturbações neuróticas ou depressivas tenderão a apontar retrospectivamente mais acontecimentos «traumatizantes» que os outros.

9. O próprio conceito de «stress», variável intermediária não directamente mensurável nem detectável, susceptível de uma multiplicidade de origens, e de não menor variedade de efeitos imprevisíveis, é tão vago e tão pouco específico que não permite uma validação adequada da teoria em causa (isto é, de que as mudanças têm efeito cumulativo).

10. Consequentemente, a teoria e os seus instrumentos têm escasso valor prático, pois não possibilitam previsão adequada nem prevenção eficaz (excepto talvez quando utilizados para apontar os indivíduos mais expostos ao «stress»).

Na verdade, como salienta Susser (1982), o progresso na medicina e na psiquiatria tem resultado geralmente da descoberta de

uma relação significativa entre a exposição a determinados **agentes**, num contexto ou **meio** particular, de um **indivíduo** com determinada vulnerabilidade, e o aparecimento de perturbação ou doença. Quanto mais específica esta relação se mostra, tanto mais consequências práticas se podem extrair no campo da prevenção e até da terapia. As teorias globalistas, por outro lado, que jogam com conceitos vagos e onde «cabe tudo», são por isso mesmo fáceis de comprovar (em pesquisas não controladas), e mostram-se por vezes sedutoras, mas não se lhes encontra quase nunca uma aplicação prática...

### 3.3 Os métodos de investigação

Passámos em revista alguns dos mais importantes resultados da utilização, no campo psiquiátrico, dos métodos epidemiológicos. Procurámos referir os estudos que proporcionaram avanços mais notáveis, ou que, pela sua metodologia, se afiguram mais significativos. Demos, por isso, especial relevo às grandes investigações, que «fizeram escola», efectuadas entre o final da guerra e os anos sessenta. Por outro lado, quisémos ainda fazer referência a algumas pesquisas muito recentes, que de algum modo ilustram as áreas de maior interesse na actualidade, bem como o desenvolvimento dos métodos. Foi também nossa intenção apresentar dados relativos não somente aos países anglosaxónicos e escandinavos, onde a epidemiologia psiquiátrica nasceu, se se pode dizer, mas também a diferentes culturas e comunidades humanas da Europa do Sul e do chamado Terceiro Mundo.

O panorama que fica traçado mostra bem, cremos, a extensão dos domínios em que a epidemiologia se revela capaz de concorrer para o enriquecimento dos nossos conhecimentos acerca das doenças psíquicas. O estudo da distribuição dessas doenças no seio da população tem contribuído para dar resposta a muitas interrogações sobre as suas causas e consequências, além de auxiliar o planeamento dos dispositivos clínico-assistenciais e das estruturas de prevenção. No entanto, se é verdade que o campo de intervenção da epidemiologia se apresenta agora mais vasto que há algumas décadas, não deixa de se sentir que os resultados já adquiridos são ainda muito insuficientes, talvez sem proporção com a magnitude dos esforços dispen-

didos na sua obtenção. Para dar apenas um exemplo, os avanços no nosso conhecimento acerca dos factores sociais e do seu modo de actuação revelam-se bastante escassos. É certo que algumas teorias simplistas a propósito da sociogénese puderam ser refutadas, o que já é de qualquer maneira um progresso, mas também é verdade que estamos ainda quase no ponto de partida no que se refere à identificação das condições de vida e das modalidades de convivência que podem realmente afectar a saúde mental. Ora, em nossa opinião, esse atraso não deve ser interpretado como sinal de que tais domínios estejam fora do alcance da pesquisa, mas antes como consequência de esta não ter disposto, muitas vezes, de métodos suficientemente refinados, e não ter sido aplicada às questões mais adequadas, onde estaria em condições de poder dar contribuição mais significativa. Isto quer dizer, portanto, que os métodos epidemiológicos poderão vir a proporcionar resultados ainda mais apreciáveis, desde que sejam utilizados de maneira correcta e nas áreas que lhes são apropriadas.

Vamos passar em revista, de maneira necessariamente sucinta, as questões e problemas metodológicos que a investigação neste domínio continua a levantar, e que devem ser ponderados sempre que se decide empreender um projecto de pesquisa.

## AS HIPÓTESES E OS OBJECTIVOS

É importante relembrar que toda a investigação deve visar um objectivo previamente definido. Em epidemiologia, e especialmente quando se pretende avançar no conhecimento dos mecanismos causais, o objectivo é em princípio detectar os factores que determinam e condicionam a distribuição das doenças na população. Mas a investigação não deve ser empreendida «às cegas»; impõe-se, pelo contrário, partir de uma determinada concepção teórica, e tentar obter a sua confirmação através dos resultados da observação. Para tal, e uma vez que as formulações teóricas são geralmente genéricas ou mesmo vagas, e portanto impossíveis de testar directamente, convém extrair delas uma ou várias hipóteses concretas, susceptíveis de serem verificadas através da observação ou da experimentação. A orientação tomada por Goldberg e Morrison (1963) constitui um exemplo elucidativo. O seu objectivo era infirmar a teoria segundo a qual a esqui-

zofrenia seria causada por determinadas circunstâncias próprias da vida nas classes sociais mais baixas. Até então, vários estudos haviam mostrado que nessas classes a esquizofrenia atingia as taxas de prevalência mais elevadas. Ora se se admitir que a pobreza é antes uma consequência da doença, e não uma causa, deverá a distribuição dos **pais** dos esquizofrénicos pelas classes sociais ser idêntica à da restante população. Se esta **hipótese** se confirmar, a **teoria** em que se baseia ganha apoio e credibilidade, em detrimento da da sociogénese. E, na realidade, os dados confirmaram a hipótese, consoante já atrás dissemos.

Note-se de passagem que alguns assim chamados «inquéritos epidemiológicos» tem sido empreendidos sem que à partida tenham sido claramente definidos os objectivos e explicitadas as hipóteses a testar. Nessas condições não é possível escolher uma estratégia apropriada ao problema; os dados que acabam por ser colectados mostram-se em parte insuficientes, em parte redundantes ou irrelevantes; e as conclusões são, consequentemente, limitadas e frágeis.

## A SELECÇÃO DE UMA ESTRATÉGIA

Um inquérito epidemiológico pode, como vimos, revestir formas muito diversas; a escolha de uma ou outra não é indiferente, e tem muito a ver com a finalidade do estudo. Três ordens de considerações devem, em princípio, nortear a opção por uma determinada estratégia.

Em primeiro lugar, **a classe de doenças** que vai ser estudada: todas as perturbações mentais, ou apenas algumas bem definidas, tais como as demências, as neuroses, o alcoolismo. Se se trata de uma doença relativamente rara, deve ser mais vasta a população a inquirir. Se não tem particular importância o diagnóstico nosológico mas antes o grau de incapacidade resultante da doença, pode ser maior o concurso de não psiquiatras ou até de não médicos na realização das observações.

Os **objectivos imediatos** do estudo podem ser mais de natureza administrativa (planificação de serviços) ou principalmente de ordem científica. No primeiro caso poderá ser suficiente calcular as taxas de prevalência relativamente aos vários grupos demográficos, mas no segundo importa recolher um amplo conjunto de dados referentes

aos indivíduos e ao meio ambiente, e até poderá ser vantajoso determinar a incidência.

Finalmente, **o estado dos conhecimentos** no que se refere ao problema em estudo deve também ser tido em conta. No início de uma linha de investigação sobre determinadas doenças, podem ter lugar inquéritos gerais à população, do tipo transversal em que tanto os dados clínicos como os relativos ao ambiente são de natureza qualitativa. Numa fase mais adiantada, porém, quando já foram identificados alguns factores causais suspeitos, devem empreender-se estudos comparativos de grupos, quer do tipo caso-testemunha quer do tipo do estudo de coôrtes, conforme as possibilidades. Nestas investigações mais aprofundadas as variáveis devem ser avaliadas de maneira quantitativa, se possível, e há toda a vantagem em proceder a observação longitudinal. Uma estratégia legítima consistirá em iniciar uma investigação com um inquérito à população, e em determinada fase passar a uma comparação casos-controlos, em que uns e outros são extraídos da população-base.

## A ESCOLHA DA POPULAÇÃO E A CONSTITUIÇÃO DA AMOSTRA

Um inquérito epidemiológico é, por definição, realizado numa população finita, em regra o conjunto dos habitantes de determinada região geográfica. Há toda a vantagem em que esta área coincida com uma divisão administrativa (concelho, bairro, freguesia) pois isso vem facilitar a obtenção de dados demográfcos, económicos e sanitários existentes nos arquivos. A população a estudar pode constituir apenas uma parte do conjunto dos habitantes da área, quando a investigação se dirige apenas a um dos sexos ou a um sector etário ou ocupacional (estudantes, pescadores, etc.). Mas em caso algum devem os limites da zona de pesquisa ficar vagos ou implícitos, como acontece nos estudos sobre a «população que recorre ao hospital X».

A escolha da população obedece muitas vezes ao intento de «retratar» uma outra população maior, a do país por exemplo, na sua composição. É claro que tal «retrato» é sempre aproximação mais ou menos conseguida. Quanto há essa preocupação, é usual seleccionar-se uma área administrativa cuja composição em habitan-

tes rurais e urbanos, laborando nos sectores primário, secundário e terceário, com os diferentes graus de instrução, etc., não se afaste sensivelmente dos valores nacionais. Na verdade, não é realmente indispensável proceder dessa maneira. O que é conveniente, quando se suspeita de que aqueles parâmetros sociais têm alguma influência na distribuição das doenças, é escolher uma população em que não haja um marcado desequilíbrio entre aquelas proporções; ou, em alternativa, efectuar diferentes estudos em populações mais homogéneas.

Seja qual for o tipo de população escolhida, um relato de um inquérito epidemiológico deverá incluir pormenorizada informação sobre a composição demográfica, índice cultural, estado sanitário, mobilidade, ocupação e nível económico-social dessa população. Só assim será possível proceder a comparações com os resultados obtidos noutras áreas.

Algumas investigações procuram identificar todos os «casos» ocorridos ou existentes na área escolhida. Isto só é possível se a pesquisa tiver por objecto os «casos declarados», isto é, aqueles que estão registados nos hospitais, centros de cuidados primários, ou consultórios privados; ou então se forem individualmente observados todos os habitantes da área.

A primeira eventualidade está hoje em dia em desuso, como vimos, pois o interesse actual da epidemiologia está voltado para os indivíduos que não procuram, ou ainda não procuraram, apoio médico. A segunda alternativa acarretaria custos e esforços incomportáveis. Por isso recorre-se normalmente à amostragem.

A constituição de **amostras representativas da população** assenta no pressuposto de que todos os habitantes devem ter igual probabilidade de serem incluídos. Este princípio não é tão fácil de pôr em prática quanto pode parecer. A tentação de proceder a uma selecção «de qualquer maneira» deve ser combatida. Métodos como os de escolher determinadas ruas, ou os beneficiários de certos esquemas de previdência social, devem ser formalmente proscritos. O melhor processo consiste em recorrer a registos actualizados da população residente — cadernos eleitorais ou ficheiros das juntas de freguesia, quando existam. Com o auxílio de tabelas de números aleatórios, ou recorrendo a um sorteio (do tipo do «loto»), seleccionam-se as folhas e linhas dos cadernos, ou as gavetas e as fichas. Um processo fácil

e usual é escolher de **n** em **n** fichas (por exemplo, de dez em dez). O que não se deve fazer, de modo algum, é tirar fichas «ao acaso», que acaba por não o ser, visto que pode haver uma preferência involuntária pelas fichas mais novas, ou pelas que têm mais inscrições. Também é de excluir o processo de escolher arbitrariamente uma letra e tirar todos os nomes que se iniciem por ela; basta considerar que a letra M forneceria um número desproporcional de mulheres.

Em determinadas pesquisas pode ser útil proceder a uma **estratificação** da amostra. Por exemplo, podem constituir-se seis grupos iguais em número de componentes, formados por indivíduos menores de 35 anos, de 35 a 64 anos, e com 65 ou mais, de um e de outro sexo. O princípio da selecção aleatória cumpre-se em cada um desses grupos, mas não se aplica à amostra no seu conjunto, como é evidente, pois cada um deles representa uma proporção diferente do correspondente sector etário da população. A estratificação torna mais fácil estudar a influência da idade e do sexo, bem assim como neutralizar estas variáveis para estudar outras que com elas possam estar correlacionadas. No entanto, o uso de uma amostra estratificada torna um tanto mais complicado o cálculo das taxas de morbilidade.

A dimensão da amostra depende, entre outros aspectos, da finalidade do estudo e da raridade das doenças que são objecto de pesquisa. Na maioria dos inquéritos publicados, a amostra abrange entre 5 e 20 por cento da população geral. Alguns manuais de estatística indicam o tamanho mínimo da amostra em função da frequência presumível da doença ou do acontecimento que se pretende detectar.

Constituída a amostra, deve ser testada a sua **representatividade** relativamente à população total, no que se refere à composição por sexos, idade, estado civil, e se possível também por ocupação e instrução. Por vezes só é possível obter dados a este respeito no decurso da observação, pelo que só no fim desta se poderá proceder ao referido teste. Por outro lado, é importante prever um certo número de «suplentes» (15 a 20 por cento do quantitativo da amostra, por exemplo), seleccionados do mesmo modo, e que deverão vir a ser contactados na eventualidade de não serem encontrados alguns dos indivíduos designados para integrarem a referida amostra. Tal substituição, diga-se de passagem, não corrige inteiramente os efeitos da

recusa de cooperação, ou da falta de domicílio regular, uma vez que estas características poderão estar eventualmente correlaccionadas com determinados aspectos psicológicos ou psicopatológicos.

## OS CRITÉRIOS DE MORBILIDADE

Uma das condições para a validade de um inquérito epidemiológico é que, à partida, se defina claramente a doença, ou as doenças, sobre que incide, de maneira a evitar que surjam dúvidas no momento de se proceder à detecção dos casos. Tais definições devem ser de natureza descritiva e não etiológica, como se compreende; e devem ser suficientemente pormenorizadas, de modo a ficar explícito quais os quadros clínicos a incluir e a excluir. Isto, que parece óbvio, não é tarefa fácil em Psiquiatria. E ainda mais difícil de conseguir parece ser a harmonização de critérios entre diferentes investigadores. Mostrámos já como alguns inquéritos divergem a esse respeito. A taxa de prevalência global das perturbações mentais calculada por Leighton (1963) é mais de vinte vezes superior à que Lin (1953) havia encontrado. Discrepâncias desta ordem só podem ser explicadas pela utilização de diferentes métodos de detecção de casos, e, principalmente, pela aplicação de diferentes critérios de diferenciação entre normais e doentes.

O estabelecimento de critérios de diagnóstico é certamente a opção mais difícil, e mais sujeita a contestação, que se tem de tomar ao empreender um estudo epidemiológico. Na realidade, não existem em Psiquiatria provas ou testes de valor irrefutável, nem sintomas patognomónicos; e é infelizmente bem conhecida a falta de congruência entre os critérios clínicos. Por outro lado, nos inquéritos à população em geral, quando a grande maioria dos «casos» são perturbações relativamente leves, torna-se complicado e problemático determinar onde se situa a fronteira entre o normal e o patológico. É evidente que o **sentir-se doente**, o **agir como doente** (faltando ao trabalho, ou recorrendo a um serviço clínico, por exemplo) e o **ser considerado doente** pelo médico, não são expressões sinónimas, nem coincidem na prática. As representações individuais ou colectivas da doença e da normalidade são afectadas por inúmeros factores sociais, histórico-culturais e até políticas, como infelizmente se sabe.

Por estas razões escrevia Hare, em 1962, que «a história recente da epidemiologia psiquiátrica vem a ser a história das tentativas para definir o que é um caso». Hoje, vinte anos passados, já não seria justo dizer o mesmo. Importantes esforços foram empreendidos com o fim de conferir maior objectividade e fiabilidade ao diagnóstico psiquiátrico, principalmente no contexto da pesquisa, o que veio tornar possível um redobrar de interesse pela epidemiologia, como salientámos. Entre os mais significativos passos em frente podem citar-se as revisões e aperfeiçoamentos das classificações nosológicas, as propostas de critérios de diagnóstico para fins de investigação, o desenvolvimento de instrumentos estandartizados para detecção e medida, e a introdução de métodos automatizados de classificação por computador.

Desta maneira, é hoje possível adoptar diferentes modalidades de avaliação da morbilidade, num estudo de natureza epidemiológica. Tentamos sistematizá-las em quatro tipos principais:

1. **Diagnóstico clínico apoiado em classificação nosológica**: é o método tradicional, baseado na apreciação da história pessoal e na observação directa. Pressupõe uma sólida informação e vasta experiência clínica, conjugados com qualidades específicas de relacionamento e intuição. Continua a ser, sem dúvida, a principal fonte de diagnóstico em psiquiatria, o padrão com o qual se aferem os outros métodos. É, no entanto, raramente utilizado nos dias de hoje em inquéritos epidemiológicos. Uma excepção de vulto é o estudo de Lundby (Hagnell e colabs., 1982) que continua os trabalhos de Essen Möller desde os anos cinquenta, e onde o julgamento clínico é o meio exclusivo de avaliação da morbilidade. Isto só é possível, no entanto, por se tratar de uma equipa muito coesa, com intenso treino conjunto, e que procede a uma observação directa e sequencial de todos os indivíduos que compõem a respectiva população. Noutras condições, como dissemos, este procedimento acabaria por conduzir à heterogeneidade de critérios.

   O diagnóstico clínico, em todo o caso, deve ser sempre feito com referência a uma classificação nosológica. **A Classificação Internacional de Doenças, 9.ª revisão** (O.M.S., tradução portu-

guesa de G. Guimarães, 1982) está legalmente em vigor no nosso país, e compreende um glossário que dá algumas indicações, mais ou menos pormenorizadas, sobre a maneira como cada caso deve ser incluído nas rubricas correspondentes às enfermidades mentais. Tem recebido algumas críticas, por vezes duras, como as de Pichot e colabs. (1980), que afirmam tratar-se de uma nosologia tradicionalista, fruto do compromisso entre diversas escolas, pouco rigorosa e por vezes mesmo contraditória. Sem irmos tão longe na condenação, devemos, todavia, reconhecer que a C.I.D.-9 mistura os critérios etiológico e descritivo, continua a privilegiar a dicotomia antiquada e ambígua entre neuroses e psicoses, é uniaxial e não estabelece uma graduação consoante a gravidade da doença. Apesar disso, cremos que oferece algumas grandes vantagens: é universalmente conhecida, é suficientemente clara para ser usável por qualquer psiquiatra, e incorpora algumas inovações importantes (depressões uni e bipolares, por exemplo). Por esta razão todo o inquérito epidemiológico deverá, em princípio, adoptar uma classificação derivada do C.I.D.-9 ou que com ela mostre qualquer correspondência.

2. **Diagnóstico clínico subordinado a critérios operacionais:** nesta modalidade, as diferentes categorias de diagnóstico são objecto de uma definição prévia, onde se especificam critérios objectivos de inclusão e exclusão. Para cada entidade nosológica podem prever-se diferentes graus de intensidade (leve, moderada, grave) bem como de certeza de diagnóstico (limiar, provável, definido). Estes critérios podem ter carácter **ad hoc**, quando são elaborados propositadamente para o estudo actual, ou podem ter sido definidos independentemente por outros autores, com vista a uma utilização generalizada. É este o caso dos célebres critérios propostos pela escola de São Luís (Universidade Washington; Feighner e colabs., 1972), bem como daqueles que a escola de Nova Iorque introduziu posteriormente («Research Diagnostic Criteria», Universidade de Columbia; Spitzer e colabs., 1978). A última revisão da classificação americana, conhecida por **DSM-III**, incorpora e aperfeiçoa muitos destes critérios (ver estudos comparativos em Williams e Spitzer, 1982, e Endicott e colabs., 1982), o que torna o seu emprego muito mais rigoroso

que o da C.I.D.-9. Mas a DSM III é uma verdadeira inovação no domínio das classificações psiquiátricas, antes de mais por ser de tipo multi-axial. Com efeito, cada indivíduo pode ser «cotado» em diferentes eixos; o eixo I compreende as diferentes categorias de diagnóstico definidos numa base essencialmente descritiva, em função dos sintomas e do tipo de evolução. O eixo II corresponde às personalidades anormais e às perturbações do desenvolvimento; o eixo III abrange as doenças físicas concomitantes, com possível papel causal; o eixo IV diz respeito aos «stresses» psico-sociais sofridos, e finalmente o eixo V descreve o nível máximo de funcionamento adaptativo no ano precedente. Asim, por exemplo, uma depressão por causa orgânica será cotada nos eixos I e III, mas já o seria antes nos eixos I e IV se fosse consequente a um acontecimento traumático.

Estes critérios operacionais têm a grande vantagem de serem facilmente entendidos e possibilitarem a comparação dos resultados de inquéritos a populações muito diferentes, pese embora a falta de ortodoxia fenomenológica de alguns deles. Por essa razão, no momento presente nota-se a tendência para todos os diagnósticos clínicos no contexto da investigação serem apoiados em critérios de tipo operacional, sejam eles os da DSM-III, os da Columbia ou outros.

3. **Categorização automática a partir de dados colhidos em entrevista estruturada:** Em anos recentes começou a ser adoptada esta modalidade, em que o «diagnóstico» é alcançado por computador, a partir dos dados informativos recolhidos em entrevistas estandartizadas. O programa mais conhecido e mais utilizado com esse fim é o CATEGO, introduzido por Wing (1974), para ser empregue em conjunção com entrevistas orientadas segundo o «Present State Inventory» (P.S.E.; Wing e colabs., 1974 e 1980). Um programa como este comporta um conjunto de regras (não facilmente transponíveis para a clínica, como observam Endicott e colabs. (1982), que funcionam como uma «árvore de decisões». Na extremidade das suas ramificaçõees está uma série de «classes» de diagnóstico, as quais, em princípio, correspondem às principais categorias nosológicas não orgânicas da Classifica-

ção Internacional C.I.D.-9. Um dos aspectos mais interessantes deste método vem a ser o que Wing designa por **índice de definição:** a cada indivíduo é atribuído um nível entre 1 e 8, consoante o grau de confiança que pode merecer o diagnóstico de perturbação psíquica no seu caso. Assim, o nível 5 é considerado o «limiar» para que uma classificação seja possível; os níveis 6 a 8 correspondem a graus crescentes de certeza de diagnóstico. Desta maneira o investigador pode especificar, em qualquer momento, qual o nível de diagnóstico que pretende ou que utilizou. Esta foi a metodologia seguida, entre outros estudos, no inquérito de Camberwell (Bebbington e colabs., 1981).

4. **Categorização automática a partir das respostas a questionários, escalas de avaliação ou testes:** Em alguns estudos o «diagnóstico» é feito unicamente com base nas pontuações em questionários auto-aplicados (o S.C.L., a escala de Zung, etc.). Assim, por exemplo, Craig e colabs. (1976), utilizaram uma escala de avaliação auto-aplicada, a C.E.S.-D, num vasto inquérito sobre depressões realizado na população geral. Existe consenso em que este procedimento não pode fundamentar um diagnóstico nosológico, como parece de resto evidente; é no entanto legítimo aplicá-lo com o fim de avaliar a prevalência de determinados sintomas ou síndromos (ansiedade, irritabilidade, depressão, alcoolismo...). Num rastreio das oligofrenias poderá, eventualmente, escolher-se a pontuação num teste intelectual como critério-base de perturbação (M.C. Maia, 1967).

As quatro modalidades de avaliação da morbilidade que acabamos de descrever diferem consideravelmente quanto ao cuidado posto na observação, à objectividade e invariância dos critérios, e à quantidade de informação em que se baseiam. Têm, também, custos diferentes, o que não pode deixar de pesar na escolha de uma ou de outra.

Em princípio, parece-nos que o termo «diagnóstico» deve ser reservado às situações em que o julgamento clínico tem a preponderância. Por essa razão chamamos «categorização» à função desempenhada pelo computador. Na verdade o processo de diagnóstico clínico é dotado de uma flexibilidade e uma capacidade de adaptação às diferentes personalidades e situações, que nenhum programa de

computador, por mais sofisticado que seja, parece poder igualar. No entanto, esta posição não contesta a legitimidade do método em que a decisão é tomada segundo um procedimento automatizado, desde que os «diagnósticos» alcançados por esse meio sejam claramente apresentados como tais.

## A IDENTIFICAÇÃO DOS CASOS

O processo que se designa habitualmente por identificação dos casos engloba, na realidade, três operações, que podem ser ou não simultâneas: (1) **a detecção dos casos** propriamente dita, isto é, a distinção entre doentes e normais; (2) o **diagnóstico nosológico** a fazer em cada caso; (3) a **avaliação quantitativa** da gravidade dos sintomas ou da repercussão funcional consequente.

A importância relativa de cada um destes componentes depende da natureza e finalidade do inquérito. Assim, em investigações genéricas sobre a prevalência das perturbações mentais em determinada população, poderá não interessar o diagnóstico nosológico, bastando a enumeração dos casos de distúrbio psíquico em geral. Por outro lado, se o inquérito visa o rastreio de determinada doença ou grupo de doenças, e se o diagnóstico é de tipo qualitativo (**ou categorial**, na terminologia de Eysenck), pode não haver lugar à medição da intensidade dos sintomas em cada caso. É o que aconteceria, por hipótese, em inquéritos visando a detecção de casos de epilepsia, de «delirium tremens», ou de psicoses no puerpério. Já quando o estudo se volta para as perturbações neuróticas, as oligofrenias, as toxifilias ou as depressões, em que o diagnóstico se pode considerar **dimensional**, e existe por conseguinte uma transição entre a normalidade e a doença manifesta (as «variações» de Kurt Schneider), a detecção dos casos implica forçosamente um critério quantitativo, e há portanto vantagem em graduar a intensidade das manifestações clínicas.

Os procedimentos de que se pode lançar mão para identificar os «casos» são inúmeros, mas é possível reduzi-los, na prática, a dois métodos gerais, que podemos designar por directo ou indirecto.

**No método directo**, ou **em um só tempo**, todos os indivíduos que compõem a amostra ou a população são observados pelo psiquiatra ou pela equipa psiquiátrica que empreende a investigação. É o pro-

## PROCEDIMENTOS PARA IDENTIFICAÇÃO DOS CASOS

(com indicação dos tipos de intrumentos estandartizados de avaliação utilizáveis)

### MÉTODO DIRECTO OU EM UM SÓ TEMPO

Observação por psiquiatra de todos os indivíduos da população ou da amostra, de preferência segundo um protocolo semi-estruturado, eventualmente completado por entrevista estruturada (tipo II)

↓

Diagnóstico clínico; para quantificação podem efectuar-se, nos "casos", entrevistas estruturadas tipo III, ou aplicar-se escalas de avaliação (IV) ou testes clínicos (V).

### MÉTODO INDIRECTO OU EM DOIS TEMPOS

Primeiro tempo: detecção dos suspeitos:

recurso a informações (pop. total)

registos hospitalares ou de serviços ambulatórios

clínicos gerais, especialistas

serviço social, professores, etc.

doentes (toxicómanos,...)

triagem com auxiliares não psiquiatras (em amostra)

aplicação de questionários

entrevistas estruturadas (III) ou semi-estruturadas, seguidas de avaliação por psiquiatra, ou de categorização por computador

Segundo tempo: confirmação e diagnóstico:

entrevista com os "casos" suspeitos e eventualmente uma parte dos "normais" para diagnóstico clínico psiquiátrico, que pode apoiar-se em entrevistas estruturadas (II ou III), escalas de avaliação (IV) ou testes cognitivos (V).

**QUADRO 3.1**

cedimento adoptado no célebre estudo de Lundby (Essen-Möller, 1956; Hagnell, 1971, 1982). Apesar de acarretar enorme dispêndio de tempo e esforço, este método tem algumas inegáveis vantagens: (1) maior uniformidade de critérios; (2) esses critérios são mais próximos dos que se adoptam na clínica; assim se poderá evitar o defeito que Dohrenwend (1970) apontou nas investigações do condado de Stirling e de Manhattan — os doentes encontrados não eram representativos daqueles que o clínico encontra na sua prática quotidiana, quer no tipo, quer na intensidade dos sintomas; e (3) evitam-se os erros inerentes aos instrumentos de triagem prévia de suspeitos, especialmente a produção de «falsos negativos». As desvantagens do método são o seu custo, e a demora que pode estender-se para além do conveniente, introduzindo diferenças entre os primeiros indivíduos a ser observados e os últimos. O exame clínico deverá seguir um protocolo semi-rígido destinado a colher e registar um conjunto de elementos anamnésticos e do estado actual, e pode mesmo revestir a forma de uma entrevista estruturada aplicável a estudos de campo (do tipo II da classificação que apresentamos mais adiante). Os «casos» seleccionados podem, por sua vez, ser sujeitos a avaliação quantitativa mais rigorosa com o auxílio de entrevistas estruturados do tipo III, escalas de avaliação (IV) e testes cognitivos ou outros (V). Este método, conjugando a flexibilidade e a riqueza informativa do exame clínico, com a objectividade conferida pela adopção de critérios estandartizados de diagnóstico e pelo uso de instrumentos de avaliação, é sem dúvida o mais válido e sensível que se poderia presentemente desejar. No entanto, os condicionalismos impõem geralmente o uso de outros processos mais rápidos e económicos.

Esses **métodos indirectos** desenrolam-se em dois **tempos**. Numa primeira fase detectam-se os indivíduos suspeitos de perturbação psíquica, com o auxílio de meios relativamente simples e rápidos. Na segunda fase esses suspeitos são examinados clinicamente por psiquiatra, nas condições que descrevemos acima para o método directo. Consegue-se deste modo: (1) não sujeitar indivíduos normais a um exame em moldes clínicos, que os pode chocar; (2) reservar a entrevista psiquiátrica para os casos suspeitos, poupando-se assim tempo e esforço.

No primeiro tempo, os casos suspeitos podem ser referenciados através de **informações** prestadas pelos clínicos gerais e psiquiatras

em serviço na área escolhida. Os hospitais, lares, centros de dia, etc. que servem essa área poderão também indicar os doentes internados, assistidos ou registados. Assistentes Sociais, autoridades policiais, professores e chefes de pessoal de empresas poderão, por seu lado, indicar indivíduos com probabilidade de sofrerem de doença mental. Mesmo certos doentes poderão apontar outros, em casos especiais — alcoolismo, toxifilia — mas não convirá explorar muito esta via por razões óbvias de ética e de «tacto». O recurso a informadores justifica-se quando o inquérito é feito ao conjunto de uma população (sem amostragem), e quando se dirige principalmente às doenças mais graves. As neuroses e outras perturbações leves não são detectáveis por este meio, como o prova o inquérito de Lin na Formosa (1953), que forneceu uma prevalência de quadros neuróticos reduzida à cifra inverosímil de 1,2 por mil!

Se o inquérito é realizado sobre uma amostra representativa da população, a detecção dos casos prováveis é feita por intermédio de provas de **triagem** (Screening) que podem ser conduzidas por técnicos auxiliares, não psiquiatras, devidamente treinados. As provas mais comummente utilizadas consistem na aplicação, colectiva ou individual, de questionários inespecíficos de saúde mental (tipo I do quadro classificativo), susceptíveis de atribuir uma pontuação que, para além de certo valor, traduzirá a probabilidade de existir perturbação psíquica. Com auxiliares habilitados, é também possível realizar entrevistas estruturadas (tipo II) ou semi-estruturadas, especialmente concebidas para este tipo de rastreio. A informação que elas proporcionam, devidamente sumariada, serve posteriormente de base para a avaliação feita por investigador psiquiatra, que decide se cada indivíduo deve ser considerado um «suspeito» ou um «normal». Naquele caso terá lugar, em segundo tempo, o exame clínico para confirmação, diagnóstico e eventual quantificação, como ficou dito. Por vezes este exame clínico do segundo tempo é também extensivo a uma determinada proporção dos «normais», para «repescar» casos falsamente negativos que tenham passado na prova de triagem. Note-se ainda que alguns estudos prescindem do diagnóstico clínico, e o segundo tempo consiste então na aplicação de uma entrevista estruturada (tipo III) cujos elementos são fornecidos ao computador; este procede então à categorização, conforme atrás dissemos, de acordo com o programa que foi escolhido.

É evidente que o método indirecto não afasta por completo um certo subjectivismo, inerente às condições em que um investigador tem de decidir sobre os elementos fornecidos por auxiliares. E nada garante que estes técnicos não pratiquem erros sistemáticos na sua observação e pontuação, ou que não exibam consideráveis divergências no modo de actuar. Falhas deste tipo têm sido apontadas aos inquéritos do Stirling County e de Midtown Manhattan (Cooper e Morgan, 1973). Por outro lado, os instrumentos de triagem de que se dispõe presentemente ainda não possuem em grau plenamente satisfatório as características desejáveis de **fidelidade** (resultados semelhantes em aplicações repetidas) e **validade** (avaliarem o que se propõem avaliar). Este último requisito pode, aliás, desdobrar-se em **especificidade** (poucos casos falsamente positivos) e **sensibilidade** (poucos falsamente negativos). Não foi ainda idealizada uma prova de triagem capaz de detectar todos os tipos de patologia mental. Os questionários e entrevistas estruturadas que se empregam actualmente não estão, por exemplo, aptos à detecção de perturbações de natureza orgânica. Os questionários e escalas de avaliação auto-aplicadas, em particular, mostram evidentes limitações em razão da sua rigidez e das dificuldades de linguagem, que as entrevistas podem em parte superar. Os métodos automáticos de categorização estão ainda numa fase experimental no que se refere ao seu emprego em inquéritos epidemiológicos, e alguma coisa há a esperar da sua contribuição futura (Wing. 1980).

Num balanço geral, o método directo parece apresentar vantagens definidas, e seria preferível recorrer a ele quando a amostra ou a população são relativamente pequenas, e a prevalência de perturbações mentais se estima alta. É o que se passa com as populações de idosos, e por essa razão foi o método directo o escolhido no presente trabalho. No entanto, quando a população ou a amostra são vastas, ou quando a morbilidade esperada é relativamente diminuta (oligofrenias em estudantes, depressões em adultos jovens, p. ex.) aquele procedimento é praticamente inviável, e o método indirecto constitui uma alternativa válida.

## INSTRUMENTOS PARA AVALIAÇÃO OBJECTIVA E MEDIDA EM PSICOPATOLOGIA

I — *Questionários para triagem* (detecção genérica de anormalidade)

*Middlesex Hospital Questionnaire*, de Crown e Crisp (1966)
*Gurin Sympton Inventory* (GSI), de Gurin e colabs. (1972)
*General Health Questionnaire* (GHQ), de Goldberg (1972)
*Symptom Check-list 90 Revised* (SCL-90 Rev.), de Derogatis (1977)
*Escala de Rastreio em Saúde Mental* (ER - 90), de P. Abreu e V. Pato (1981)

II — *Entrevistas estruturadas para detecção e/ou medida de sintomas em estudo na população*

*Clinical Interview Schedule* (CIS), de Goldberg e colabs. (1970)
*Present State Inventory* (PSE), de Wing (1974): só os primeiros 40 items (ver III)
*Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia* (SADS), de Endicott e Spitzer (1978)
*Iowa Structured Psychiatric Interview* (ISPI), de Tsuang e colabs. (1980)
*Survey Psychiatric Assessment Schedule* (SPAS), de Bond e colabs. (1980): para geriatria

III — *Entrevistas estruturadas para medida das modificações em doentes sob tratamento, ou para objectivação do diagnóstico em casos pré-seleccionados*

*Present State Inventory* (PSE), de Wing e colabs. (1974): os primeiros 40 itens podem ser usados autonomamente na população geral (ver II)
*Comprehensive Psychopathology Rating Scale* (CPRS), de Asberg, Perris e colabs. (1978) Trad. portug. (1982)

IV — *Escalas de avaliação e questionários breves para quantificação de sintomas específicos*

Hamilton (1959): ansiedade
Hamilton (1960, 1967): depressão

Beck e colabs. (1961): depressão (questionário)
Zung (1965): depressão
Montgomery e Asberg (1979): depressão
Carroll (1981): depressão (versão questionário da escala de Hamilton)
Young e colabs. (1978) mania
Snaith e colabs. (1978): irritabilidade (question.)
Abrams e Taylor (1978): embotamento afectivo
Khouri e colabs. (1980): esquizofrenia «marginal» ou atípica
Robertson e Mulhal (1978): estados obsessivos
Fine e colabs. (1970): estados demenciais

V — *Testes clínicos de eficiência cognitiva*

*Modified Word Learning Test*, de Walton e Black (1957)
*Neologism Learning Test*, de Hetherington (1967)
*Paired Associate Learning Test* (PALT), de Inglis (1959)
*Clinical Tests of the Sensorium*, de Withers e colabs. (1971)
*Longmore Score*, de Judge (1971, 1978)
*Clifton Assessment Schedule*, de Pattie e Gilleard (1975)

QUADRO 3.2

## OS INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO E MEDIDA

Em quadro especial tentámos classificar em cinco grupos os principais instrumentos de avaliação objectiva e/ou medida utilizáveis no momento actual em epidemiologa psiquiátrica. Não houve, como é evidente, a preocupação de fazer uma enumeração exaustiva.

No **grupo I** indicam-se **questionários auto-aplicáveis** que foram construídos para a detecção genérica das situações de perturbação psíquica, sem objectivo de diagnóstico. Nos questionários Middlesex e Gurin, os «items» focam principalmente queixas somáticas e sintomas associados com ansiedade e depressão, nas suas diferentes modalidades clínicas; são por isso mais adaptados para o rastreio de neuroses e depressões. Os restante intrumentos exploram também a existência de sintomas psicóticos, com excepção dos que traduzem

uma perturbação psico-orgânica. A pontuação pode ser global ou segundo determinadas «dimensões» (Middlesex). Foram determinados os valores críticos que separam os provavelmente normais dos provavelmente «doentes». De alguns existe versão portuguesa, por vezes já experimentada e aferida.

No **grupo II** assinalamos **entrevistas estruturadas** que foram especialmente concebidas para a utilização em inquérito **na comunidade,** portanto com indivíduos que, na maioria, são considerados (e se consideram) normais. É permitido adaptar os termos das diferentes questões ao nível cultural ou de compreensão dos sujeitos, bem como repetir ou reformular as perguntas. Representam, por conseguinte, um avanço notável relativamente aos questionários de rastreio. O C.I.S. deve ser aplicado por «psiquiatra experiente», e o mesmo é desejável para o S.A.D.S., mas as restantes entrevistas não exigem formação médica especializada, apenas treino específico supervisado. O Iowa P.S.I. foi especialmente construído para a detecção de psicoses esquizofrénicas e perturbações afectivas, e tem a originalidade de coligir informações sobre a história individual e familiar, além do estado actual. O S.A.D.S. procura recolher elementos para a aplicação dos critérios de diagnóstico da Universidade de Columbia, já mencionados. A forma «curta» do P.S.E. é constituída pelos primeiros 40 «items», e permite já tratamento automático dos dados (índice de definição, para escolha do limiar). O S.P.A.S. é concebido para uso geriátrico e estende-se também às situações de natureza orgânica, além das psicoses «funcionais» e neuroses, embora a sua validade não tenha ainda atingido um grau satisfatório. Estas técnicas, a um tempo flexíveis, rigorosas e objectivas, revelam-se extremamente interessantes e promissoras. Não há, no entanto, ainda suficiente experiência para que se possa usá-los com fins epidemiológicos sem outra informação adicional ou sem possibilidade de contra-prova.

O **grupo III** inclui **entrevistas estruturadas** que, ao invés das que acabamos de referir, foram construídas para **uso hospitalar** ou, pelo menos, em doentes já identificados e cuja história clínica se pressupõe conhecida. A sua finalidade é pesquisar e objectivar os sintomas e sinais presentes em determinado momento. A avaliação é

quantitativa. São usadas com muita vantagem em estudos experimentais, pois mostram-se muito sensíveis às modificações no tempo. Em epidemiologia, o P.S.E. (versão completa de 140 «items») pode ser utilizado, como temos dito, juntamente com o programa CATEGO, para se obter um «diagnóstico» automatizado. Mas pode também servir, tal como o C.P.R.S., simplesmente para caracterizar os quadros clínicos apresentados pelos «casos». Com efeito, há por vezes interesse em conhecer a frequência relativa de determinados sintomas e sinais. Há uma versão portuguesa do C.P.R.S. (Pio Abreu, 1981).

No **grupo IV** indicam-se as **escalas de avaliação** mais utilizadas actualmente, bem como algumas das que têm sido introduzidas em data mais recente. Podemos agrupá-las em dois tipos: as que revestem a forma de questionários feitos ao doente, também chamadas impropriamente «escalas auto-aplicadas», e aquelas em que as respostas são dadas pelo próprio examinador, durante a entrevista ou o tempo de observação. A finalidade principal destes instrumentos é tornar possível uma **medida,** expressa na pontuação final, da intensidade dos sintomas a que se referem. Uma finalidade acessória será a de pôr de manifesto a existência de uma perturbação psíquica leve, que o clínico geral não se sente seguro para diagnosticar. No entanto, convém não esquecer que estes instrumentos não foram construídos para possibilitarem o diagnóstico por si sós, como salienta Carroll (1981): a sua utilização só se admite **antes do exame clínico**, como prova de triagem, **ou após ele**, como forma de objectivação e medida. Em inquéritos à população, estas escalas têm o seu lugar tanto na fase de triagem como na de confirmação, em particular quando o estudo incide sobre um sector restrito da patologia. Assim, para só citar trabalhos recentes, em inquéritos sobre depressões Blazer e col. (1980), Nielsen e col. (1980) e Okimoto e cols. (1982) fizeram largo uso de escalas de avaliação.

O facto de termos à disposição várias escalas para a quantificação dos sintomas depressivos não quer dizer que elas sejam equivalentes entre si. Na realidade, há consideráveis diferenças, não apenas na forma, mas principalmente na **orientação**, como Snaith (1981) põe em evidência. Na escala de Zung há bastantes items relacionados com queixas somáticas e alterações psicofisiológicas, o que desde

logo desaconselha a sua utilização num estudo em que se intente avaliar o papel da doença física na génese da depressão (ou inversamente). Pela mesma razão não está apropriada para uso em idosos, onde as queixas somáticas têm a maior parte das vezes um substracto real. A escala auto-aplicada de Beck incide principalmente sobre sentimentos e atitudes subjectivas, enquanto a de Hamilton aprecia sobretudo o comportamento e outras manifestações objectivas. Esta última vem a ser a escala mais aplicada na actualidade, e tem mostrado boa validade em confronto com o exame clínico. Uma versão dessa escala em forma de questionário foi apresentada por Carroll e col. (1981). Em revisão crítica recente sobre este tema, conclui Snaith (1981) que as escalas existentes devem ser ainda aperfeiçoadas com o objectivo de melhorarem a sua sensibilidade e utilidade prática; e recomenda que, quando haja vantagem em quantificar um síndromo, se apliquem (sendo possível) duas escalas, sendo uma respondida pelo investigador, e a outra pelo doente ou por pessoal que lida com ele.

Finalmente, no **grupo V** do quadro incluímos alguns **testes «clínicos»**, de execução rápida e simples, destinados a avaliar a **eficiência cognitiva** em casos de deterioração mental suspeita ou confirmada. Apontamos apenas provas «de cabeceira», que não exigem habilitações particulares nem material próprio para a sua aplicação. Quando for necessário proceder a um estudo mais rigoroso ou mais aprofundado deverá recorrer-se a técnicas psicométricas do género da escala de Wechsler, dos testes de Benton, de Raven (Matrizes Progressivas), de vocabulário como o C-65 de C. Cardoso, ou a escala de deterioração construída por este mesmo investigador (Cardoso, 1971). Para a determinação dos défices localizados, traduzindo provável lesão orgânica, podem utilizar-se algumas provas neuropsicológicas mais simples, tais como aquelas que descrevem Barbizet e col. (1977).

## A AVALIAÇÃO DAS CONDIÇÕES DO AMBIENTE

Em princípio, é parte integrante de um inquérito epidemiológico a recolha de dados sobre os factores que possam desempenhar qualquer papel na causalidade das perturbações detectadas. Essas variáveis independentes, com se designam habitualmente, vão desde os antecedentes pessoais e os traços da personalidade anterior, até às condições de saúde física, aos hábitos e interesses, às modalidades de convivência social e familiar, aos níveis sócio-económicos e cultural, e aos acontecimentos mais significativos do passado recente. Quais dessas variáveis deverão ser objecto de pesquisa, é uma questão que tem a ver, evidentemente, com a natureza do estudo e o tipo de hipóteses que se pretende testar.

Para facilitar a colheita destes dados, no momento da prova de triagem ou da entrevista individual, é conveniente dispor-se de um protocolo semi-rígido, que pode mesmo consistir num questionário a responder pelo entrevistador. Alguns autores elaboraram planos de entrevistas estruturadas para esse fim, capazes de conferir mais objectividade à avaliação das características ambientais, particularmente às condições de relacionamento inter-pessoal (Cooper e colabs., 1970; Clemmey e colabs., 1975; Brown e Harris, 1978; Henderson e colabs., 1980). Esses protocolos poderão ser utilizados, com as necessárias adaptações; ou poderá optar-se por elaborar um propositadamente. As definições devem ser claras, operacionais, e sem ambiguidades, apoiadas tanto quanto possível em elementos objectivos. Por exemplo, para caracterizar as condições de habitação poderá entrar-se em linha de conta com a existência (ou não) de quarto de banho completo, ou de água corrente, e com o número de pessoas por divisão assoalhada. As características sócio-económicas, culturais e profissionais deverão ser definidas de maneira a terem correspondência com as categorias utilizadas nos recenseamentos à população, o que facilita a comparação com os elementos previamente conhecidos.

Infelizmente, como comenta Hare (1962), acontece que as teorias causais mais interessantes no domínio da psiquiatria referem-se a factores ambientais que é muito difícil avaliar objectivamente. Não é tarefa simples, por exemplo, quantificar os padrões de convivência;

é conveniente ter em conta o número de pessoas contactadas num certo período de tempo, e também a duração desses contactos, e o tempo passado só; mas dever-se-á ainda distinguir entre contactos familiares e sociais, com adultos ou com crianças. E a «qualidade» desses encontros, traduzida pela satisfação subjectiva que proporcionam, não deve ser esquecida.

Muitos autores, entre os quais Brown (1977) e Henderson (1980) atribuem particular importância à maneira como cada indivíduo se representa a sua própria situação; haverá vantagem, com efeito, em captar essas «percepções» subjectivas. Assim se poderão evidenciar sentimentos de solidão e abandono, de perda ou de ameaça, de decadência física ou social, ou de incapacidade de fazer face à adversidade. O investigador poderá adaptar as escalas de avaliação que autores como os acima referidos utilizaram, ou construir outros com finalidade semelhante.

Fizemos atrás detida referência às escalas de acontecimentos vitais, tais como a S.R.R.S. de Holmes e Rahe (1967) e outras aparentadas. Das críticas que apontamos se retira a conclusão que tais instrumentos carecem da validade e do alcance prático que nos primeiros tempos lhes foram atribuídos. Isto não quer dizer que não possam ser aplicados, mais como forma de colher informações pontuais do que como meio de avaliar globalmente essa noção de contornos mal definidos que seria o «stress».

Concluindo, o estudo das variáveis independentes, e em especial das circunstâncias do meio e das condições de vida, deverá ser feito de maneira a que sejam colhidos e registados: (1) dados de natureza factual sobre o ambiente físico, económico, social, etc.; (2) dados sobre o comportamento de cada indivíduo nesse meio, isto é, a sua maneira de fazer face às limitações e de utilizar os seus recursos; (3) a apreciação subjectiva que ele faz de (1) e (2).

CAPÍTULO 4

# *ENVELHECIMENTO E SAÚDE MENTAL*

*Eu vira já aqui sombras, vira flores,*
*Vi tantas águas, vi tanta verdura,*
*As aves todas cantavam d'amores.*

*Tudo é seco e mudo, e de mestura,*
*Também mudando-m'eu fiz d'outras cores,*
*E tudo o mais renova: isto é sem cura.*

Sá de Miranda

Nos dois últimos capítulos fizemos incidir a nossa atenção sobre os métodos e os resultados da investigação epidemiológica em psiquiatria.

Tentámos pôr em evidência a importância da contribuição que tais métodos têm dado para o avanço dos conhecimentos, especialmente naqueles domínios onde dificilmente se pode lançar mão de outros meios de pesquisa. O desenvolvimento que, propositadamente, demos a esses temas, pelas razões que apontámos na introdução, levou-nos aparentemente para longe do campo que nos propusemos explorar: as perturbações psíquicas próprias do envelhecimento. Regressamos agora à área que nos interessa primordialmente. Neste capítulo, começaremos por referir os mais importantes estudos sobre a prevalência das perturbações psicogeriátricas, e tentaremos fazer um balanço dos seus resultados. De seguida, abordaremos o problema das causas dessas perturbações, designadamente os factores de natureza social e aqueles que se podem englobar no conceito de «stress». Faremos, por fim, menção das mais importantes formulações teóricas acerca do envelhecimento psicológico e social, naquilo que elas têm a ver com a psicopatologogia ou a saúde mental da pessoa de idade avançada.

## 4.1 A prevalência das doenças mentais na população idosa

Até aos meados da década de 50 não se possuíam senão conhecimentos indirectos e distorcidos a respeito da frequência real das perturbações psíquicas nas camadas mais idosas da população. Com efeito, os dados então disponíveis eram relativos a internamentos hospitalares ou consultas médicas, e reflectiam portanto muito mais a eficiência daquelas instituições ou os costumes da população, como dissemos já, do que a extensão efectiva dos fenómenos mórbidos no seio da comunidade.

Foram os primeiros inquéritos epidemiológicos, levados a efeito na Escandinávia, que deixaram entrever as verdadeiras dimensões do problema.

Em 1951, Bremer, numa pequena povoação rural da Noruega, cujos habitantes conhecia pessoalmente, averiguou que cerca de um terço dos indivíduos com mais de 60 anos sofriam de qualquer forma de perturbação mental. No distrito de Lundby, na Suécia, Essen-Möller e colabs. (1956) examinaram a população inteira sob o ponto de vista psiquiátrico. Deste estudo de tão grandes proporções, a que já nos referimos anteriormente, resultaram taxas de prevalência globalmente semelhantes às que Bremer determinara. Os casos «psicóticos», que compreendiam as demências e os distúrbios funcionais mais graves, constituiam 6 a 7 % dos idosos, em ambas as investigações.

Em Syracuse, no estado de Nova Iorque, Gruemberg (1953) encontrou, entre os indivíduos com mais de 65 anos residindo no domicílio, 4,5 % de «psicoses da senescência». Considerando também os casos institucionalizados pertencentes à mesma área, aquela proporção subiria para 6,8 %. Notou Gruemberg que os índices de mortalidade relativos a estas perturbações aumentam acentuadamente com a idade, a partir dos 65 anos, principalmente no que respeita aos quadros psico-orgânicos. Sendo esta progressão regular no sexo feminino, observava-se no sexo masculino um «patamar» ou mesmo baixa de prevalência à volta dos 70 anos, a que se seguia uma subida abrupta após os 80. Por outro lado, a incidência das enfermidades mentais não deixava de crescer com a idade, nos dois sexos. Gruemberg (1969) interpreta este aparente paradoxo (que também se nota ao observarmos os dados de outros autores, como Kay e colabs.,

1964) como resultado de uma baixa de duração média das doenças no sexo masculino; por outras palavras, as enfermidades cerebrovasculares e talvez as degenerativas evoluiriam mais rapidamente para a morte no sexo masculino. Este facto sublinha a necessidade de, em pesquisas psicogeriátricas, se estudarem os dois sexos em separado.

Em Durham, na Carolina do Norte, teve início por volta de 1960 um programa de investigação sobre a psicologia e psicopatologia do envelhecimento, empreendido pela Universidade de Duke, que haveria de prosseguir até ao presente momento. Esse estudo, que veio a dar origem a tantas publicações e ao qual nos voltaremos a referir, teve como ponto de partida um inquérito transversal realizado por Busse (1961) numa amostra representativa da população idosa. Esse autor, usando um critério talvez excessivamente «sensível», detectou perturbação psíquica em 59,9% dos observados, restando pois 40,1% de «normais». A taxa de psicoses, orgânicas e funcionais conjuntamente, era sobreponível às que os autores europeus haviam determinado: 6,3%. No entanto, a percentagem de não psicóticos mostrava-se comparativamente muito mais alta, o que se deve explicar pela «inevitável» diversidade de critérios, mais manifesta quando se trata de delimitar dos normais os casos leves. A maioria destes últimos era composta por «neuróticos», (hipocondríacos, deprimidos e outros) e por casos de deterioração mental ligeira, situações estas que raramente coexistiam. Mas Busse esclarece que tais «neuróticos» não são necessariamente similares, no seu estilo de vida, àqueles que podemos encontrar nos consultórios médicos ou psiquiátricos.

Numa região rural da Escócia, Primrose (1962), que conhecia directamente a maior parte dos residentes, encontrou taxas de prevalência muito semelhantes às das pesquisas escandinavas (ver os quadros 10.6, 10.10 e 10.12 no capítulo 10, mais adiante): psicoses, 5,9%; perturbações neuróticas e da personalidade, excluindo as formas mais leves, 12,6%.

Um dos primeiros inquéritos que se desenrolaram «em dois tempos» foi aquele que Nielsen (1962) levou a efeito na ilha de Samso na Dinamarca. Esta investigação merece também especial referência porque incluiu a colheita de dados de natureza sócio-económica e familiar, com vista à identificação de factores de risco. Os valores da prevalência que Nielsen encontrou não diferem no essencial, das

que anteriormente foram publicados: qualquer perturbação, 30.7%; psicoses, 6,8%.

O estudo epidemiológico mais amplo e que maior repercussão teve na literatura europeia e americana foi, sem dúvida, o que Kay, Beamish e Roth realizaram em Newcastle-upon-Tyne, na Inglaterra (1964). Esses investigadores efectuaram um inquérito aos idosos vivendo na comunidade, através de uma amostra representativa, e completaram-no com a observação de todos os indivíduos que residiam em instituições e eram provenientes da área do estudo.

A pesquisa estendeu-se a um grande número de variáveis sociais, familiares, e relativas aos antecedentes. Na população idosa residente no domicílio, 29,5% apresentava qualquer tipo de perturbação psíquica, exceptuando as neuroses mais leves. Se estas fossem também consideradas, a proporção de indivíduos psiquicamente afectados subiria para 40,7%. A taxa de psicoses era de 7,1%. As doenças mentais mais frequentes vinham a ser as depressões, na sua maioria classificadas como neuróticas, e as demências. Os autores encontraram ainda um grande número de indivíduos afectados por deterioração mental ligeira, que não se poderiam incluir entre as demências. Perturbações de carácter, alcoolismo sem outro diagnóstico, esquizofrenias e perturbações afectivas endógenas foram as outras entidades nosológicas, representadas, em menor número.

Poucos estudos epidemiológicos têm sido realizados nos últimos anos, pelo menos com o carácter sistemático e global que se assinala nos que descrevemos. Entre os inquéritos publicados na década passada, merece referência aquele que Hegalson (1972) conduziu na Islândia. Esse investigador observou todos os islandeses que tinham idades de 60 a 62 anos no momento em que iniciou o estudo, e tem repetido essas observações a intervalos regulares, até à actualidade. No início do projecto, a prevalência de doenças mentais em geral era de 31%, e a dos casos graves, com incapacidade superior a 75% segundo o seu critério, montava a 4,4%.

Um dos estudos mais aprofundados sobre as doenças mentais no período do envelhecimento, e sua relação com possíveis factores sociais, familiares, de saúde física, etc., foi empreendido em S. Francisco por Marjorie Fiske Lowenthal e colabs. (1967). Estes investigadores constituiram uma amostra representativa da população idosa da cidade e entrevistaram em pormenor os seus 600 componentes.

Infelizmente, os entrevistadores não tinham formação médica, e muito menos psiquiátrica, e a preparação (intensiva mas forçosamente superficial) que receberam não os habilitou a efectuarem diagnósticos clínicos... Estes foram feitos indirectamente, por psiquiatras, perante os resumos das histórias individuais. Fizemos atrás uma crítica metodológica a este género de inquéritos, e por isso não a repetiremos agora. Pena foi que não se tivesse seguido um procedimento mais rigoroso no aspecto clínico, pois a colheita dos dados psicológicos e sociais afigura-se no geral bastante válda. Apesar de tudo, os dados de Lowenthal não se afastam muito dos que outras pesquisas forneceram, no que se refere à prevalência de doenças mentais: 5% dos observados mostravam-se gravemente afectados («impaired») sob o ponto de vista psíquico, e uns 10% mais estavam atingidos moderadamente; assim, cerca de 15% dos idosos residentes em S. Francisco apresentariam uma doença mental moderada ou grave.

Um dos mais recentes estudos epidemiológicos em psicogeriatria foi empreendido por Bollerup (1975). Este autor investigou a presença de doença mental, e seus concomitantes, entre os indivíduos com 70 anos de idade que residiam no domicílio numa extensa área dos arredores de Copenhague. Os índices de prevalência que determinou não diferem substancialmente dos calculados pelos investigadores que o precederam.

Tentando proceder a uma **síntese** dos resultados dos estudos que temos vindo a referir, no que respeita às taxas globais de prevalência das perturbações psíquicas (sem discriminação nosológica) na população idosa não hospitalizada, parece ser legítimo fazer estimativas desta ordem:

| | |
|---|---|
| com perturbação psíquica grave, de nível «psicótico» . | 5 - 7% |
| idem, mais os casos com perturbação moderada e persistente, carecidos de cuidados específicos . . | 15 - 20% |
| idem, mais os casos de perturbação leve ou transitória, carecidos de algum apoio médico . . . . . | 30 - 40% |

Nem todos os inquéritos epidemiológicos forneceram dados sobre a frequência relativa das diferentes doenças; ou então, quando o

faziam, os critérios seguidos no diagnóstico podem actualmente merecer algumas reservas. Mesmo assim, é possível proceder a estimativas que se apoiam nos resultados dos estudos mais significativos.

## QUADROS ORGÂNICOS

Tomando sempre como referência os idosos que vivem no domicílio, as taxas de prevalência oscilam dentro dos seguintes limites:

| | |
|---|---|
| quadro demencial grave . . . . . | 3 - 5% |
| idem, mais quadros de «deterioração leve» . . . . | 10 - 18% |

Há assinalável concordância no que respeita à frequência das situações claramente demenciais; a taxa mediana é de 3,6%. Segundo os dados obtidos por Gurland (1968), a prevalência das demências sobe rapidamente, de menos de 3% nos indivíduos de 65 a 79 anos até mais de 20% nos de 80 anos e mais. Já relativamente aos quadros que têm sido designados por «deterioração ligeira» encontramos valores um tanto díspares no confronto dos diferentes trabalhos, denotando variação de critérios. Para Kay e colabs. (1964), que não incluiram nesta categoria as situações de simples amnésia sem outros sintomas, isto é, os casos de «esquecimento senil benigno» de Kral (1969) os casos de deterioração leve de significado patológico são aproximadamente tão numerosos quanto os de demência avançada. Já para a maioria dos outros investigadores, com especial relevo para Nielsen (1962) e Fisch, Goldfarb e colabs. (1968), a proporção dos primeiros relativamente aos segundos é da ordem de três para um. Assim, se não nos preocuparmos em seguir neste ponto o critério do grupo de Newcastle, poderemos dizer que existe consenso em atribuir uma prevalência total de 16 a 18% aos quadros orgânicos.

A proporção relativa das diferentes entidades nosológicas varia, obviamente, com o tipo de população que é objecto de estudo. Assim, Seltzer e colabs. (1978) encontraram uma proporção de 27 para 1 entre as demências degenerativas e cerebrovasculares, em doentes internados há longos anos. Mas em doentes ambulatórios, em lares de idosos, e principalmente no seio da comunidade, essa proporção diminui, até 2 para 1, ou menos ainda (Malleta e colabs., 1982).

Cremos que este facto pode ser explicado pela longa sobrevivência que hoje podem ter os dementes senis, comparada com o curto tempo de vida consentido aos portadores de enfartes cerebrais múltiplos (Blessed e colabs., 1982).

Os autores que temos citado neste capítulo, na sua grande maioria, parecem perfilhar um conceito um tanto restritivo de perturbação mental por causa orgânica. Ao incluirem no seu âmbito apenas os quadros dominados por evidente défice cognitivo, deixam de fora as situações clínicas em que os sintomas depressivos são os que preponderam. Acontece, assim, que muitos casos de depressão em que parece importante o papel de lesão cerebral confirmada, ao menos como factor desencadeante, acabam por ser classificados entre os quadros funcionais. Algumas correntes da psiquiatria actual têm contestado esta concepção «clássica». Entre elas assinala-se a que levou à adopção do DSM-III. Se o método de diagnóstico multi-axial vier a generalizar-se, como tudo faz pensar, é provável que um número não negligenciável de depressões e de outros distúrbios afectivos venham em futuros estudos epidemiológicos a figurar entre os síndromos de causa orgânica.

## QUADROS FUNCIONAIS

Do confronto dos resultados dos estudos de prevalência mais dignos de confiança pode concluir-se que as principais entidades «funcionais» existem na população idosa não hospitalizada com a seguinte frequência aproximada:

| | |
|---|---|
| esquizofrenia, parafrenia tardia . . . . . | 0,4 - 1,8 % |
| depressão grave . . . . . | 1,2 - 1,8 % |
| quadros neuróticos (depressivos, ansiosos,...) acentuados . . . . . | 8 - 12 % |
| idem, incluindo os casos leves . . . . . | 20 - 26 % |
| personalidades anormais e alcoolismo não complicado | 2,2 - 5 % |

As **depressões** mais graves ou «de nível psicótico», como frequentemente são mencionadas, têm uma prevalência que oscila entre um mínimo de 1,2 % (Nielsen, 1962) e um máximo de 1,8 % Bollerup, 1975). Assinale-se a pequena margem de variação entre estes

valores. Já quanto aos **quadros neuróticos,** que na sua maioria são também do tipo depressivo, há algumas significativas divergências. O inquérito de Lundby atribuía-lhes uma prevalência de apenas 1,4%, muito inferior à que outros estudos determinaram. Em contrapartida, deve notar-se que nessa investigação escandinava as personalidades anormais surgem em 10,6% (Essen-Moller, 1956), valor comparativamente muito alto. Trata-se, pois, tudo leva a crer, de discordância de critérios nosológicos.

Tomando em conjunto os síndromos depressivos persistentes, de etiologia aparentemente diversa, calcula Gurland (1982) que eles afectem 13% da população idosa. Distimias depressivas de carácter transitório poderão encontrar-se em cerca de 20%. Por outro lado, uma depressão «maior», segundo os critérios do DSM - III, não surgiria em mais do que 2 a 3 %.

Utilizando esses critérios recentes, Blazer e Williams (1980) procederam a um inquérito por amostragem na população idosa de Durham, no desenvolvimento do já mencionado projecto de Duke. Encontraram em 14,7% dos indivíduos uma «sintomatologia depressiva substancial». Subdividindo este grupo pelas quatro categorias preconizadas pela escola de S. Luís, os autores encontraram: depressão primária, 1,8%; depressão secundária (acompanhada por alterações do pensamento de tipo esquizofrénico, ou sinais de organicidade), 1,9%; depressão com doença física, 6,5%; e simples disforia depressiva, 4,5%. Apenas as duas primeiras categorias se poderão considerar depressões maiores, à luz do DSM - III; e as duas restantes correspondem aproximadamente às «perturbações distímicas» da classificação oficial americana, ou à depressão neurótica da classificação internacional.

Os valores de prevalência do **alcoolismo** são muito variáveis de um inquérito para outro, talvez porque os casos complicados com psicose ou demência sejam, ora incluídos, ora excluídos. Quanto às **personalidades anormais,** também se encontra alguma divergência, atribuível às dificuldades de delimitação face às neuroses, por um lado, e às personalidades «excêntricas» mas ainda normais, por outro.

Em conclusão, parece ser de salientar que se observa muito mais concordância entre os resultados dos estudos epidemiológicos nos idosos do que noutras camadas etárias da população. E isto a despeito das evidentes dificuldades inerentes a este tipo de inquérito: cola-

boração irregular do observando ou da família, fadiga durante a observação prolongada, impossibilidade de aplicar a maioria dos instrumentos objectivos (questionários, escalas). Tudo parece indicar, assim, que a sensibilidade e o critério clínico dos investigadores que se têm dedicado a este campo têm conseguido compensar as insuficiências e vencer as limitações com que deparam.

## 4.2 Factores patogénicos

*Não crer em nada e temer tudo como*
*se um gesto ou dito perturbasse as águas*
*que leves e sombrias vão subindo.*

Jorge de Sena, Os Poetas Envelhecem

O conhecimento das altas taxas de morbilidade por doenças psíquicas na população idosa incita, naturalmente, a que se adoptem medidas preventivas em larga escala, já que as possibilidades de cura se afiguram por enquanto muito limitadas. A prevenção só será possível, entretanto, quando os mecanismos implicados na génese dessas perturbações estiverem razoavelmente esclarecidos. Os indivíduos em situação de maior risco poderão então ser identificados, e tentar-se-á modificar as circunstâncias em que vivem quando elas concorram, de algum modo, para a aparição e manutenção da doença psíquica. O conhecimento dos mecanismos patogénicos é, pois, tal como em outras áreas da medicina, de primordial importância para o êxito da prevenção.

Em muitos textos recentes vemos mencionados determinados factores e condicionalismos, como sendo os responsáveis pelas doenças mentais da pessoa idosa. Apontam-se, por exemplo, a reforma, o isolamento, a perda do cônjuge, e a falta de recursos económicos, como exemplos de situações que não apenas comprometem a satisfação e o bem estar da pessoa de idade avançada, como vão até ao ponto de lhe provocar doença psíquica. Ficaríamos com a impressão, ao ler tais escritos, de que as causas das perturbações mentais na

pessoa idosa estão, assim, identificadas, e o seu mecanismo de acção esclarecido.

Na realidade assim não é. Ao passar em revista a literatura científica sobre esta matéria, deparamos com algo inesperado: as pesquisas são poucas, os resultados escassos e não muito significativos, as interpretações divergentes. Com efeito, se nos reportarmos às investigações de carácter epidemiológico, deixando de lado os estudos de naturezea clínica ou casuística, teremos de admitir que neste sector etário da população há determinados condicionalismos que dificultam notavelmente as pesquisas das causas.

Não há, na verdade, um só envelhecimento. Ele ocorre a diversos níveis, nem sempre simultaneamente. Será mais correcto falar-se de **processos paralelos** de envelhecimento: **biológico, psíquico e social.** Tais processos mantêm **interacções** recíprocas, geralmente complexas. Se por vezes eles parecem desenrolar-se desfasadamente (diferenças de «timing»), o mais frequente é potenciarem-se mutuamente, daí resultando uma sensível dificuldade em reconstituir a sequência dos acontecimeentos. Na verdade, a **distinção entre causas e efeitos é muitas vezes motivo de controvérsia**, tanto no que se refere ao envelhecer «normal» como no que respeita ao eclodir de manifestações claramente patológicas. Para exemplificar, é elucidativo referir o problema do isolamento, que para alguns autores é uma das principais causas das perturbações mentais dos idosos, enquanto para outros ele é claramente uma consequência dessas mesmas perturbações. Quanto aos factores de natureza orgânica, até que ponto resultam de alterações da nutrição ou de deficiente assistência médica, factos que têm muito a ver com a organização social?

Toda a discussão sobre a patogenia, neste domínio, deverá ter como ponto de partida o reconhecimento das características particulares que o conjunto das pessoas idosas apresenta, em comparação com os grupos etários mais jovens. Tentemos enumerá-las, sem pretensão de rigor excessivo, e focando em especial o lado «negativo».

1. **Alterações do sistema nervoso próprias da senescência**, tanto de natureza estrutural como bioquímica e neurofisiológica (Paes de Sousa, 1978; Brion e col., 1980; Adoffson e cols., 1979).

2. **Alterações funcionais irreversíveis no domínio cognitivo** (Heron

e Chown, 1967; Schaie e col., 1968 a, b, c; La Rue, 1982) ou de natureza **global,** como a lentificação, as quais podem ser consideradas como manifestações directas do envelhecimento cerebral (Birren, 1964 e 1980; Welford, 1969 e 1980).

3. **Alterações da personalidade**, como rigidez, cautela e uma progressiva intraversão, que também se podem considerar reflexos do «envelhecimento primário» (Birren, 1964; Botwinick 1973; Neugarten, 1973 e 1979) e às quais nos referiremos mais adiante.

4. **Alta morbilidade referente a doenças físicas** (e defeitos sensoriais), frequentemente múltiplas no mesmo indivíduo, e que estão associadas com maior o menor incapacidade funcional; entre elas devem salientar-se as encefalopatias de tipo degenerativo e cerebrovascular (Estes, 1969; Ouslander, 1982).

5. **Modificações na posição social:** reforma, passagem para lar de descendentes, alteração do estatuto social e familiar; com muita frequência, os idosos sofrem privações económicas graves, vivem em alojamentos sem conforto e vêem reduzidos os contactos sociais e mesmo com a família (Alarcón, 1971).

6. **Carências nutritivas** resultantes de diminuição de receita, dificuldades na preparação e conservação dos alimentos, e problemas de mastigação.

7. **Perdas pessoais** por morte ou separação de parentes, sendo a viuvez o exemplo mais importante; assinale-se ainda o caso de doença crónica do cônjuge ou de outro parente e a sobrecarga que isso acarreta.

8. **Acumulação de antecedentes de relevo psicológico** tais como conflitos, crises de inadaptação ou descompensações neuróticas. Dada a longa duração da vida já vivida é mais provável que estes acontecimentos tenham ocorrido nas pessoas idosas do que em indivíduos mais jovens.

Vemos, pois, que vastas transformações nos planos físico, psíquico

e social se processam neste período da vida. Cada uma delas é susceptível de afectar de maneira mais ou menos profunda a saúde mental dos indivíduos. Acresce ainda que tais transformações têm tendência a potenciar-se mutuamente. A evolução da organização social, se for prosseguida numa direcção mais justa, e se for dotada de meios eficientes, poderá certamente eliminar algumas carências, e facilitar a compensação de certas perdas. Mas esta fase da vida será sempre aquela em que o peso da sobrecarga se mostra mais desproporcionado em relação aos recursos adaptativos ao dispor da da pessoa. Interessa então, do nosso ponto de vista, saber qual o papel desempenhado por essa sobrecarga na origem das perturbações mentais. Esta questão toca em diferentes problemas, e podemos, assim, desdobrá-la em várias outras:

— As transformações físicas, psíquicas e sociais acima descritas poderão ter como efeito não apenas **insatisfa,ão** e mal-estar, mas também **perturbações mentais** mais intensas e duradouras?

— Caso possam ter esse papel causal, trata-se de efeito cumulativo, em termos de **«stress» global**, ou haverá que distinguir efeitos específicos de determinados factores?

— Face a tais circunstâncias desencadeantes, qual a importância das características individuais (factores constitucionais, personalidade, antecedentes?

Nas secções seguintes tentaremos mostrar como a investigação epidemiológica tem tentado contribuir para o esclarecimento destes problemas, dentro das suas limitações.

## CAUSALIDADE MULTIFACTORIAL

A maneira mais simples de classificar a multiplicidade de factores que podem intervir na génese das doenças psíquicas na idade avançada é, talvez, agrupá-los em categorias tais como :

factores genéticos (incluindo o sexo)
meio físico
meio social
tempo já vivido (idade)

Duas observações importa fazer. Em primeiro lugar, quanto à **cronologia da actuação** os factores do meio podem didividir-se em **precoces** e **tardios,** atribuindo-se naturalmente aos primeiros uma função organizadora da personalidade e predisponente em relação à doença, e aos segundos um papel desencadeante. Por outro lado, este tipo de esquemas só é aceitável e útil se se tiverem em vista todas as **interacções** possíveis. Para dar alguns exemplos, factores culturais relacionados com a constituição da família condicionam, de algum modo, os factores genéticos. O sexo não é importante apenas no seu aspecto biológico; ele determina em cada sociedade um conjunto de expectativas quanto ao comportanmento da pessoa na família e na sociedade. Eram profundas as diferenças no campo educativo quando aqueles que agora são idosos estavam em idade escolar: entre nós, muito poucas raparigas frequentavam então o ensino. A posição na escala social influencia, evidentemente, o meio físico, desde a habitação até à alimentação. Por fim, os factores genéticos também entram em interacção com o meio e com o factor idade.

Sendo assim, é evidente que não deve ser dada uma interpretação simplista e unívoca à actuação dos diversos factores em estudo. A reforma, a perda do cônjuge, a mudança de residência não devem ser encaradas apenas como sobrecargas emocionais, ameaças à identidade pessoal ou perdas de gratificação. Tais acontecimentos representam, também, frequentemente, alterações no tipo de alimentação, no tempo de repouso nocturno, na acessibilidade aos cuidados médicos, em suma, em todo o quadro de vida. Por isso se impõe a precaução de não «psicologizar» em excesso, como diz Bastide (1971). Inversamente, a doença física é muito mais que uma fonte de dor, astenia e má irrigação cerebral. É, sobretudo, uma limitação à autonomia pessoal, uma causa de dependência de outrem, e uma ameaça simbólica ou muito real de morte.

Nesta perspectiva, passaremos em rápida revista alguns dos possíveis factores patogénicos que têm sido mais estudados em inquéritos epidemiológicos na população idosa.

## CONDIÇÕES SÓCIO-ECONÓMICAS

Encontra-se, com frequência, na literatura corrente sobre a chamada terceira idade, a afirmação de que nesta fase da vida muitas doenças psíquicas são de atribuir a causas como a pobreza e as privações sociais. No entanto, se passarmos em revista as conclusões dos mais relevantes estudos epidemiológicos, muito pouco encontramos em suporte de tal asserção. Gruemberg (1953), por exemplo, mostrou que a maior frequência de quadros demenciais nas zonas urbanas mais pobres não tem que ver com o factor económico, em si, mas sim com certas condições de alojamento, em particular com o facto de viver só, que é mais comum na velhice. Berkman (1967) e Lowenthal (1967), em S. Francisco, concluiram que as privações económicas estão associadas com insatisfação pela vida e baixo «moral», mas não, propriamente, com doença psíquica. Kay e cols. (1964) encontraram, nos estudos a que procederam em Newcastle, uma certa associação entre casos orgânicos e factores indicativos de pobreza. Este facto pareceu-lhes poder ser explicado pela idade, que nestes doentes é mais avançada, embora em certos casos admitam que uma dieta inadequada pode ter contribuído para a deterioração mental. Nos casos «funcionais» não encontraram relação alguma com factores sócio-económicos.

Um estudo muito recente que parece contradizer essas observações foi efectuado por Murphy (1982) em Londres. Esta investigadora comparou um grupo de deprimidos de idade avançada, enviados para consulta de psiquiatria, com um grupo de «normais» da mesma idade, vivendo na comunidade. Os doentes, que se distribuiam mais pela classe operária que pela classe média, apresentavam maior frequência de dificuldades sócio-económicas (habitação deficiente, rendimento escasso). Para a autora, todas as formas de adversidade, e a pobreza não é das menos importantes, podem concorrer para a depressão; o factor decisivo seria uma personalidade vulnerável, que se caracterizaria por uma dificuldade em entrar em relação íntima com outrem. Aqueles que mantêm essa intimidade com um «confidente» seriam, em regra, capazes de suportar as suas privações.

## RELAÇÕES DE CONVIVÊNCIA

Todas as estatísticas mostram que as pessoas viúvas têm maiores índices de admissão nos hospitais psiquiátricos, e maiores taxas de suicídio e de mortalidade por outras causas, em comparação com os casados (Parkes, 1964, 1972); Kay (1976). Os inquéritos epidemiológicos realizados na comunidade, por outro lado, não põem em relevo qualquer associação importante entre a viuvez e doença psíquica. Para Lowenthal (1967), por exemplo, a perda do cônjuge é uma causa de «baixo moral», mas não propriamente de perturbação mental. A contradição entre estes resultados é mais aparente do que real, e cessa quando entramos em conta com o facto de os efeitos negativos da perda do cônjuge se observarem sobretudo no primeiro ano e tenderem depois a esbater-se gradualmente (Bernstein, 1973). Isto mostra que é o acontecimento em si, mais do que o isolamento dele resultante, que pode afectar a saúde mental (Alarcón, 1971, 1976). O efeito que mais vezes se observa é uma depressão de duração limitada. Seria do maior interesse estudar as inter-relações mútuas da situação de viúvo, doença física e carência económica, independentemente do factor idade.

É opinião corrente que o **isolamento social** concorre poderosamente para o aparecimento de doença mental na pessoa idosa. Daí a tendência a pensar-se que residir em lar de parentes ou em instituição colectiva seria preferível, do ponto de vista preventivo, a habitar só. Também não é raro ouvir-se afirmar que a pessoa de idade avançada é mais feliz e tem mais saúde quando convive com filhos e netos, no chamado «lar de três gerações». Deixando para mais tarde o problema da felicidade, digamos desde já, pelo que respeita à saúde, que a literatura científica não confirma de maneira alguma tais postulados. Nos inquéritos de Nielsen (1962) e Kay e cols. (1964), para não citar outros, os idosos que **habitavam sós** não apresentavam maior prevalência de perturbações psíquicas em comparação com os restantes. Em indivíduos mais jovens, como dissemos anteriormente, encontra-se maior incidência de doença mental naqueles que vivem sós, por exemplo em quartos alugados, o que tem sido explicado pela tendência da personalidade pré-mórbida para a ruptura com matriz social envolvente. Com os idosos tal não se passa, aparentemente, talvez porque não é o sujeito que abandona a sua família,

mas esta que o abandona a ele, quando morre o cônjuge e quando os filhos partem do lar.

O inquérito de Newcastle, a que nos temos já referido, mostrou que há um certo grau de associação entre a diminuição dos contactos sociais e a existência de doença mental. A maior frequência de perturbações foi encontrada nos internados em instituições; era um pouco inferior nos idosos que viviam em casa de descendentes ou de outras pessoas de família, e muito baixa naqueles que habitavam em lar próprio, com ou sem cônjuge. Procurou-se avaliar objectivamente, em cada indivíduo, a diminuição de contactos sociais no seu dia a dia; além disso, indagou-se sobre a existência de sentimentos de solidão e abandono, na vertente subjectiva. Apurou-se que a restrição de contactos era mais frequente nos «doentes» que nos normais, mesmo quando excluído o factor doença física. Para Kay e cols. (1964) esta associação deve ser interpretada de maneira diferente consoante se trate de casos «orgânicos» ou «funcionais». Nos primeiros, a diminuição das relações sociais seria um resultado da própria doença, e da consequente perda de mobilidade. Em alguns casos, no entanto, os autores admitem que o isolamento e a falta de estimulação social possam ter contribuído para certa depressão e apatia, resultando daí desleixo na alimentação e falta de cuidados físicos, que indirectamente agravariam o estado mental.

Nas doenças funcionais, os autores consideram ser o isolamento uma consequência da personalidade prévia, caracterizada por uma dificuldade em estabelecer laços de sociabilidade. Em suma, o isolamento não seria uma causa importante de doença mental, mas antes uma consequência dela ou da personalidade vulnerável que a precede. Garside e cols. (1965) confirmaram estas conclusões através de um estudo factorial, que mostrou estarem os sentimentos subjectivos de solidão mais ligados à existência de um quadro neurótico do que à realidade do isolamento, objectivamente definido. Por outras palavras, sentir-se só ou abandonado seria muito mais o fruto de um estado de ânimo depressivo ou ansioso do que de uma situação verdadeira de redução dos contactos sociais ou com a família.

De certo modo, esta é também a conclusão a que chegaram Lowenthal e col. (1967) no termo dos seus estudos em S. Francisco. Distinguem estes autores entre isolamento **caracterial**, de toda a vida, e aquele que tem **aparição tardia.** O primeiro não teria relação

directa com a doença mental: muitos indivíduos marcadamente fechados sobre si próprios vivem na comunidade com aparente saúde. Outros estariam mais predispostos à doença psíquica, principalmente depressiva, mas então o factor crucial não seria o isolamento em si mesmo, mas sim a perda de auto-estima resultante de múltiplos fracassos sofridos, em razão dos quais eles se refugiariam num isolamento progressivo a partir de certa fase da vida. Aqui, portanto, o isolamento seria uma manifestação de «baixo moral» ou insatisfação pela vida, que em certos indivíduos precederia o aparecimento de doença psíquica.

Como comentário a estes estudos, digamos que pelo menos três importantes críticas se lhes podem formular: (1) não investigarem cada sexo em separado, quando tudo leva a pensar que as causas e consequências do isolamento têm muito que ver com os papéis atribuídos pela sociedade ao homem e à mulher; (2) continuarem a usar uma distinção arbitrária entre orgânicos e funcionais, que, como tentámos demonstrar, confunde mais do que esclarece; (3) não definirem operacionalmente diferentes formas ou tipos de isolamento: redução do tempo, ou do número, de contactos; diminuição das relações sociais ou familiares; existência ou não de um «confidente».

## DOENÇA FÍSICA

A relação entre doença física e perturbação mental é óbvia nos chamados síndromos psico-orgânicos, de que as demências e os estados confusionais agudos constituem os tipos mais frequentes (ver capítulo primeiro). A patogenia de tais situações envolve alterações neuropatológicas ou transtornos do metabolismo neuronal, podendo estes últimos ser consequência de doenças iniciadas fora do sistema nervoso central. Dissemos já que hoje se dá a maior atenção ao problema das perturbações mentais de natureza **sintomática**, particularmente frequentes nas idades avançadas, e que são consecutivas a doenças gerais do organismo, metabólico, endócrino, cardiovascular ou outro. Desde há alguns anos se sabe que situações de anemia, de carência de vitamina $B_{12}$, de hipercalcemia (por vezes iatrogénica), de deficiência em potássio (em casos de dieta inadequada, de diarreia, de terapia diurética), de hiper ou hipotireoidismo,

podem causar manifestações de doença mental tanto de carácter agudo, de aspecto confusional, como de evolução mais arrastada, com sintomas de tipo depressivo e pseudodemencial (Post, 1965; Salm, 1971; Ferguson Anderson, 1971). Recentemente, Ouslander (1982) publicou uma revisão bastante completa da literatura sobre este tema, onde chama também a atenção para os sintomas psiquiátricos causados por fármacos muito utilizados em geriatria. Entre eles contam-se os anti-hipertensores, os anti-histamínicos, os analgésicos e os anti-reumáticos. Busse (1982) passou em revista alguns estudos sobre a relação entre hipertensão arterial e processos cognitivos, concluindo que, se não se provou estarem os hipertensos sem complicação mais afectados por deterioração mental, já a medicação anti-hipertensiva se tem mostrado capaz de produzir lentificação psicomotora, apatia e depressão, podendo mesmo interferir com os processos mnésicos e decisórios.

Do nosso ponto de vista, assume particular importância a eventual relação entre **doença física** e **quadros neuróticos ou depressivos.** Já em 1955 Kay e Roth assinalaram a sua existência em doentes hospitalizados. Entre nós, Paes de Sousa, Souto Lopes e cols. (1977) encontraram também importante associação entre sintomas depressivos e doença somática, em idosos internados em serviço de cirurgia. Os inquéritos epidemiológicos realizados na comunidade tem também evidenciado que existe correlação bem significativa entre doença física e sintomas «funcionais» psiquiátricos. Em Newcastle, a principal característica associada com perturbação psíquica foi a existência de uma ou mais enfermidades somáticas. Kay e cols. (1964) acrescentam que é muito difícil avaliar objectivamente a gravidade de uma doença física, ou o grau de sofrimento e de incapacidade que se lhe associa, e que por isso se deve sempre excluir a possibilidade de se estar a hipervalorizar queixas somáticas filiadas no quadro neurótico ou depressivo. Concluem que a doença física e as limitações consequentes têm efectivamente um papel causal relativamente às perturbações psiquiátricas mais frequentes na pessoa idosa, podendo também as alterações psíquicas provocar ou agravar enfermidades somáticas. Segundo estes autores, os dois aspectos da doença, físico e mental, estão tão ligados e interdependentes que em alguns indivíduos se torna impossível separar a causa do efeito. Também Garside e cols. (1965), no seu já mencionado estudo factorial, isola-

ram um só factor de doença, que englobava tanto as manifestações psíquicas como somáticas. Marjorie Fiske Lowenthal (1967) concluiu, do inquérito realizado em São Francisco, que a doença física constitui o único factor de «stress» indubitavelmente implicado na génese de doença psíquica; os outros factores (viuvez, reforma, isolamento, privações materiais) afectariam apenas a satisfação ou «moral», mas não seriam suficientes para provocar doença. Para esta autora, tais situações poderiam ser compensadas através de intimidade afectiva com pessoa próxima; a única excepção seria precisamente a doença física, cujos efeitos perturbadores sobre a saúde mental não poderiam ser evitados pela existência de um «confidente».

Bergmann (1971) encontrou também uma elevada correlação entre enfermidade física e neurose de início tardio. As doenças cardíacas eram as mais frequentes, o que levou aquele autor a interrogar-se acerca da natureza do mecanismo patogénico envolvido. Algumas hipóteses têm sido formuladas sobre a possibilidade de situações prolongadas de ansiedade e agitação levarem a uma subida da tensão arterial suficiente para ocasionar lesões cardíacas. Até hoje não foi possível comprovar nem rejeitar tais hipóteses. Por outro lado, é de admitir que em doentes com verdadeira cardiopatia os sintomas ansiosos e depressivos tenham resultado da **percepção da gravidade da doença**, bem como das **limitações impostas** por ela à mobilidade e actividade dos sujeitos. Se se considerar tal actividade como uma forma de negar as perdas próprias da idade, e o receito da morte, pode compreender-se como a doença, ao neutralizar aquele mecanismo defensivo, abre caminho à ansiedade. Além disso, a perda de mobilidade representa para a pessoa idosa um **impedimento a realizações e contactos sociais** que lhe proporcionam certa satisfação; a psicologia do comportamento explica bem como esta supressão da oportunidade de obter reforço pode levar a um estado semelhante à depressão. Do ponto de vista cognitivo, a **representação da doença** na pessoa de idade avançada está de certo modo ligada à noção de proximidade da morte ou, pelo menos, evoca o risco de invalidez prolongada e de estadia em hospital (Goda, 1978). A doença e os seus efeitos pressentidos põem ainda em causa o esquema corporal do sujeito, e deste modo constituem poderosa **ameaça** ao fundamento da sua **identidade** pessoal. Tais razões explicariam porque motivo são tão frequentes

nesta fase da vida as preocupações com a saúde (Busse e Pfeiffer, 1969).

Entretanto, para explicar a tendência à «neurotização» dos sintomas físicos nestas idades, outros aspectos devem ser também considerados. Os idosos terão mais facilidade em comunicar a sua ansiedade através de queixas somáticas do que mediante verbalizações. Pode pensar-se que eles aprenderam a inibir a livre expressão emocional (Ouslander, 1982) e só lhes resta o canal da doença corporal para apelarem ao amparo e ao afecto de outrem.

## ACONTECIMENTOS DESENCADEANTES

Muitos autores, entre os quais se podem citar Busse e Pfeiffer (1969) e Post (1972) referem que na maioria dos doentes com depressão, na idade avançada, se pode assinalar a ocorrência de acontecimentos ou modificações da sua vida, anteriores à doença, a que os próprios enfermos atribuem papel desencadeante: morte de parentes, em especial do cônjuge; reforma; mudança de residência; conflitos pessoais, ou crise de tipo financeiro. Dissemos já (cap. 3) que é arriscado tirar a conclusão, em tais casos, que existe um elo causal entre estes factos e a perturbação psíquica posterior. No caso das pessoas idosas, basta lembrar que, neste período da vida, separações, mortes, doenças e outras perdas se sucedem naturalmente e por vezes em rápida sequência. Berkmann (1967) formulou a hipótese de ser a acumulação de tais incidentes que possuiria papel patogénico, mas os resultados do seu estudo mostram que as privações acumuladas afectam sobretudo a satisfação e o bem-estar dos indivíduos, sem trazerem consigo uma maior incidência de doença mental. Ao longo de oito anos, Palmore e cols. (1979) estudaram em pessoas de idade avançada os efeitos de determinados incidentes, tais como a viuvez, reforma, doença grave, saída do lar do último filho. Esses efeitos revelaram-se de curta duração, e nem sempre negativos: a partida dos filhos tinha muitas vezes resultados benéficos. Os efeitos cumulativos fizeram-se sentir no «moral» dos indivíduos observados, mas não se pôde demonstrar que eles pudessem produzir doenças psíquicas de monta, apenas algumas oscilações depressivas breves em alguns sujeitos.

Pelo que diz respeito à **reforma,** é difícil extrair conclusões dos resultados de pesquisas que têm sido publicadas, dado que têm sido levadas a cabo em condições muito diversas e sem uniformidade de critérios. Alarcón (1971) passou em revista muitos desses estudos e concluiu que não há fundamento para se poder afirmar que a reforma tem efeitos negativos sobre a saúde em geral, e a saúde psíquica em particular. Lowenthal (1967) já tinha podido declarar, em resultados do estudo a que procedeu na Califórnia, que é mais frequente a perturbação psíquica preceder a reforma que o contrário. Revendo a literatura, Gurland (1982) chama a atenção para o facto de a incidência de depressões e de suicídio não aumentar nos homens após a reforma. Tratando-se de uma transição que comporta ganhos e perdas, o resultado final depende muito da personalidade e de outras circunstâncias individuais; se pode, para algumas pessoas, constituir um «stress», com a maioria isso não acontece.

O mesmo se pode dizer a propósito da **mudança de residência** para uma instituição, e também da **separação de pessoas de família** (já nos referimos atrás à perda do cônjuge). É considerável a taxa de mortalidade entre os indivíduos institucionalizados, mas isso parece poder explicar-se pela sua debilidade física. As separações provocam geralmente períodos de dor e pessimismo, mas não se provou que daí resultem com significativa frequência depressões no sentido rigoroso do termo (Gurland, 1982). Bernice Neugarten (1979) sugere que a repercussão de acontecimentos como estes na saúde psíquica depende em certa medida de eles ocorrerem em **ocasião inesperada** ou no momento em que existe uma expectativa natural, como será o caso da perda de um parente muito idoso, ou da reforma aos setenta anos. Estas últimas situações seriam menos susceptíveis de causar perturbação, uma vez que se pode contar com uma preparação cognitiva e afectiva adequada.

A conclusão a que chega a maioria dos autores, a respeito das consequências dos acontecimentos da vida (quer tomados como traumas específicos, quer como factores de «stress» acumulado) é que tais efeitos dependem fundamentalmente de características individuais. Estas, que determinam maior ou menor **vulnerabilidade** face aos estímulos, ligam-se à experiência passada, aos recursos e ao estilo de vida do indivíduo, numa palavra, à sua personalidade.

## PERSONALIDADE E ANTECEDENTES

Referimo-nos no capítulo 3 à importância que sempre em psiquiatria se atribui à predisposição individual para adoecer. Pelo que diz respeito às afecções de carácter «funcional», particularmente neuroses e perturbações afectivas, pode afirmar-se que nenhum autor nega a existência de personalidades predispostas, nem o papel que elas podem ter na patogénese. Isso embora as diferentes escolas possam naturalmente divergir quanto à essência dessa predisposição, atribuindo umas a maior importância aos factores hereditários, outras às experiências infantis, e outras ainda a determinadas modalidades de aprendizagem emocional ao longo da vida. Exemplificaremos mencionando, relativamente a cada uma dessas três perspectivas, e a propósito das depressões, os conceitos de: «personalidade afectiva» como manifestação de gene ou genes fisiológicos (Fonseca, 1965); privação paterna precoce (Bowlby, 1962); e «desespero aprendido (Seligmann, 1975).

Não se põe em dúvida, presentemente, que tanto factores genéticos como do meio intervêm na formação da personalidade. Sabe-se que a maior parte dos estados neuróticos surge em indivíduos com acentuada emocionabilidade e que ao longo da vida vêm manifestando esses traços de neuroticismo (Eysenck, 1960), de tal modo que muitos autores preferem falar de «descompensações» de uma «estrutura» neurótica. Admite-se também que certas formas de depressão unipolar aparecem com mais frequência em personalidades de tipo meticuloso e rígido.

Os inquéritos epidemiológicos de carácter transversal não são, obviamente, o melhor caminho para estudar o papel da personalidade na génese de tais perturbações. Mas podem de algum modo pôr em evidência factores ligados aos antecedentes pessoais e aos traços da personalidade prévia, factores esses que só se tornam aparentes em investigações sobre grandes grupos de indivíduos. Neste aspecto em particular, há que reconhecer que a pesquisa em pessoas idosas se reveste de especial dificuldade. É sempre arriscado reconstituir padrões de comportamento e traços de carácter a partir dos elementos fornecidos pelos próprios sujeitos ou seus familiares. Há tendência para projectar no passado os sintomas presentes, ou então, pelo

contrário, para apresentar o estado actual como um contraste absoluto com a maneira de ser anterior.

No inquérito de Newcastle houve a preocupação de tornear esse escolho recorrendo-se a contraprovas e diversificando-se as fontes de informação. Nas perturbações «funcionais» detectadas, quase sempre de natureza depressiva e neurótica, a personalidade prévia predominante caracterizava-se por ser pouco sociável, facilmente emocionável, preocupada com a saúde física, com tendência a apresentar oscilações de humor, e com reduzida gama de interesses. Quanto ao primeiro destes traços, os autores chegaram à conclusão de que os doentes funcionais tinham sido, em geral, pessoas relativamente insociáveis, por desde longa data terem sensível dificuldade em estabelecer e manter relações interpessoais. Além disso, encontraram nestes doentes uma proporção significativamente superior ao normal de casos de perda de um dos pais antes dos 15 anos de idade, bem como de antecedentes de outras perturbações psíquicas (Kay e cols. 1964). O estudo factorial de Garside e cols. (1965) confirmou no geral estes achados, mostrando que a personalidade «distímica» (com traços de ansiedade, alternância de humor e hipocondria) vem a ser a variável mais fortemente associada com doença funcional, logo seguida por «interesses reduzidos» e «baixa sociabilidade». Estes dois últimos traços relacionavam-se também significativamente com classe social baixa.

No estudo conduzido por Bergmann (1971) sobre as neuroses na idade avançada, os seus «casos», muito semelhantes aos «funcionais» de Kay e cols., distinguiam-se dos normais, no que toca a antecedentes da infância, por maior frequência de sintomas neuróticos, e por mais difícil relacionamento com os pais. Com respeito à vida adulta, assinalavam-se mais casos de celibato ou casamento tardio, de desarmonia conjugal, de afastamento dos filhos, de poucos contactos sociais e poucos interesses, tudo isto entre os indivíduos que apresentavam neurose na idade avançada. Comparando os que adoeciam pela primeira vez nesta fase da vida com os normais, Bergmann pôde constatar que aqueles se distinguiam já em idade mais jovem por uma predisposição particular para reagirem ao «stress» com ansiedade e para apresentarem traços de insegurança e de rigidez na sua personalidade.

Estes estudos mostram, portanto, que a **predisposição para os**

**transtornos funcionais** se manifesta essencialmente por duas características gerais: **maior emocionalidade** e **mais difícil relacionamento social.** A primeira parece depender de factores constitucionais, em grande parte de base genética. A segunda é de mais difícil interpretação.

Marjorie F. Lowenthal (1967) estudou aprofundadamente a relação entre sociabilidade e saúde psíquica nesta época da vida, e procurou demonstrar que, ante as privações e «stresses» que lhe são próprios, a existência de uma relação afectiva estreita com pelo menos uma pessoa, o **confidente,** vem a ser o principal factor de protecção do equilíbrio mental. As pessoas que não dispõem de tal confidente não teriam, por seu turno, igual probabilidade de adoecer: em maior risco estariam as que procuraram e não conseguiram obter essa intimidade e afeição da parte de outros; em seguida, aquelas que não têm actualmente confidente, mas já o tiveram em época passada; e por último, com o menor risco, as pessoas que se isolaram voluntariamente durante toda a vida. Murphy (1982), tendo prosseguido nesta linha de investigações, pôde observar que a relação óptima não é necessariamente de intimidade próxima, de convivência imediata, pois os indivíduos que só se encontravam com o confidente (um filho, parente ou amigo) com intervalos de duas ou três semanas mostravam-se tão resistentes à depressão quanto aqueles que coabitavam ou tinham visitas diariamente. Conclui portanto esta autora que o factor protector essencial vem a ser a **capacidade de criar elos afectivos** que em grande parte é um atributo da personalidade.

Há sem dúvida um certo paralelismo entre estas conclusões e as posições defendidas por Brown e Harris (1978) e por Henderson e cols. (1978, 1980, 1981) a que nos referimos no capítulo 3. Todas elas apontam para a importância da capacidade de estabelecer ligações sociais, como determinante da solidez da personalidade perante a adversidade e o «stress». Também Kay e cols. (1964) tinham já chamado a atenção para o papel das relações interpessoais na adaptação às condições de vida na idade avançada. É conveniente, portanto, situar estes problemas num espaço mais amplo, entrando em linha de conta com a orientação geral das motivações da pessoa, e com as modificações que o envelhecimento pode trazer a essa orientação. É o que tentaremos a seguir.

## 4.3 Comportamento e adaptação na idade avançada

*Agora começa a jornada, e mais do que isso,*
*O fogo da mais sozinha angústia.*

Ruy Cinatti, Nós não somos deste mundo

A uma visão superficial, as últimas décadas da vida poderão assemelhar-se a um período de serenidade, comparável a um entardecer tranquilo. No entanto, essa concepção idílica, divulgada por certa poesia romântica, está bem longe de corresponder à realidade vivida pela maioria das pessoas idosas. Esta fase da existência, já o salientámos, é dominada por grandes transformações nos planos físico, psíquico e social, de origem interna ou externa; naturais e esperadas umas, súbitas e imprevistas outras. Tais transformações reflectem-se tanto no comportamento como na experiência subjectiva da pessoa que envelhece, podendo concorrer, como já dissemos, para o aparecimento de certas formas de doença psíquica. A fronteira entre normal e anormal é aqui, frequentemente, muito difícil de delimitar. Além disso, nas próprias situações de franca perturbação psíquica, não deixa de ser possível «compreender» e explicar parte das suas manifestações à luz dos princípios que regem o comportamento normal. Por essa razão, vamos alargar a nossa perpectiva para além dos confins da psicopatologia. Tentaremos recorrer aos conhecimentos obtidos no campo da normalidade para melhor entendermos o desvio e a doença. É, de certo modo, o percurso oposto ao que com frequência se depara, quando alguns pretendem explicar o normal a partir do patológico.

### A PSICOLOGIA E O ENVELHECIMENTO

Até há alguns anos, e com poucas excepções, os vários autores que se debruçavam sobre a psicologia da idade avançada mostravam tendência para: (1) privilegiar os aspectos cognitivos em relação aos demais; (2) focar especialmente as perdas e os défices; (3) for-

mular normas genéricas, mais do que descrever tipos e variações; e (4) não pôr em relevo a continuidade entre a época da senescência e as que a precederam. Nestes vários aspectos, a psicologia actual mostra tendência para modificar a sua orientação, o que não deixa de ter importantes repercussões no plano prático. Assim, em primeiro lugar deve reconhecer-se que os principais textos de psicologia gerontológica consagravam muito maior extensão aos temas cognitivos — sensação, memória, inteligência — que aos aspectos ligados à personalidade, à sexualidade à vida social. Serve de exemplo o livro fundamental «Handbook of aging and the individual», editado por Birren (1959). Em obras mais recentes, (Bromley, 1966; Kimmel, 1980; Poon, 1980) este desequilíbrio tem vindo a atenuar-se. Um dos textos mais exaustivos publicados nos últimos anos (Birren e Schaie, 1977), consagra uma grande parte da sua extensão ao tratamento dos problemas socio-familiares e às condições de «ajustamento» da pessoa idosa, considerada nas suas relações com o ambiente que a rodeia. Por outro lado, a visão pessimista concentrada na descrição dos défices nas aptidões, deu lugar a uma orientação mais realista, mais construtiva, principalmente sob a influência de Welford (1962, 1969, 1980). Este autor elaborou, a partir de investigações aprofundadas sobre as modificações do comportamento com a idade, um modelo teórico muito importante centrado na noção de **habilitação** (tradução que fazemos, à falta de melhor, da palavra «skill»). A traços gerais, pode dizer-se que o desempenho nas várias actividades humanas («performance») depende de três categorias gerais de variáveis. São elas as **solicitações** do meio ou dos objectivos que o próprio indivíduo a si mesmo impõe, as **capacidades** físicas e psíquicas que têm uma grande base constitucional mas também dependem do estado de saúde em cada momento, e as **estratégias** ou técnicas desenvolvidas ao longo do tempo para fazer face às solicitações usando as capacidades que se possui. Estas estratégias são diferentes de uma pessoa para outra, e têm maior ou menor grau de sucesso, consoante o contexto de solicitações e capacidades em que são usadas. Ao uso eficiente dessas estratégias chamou Welford **habilitação.** O estudo deste autor concentrou-se durante anos nas habilitações de tipo profissional e nas que possibilitam ao indivíduo manter a sua autonomia de vida; nos últimos anos veio a debruçar-se especialmente sobre o que se pode chamar **habilitações sociais,**

isto é, aquelas que permitem estabelecer uma comunicação com outrem e um intercâmbio mutuamente proveitoso. A contribuição essencial de Welford reside na sua orientação para a correcção dos desajustamentos que a idade ocasiona à medida que as capacidades físicas, sensoriais e intelectuais sofrem limitações progressivas. A solução pode estar na redução ou modificação das solicitações do meio, ou na aprendizagem de novas estratégias mais adequadas às aptidões existentes. Abre-se assim a porta a todo o esforço de treino do idoso para enfrentar e dominar os seus obstáculos, e chama-se também a atenção para a conveniência de desenvolver habilitações diversificadas ao longo da vida, que possam vir a ser úteis na fase da senescência. Demos propositadamente ênfase ao modelo teórico de Welford, não só porque ele continua a mostrar-se actual e a inspirar a acção e a investigação, como também porque ele nos parece representar a orientação mais correcta da psicologia, voltada para a relação entre o indivíduo e o ambiente, e interessada na acção na recuperação. Passaremos agora em rápida revista alguns dos tópicos mais relevantes para o nosso fim no domínio da psicologia da idade avançada.

## MODIFICAÇÕES INTELECTUAIS

*A velhice é isto: ou se chora sem motivo, ou os olhos ficam secos de lucidez.*

Miguel Torga, Diário, vol. 12

Até há poucos anos faziam lei as concepções de Wechsler (1958), resultantes dos estudos que este autor empreendeu em largas séries de indivíduos de diferentes idades. Comparando os vários grupos etários sob o ponto de vista do rendimento intelectual encontrou Wechsler valores de quociente de inteligência progressivamente mais baixos a partir dos trinta anos, e notou que tal declínio era menos acentuado nas provas com material verbal do que nas outras. Estes achados vinham confirmar noções já antigas em psicologia a respeito

do que se designava por **deterioração mantal**, processo de involução das funções cognitivas que se supunha ser automático e generalizado à totalidade dos indivíduos. Mais tarde foi introduzida a distinção entre a deterioração **fisiológica**, ou «normal», e a que se chamou **patológica**, própria dos estados de senilidade ou das situações de lesão grosseira do sistema nervoso (Delay, Pichot e Perse, 1955). Diversos métodos psicométricos foram propostos com o fim de avaliar o grau de deterioração; alguns alcançaram larga divulgação e foram usados extensivamente (v. Camilo Cardoso, 1971, 1978). Várias críticas foram formuladas à validade de alguns desses métodos; por exemplo, foi posto em causa o postulado em que eles assentam, a saber, que a diferença entre deterioração patológica e fisiológica é quantitativa mas não qualitativa (v. Barreto, 1971).

O progresso mais significativo neste domínio adveio de investigações de tipo **longitudinal**, em que os mesmos indivíduos foram re-examinados por várias vezes ao longo de um período mais ou menos extenso. Compreendeu-se que em pesquisas **transversais**, como as de Wechsler, os resultados da comparação de diferentes grupos etários reflectem não somente eventuais alterações devidas à idade como também diferenças «à partida» entre as condições de educação e de estimulação intelectual proporcionadas aos componentes dessas classes etárias. É o chamado **efeito das coôrtes**, que tende a dar uma imagem fictícia ou exagerada de declínio progressivo ao longo da vida. Por exemplo, há setenta anos a instrução primária não estava tão generalizada como há trinta; comparando hoje pessoas dessas idades é altamente provável que o grupo mais idoso obtenha um rendimento muito inferior nas provas de inteligência, que nunca estão isentas de um factor cultural. Um notável estudo sequencial, empreendido por Schaie e Strother (1968), mostrou claramente que várias aptidões intelectuais se mantêm estáveis ao longo da vida, ou aumentam mesmo até próximo dos 60 anos. Nesse estudo, as provas onde se observou decréscimo de rendimento foram aquelas em que a velocidade de resposta conta decisivamente para a pontuação. Por isso, Chown e Davies (1972), tal como Birren (1963) e Birren e cols. (1980) podem afirmar que a **lentificação** das reacções e dos processos intelectuais vem a ser a principal causa das modificações cognitivas ligadas à idade. Com efeito, a lentificação é um fenómeno bastante geral nos idosos, afectando não só as respostas

motoras como a percepção, a decisão, a aprendizagem e a resolução de problemas. A causa dessa lentificação tem sido interpretada de diferentes maneiras. Welford (1962) considera que ela pode resultar de dois factores convergentes: a perda de neurónios e a diminuição da relação sinal-ruído no sistema nervoso central. Assim, para a detecção de um sinal seria preciso analisar um fragmento mais longo do «input», o que limitaria o número de mensagens que podem ser recebidas na unidade do tempo. Outros autores apontam para o papel de áreas cerebrais específicas, como o locus ceruleus ou o núcleo dentado (Birren, 1980). No entanto, a maioria dos investigadores assinala as grandes diferenças individuais que se observam quanto à velocidade psicomotora entre pessoas de idade avançada, bem como os efeitos negativos da fadiga, de certas drogas e da inactividade, e os efeitos positivos do exercício físico, da motivação e da prática.

Outro fenómeno que, tal como a lentificação tem sido considerado expressão do «envelhecimento primário», vem a ser a **diminuição da memória de fixação.** Poucos temas da psicologia gerontológica têm sido tão explorados, por processos clínicos, psicométricos e laboratoriais (Talland, 1968). Deve, aliás, dizer-se que nem sempre há concordância entre os resutlados obtidos por estes diferentes meios. Os idosos queixam-se com enorme frequência das suas dificuldades de evocação; no entanto, os estudos controlados mais rigorosos não mostram existir, em geral perturbações da retenção a longo prazo ou da rememoração dos respectivos conteúdos. Quanto à memória a curto prazo, não foi possível precisar rigorosamente a natureza das alterações que apresenta com a idade, o que parece dever-se sobretudo à insuficiência dos modelos teóricos que se adoptam nesses estudos. Na realidade, contesta-se hoje a validade da distinção entre memória a curto e a longo prazo, e sugere-se que há pelo menos cinco tipos de memória, comportando-se de maneira diversa ao longo do envelhecimento. Numa revisão do problema feita por Fozzard (1980), conclui esse autor não estar provado que exista qualquer declínio na memória terciária (a longo prazo) nem na memória primária (reprodução imediata); mas por outro lado a **memória secundária** (reprodução mediata da informação recentemente adquirida) mostra claro decréscimo com a idade. Além disso, qualquer dos tipos de memória pode apresentar maior lentidão no seu funcionamento, em comparação com as pessoas mais jovens. Há ainda a

assinalar diferenças interindividuais e entre os tipos de material a ser memorizado (McGhie e cols., 1965; Craik, 1968).

Outras alterações a nível cognitivo são a tendência para um pensamento mais concreto, certa rigidez conceptual, e dificuldades na resolução de problemas devidas essencialmente a uma estratégia mais cautelosa, que leva a exigir mais dados para poder tomar uma decisão (Botwinick 1973). Na realidade, é difícil estabelecer quais das modificações trazidas pela idade são realmente reflexo de um envelhecimento do tecido nervoso, e quais, ou até onde, são de natureza «defensiva», resultado portanto de uma atitude particular em face da diminuição das capacidades e da persistência das solicitações, como diria Welford (1962, 1969, 1980). Este tema é de real importância, porque conduz à questão da validade de intervenções ou procedimentos destinados a atenuar ou eliminar os défices cognitivos. Têm sido propostas algumas **técnicas** que visam ajudar a pessoa idosa a melhorar o seu rendimento em tarefas de tipo intelectual (aprendizagem, solução de problemas), como por exemplo apresentar os dados a uma cadência mais lenta, evitar a interferência de estímulos externos irrelevantes, organizar a informação, usar mnemónicas, praticar repetidamente, dar apoio emocional, evitar críticas valorativas de tipo negativo, etc. Não há unanimidade quanto à avaliação dos resultados de tais procedimentos; no entanto, a tendência é para se afirmar que eles melhoram consideravalmente a eficiência, embora em muitas tarefas não seja possível igualar o rendimento de indivíduos mais jovens (Fozzard 1980).

Pelo que temos vindo a reflectir, parece pois que a noção de uma «deterioração mental fisiológica» global e progressiva a partir da terceira década da vida está hoje irremediavelmente posta de lado. Embora tenha sido demonstrada a existência de factores limitantes ligados à idade, tais como a lentificação e a dificuldade de consolidação mnésica, eles não afectam senão modestamente o rendimento intelectual da pessoa activa, que se socorre de estratégias apropriadas, até pelo menos aos 70-75 anos (Willis e Baltes, 1980). Os estudos longitudinais mostram que se algumas aptidões intelectuais, que se podem relacionar com a chamada **inteligência fluida**, mostram evolução decrescente nas provas psicométricas, já as aptidões ligadas à utilização da informação e às estratégias adquiridas de resolução de problemas, a **inteligência cristalizada**, mostram estabilidade ou

mesmo aumento até cerca dos 60-65 anos, e só discreto decaimento depois (Schaie e Strother, 1968 a c). Por outro lado, a **variação inter-individual** é muito grande e não pode deixar de ser tida em conta. Um dos progressos mais consideráveis da psicologia, neste domínio, foi sem dúvida a adopção de uma perspectiva diferencial. Todos os estudos mostram que a diversidade entre indivíduos idosos, no que se refere às funções mentais, é superior à que se observa entre os mais jovens. Desde a importante investigação de Heron e Chown (1967), muitas pesquisas têm demonstrado que grande número de idosos mantém até muito tarde a plenitude da sua eficiência enquanto outros manifestam diversos graus de declínio. Esta queda terminal parece mais relacionada com a proximidade da morte do que propriamente com a idade cronológica, segundo os resultados de vários estudos revistos por Kimmel (1980). Desta maneira, conclui-se que as investigações sobre a população idosa têm a ver, na realidade, com dois conjuntos de indivíduos: os que estão saudáveis e aparentam pouco ou nenhum declínio mental, e aqueles que estão afectados por situações patológicas e exibem um decaimento mais ou menos acentuado (Savage e cols., 1973). Falar-se de deterioração fisiológica como fenómeno geral seria, pois um erro, derivado de se ter feito a média entre dois grupos tão diferentes.

Para terminar, não queremos deixar de pôr uma questão a que seria conveniente encontrar resposta. Parece provado que a estimulação intelectual, a motivação e o treino têm um papel considerável na manutenção do rendimento mental das pessoas idosas. Até que ponto a falta dessas condições, em largos sectores da população de avançada idade, é responsável pela queda de eficiência que à observação clínica tantas vezes se patenteia? Quanta dessa aparente ou real deterioração seria evitável ou poderia ser reduzida através de medidas de intervenção ao nível social? Tentámos contribuir para um princípio de esclarecimento deste problema ao longo do estudo que adiante relatamos.

# EVOLUÇÃO DA PERSONALIDADE

*Tempo*
*Tempo sem amor e sem demora*
*Que de mim me despe pelos caminhos fora.*

Sophia de Mello B. Andersen, Livro Sexto

*Sou um homem que entra na velhice como se porventura entrasse na sua mais profunda casa*

Ruy Belo, Meditação anciã, Toda a terra

Tanto a experiência clínica, apoiada no estudo de biografias, como o senso comum parecem estar de acordo em que na segunda metade da vida, particularmente na transição para a senescência, ocorrem importantes modificações na afectividade e no carácter. Tais transformações consistiriam, umas vezes, na acentuação de determinadas disposições pré-existentes, e noutros casos, na emergência de características novas. Nas **representações estereotipadas do velho** assinalam-se, geralmente a par de aspectos positivos como a sabedoria, a moderação e o auto-controlo, outros menos favoráveis, tais como a rigidez e o dogmatismo, o conservadorismo exagerado, o pessimismo e a insegurança, o egocentrismo e a avareza, a dependência e o desleixo, a irritabilidade e a incontinência emocional. Há nesta imagem compósita elementos contraditórios, o que desde logo prejudica a sua validade universal. Mas é impossível negar a existência de modificações psíquicas ligadas à idade.

Não se deve, entretanto, perder de vista que muitas características básicas da personalidade mostram relativa estabilidade ao longo da vida, contribuindo desse modo para a constância da imagem pessoal. Na realidade, **transformação** e **continuidade** são dois aspectos complementares da evolução psíquica na vida adulta.

Pode considerar-se recente o interesse da Psicologia pelos aspectos da personalidade nos períodos da maturidade e da senescência. Até meados dos anos cinquenta, esses problemas eram abordados de

maneira casual, no desenvolvimento de formulações gerais. Riegel (1959) em metódica revisão da literatura sobre este tema, acabava por concluir que não existia ainda uma teoria coerente sobre o desenvolvimento da personalidade na vida adulta. Alguns autores, entretanto, deram importantes contribuições para a compreensão desta fase da existência no contexto das suas teorizações sobre o **ciclo vital.** Para eles, a vida pode ser entendida como uma sucessão de estádios, cada um dos quais com as suas características próprias. Para Jung (1933), a personalidade evolui constantemente, havendo aspectos que tendem a modificar-se, a desaparecer e a reaparecer de novo ao passo que outros — como os valores éticos — se mostram progressivamente mais rígidos. Na última fase da vida acentua-se a tendência para a intraversão, havendo como que uma «contracção» do espaço psicológico; simultaneamente, apagam-se as características psíquicas do próprio sexo e surgem alguns atributos do sexo oposto.

Charlotte Buhler (1962) empreendeu em Viena, nos anos 30, um vasto estudo comparativo de histórias biográficas. Dele derivou a sua teoria segundo a qual todos os indivíduos tendem, ao longo da vida, para a realização de determinados objectivos, primitivos ou complexos, conscientes ou não, mas sempre altamente pessoais. A existência humana desenrola-se em cinco estádios, ao longo dos quais se processa a preparação, a expansão, o apogeu e o declínio da actividade dirigida para aqueles fins. Na última fase, correspondente à velhice, o indivíduo faz o balanço da vida passada e experimenta sentimentos de realização ou de fracasso, consoante o sucesso alcançado pelos seus esforços. Nesta idade poderiam surgir de novo objectivos a curto prazo, ligados com a satisfação de necessidades imediatas. Numa perspectiva semelhante Kuhlen (1959) descreve um processo de expansão e crescimento na primeira metade da vida, seguido por um refluxo na segunda metade. Nesta, as gratificações nem sempre consitiriam na experiência directa da posse, do prestígio, do poder, etc., mas teriam frequentemente um carácter indirecto e substitutivo; por outro lado, a importância desses objectivos enquanto fontes de motivação diminuiria e aumentaria a da ansiedade relacionada com a vida presente a expectativa do futuro.

Erikson (1978) desenvolveu a sua célebre teoria geral da vida humana, a qual considera uma sucessão de oito estádios, cada um dos quais envolve uma tensão entre tendências opostas. A resolução

desses conflitos através de uma adaptação activa, mais do que por um passivo «ajustamento», fará surgir como síntese dialéctica determinados valores humanos, que podem assim considerar-se conquistas de certos períodos da vida. O adulto jovem oscila entre «intimidade» e «isolamento», na idade em que as interacções sexuais e sociais atingem o seu máximo; o valor emergente será o amor. Na meia-idade a tensão estabelece-se entre «generatividade» e «estagnação», em torno das tarefas de educar e orientar a geração mais nova; dessa oposição nascem o desvelo e a dedicação. Finalmente, no estádio da velhice o indivíduo terá de optar entre a «integridade do eu» e o «desespero»; é a ocasião do balanço, da atribuição de um significado à vida passada, da aceitação de si e do fim último. A teoria de Erikson põe claramente o problema do sucesso ou insucesso do processo adaptativo, e da satisfação ou insatisfação resultantes. Adiante retomarmeos o tema e mencionaremos estudos que nesta teoria se inspiraram.

Nos últimos anos várias críticas têm sido feitas às teorias que encaram a vida como uma sucessão de estádios. Neugarten (1979), por exemplo, defende que tais concepções pecam por super-simplificação, porque a vida actual tende a ser mais «fluida» e menos regularmente pautada pelas normas sociais que há meio século — prolongamento da duração da vida; atraso do climatério e da viuvez; adiantamento da idade da reforma e da saída dos filhos do lar; aumento da frequência dos divórcios, dos novos casamentos, das mudanças de profissão e dos re-ingressos nos estudos. Além disso, os mesmos temas de preocupação e de conflito aparecem e reaparecem ao longo da vida, sob formas diferentes (responsabilidade pelos filhos, cuidado dos pais idosos) e sem qualquer referência cronológica. E, finalmente, porque as modificações psicológicas ocorrem lentamente, sem necessária conexão com acontecimentos externos ou com idades pré-definidas. Tal como Thomae (1976), também Neugarten insite em que, à medida que a existência avança, os estilos de vida se tornam cada vez mais diferentes uns dos outros: **a personalidade enriquece-se, complica-se e diferencia-se**; o comportamento torna-se mais coerente, menos contraditório e mais previsível; os traços peculiares do carácter de cada indivíduo acentuam-se e a estrutura da sua personalidade torna-se mais manifesta. Até certo

ponto, essa evolução dificulta a adaptação a novas condições de de vida; por outro lado, torna cada pessoa mais singular, o que leva a encarar com reserva as teorias que atribuem aos idosos, em bloco determinadas características distintivas.

Durante os anos sessenta e setenta desenvolveram-se nos Estados Unidos e na Europa importantes projectos de investigação multidisciplinar sobre as modalidades de evolução psíquica na meia-idade e na senescência, e sua relação com a eficácia da adaptação e com a satisfação de viver. Um dos primeiros desses estudos foi realizado na Universidade da Califórnia, em Berkeley, por uma equipa chefiada por Suzanne Reichard (v. Bromley, **1966**). Cerca de uma centena de homens desde a meia-idade até à velhice foram intensivamente submetidos a questionários e a testes, com o fim de pôr em evidência diferenças de forma de adaptação à reforma e sua relação com tipos de personalidade. Adiante mencionaremos alguns dos resultados colhidos; para já salientamos que esta pesquisa mostrou como é grande a **diversidade** entre os idosos no que respeita ao modo de reagir emocional e ao estilo adaptativo, e também a considerável **constância** destas características em cada indivíduo durante a vida adulta e na própria senescência.

Se as disposições fundamentais da personalidade tendem a mostrar-se estáveis, portanto, não é menos verdade que alguns traços específicos parecem modificar-se. Foram empreendidas pesquisas cuidadosas sobre as **transformações** que sobrevêm com a idade, tentando estudar a natureza dessas alterações e a eventual relação que possam ter com os processos cognitivos ou com as influências do meio social. Podem citar-se, entre outros, os trabalhos de Craik (1964) e Heron e Chown (1967) sobre a tendência para a intraversão; de Botwinick (1966, 1973) sobre a estratégia de evitamento de riscos e sobre os diversos tipos de rigidez; de Chown (1962) e de Edwards e Wine (1963) também sobre a rigidez e a sua relação com uma baixa capacidade intelectual. Destes trabalhos e de outros semelhantes pode concluir-se que as pessoas de idade avançada, quando tomadas em conjunto e comparadas com as mais jovens, mostram maior rigidez perceptiva e de pensamento, com maior dificuldade em se adaptarem às modificações do meio que as rodeia; maior intolerância da ambiguidade e por consequência certa tendência para o dogmatismo; menor susceptibilidade a deixarem-se influenciar pela pressão social;

maior interesse pelos seus próprios problemas, emoções e saúde que pelo mundo exterior; tendência crescente para a intraversão; e atitude mais passiva e conformista perante as realidades da vida. Em muitos indivíduos estas modificações já se começam a evidenciar antes dos 50 anos, mas na maior parte só se tornam manifestas por altura da transição para a senescência, entre os 65 e 70 anos. No seu conjunto parecem conformes com a noção de «refluxo centrípeto» (Kuhlen, (1959), com a contracção do espaço psíquico e a orientação para o «interior». Na origem destas transformações está, possivelmente, o processo de envelhecimento biológico, responsável pela diminuição geral da actividade espontânea, pelo declínio progressivo do comportamento sexual e pela redução das relações interpessoais e da actividade social (Birren 1964).

Uma das linhas de investigação que se revelaram mais fecundas foi a empreendida pelo chamado grupo de Chicago (Cumming e cols., 1960, 1961, 1970; Neugarten, 1973, 1979; Havighurst, 1968). Estes investigadores levaram a efeito um conjunto de pesquisas que ficou conhecido por «Estudo sobre a Vida Adulta de Kansas City» por nesta cidade ter sido realizado. Contrariamente às investigações que atrás citámos, orientadas para traços específicos, este projecto foi conduzido com a preocupação de lançar luz sobre a **evolução da personalidade enquanto estrutura global.** O grupo de Chicago recebeu inspiração das correntes dinâmicas da psicologia e recorria, por vezes, nas suas interpretações, a conceitos de origem psicanalítica que tiveram grande voga nos meios americanos até meados da década de sessenta. Cerca de 700 indivíduos com idades entre 40 e 80 anos, relativamente saudáveis e vivendo no domicílio, foram observados repetidamente durante perto de sete anos. Apesar de não terem sido incluídos indivíduos com perturbações psíquicas, e de não ter havido colheita de dados sobre a saúde e as funções fisiológicas dos sujeitos, o que constitui importante limitação do alcance deste estudo, ele teve no entanto a vantagem de ser a um tempo transversal e longitudinal. Os seus resultados foram sendo publicados ao longo de uma dezena de anos; deles não podemos dar senão uma visão muito sumária.

Certas características da personalidade revelaram possuir relativa estabilidade. Assim, os interesses dominantes e as atitudes e valores, apoiados numa representação cognitiva do mundo e da vida mostraram tendência a persistir ao longo do envelhecimento como

já Birren (1964) apontara. Mas também os estilos de vida, as reacções adaptativas próprias de cada indivíduo, os mecanismos de defesa e de superação de obstáculos («coping mechanisms») se apurou serem mais variáveis de pessoa para pessoa do que em função da idade, dentro da mesma pessoa. Em suma, parecem ser relativamente **constantes** ao longo da vida os **objectivos pessoais** e o conjunto de **reacções adaptativas** utilizados para os atingir. Havighurst (1968) descreveu quatro tipos de personalidade, a partir dos dados fornecidos por testes e questionários, atendendo essencialmente ao estilo de adaptação patenteado face às transformações da vida. Esses tipos que designou por «integrado», «couraçado-defensivo», «passivo-dependente» e «não integrado», distribuiam-se de maneira homogénea pelos indivíduos das diferentes idades, os quais, por sua vez, mostravam tendência a persistir nos seus padrões de comportamento ao longo da vida.

Em contraste com o que sucede com tais características «exteriores» da personalidade, os estudos de Kansas City põem em relevo importantes modificações que ocorrem nos processos internos, encarados estes na perspectiva dinâmica dos autores. Assim, Neugarten (1963, 1977), a partir das respostas a testes projectivos (T.A.T. e outros), conclui que a energia do «Ego», necessária para as tarefas no mundo exterior, diminui com o avançar na idade; isso explicaria porque os idosos tendem a reagir menos aos estímulos externos e mais aos internos, a retirar os seus investimentos afectivos, a perder capacidade de afirmação de si e combatividade, e a evitar riscos e desafios. Para a mesma autora, há também modificações no estilo de actuação do Ego, que no homem abandonaria uma forma activa e directa de domínio da realidade («mastery»), em proveito de formas indirectas e passivas. Gutmann (1977) estudou estes processos em diferentes culturas das Américas do Norte e Central e obteve resultados idênticos; chama, em particular, a atenção para o aumento das chamadas formas «mágicas» de domínio. Na mulher, inversamente, o domínio passivo cede lugar a um domínio activo. Como já descrevera Jung (1933), há importantes diferenças entre os sexos a este respeito. Com a idade, os homens parecem vir a aceitar melhor os seus impulsos para a ternura e a dependência, enquanto as mulheres deixam transparecer, sem experimentar culpabilidade, impulsos egocêntricos e agressivos. Tudo se passa como se, esbatidos os papéis

ligados à vida sexual e à educação dos filhos, deixassem de estar reprimidas em cada sexo as atitudes proscritas pelas normas sócio-culturais, e se generalizasse o padrão «unissexo» de comportamento.

Detivemo-nos um pouco sobre os estudos do grupo de Chicago dada a sua importância como pioneiros neste campo e como inspiradores de larga controvérsia. Outras linhas de investigação merecem também ser referidas, como é o caso do estudo longitudinal sobre o envelhecimento levado a efeito na Universidade de Duke (v. Busse 1961; Busse e Pfeiffer, 1969; Blazer e Williams, 1980). Os resultados destas pesquisas confirmam a ampla variabilidade das características da personalidade e dos estilos adaptativos entre as pessoas idosas, pelo menos enquanto a doença não vem introduzir um certo nivelamento de reacções. Na verdade, poderíamos dizer simplificadamente que com a idade as pessoas se parecem cada vez mais consigo próprias; por isso não é fácil enquadrá-las em tipos, nos moldes da caractereologia clássica.

Esta é também uma das principais conclusões da mais importante pesquisa europeia neste domínio: o Estudo Longitudinal de Bona sobre o Envelhecimento (Hans Thomae, 1976). Mais de duas centenas de idosos foram observados por cinco vezes durante um período de 8 anos; de cada vez entrevistas, testes, exames médicos e avaliações do comportamento foram realizados durante uma semana. A principal limitação deste estudo consiste em só ter abrangido indivíduos «saudáveis», ficando assim à partida excluída a possibilidade de esclarecer aspectos tão importantes como o papel da personalidade ou dos antecedentes biográficos na origem dos estados depressivos, por exemplo. No entanto, os resultados a que Thomae e seus colaboradores chegaram são extremamente interessantes sob o ponto de vista da relação entre variáveis psicológicas (funções cognitivas, velocidade psicomotora, traços da personalidade, e grau de satisfação pela vida) por um lado e características do meio físico, sócio-económicas, ocupacionais e de convivência, por outro. Dada a sua enorme complexidade, não podemos transcrever aqui os tipos de interacção encontrados. Diremos, contudo, que para o grupo de Bona a **personalidade**, não propriamente entendida em termos de traços ou tipos clássicos mas antes no sentido de conjunto estruturado de disposições, resultantes de factores genéticos e principalmente da aprendizagem e da socialização ao longo da vida, vem a ser a

noção-chave de que se servem para explicar o comportamento do indivíduo idoso. Quer isto dizer que não são tanto as circunstâncias actuais da sua vida, ou os acontecimentos recentes, que determinam as suas reacções, mas sim a «percepção» que o indivíduo tem dessas circunstâncias e desses acontecimentos. Os investigadores de Bona subscrevem, assim uma **teoria cognitiva da personalidade** ou do comportamento, cujo primeiro postulado afirma que é a representação cognitiva da situação que funciona como estímulo efectivo para o organismo (Thomae, 1976). Essa representação depende, por sua parte, de factores motivacionais: de acordo com o segundo postulado da teoria, qualquer modificação na situação é reconhecida e avaliada em função das aspirações, expectativas e preocupações dominantes no indivíduo no momento. Assim, por exemplo, uma alteração na vida quotidiana provocada pela doença de uma irmã mais velha poderá ser sentida apenas como uma ligeira contrariedade, enquanto a diminuição de contactos com um filho ou neto poderá assumir proporções de catástrofe aos olhos da mesma pessoa. Quer dizer, portanto, que o efeito perturbador dos acontecimentos depende, em grande parte do significado que se lhes atribui, e que este tem muito a ver com o sistema de motivações do indivíduo. Thomae chama também a atenção para o facto de tal representação cognitiva ser relativamente flexível e poder ser modificada pelo próprio sujeito, com fins «defensivos». A insastifação ou mesmo angústia derivadas de incongruência entre «os sistemas cognitivo e motivacional do indivíduo», ou por palavras nossas, entre o que se deseja e o que se reconhece como conseguido, podem ser atenuadas por duas formas: modificando-se activamente a situação, ou alterando-se a percepção que dela se faz (ver adiante). Thomae parece não considerar a outra alternativa «lógica»: modificar as próprias motivações. Houve, no entanto quem o sugerisse, entrando em conta com a tendência para a interiorização tão frequente nas pessoas idosas. Porque não interpretar esse desprender dos objectos externos como uma reestruturação do sistema de motivações, que visa evitar a angústia da frustração? Abordemos, pois, mais de perto os aspectos relacionados com a adaptação e o envelhecimento.

## SATISFAÇÃO E ADAPTAÇÃO

*Les choses me quittent peu à peu, et moi je les quitte à mon tour.*
*On ne peut entrer que nu dans les conseils de l'Amour.*

Paul Claudel, La messe la-bas

Entre os temas com que, nas últimas duas décadas, mais frequentemente deparamos na literatura psicológica relativa à idade avançada, salienta-se sem dúvida a questão do **sucesso no envelhecimento.** Os autores americanos, certamente por razões culturais que alguma coisa terão a ver com uma espécie de valoração mítica do êxito individual, têm mostrado particular interesse por estes problemas. Daí que provenham do outro lado do Atlântico quase todas as investigações sobre tal matéria.

Quando se fala de sucesso a propósito de idades mais jovens, ou mesmo da meia-idade, é sempre com referência a determinados padrões mais ou menos objectivos, que têm a ver com as realizações concretas alcançadas, com os objectivos que foram atingidos. No entanto, na idade do «refluxo», em que os grandes empreendimentos já pertencem ao passado, outros terão de ser os critérios de êxito, mais em relação com a adaptação às novas condições de existência do que com as realizações efectivas.

Na verdade, como já dissemos por mais de uma vez, a senescência é um dos grandes períodos onde mais abundam as **transformações** — nas funções biológicas, nas capacidades mentais, nas disposições da personalidade, nos papéis sociais — com a diferença, relativamente a outras épocas de transição, que aqui essas modificações são sentidas, na sua quase totalidade, como **perdas** (Chiriboga e col., 1980). E mais ainda, são muitas vezes representadas cognitivamente como estreitamentos do «espaço de vida» (Cumming, 1960; Fisseni 1976) e como sinais premonitórios das perdas que estão para vir.

O conceito de **adaptação**, fundamental nas ciências humanas, é provavelmente oriundo da biologia, onde designa o conjunto de modi-

ficações de estrutura, desenvolvimento e função que os seres vivos têm de sofrer para assegurar a sua sobrevivência sob condições substancialmente alteradas. Esta noção comporta dois elementos que convém salientar: modificação no acessório (forma ou função) para salvaguardar a continuidade no essencial (subsistência do indivíduo ou da espécie, ou da vida, como tal). Em psicologia, o conceito de adaptação veio substituir a noção um tanto ambígua de «ajustamento»; embora não sejam precisamente a mesma coisa, os dois termos têm sido usados na prática quase como sinónimos, e assim faremos também nós.

Convém distinguir, contudo, dois sentidos que se podem atribuir ao conceito. Enquanto **processo**, adaptação tem a ver com a forma como se satisfazem as necessidades e se reduzem tensões, particularmente nas circunstâncias em que estão bloqueadas as vias usuais. Os estilos de adaptação não tendem a mudar ao longo da vida, como vimos já, embora mudem os tipos de problemas, as capacidades, o repertório de hábitos e de habilitações, e os mecanismos utilizados (Kuhlen, 1959). Já quando o conceito de adaptação é empregue para descrever **um estado**, estamos a referir-nos à condição de equilíbrio do indivíduo com o meio e também consigo mesmo, em determinado momento. É evidente que tal equilíbrio pode ser melhor ou pior conseguido; há portanto que considerar diversos graus de adaptação, e mesmo resultados não-adaptativos. Torna-se, assim, inevitável introduzir critérios valorativos, em relação ao que se entende por essencial e por acessório. Se o quadro de referência é **social**, tal critério é externo, e o comportamento do indivíduo é avaliado em confronto com as normas culturais atendendo à eficiência com que desempenha os papéis e obrigações que lhe cabem. Já quando se adopta uma perspectiva **pessoal** o critério é então estabelecido pelo sujeito, e tem que ver com a maneira como ele se representa a si mesmo a realização dos seus objectivos, e a expectativa de futuro; por outras palavras, diz respeito à **satisfação de viver.**

É óbvio que estes critérios interno e externo podem não coincidir, e assim acontecer que uma determinada pessoa seja considerada inadaptada quando ela própria se sente satisfeita, ou inversamente. A tendência tem sido, todavia para dar preponderância ao critério subjectivo, pelo menos nos domínios da psicologia e da psiquiatria.

Como encontrar uma definição do que se deve entender por

um envelhecimento feliz? E quais as condições a preencher para alcançar esse objectivo? São estas as questões a que, afinal, interessa responder, mas a verdade é que se está ainda bem longe do consenso. A maior parte das investigações neste campo tem procurado esclarecer o problema, tentando encontrar confirmação para determinadas posições teóricas que nos últimos vinte anos têm dominado a cena por assim dizer. Vamos passar em revista as formulações mais importantes, e os resultados mais significativos das pesquisas que elas inspiraram.

**A teoria da actividade:** Em 1959, Kuhlen publicou um estudo exaustivo da literatura sobre este assunto, do qual vamos sintetizar as principais conclusões. Podemos hoje considerá-las como uma espécie de pano de fundo, contra o qual se recortam as contribuições mais recentes. Para o autor, os «sintomas» de um ajustamento bem conseguido são: sentimentos de satisfação e auto-estima; ausência de ansiedade; capacidade de suportar a frustração e de superar situações de ameaça e de sobrecarga («stress»). Este último requisito era, a seu ver, da maior importância para a manutenção do equilíbrio face às inevitáveis perdas e crises que o envelhecimento traz consigo. Para Kuhlen, como para outros autores desse tempo, a satisfação e a auto-estima seriam proporcionais à actividade desenvolvida e à intensidade das interacções sociais, e por essa razão tenderiam a diminuir com o avançar na idade. A ansiedade, por seu lado, estaria ligada às situações de transição e mudança, em que há redução do potencial de resposta adequada e que são tão frequentes na senescência. Nesta fase da vida seria, portanto, de prever uma diminuição global da eficiência do ajustamento, que se traduziria por uma baixa geral da satisfação de viver, fenómeno natural e inevitável. Vários factores, além da idade, afectariam entretanto este processo, entre os quais os traços dominantes da personalidade, o estilo adaptativo que lhe é peculliar, o significado que atribui à vida e à velhice, e as capacidades de que dispõe. Para um envelhecimento com sucesso, Kuhlen conclui «é importante estar ocupado e desempenhar vários papéis importantes» (na família, na sociedade, etc.) «ter actividades e contactos sociais diversificados, e estar orientado para o futuro». Formulações deste tipo reflectem o que se veio a designar por teoria da actividade, segundo a qual, portanto, deverá ser contrariada a

tendência da sociedade para afastar e isolar a pessoa idosa, isolamento esse que seria a principal causa da sua infelicidade. Para uma adaptação com êxito, deverá o idoso desempenhar o mais tempo possível as actividades profissionais e sociais, ou encontrar substituto para elas quando já não for possível exercê-las. O pressuposto básico é que a satisfação deriva necessariamente da existência de uma imagem positiva de si mesmo, resultante da percepção de que se é capaz de atingir os objectivos pessoais e de manter uma interacção social mutuamente satisfatória. É fácil de ver quanto esta posição teórica é inspirada por uma filosofia activista e que considera as trocas interpessoais como uma espécie de fim em si mesmo.

**A teoria do desligamento:** Em reacção contra tal concepção demasiado estreita surgiu e desenvolveu-se, nos anos sessenta, a teoria do desligamento («disengagement») a partir dos trabalhos de Elaine Cumming e seus colaboradores (1960). Estes investigadores da escola de Chicago empreenderam um vasto estudo em Kansas City, onde uma vasta amostra de idosos de todos os estratos sociais foi submetida a repetidas entrevistas ao longo de três anos. Da análise do material recolhido concluiram que as pessoas idosas mostram tendência natural para reduzir os seus contactos sociais, processo este que é intrínseco e não imposto pela sociedade, e que começa pela sexta década da vida. O idoso experimenta, afirmam esses autores, uma progressiva redução do seu envolvimento afectivo com o meio ambiente, a começar pelas áreas mais periféricas; a diminuição na quantidade e qualidade das trocas sociais acompanha-se de uma contracção do «espaço de vida» e de um aumento paralelo das preocupações consigo próprio. Segundo os proponentes desta teoria, o processo de desligamento representa um mecanismo adaptativo tornado necessário pela redução de energia física e mental inerente à idade. A limitação das tarefas e do envolvimento social visaria alcançar um novo equilíbrio entre as solicitações do meio e os recursos disponíveis. Somente assim seria possível manter a satisfação de viver. Se, por hipótese, o indivíduo se visse obrigado a desempenhar papéis activos na sociedade e na família, o seu «moral» acabaria por ser afectado, instalando-se o pessimismo e o descontentamento. Dificilmente se poderia imaginar uma posição tão oposta à teoria da actividade; na verdade, o carácter extremista e normativo tanto de

uma como de outra é o único ponto em que se assemelham. Ambas as correntes de pensamento tendem a conceber a adaptação ao envelhecimento como um processo linear, com um sentido único e obrigatório para todos os indivíduos. As investigações subsequentes, todavia, vieram pôr em causa essa rigidez e conduziram a novas formulações que se afiguram mais próximas da realidade.

**Os padrões de envelhecimento:** A repercussão da teoria do desligamento foi imensa, no seio da gerontologia social e da psicologia, e por isso a pesquisa que nela se inspirou não pretendia mais, ao princípio, do que ajustar certos pormenores e precisar melhor o seu alcance. Mais tarde foi sendo cada vez mais evidente que uma teorização normativa é inadequada e deve ceder o lugar a posições mais diferenciadas, que admitam a possibilidade de existirem diversos padrões de envelhecimento com êxito sob o ponto de vista da adaptação e da satisfação pessoal.

Lowenthal e Boler (1965) estudaram em São Francisco uma vasta série de idosos vivendo no domicílio, e procuraram avaliar o grau de desligamento social e familiar que se processara nos dois anos anteriores. Entre as pessoas que haviam reduzido significativamente as suas interacções, distinguiram os casos de desligamento **voluntário** e **involuntário**,— estes últimos quando na sequência de doença física, viuvez ou reforma. Por outro lado, separaram os indivíduos não desligados em dois «lotes» consoante tinham ou não sofrido essas mesmas privações. Os quatro grupos resultantes foram comparados entre si sob o ponto de vista da satisfação de viver patenteada pelos seus componentes. Aqueles que se haviam desligado voluntariamente mostravam moral elevado, tal como os indivíduos que mantiveram a sua actividade e não sofreram privações; o moral era baixo entre os desligados voluntariamente. Os resultados não são, assim, inteiramente conformes com o que previa a teoria do desligamento; na realidade, o que aparentemente afectava a satisfação de viver eram as privações associadas com a doença física, a viuvez e a reforma recente. O isolamento social tanto podia coexistir com moral elevado como com pessimismo; o que efectivamente parecia contar era a existência ou não daquelas privações, bem como determinados factores da personalidade. Outro achado de interesse foi que em muitos dos indivíduos mais ou menos desligados do seu meio social e familiar

menos próximo há um nítido esforço da sua ligação à pessoa ou pessoas com quem convivem de perto. Vê-se, assim, que paralelamente ao desenvolvimento da zona periférica do ambiente social há um re-investimento no seu núcleo, constituído pelos que Lowenthal chama os confidentes.

Vários autores têm, desde então, procurado demonstrar que são muito diversos os estilos adaptativos e diferentes os caminhos do envelhecer, sem prejuízo da harmonia e da satisfação. Já os investigadores de Berkeley, a que nos referimos atrás, tinham descrito cinco tipos de comportamento comuns no período após a reforma. Os «amadurecidos» aceitavam as transformações e procuravam actividades compensatórias; os «couraçados» lutavam para manter o máximo de actividade e de participação social; e o grupo tipo «cadeira de balanço» incluía indivíduos totalmente passivos e dependentes de outrem. Nestas três categorias os comportamentos poderiam considerar-se adaptativos e o moral era relativamente elevado. O mesmo não acontecia nos grupos formados por «hostis» e «descontentes de si», uns e outros pessimistas e plenos de agressividade respectivamente voltada contra os outros ou contra si próprios. Este estudo inspirou a Havighurst (1968) uma pesquisa mais vasta e mais rigorosa, graças à qual lhe foi possível descrever oito estilos «típicos» de adaptação às condições da senescência. Estes oito tipos caracterizavam-se por diferentes graus de actividade nos papéis familiares ou sociais, actividade essa que pode ser global ou selectiva, e por diferentes estruturas básicas da personalidade, de acordo com a tipologia preconizada por esse autor e que já mencionámos. Tais são, em rápida definição esses **padrões de envelhecimento:**

**Reorganizadores:** personalidade bem integrada; mantêm plena actividade, substituindo as actividades cessantes por outras novas; alta satisfação de viver.

**Focalizados:** personalidade integrada, mantêm actividades em áreas preferidas; alta satisfação.

**Desligados com sucesso:** personalidade bem integrada; cessaram voluntariamente a sua actividade nos papéis antes desempenhados; têm boa imagem de si e estão satisfeitos.

**Persistentes** ou «agarrados»: personalidade couraçada-defensiva; tentam aguentar ou persistir nas tarefas da meia-idade bem para além dela; satisfeitos enquanto tal lhes é possível.

**Restringidos:** personalidade couraçada-defensiva; reduziram actividades e contactos como meio de defesa; satisfação moderada a alta.

**Apoiados** ou «encostados»: personalidade passiva-dependente; gozam do suporte emocional que lhes é necessário; nível médio de actividade e de satisfação.

**Apáticos:** personalidade passiva-dependente; escassa motivação e pouca actividade; satisfação média ou baixa.

**Desorganizados:** personalidade não integrada, possível deterioração intelectual ou falta de controlo emocional; pouca actividade e satisfação média ou baixa.

Os padrões mais frequentes, na sociedade americana onde este estudo foi conduzido, são os «persistentes» e os «reorganizadores» e o mais raro o dos «desligados com sucesso». É obviamente difícil definir operacionalmente a satisfação de viver. Havighurst utilizou escalas para avaliar o grau em que os indivíduos: (1) sentiam gratificação pela vida quotidiana; (2) viam um sentido na vida e aceitavam a sua «parte má»; (3) julgavam ter alcançado os seus principais objectivos; (4) tinham boa imagem de si; e (5) mostravam humor elevado. O índice resultante tinha, pois, componentes afectivos e cognitivos. Desta investigação conclui-se, assim, que a satisfação de viver não está dependente do processo de desligamento, antes pelo contrário parece estar geralmente associada com níveis altos de actividade nos papéis sociais e familiares. Há de facto, pessoas que conseguem satisfação através desse desligamento, mas tais casos são mais a excepção que a regra. São as características estruturais da personalidade, como «a integração entre os elementos racionais e emotivos da vida psíquica», que condicionam os padrões adaptativos ao longo da vida adulta, e por conseguinte contribuem para determinar o grau de satisfação proporcionado por essa mesma vida.

**A teoria da mudança de papéis:** Se os estudos que acabamos de citar merecem referência especial por introduzirem a noção de diferenças inter-individuais quanto ao estilo de adaptação, outras investigações não menos importantes têm vindo a lançar alguma luz sobre a questão da actividade e do desligamento. Mencionaremos os trabalhos de Olbricht e Lehr (1976), que, integrados no projecto longitudinal de Bona, estudaram com grande pormenor as mudanças observadas ao longo de alguns anos nos papéis intrafamiliares (enquanto cônjuge, pai, avô e parente) e sociais (enquanto amigo, colega, associado, conhecido e cidadão). Além das mudanças objectivas, registaram também a representação cognitiva que delas faziam os sujeitos, traduzindo o seu grau de satisfação nesse sector. Puderam assim observar que os papéis intra-familiares se mostram relativamente estáveis ao longo dos anos, enquanto os papéis sociais são mais susceptíveis de mudar. O comportamento social é muito variável de indivíduo para indivíduo, enquanto o comportamento na área familiar é mais semelhante e por isso mais previsível. Quando numa pesoa idosa se nota diminuição da interacção social, encontra-se também uma baixa moderada do nível de satisfação global, mas não tão acentuada que se possa concluir que o isolamento social seja fonte de sofrimento. Nos indivíduos estudados por Olbricht e Lehr as flutuações da satisfação de viver eram geralmente paralelas às modificações da actividade, e no mesmo sentido, o que parece dar alguma razão à teoria da actividade. Apenas numa minoria de casos a baixa de actividade era acompanhada por aumento de satisfação. Sendo assim pode concluir-se que o desligamento, enquanto fenómeno adaptativo, tem um papel bastante secundário e é utilizado apenas por um pequeno número de indivíduos. Olbricht e Lehr introduzem, a este propósito, duas noções importantes. A primeira é a de **desligamento temporário**, fase de interiorização que ocorre por vezes em períodos de transição, como a adolescência e a reforma; a ele se segue um re-ligamento ao meio social, onde a pessoa vem a assumir novos papéis. Outro conceito importante é o de **desligamento selectivo**, que tem lugar apenas relativamente a certos papéis periféricos (amizades relações sociais), enquanto paralelamente ocorre um reforço dos papéis intrafamiliares. Este processo, que parece ser assaz frequente, já fora posto em evidência por Lowenthal e Boler (1965) como referimos.

Investigando por métodos laboriosos as causas das modificações que se observam nas diversas áreas, os investigadores de Bona puderam apurar que as mudanças nos papéis familiares são geralmente fruto de condições e acontecimentos objectivos: número de filhos, estado civil, tipo de lar, saúde física. Em contrapartida as alterações nos papéis extra-familiares parecem depender em primeiro lugar de factores subjectivos: sentimentos de realização, expectativa para o futuro, percepção de ser apreciado por outros. Daí que estes autores, ao formularem a sua «teoria da mudança de papéis», insistam em que às pessoas idosas, em face das transformações que a sociedade lhes impõe, não restam apenas como defesa a habituação passiva, o isolamento, ou o ajustamento das suas representações cognitivas (ou seja, mudar a sua perspectiva da realidade para melhor a poder suportar). A muitos idosos é possível modificar activamente o seu comportamento social, assumindo novos papéis, em consonância com uma imagem positiva de si próprios, e retirar daí alto grau de satisfação.

## STRESS E ESTRATÉGIAS DE SUPERAÇÃO

*Take thy beak from out my heart, and take thy form from off my door!*

*Quoth the Raven, «Nevermore».*

Edgar Allan Poe, The Raven

Assistimos na última década a uma revalorização das teorias psicológicas apoiadas no conceito de «stress» ou sobrecarga, introduzido por Selye nos anos quarenta. Em parte, tal pode atribuir-se ao aparecimento de instrumentos de avaliação na forma de questionário sobre acontecimentos recentes que, como já dissemos, constituem ainda meios relativamente grosseiros de investigação. Mas este renascer de interesse deve ser sobretudo interpretado como conse-

quência do desenvolvimento da psicologia científica, que a impele a procurar amplas formulações teóricas capazes de «pôr em ordem» os conhecimentos já adquiridos e de sugerir novos rumos para a pesquisa.

Lazarus (1971, 1977) retomou, assim, o conceito de **stress** e introduziu-lhe as modificações que a transposição do domínio fisiológico para o da psicologia naturalmente impunha. Para a maioria dos autores, o termo designa presentemente um conjunto de estimulações capazes de serem percebidas como ameaçadoras e de desencadearem respostas de adaptação. Assim, embora o conceito de stress diga essencialmente respeito aos estímulos, à situação, a definição menciona também os mecanismos mediadores e as eventuais respostas, deste modo pondo em evidência que o que está em causa é a interacção entre o indivíduo e o ambiente.

**Os agentes de stress:** Um grande número de investigações teve por objectivo identificar as causas do stress, ou por outras palavras caracterizar as circunstâncias em que as condições do meio circundante funcionam como agentes «stressores». Para exemplificar, citaremos as pesquisas sobre os efeitos de acidentes naturais (Friedsam, 1961) e de mudanças de alojamento (Miller e Lieberman, 1964) em pessoas idosas; e lembramos os estudos sobre a reforma, a doença física e a perda do cônjuge, de que falamos atrás. Durante bastantes anos o interesse dos gerontologistas esteve, assim, voltado para o estudo dos efeitos psicológicos de situações específicas, com o objectivo de definir as variáveis associadas com maior ou menor sucesso adaptativo. Uma orientação um tanto diferente foi tomada por Berkman (1967) quando este autor investigou os **efeitos cumulativos** de diferentes tipos de privações: reconhece-se já que o stress não depende exclusivamente da natureza do estímulo, mas de um conjunto de outros factores em interacção. Palmore (1974) chegou aproximadamente à mesma conclusão, após um estudo longitudinal empreendido na Universidade de Duke. Autores como Holmes e Rahe (1967) e Paykel e cols. (1969, 1971) foram ainda mais longe e admitiram que o stress é inespecífico relativamente às situações que o podem causar, e deste modo diferentes acontecimentos ocorridos em certo período de tempo terão um efeito aditivo na sobrecarga que recai sobre o indivíduo.

Deve-se aos estudos de Neugarten (1977, 1979) sobre as épocas de transição na vida humana a importante noção de que o stress depende da ocasião em que os acontecimentos se produzem. Quando uma perda é esperada, por ser natural a sua ocorrência em certa idade — **transição normativa** — como a reforma ou a maioria das situações de viuvez, a perturbação psíquica é mínima e o reajustamento mais fácil. Já em caso de **transição idiosincrática**, quando o acontecimento se desencadeia fora do período normal, ele converte-se num importante factor de stress e é mais complexa a adaptação. É o que se passa quando a reforma é muito precoce ou quando um pai idoso tem inesperadamente um filho doente a seu cargo. Lembremos ainda a função protectora, posta em relevo por Lowenthal (1967) que a existência de um «confidente» desempenha ante as privações da idade avançada. Esse facto reforça a noção de que o stress resulta da convergência de vários factores; não faz sentido, portanto, atribuir um «coeficiente de stress», fixo, a cada tipo de acontecimento.

Poucos estudos sistemáticos têm sido levados a efeito sobre as modalidades e as consequências do stress na idade avançada. Pesquisas feitas com a Escala de Acontecimentos Recentes levaram alguns autores a afirmar que os idosos sofrem menos stress em comparação com os mais jovens (Horowitz e Wilner, 1980). Ora, se escalas deste tipo têm merecido algumas reservas, como dissemos, o seu emprego em idosos afigura-se particularmente inadequado. Não parece muito apropriado avaliar o grau de stress experimentado pela pessoa idosa com base no número de acontecimentos ultimamente ocorridos na sua vida. Haverá que entrar em linha de conta com o stress crónico causado por situações estabilizadas, com aquele que deriva da expectativa de acontecimentos futuros, e até com o que poderá resultar da própria monotonia de vida, a não ocorrência de acontecimentos, como consideram Chiriboga e cols. (1980). Estes autores conduziram uma série de investigações longitudinais em São Francisco, das quais concluiram que os acontecimentos da vida são apenas algumas das muitas facetas do stress; e que, embora as pessoas idosas relatem menos acontecimentos que as mais jovens, elas sofrem na realidade um stress mais grave. Partindo da distinção entre stress negativo e positivo, consoante a percepção de «desejabilidade» feita pelo sujeito, esses investigadores observaram que na meia-idade se registava um aumento dos dois tipos, mas já na idade

avançada havia um aumento do stress negativo, devido a factos e situações desagradáveis, conjugado com uma diminuição do stress positivo, relacionado com acontecimentos desejáveis.

**Mecanismos de superação:** A «desejabilidade» de um acontecimento é um exemplo de variável mediadora entre estímulo e resposta. As investigações sobre stress e adaptação têm vindo a incidir cada vez mais sobre estes **mediadores** e sobre as **estratégias de superação** (do inglês «coping») utilizadas face ao stress. Com efeito, o sucesso na adaptação às transformações e perdas trazidas pelo envelhecimento depende em alto grau da atitude básica do indivíduo perante elas, a qual está estreitamente ligada à representação que ele faz dos acontecimentos. A importância dos aspectos cognitivos, já realçada pela escola de Kurt Lewin, tem vindo a ser reconhecida por muitos autores americanos de formação behaviorista, como Rotter (1964) e Lazarus (1971, 1977), e por autores europeus como Hans Thomae (1976). No modelo proposto por Lazarus (1971), o stress psicológico, diferentemente do fisiológico, só existe quando o estímulo é reconhecido como perturbador ou ameaçador. Esta **avaliação primária** é influenciada pela experiência anterior do indivíduo, suas motivações, suas crenças e cultura, papéis que desempenha, e outros factores. Quando a situação é reconhecida como ameaça ou frustração, é feita numa **avaliação secundária** o balanço dos recursos disponíveis para removê-la ou contrariar os seus efeitos. Tais recursos incluem as condições objectivas do meio, as capacidades do indivíduo e o repertório de respostas adaptativas que previamente aprendeu. Um dos elementos mais importantes desta avaliação vem a ser a percepção que o indivíduo faz de ter ou não possibilidade de mudar a situação pela sua própria acção. Rotter (1964) distingue os indivíduos com **locus de controlo** interno, que julgam ter essa possibilidade, dos de «locus» de controlo externo, que crêem estar a modificação dos acontecimentos essencialmente na dependência de outras pessoas ou de factores aleatórios. É óbvio que com o envelhecimento a baixa de energia e a perda de papéis sociais torna os indivíduos cada vez mais «externalizados», isto é, convictos de que não têm ao seu alcance o domínio das situações. Várias pesquisas recentes sobre indivíduos em tais condições revelaram que eles se distinguem por marcados traços de ansiedade e insegurança (v. Relvas, 1983).

Voltando ao modelo de Lazarus, saliente-se a importância que ele atribui às estratégias de superação de que o indivíduo lança mão para se adaptar às situações de stress. Há duas formas gerais de lidar com essas situações: ou através de uma acção capaz de as modificar, ou mediante uma **reavaliação defensiva** em que elas são de algum modo representadas como não ameaçadoras ou menos lesivas, cessando assim aparentemente a consciência da frustração. Lazarus insiste em que esta distorção da realidade não é forçosamente um mecanismo patológico, antes constitui uma defesa quotidianamente utilizada por todas as pessoas.

Outros autores têm conceitos um tanto diferentes. Não há unanimidade quanto ao sentido preciso de superação ou «coping»: comportamento em determinada situação concreta, ou tipo habitual de resposta, ou atitude intrapsíquica nem sempre consciente. Ray e cols. (1982) entendem que interessa descrever o estilo geral de adaptação, mais do que as estratégias específicas usadas em circunstâncias particulares. Chamam também a atenção para as diferenças entre superação e defesa. Os mecanismos defensivos são de natureza mais ou menos rígida, assentam em experiências passadas e envolvem uma certa fuga à realidade objectiva. Os processos de superação propriamente dita têm por base uma integração mais aberta e flexível da experiência tanto passada como presente, com possibilidade de escolha de alternativas, a aceitação da realidade intersubjectiva. Para Horowitz e cols. (1980 b), os resultados das tentativas de adaptação a situações de stress podem classificar-se em: superação; defesa; falência do controlo. Outros autores no entanto, incluem os mecanismos de defesa entre as estratégias de superação, sublinhando no entanto que se trata de meios de inferior valor adaptativo a longo prazo.

As várias classificações dos mecanismos de superação que têm sido propostas diferem consoante o «nível» a que se situam. Assim, olhando para os comportamentos explícitos e conscientes, Horowitz e cols. (1980 a) distinguem três tipos gerais: enfrentar e tentar controlar o acontecimento-problema; dedicar-se a actividades e atitudes não relacionadas com o evento; e procurar ou aumentar contactos inter-pessoais. Noutra perspectiva, concebendo as estratégias como orientações gerais em face da situação, Ray e cols. (1982) descrevem seis «temas» básicos que seriam como que a infraestrutura

de comportamentos mais concretos e específicos: rejeição, controlo, resignação, dependência, evitamento e minimização.

Como dissemos, os estudos «clássicos» sobre a evolução da personalidade tendem a salientar a relativa constância dos **estilos adaptativos** ao longo da vida. Por outro lado, investigações recentes têm mostrado que as estratégias de superação podem variar, no mesmo indivíduo, de uma situação para outra, ou até no decorrer de uma dada situação de stress estabilizado (Wilkie e Eisdorfer, 1982). A aparente contradição entre tais afirmações pode resolver-se se se tiver em conta que por estilo adaptativo se entende um conjunto de estratégias, com maior ou menor probabilidade de emergirem em situações-problema. O fracasso ou a impossibilidade de utilizar a estratégia mais frequente levarão a que seja posta em prática uma outra com posição hierárquica inferior. Assim se pode compreender que com o avançar na idade surjam modificações importantes na forma e na frequência das reacções adaptativas. Tendo um indivíduo, social e psicologicamente equilibrado, adquirido ao longo da vida um vasto repertório de respostas de superação, poderia esperar-se que, quando idoso, ele teria mais facilidade em seleccionar as que lhe poderiam proporcionar melhor ajustamento ou domínio das situações. Tal não acontece, infelizmente, porque com o envelhecimento fica comprometida grande parte dos seus recursos físicos, psíquicos e sociais. Estratégias de superação que consistam no confronto directo com os problemas, intensa actividade física ou mental, ou a utilização de terceiras pessoas, só muito dificilmente poderão ser empreendidas por uma pessoa de avançada idade. O mesmo se pode dizer de estratégias de diversão ou de compensação, tais como o desporto, o convívio social, ou até a actividade sexual, geralmente não acessíveis a pessoas doentes e pouco mobilizáveis. O idoso está pois numa posição particularmente vulnerável do ponto de vista adaptativo, pois as transformações a que a sua vida está sujeita não só lhe vão causando crescentes sentimentos de ameaça e frustração como lhe vão também coarctando as possibilidades de fazer face com sucesso a esses sentimentos e às situações que lhes deram origem. Por isso, a panóplia de mecanismos adaptativos ao dispor do idoso é bastante reduzida, em comparação com o que se passa em idades mais jovens. Um dos mais frequentemente usados, segundo Wilkie e Eisdorfer (1982), vem a ser a **substituição**, em que novos interesses e novos relacionamentos

vêm ocupar o lugar do que se perdeu definitivamente. O maior número de tempos livres, depois da reforma, possibilita a realização de actividades que durante os anos de actividade tiveram de ser adiadas; o crescimento dos netos abre novas oportunidades de descoberta e de criatividade. As **trocas interpessoais**, quando possíveis, permitem por vezes que pessoas que já superaram certas perdas possam transmitir a sua experiência àqueles que estão a começar a experimentá-las. Por outro lado, a **preparação** prévia, cognitiva e emocional, para determinados acontecimentos penosos tais como a reforma, a perda do cônjuge, ou a mudança de residência, pode atenuar consideravelmente o stress que eles envolvem.

Uma das investigações mais sistemáticas e aprofundadas sobre esta matéria foi empreendida no quadro do já mencionado Estudo Longitudinal de Bona sobre o Envelhecimento (H. Thomae, 1976). Foi feito um inquérito à forma como os idosos se comportaram perante acontecimentos críticos em duas épocas da vida: pelos 45-50 anos e vinte anos depois. Os autores puderam assim identificar diferentes estratégias de resolução das dificuldades da vida e tiveram ocasião de comparar a frequência relativa dessas estratégias na meia-idade e na senescência. Uma vez que se tratava de pessoas física e mentalmente saudáveis, não é de admirar que o **comportamento dirigido para o objectivo** fosse a reacção mais frequente nas duas épocas, embora com tendência a diminuir de importância com o passar dos anos. As reacções que implicam **estreitamento dos contactos sociais** eram também muito comuns em qualquer idade. Relativamente infrequentes, mas com tendência a aumentar de importância na idade avançada, eram as reacções de **resistência activa** às exigências dos outros, incluindo respostas de agressividade. Os **comportamentos passivos** não eram raros, englobando-se nesta rubrica tanto as atitudes de simples resignação como as de desligamento, de evasão da situação e de depressão. Estes dois últimos tipos tinham acentuada tendência para se tornarem mais frequentes na fase da senescência.

Mas o achado mais interessante deste estudo vem a ser a importância crescente, com o avançar da idade, que assumiam as estratégias que Thomae designa por **reestruturação cognitiva**. Consistem elas na modificação da representação interna da situação vivida, de maneira a que essa representação se harmonize com os desejos e objecti-

vos do indivíduo. Descrevem-se assim atitudes de interpretação positiva dos acontecimentos, com um certo grau de distorção da realidade; de revisão de aspirações; de aceitação activa da situação («podia ser pior»); e, principalmente, de identificação com as realizações de filhos e netos. Esta última estratégia mostrava-se muito generalizada na idade avançada, onde era a segunda em frequência. O seu papel adaptativo é bastante evidente: o idoso vem a regosijar-se com o sucesso dos seus descendentes, como se do seu próprio se tratasse, mesmo quando esse sucesso não é tão evidente aos olhos dos ditos descendentes. É clara a semelhança entre estas estratégias de restruturação cognitiva e aquelas que Lazarus designou globalmente como «reavaliação defensiva». Todas elas têm, naturalmente, algo a ver com os mecanismos clássicos de racionalização, negação, e outros, mas seria certamente um erro dar ênfase a um carácter defensivo que não possuem, no sentido mais rígido deste termo, como atrás dissemos. Trata-se na verdade, de um dos principais meios de adaptação da pessoa idosa a situações que não podem ser modificadas na sua realidade, mas apenas na maneira como são percebidas, como salienta Thomae. Este autor acrecenta, de resto, que estas estratégias só devem ser vistas como características de uma determinada relação indivíduo-ambiente, e não como «padrões de envelhecimento» mais ou menos fixos, à maneira de Havighurst (1968).

Podemos, assim, concluir que, tal como há várias maneiras de a harmonia psíquica ser perturbada, existem também diversas formas de restaurar esse equilíbrio. É ainda muito insuficiente a investigação neste campo; faltam, principalmente, modelos teóricos não simplistas, capazes de integrar características predisponentes, agentes de stress e condicionalismos da sua actuação, capacidades pessoais e recursos disponíveis, e indicarem quais as estratégias de superação mais convenientes, bem como o resultado previsível... Quem lida com idosos não deve perder de vista que existe uma pluralidade de caminhos para um envelhecimento feliz, e que a melhor forma de lhes prestar auxílio é, muitas vezes, ajudá-los a pôr em prática os mecanismos adaptativos que já lhes proporcionaram êxito no passado, e assim serem cada vez mais eles próprios.

## INADAPTAÇÃO E DOENÇA PSÍQUICA

Um dos problemas mais difíceis com que se depara na investigação em saúde mental, e não só em psicogeriatria, vem a ser a questão da correspondência entre o modelo psicológico que utiliza conceitos como satisfação de viver, inadaptação e mecanismo defensivo, e o modelo médico-psiquiátrico, que se serve das noções de neurose, distimia e depressão. Certamente que cada um dos modelos é legítimo, embora do ponto de vista prático haja geralmente vantagem em adoptar um ou outro, consoante o tipo de problemas em causa. É evidente, também, que o confronto das duas perspectivas só pode ser útil a ambas as ciências. No entanto, convirá não esquecer que cada um dos modelos tem os seus pressupostos e que, embora o campo a que se aplicam possa parecer o mesmo — pessoas idosas, por exemplo — na realidade não o é, pois enquanto de um ponto de vista se está atento aos comportamentos ou aos mecanismos, do outro pretende-se focar os sintomas. Não é uma simples questão de terminologia; há na verdade diferenças de codificação da realidade, pois sendo esta última inexgotável, cada modelo selecciona e valoriza determinados elementos e subalterniza ou ignora outros, sem prejuízo de alguns dados poderem interessar aos dois. Daqui concluirmos que é certamente menos válido conduzir uma análise em saúde mental utilizando indiscriminadamente conceitos que pertencem a dois modelos ou abordagens tão diferentes. A consequência prática de se seguir tal caminho poderia ser, por exemplo, considerar todos os comportamentos mal-adaptativos como sintomas de neurose, ou diagnosticar depressão em todos os indivíduos insatisfeitos pela sua vida e com visão pessimista do futuro. Erros deste género foram assinalados em célebres inquéritos à população, como os estudos de Midtown Manhatan e do Condado de Stirling, onde, como tivemos ocasião de dizer no capítulo 3, faltaram critérios de base clínica e propriamente psiquiátrica para guiar o diagnóstico. O progresso que desde então se conseguiu, no que toca à classificação nosológica e à uniformização e objectivação de critérios, talvez evite que esses erros se repitam.

No entanto, uma dificuldade subsiste. Se inadaptação já não é sinónimo de depressão, em que medida a primeira pode constituir uma fase que precede a segunda? Regressando ao domínio da psico-

geriatria: até que ponto a insatisfação de viver, o «baixo moral» de que falam vários dos autores que acabamos de passar em revista, representam graus incipientes de um mecanismo patológico que pode ir até à franca depressão, passando pelos estados de «disforia depressiva»? Serão idênticos os factores de risco e desencadeantes?

A hipótese de que o «baixo moral» fosse um sinal de perigo ou um estado precursor de doença mental foi rejeitada por Lowenthal (1967). Quer em inquérito transversal, quer em estudo longitudinal, não encontrou esta investigadora uma associação significativa entre «baixo moral» e qualquer forma de doença psíquica. Acontecimentos que quase invariavelmente produziam insatisfação, como a reforma, morte do cônjuge, e certas privações sócio-económicas, raramente desencadeavam doença mental. Assim pode concluir que a doença psiquiátrica representa uma forma particular de inadaptação, que, excepto em caso de lesão cerebral, tem a sua origem em sentimentos de culpa por não realização de objectivos pessoais. O adoecer seria, para a investigadora de São Francisco, uma forma de escapar a esses insuportáveis sentimentos. Por outro lado, a própria doença física, essa sim associada significativamente com doença mental, teria igualmente um papel de escape e protecção; daí que o «confidente» não pudesse ter, nesses casos, efeito estabilizador, pois ele desejaria a cura, e o sujeito não... As psicoses do idoso seriam mais graves e duradouras que as dos jovens, porque estaria subjacente a convicção de um fracasso definitivo: «é demasiado tarde»... (Lowenthal, 1967). Alongámo-nos propositadamente nesta referência para pormos em relevo o risco que se corre ao pretender invocar conceitos psicológicos, cuja validade não está em causa, para explicar a génese das doenças psíquicas (e sem pelo menos distinguir entre estas).

Contrastando com essas posições, diversos autores têm sugerido que, de uma maneira ou de outra, as dificuldades de ajustamento psicológico podem prenunciar a aparição, em época posterior, de quadros psicopatológicos «funcionais». Mencionaremos, entre os mais recentes, Brown e Harris (1978), Henderson e cols. (1978, 1980 1981) e Murphy (1982) já citados anteriormente. Mas a nosso ver vale a pena expor a «velha» hipótese interaccionista formulada por Kay, Beamish e Roth (1964), que mantém toda a validade, apesar dos vinte anos decorridos. Segundo os investigadores de Newcastle, determinados indivíduos mostram uma particular vulnerabilidade dos

seus processso adaptativos, por uma espécie de predisposição que assenta em factores constitucionais e em experiências sofridas na infância, nomeadamente no seio da família. Em virtude dessa dificuldade de ajustamento, mais sensível na área social, essas pessoas vão acumulando ao longo da vida fracassos profissionais ou familiares, e não estabelecem interacções com outrem, de modo que se encontram mais tarde privados de quem lhes possa oferecer suporte afectivo, segurança e gratificações de vária ordem. Chegados à idade avançada, circunstâncias adversas, fortuitas ou resultantes da sua deficiente integração social, deterioram as suas condições de vida e agravam o seu isolamento, surgindo assim, uma ou outra vez, sintomas ansiosos ou depressivos. E quando por fim sofrem uma perda grave ou um luto, uma doença física que lhes reduz a mobilidade, ou uma diminuição acentuada dos contactos diários, instala-se franca perturbação psíquica com todas as suas manifestações. Assim, segundo este modelo interpretativo, a capacidade de adaptação vai-se esgotando progressivamente ao longo da vida, porque cada fracasso no ajustamento tem por resultado uma redução do potencial de recursos objectivos e subjectivos necessários à superação das crises que virão depois. Dado que, por outro lado, os êxitos nas épocas críticas da vida, conseguidos em parte com auxílio de outras pessoas ou de instâncias sociais, se vão traduzir em maior solidez perante impactos ulteriores, são óbvias as implicações para a terapêutica e sobretudo para a prevenção.

A nosso ver, entretanto, as interpretações e teorias existentes enfermam de várias insuficiências de considerável importância. Em primeiro lugar, tratam muitas vezes **a doença mental como um todo,** ou contentam-se com distinguir quadros orgânicos de funcionais, o que traz muitos inconvenientes, como apontámos no primeiro capítulo. Para estudar a causalidade é preferível tomar quadros psiquiátricos mais precisos ou mais circunscritos, como as depressões ou os estados de deterioração senil. Em segundo lugar, **não estudam em separado os dois sexos** quando tudo leva a crer que eles constituem duas populações biológicamente e sociologicamente diferenciadas, com papéis bem diversos na famlia e na sociedade, e estilos adaptativos bem específicos. Em terceiro lugar, há considerável **ambiguidade no conceito de isolamento**, e consequentemente falta de rigor nos critérios que definem as suas várias modalidades (excepto nos estudos

de Bona, que só se estenderam todavia a indivíduos psiquicamente normais), pelo que se afiguram pouco conclusivos os dados em que se baseiam as interpretações. Finalmente, os estudos sobre etes problemas têm sido geralmente conduzidos em meios citadinos e em sociedades de relativo bem-estar económico; **faltam dados sobre um meio social e cultural como o nosso** onde a par de carências materiais e assistenciais bem conhecidas, há talvez um grau de coesão familiar um pouco diferente do que existe em populações anglo-saxónicas e centro-europeias. Foram estas algumas das razões que nos levaram a realizar o presente trabalho, que acreditamos possa representar uma contribuição original, embora pequena, para o esclarecimento dos aspectos menos bem conhecidos da saúde mental da gente idosa, e, assim, indirectamente, possibilitar a busca de soluções mais eficazes.

CAPÍTULO 5

# *OBJECTIVO*

## ORIENTAÇÃO GERAL DO ESTUDO

A presente investigação tem por finalidade contribuir para um conhecimento mais preciso das condições de saúde mental da nossa população idosa, e dos factores, tanto individuais como do meio, que a afectam.

Esta formulação genérica carece de algumas precisões. Antes de mais, convém acentuar que o estudo da **saúde mental** de uma população não pode limitar-se à detecção das situações de doença psíquica e à pesquisa dos factores que com ela estão associados, apesar de essa detecção e tal pesquisa serem, evidentemente, da mais alta importância. Embora nos tenha sempre parecido um tanto vaga a definição da Organização Mundial de Saúde («completo bem estar físico, mental e social»), definição essa que nos deixa na dúvida de poder existir alguém que se possa classificar como saudável, hoje como em qualquer outra época, parece-nos que essa definição, embora mais dotada de alcance humanista e programático do que de valor operacional, tem pelo menos o mérito de lembrar ao investigador que o seu esforço só adquirirá pleno sentido se se estender para lá das fronteiras da doença. Aliás, a própria noção de doença mental tem-se mostrado, ela mesma, bastante controversa na teoria e na aplicação concreta. Nesta investigação seguiu-se o critério de considerar **doença**, para efeitos práticos, toda a situação que consta da Classificação Internacional de Doenças (O.M.S., 1975), embora na discussão posterior se tenha em devida conta que tal designação só é correcta quando aplicada, por exemplo, às psicoses, e que só pode ser aceite em certo sentido quando se refere a reacções transitórias ou a estruturas anormais da personalidade.

A presente investigação incide, pois, não apenas sobre as doenças

mentais, mesmo nessa conotação alargada, como também sobre as **situações-fronteira** que apenas se podem caracterizar vagamente como pessimismo, mal estar, ou muito simplesmente infelicidade, e cuja existência no seio de população idosa é geralmente suspeitada mas muito pouco conhecida na sua extensão e profundidade. Por outro lado, teve-se também em vista estudar as situações que alguns autores designam por o **lado positivo** do eixo doença-saúde, isto é, o grupo de pessoas que mostram um envelhecer mais saudável e mais bem sucedido, com ânimo mais elevado e preservação da sua eficiência intelectual. Esta orientação, sugerida por Clausen (1969), constitui um dos aspectos distintivos da investigação que empreendemos, quando comparado com os inquéritos epidemiológicos clássicos neste campo, e aproxima-se de algum modo na concepção de estudos de carácter mais vasto e interdisciplinar com os da Duke University, em Durham, e o de Hans Thomae e colabs., em Bona, mais voltados (como se faz referência anteriormente) para a caracterização dos tipos ou «padrões» de envelhecimento entre os indivíduos supostamente não enfermos.

Desta forma concebemos a presente investigação como a **conjugação de duas estratégias**: a de um estudo epidemiológico clássico, inspirado nas grandes pesquisas escandinavas e inglesas da década de 60, e uma orientação particular para a zona dos «não enfermos», já mais propriamente no campo da psicologia, tendente à elucidação dos factores que podem condicionar o comportamento face ao **stress** constituído pelo envelhecer.

Com efeito, relativamente a esses factores, duas posições são sustentáveis. Uma admite que eles são em grande medida idênticos aos factores susceptíveis de determinar o adoecer psíquico, embora actuando com menos intensidade. A outra posição seria a de que as causas de morbilidade psiquiátrica, entre os idosos, teriam muito pouco que ver com tudo quanto possa influenciar as reacções dos «normais». Um estudo concebido como o presente pode abranger um vasto conjunto de factores (médicos, sociais e de personalidade) em jogo tanto nas situações de franca doença psíquica, como a diversos «níveis de funcionamento» dentro da normalidade convencional. Poderá desta maneira contribuir para o esclarecimento daquele problema.

A hipótese de que partimos, em busca de confirmação, é a de que os factores associados com um melhor ou pior sucesso, no

enfrentar de problemas decorrentes do avançar na idade, ocupam um lugar cimeiro entre as causas de doença psíquica na velhice, embora existam sem dúvida alguma outras causas específicas de morbilidade, com relativamente menor expressão quantitativa. É evidente que, ao falar-se de doença psíquica, se têm em vista principalmente os quadros geralmente chamados funcionais (neuroses, perturbações afectivas, personalidades anormais, alcoolismo, etc.), embora o que se disse se possa aplicar também, de certa maneira, a situações em que os factores orgânicos parecem ser os mais responsáveis. Não se pode esquecer que tais factores orgânicos, ou os mais importantes de entre eles, afectam também os idosos «normais», como se faz referência em capítulo anterior.

Um dos conceitos que se tem mostrado, conforme vimos, mais útil para a interpretação do que se passa, no domínio psicológico e psicopatológico, ao longo do envelhecimento, é o de **adaptação**. Pode considerar-se o **adoecer**, particularmente nas enfermidades «funcionais», como resultante do efeito cumulativo de sucessivas perdas ou privações, sofridas em diferentes sectores (saúde, autonomia, funcionamento intelectual, convivência, etc.) quando essa acumulação de privações atinge um nível crítico. É certo, por outro lado, que determinadas perdas poderão muitas vezes ser compensadas por ganhos noutros sectores, reajustamentos no estilo de vida, ou mesmo tão somente uma acomodação cognitiva; há pois que admitir a existência de mecanismos de adaptação às condições em que se desenrola o envelhecimento. Esses mecanismos dependerão, para serem mais ou menos bem sucedidos, de todo um conjunto de factores actuais ou passados, individuais ou próprios da circunstância. O adoecer, nas suas diversas modalidades, traduziria a falência do processo adaptativo; efeitos de retroacção positiva (feed-back) levariam, em muitos casos, a um agravamento progressivo do quadro.

Este modelo interpretativo será aprofundado mais adiante, no momento da discusão dos resultados. Para já, acrescenta-se apenas que a presente investigação tem também por finalidade estudar em que medida as diversas circunstâncias do meio, as condições de saúde física, os acontecimentos da história pessoal e o perfil da personalidade contribuem para reforçar ou limitar os processos adaptativos e consequentemente fortalecer ou comprometer a saúde e o bem estar dos idosos.

## PLANO DE INVESTIGAÇÃO

Um inquérito epidemiológico pode, como dissémos, assumir diferentes modalidades, tais como estudos de prevalência ou de incidência de determinadas doenças, comparação casos-controlos, acompanhamento longitudinal de coortes, e outros, cada uma das quais se define pelos seus objectivos próprios e sua estratégia. Conforme acentuam Cooper e Morgan (1973), o investigador deve seleccionar a modalidade ou modalidades mais apropriadas aos fins que tem em vista, mas tendo o maior cuidado em evitar a confusão resultante de não distinguir claramente as diferentes estratégias, ou de elaborar um plano que não corresponda propriamente a nenhuma delas.

Ao delinearmos o plano da presente pesquisa tivemos em conta essa advertência, procurando respeitar os princípios e a «lógica» das diferentes metodologias utilizadas. Do que se disse anteriormente decorre que a investigação engloba três passos fundamentais, aos quais, se agregam outros de importância secundária:

(1) a determinação da prevalência de perturbações psíquicas (doenças mentais, na terminologia da O.M.S.) na população idosa em geral;

(2) a comparação entre «doentes» e «normais» no que se refere a um determinado número de variáveis clínico-sociais;

(3) a comparação, de maneira semelhante, entre o sub-grupo que apresenta melhor adaptação («ânimo elevado») e os restantes.

Os passos 2 e 3 constituem exemplos de uma estratégia de comparação «casos-controlos», em que estes últimos são os elementos que, fazendo parte da amostra da população, não satisfazem os critérios definidos para os «casos» (Mac Mahon, 1970).

Em princípio, estes estudos permitirão, respectivamente:

(1) Calcular **taxas de prevalência** das principais perturbações psíquicas, das suas manifestações e dos graus de incapacidade resultantes, com utilidade indirecta para a previsão das necessidades clínico-assistenciais e o planeamento social.

(2) Obter indicadores de associação estatística entre alguns tipos de doença e determinadas características do meio ou dos indivíduos, o que poderá sugerir, para algumas delas, um papel de **factor causal**; e avaliar o **risco** relativo correspondente.

(3) Similarmente, sugerir para determinados factores — quiçá em grande parte os mesmos — um papel positivo ou negativo no condicionamento do **grau de adaptação** e eficiência do idoso, não necessariamente doente.

Saliente-se que estudos elaborados segundo estratégias diferentes das que utilizámos serão sem dúvida da maior importância para confirmar (ou infirmar) as conclusões a que chegarmos neste trabalho. Os estudos de prevalência pontual, de carácter transversal, fazem sobressair principalmente as situações de evolução lenta, e mostram menor sensibilidade às oscilações e crises agudas; e prestam-se menos bem à evidenciação de relações do tipo causal. Por essa razão, estudos sobre a **incidência** de casos novos num período de tempo determinado são provavelmente necessários para a confirmação do papel causal dos factores que aqui se poderão identificar. E através de **pesquisas longitudinais** será possível não apenas ir mais longe no conhecimento da etiologia, como assentar em bases mais sólidas o cálculo do risco individual ou o prognóstico clínico. Por esse motivo procedemos também a uma investigação de carácter longitudinal, ainda em curso, a qual prolonga a que se apresenta neste momento.

Em linhas gerais, o inquérito que realizámos distingue-se por um conjunto de características, que representam as escolhas metodológicas feitas em função dos objectivos propostos:

1. **Tipo de população estudado:** Optámos por obter dados em primeira mão sobre um sector geográfico-populacional definido, através de uma amostragem feita com a preocupação da representatividade. A população abrange **todos os idosos residentes em determinada área.** Os indivíduos componentes da amostra, seleccionados por meio de mecanismo aleatório, foram observados na sua zona de residência ou mesmo no domicílio. Pretendemos assim fugir às imprecisões e inevitáveis omissões que cometeríamos se tivéssemos recorrido a

ficheiros hospitalares ou a postos de consulta de clínica geral ou especializada. É muito provável que os idosos, utilizando acima da média geral da população os serviços de internamento, frequentem os ambulatórios em muito menor grau do que as restantes camadas etárias, por razões de tolerância familiar às suas doenças, atitude fatalista, e «lei de tudo ou nada». É possível, portanto, que em relação às perturbações psíquicas dos idosos os serviços assistenciais conheçam unicamente a parte emersa do «iceberg». Por essa razão, só indo ao seu encontro, construindo uma amostra representativa da população residente, se poderá chegar a obter estimativas válidas da sua morbilidade.

O procedimento adoptado para a elaboração da amostra será descrito adiante.

2. **Área:** O Concelho de Matosinhos foi escolhido não só por razões de conveniência prática (proximidade do Porto, existência de ficheiros da população residentes nas Freguesias) como por certos motivos de natureza social e demográfica. Todos os sectores produtivos estão nele representados, e a população é em boa parte de fixação recente, oriunda de diversas zonas do interior. Por isso será de esperar que os dados recolhidos neste Concelho não enfermem de substancial distorção em relação aos que se poderia obter diversificando as áreas de inquérito dentro do País.

3. **Tempo:** O estudo da prevalência foi do tipo pontual ou **transversal**, isto é, os elementos recolhidos referem-se à situação clínica e social encontrada no momento previsto para a primeira observação. Os exames ulteriores tiveram por fim precisar o diagnóstico, e também recolher elementos para um estudo **sequencial** separado, mas, como é óbvio, o cálculo da prevalência assenta nos dados das primeiras observações. Estas desenrolaram-se ao longo de um período de cerca de **6** meses. As segundas observações tiveram lugar cerca de dois anos depois, e as terceiras, em alguns casos, após quatro anos.

4. **Dados colhidos:** Em inquéritos epidemiológicos com dimensões comparáveis, é comum proceder-se a um primeiro exame de triagem, sob a forma de um questionário ou entrevista estruturada, a cargo de auxiliares sem formação médica ou científica. Apenas são

submetidos a observação aprofundada os casos suspeitos àquele primeiro exame. Os riscos de erro, são, a nosso ver, bastante consideráveis. particularmente no domínio da Psiquiatria, em que a qualidade e quantidade do material recolhido depende estreitamente da preparação profissional do clínico em técnica de exploração semiológica e da sua aptidão para o relacionamento com o sujeito do exame. Deve acrescentar-se que não existem ainda (ou não existiam quando este inquérito foi planeado) instrumentos de triagem que satisfaçam completamente as exigências que é legítimo formular, num estudo deste tipo. Tal instrumento, seja ele questionário ou entrevista estruturada, deveria ser especialmente adequado a inquéritos na comunidade; as suas questões deveriam ser facilmente entendidas e não suscitar reservas em sujeitos que, na sua maioria, se supõe serem normais. Por outro lado, deveriam abranger considerável número de tópicos, de maneira a não deixarem escapar informações relevantes, o que é difícil de conciliar com a simplicidade.

Além disso, quer o tipo de destinatários do nosso inquérito — os idosos — quer a natureza particular dos dados a colher, muito mais que em simples estudos de prevalência, imporia tão grandes adaptações e aferições que deixaria de se justificar o recurso à prova da triagem. Optámos, assim, por proceder à observação directa de todos os sujeitos com o auxílio de alguns assessores médicos. Estes procederam à colheita de informações de carácter social e aos exames clínico geral e neurológico. Na entrevista a nosso cargo procurávamos elaborar um resumo da história pessoal e um relato da situação presente, que era simultaneamente uma forma de proceder ao exame mental do sujeito, interrogávamos a família e aplicávamos alguns testes clínicos (ver adiante). Desta maneira, todos os sujeitos foram submetidos a observação directa pelo mesmo psiquiatra, o que a nosso ver confere ao estudo um carácter de maior homogeneidade de critérios e maior profundidade.

5. **Definições e critérios de diagnóstico:** O rigor das definições e a homogeneidade dos critérios de avaliação e de diagnóstico são condições essenciais para qualquer investigação em psiquiatria ou psicologia, particularmente quando se trata de um trabalho de campo. Por essa razão, como dissémos atrás, vários «instrumentos de objectivação» têm sido desenvolvidos: escalas de avaliação, listas de sinto-

mas, questionários e entrevistas estandartizadas mais ou menos rígidas. Por outro lado, a última revisão do Manual de Diagnóstico e Estatística da Associação Americana de Psiquiatria (D.S.M. — III) apresenta um vasto conjunto de minuciosos critérios pré-fixados, com a finalidade de tornar os diversos estudos que os utilizem mais comparáveis entre si. Sem ir tão longe, a Classificação Internacional das Doenças, 9.ª revisão (C.I.D.-9) da O.M.S. comporta, na secção relativa às «doenças mentais», um conjunto de rubricas, especificações e sinonímia, no sentido de tornar os diagnósticos mais objectivos e comparáveis, principalmente para fins estatísticos.

Num inquérito como o que realizámos, não nos pareceu possível utilizar entrevistas estandartizadas, dado que são relativamente rígidas e extensas, pouco apropriadas para estudos na comunidade (Wing, 1974) ou não adaptadas ao exame de idosos (Goldberg, Cooper e colabs., 1970). Também com o propósito de não fatigar os sujeitos com interrogatórios exaustivos, tivemos de excluir o usa das escalas de avaliação mais divulgadas, que aliás julgamos mais apropriadas para estudos focados sobre um determinado sector nosológico ou sobre efeitos de terapêutica do que para pesquisas epidemiológicas de carácter geral, com a presente.

No entanto, com vista a salvaguardar a objectividade e a validade do inquérito, entendemos dever definir com o maior rigor possível cada um dos «itens» constantes do protocolo e cada uma das variáveis utilizadas na análise, tanto de natureza clínica como social. Os diagnósticos foram feitos com base na C.I.D.-9, segundo a classificação apresentada em capítulo anterior. As restantes variáveis médico-psicológicas (sintomas, sinais, traços da personalidade e resultados de pequenos testes clínicos) foram na sua quase totalidade definidos com referência ao D.S.M. — III ou ao «Present State Inventory» (P.S.E., Wing, 1974). As categorias de tipo económico e sócio-profissional são as que utiliza o Instituto Nacional de Estatística (I.N.E.). Acrescente-se que tanto os diagnósticos como a graduação dos sinais e sintomas foram feitos por uma pessoa, o autor, que também reviu caso por caso as classificações sociais feitas pelos seus assessores.

Mais adiante (ver «codificação das variáveis») se apresenta o conjunto de definições escalas adoptadas neste trabalho.

CAPÍTULO 6

# *POPULAÇÃO ESTUDADA*

## GEOGRAFIA E ESTRUTURA ECONÓMICO-SOCIAL

O Concelho de Matosinhos situa-se a norte da cidade do Porto, junto ao Litoral, e confina, pelo interior, com os concelhos de Vila do Conde, a norte, e Maia, a nascente. É atravessado pelo rio Leça, em cuja foz se situa o complexo portuário de Leixões, o maior do Norte do País. Possui uma apertada rede de comunicações rodoviárias, que o ligam aos concelhos vizinhos, e uma linha férrea destinada principalmente ao tráfego de mercadorias. As edificações residenciais estendem-se ao longo desses eixos de comunicação e concentram-se principalmente junto a Leixões — a antiga vila de Matosinhos e a povoação de Leça da Palmeira. Dois outros centros urbanos importantes são Senhora da Hora e São Mamede de Infesta, que quase se podem considerar extensões para Norte da cidade do Porto. As restantes seis freguesias do Concelho possuem zonas urbanas mais reduzidas, cujos núcleos, englobando alguns edifícios antigos, a igreja e o cemitério, se situam junto a cruzamentos de estradas. Estas freguesias menos populosas possuem amplas extensões agrícolas e matas. A agricultura, principalmente de produtos hortícolas e milho, e a pecuária são ainda hoje uma actividade económica importante no Concelho, sobretudo em freguesias como Lavra e Santa Cruz do Bispo, ainda pouco atingidas pela expansão urbana. Para tal concorrem a natureza do solo, quase plano e muito fértil, o clima temperado e húmido, e a abundância dos cursos de água. O tipo de cultura, consequentemente, é o minifúndio de exploração familiar, como na maior parte do Douro Litoral.

A análise dos quadros 6.2 e 6.3 mostra como o Concelho de Matosinhos se situa em primeiro lugar, entre os que constituem a

Área Metropolitana do Porto, no que se refere ao produto interno bruto dos sectores primário e secundário e em segundo lugar, atrás do Porto, na produção do sector terciário. Para tal contribuem o ramo das pescas e um conjunto diversificado de empreendimentos industriais em franca expansão.

O antigo porto de pesca de Matosinhos é dos mais importantes do País em movimento e número de trabalhadores. Estes residem na própria vila ou em Leça da Palmeira, e são em grande número oriundos de outras zonas do Norte, especialmente da Póvoa de Varzim. Os «poveiros» constituem uma sub-cultura muito particular, que não perdeu por completo a sua identidade própria apesar de inserido num contexto social bastante diverso. A importância da família alargada é uma característica que se costuma salientar nos poveiros, como o foram, em tempos passados, a sua hostilidade aos funcionários admi-

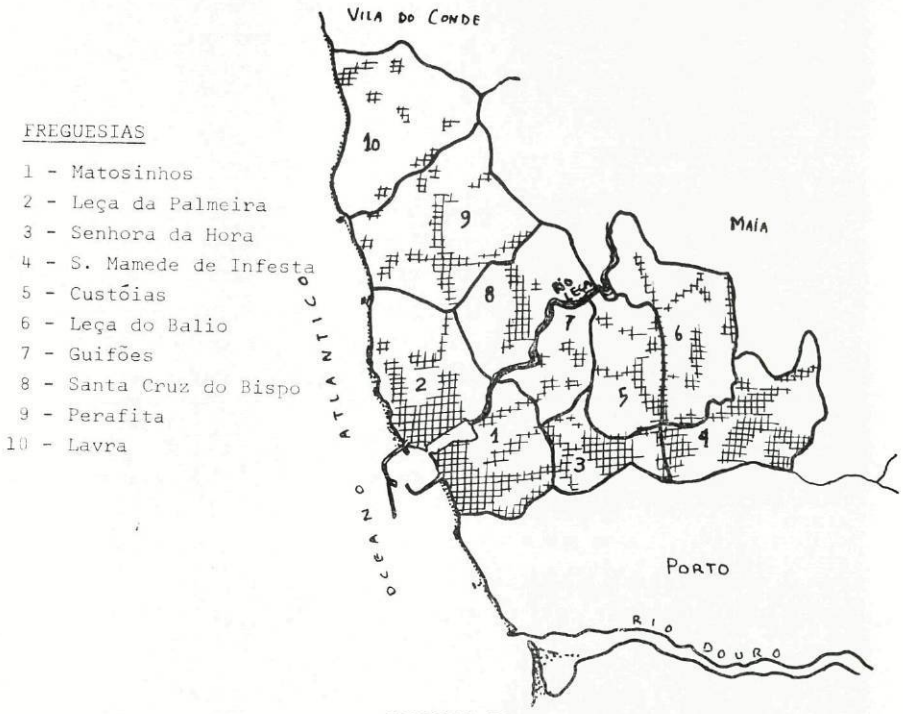



FIGURA 6.1

Concelho de Matosinhos. A sombreado as zonas urbanas do concelho.

ACTIVIDADE ECONÓMICA: PRODUTO INTERNO BRUTO E SUA CAPITAÇÃO, POR SECTORES (1970)

| | CONTINENTE | REGIÃO NORTE | ÁREA METROPOLITANA DO PORTO | PORTO | MATOSINHOS |
|---|---|---|---|---|---|
| PRODUTO INTERNO BRUTO (milhões de escudos) | 164.473 | 45.492 | 21.268 | 9.855 | 4.931 |
| CAPITAÇÃO DO PRODUTO INTERNO BRUTO (milhares de escudos) | 20,4 | 14,7 | 23,3 | 32,7 | 45,1 |
| primário | 3,6 | 2,8 | 1,0 | 0,1 | 2,6 |
| secundário | 8,8 | 6,8 | 10,9 | 3,5 | 31,1 |
| terciário | 8,0 | 5,1 | 11,4 | 24,1 | 11,4 |

Fonte: Comissão de Planeamente da Região Norte

QUADRO 6.2

nistrativos e o seu boicote colectivo ao serviço militar. Mas há ainda em Matosinhos muitos pescadores, especialmente idosos, provenientes do sul do País, nomeadamente do Algarve, e que por cá se fixaram há dezenas de anos. Os hábitos e valores dos pescadores mereceriam referência mais pormenorizada que não cabe neste estudo. Apenas salientaremos dois pontos: a aversão que muitos mostram por qual-

POPULAÇÃO, DENSIDADE POPULACIONAL, COMPOSIÇÃO

POR SECTORES ECONÓMICOS (1970 e 1976)

| | CONTINENTE | REGIÃO NORTE | ÁREA METROPOLITANA DO PORTO | PORTO | MATOSINHOS |
|---|---|---|---|---|---|
| População (1970) | | 3.083.830 | 928.335 | 301.655 | 109.225 |
| Idem, variação 1960-1970, em % | | 17,6 | 19,2 | 13,8 | 21,3 |
| Densidade populacional, hab/Km2, (1970) | 96 | 141 | 1 157 | 7 541 | 1 738 |
| Idem, (1976) | 107 | 166 | 1 379 | 8 584 | 2 109 |
| Sectores económicos da população activa (%) (1970) | | | | | |
| Primário | | 32,2 | 6,4 | 0,8 | 7,4 |
| Secundário | | 41,0 | 49,0 | 35,7 | 56,2 |
| Terciário | | 26,8 | 44,6 | 63,5 | 36,3 |
| Áreas (Km2) | 89.000 | 21.905 | 803 | 40 | 63 |

Fonte: Comissão de Planeamento da Região Norte

QUADRO 6.3

quer ocupação em terra, o que pode explicar a dificuldade com que se adaptam à reforma, e a tradição de solidariedade profissional entre «camaradas» e «mestres» no seio das suas «companhas».

A indústria está fortemente implantada. Além das pequenas oficinas, dispersas por toda a área do Concelho, há quatro zonas de forte concentração de empreendimentos industriais de média ou

RAMOS DE ACTIVIDADE DA POPULAÇÃO ACTIVA

NO CONCELHO DE MATOSINHOS (1970)

| HOMENS | % | MULHERES | % |
|---|---|---|---|
| Agricultura e silvicultura .... | 2,9 | Agricultura e pesca ..... | 1,5 |
| Pesca ..... | 7,0 | | |
| Indústrias alimentares ..... | 4,5 | Indústrias alimentares ..... | 17,4 |
| Indústria têxtil ..... | 7,7 | Indústria têxtil ..... | 35,6 |
| Indústria da madeira e mobiliário ..... | 3,2 | | |
| Indústria química, incl. petroquímica ..... | 2,4 | | |
| Indústria metalúrgica ..... | 4,9 | | |
| Construção máquinas ..... | 10,2 | | |
| Outras indústrias transf. e extractivas ..... | 4,0 | Outras indústrias ..... | 10,9 |
| Construção civil, água e electricidade ..... | 15,7 | Construção civil, água e electricidade ..... | 0,8 |
| Comércio (grosso e retalho).... | 10,5 | Comércio (grosso e retalho) ... | 11,4 |
| Hotelaria ..... | 1,2 | Hotelaria ..... | 1,4 |
| Transportes e comunicações..... | 8,0 | Transportes e comunicações .... | 1,0 |
| Bancos, seguros, imobiliários . | 1,4 | Bancos, seguros, imobiliários . | 0,5 |
| Administr.Pública e defesa .... | 5,5 | Administração Pública ..... | 2,2 |
| Saúde e Assistência ..... | 2,3 | Saúde e assistência ..... | 5,4 |
| Reparações e outros serviços .. | 4,5 | Outros serviços incl. serviço doméstico ..... | 8,7 |
| Mal definidos ..... | 4,2 | Mal definidos ..... | 3,2 |

QUADRO 6.4

grande dimensão. No centro urbano de Matosinhos existem desde há dezenas de anos várias fábricas de conservas, que empregam muita mão-de-obra feminina; uma proporção significativa da população idosa trabalhou «nas conservas». As fábricas têxteis da Senhora da Hora dão ainda hoje emprego a mais de um terço da obra feminina do Concelho; aí laboram muitas das mulheres que hoje já passaram da casa dos 65 anos. Mais recentes são as zonas industriais de Leça do Balio (máquinas e motores eléctricos, cerveja e refrigerantes); Perafita (madeiras); e Leça da Palmeira (petroquímica e também algumas fábricas de conservas mais antigas).

O porto de navegação é o maior do norte de Portugal; as tarefas portuárias e outras que lhes estão associadas empregam considerável sector da população masculina, mas de idade geralmente inferior, em média, à que se encontra nas pescas. O mesmo se pode dizer dos transportes, da construção civil e da indústria metalúrgica.

O comércio está mais desenvolvido na Vila de Matosinhos, bem como nas aglomerações confinantes com a cidade do Porto (Senhora da Hora e S. Mamede). Na vila e nas imediações do porto de Leixões concentram-se muitos estabelecimentos de venda a retalho, restaurantes e cafés e também, como seria de esperar dada a localização, bares, «dancings» e lugares onde é suposto venderem-se artigos de contrabando. A prostituição exerce-se sem atingir as proporções de outros centros nacionais. Não há no Concelho instalações militares de relevo; e o funcionalismo público só tem alguma importância numérica na vila. Aqui funciona também o Tribunal, a Câmara Municipal e o Hospital, bem como vários estabelecimentos de ensino secundário. Duas unidades prisionais importantes estão situadas em Custóias e Santa Cruz do Bispo.

Finalmente, importa salientar que uma grande parte da população activa do Concelho, principalmente das freguesias limítrofes do Porto, tem nesta cidade o seu emprego (em especial no comércio e serviços) e só regressam à área residencial no fim da jornada de trabalho.

## ASPECTOS DEMOGRÁFICOS

Pelo Censo de 1970, a população do Concelho é de 109.225 habitantes, com uma densidade de 1738 hab/Km² (quadro 6.3). As freguesias mais populosas (quadro 6.5) são Matosinhos, S. Mamede, Leça da Palmeira e Senhora da Hora. Nestas freguesias, curiosamente, a proporção relativa dos sexos está desequilibrada a favor da componente feminina, ao passo que nas zonas mais rurais e menos povoadas se encontra uma distribuição mais paritária.

Até 1970 a população do núcleo urbano principal parecia estabilizada, observando-se forte crescimento na periferia, mas a partir de 1976 (recenseamento eleitoral) nota-se um incremento populacional quase uniformemente distribuído por todo o Concelho, atingindo valores mais notáveis nas quatro freguesias interiores para onde se processa a expansão natural da cidade do Porto (Leça do Balio, Custóias, Senhora da Hora e S. Mamede). Há certamente a ter em conta um regresso em massa de residentes nos territórios africanos recém-chegados à independência, e um retorno de emigrantes que se vem acentuar desde os últimos anos da década de 70, bem como um certo incremento da construção de habitações em terrenos mais baratos que os dos grandes centros.

A população era, até há pouco, sensivelmente mais jovem que a média das regiões onde se insere. O número de **pessoas com idade igual ou superior a 65 anos** atinge 6.945, o que representa uma taxa de idosos de 6,36 %, que se pode comparar com 7,37 no Distrito do Porto e com 9,67 % no País, também em 1970. Esta pequena diferença tenderá, por certo, a esbater-se em virtude da tendência que se nota para forte declínio, no Concelho, da taxa de mortalidade geral e do índice da natalidade, o que terá por consequência um marcado «envelhecimento» da população (quadro 6.6).

No seio desta camada etária, cerca de um terço, 33,9 %, é constituída por homens, cabendo logicamente dois terços às mulheres (ver quadro 7.1, mais adiante). Entre os homens, 75 % são casados, e o número de viúvos não chega a 20 %. Já nas mulheres a viuvez atinge 57 %, e menos de um terço são casadas; a proporção de solteiras é também superior à que se regista entre os homens. Estas diferenças são altamente significativas e não constituem excepção ao que se observa no resto do País e na população europeia; a maior parte dos

POPULAÇÃO RESIDENTE, POR FREGUESIAS

EM 1970, E SUA VARIAÇÃO

| FREGUESIAS | POPULAÇÃO EM 1970 | | VARIAÇÃO 1960-70 % | ESTIMATIVA p.a 1979 (1) | VARIAÇÃO 1970-79 % |
|---|---|---|---|---|---|
| | HM | M/HM % | | | |
| Custóias | 9.045 | 51.2 | 37.4 | 13.000 | 43.7 |
| * Guifões | 6.500 | 49.6 | 92.7 | 7.970 | 22.6 |
| Lavra | 6.275 | 50.5 | 23.9 | 7.810 | 24.5 |
| Leça do Balio | 9.930 | 52.4 | 12.8 | 13.270 | 33.6 |
| * Leça da Palmeira | 13.280 | 53.0 | 3.0 | 16.880 | 27.1 |
| * Matosinhos | 24.380 | 51.9 | - 1.7 | 31.680 | 29.9 |
| Perafita | 8.155 | 50.1 | 57.0 | 9.900 | 21.4 |
| * Sta.Cruz Bispo | 5.210 | 51.2 | 47.8 | 6.610 | 26.9 |
| * S. Mamede de Infesta | 16.265 | 53.0 | 21.9 | 21.070 | 29.5 |
| * Senhora da Hora | 10.185 | 53.3 | 37.0 | 13.620 | 33.7 |
| TOTAL DO CONCELHO | 109.225 | 51.9 | 20.0 | 141.810 | 29.8 |

Fonte: I.N.E.

(1) Estimativa feita por projecção dos resultados do recenseamento eleitoral de 1976.

QUADRO 6.5

As freguesias escolhidas para este inquérito estão assinaladas com asterisco.

MORTALIDADE, NATALIDADE, SUA VARIAÇÃO, E ÍNDICES SANITÁRIOS (1970 e 1975)

| | CONTINENTE | REGIÃO NORTE | ÁREA METROPOLITANA DO PORTO | PORTO | MATOSINHOS |
|---|---|---|---|---|---|
| Taxa de mortalidade geral (1970) | 10.7 | 10.4 | 10.0 | 11.5 | 8.9 |
| Idem, variação 1960-1970 (%) | .94 | - 9.57 | - 18.03 | - 14.81 | - 20.54 |
| Indice de natalidade - 1970 | 19.8 | 23.7 | 22.8 | 28.2 | 19.8 |
| Idem, variação 1960-70 (%) | - 15.02 | - 19.93 | - 18.57 | - 8.14 | - 23.26 |
| Óbitos sem certificação médica (1975) % | 2.06 | 1.71 | .10 | .03 | .59 |
| Partos sem assistência (1975) % | 15.1 | 22.5 | 4.2 | 1.4 | 3.3 |
| Mortalidade infantil (1975) % | 38.6 | 47.6 | 39.7 | 25.4 | 43.4 |

Fonte: I.N.E. e Comissão de Planeamento da Região Norte

QUADRO 6.6

autores atribui-a à mais curta esperança de vida do sexo masculino, onde as doenças cardio-vasculares mostram valores superiores de morbilidade e mortalidade em idades mais precoces.

Os índices sanitários não são muito favoráveis ao concelho de Matosinhos, comparativamente com a Área Metropolitana, a Região Norte ou o País. Se as taxas de óbitos sem certificação médica e partos sem assistência são relativamente baixos, já a mortalidade infantil atinge valores elevados e preocupantes.

Um dado interessante, por fim, é a proporção relativamente baixa de famílias de uma só pessoa, ou por outras palavras, de indivíduos que vivem isoladamente da família: 5,0 % no Distrito do Porto. Este achado aponta para uma relativa preservação da coesão familiar a nível da coabitação.

CAPÍTULO 7

# *CONDUÇÃO DO INQUÉRITO*

## CONSTITUIÇÃO DA AMOSTRA

Pretendemos constituir um grupo de 300 indivíduos de idade igual ou superior a 65 anos, repartidos em contingentes atribuídos a seis freguesias do Concelho; o número de indivíduos de cada contingente foi calculado proporcionalmente ao respectivo número de habitantes. As freguesias seleccionadas foram: Matosinhos, Leça da Palmeira, S. Mamede, Senhora da Hora, Guifões e Santa Cruz do Bispo. Esta escolha obedeceu a um critério de facilidade de acesso, por se tratar de zonas de população mais concentrada e servida por melhores vias de comunicação. Por outro lado, nas respectivas autarquias, as Juntas de Freguesia, existe um ficheiro razoavelmente actualizado da população residente, o que não acontece em outras freguesias, e se mostrou muito útil para o processo de amostragem.

Uma das frepuesias inicialmente seleccionadas, a de Santa Cruz de Bispo, teve de ser excluída em fase mais adiantada do estudo, por terem surgido dificuldades práticas que impossibilitaram a substituição correcta dos indivíduos que faltaram à convocatória. Com esta eliminação (necessária para a preservação da representatividade baseada em mecanismos aleatórios) fixou-se a dimensão da amostra em 276 indivíduos. Dado que as restantes cinco freguesias mencionadas acima somam 70.610 habitantes, dos quais 4,490 correspondem à população idosa em estudo, conclui-se que a amostra representa 6,147 % dessa população, o que consideramos um valor bastante aceitável e superior ao que caracteriza outros estudos, como por exemplo os de Kay e colabs. (valores de 3,29 % e 5,59 %).

Em face do ficheiro dos residentes, foi estabelecido um sistema de numeração e, com o auxílio de uma tabela de números aleatórios, extraíram-se os nomes e moradas de tantos indivíduos quantos os

atribuídos ao contingente de cada freguesia, acrescidos de cerca de 25 % que se ordenaram como suplentes.

Os «efectivos» foram convocados para comparecer «para serem sujeitos a observação médica» em dia e hora fixadas, no gabinete clínico da Junta de Freguesia, quando esta o possuía, ou no Posto dos Serviços Médico-Sociais ou na Casa do Povo, quando era mais praticável. O aviso-convocação era feita por postal com o carimbo da Junta de Freguesia.

O número de comparências era muito variável, consoante a distância da residência e o estado do tempo, mas em média a taxa de falhas à primeira convocatória não excedeu os 40 %. Com frequência os faltosos ou os seus familiares compareciam num dos dias imediatos, e era possível marcar uma segunda data para exame no gabinete ou, se necessário, no próprio domicílio. Quando não se recebia qualquer notícia procedia-se a uma visita à residência indicada na ficha, para olher informações; se o sujeito era encontrado, procedia-se ao exame imediatamente ou em data marcada para dia muito próximo. Se o sujeito tinha mudado de residência, era necessário seguir a sua pista, que só era abandonada quando havia saída da área em estudo, carência total de informações, ou a certeza do falecimento. Dado que os ficheiros nem sempre se achavam actualizados, aconteceu serem procurados no domicílio pessoas que haviam morrido há 5 e 10 anos; como também sucedeu chegar-se a uma residência pouco depois da saída do funeral do sujeito pocurado... Houve que explicar às famílias e vizinhos que as observações clínicas se faziam por incumbência do «Ministério da Saúde» em ordem a melhorar as condições de vida das pessoas, dado que com frequência os elementos da equipa eram identificados como «fiscais» ou «médicos da Caixa», ou pior ainda. Outras vezes, atraídos pelas vantagens do exame médico gratuito e cuidadoso, vários parentes e amigos vinham na companhia do sujeito convocado, ou em sua substituição. Optou-se por proceder aos exames clínicos nesses casos, para de algum modo satisfazer as pessoas e vencer as reservas da população, embora, como é óbvio, tais observações não fossem incluídas no estudo.

Apenas houve um caso de recusa ao exame, por parte de uma senhora, que aliás veio mais tarde a aceder submeter-se após ter escutado a opinião de um parente que a visitou.

Nos casos de morte confirmada, desconhecimento total do para-

deiro, ou saída do sujeito para fora da área do estudo, era forçoso proceder à substituição por suplente. Estes eram chamados de acordo com a sua posição na respectiva lista, até se atingir o número de observações fixado previamente para cada freguesia.

## REPRESENTATIVIDADE DA AMOSTRA

Dado o procedimento que se adoptou para a sua constituição, será de esperar que a amostra reflicta a composição qualitativa e quantitativa da população de onde foi extraída. A existência de uma eventual distorção pode ser detectada por meio de uma comparação

COMPARAÇÃO ENTRE AMOSTRA E POPULAÇÃO DE IDOSOS

CONCELHO DE MATOSINHOS

| critério | população | | amostra | | p |
|---|---|---|---|---|---|
| | N | % | N | % | |
| Sexo | | | | | |
| homens | 2.360 | 33,9 | 108 | 39,1 | $0,10 > p > 0,05$ |
| mulheres | 4.505 | 66,1 | 168 | 60,9 | g.l. = 1 (NS) |
| Idade | | | | | |
| 65-69 anos | 2.970 | 42,8 | 122 | 44,2 | $0,70 > p > 0,60$ |
| 70 e mais | 3.975 | 57,2 | 154 | 55,8 | g.l. = 1 (NS) |
| Estado civil | | | | | |
| solteiros | 630 | 9,1 | 20 | 7,2 | |
| casados | 3.185 | 45,9 | 141 | 51,1 | $0,30 > p > 0,20$ |
| viúvos | 3.060 | 44,1 | 111 | 40,2 | g.l. = 3 |
| divorciados e separ. | 70 | 1,0 | 4 | 1,4 | (NS) |

QUADRO 7.1

COMPARAÇÃO ENTRE AMOSTRA E POPULAÇÃO DE IDOSOS

| critério | população | | amostra | | p |
|---|---|---|---|---|---|
| | N | % | N | % | |
| Condição laboral (*) | | | | | |
| com profissão | 20.515 | 21,3 | 49 | 17,8 | 0,20>p>0,10 |
| sem profissão (remunerada) | 76.005 | 78,7 | 227 | 82,2 | g.l. = 1 (NS) |
| Grau de instrução (§) | | | | | |
| analfabetos | 479.765 | 57,7 | 155 | 56,2 | |
| lê ou tem grau primário | 317.275 | 38,1 | 107 | 38,7 | 0,80>p>0,70 g.l. = 2 |
| secundário ou superior | 35.105 | 4,2 | 14 | 5,1 | (NS) |
| Nível sócio-profissional (§) (") | | | | | |
| pequenos comerciantes, patrões e empregados | 79.755 | 36,7 | 33 | 30,6 | 0,20>p>0,10 |
| trab manuais, agrícolas e não especializados | 217.525 | 66,3 | 75 | 69,5 | g.l. = 1 (NS) |

(*) referência ao Distrito do Porto
(§) referência ao País
(") apenas o sexo masculino - ver texto

QUADRO 7.2

estatística entre certos dados conhecidos, relativos à população de origem, e os correspondentes valores encontrados na amostra.

Nos quadro 7.1 e 7.2 está patente a semelhança de composição relativa entre a amostra e a população geral, no que se refere a seis critérios reputados fundamentais, designadamente sexo, idade, estado civil, condição laboral, grau de instrução e nível sócio-profissional. Em relação a este último aspecto, a comparação refere-se apenas aos indivíduos de sexo masculino, uma vez que no inquérito a que proce-

demos (ver adiante) as mulheres domésticas eram classificadas de acordo com o nível sócio-profissional do cônjuge, e o censo que se toma como padrão não seguiu esse critério. Dado que não foi possível obter estatísticas de 1970 sobre condição laboral, grau de instrução e nível sócio-profissional, por grupos etários, referidos ao Concelho de Matosinhos, tivemos de efectuar a comparação com os dados correspondentes do Distrito do Porto e, no último caso, do País, consoante se indica no quadro.

Em qualquer dos casos, a aproximação dos valores é bastante sensível. Feito o teste do «qui-quadrado» foi possível calcular a probabilidade (**p**) de a amostra ser representativa da população no que se refere a cada um dos critérios apontados. Em nenhum dos casos foi p inferior a 0,05, o que mostra não existir diferença significativa entre a população e a amostra, ou seja, esta parece efectivamente representativa.

## PROTOCOLO DO EXAME

Em cada observação individual era preenchido um boletim, como adiante se transcreve, com a finalidade de sumariar toda a informação recolhida, para possibilitar ulteriores buscas de dados para codificação e tratamento estatístico. O protocolo inclui, como se observa, elementos de natureza médica geral, dados psiquiátricos e mais propriamente psicológicos, e informações de natureza social e económica. Tais elementos estão ordenados da seguinte forma: antecedentes e história pessoal; história recente; estado actual. Faremos agora um breve comentário acerca de alguns pontos desse protocolo.

Por **antecedentes** entende-se quaisquer factos relevantes, de ordem clínica ou não, sucedidos antes dos 60 anos. Na **história recente**, por outro lado, englobam-se os acontecimentos ocorridos depois dessa idade. Os elementos de informação eram colhidos não só do próprio sujeito, como também dos familiares e acompanhantes. Em particular, para o esboço do perfil da personalidade (2.3) solicitava-se às pessoas que conheciam o sujeito que descrevessem a sua «maneira de ser» antiga, e não o seu carácter actual. As eventuais modificações da personalidade eram registadas noutro lugar (3.6). As rubricas relativas à personalidade prévia e às modificações recentes encontram-se definidas adiante (ver codificação).

As designações de carácter sócio-económico incluídos em 3.1 (condição perante o trabalho), 3.2 (meio de vida) e 3.3 (alojamento) foram adoptadas pelo Instituto Nacional de Estatística no Censo de 1960. O Censo de 1970 retomou, na sua maioria, essas rubricas, mas por vezes englobou-as diferentemente. Assim, por exemplo, as mulheres domésticas e os proprietários estavam incluídos em 1960 entre os «activos, com ocupação». Já em 1970 foram classificados como «sem actividade económica», juntamente com os inválidos, reformados e reclusos. Tais divergências de critério dificultam, obviamente, as comparações dos resultados de um censo com os do outro.

Certos dados de ordem clínica parecem repetidos, mas existe uma diferença de óptica. Assim, hipovisão e hipoacúsia são registadas primeiramente (3.7) como queixas subjectivas ou apontadas pela família, enquanto mais adiante, no exame físico, são tomadas como dados objectivos.

O boletim está feito de maneira a facilitar o preenchimento rápido, e assim se evitar a fadiga do sujeito. Mesmo assim, o exame durava sempre entre 45 e 60 minutos, por vezes mais, quando as pessoas se demoravam em narrações da vida passada ou em dramatizações dos problemas presentes. A entrevista não se desenrolava de maneira rígida, e podia começar por qualquer ponto do protocolo. O exame médico geral era sempre muito sumário, enquanto os exames psíquico, neurológico e neuropsicológico eram evidentemente mais desenvolvidos. No final era respondido um questionário, o MO-1, propositadamente construído sob modelos utilizados por outros investigadores. As perguntas eram formuladas verbalmente, com clareza e lentidão suficientes para a compreensão ser possível, e sem qualquer pressão para uma resposta rápida. Procurou-se igualizar as condições de aplicação, nomeadamente omitindo quaisquer «ajudas» mesmo bem intencionadas. No entanto insistia-se na pergunta quando o sujeito dava uma resposta negativa imediata, parecendo uma escusa, o que acontecia frequentemente na prova de memorização das ideias de um texto breve (V-B). Nessa prova explicava-se que não era preciso repetir as mesmas palavras, e podia «começar por qualquer lado». A maioria dos sujeitos acabava por responder sem dificudades de maior.

OBSERVAÇÕES ULTERIORES

No prazo de 1 a 2 anos os sujeitos foram observados pela segunda vez (excepto os que faleceram no intervalo ou um pequeno número que não foi possível contactar). Estes segundos exames, bem como os terceiros, que só foram efectuados em alguns indivíduos cujo diagnóstico oferecia algumas dúvidas, foram muito mais breves, incidindo particularmente no estado actual e acontecimentos ocorridos mais recentemente. Nos casos de óbito, procurou-se obter das famílias informações sobre a evolução do seu estado físico e mental, e causa da morte, se possível. Tais dados foram anotados num segundo boletim, que se anexou à primeira observação. O questionário MO-1 foi aplicado integralmente nas segundas observações, de modo a proporcionar um estudo evolutivo.

## BOLETIM INDIVIDUAL

0 — IDENTIDADE

nome, sexo, idade, estado
nível escolar, profissão, ocupação, residência

1 — ANTECEDENTES FAMILIARES

Pai, mãe, outros ascendentes, colaterais.
Doenças mentais, delinquência, suicídio, alcoolismo.

2 — ANTECEDENTES PESSOAIS

2.1 — **História pessoal**

infância, adolescência, escola
vida profissional
vida social, interesses
sexualidade, vida matrimonial, relações familiares

2.2 — **Antecedentes médicos**

diabetes, hipertensão, d. cardiovasculares, outras doenças
acidentes, traum. craniano
consumo de álcool

2.3 — **Personalidade prévia**

| | |
|---|---|
| intravertido — extravertido | 1 2 3 4 5 |
| ânimo estável — instável (emotivo) | 1 2 3 4 5 |
| dominante — dependente | 1 2 3 4 5 |
| confiante — desconfiado | 1 2 3 4 5 |
| enérgico — fatigável | 1 2 3 4 5 |

3 — HISTÓRIA RECENTE

3.1 — **Condição laboral**

profissão, situação na profissão
ocupação
reforma há ..... anos. Prof. anterior e sit. na prof.
outras situações

3.2 — **Meio de vida**

independente: trabalho, rendimentos, pensão
dependente: do cônjuge, família, assistência, outros

3.3 — **Alojamento**

casa, andar, «ilha», parte de casa, quarto, número de divisões
cozinha, W.C., banho, água encanada, electricidade

3.4 — **Convivência**

Lar: próprio, filial, colateral, não familiares, institucional
Isolado/convive com ... pessoas: cônjuge, ... filhos, ... netos

Companhia durante o dia: adultos/só crianças/geralmente só
Contactos com filhos ou parentes ausentes: freq./raros/nulos
Contactos com amigos: frequentes/raros/nunca
diminuição recente: menos de 6 meses/2 anos
Conflito com vizinho/convivente: menos de 6 meses/2 anos

3.5 — **Acontecimentos recentes**

Morte de: cônjuge há menos de 6 meses/2 anos
filho há menos de 6 meses/2 anos
parente há menos de 6 meses/2 anos
amigo há menos de 6 meses/2 anos

Outro desgosto (especificar)

há menos de 6 meses/2 anos

3.6 — **Personalidade actual**

modificações desde os 65 anos: rigidez — desconfiança — desleixo — pessismismo — apatia — puerilidade — hipocondria — desinibição moral — irritabilidade

3.7 — **História médica recente**

doenças físicas e psíquicas nos últimos 2 anos

surdez — visão deficiente — pert. da consciência — quedas — pert. do apetite — do sono — da memória — imobilização

4 — ESTADO ACTUAL

4.1 — **Actividades e autonomia**

veste-se sem/com ajuda
lava-se sem/com ajuda
come sem ajuda

vai ao W.C./bacio, sem/com ajuda; incontinente
sai à rua só/acompanhado
não sai de casa/do quarto/do leito
executa tarefas domésticas
tem actividade profissional
interessa-se por jogos — televisão — leitura — costura

4.2 — **Exame psíquico** (N = Normal)

**Aspecto :** N, deprimido, ansioso, agitado, obnubilado, embotado
**Atitude :** colaborante: activa, passiva; não colaborante
**Contacto :** N, difícil, impossível
**Orientação :** identidade, espaço, tempo
**Atenção :** N, com flutuações, não captável
**Discurso :** fluxo: N, fluente, lento, escasso
conteúdo: N, inadequado, incoerente
**Compreensão :** N, diminuída, abolida
**Pensamento :** N, ideias sobrevalorizadas
ideias delirantes
desagregação, empobrecimento
**Raciocínio :** N, lento, pobre, ilógico, desorganizado
**Auto-crítica :** N, diminuída, abolida
**Memória :** N, diminuída para factos recentes/remotos
**Humor :** N, deprimido, ansioso, exaltado, labilidade emocional
**Movimentos e gestos :** N, lentificação, agitação
**Actividade :** N, diminuída: astenia, fadiga, desinteresse

**Resumo do exame psiquíco :**

4.3 — **Sintomas gerais e exame físico**

aspecto físico, estado de nutrição, idade aparente
sinais carenciais
cefaleias, tonturas, zumbidos, pert. visuais
apetite, sono, forças
aparelho circulatório: T.A. .../... pulso auscultação
insuf. cardíaca?
aparelho respiratório —

aparelho digestivo —
aparelho génito-urinário —
sistema osteo-articular —

4.4 — **Exame neurológico sumário**

**Pares cranianos :** II: acuidade visual: OD..... OE.....
campo visual:
III — IV — VI: mov. oculares laterais, verticais, pálpebras, pupilas, reflexos à luz —
V: sensibil. facial, mastigação —
VII: simetria facial, mov. faciais, sinal de Bell —
VIII: acuidade auditiva: relógio, voz ciciada D..... E.....
vertigens, Romberg, nistagmo, braços estendidos —
IX e X: disfagia, voz, motilid. paladar —
XI: encolher ombros — XII: língua —
**Articulação verbal** —
**Motilidade :** atrofias, mov. involunt., tono, mov. voluntários —
**Sensibilidade :** superficial, profunda —
**Reflexos :** osteo-tendinosos, cutâneos —
palmo-mentoniano, Toulouse, Tromner —
**Coordenação :** dedo-nariz, marcha —

4.5 — **Exame neuro-psicológico sumário**

**Linguagem :** rep. palavras, frase curta, nomear objectos, ling. espontânea, compreensão —
**Cálculo :** operações com dígitos, complexos —
**Praxias:** imit. de gestos. Ideomotoras: palmas, apontar, prego, beijo, novelo —
sincinésias —
Ideatórias: meter folha no envelope —
Construção: des. relógio, casa com fósforos —
perseveração —
**Gnosias:** somatognosias: partes do corpo, dedos da mão, esquerda-direita —
visuais: objectos, fig. sobrepostas, símbolos —
espaciais: apontar de olhos fechados, planta da sala —

## QUESTIONÁRIO MO — 1

Nos grupos I a IV cada resposta certa, dentro da tolerância estabelecida, vale 1 ponto; as respostas aproximadas são cotadas com meio ponto. Indicam-se alternativas para as questões não aplicáveis.

### I — Orientação geral

1. Como se chama?
2. Quantos anos tem?
3. Que horas são? (tolerância de meia hora)
4. Em que mês estamos?
5. Que dia do mês é hoje?
6. Que dia da semana é hoje?
7. Em que ano estamos?
8. O que é (quem é) aquela pessoa? (empregada, enfermeira, visita...)
9. Em que terra estamos?
10. Que casa é esta?

### II — Memória para factos pessoais remotos

1. Onde nasceu?
2. Em que ano nasceu?
3. Com que idade saiu da escola? (de casa)
4. Onde trabalhou pela primeira vez?
5. Em que ano casou? (foi à inspecção? lhe morreu o pai?)
6. Quantos anos tinha nessa altura?
7. Quanto ganhava no seu primeiro emprego?
8. Em que dia faz anos a sua mulher? (marido? irmão?)
9. Como se chamava o seu professor primário? (abade da freguesia)
10. Em que dia era a festa da sua terra? (qual o santo padroeiro?)

### III — Memória para factos pessoais recentes

1. Em que dia recebeu o aviso da minha visita? (Há quanto tempo não está comigo?)

2. Onde esteve, da última vez que saiu à rua? (Qual foi a última pessoa que o veio visitar?)
3. Como se chama o médico que o trata?
4. Que comeu ontem ao jantar?
5. Que estava a dar a televisão, quando a viu pela última vez?
6. Quando foi pela última vez à missa? (Ao mercado, cortou o cabelo?)
7. A que horas tomou os seus medicamentos?
8. Há quanto tempo está comigo? (Toler. de dez minutos).

IV — **Memória para acontecimentos gerais**

1. Quando foi a revolução do 25 de Abril? (ano).
2. Em que ano tinha começado a guerra em Angola?
3. Qual foi o ano em que acabou a última guerra mundial?
4. Diga um país para onde vão (onde estão) muitos emigrantes da nossa terra.
5. Quem é o primeiro ministro? (Quem manda no governo? Qual é o partido que está no governo?)
6. Quando é que foi aberta aquela rua? (Inaugurada tal fábrica? Acabou a obra do porto?)
7. Diga o nome de um futebolista que ainda jogue (um cantor de rádio).

V — **Memória imediata**

A. Senhor João das Neves, rua da Vitória, 42, Famalicão.
(repetição imediata e de novo após cinco minutos, literal).

B. José dos Santos / jogava futebol / em Matosinhos / desde a escola / e era muito apreciado / como avançado-centro. / Há três anos / foi para a tropa / nos Açores. / Regressou / há um ano / com o posto de furriel / e voltou a jogar futebol. / Ontem / jogou / contra o Benfica / e meteu cinco golos / com o pé esquerdo.

(Repetição imediata, podendo ser por outras palavras e por qualquer ordem, contando-se um ponto por cada elemento correctamente relatado).

CAPÍTULO 8

# *TRATAMENTO DOS DADOS*

## 8.1 — CODIFICAÇÃO DAS 50 VARIÁVEIS PRIMÁRIAS

As variáveis estão agrupadas por categorias; mantém-se a numeração original, utilizada ao longo da análise estatística, e que surgirá também mais adiante nos quadros de resultados e na discussão. Entendemos que assim se evita qualquer ambiguidade ou equívoco. Algumas variáveis são designadas de duas formas alternativas (por exemplo — 21: **hipoacúsia, surdez**) que funcionam como sinónimos. Em muitos casos especifica-se dentro de um parêntesis qual o sentido em que a variável é tomada na análise, quando por exemplo se diz que tem correlação positiva ou negativa com outra. Sempre que, na discussão, a variável for considerada em sentido inverso (variável reflectida, como por exemplo — **61: lar próprio** em vez de **lar alheio**) será feita menção expressa do facto.

Muitas das variáveis apenas admitem dois valores, 0 e 1, que correspondem à ausência ou presença de determinada característica. Nas restantes é possível definir diversos graus, conforme se indica. Nos grupos H.b e I isso resulta directamente da utilização de escalas ou instrumentos de medida. Nos itens — 2: **estado civil** e 47: **diagnósticop psiquiátrico** os diversos valores numéricos atribuídos representam categorias qualitativas e não graus quantitativos, como é evidente.

Indicamos seguidamente os critérios seguidos para a pontuação das 50 varáveis primárias.

### A — DADOS BÁSICOS

1. **Sexo** (masculino)
   mulher 0
   homem 1

3. **Idade** (mais elevada)

| | |
|---|---|
| 65 - 69 | 1 |
| 70 - 74 | 2 |
| 75 e mais | 3 |

B — NÍVEL ECONÓMICO E SOCIAL

5. **Grau de instrução** (baixo)

| | |
|---|---|
| possui um grau secundário ou superior | 0 |
| possui um grau primário | 1 |
| sabe ler e escrever | 2 |
| analfabeto | 3 |

4. **Classe sócio-profissional** (baixa)

| | |
|---|---|
| patrões, isolados, empregados de serviços, funcionários | 1 |
| operários especializados e semiespecializados, e equivalentes | 2 |
| trabalhadores agrícolas, pescadores, operários não qualificados, e equivalentes | 3 |

9. **Meio de vida** (insuficiência ou dependência económica)

| | |
|---|---|
| independente — vive do trabalho, rendimentos, ou pensões suficientes | 0 |
| dependente de família (excepto do cônjuge, caso em que pontua 0) | 1 |
| indigente — vive de esmolas ou assistência | 2 |

10. **Habitação** (alojamento deficiente)

| | |
|---|---|
| casa ou andar, com banho e/ou W.C. próprios | 0 |
| casa ou andar, sem banho ou W.C. próprio | 1 |
| quarto, parte de casa ou «ilha», com banho ou W.C. próprio | 1 |
| quarto, parte de casa ou «ilha», sem banho ou W.C. próprio | 2 |

C — TRABALHO E PROFISSÃO

6. **Profissão** (não exerce)

| | |
|---|---|
| actividade remunerada regular, tempo completo | 0 |
| actividade remunerada eventual, ou tempo parcial | 1 |
| sem actividade remunerada | 2 |

7. **Reforma precoce**

| | |
|---|---|
| manteve-se a trabalhar após os 65 anos | 0 |
| abandonou o trabalho aos 65 anos ou antes | 1 |
| nunca teve profissão | 2 |

8. **Reforma recente**

| | |
|---|---|
| reformou-se há menos de 2 anos | 1 |
| sem modificação nos últimos 2 anos | 0 |

D — CONVIVÊNCIA

2. **Estado civil** (não casado)

| | |
|---|---|
| casado | 1 |
| viúvo | 2 |
| separado ou divorciado | 3 |
| solteiro | 4 |

13. **Descendência** (reduzida)

| | |
|---|---|
| tem mais de 2 filhos | 0 |
| 2 filhos | 1 |
| 1 filho | 2 |
| sem filhos | 3 |

15. **Relações familiares** (diminuídas)

| | |
|---|---|
| mantém relações com família próxima, por contactos, visitas ou correspondência | 0 |
| diminuição de relações com família próxima, por morte, ausência, conflito ou falta de notícias, mas existindo relação íntima ao menos com uma pessoa (cônjuge, filho, etc.) | 1 |
| forte diminuição das relações familiares, sem existir relação íntima com uma pessoa | 2 |

61. **Tipo de lar** (alheio)

| | |
|---|---|
| lar próprio | 0 |
| lar filial ou de descendentes | 1 |
| de outros familiares | 2 |
| de não familiares | 3 |
| institucional | 4 |

11. **Habita só**

| | |
|---|---|
| habita em companhia de outrem | 0 |
| habita só | 1 |

62. **Gerações em convivência** (menos de 3)

| | |
|---|---|
| isolado | 0 |
| lar de uma só geração (casal, irmãos, etc.) | 1 |
| convivência de duas gerações | 2 |
| idem, de três ou mais gerações | 3 |

12. **Contactos diários** (diminuição)

| | |
|---|---|
| contactos frequentes com familiares e/ou vizinhos, amigos | 0 |
| contactos limitados (a um só parente, a crianças, só acompanhado por adultos à noite) | 1 |
| está só a maior parte do tempo | 2 |

14. **Relações sociais** (diminuídas)

| | |
|---|---|
| encontros frequentes ou regulares com amigos | 0 |
| encontros casuais, raros, ou nulos | 1 |

E — STRESS RECENTE
(ver também 8, 18, 19, 20)

16. **Acontecimento traumático recente**: há menos de 2 anos (exceptua-se doença do próprio)

| | |
|---|---|
| inexistente ou irrelevante | 0 |
| conflitos com parentes ou vizinhos, doenças de familiares, separações, desastres, prejuízos, etc. | 1 |
| morte de parente próximo | 2 |
| morte de cônjuge | 3 |

F — ANTECEDENTES E PERSONALIDADE

28. **Doença psíquica familiar**

| | |
|---|---|
| ausente na família directa | 0 |
| indefinida, suspeita | 1 |
| menção de simples hábitos alcoólicos | 1 |
| doença psíquica definida | 2 |

29. **Doença psíquica anterior** no próprio examinado
ausente da história 0
suspeita, indefinida 1
presente na anamnese 2

30. **Inadaptação sócio-familiar anterior**
ausente ou leve 0
menção na história de conflitos, maus tratos, despedimento punitivo 1
separação conjugal, rotura de relações entre familiares directos, vários despedimentos 2

31. Personalidade prévia: **emotiva,instável**
(avaliada através de relato do próprio e de familiares)
estável, sem oscilação de humor, suportando sem alteração aparente, frustrações relevantes 0
«termo médio» 0
oscilações de ânimo, frequentes emoções, labilidade psicovegetativa, impulsividade, baixa tolerância à frustração 1

32. Idem, **intravertido**
expansivo, emoções rápidas e pouco duradouras, gosto pelo relacionamento, expressão verbal tipo dramático, mímica variada 0
«termo médio» 0
fechado, emoções duradouras, gosto pelo isolamento, expressão verbal tipo conceptual-sintético, mímica restrita 1

33. Idem, **desconfiado**
confiante, sugestionável, descuidado, optimista 0
«termo médio» 0
tende a interpretar as atitudes dos outros, resiste à sugestão, defensivo no relacionamento, pessimista 1

34. Idem, **fatigável, pouco activo**
necessidade constante de agir, resiste à fadiga, iniciativa pronta, disponível 0
«termo médio» 0

escassa iniciativa, desiste facilmente, cansa-se frequentemente, evita o esforço 1

35. Idem, **dependente, submisso**
tende a dominar outrem, gosta de conduzir actividades, «utiliza» as pessoas, evidencia-se 0
«termo médio» 0
aceita ser mandado ou conduzido, prefere obedecer a decidir, junta-se aos mais fortes, evita o risco 1

36. **Interesses** (limitados)
menção de gosto por leituras, convívio, rádio, pesca, clubes, ou outra ocupação definida do lazer 0
sem menção de interesses definidos 1

42. **Hábitos alcoólicos**
ausentes na anamnese 0
bebedor excessivo (regular ou eventual) 1
alteração grave do comportamento social e da personalidade 2
sintomas psicóticos de alcoolismo 2

G — SAÚDE FÍSICA

18. **Doença física**
ausente, assintomática ou ligeira 0
défice sensorial isolado 0
qualquer padecimento físico com duração superior a um mês, espontaneamente referido como «doença» 1

19. **Duas ou mais doenças físicas**
ausência de segunda doença 0
apresenta mais de um padecimento físico crónico (em 18) 1

20. **Mobilidade** (restrição)
sem limitação nas saídas ao exterior 0
com algumas limitações no exterior (só acompanhado, não utiliza transportes públicos, etc.) 1
não pode sair de casa 2

23. **Hipertensão arterial**

ausente 0

valores abaixo de 200/105 m Hg, mas hipertensão referida na anamnese ou em curso de tratamento 1

valores da max. igual ou superior a 200, **ou** mínima igual ou superior a 105 2

24. **Diabetes**

história clínica negativa 0

história clínica positiva 1

25. **Doença cardíaca**

ausente ou não detectada 0

na anamense ou na observação: arritmias, insuf. coronária, insuf. cardíaca, ou outros dados definidos 1

26. **Doença cerebrovascular**

ausente ou assintomática 0

anamnese ou observação suspeitas: perdas de consciência, zumbidos, fosfenas, cefaleias, tonturas (pelo menos dois sintomas 1

sintomas definidos: história de acidente vascular, crises epilépticas recorrentes de início recente, episódios confusionais, conjugados com sinais focais objectivos 2

21. **Hipoacúsia, surdez**

ausente, muito ligeira, ou corrigida 0

difícil ou impossível entender a voz normal a 1 metro ou ciciada a 20 centímetros 1

22. **Hipovisão, visão deficiente**

ausente, muito ligeira, ou corrigida 0

visão inferior a 3/10 em ambos os olhos (C.I.D., 9.ª revisão, 360.9, grau 1) 1

H — SAÚDE MENTAL (PERTURBAÇÃO)

37. **Pessimismo, autocompaixão**

ausente ou pouco manifesto 0

atitude espontaneamente comunicada pelo sujeito: «nada de bom há a esperar mais da vida», em tom de queixa ou desagrado (conforme PSE, 24, grau 1) 1

39. **Apatia, alheamento**
ausente ou pouco manifesto 0
desinteresse geral, falta de iniciativa ou de vitalidade, ensimesmamento, referidos pelo sujeito ou conviventes, ou patentes na observação (PSE, 36, graus 1-2, ou 110, graus 1-2) 1

40. **Irritabilidade, hostilidade**
ausentes, pouco maifestos 0
impaciência, atitudes agressivas, mesmo só verbais, referidas ou manifestas na observação (PSE 40, grau 2) 1

38. **Rigidez**
ausente ou pouco manifesta 0
obstinação nos seus hábitos, intolerância às mudanças, acentuando-se recentemente

41. **Hipocondria**
ausente, pouco significativa 0
mostra uma preocupação penosa, insistente e excessiva àcerca da saúde ou do funcionamento corporal (PSE, 9, grau 2) 1

44. **Insónia**
ausente, ocasional ou ligeira 0
refere que tem, presentemente, mais de uma hora de atraso no adormecer, ou de antecipação no despertar (PSE, 35 ou 57, graus 1-2) 1

43. **Depressão**
ausente, ou apenas transitórias flutuações de humor 0
leve: diminuição do prazer ou interesse nas actividades correntes, com períodos de tristeza, choro fácil, desânimo pelas condições de vida, da ideação ou das funções vegetativas (DSM — III, A; PSE 23,1) 1

moderada ou grave: a tristeza é sentida como mais que um simples desgosto; é persistente e acompanha-se de três, pelo menos, dos seguintes sintomas: anorexia ou perda de peso; perturbação do sono; astenia; agitação ou lentificação; diminuição dos impulsos incluindo a libido; auto-acusação; desejo de morrer; dificuldade em pensar tomar decisões. (DSM — III, B; PSE 23,2)

45. **Comportamento psicótico**

ausente, ou apenas sinais de défice intelectual 0

agitação grave, desorientação, alucinações, delírio, discurso inadequado (um sinal, pelo menos) 1

49. **Perturbações da consciência**

ausentes ou incertas, durante o mês anterior 0

presentes: períodos de obnubilação e desorientação, estado confusionais, durante o mês anterior (PSE, 102, grau 1) 1

50. **Diminuição subjectiva da memória**

não referida 0

ligeira: esquecimento de nomes, tarefas, lugares onde guardou objectos (PSE 103, grau 1) 1

acentuada: dificuldade em evocar acontecimentos recentes; por vezes confunde ou não reconhece pessoas (PSE, 103 2-3) 2

48. **Deterioração intelctual**

inaparente; perturbação no questionário MO-1 superior a 30 0

leve ou suspeita ao exame clínico; pontuação no questionário MO-1 superior a 20 1

moderada ou grave; pontuação no questionário MO-1 igual ou inferior a 20 2

47. **Diagnóstico psiquiátrico**

Os critérios a que obedece a classificação adoptada, bem como a correspondência com a Classificação Internacional (9.ª revisão, 1975), foram já expostos anteriormente (cap. 1).

A justificação da subdivisão em graus (leve ou grave, p. ex.) é feita neste lugar.

sem perturbação 0

síndromos demenciais senis e pré-senis:
formas **graves**: em estado demencial, com desorganização da personalidade e incapacidade de levar a cabo as tarefas comuns do dia-a-dia 1
formas **leves**: deterioração mental menos avançada 2

síndromos psico-orgânicos de causa cerebrovascular:
formas **graves**: como acima 3
formas **leves**: deterioração mental menos avançada, ou modificação menos sensível da personalidade 4

outros síndromos orgânicos (estados confusionais agudos, quadros crónicos além dos já indicados):
formas **graves**: como acima 5
formas **leves**: como acima 6

esquizofrenia 7

reacções e desenvolvimentos paranóides 8

perturbações afectivas primárias («endógenas):
**graves**: incluindo casos psicóticos; depressão de grau 2 (ver atrás) 9
**moderadas**: dignóstico apoiado nos sintomas (grau 2) e antecedentes pessoais 10
**leves e duvidosas**: sintomas de grau 1; diagnóstico apoiado em antecedentes familiares 11

reacções e evoluções neuróticas:
**graves e moderadas**: sintomas intensos, persistentes desde há mais de 3 meses, poucas flutuações 12
**leves**: sintomas menos intensos, pouco persistentes, flutuando no tempo, mais na dependência dos acontecimentos do dia-a-dia 13

alcoolismo com modificação da personalidade e/ou sintomas psicóticos 14

outros síndromos funcionais e oligofrenias 15

46. **Início da perturbação**
sem perturbação (prejudicado) 0
início depois dos 60 anos 1
início antes dos 60 anos 2

## 8.2 MÉTODOS DE ANÁLISE ESTATÍSTICA

Passaremos em revista neste capítulo os procedimentos que usámos na análise dos dados recolhidos, com excepção da análise factorial, que será objecto de tratamento especial em secção própria, mais adiante. Não faremos uma descrição pormenorizada, que pode ser encontrada nos manuais de estatística aplicada; também não seguiremos à risca as convenções de notação e certos aspectos de rigor formal que, neste estudo e noutros semelhantes, são destituídos de implicações práticas. Importa, em nossa opinião, precisar que métodos e suas variantes foram adoptados, quais as correcções introduzidas no cálculo, e dar as devidas justificações, de maneira a possibilitar comparações com os resultados de outros estudos ou facilitar o percurso a futuros investigadores neste campo.

### 1. Tipos de variáveis

O estado civil (2) pode ser considerado uma variável **qualitativa nominal,** isto é, os seus quatro valores possíveis não têm qualquer relação de quantidade entre si; o mesmo se pode dizer do diagnóstico psiquiátrico (47), tal como foi codificado neste estudo; do sexo (1), do habitar só (11) e outros.

Noutros casos, há variáveis qualitativas de tipo **dicotómico,** que o são por imperativo de simplificação; na realidade há uma escala quantitativa implícita, na qual, em determinado ponto escolhido previamente se estabeleceu uma demarcação. É o caso da maior parte das variáveis que utilizamos e que só admitem os valores de 0 a 1

na pontuação: por exemplo, surdez, apatia, insónia, comportamento psicótico, diminuição das relações sociais, introversão, etc. Em todos estes casos, por detrás de uma variável qualitativa há, de facto, uma dimensão quantitativa, um eixo contínuo.

As variáveis que se pontuaram como **quantitativas** admitem três ou quatro valores possíveis, como é o caso da idade (3), número de gerações em convivência (62), classe sócio-profissional (4), doença psíquica familiar (28), e hipertensão (23). No decurso da análise, conforme se indicará, algumas foram convertidas em variáveis dicotómicas, para simplificar o cálculo.

Neste estudo não se utilizaram variáveis **ordinais.**

## 2. Meios de descrição estatística relativas à amostra

Os dados referentes a variáveis quantitativas foram descritos com o auxílio de quadros de **frequência** agrupados por classes, e representações gráficas derivadas tais como polígonos de frequência e histogramas; uma descrição mais sintética é feita através das **médias** e **desvios-padrões.** O cálculo destes últimos foi efectuado, geralmente, dividindo a soma dos desvios por n (número de observações) e extraindo a raiz quadrada.

$$x = \frac{\Sigma\, fixi}{n} \qquad s_x = \sqrt{\frac{\Sigma\, fi\,(xi - x)^2}{n}} = 1/n \sqrt{n\Sigma fxi^2 - (\Sigma fxi)^2}$$

Há certamente vantagens e inconvenientes em proceder de preferência, à divisão por n-1, o que permite uma estimativa mais correcta dos parâmetros da população geral. Preferindo o cálculo «biased», procedemos, no entanto, à transformação no valor «unbiased», (n-1) ao utilizarmos testes de significação tais como o t de Student e o F de Snedecor.

Quanto aos dados relativos a variáveis qualitativas, são expressos em **frequências absolutas** (contagem dos casos), em **proporções** ou em **percentagens.**

## 3. Inferências acerca da população

A média da amostra constitui uma estimativa da média da popu-

lação de onde aquela foi extraída. As diversas médias de diversas amostras possíveis distribuem-se com o desvio-padrão

$$s_x = \frac{S}{\sqrt{n}}$$

também designado por **erro padrão da média,** onde n é o número de elementos da amostra a partir da qual se faz a estimativa.

Se a amostra não for demasiado pequena, é possível calcular os **limites de confiança da média,** que são iguais a

$$x \pm 1.96 \; s_x \quad \ldots\ldots\ldots \quad P < 0{,}05$$
$$x \pm 2.58 \; s_x \quad \ldots\ldots\ldots \quad P < 0{,}02$$

Isto significa que, com 95% de probabilidade de acertar, podemos dizer que a média da população está compreendida entre os limites da primeira expressão.

Lidando com variáveis qualitativas, é também possível calcular o **erro-padrão de uma proporção p.** Sendo n o número de casos da amostra,

$$s_p = \sqrt{\frac{p\,(1-p)}{n}}$$

o qual se multiplicará por 100 se se quiser exprimir o resultado em forma de percentagem. Similarmente, **os limites de confiança** a 95% e 99% respectivamente são

$$p \pm 1.96 \; s_p \quad \ldots\ldots\ldots \quad P < 0{,}05$$
$$p \pm 2.58 \; s_p \quad \ldots\ldots\ldots \quad P < 0{,}01$$

Só é legítimo utilizar estas fórmulas se n não for muito pequeno ou se p não se afastar muito de 0,50 (na prática, np deve ser igual ou superior a 5).

## 4. Testes de significação estatística

Para **compararmos as médias** de dois grupos de observações, independentes um do outro, de modo a sabermos qual a probabilidade

de serem extraídos da mesma população (ou, inversamente, de pertencerem a populações diferentes) utilizamos a **distribuição de t de Student.**

Sendo $x_1$ e $x_2$ as médias respectivas, $s_1$ e $s_2$ os desvios padrões («biased») e $n_1$ e $n_2$ os números de elementos das amostras,

$$t = \frac{x_1 - x_2}{s} \times \sqrt{\frac{n_1 n_2}{n_1 + n_2}}$$

sendo

$$S = \sqrt{\frac{n_1 s_1^2 + n_2 s_2^2}{n_1 + n_2 - 2}} \qquad \text{g. lib} = n_1 + n_2 - 2$$

Consultadas as tabelas apropriadas, na linha correspondente aos «graus de liberdade» $(n_1 + n_2 - 2)$, veremos se t é igual ou superior aos valores críticos que correspondem à probabilidade de as duas amostras pertencerem à mesma população. Em princípio, se essa probabilidade for inferior a 0,05 a diferença é considerada bastante sugestiva, e se for inferior a 0,01 é considerada «significativa», noção intuitiva que representa, na prática, que nos contentamos com esse grau de evidência. Usámos sempre a distribuição designada por «two-tailed», quer dizer, não podíamos excluir «à priori» que a diferença $x_1 - x_2$ fosse negativa ou positiva.

Outro teste, agora para **comparar as variâncias** (quadrados dos desvios-padrões), consiste em calcular F:

$$F = \frac{S_1^2}{S_2^2} \qquad \text{(estimativas «unbiased»)}$$

$$\text{g.lib. (1)} = n_1 - 1 \qquad \text{g.lib. (2)} = n_2 - 1$$

Se este quociente se afasta muito da unidade, as tabelas respectivas apontam o respectivo significado estatístico.

Na **comparação de percentagens (P)** utilizamos o **desvio-reduzido z:**

$$z = \frac{P_1 - P_2}{\sqrt{P_0 (100 - P_0)(1/n_1 + 1/n_2)}} \qquad \text{sendo} \qquad P_0 = 100 \times \frac{n_1 P_1 + n_2 P_2}{n_1 + n_2}$$

Neste caso, z deve ser igual ou inferior a 1,96 para um nível de significação de 5%, e igual ou inferior a 2,58 para um nível de significação de 1%.

Com variáveis qualitativas dicotómicas é geralmente preferível lidar com as frequências absolutas em lugar das percentagens, e calcular o **qui-quadrado** em distribuição 2x2 como teste de independência.

$$\chi_2 = \frac{n\,(AD - BC)^2}{(A + B)\,(C + D)\,(A + C)\,(B + D)} \qquad \text{g. lib.} = 1$$

quando a distribuição tem a forma:

| | | Amostra 1 | Amostra 2 | TOTAIS |
|---|---|---|---|---|
| variável dicotómica | 1 | A | B | A + B |
| | 0 | C | D | C + D |
| TOTAL | | A + C | B + D | n |

Quando um ou mais dos valores **esperados** para as casas A, B, C e D, (se, conhecendo só os sub-totais, admitíssemos ser a distribuição por essas casas inteiramente ao acaso) era próximo de 10 ou inferior, empregámos a fórmula que comporta a **correcção de Yates:**

$$\chi_2 = \frac{n\,(\,|\,AD - BC\,|\,-\frac{n}{2})^2}{(A + B)\,(C + D)\,(A + C)\,(B + D)} \qquad \text{g. lib.} = 1$$

Os valores críticos do qui-quadrado encontram-se nas tabelas, para cada grau de liberdade (neste caso, g. lib. = 1).

Quando a distribuição de frequências é 2x3, 3x3, etc., (variável qualitativa ou discontínua mas não dicotómica) o **qui** quadrado é calculado a partir da comparação entre os valores esperados de cada frequência (por interpolação através dos sub-totais) e os valores efectivamente observados:

$$\chi_2 = \Sigma\,\frac{O^2}{E} - n \qquad \text{g. lib.} = (\text{n.º colunas} - 1) \times (\text{n.º linhas} - 1)$$

O número de graus de liberdade é igual a 2 em quadro de contingência 2x3, igual a 4 em quadro 3x3, etc.

## 5. Correlações simples

Em muitas investigações, em cada elemento de um grupo são feitas duas mensurações relativas a duas diferentes variáveis. O grau de associação estatística entre esses dois conjuntos de medidas, ou, por outras palavras, o grau de concomitância na sua variação, exprime-se em regra através dos índices de correlação. Quando o seu valor é nulo ou quase, as duas variáveis mostram-se independentes uma da outra; do conhecimento de um determinado valor assumido por uma delas, nada se pode inferir sobre o correspondente valor do outro, relativo ao mesmo elemento do grupo. Por outro lado, com índices próximos da unidade é praticamente possível prever-se cada uma das medidas dos diversos pares, a partir do conhecimento prévio da outra. A relação entre as variáveis tende, pois, para uma função algébrica tipo $y = f(x)$.

Entre duas variáveis quantitativas x e y, com as observações agrupadas em classes de frequência f, calculamos o **coeficiente de correlação de Pearson** (também designado por produto-momento) com o auxílio da fórmula.

$$r = \frac{n \Sigma fxy - \Sigma fx \Sigma f y}{\sqrt{[n \Sigma fx^2 - (\Sigma fx)^2] \times [n \Sigma fy^2 - (\Sigma fy)^2]}}$$

onde n é o número de elementos do grupo. Acentue-se que o coeficiente de correlação não é só por si indicação bastante da probabilidade de acerto na previsão de um valor a partir do seu homólogo. Depende também do tamanho do grupo em que o índice foi determinado. Quando ele é pequeno, só um valor elevado de r possui significado estatístico. Mais adiante encontraremos casos em que uma correlação de 0,200 é significativa, e casos em que o índice de 0,230 não o é ainda, precisamente porque neste último caso o grupo é mais restrito.

Quando as variáveis são do tipo nominal, ou dicotomizadas, calcula-se de preferência uma variante do r de Pearson, a **correlação quadripartida pontual (phi)** aparentada com o qui quadrado, como a fórmula deixa antever

$$\varphi = \frac{AD - BC}{\sqrt{(A + B)(C + D)(A + C)(B + D)}}$$

utilizando a notação atrás indicada. Aliás, sendo o qui-quadrado igual ao produto de n por phi ao quadrado, resulta mais prático calcular os dois valores simultaneamente (ou melhor, achar primeiro phi, que tem sinal algébrico, e depois o qui-quadrado, que vem sempre positivo). Como nota prática, deve sublinhar-se que A e D são as frequências que correspondem à hipótese em busca de confirmação (por exemplo, A — exposto ao stress, com neurose; e D — não exposto, não neurótico) enquanto B e C se referem a situações que contrariam aquela hipótese (p. ex., B — não exposto e neurótico, e C, exposto e saudável). A ser assim, um valor negativo de phi, acompanhado por um qui quadrado significativo, traduz a existência de uma correlação inversa da esperada.

Finalmente, entre uma variável quantitativa x (por ex. a idade) e outra dicotómica (duas alternativas, P ou Q, por ex. hipertenso ou não hipertenso) utilizámos a **correlação biserial pontual.** Sejam p e q os números de casos em cada um dos dois subgrupos, e sejam $x_t$ e $x_p$ as médias respectivamente no grupo total e no subgrupo P, será

$$r_{pb} = \frac{x_p \quad x_t}{s_t} \sqrt{\frac{p}{q}}$$

onde s é o desvio-padrão de x no grupo total. A significação estatística é determinada com o auxílio das tabelas de t, sendo

$$t = r_{pb}\sqrt{\frac{T-2}{1-r_{pb}}} \qquad \text{g. lib.} = T-2$$

onde T é o número total de elementos.

## 6. Correlação parcial

Sendo conhecido o índice de correlação $r_{12}$ entre as variáveis $x_1$ e $x_2$, pode suspeitar-se que parte dessa correlação é atribuída ao facto de tanto $x_1$ como $x_2$ estarem, por sua vez, correlacionados com outra variável $x_3$. Uma forma de anular a influência dessa variável «parasita» seria modificar a sua distribuição refazendo a amostra. Como tal nem sempre é praticável ou desejável, o cálculo da corre-

lação parcial $r_{12 \cdot 3}$ vem a ser uma maneira «elegante» de conseguir quase o mesmo por meios analíticos.

$$r_{12.3} = \frac{r_{12} - r_{13} \times r_{23}}{\sqrt{(1 - r_{13}^2)(1 - r_{23}^2)}}$$

para determinar a significação deste coeficiente recorremos mais uma vez à distribuição de t:

$$t = \frac{r_{12 \cdot 3}}{\sqrt{(1 - r_{12 \cdot 3}^2)(n - 3)}} \qquad \text{g. lib.} = n - 3$$

## 7. Correlação e variância

Como se disse atrás, designa-se por variância ($s^2$) de uma variável x o quociente da soma do quadrado dos desvios, de cada medida individual relativamente à média x, por n (ou por n-1 se a amostra é pequena). A variância é o quadrado do desvio-padrão.

O quadrado $r^2$ do coeficiente da correlação entre duas variáveis $x_1$ e $x_2$ exprime a proporção da variância de cada uma das variáveis que é atribuível à influência da outra, ou, o que é o mesmo, que é previsível a partir da outra. Se, por exemplo, $r = 0{,}70$, temos $r^2 = 0{,}49$, o que significa que, conhecendo-se os valores de uma distribuição, conhecemos cerca de 50% do que é necessário para prever exactamente a outra. A percentagem da **variância explicada** será de 50%. Os outros 50% serão previsíveis a partir de outras variáveis.

Se agora excluíssemos a influência de uma terceira variável, pelo cálculo da correlação parcial, e obtivéssemos $r_{12 \cdot 3} = 0{,}50$, o seu quadrado seria 0,25. Quer então dizer que a percentagem da variância de $x_1$ explicada por $x_2$ é de 50%, **mas** sendo 25% explicada pela influência de $x_3$ sobre $x_2$.

## 8. Correlação múltipla

O coeficiente de correlação simples constitui uma indicação de até que ponto é possível prever os valores assumidos por uma variável a partir dos correspondentes valores de outra. Muitas vezes, em Medicina ou em Psicologia, é importante dispor-se de um certo número de variáveis independentes, os **predictores**, que permitam

prever o «comportamento» de uma variável dependente, o **critério.** Assim, por exemplo, o tempo de sobrevida em determinada enfermidade crónica poderá ser previsto (dentro de certos limites) conjugando-se os dados sobre etnia, idade, sexo, extensão da doença, elementos histopatológicos, etc. Em psiquiatria, a probabilidade de certo indivíduo vir a apresentar um surto depressivo poderá ser avaliada com o auxílio de predictores ligados aos antecedentes hereditários, à história individual, ao meio social, à saúde física, e alguns mais.

É-se tentado a supor que será melhor dispor-se de dois ou três predictores do que possuir apenas um; em parte, assim é de facto, mas conviria quantificar esta noção intuitiva. Um primeiro problema consiste em saber que ganho de informação se obtém quando se passa de um para dois predictores, ou, em geral, de n para n + 1. É evidente que se temos dois predictores altamente correlacionados entre si, pouca vantagem isso representa relativamente a possuirmos apenas um, uma vez que o segundo muito escassa informação acrescenta à que o primeiro veiculara. Em termos de economia de esforços pode mesmo ser inconveniente. Mas já as coisas são diferentes quando o novo predictor mostra uma correlação baixa com o anterior (ou os anteriores); aí, o valor predictivo global do conjunto é de facto significativamente superior ao de cada uma das variáveis independentes de per si.

Este valor predictivo global de um determinado conjunto de variáveis, relativamente a um certo critério, é expresso pelo **coeficiente de correlação múltipla R.**

Por razões de economia, convém lidar com um pequeno número de predictores; por outro lado, convém que a sua escolha se faça de maneira a obter um valor máximo de R. Pelo que ficou dito, compreende-se que se tivermos uma lista das variáveis cujas correlações com o critério são conhecidas, a simples selecção das que mais altas correlações apresentem não é o melhor meio de maximizar R. É necessário entrar também em linha de conta com as correlações mútuas que tais factores mantêm entre si. Por outras palavras, só a partir de uma **matriz de correlações** se podem seleccionar as variáveis que funcionarão como predictores.

O passo seguinte será determinar a importância relativa de cada um dos predictores, ou seja, a contribuição de cada um para o R global

(a qual reflecte de certa maneira a «originalidade» de cada predictor). Esses factores de ponderação são conhecidos por **coeficientes beta** e o seu cálculo é extraordinariamente laborioso, em particular se o número de predictores é maior que cinco. Existem por isso vários métodos de computação, entre os quais os de Doolitlle, de Aitken (Ferguson, 1959) e DuBois (1965). Neste trabalho, em que recorremos por vezes a sete e a oito predictores, utilizámos o método de Aitken, que não pode evidentemente ser aqui exposto. Nesse método, como nos restantes, parte-se de uma matriz de correlações que é sucessivamente transformada e condensada, graças ao cálculo de determinantes, até se chegar a uma matriz linear (ou vector) composta pelos coeficientes beta. Conhecidos estes, e se nenhum for negativo ou muito baixo, caso em que geralmente se prefere excluir do grupo a correspondente variável, calcula-se R através da fórmula

$$R^2 = \beta_2 r_{12} + \beta_3 r_{13} + \ldots\ldots + \beta_k r_{1k}$$

Paralelamente ao que se passa com os coeficientes de correlação simples, $R^2$ exprime a proporção da variância do critério que é atribuível ao conjunto das variáveis independentes seleccionadas. Se se dividir cada termo da expressão aditiva acima pela variância explicada $R^2$ pode achar-se, em percentagem, qual a contribuição de cada predictor para essa variância. Mas saliente-se que essa contribuição é também função da sua ordem de sucessão, pois como se disse cada predictor vale pelo que acrescenta à informação de que já se dispunha antes.

A significação estatística de R é dada por

$$F = \frac{R^2}{1 - R^2} \times \frac{n - k - 1}{k}$$

sendo

$$\text{g. lib } (1) = k \qquad \text{g. lib. } (2) = n - k - 1$$

onde n é o número de observações e K o número de predictores (a determinação da significação de F exige duas entradas no respeitante a graus de liberdade).

## 9. Nota sobre correlações, previsão e causalidade

A fechar este esboço justificativo dos métodos de análise utilizados, a que só faltou a análise factorial (que será descrita no capítulo respectivo) convém especificar claramente o sentido em que certos termos são empregues.

A existência de uma correlação ou associação estatística não implica necessariamente que haja um **elo causal** entre as variáveis a que se refere. Pode, por exemplo, dar-se o caso de serem ambas efeitos de uma outra causa. A elucidação da causalidade não pode ser feita em termos puramente estatísticos ou matemáticos.

Por outro lado, termos como **previsão,** predictor, previsibilidade, devem ser tomadas mais no sentido de inferência, estimativa ou conhecimento indirecto e aproximado de determinado acontecimento por mediação de outros, e não no sentido ordinário de antecipação no tempo (embora possa, evidentemente, ter também essa aplicação). É pois perfeitamente correcto dizer-se que certas variáveis permitem prever, em determinado contexto, acontecimentos que ocorrem simultaneamente, ou até que sucederam muito tempo antes.

CAPÍTULO 9

# *CONDIÇÕES DE VIDA*

Abordar-se-ão, neste capítulo, de forma descritiva, alguns aspectos gerais das condições de vida dos indivíduos que constituem a amostra da população idosa. Serão focadas, sucessivamente, a situação sócio-económica e laboral, as formas de convivência, e o grau de saúde física. A saúde psíquica será o tema do capítulo seguinte. Outros dados descritivos, tais como antecedentes pessoais e familiares, personalidades e «stress» recente, serão apresentados no capítulo sobre causalidade.

Embora tenhamos procedido a análise dos diversos dados segundo grupos etários, não faremos aqui tal distinção, que se mostrou pouco significativa de uma maneira geral. Teremos em conta, sim, a divisão por sexos, que nos permitirá fazer comparações e pôr em evidência diferenças muito relevantes. Em muitos aspectos, como se verá, as coordenadas do envelhecimento são bastante diferentes no homem e na mulher.

## SITUAÇÃO SÓCIO-ECONÓMICA

Dois terços da população masculina (a inferir pela amostra) são reformados, e o terço restante trabalha ainda regularmente. A reforma não impede que cerca de 10 por cento se entreguem a trabalhos remunerados de carácter eventual, tais como cobranças, consertos, venda de tabaco e jornais, etc. A maior parte reforma-se aos 65 anos ou depois. No sexo feminino, em contraste, encontramos mais de quatro quintos gozando da reforma, enquanto mais de dez por cento nunca tiveram profissão (proporção esta que certamente será muito superior noutras zonas do país, menos industrializadas). Na sua maioria, obtiveram a reforma antes dos 65 anos.

CONDIÇÕES SÓCIO-ECONÓMICAS (I)

| | PERCENTAGENS | | | Comparação H:M |
|---|---|---|---|---|
| | HM | H | M | p |
| 5. instrução | | | | |
| grau secundário ou superior | 5,1 | 11,1 | 1,2 | .01 |
| grau primário | 19,9 | 32,4 | 11,9 | .001 |
| lê e escreve | 18,8 | 13,9 | 22,0 | .05 |
| analfabeto | 56,2 | 42,6 | 64,9 | .01 |
| 4. classe sócioprofissional | | | | |
| patrões, isolados, funcionários de serviços | 16,3 | 30,6 | 7,1 | .001 |
| trabalhadores manuais especializados ou semi-especializados | 48,6 | 38,0 | 55,4 | .05 |
| trabalhadores agrícolas, pescadores e indiferenciados | 35,1 | 31,5 | 37,5 | N.S. |
| 10. alojamento | | | | |
| casa ou andar independente c/ água e luz | 65,6 | 75,0 | 59,5 | .05 |
| parte de casa, "ilha", ou quarto, com wc próprio | 17,7 | 14,8 | 19,7 | .05 |
| parte de casa, "ilha", ou quarto, sem wc próprio | 16,7 | 10,2 | 20,8 | |

QUADRO 9.1

Os homens repartem-se de maneira aproximadamente igual pelos três níveis económico-sociais considerados: patrões, isolados e funcionários de serviços; trabalhadores manuais especializados e semi-especializados; e indiferenciados, compreendendo trabalhadores agrícolas e pescadores. Das mulheres, a grande maioria pertence à classe intermédia, do operariado industrial; o escalão superior está muito pouco representado, apesar de nos casos de mulheres sem profissão termos tomado a do marido como indicador.

É igualmente muito reduzido o número de mulheres com grau primário completo, e menos ainda com estudos secundários ou de nível superior; na maior parte, quase dois terços, são analfabetas. Entre os homens, mais de dez por cento frequentaram ensino secun-

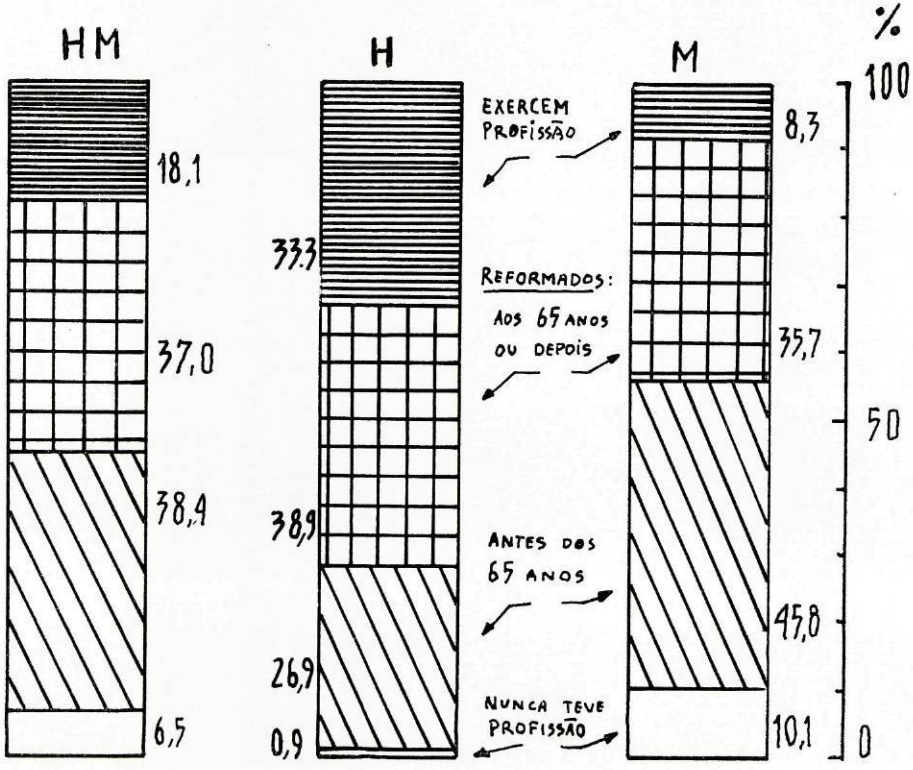



FIGURA 9.2

Comparação das situações laborais nos dois sexos.

dário ou médio, e o número de analfabetos é bem inferior à metade.

A maior parte dos idosos de ambos os sexos é economicamente independente, pelo menos em princípio, isto é, tem pensões de reforma que não são meramente simbólicas, ou, no caso de mulheres domésticas, vivem do salário ou da pensão do marido. Por outro lado, observamos que cerca de um quarto dos homens depende para o seu sustento da ajuda da família ou de outros, incluindo a assistência; nas mulheres, esta proporção atinge quase cinquenta por cento.

Quanto ao tipo de alojamento, os homens são novamente bene-

CONDIÇÕES SÓCIO-ECONÓMICAS (II)

| | PERCENTAGENS | | | Comparação H:M |
|---|---|---|---|---|
| | HM | H | M | p |
| 9. meio de vida | | | | |
| independente (ou dep. do cônjuge) | 62,0 | 73,1 | 54,8 | .01 |
| dependente da família | 32,2 | 21,3 | 39,3 | .01 |
| dependente da assistência ou esmolas | 5,8 | 5,6 | 6,0 | |
| 6+7. situação laboral | | | | |
| exerce profissão regular | 18,1 | 33,3 | 8,3 | .001 |
| reformado aos 65 anos ou depois | 37,0 | 38,9 | 35,7 | N.S. |
| reformado antes dos 65 anos | 38,4 | 26,9 | 45,8 | .01 |
| nunca teve profissão | 6,5 | 0,9 | 10,1 | .01 |
| 6. ocupação após a reforma | | | | |
| exerce uma actividade remunerada eventual | 5,1 | 10,2 | 1,8 | .01 |

QUADRO 9.3

ficiados, pois três quartas partes residem em casa ou andar independente, com instalações sanitárias próprias, habitando os restantes em parte de casa, quarto, ou no tipo de habitação insalubre e sobrelotada que se designa por «ilha», muitas vezes sem água nem w.c. privativo. As mulheres, pelo contrário, é nestes tipos degradados de habitação que residem em maior número, particularmente as que vivem isoladas.

## TIPO DE CONVIVÊNCIA

Quase 80% dos homens são casados, contra cerca de um terço das mulheres. A viuvez é a regra nestas últimas, e a excepção naqueles. O número de solteiros, insignificante entre os homens, ultrapassa dez por cento nas mulheres. Talvez por essa razão é superior, no sexo feminino, a proporção das que não têm filhos. Nos homens há mais casos de descendência numerosa.

Também os homens residem quase sempre em lar próprio, e apenas 15% em lar filial ou colateral. Nas mulheres, esta última proporção sobe a um terço. Mais de uma de cada cinco reside só, geralmente em pequenas habitações degradadas onde viviam nos tempos de casadas. Em ambos os sexos, pouco mais de um terço das pessoas reside em lar onde convivem três gerações.

A maior parte dos idosos continua a relacionar-se com os membros da família, especialmente os filhos. Num caso em cada cinco há uma diminuição dessas relações, devida em geral à distância ou à emigração, mas que é «compensada», se assim se pode dizer, pela intimidade que mantêm com pelo menos um dos familiares. No entanto, em cerca de 10% das mulheres e 4% dos homens há uma rotura completa das relações com familiares.

Três quartas partes dos idosos mantêm razoável convivência social, com amigos ou pessoas da vizinhança, que encontram praticamente todos os dias.

Considerando agora a frequência dos contactos ao longo do dia, observamos que nos homens só um pequeno número, menos de dez por cento, tem verdadeira restrição de contactos (limitadas a uma pessoa, a crianças, ou solidão absoluta). Na mulher essa proporção é considerável, chegando a 27% aquelas que estão praticamente sós durante a maior parte do dia.

CONVIVÊNCIA (I)

| | PERCENTAGENS | | | Comparação H:M |
|---|---|---|---|---|
| | HM | H | M | p |
| 2. estado civil | | | | |
| casado (ou equivalente) | 51,1 | 79,6 | 32,7 | .001 |
| viúvo | 40,2 | 17,6 | 54,8 | .001 |
| separado ou divorciado | 1,4 | 0,9 | 1,8 | N.S. |
| solteiro | 7,2 | 1,9 | 10,7 | .01 |
| 13. descendência | | | | |
| 2 filhos ou mais | 72,8 | 84,3 | 65,5 | .01 |
| 1 filho | 12,7 | 9,2 | 14,9 | N.S. |
| sem filhos | 14,5 | 6,5 | 19,6 | .01 |
| 15. relações familiares | | | | |
| manutenção | 71,4 | 74,1 | 69,6 | N.S. |
| restrição "compensada" | 21,0 | 22,0 | 20,2 | N.S. |
| rotura | 7,6 | 3,7 | 10,1 | .05 |
| 14. relações sociais | | | | |
| regulares | 74,3 | 75,9 | 73,2 | N.S. |
| raras ou nulas | 25,7 | 24,1 | 26,8 | N.S. |

QUADRO 9.4

## CONVIVÊNCIA (II)

| | PERCENTAGENS | | | Comparação H:M p |
|---|---|---|---|---|
| | HM | H | M | |
| 61. lar | | | | |
| próprio | 74,0 | 84,3 | 67,3 | .01 |
| filial ou de descendentes | 21,4 | 13,9 | 26,2 | |
| de colaterais | 4,0 | 0,9 | 6,0 | .01 |
| de não familiares | 0,4 | - | 0,6 | |
| institucional | 0,4 | 0,9 | - | |
| 62. coabitação | | | | |
| isolado | 13,0 | 0,9 | 20,8 | .001 |
| uma geração | 21,8 | 25,9 | 18,5 | |
| duas gerações | 28,6 | 34,3 | 25,0 | |
| três gerações ou mais | 37,0 | 38,9 | 35,7 | N.S. |
| 12. contactos diários | | | | |
| frequentes ou contínuos | 77,2 | 92,6 | 67,3 | .001 |
| limitados (a 1 pessoa ou crianças) | 5,1 | 3,7 | 6,0 | .001 |
| está só durante o dia | 17,8 | 3,7 | 26,8 | .001 |

QUADRO 9.5

## SAÚDE FÍSICA

Cerca de dois idosos em cada três foram examinados por médico nos 6 meses anteriores à nossa observação. Encontramos doença física relevante, com repercussão funcional e subjectiva, em 47% dos homens e 64% das mulheres. Os casos em que havia ainda uma segunda doença, igualmente causadora de sofrimento, atingiam cerca de 20% em ambos os sexos. Paralelamente, observámos restrição importante da mobilidade em quase 40% das mulheres, contra menos de 20% nos homens. O número de idosos confinado ao domicílio é nitidamente

SAÚDE FÍSICA (I)

| | PERCENTAGENS | | | Comparação H:M p |
|---|---|---|---|---|
| | HM | H | M | |
| 18. doença física com sofrimento | 57,2 | 47,2 | 63,7 | .01 |
| 19. duas doenças físicas | 20,7 | 19,4 | 21,4 | N.S. |
| 20. restrição da mobilidade | | | | |
| com limitações no exterior | 24,6 | 14,8 | 31,0 | .0,001 |
| confinado ao domicílio | 6,2 | 1,9 | 8,9 | .0,001 |
| 21. surdez | 31,2 | 37,0 | 27,4 | N.S. |
| 22. visão deficiente | 37,7 | 31,5 | 39,3 | N.S. |

QUADRO 9.6

superior no sexo feminino. As causas de imobilização são geralmente doenças reumáticas ou cardíacas, além dos casos de senilidade muito avançada. As cardiopatias e a hipertensão, particularmente nas formas graves, parecem também ser mais prevalentes no sexo feminino. Sinais de doença cerebrovascular, segundo o critério atrás definido, foram detectados em metade das mulheres; tratava-se, na maioria dos casos, de sinais discretos, de tipo focal. Nos homens, observaram-se em cerca de um terço.

SAÚDE FÍSICA (II)

| | PERCENTAGENS | | | Comparação H:M |
|---|---|---|---|---|
| | HM | H | M | p |
| 17. observação recente por médico menos de 6 meses | 67,0 | 64,8 | 68,5 | N.S. |
| 23. hipertensão arterial | 42,0 | 35,2 | 47,0 | N.S. |
| moderada | 27,5 | 25,0 | 29,2 | N.S. |
| grave | 14,9 | 10,2 | 17,9 | N.S. |
| 26. doença cerebrovascular | 44,2 | 32,4 | 51,8 | .01 |
| leve ou suspeita | 29,0 | 18,5 | 35,7 | .01 |
| grave | 15,2 | 13,9 | 16,1 | N.S. |
| 25. doença cardíaca | 30,4 | 14,8 | 40,5 | .001 |
| 24. diabetes | 10,9 | 9,3 | 11,8 | N.S. |

QUADRO 9.7

A visão deficiente, conforme a definição adoptada, afecta também mais o sexo feminino (quase 40%). A única «doença» que neste estudo parece um tanto mais frequente entre os homens foi a surdez (um terço no conjunto dos idosos).

## DIFERENÇAS ENTRE OS SEXOS

Não deixa de ser impressionante a extensão e amplitude das diferenças entre homens e mulheres, no que se refere à maior parte dos parâmetros deste estudo. Os homens mostram-se, aparentemente mais saudáveis fisicamente, mais beneficiados social e economicamente, e gozando de maior grau de convivência social e familiar que as mulheres. Ver-se-á que a nível de saúde mental os achados são paralelos. Como interpretar estes factos? Tentemos fazê-lo.

Em primeiro lugar, convém ter em linha de conta que a população masculina na terceira idade é já sensivelmente menos numerosa que a feminina (cerca de 2 para 3). As doenças vasculares manifestam-se mais precocemente no sexo masculino, cerca de oito a dez anos mais cedo. Além disso, parecem mostrar tendência a evoluir mais rapidamente para a morte. (Note-se que o factor duração afecta a taxa de prevalência de uma doença; enfermidades fatais de evolução mais rápida podem aparecer com baixa prevalência num exame transversal, mesmo que a sua incidência, seja relativamente elevada). Um contingente considerável de população masculina, provavelmente constituída por aqueles que são dotados de características constitucionais menos favoráveis, e pelos mais expostos a factores patogénicos, não chega a atingir esta fase da vida. Será, portanto, lícito prever que, por um mecanismo de selecção positiva, os sobreviventes serão possuidores de disposições mais favoráveis do ponto de vista biológico.

Pelas razões que acabamos de apontar, e ainda porque a idade nupcial tende a ser mais baixa na mulher (pelo menos assim seria quando os actuais idosos eram jovens) se compreende porque razão a viuvez é tão frequente no sexo feminino e muito menos no masculino.

Outras desigualdades serão de raiz socio-cultural. No início do século a escolaridade não era obrigatória para as raparigas, e por vezes não existiam escolas femininas nas zonas residenciais das

classes menos favorecidas. Até há poucos anos, a legislação laboral consagrava diferenças importantes entre os sexos. O acesso aos lugares de encarregado, contramestre ou chefe, na indústria, era muito dificultado à mulher. O mesmo se pode dizer dos serviços e do funcionalismo público. Mas mesmo no seio da família são atribuídos diferentes papéis à mulher e ao homem, talvez de maneira menos sistemática actualmente do que há dezenas de anos, quando os actuais

PERSONALIDADE ANTERIOR

| | total | homens | mulheres |
|---|---|---|---|
| emotivo | 56.9 | 51.9 | 60.1 |
| intravertido | 29.7 | 33.3 | 27.4 |
| desconfiado | 26.4 | 24.1 | 28.0 |
| fatigável | 5.1 | 7.4 | 3.6 |
| dependente | 24.6 | 20.4 | 27.4 |
| interesses limitados | 55.1 | 29.6 | 71.4 (*) |

(*) diferença entre sexos: $p < 0.001$

QUADRO 9.8

idosos adquiriam os traços duradouros do seu carácter. O exercício de uma profissão pela mulher era geralmente considerado um mal necessário, uma forma supletiva de acudir às despesas da família, cujo sustento competia, essencialmente, ao marido. A escolha de uma profissão, e a correspondente preparação técnica, era geralmente reservada ao homem. O emprego da rapariga dependia mais de considerações de distância de residência, horário e salário, do que propriamente do gosto pessoal. Por outro lado, a mulher continua a ter que desempenhar as tarefas domésticas, no termo da jornada de trabalho, enquanto o marido procura um local de convívio ou se entrega a qualquer distracção. Quando os filhos estão mais crescidos, a mulher

tenta então muitas vezes libertar-se do fardo do emprego para se dedicar mais ao lar, ou seja, na realidade, para escapar a uma sobrecarga de esforços que já não consegue suportar.

Após a reforma, o homem pode dispor do seu tempo para encontrar os amigos no café, na loja ou no barbeiro, ou para se consagrar a qualquer ocupação meio útil, meio satisfação pessoal: o quintal, o galinheiro, as pombas. Não é «normal» que a mulher idosa deixe a casa e venha para a rua encontrar-se com as pessoas amigas. Pelo contrário, espera-se dela que, mesmo em casa da filha ou da nora, ajude na cozinha ou faça companhia aos netos durante o dia. Só a

ANTECEDENTES

| | Total | homens | mulheres |
|---|---|---|---|
| doença psíquica na família directa | | | |
| confirmada | 9.4 | 5.6 | 11.9 |
| suspeita | 25.4 | 23.1 | 26.8 |
| doença psíquica anterior | 4.0 | 1.9 | 5.4 |
| inadaptação antes dos 40 anos (familiar, profiss.) | | | |
| moderada | 16.0 | 7.4 | 21.4 (*) |
| grave | 3.6 | 1.9 | 4.8 |
| hábitos alcoólicos | | | |
| bebedor excessivo habitual | 6.7 | 11.1 | 4.2 (§) |
| psicose alcoólica anterior | 0.4 | - | 0.6 |

(*) diferença entre sexos: $p < 0.01$

(§) idem: $p < 0.05$

QUADRO 9.9

adiantada decrepitude física ou mental a vem libertar do encargo do serviço doméstico. A doença grave do marido representa para ela um acréscimo de trabalho, mas o inverso raramente é verdadeiro. Com a viuvez a maior parte das mulheres enfrenta um dilema: ou passar a residir em lar filial, sujeita ao poder doméstico da filha ou da nora, ou permanecer sozinha na antiga residência, tentando bastar-se a si própria enquanto for possível. É de notar como é raro encontrar-se um homem a viver só; mesmo que os familiares não simpatizem muito com ele, sentem-se socialmente obrigados a tê-lo em sua casa; mas já em relação à mulher admite-se facilmente que ela fique isolada.

Por tudo quanto se disse, nesta tentativa de interpretar as diferenças observadas entre os sexos, cremos estar justificada a asserção de que, em certo sentido, homens e mulheres na terceira idade constituem **duas populações biológica e culturalmente diferenciadas.** Qualquer investigação sobre inadaptação ou doença psíquica entre os idosos deverá, a nosso ver, considerar os dois sexos em separado, o que nem sempre se encontra na literatura. Assim procederemos nos próximos capítulos.

'STRESS' RECENTE

(ver também SAÚDE FÍSICA)

| | Total | Homens | Mulheres |
|---|---|---|---|
| acontecimento traumático há menos de 2 anos (o mais grave) | | | |
| conflitos, doenças de familiares, separações, desastres, perdas diversas | 24.7 | 23.2 | 25.6 |
| morte de parente próximo | 12.7 | 12.0 | 13.1 |
| morte do cônjuge | 2.5 | 2.8 | 2.4 |
| abandono recente da profissão (reforma há menos de 2 anos) | 19.6 | 21.3 | 18.5 |

QUADRO 9.10

CAPÍTULO 10

# *PERTURBAÇÕES PSÍQUICAS*

Em capítulo anterior referimo-nos já aos principais problemas metodológicos que levanta um estudo epidemiológico em psiquiatria. Para além das dificuldades de amostragem e de estandartização do processo, os pontos mais críticos continuam a ser a fixação de critérios de diagnóstico e de classificação, sem os quais a identificação dos «casos» e o seu enquadramento em categorias nosológicas seriam feitos de maneira muito subjectiva e inconsistente. Ora um problema concreto com que deparamos consiste precisamente nas limitações impostas pelas circunstâncias ao processo normal de diagnóstico. Neste trabalho de campo que não se dirige para a detecção de uma determinada doença em particular, mas visa antes o estabelecimento de taxas de morbilidade para as várias doenças, não foi possível recorrer a métodos refinados de diagnóstico tais como electro, eco e gamaencefalografia, e testes psicométricos de aplicação morosa, para já nem falar de tomografia computorizada nem de biópsia cerebral, que certamente seriam de muito valor para o estudo de síndromos orgânicos na situação clínica propriamente dita. Wells (1978) sugere, mesmo, que a rotina básica de meios paraclínicos a utilizar em casos suspeitos de organicidade deve, actualmente, abranger: análise de urina, RX torácico, hemograma, serologia da sífilis, provas metabólicas, doseamento de vitamina B12, ácido fólico e tiroxina no sangue, e... tomografia computorizada. É evidente que tal bateria está fora das nossas possibilidades e certamente é inadequada para utilização em epidemiologia. Mas, para além destes exames subsidiários, é o próprio exame clínico que está condicionado a algumas limitações, sobretudo de tempo e de comunicação. No nosso estudo procurámos superá-los procedendo, como se disse, à observação directa de todos os casos por psiquiatra. Por outro lado, as segundas observações foram úteis para melhor esclarecimento e

diagnóstico através da evolução, mas há que ter em conta que um certo número de sujeitos (ver adiante) não se apresentaram ao segundo exame, cerca de três anos depois, por se terem mudado ou por terem falecido. Possuímos bastantes dados sobre as circunstâncias do falecimento, mas é certo que foram colhidos indirectamente, dos familiares ou, num ou noutro caso, do clínico assistente ou do registo hospitalar. Ora acontece que alguns dos casos falecidos careciam de nova observação para conferir mais rigor ao diagnóstico.

As limitações de tempo e as que resultam da dificuldade de estabelecer uma boa relação com os sujeitos, anteriormente desconhecidos e que não entendiam as razões do exame, explicam porque encontramos verdadeira dificuldade em chegar a uma distinção fenomenológica muito precisa em determinados casos. Assim, designadamente, foi difícil estabelecer a diferenciação entre autênticas alucinações, pseudoalucinações, alucinose e imagens hipnagógicas, fenómenos estes que não são raros entre os idosos. Desta maneira, quando, neste estudo, nos referimos a alucinações, não podemos garantir que num ou noutro caso não se tratasse apenas de imagens precursoras do sono. Por outro lado, também foi especialmente difícil avaliar o carácter distintamente delirante de determinadas temáticas exteriorizadas pelos sujeitos, ficando por vezes a dúvida de não se tratar senão de natural confabulação ou, até, de convicções com certa base de veracidade, no que se refere a ideias de perseguição de auto-relacionação.

Diz Kay (1972) que o importante é utilizar critérios muito simples, o mais objectivos possível, e claramente expressos. Assim tentamos proceder, ao fixar o sentido das designações clínicas e sociais da maneira que atrás o fizemos.

### 10.1 Sintomas principais e sua distribuição

Não nos parece necessário nem «económico» elaborar extensas listas de sintomas, com indicação da frequência respectiva na amostra, uma vez que tal não resulta útil nem na teoria nem na prática. No quadro 10.1 apresentamos dados sobre a frequência de sete sintomas ou constatações que nos parecem mais significativos.

Assim, a **insónia** mostra-se o achado semiológico mais frequente. A sua prevalência é muito próxima da que se refere ao conjunto de

todas as perturbações, como veremos adiante; assim, de algum modo, a insónia vem a ser o indicador mais sensível e menos selectivo da psicopatologia.

A **depressão** e a **deterioração mental** são tomadas aqui mais como sintomas do que como síndromos (Polónio, 1981) e apresentam uma frequência semelhante, próximo de 25 %. Dado que as duas variáveis

FREQUÊNCIA DE ALGUNS SINTOMAS
(percentagens)

| | TOTAL | HOMENS | MULHERES |
|---|---|---|---|
| insónia | 42,4 | 35,2 | 47,0 |
| depressão | 24,3 | 25,0 | 23,8 |
| id., moderada ou grave | 7,6 | 7,4 | 7,7 |
| deterioração mental | 22,1 | 15,7 | 26,2 |
| id.,acentuada | 5,1 | 2,8 | 6,5 |
| períodos de obnubilação (estados confusionais) | 7,2 | 5,6 | 8,3 |
| fenómenos alucinatórios | 3,3 | 1,9 | 4,2 |
| ideação paranóide | 1,8 | 1,9 | 1,8 |
| comportamento inapropriado ou agitado | 2,9 | 2,8 | 3,0 |

QUADRO 10.1

não estão fortemente correlacionadas (r = 0,40 nos homens e 0,21 nas mulheres — ver quadro 10.9) pode admitir-se que depressão e deterioração mental são como que duas dimensões básicas da psicopatologia dos idosos — noção que evidentemente terá que ser sujeita a comprovação pela análise factorial, como se fará adiante.

O sintoma **obnubilação da consciência**, que no nosso material diz respeito principalmente a períodos de confusão mental, ocorridos durante os dois meses anteriores, demarca as situações psicóticas ou «marginais». A sua frequência, de 7,2 %, é próxima da que geralmente se aponta para as psicoses da idade avançada (6 a 7 %). Finalmente, os restantes sintomas, alucinações, ideação paranóide (com as reservas que atrás formulámos) e comportamento grosseiramente inadequado ou agitado, (2 a 3 %), caracterizam o verdadeiro núcleo da psicopatologia da senescência, as psicoses graves e descompensadas, com todos os problemas familiares e sociais que acarretam, e que constituem uma das prioridades assistenciais em psiquiatria.

Ao iniciarmos este capítulo pela análise destes sintomas, aos quais atribuímos «a priori» um significado especial, mais não pretendemos que possibilitar uma perspectiva global sobre a variedade das manifestações psiquiátricas nesta camada da poulação, seus limiares de gravidade, e suas implicações médico-sociais e assistenciais.

## 10.2 Categorias nosológicas

Os quadros 10.4 e 10.5 mostram a distribuição dos casos de perturbação psíquica pelas diversas categorias da classificação nosológica adoptada. No quadro 10.4 as frequências estão expressas em percentagens e consideram-se os dois sexos em separado. Note-se, a propósito, que não se detectaram diferenças estatisticamente significativas entre homens e mulheres. No quadro 10.5 agrupámos as diversas entidades segundo o critério patogénico, isto é, relativa à sua origem orgânica ou funcional. Apresentamos nesse quadro as estimativas das taxas de prevalência na população idosa para zona em estudo. Indica-se o erro padrão das percentagens mais importantes com a finalidade de permitir o cálculo dos limites de confiança (ver «métodos estatísticos»). Finalmente, nos quadros seguintes 10.6, 10.10 e 10.12 procuramos estabelecer uma comparação entre os índices de prevalência das diversas perturbações psíquicas com os valores

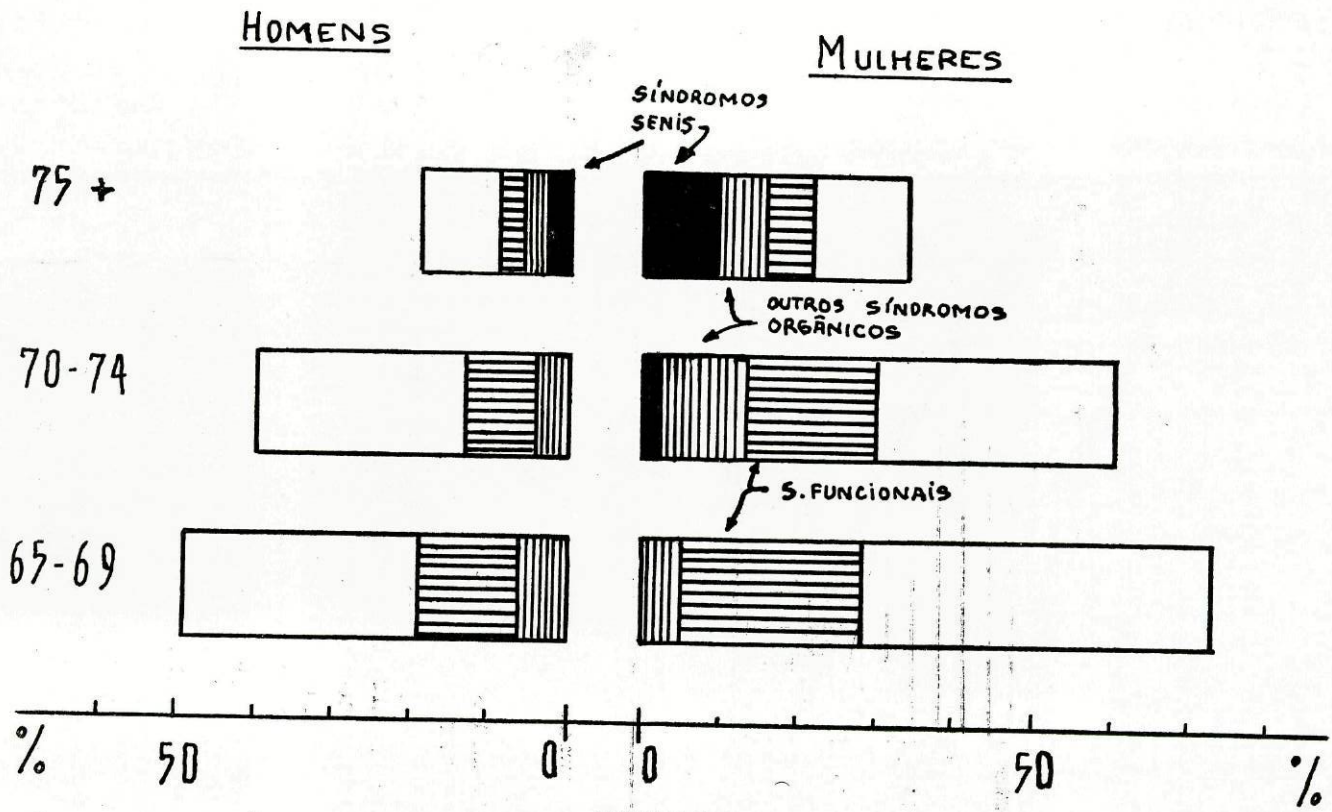



FIGURA 10.2

Vértice da pirâmide etária, com indicação gráfica das proporções de «casos», na amostra.

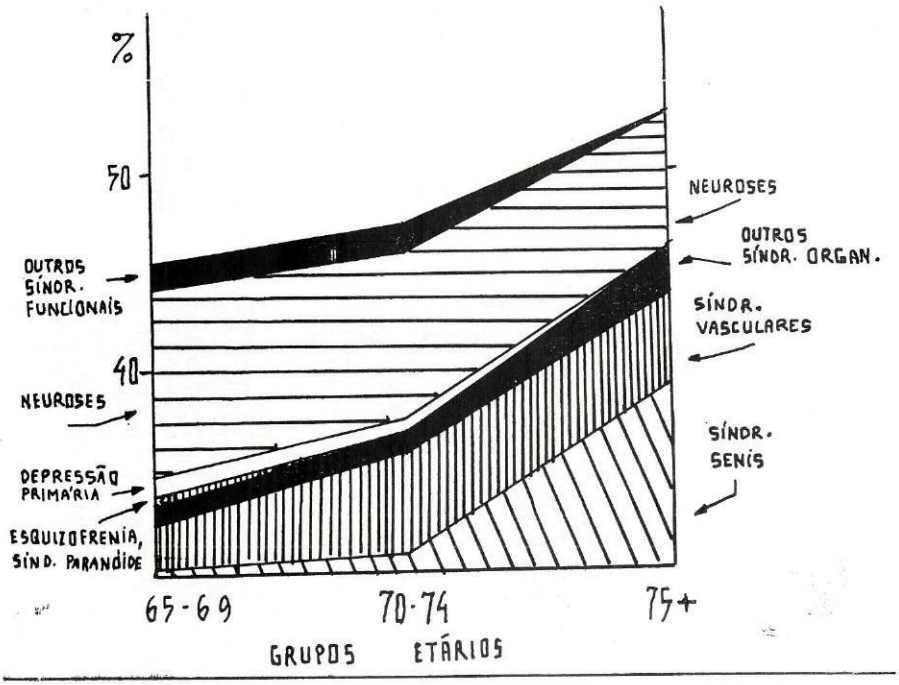



FIGURA 10.3

Comparação das frequências relativas dos grandes grupos de diagnóstico, por grupos etários.

correspondentes, obtidos por outros investigadores em alguns dos mais importantes inquéritos na comunidade.

Antes de passarmos à análise desses quadros, parece-nos conveniente esclarecer dois pontos relacionados com a utilização da classificação nosológica.

O primeiro aspecto a considerar é o de que, em diversos casos, o mesmo indivíduo pode receber mais de um diagnóstico. Uma situação clínica que pode servir de exemplo é a de uma mulher de 86 anos, que sofre de uma demência senil aparentemente indiscutível, mas que apresenta igualmente álcool-dependência e pelagra. Trata-se pois de três diagnósticos «orgânicos». A situação mais frequente deste tipo, que ocorreu em oito indivíduos, é a coexistência de claros sintomas de doença cerebrovascular mais ou menos avançada e de um processo degenerativo senil. Em todos estes casos de diagnósticos múltiplos

CATEGORIAS PRINCIPAIS DE DIAGNÓSTICO

Prevalência encontrada na amostra, em percentagens

| COD. | | TOTAL | HOMENS | MULHERES |
|---|---|---|---|---|
| 1-15 | COM PERTURBAÇÃO | 43,5 | 38,0 | 47,0 |
| 1,2 | demências senis e pré-senis | 5,4 | 2,8 | 7,1 |
| | id., formas graves | 1,4 | 0,9 | 1,8 |
| 3,4 | perturb. mentais associadas com doença cerebrovascular | 9,8 | 9,3 | 10,1 |
| | id., formas graves | 1,4 | 0,9 | 1,8 |
| 5,6 | perturb. mentais associadas com outros processos orgânicos | 2,5 | 2,8 | 2,4 |
| | id., formas graves | 0,7 | - | 1,2 |
| 7,8 | esquizofrenia, parafrenia | 0,4 | 0,9 | - |
| 9-11 | perturb. afectivas primárias | 1,8 | 0,9 | 1,2 |
| | id., formas graves e moderadas | 1,1 | 0,9 | 1,2 |
| 12,13 | neuroses | 21,0 | 18,5 | 22,6 |
| | id., formas graves e moderadas | 7,2 | 7,4 | 7,1 |
| | id., formas de início tardio | 14,9 | 13,9 | 15,5 |
| | id., formas depressivas | 15,2 | 14,8 | 15,5 |
| | id., formas ansiosas e outras | 5,8 | 3,7 | 7,1 |
| 14 | dependência alcoólica (sem outra perturbação) | 0,7 | 0,9 | 0,6 |
| 15 | outros síndromos (psicopatia, debilidade,...) | 1,8 | 1,9 | 1,8 |

QUADRO 10.4

houve que escolher o principal. O mais lógico seria adoptar um critério étio-patogénico. No entanto, nem sempre é claro se os vários diagnósticos estão ligados entre si por uma cadeia causal. Por essa razão, adoptámos muitas vezes o diagnóstico que melhor «explica» a maior parte das manifestações clínicas. Dois casos servirão de exemplo. Um homem de 74 anos apresenta estados confusionais recorrentes desde há meses; apura-se que sofreu grave traumatismo craniano há alguns anos, mas não tem outros sinias de lesão intracraniana. Um outro homem, de 66 anos, apresenta sensível deterioração mental, e tem crises epilépticas desde que sofreu electrocussão violenta, na juventude. Na impossibilidade de estabelecer a cadeia causal, classificámos o primeiro caso como «estados confusionais», como recomenda a O.M.S. (1972, 1975) e o segundo como «deterioração por encefalopatia pós-anóxica», colocando em segundo lugar os diagnósticos associados.

Um segundo problema é o da simplificação excessiva em que se pode cair ao dar muita importância às designações «orgânico» e «funcional». Citemos o Grupo de Estudos da O.M.S. (1972): «os sintomas psico-orgânicos (...) são consideravelmente influenciados pelas condições de vida do sujeito, pelo seu estado civil e pela sua condição social; os sintomas funcionais podem estar combinados com uma deterioração orgânica incipiente, ou virem no seguimento de um acidente cerebrovascular». Notemos, no entanto, que estas afirmações não invalidam os conceitos de orgânico e funcional, embora lancem certas dúvidas sobre a utilidade prática desses mesmos conceitos, no que se refere à avaliação das necessidades do doente e ao tipo de cuidados clínicos a prestar. Também Roth (1971) insiste no risco de se ir demasiado longe nas «dicotomias e antíteses», lembrando como, por exemplo, um comportamento anómalo que surge na senescência pode ser o primeiro sinal de uma doença degenerativa cerebral em início, como também o podem ser certos estados depressivos e paranóides, em que não se detecta durante algum tempo qualquer alteração cognitiva. Mas Roth acaba por reconhecer que a delimitação entre o orgânico e o funcional é importante e necessária, desde que se tenha em conta que esses dois tipos de processos muito freqentemente se sobrepõem e se potenciam.

Pela nossa parte, entendemos que o termo «funcional» carece de ser mais bem esclarecido, sobretudo enquanto continuar a incluir

CATEGORIAS GENÉRICAS DE DIAGNÓSTICO

Prevalência % estimada, a partir da amostra. EP = erro padrão

| | TOTAL n = 276 | | HOMENS n = 108 | | MULHERES n = 168 | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | % | EP | % | EP | % | EP |
| COM PERTURBAÇÃO | 43,5 | 3,0 | 38,0 | 4,7 | 47,0 | 3,9 |
| (id., excepto neuroses leves) | 30,1 | 2,8 | 26,9 | 4,3 | 32,1 | 3,6 |
| ORGÂNICAS | 17,8 | 2,3 | 14,8 | 3,4 | 19,6 | 3,1 |
| formas graves | 3,6 | | 1,9 | | 4,8 | |
| formas leves | 14,1 | | 13,0 | | 14,9 | |
| FUNCIONAIS | 25,7 | 2,6 | 23,1 | 4,1 | 27,4 | 3,4 |
| (id., excepto neuroses leves) | 12,3 | 2,0 | 12,0 | 3,1 | 12,5 | 2,6 |
| formas maiores | 1,4 | | 1,9 | | 1,2 | |
| formas menores | 24,3 | | 21,3 | | 26,2 | |
| (id., excepto neuroses leves) | 10,8 | | 10,2 | | 11,3 | |
| TOTAL DE PSICOSES | 5,1 | 1,3 | 3,7 | 1,8 | 6,0 | 1,8 |

**QUADRO 10.5**

no seu âmbito a esquizofrenia e as perturbações maníaco-depressivas, lado a lado com as neuroses e as personalidades anormais. Sabendo-se o que já se sabe hoje sobre a sua génese, muitas das psicoses ditas funcionais seriam talvez mais rigorosamente consideradas como consequência de processos orgânicos e funcionais actuando de maneira convergente. No presente estudo tivemos, também, que decidir sobre a natureza predominantemente orgânica ou funcional de determinada situação clínica, e não nos consideramos, para dizer a verdade, inteiramente satisfeitos com a solução que acabámos por adoptar, embora esta nos pareça a mais correcta.

Finalmente, parece-nos ser muito importante esvaziar o conceito de organicidade da conotação fatalista que assumiu durante dezenas

INQUÉRITOS EPIDEMIOLÓGICOS NA POPULAÇÃO IDOSA
COMPARAÇÃO DE PREVALÊNCIAS

(percentagens)

| | MATOSINHOS | NEWCASTLE | SAMSØ | ESCÓCIA |
|---|---|---|---|---|
| | | Kay | Nielsen | Primrose |
| com perturbação . . . | 43.5 | 40.7 | | |
| id. excepto neuroses leves . . . . . | 30.1 | 24.5 | 30.7 | |
| ORGÂNICOS (senis, art.) | 17.8 | 10.0 | 18.5 | |
| psicoses . . . . . | 3.6 | 4.9 | 3.1 | 4.5 |
| formas leves . . . . | 14.1 | 5.2 | 15.4 | |
| FUNCIONAIS . . . . . | 25.7 | 30.7 | | |
| id. excepto neur. leves . . . . . | 12.3 | 14.5 | 12.2 | 14.0 |
| psicoses . . . . . | 1.5 | 2.4 | 3.7 | 1.4 |
| formas menores . . . | 24.2 | 28.3 | | |
| id. exc. neuroses leves . . . . . | 10.8 | 12.1 | 8.7 | 12.6 |
| total de psicoses (ORGAN.+FUNCION.) . . . | 5.1 | 7.1 | 6.8 | 5.9 |

QUADRO 10.6

de anos. O próprio relatório da O.M.S. (1972) não lhe escapa, ao considerar os casos orgânicos como praticamente insusceptíveis de tratamento. Ora basta enumerar as situações de hematoma subdural, hidrocefalia normotensa, carência vitamínica crónica, hipotireoidismo, pneumopatia aguda, e outros mais, em que uma demência aparente ou real (passe o paradoxo) pode ser eficazmente combatida, para se avaliar o risco que o mau uso da dicotomia funcional-orgânico pode acarretar.

### 10.3 Quadros orgânicos

A taxa global de prevalência estimada, no presente estudo, para os quadros orgânicos, é de 17,8 % nitidamente superior à de 10 % obtida por Kay em 1964, e de 8,8 % determinada pelo mesmo autor em 1970. Fazendo a distinção entre casos graves (demências) e leves ou de deterioração incipiente, apercebemo-nos de que em relação aos primeiros há paralelismo entre os resultados do nosso inquérito e os de Newcastle e da maior parte dos restantes. A grande diferença relativamente aos valores de Kay está na frequência dos casos de deterioração ligeira. Assinale-se, no entanto, que os nossos valores (3,6 e 14,1, respectivamente para os casos graves e leves) se mostram muito aproximados dos de Sheldon (3,9 e 11,7) Essen-Möller (5,0 e 10,8), Nielsen (7,1 e 15,4) e Parsons (4,9 e 10,0).

Kay encontrou relativamente poucos casos de **deterioração de causa vascular**. Por outro lado, apresenta um taxa de casos funcionais mais elevada que a nossa. Somos assim quase levado a crer que um determinado número de casos com certas características psico-patológicas próprias foi por nós classificado entre os síndromos vasculares leves, e por Kay entre os síndromos funcionais de tipo neurótico. (É curioso, por outro lado, registar que os critérios que seguimos para o diagnóstico destas situações vasculares são praticamente sobreponíveis aos que Kay, mais de uma vez, estabeleceu para uso em inquéritos epidemiológicos) (1964, 1972). A nosso ver, esta divergência tem apenas a importância de mostrar, uma vez mais, como é por vezes inadequada a dicotomia orgânico-funcional, quando ambos os processos coexistem no mesmo indivíduo.

Entre as «perturbações mentais associadas com doença cerebrovascular» distinguimos três sub-grupos: as mais graves, de tipo de-

ORGÂNICOS

Frequência de diagnósticos principais (amostra)

| DIAGNÓSTICO PRINCIPAL | Nº |
|---|---|
| Demências senis e pré-senis | |
| formas graves - estado demencial | 4 |
| formas leves e moderadas - deterioração senil | 11 |
| Perturbações mentais associadas com doença cerebrovascular | |
| formas graves - demência ou sub demência | 3 |
| formas leves - deterioração intelectual moderada | 11 |
| Formas leves - disforia ou alteração da personalidade | 12 |
| Perturbações mentais associadas com outros processos orgânicos | |
| psicoses alcoólicas (demência, alucinose) | 2 |
| esclerose em placas (estado sub demencial) | 1 |
| metástase cerebral (com demência) | 1 |
| encefalopatia pós-anóxica com epilepsia (deter. leve) | 1 |
| estados confusionais recorrentes (por encefalopatia pós-traumática) | 1 |
| caquexia terminal por carcinoma gástrico (psicose sintomática com obnubilação) | 1 |

QUADRO 10.7

mencial; os casos de «deterioração intelectual moderada»; e os de **«disforia ou alteração da personalidade»**. Nestes últimos não existe défice cognitivo notável, mas encontra-se nítida perturbação a nível da afectividade, com labilidade de humor (oito casos em doze), depressão (7), e irritabilidade (5). Em 11 de 12 casos existia uma história de acidentes vasculares cerebrais (AVC) ou hipertensão (igual ou superior a 20/10,5 mm).

No caso restante, ocorreu um AVC meses após a primeira observação, e já nesta se encontravam sinais muito prováveis de doença cerebrovascular, designadamente marcha de pequenos passos. Não

DETERIORAÇÃO INTELECTUAL

Distribuição por categorias nosológicas (percentagens)

| | TOTAL n = 61 | HOMENS n = 17 | MULHERES n = 44 |
|---|---|---|---|
| demência senil | 23,0 | 17,6 | 25,0 |
| deterior. cerebrovascular | 31,1 | 35,3 | 29,5 |
| outros processos orgânicos | 4,9 | - | 6,8 |
| neuroses | 26,2 | 35,3 | 22,7 |
| outros síndromos funcionais | 6,6 | 11,8 | 4,5 |
| sem diagnóstico nosológico | 8,2 | - | 11,4 |

QUADRO 10.8

temos, portanto, dúvida sobre a existência de um processo arteriopático ou hipertensivo em relação com o quadro psíquico; onde pode haver dúvida é acerca da natureza dessa relação. Por outras palavras: tratar-se-á sobretudo de reacções neuróticas depressivas ou irritativo-ansiosas à experiência subjectiva da doença, ou será mais o caso de uma alteração dos mecanismos neuro-fisiológicos subjacentes ao controlo e à expressão das emoções? Em nossa opinião, a segunda hipótese parece mais plausível, pela relativa uniformidade das alterações encontradas, pela frequência e importância da labilidade emotiva e da irritabilidade, que surgem geralmente, com maior intensidade, em

MATRIZ DE CORRELAÇÕES ENTRE PRINCIPAIS CATEGORIAS DE DIAGNÓSTICO

(HOMENS à esquerda da diagonal, MULHERES à direita)

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. perturbação psíquica | | .59 | .52 | .45 | .35 | . |
| 2. depresssão | .74 | | .21 | .42 | .29 | . |
| 3. deterioração intelectual | .55 | .40 | | . | .20 | . |
| 4. neurose tardia | .51 | .57 | .27 | | . | . |
| 5. doença cerebrovascular | .44 | .38 | .30 | . | | .26 |
| 6. hipertensão arterial | . | .20 | . | .21* | . | |

Indicam-se os valores significativos ( $p < 0,05$)

* valor que não é significativo aplicando-se a correcção de Yates

QUADRO 10.9

casos de demenciação franca. Mas admitimos que factores constitucionais ou psicógenos tenham também um papel determinante. A esse respeito, é de salientar que dois doentes possuiam nítidos traços ciclotímicos na sua personalidade prévia.

Na outra categoria «menor» de perturbação cerebrovascular, que designamos por **«deterioração intelectual moderada»**, encontramos, nos 11 casos diagnosticados: AVC em 4; crises isquémicas cerebrais transitórias em outros 4, sendo um deles um caso típico de síndromo vertebro-basilar, e apresentando outro paresia de um membro durante as crises; há 4 casos de hipertensão, e por fim um indivíduo teve AVC pouco depois da primeira observação. Em dois indivíduos associava-se o AVC com a hipertensão. Encontramos labilidade de humor em 6 indivíduos, depressão clara em 3, e deterioração intelectual em todos os 11. Pode pôr-se o mesmo problema: o indiscutível processo vascular estará na origem da deterioração mental?

Desde há cerca de dez anos tem-se vindo a afirmar, após os trabalhos de Tomlinson, Blessed e Roth (1970), que é improvável terem as doenças cerebrovasculares um papel de uma importância

PREVALÊNCIA DE SÍNDROMOS ORGÂNICOS (PERCENTAGENS)

| | MATOSINHOS | NEWCASTLE | LUNDBY | SAMSØ | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | Kay | Hagnell | Nielsen | Parsons |
| ORGÂNICOS | 17.8 | 10.0 | 16.1 | 18.5 | 14.4 |
| perturb. senis . . . . . | 5.4 | 4.2 | | | |
| id., formas graves . | 1.4 | 1.3 | | | |
| pert. assoc. com doença cerebrovascular. . . | 9.8 | 3.9 | | | |
| id., formas graves . | 1.4 | 2.6 | | | |
| pert. assoc. com outros processos orgânicos. | 2.5 | 1.9 | | | |
| id., formas graves . | o.7 | 1.0 | | | |
| ORGÂNICOS f. graves . . | 3.6 | 4.9 | 9.1 | 3.1 | 4.4 |
| ORGÂNICOS f. leves . . . | 14.1 | 5.2 | 7.0 | 15.4 | 10.0 |

QUADRO 10.10

decisiva na maioria das situações demenciais, as quais seriam muito mais de atribuir a doenças de tipo degenerativo senil. Trabalhos mais recentes, de índole clínica, (Marsden e colabs., 1972, Hachinski e colabs., 1974), ou revisões de conjunto (Wells, 1978; Seltzer e Sherwin, 1978) tendem a considerar que apenas em caso de multi-infartos extensos ou bilaterais será de admitir a participação vascular na causa de uma situação demencial.

Deve notar-se, entretanto, que esse autores admitem que os processos senil e arteriopático podem sobrepor-se um ao outro e potenciar-se mutuamente nos seus efeitos; e, embora critiquem a tendência até há pouco existente para sobrevalorizar a importância das causas vasculares, não deixam de admitir que elas explicam muitas situações de demência, sobretudo quando o volume da massa necrosada atinge ou ultrapassa os 50 $cm^3$.

Cremos, por conseguinte, que, embora seja perfeitamente legítimo sustentar-se posições diversas da nossa, e portanto incluir-se na categoria de deterioração senil incipiente estes casos que nos parece serem mais de tipo vascular, e por outro lado incluir nas neuroses os casos de alteração emotiva ou modificação da personalidade a que atrás fizemos referência, há contudo razões atendíveis — as que expusemos — para as classificar como «associadas a processo cerebrovascular», da maneira como procedemos.

Para terminar esta referência aos quadros orgânicos, cabe referir que em 7 casos os mecanismos patogénicos foram, aparentemente, de natureza não essencialmente senil nem vascular, como se indica, sendo 2 de natureza provavelmente alcoólica e 2 de tipo neoplásico.

É ainda de salientar a maior prevalência de demências senis no sexo feminino, achado que tem sido constante em inquéritos desta natureza. A diferença, no entanto, não é significativa.

### 10.4 **Quadros funcionais**

Aproximadamente um em cada quatro dos componentes da amostra apresenta uma perturbação psíquica de tipo funcional, isto é, não claramente associada com um processo orgânico definido. Embora a cifra de 25,7 % possa parecer elevada, ela é, contudo, mais baixa do que a correspondente de 30,7 % no inquérito de Kay e colabs. em Newcastle (1964). Esta pequena diferença pode ser atribuída ao

FUNCIONAIS

Frequência de diagnósticos principais (amostra)

| DIAGNÓSTICO PRINCIPAL | Nº |
|---|---|
| Esquizofrenia, Parafrenia | |
| Parafrenia de Início tardio | 1 |
| Perturbações afectivas primárias (P.M.D.) | |
| Depressão endógena (formas graves e moderadas) | 3 |
| Depressão endógena ( formas leves) | 2 |
| Neuroses | |
| Neurose de Início tardio (formas acentuadas) | 14 |
| Neurose de Início tardio (formas leves) | 27 |
| Neurose de Início não tardio (formas acentuadas) | 6 |
| Neurose de Início não tardio (formas leves) | 11 |
| Dependência alcoólica (sem outra perturbação) | |
| Casos graves ou moderados | 2 |
| Outras perturbações não orgânicas | |
| Debilidade mental (marginal) | 2 |
| Personalidae psicopática | 2 |
| Reacção depressiva prolongada (organização depressiva da personalidade) | 1 |

**QUADRO 10.11**

facto de termos incluído alguns casos com sintomatologia afectiva entre os quadros orgânicos, conforme já dissemos e tentamos justificar. Por outro lado, se não se tiverem em conta os quadros neuróticos mais leves, a prevalência de síndromos funcionais passa a situar-se em 12,3-%, valor este muito semelhante ao que se apura em outros inquéritos (ver quadro 10.12).

Encontramos um único caso de **psicose paranóide**, com muitas das características clínicas que Kay e Roth atribuem à parafrenias tardias, entidade individualizada por esses autores (1961) e na qual o doente parece enquadrável. Trata-se de um homem de 65 anos, que apresenta alucinações auditivas e também visuais (zoópsias) e cenestésicas, desde há uns 3 ou 4 anos, manifestando por vezes um franco delírio centrípeto, fragmentário de temática inconstante. Hipertímico, por vezes quase eufórico, tem períodos de grande loquacidade em que o seu discurso se torna incompreensível. Aos 40 anos começou a ouvir mal, e é completamente surdo desde os 54. Tende a

PREVALÊNCIA DE SÍNDROMOS FUNCIONAIS (PERCENTAGENS)

| | MATOSINHOS | NEWCASTLE Kay | SAMSØ Nielsen | LUNDBY Hagnell | ESCÓCIA Primrose |
|---|---|---|---|---|---|
| FUNCIONAIS | 25.7 | 30.7 | | | |
| id.,excl.neuroses leves | 12.3 | 14.5 | 12.2 | 13.1 | 14.0 |
| esquizofrenia, parafrenia | .4 | 1.0 | | | |
| pert. afectiva primária | 1.8 | 3.0 | 3.7 | 1.1 | 1.4 |
| id. f.graves e moder. | 1.1 | 1.3 | | | |
| neuroses | 21.0 | 23.2 | | | |
| f. graves e moder. | 7.2 | 7.0 | 4.0 | 1.4 | 10.4 |
| id. início tardio | 5.1 | 5.0 | | | |
| outros (psicopatia, alcoolismo ) | 2.6 | 3.6 | 4.7 | 10.6 | 2.2 |
| FUNCIONAIS, formas maiores (psicoses) | 1.5 | 2.4 | 3.7 | 1.1 | 1.4 |
| FUNCIONAIS, f. menores | 24.2 | 28.3 | | | |
| id. excl. neuroses leves | 10.8 | 12.1 | 8.7 | 12.0 | 12.6 |

QUADRO 10.12

isolar-se, não sai de casa, e entra frequentemente em conflito com a família. Antes de adoecer fora sempre de humor alegre e expansivo, bem adaptado e sociável, um tanto dependente. Não há antecedentes de tipo alcoólico ou arteriosclerótico, e o exame neurológico é sensivelmente normal. Novamente observado passados três anos, encontra-se bastante melhorado: convive mais, não se mostra agitado nem delirante; diz, no entanto, que «ouve tudo o que se passa dentro do corpo». Tem sido assistido por psiquiatra em regime ambulatório e está medicado com neurolépticos. Os casos descritos por Roth eram, na sua maioria, do sexo feminino, e a personalidade prévia apresentava geralmente traços paranóides; pondo de parte estes dois aspectos, o quadro clínico é bastante típico de uma parafrenia tardia, onde também a surdez é um achado muito frequente (e certamente contribui decisivamente para a patogénese). É, evidentemente, muito controverso o problema da natureza esquizofrénica destas situações. Como já dissemos, a maior parte dos autores considera estas psicoses como formas atenuadas de esquizofrenia (Post, 1965) ou esquizofrenias sintomáticas (Slater e Roth, 1969). O grupo de estudos da O.M.S., do qual faziam parte Müller, Roth, Kay, Busse e Goldfarb, entre outros, recomendava em 1972 a individualização da parafrenia e restantes síndromos paranóides face à esquizofrenia, pelo menos para fins epidemiológicos, o que não significa que se trate de entidades etiologicamente distintas.

Encontramos cinco casos de **perturbação afectiva primária** (endógena) «indiscutível», de acordo com o critério bastante selectivo que adoptamos e atrás expusemos. Parece-nos conveniente caracterizá-los muito sumariamente. (1) Mulher de 66 anos, ciclotímica, com depressões periódicas e fases de hipomania desde há muito, presentemente com acentuada depressão ansiosa. (2) Homem de 72 anos, com antecedentes de crises maníacas e depressivas em grau psicótico, por vezes com fugazes ideias persecutórias, presentemente em nítida fase depressiva com inibição. Entre a primeira e a segunda observações apresentou mais duas fases depressivas, a segunda das quais obrigou a internamento hospitalar. (3) Mulher de 66 anos, com incidência familiar de psicose maníaco-depressiva, e apresentando um quadro depressivo que se arrasta desde há seis anos. Teve pequeno acidente vascular cerebral há onze anos. Tem, desde criança, alucinose visual («monstros») e táctil («mãos» que lhe mexem); esses

fenómenos são mais frequentes quando está só ou antes de adormecer, mas também ocorrem em outras ocasiões. Três anos depois está igualmente deprimida. Não apresenta sinais neurológicos focais. (4) Mulher de 73 anos, com depressões periódicas entre os vinte e os quarenta anos, presentemente mostrando frequentes oscilações depressivas. (5) Mulher de 66 anos, com vários casos de psicopatia e oligofrenia na família, com personalidade constitucionalmente depressiva e alguns traços paranóides; teve, pelos 60 anos, uma crise depressiva atípica, com ideação delirante de tipo místico-passional; frequentemente mostra oscilações de afecto, com grande pendor depressivo, de que melhora geralmente ao fim da tarde.

Consideramos os dois primeiros casos como depressões graves e o terceiro como depressão moderada; os dois últimos como estados depressivos endógenos em grau ligeiro, não psicótico, que se podem designar como oscilações endotímico-vitais (Barahona Fernandes, 1970). Do critério que seguimos resulta que alguns casos adicionais de perturbação afectiva primária poderão ter sido incluídos entre os quadros neuróticos, por insuficiência de elementos clínicos que os permitam caracterizar com rigor. A prevalência encontrada, de 1,8 % para as perturbações afectivas primárias, sendo 1,1 % formas graves ou moderadas, não é muito diferente da que outros investigadores referem. Curiosamente, Blazer e Williams (1980) apuraram também uma prevalência de 1,8 % de «depressões primárias» no seu inquérito realizado entre a população idosa de Durham.

Identificamos dois casos em que a **dependência alcoólica**, tal como a define a O.M.S., é o diagnóstico principal. Uma mulher de 69 anos, com provável debilidade mental marginal, e acentuados traços psicopáticos de tipo agressivo e litigante; tem consumo excessivo de álcool, certamente a causa da deterioração do seu estado geral e da sua situação económica. O outro caso é o de um homem de 69 anos, também bebedor excessivo, com gastrite e provavelmente cirrose hepática, e que recusava abandonar o álcool. Veio a falecer antes da segunda observação. Outros casos de alcoolismo foram incluídos entre os quadros orgânicos.

Em **«outras perturbações»** classificamos cinco casos de perturbação duradoura da personalidade ou do nível mental, as mais das vezes associadas. (1) Homem de 71 anos, com personalidade muito insegura e hipocondríaca, provavelmente débil marginal. (2) Mulher

de 72 anos, surda-muda, débil ligeira, com personalidade explosiva e distímica. (3) Mulher de 67 anos, débil marginal. (4) Mulher de 66 anos com debilidade ligeira. (5) Homem com 72 anos, com modificação sensível do carácter, desde que foi sujeito a interrogatório de dez dias consecutivos, sem dormir, pela extinta polícia política (PIDE); denota acentuado desinteresse por tudo, ensimesmamento, mas manutenção das capacidades cognitivas. Este último caso foi por nós classificado como reacção depressiva prolongada, designação da OMS que nos parece a mais próxima do que chamaríamos neurose traumática de evolução crónica, ou, então, organização depressiva da personalidade (Barahona Fernandes, 1978).

Propositadamente deixamos para o fim os **quadros neuróticos,** dado serem os mais representados na nossa casuística, e também os que mais problemas de ordem metodológica nos apresentam. Em um dos mais importantes estudos que se publicaram sobre neurose na senescência, encontrou Bergmann (1971) a mesma dificuldade que outros autores como Kessel e Shepherd (1962) e Kay e colabs. (1964) referiram: como e onde estabelecer uma linha de demarcação entre os casos verdadeiramente afectados por um transtorno emocional ou afectivo importante, e os casos em que surgem sintomas isolados ou fugazes. É evidente que consoante o limiar (ou «cut-off point») que se aceita for mais baixo ou mais elevado, assim a frequência de perturbações encontradas tenderá a ser maior ou menor. Por outro lado, o próprio conceito de neurose pode variar de autor para autor. A definição a utilizar num estudo epidemiológico não pode ser formulada em termos de mecanismos de defesa ou outros conceitos «dinâmicos»; aliás, a própria classificação americana DSM-III adopta já critérios operacionais. Por tudo isto não é de estranhar que sejam tão discrepantes os valores indicados por diversos investigadores para a prevalência das perturbações neuróticas. Desde a taxa «mínima» de Essen-Möller (1955), que refere apenas 1,4 % (mas apresenta uma taxa de personalidades anormais «inflacionada», de 10,6 %) até ao valor «record» de 62 % encontrado por Birren num estudo em 47 voluntários saudáveis, passando pelo inquérito levado a cabo por Bergmann na população idosa residente no domicílio, e que forneceu a cifra de 50,6 %, os valores de prevalência são bastantes divergentes e, por conseguinte, de difícil comparação.

O presente estudo, em que procuramos seguir os critérios de Kay e colabs. (ansiedade, irritabilidade ou depressão frequentes ou persistentes, sem sinais de «endogeneidade»; fobias e crises de pânico; transtornos vasomotores ou somáticos relacionados com ansiedade; preocupações hipocondríacas com carácter obsessivo; sintomas de conversão ou exagero histeriforme de queixas físicas), permitiu-nos identificar 58 casos de neurose, dos quais 20 afectados de maneira a ocasionar acentuado sofrimento e perturbação da vida diária, inclusive a nível familiar, de maneira a podermos classificá-los como graves. As taxas correspondentes são de 21 % para as neuroses em geral, e de 7,2 % para as neuroses graves. Consideramos estes valores muito próximos dos de Kay, de 23,2 e 7,0 respectivamente. O índice relativo aos quadros mais graves situa-se entre os que se devem a Nielsen e a Primrose, de 4,0 e 10,4, respectivamente. É talvez interessante notar que Nielsen (1962) conduziu o seu inquérito de maneira indirecta, obtendo informações através de clínicos gerais e assistentes sociais, enquanto os investigadores da equipa de Primrose conheciam pessoalmente os indivíduos estudados. Confirma-se, pois, a suposição de que quanto mais aprofundado for o contacto com os idosos, mais se tende a encontrar sinais de perturbação, pelo menos até um determinado limite.

A **distribuição por sexos** parece-nos igualmente merecedora de atenção. No nosso estudo, há uma pequena diferença a favor das mulheres relativamente às neuroses em geral, a qual se esbate quando se consideram apenas os casos graves. O inquérito de Kay mostra que nestes últimos há mesmo predominância do sexo masculino. Já no estudo de Bergmann, pouco selectivo, como vimos, e que abrange casos «mínimos» que em outros inquéritos seriam considerados normais, a prevalência no sexo feminino é quase três vezes superior à que se observa no sexo masculino. A conclusão a extrair parece ser, pois, que a frequência de queixas funcionais e de sintomas neuróticos leves se mostra realmente superior no sexo feminino, mas que os quadros neuróticos mais graves mostram uma prevalência semelhante nos dois sexos.

Procuramos distinguir, no que se refere ao tempo de evolução do quadro clínico, entre **neurose tardia** e **neurose crónica**. Com efeito, vários autores entre os quais o próprio Kay (1964) têm chamado a atenção para o facto de um certo número de indivíduos, até então

bem adaptados, apresentarem, no decurso da senescência, manifestações neuróticas mais ou menos graves. O inquérito de Newcastle mostrou que 5 % dos idosos observados exibia um quadro neurótico de certa gravidade, sem quaisquer antecedentes do mesmo tipo na vida pessoal. Após o estudo comparativo destas situações com as neuroses de evolução mais antiga, Bergmann (1971) concluu serem as neuroses tardias «particularmente frequentes» (24 % dos idosos que observou) e terem em geral maior gravidade que as neuroses crónicas (20 %); ao contrário destas últimas, as pessoas afectadas por aquelas mostravam tendência a não procurar apoio médico.

No nosso material, as neuroses tardias constituiam 14,9 % da amostra, ou 5,1 % considerando apenas as formas graves. A relação entre quadros tardios e crónicos é de sete para três, independentemente da gravidade. Bergmann encontrou uma maior proporção de quadros tardios no grupo das formas graves, como vimos. Adiante, nas próximas secções deste trabalho, tentaremos caracterizar melhor estas neuroses de aparição mais tardia, analisando os antecedentes e outros factores patogénicos.

A **sintomatologia** dos quadros neuróticos que estudamos só difere da que se encontra em camadas mais jovens da população pelo relativo predomínio das manifestações de tipo depressivo: pessimismo, 78 %; tristeza, 72 %; insónia, 63,8 %; apatia, 48,3 %; hipocondria, 38,0 %; ansiedade, 30,0 %; rigidez, 10,0 %; irritabilidade, 10 %. Não tendo nós examinado um grupo de controlo mais jovem, não poderemos, evidentemente, tirar conclusões a este respeito, pois neste domínio é arriscado comparar dados colhidos por diferentes autores com diversos critérios selectivos.

Vemos, pois, que as **formas depressivas** constituem quase três quartas partes do total das neuroses, sendo as restantes geralmente dos tipos hipocondríacos e ansioso. Bergmann encontrou, por seu lado, um predomínio semelhante dos quadros depressivos, em particular nos casos de maior gravidade, onde estavam na proporção de dois terços. Nunn (1974), que detectou 34 % de neuróticos no seu estudo, efectuado em amostra representativa da população, reparte-os em 53 % de casos depressivos e 47 % de «estados de ansiedade e outros».

Em conclusão, conjugando os nossos dados com os de Kay, de Bergmann e de Nunn, podemos afirmar que, entre os idosos, um

importante sector sofre de perturbações de natureza neurótica, a maioria das quais de aparição recente, na senescência; e ainda que, havendo entre os casos mais leves um predomínio de mulheres e uma proporção considerável de casos de evolução crónica, já tomando apenas os casos mais graves se nota que os dois sexos estão igualmente representados, e se observa uma relativa predominância das neuroses tardias e das formas depressivas.

## 10.5 As depressões

Em algumas publicações científicas, no domínio da clínica ou da epidemiologia psiquiátrica, o grupo das depressões figura como categoria nosológica, ao lado de outras como a esquizofrenia, as neuroses (em sentido restrito, mais «dinâmico»), ou as personalidades anormais. Como razões desse procedimento, invoca-se a dificuldade em fazer destrinça entre as depressões de diversas patogenias e a falta de interesse prático em se proceder a tal diferenciação, uma vez que, na clínica, a atitude a tomar não varia substancialmente de caso para caso. Alguns autores, por outro lado, defendem que não há diferenças específicas entre depressões endógenas e neuróticas, ou então que se trata de dois polos de um eixo contínuo em cuja porção intermédia se situa a maior parte dos casos (Kendell, 1968).

Conforme dissemos já no capítulo 1, não nos parece que tal maneira de ver seja de aceitar. Antes de mais porque, sendo tão ubiquitárias as manifestações depressivas entre os doentes psiquiátricos, surgindo, por exemplo, em quadros pré-demenciais, em toxifilias, em personalidades anormais, em intoxicações crónicas, etc., a sermos consequentes com tal critério teríamos que abater as demarcações entre a maior parte das categorias de diagnóstico. Os trabalhos de Roth (1972 e 1981), Kiloh (1972) e Akiskal (1983), entre muitos outros, têm mostrado que existe substancial diferença entre a depressão neurótica e a depressão «endógena», quer no que respeita à sintomatologia, quer quanto à distribuição e características predisponentes. Em psicogeriatria, afirma Post (1962), o significado dos sintomas depressivos e a sua importância para o prognóstico só podem ser devidamente apreciados em face do conjunto do quadro clínico, ou seja, acrescentamos nós, à luz de um diagnóstico correcto. Por outro lado, não é verdade que a atitude terapêutica seja mais

ou menos a mesma perante os diversos tipos de depressão. Mesmo limitando a discussão apenas aos casos de depressão neurótica e endógena, basta lembrar que a psicoterapia deve ter um papel fundamental nos primeiros e acessórios nos segundos, que deve ser orientada diferentemente, que os fármacos tricíclicos poderão estar menos indicados nos neuróticos, onde pode haver vantagem no uso dos I.M.A.O., etc. Parece-nos, pois, que é hoje injustificável não se tentar fazer em cada caso clínico um diagnóstico completo, isto é, nosológico, apesar das eventuais dificuldades.

Por todas essas razões, como já dissemos no capítulo 1, a classificação que adoptamos neste estudo, não prevê uma categoria individualizada para as depressões.

Mas isto não significa que, numa perspectiva científica diferente, mais voltada para o esclarecimento dos problemas da adaptação ao «stress», e com incidência prática sobretudo no campo psico-social, não seja aceitável e mesmo proveitoso estudar as depressões na sua globalidade.

Assim procedemos também; e nos capítulos seguintes, ao abordarmos o problema da causalidade das situações patológicas, a depressão — nesse sentido amplo e indiviso — será uma das variáveis dependentes que procuraremos «explicar» recorrendo a factores antecedentes e do meio.

O quadro 10.13 mostra a distribuição das manifestações depressivas, ou depressão-sintoma (Polónio, 1981), pelas principais categorias de diagnóstico. Salienta-se a elevada frequência de situações de carácter orgânico, a que já por mais de uma vez fizemos referência. Estas manifestações depressivas foram detectadas em 24,3 % dos elementos da amostra; as depressões graves surgiram em 7,6 %, sendo quase metade composta por quadros endógenos.

A maior ou menor prevalência de depressões na população, consoante os investigadores, reflecte evidentemente o tipo de critério adoptado, mais ou menos selectivo; aplicam-se neste ponto as mesmas considerações que atrás fizemos a propósito das neuroses. Em um dos mais recentes estudos epidemiológicos realizados nestes domínios, Blazer e Williams (1980) estudaram uma vasta amostra de idosos residentes em Durham, na Carolina do Norte, no prosseguimento do programa gerontológico levado a efeito pela universidade de Duke. Fizemos já referência, em capítulo anterior, a este estudo e à sua

metodologia rigorosa no que respeita à amostragem, colheita de dados e objectividade no seu tratamento (feito segundo critérios operacionais e de harmonia com a D.S.M. - III). Os investigadores encontraram uma prevalência de 14,7 % de «sintomatologia depressiva substancial» (valor este que se situa aproximadamente a meio dos que nós determinamos para as depressões graves e graves + leves). Esses casos são divididos por quatro grupos. O primeiro, designado por «depressões primárias», compreende os casos que satisfazem os quatro pontos do critério rigoroso da D.S.M. III; excluem-se os casos

DEPRESSÃO

Distribuição por categorias nosológicas (percentagens)

| | TOTAL<br>n = 67 | HOMENS<br>n = 27 | MULHERES<br>n = 40 |
|---|---|---|---|
| demência senil | 10,4 | 7,4 | 12,5 |
| perturbações cerebro-vasculares | 16,4 | 18,5 | 15,0 |
| outros processos orgânicos | 4,5 | 11,1 | 2,5 |
| perturbações afectivas primárias | 4,5 | 3,7 | 5,0 |
| neuroses | 62,7 | 59,3 | 65,0 |

QUADRO 10.13

com doença física, organicidade ou alteração formal do pensamento. Mostra uma prevalência de 1,8 % na amostra — curiosamente, a mesma taxa que obtivemos para as perturbações afectivas endógenas no nosso inquérito. O grupo das chamadas «depressões secundárias» (1,9 %) satisfazia também os requisitos da D.S.M., mas exibia sinais de organicidade ou alterações do pensamento de tipo esquizofrénico. O grupo dos «disfóricos» não satisfazia integralmente aqueles critérios (4,5 %), e o mesmo acontecia com o quarto grupo, designado por «depressões de causa médica» (6,5 %) que se compunha de casos com doença física que justificaria, aparentemente, a depressão. Deixando para outra ocasião a apreciação da causalidade dos estados depressivos, não podemos deixar, neste momento, de fazer alguns comentários a estes números e aos que nós, no presente inquérito, obtivemos.

Os síndromos depressivos são das afecções mais frequentes entre os idosos. A sua prevalência neste período etário ultrapassa largamente os valores que comummente se indicam para as idades mais jovens. A morbilidade por estados depressivos é da mesma ordem de grandeza, senão superior, à que geralmente se atribui a outros padecimentos da terceira idade, como as doenças cardíacas ou reumáticas. As depressões acrescentam um considerável lastro de sofrimento às outras doenças com que coexistem. As atitudes da família e da sociedade em geral são de molde a minimizar ou encobrir a gravidade das depressões do idoso; as suas queixas são as mais das vezes interpretadas como reflexo de uma situação orgânica supostamente irremediável, ou como consequência fatal da velhice e das suas perdas. E, no entanto, sabemos que muitas dessas depressões são curáveis ou pelo menos tratáveis, desde que se faça o respectivo diagnóstico. Mais ainda, podemos supor que grande parte das depressões seria talvez evitável. Para tal importaria conhecer mais sobre as suas causas e factores predisponentes, identificar os indivíduos em maior risco, detectar os sinais premonitórios ou modificar as condições que impõem uma sobrecarga ou dificultam uma resposta adaptativa por parte do idoso. Os próximos capítulos deste trabalho têm por objectivo contribuir para que venha a ser possível avançar no caminho da prevenção das perturbações psíquicas e outras causas de sofrimento na senescência.

CAPÍTULO 11

# *FACTORES DE RISCO E MECANISMOS DE CAUSALIDADE*

No capítulo precedente descrevemos a prevalência e algumas características de diferentes tipos de perturbações psíquicas no seio da nossa amostra, representativa da população idosa vivendo no domicílio no concelho de Matosinhos. Anteriormente, havíamos apresentado dados de natureza médico-social e psicológica referentes às condições de vida e ao comportamento dos indivíduos estudados. Uma vez que um dos nossos principais objectivos consiste em contribuir para o esclarecimento das causas das perturbações psíquicas no idoso, passo fundamental para se poder avançar no campo da prevenção, interessa agora tentar relacionar os elementos relativos às condições de vida, antecedentes e personalidade, com os dados de natureza psicopatológica, de maneira a detectar as relações porventura existentes. Para tal, vamos no presente capítulo começar por estabelecer um conjunto de comparações entre, por um lado, os indivíduos psiquicamente afectados, e, por outro, os restantes componentes da amostra, que, conforme indicámos atrás, funcionam como controlos. Trata-se, pois, como dissemos então, de uma estratégia conhecida em epidemiologia por estudo «casos-controlos» (Mac Mahon, 1970). As variáveis independentes, sobre as quais incidirão as comparações, são os elementos clínico-sociais que suspeitamos, à partida, serem factores de perturbação psíquica. Por outro lado, como variáveis dependentes, ou «critérios», iremos considerar diversas entidades de natureza clínica, conforme especificaremos adiante. Com efeito, a simples comparação de «doentes» e «normais» não permitiria senão extrair conclusões muito genéricas e de pouco valor, dada a heterogeneidade do material clínico.

A análise das relações entre os «factores» e os «critérios», em busca de um elo causal, apresenta logo à partida uma dificuldade de carácter teórico: como definir o que se entende por causa? É este um

problema que ultrapassa largamente o campo em que neste momento nos desejamos manter. Um dos temas fulcrais da filosofia ocidental vem a ser precisamente a questão das possibilidades e limites do conhecimento. Lembremos, a propósito, a posição de David Hume, segundo a qual apenas podemos saber que dois fenómenos se sucedem um ao outro, sem que jamais nos seja possível, num caso concreto, afirmar a existência de um vínculo causal que os ligue necessariamente. Evitando, portanto, a discussão epistemológica, não deixaremos todavia de notar que a noção de causa parece ter diferentes sentidos em diferentes contextos. Uma definição genérica que se mostre aceitável em determinado ramo da ciência pareceria totalmente inadequada noutro campo não menos científico.

Em epidemiologia, numa perspectiva de utilidade prática, MacMahon define **relação causal** como uma associação entre categorias ou acontecimentos, tal que qualquer alteração na frequência ou qualidade de uma dessas categorias, a causa, é seguida por uma modificação na outra. Tal relação pode considerar-se **directa** quando não se conhecem outras categorias ou acontecimentos intermédios susceptíveis de afectar os resultados; será **indirecta** no caso contrário. É óbvio que esta distinção é apenas relativa, uma vez que o progresso do conhecimento científico, possibilitando a identificação de sucessivos fenómenos intermediários, tende a pôr em questão o que em dado momento se admite ser uma relação de causa directa. Na realidade, em psiquiatria, e por conseguinte em epidemiologia psiquiátrica, não é aceitável senão falar-se de causas indirectas, com muito raras excepções. As causas são quase sempre múltiplas e mostram-se ligadas entre si, condicionando-se mutuamente. Pela mesma razão, à noção de encadeado de causas se deve substituir a de **rede causal,** expressão que denota melhor a complexidade das interacções.

No quadro 11.1 procuramos sintetizar os diversos tipos de relações que podem existir entre duas variáveis, tomada uma delas (Y) como critério, e a outra (X) como hipotético factor. Como se depreende, o primeiro passo para a verificação de uma determinada hipótese sobre causalidade deve ser a procura de uma associação estatística entre o factor e o critério. Esta associação exprime-se geralmente através do coeficiente de correlação, o qual, como vimos no capítulo 8.2, pode ser positivo ou negativo, designando-se a correlação respectivamente por directa ou inversa. Exemplificando, encontramos no presente estudo

RELAÇÕES POSSÍVEIS ENTRE A VARIÁVEL X E O CRITÉRIO Y

I - sem associação estatística - correlação não significativa

II - com associação estatística - correlação significativa

A. correlação positiva:

1. relação colateral - ambas são efeitos de uma causa comum
2. X é consequência directa ou indirecta de Y
3. X é causa de Y:
   - directa
   - indirecta: contribuinte (predisponente ou concomitante)
     precipitante
     modificante

B. correlação negativa:

1. são efeitos alternativos de outra variável
2. Y inibe X, tem por efeito o inverso de X, ou uma alternativa que exclui X
3. X inibe Y, causa o inverso de Y, ou causa uma alternativa que exclui Y. Efeito:
   protector (antecedente ou concomitante)
   supressor

QUADRO 11.1

uma correlação de 0,40 entre o factor «doença física» e o critério «depressão», no sexo masculino. O correspondente índice no sexo feminino foi de 0,31. Em ambos os sexos parece, pois, existir uma relação directa entre estar fisicamente enfermo e apresentar um quadro depressivo, relação essa que se mostra mais «estreita» nos homens. Por outro lado, encontramos no sexo feminino uma correlação de — 0,18 entre «alojamente deficiente» e «depressão», o que parece traduzir a existência de uma relação inversa, embora pouco estreita. Aparentemente, as mulheres que vivem em condições habitacionais mais degradadas têm tendência a apresentar **menos** quadros depressivos. Dado que as variáveis são dicotómicas, é lícito inverter-lhes o sentido; dessa maneira, a correlação torna-se positiva, de 0,18, se as variáveis consideradas forem «alojamento regular» (não deficiente) e «depressão».

Conforme dissemos já na secção sobre métodos de análise estatística, se o coeficiente de correlação exprime com bastante rigor o grau de associação entre as variáveis encontrado na amostra, nada diz sobre a probabilidade de tal associação se poder observar noutras amostras da mesma população. Por outras palavras, é necessário determinar também a probabilidade de tal coeficiente, a ser determinado na população total, ser diferente de zero. A **significação de uma correlação** pode ser calculada directamente a partir do respectivo coeficiente, entrando-se em linha de conta com o número de componentes da amostra; ou pode ser determinada a partir do qui-quadrado, do teste **t** de Student, ou de outros processos equivalentes, como vimos. No presente estudo, a prática mais corrente foi calcular a correlação quadripartida pontual e, a partir dela, o qui-quadrado 2x2, uma vez que a maioria das variáveis que consideramos são dicotómicas ou puderam ser dicotomizadas.

O tamanho do grupo, portanto, influencia directamente a significação estatística de uma correlação. Não é, assim, de estranhar que a um coeficiente da ordem de 0,210 possa corresponder uma significação plena ($p < 0,001$) quando calculado na amostra total ($n = 276$), e só sugestiva ($p < 0,05$) quando se refere apenas ao sexo masculino ($n = 108$). Esta é uma das razões porque se torna impraticável lidar com correlações modestas em grupos relativamente pequenos.

Encontrada uma associação estatística significativa, nem por isso

fica demonstrada a existência de uma relação causal. Conforme mostra o quadro 11.1, pode suceder que o suposto factor seja afinal uma consequência do critério, e não uma sua causa. Ou pode ser em parte causa e em parte consequência; ou ainda que ambos, factor e critério, sejam resultantes de uma terceira variável. Na prática, tudo isto pode acontecer simultaneamente. Exemplifiquemos: no sexo masculino encontramos uma correlação de 0,56 entre «redução de mobilidade» e «deterioração mental». Poderá a imobilização ser causa de deterioração; mas poderá acontecer também que seja a deterioração avançada que determine o confinamento à residência... Ou pode suceder, ainda, que deterioração e imobilização resultem separadamente de uma outra variável, a «doença física». Ponderadas todas estas possibilidades, e entrando em linha de conta com a matriz de correlações entre as variáveis (entre doença física e deterioração é de 0,30, por ex.), e calculando-se quando conveniente a correlação parcial (ver capítulo 8.2) será possível concluir-se que todos aqueles tipos de relação se observam na realidade, mas que a imobilização, no homem, contribui com elevada probabilidade para alguns casos de deterioração intelectual, mesmo descontando a influência da doença física (cerebral).

Vemos, por conseguinte, que se é certo que a elucidação da causalidade pode ser poderosamente auxiliada por instrumentos matemáticos, ela não resulta automaticamente da análise estatística. A **interpretação** dos resultados desta última em termos propriamente epidemiológicos, sociológicos ou psiquiátricos, ou melhor dizendo, científicos em sentido pleno, é um passo indispensável e decisivo É igualmente o mais arriscado e potencialmente o mais controverso, dado o grau de subjectividade que entra naturalmente em jogo. Certos **princípios orientadores** têm sido sugeridos (Mac Mahon, 1970; Cooper e Morgan, 1973); entre eles salientamos os seguintes:

1. **sequência temporal:** o presumível factor causal deve poder ter actuado antes de o efeito se manifestar.

2. **força da associação:** quanto mais «estreita» ela for (maior coeficiente de correlação), mais provavelmente se trata de uma relação causal.

3. **conformidade com o conhecimento adquirido**: são mais provavelmente correctas as hipóteses causais, apoiadas nos dados recolhidos, que são compatíveis com o que está aparentemente demonstrado sobre mecanismos patogénicos, distribuição de determinados factores na população, etc., e com os resultados de investigações similares.

4. **exclusão de outras causas:** uma hipótese será tanto mais provavelmente correcta quanto mais extensos tiverem sido os esforços para identificar outros factores explicativos, sem resultado.

É óbvio que o passo mais importante para a comprovação de uma hipótese sobre causalidade será a tentativa da sua confirmação pelo **método experimental;** ou seja, manipulando os factores causais, produzir o efeito previsto. Mas, não estando esse procedimento ao nosso alcance por razões evidentes de natureza social e ética, já sem falar no lapso de tempo que duraria uma experimentação sobre o envelhecimento humano, resta o recurso à confirmação por meio de novas investigações. Com efeito, pela natureza global do presente estudo, muitas hipóteses que aqui serão levantadas, e algumas dúvidas de interpretação, terão de ficar aguardando pesquisas propositadamente planeadas com o fim de as esclarecer, em condições adaptadas a cada caso particular. Por exemplo, estudos longitudinais com duração de cinco a oito anos, e com grupos mais homogéneos relativamente a idade e parâmetros sociais, poderiam trazer muito mais respostas a questões ligadas com a reforma, a mudança do local de residência, ou o papel do isolamento social na deterioração mental, do que um inquérito como o presente pode proporcionar. Cremos, no entanto, que a função de investigações do género da que levamos a efeito é, até certo ponto, mais de levantar problemas do que de solucioná-los.

## 11.1 Critérios de agrupamento por entidades clínicas

Num estudo de carácter global, como o presente, em que determinadas doenças ou perturbações estão representadas por pequeno número de indivíduos, não se torna possível proceder à comparação

entre «afectados» e «não afectados» relativamente a cada categoria nosológica. Seria esse o método ideal para a pesquisa de factores com papel patogénico, uma vez que eles podem actuar de maneira bastante específica; mas importa que as categorias a definir como variáveis dependentes correspondam a agrupamentos de indivíduos com certa expressão numérica, caso contrário resulta impossível extrair significado estatístico das diferenças observadas.

Por tal motivo, a maioria dos investigadores em epidemiologia psiquiátrica contenta-se com a divisão em classes muito genéricas, do tipo de «doentes» e «normais», ou «orgânicos» e «funcionais», ou ainda «psicoses» e «formas leves» (Kay, 1964). No capítulo precedente expusemos já as reservas que nos parece merecer a separação orgânico-funcional, em particular no domínio da psiquiatria dos idosos. Sem querer repetir, salientamos que tudo faz crer que existem sobreposições de processos de tipo orgânico e funcional na maioria dos enfermos, sendo muito variável a importância relativa atribuída a uns e a outros, consoante a pessoa que procede à avaliação. Além disso, tais categorias são consideravelmente heterogéneas, não havendo motivos para se suspeitar da existência de factores causais comuns às situações clínicas incluídas numa ou noutra dessas grandes rubricas. Finalmente, e é essa para nós a razão decisiva, os conceitos de orgânico e funcional são já produto de suposições sobre a causalidade; seria absurdo procurar esclarecer a etiologia das perturbações com o auxílio de classificações «contaminadas» elas próprias por hipóteses etiológicas. Talvez seja esta uma das razões porque muitos estudos se têm revelado tão pouco produtivos (Alarcón, 1971). Por motivos semelhantes tivemos de pôr de lado agrupamentos tais como «demência degenerativa senil» ou «deterioração cerebrovascular», uma vez que a delimitação e portanto o diagnóstico dessas entidades assenta precisamente em pressupostos etiológicos.

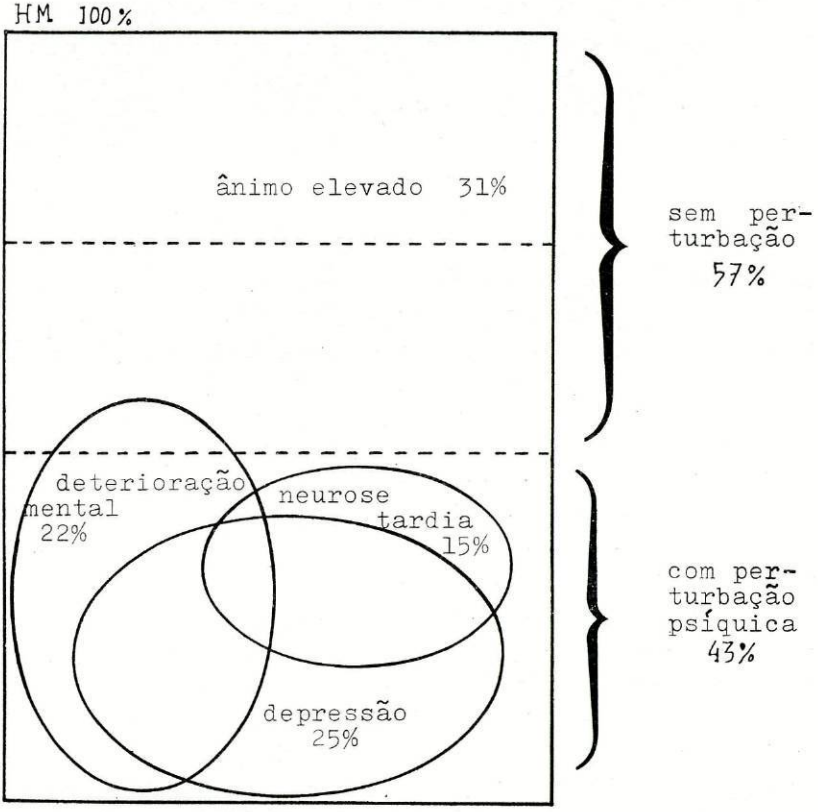
Por outro lado, outras categorias de doentes em que a referida «contaminação» não se observa, ou é menos óbvia, estão representadas na nossa amostra por um número de doentes que é insuficiente para se poder tirar quaisquer conclusões: é o caso da esquizofrenia ou das perturbações afectivas primárias, ou ainda das doenças incluídas na rubrica «outros síndromos orgânicos».

A única entidade nosológica que nos parece preencher as condições necessárias (diagnóstico baseado no quadro clínico, e número

suficiente dos indivíduos afectados) é o grupo das neuroses. Mas mesmo aqui entendemos dever proceder a uma restrição, com a finalidade de tornar o grupo mais homogéneo: considerámos apenas as **neuroses de início tardio** (após os 60 anos) que, como se viu, abrangem cerca de 15% da amostra, incluindo também as formas mais leves. É esta, aliás, uma das entidades clínicas menos estudadas na sua história natural e nos seus determinantes. E esse estudo parece-nos revestir-se de inegável importância na perspectiva médico-social, em particular quando se tem em vista a prevenção.

As **depressões** e a **deterioração mental** são síndromos que podem ocorrer no contexto de diferentes doenças psiquiátricas. Interesse particular tem sido dedicado às depressões de presumível causa orgânica, e reciprocamente aos quadros de deterioração mental, real ou aparente, provocados mais por factores psico-sociais do que propriamente anátomo-patológicos (Goldblatt, 1972). Pareceu-nos que o nosso material clínico reuniria condições particularmente favoráveis para o estudo da patogenia destas situações, uma vez que os requisitos de número, relativa objectividade de diagnóstico, e disponibilidade de grupo de controlo estão razoavelmente satisfeitos. Recordaremos que o diagnóstico de depressão foi feito com referência aos critérios da Associação Psiquiátrica Americana (DSM III). Por outro lado, o diagnóstico de deterioração intelectual apoia-se no resultado do teste clínico MO — 1 (pontuação inferior a 30), consoante foi já especificado. Assinale-se o facto de alguns indivíduos a quem foi atribuído um grau ligeiro de deterioração intelectual não apresentarem manifestações clínicas que justificassem um diagnóstico psiquiátrico, e por isso figuram no quadro 10.8 como «sem diagnóstico nosológico».

Entendemos dever considerar também, além das três rubricas já referidas, a categoria mais genérica que designamos por «perturbações psíquicas». Trata-se do conjunto de indivíduos a quem foi feito qualquer diagnóstico psiquiátrico, e que foi comparado com o conjunto dos restantes componentes da amostra. A manifesta heterogeneidade de tal grupo não permite, como temos vindo a dizer, que se extraiam conclusões de grande valor, no caso de serem encontradas diferenças significativas entre ele e o grupo de controlo. Essas diferenças terão sobretudo um valor de orientação. Apesar de tal limitação, resolvemos conservar a dicotomia perturbados-normais porque, tratando-se de dois grupos de valor numérico aproximado, a sua




Representação gráfica aproximada da grandeza relativa e das relações de inclusão entre os diferentes agrupamentos clínicos escolhidos para estudo de causalidade.

(explicação no texto)

QUADRO 11.2

comparação tem maiores probabilidades de fazer ressaltar qualquer diferença significativa (em termos puramente estatísticos).

Por último, entendemos dever também estudar os factores que eventualmente estão associados com os aspectos positivos do comportamento e do funcionamento mental, e para tal constituímos o agrupamento designado por «**ânimo elevado**». O critério de inclusão abrangeu duas condições: (1) preservação da eficiência intelectual, definida como ausência de deterioração (teste MO — 1); (2) humor relativamente estável, adequado e em geral elevado, definido pela ausência de pessimismo, irritabilidade ou apatia (ver atrás «codificação das variáveis»). Satisfizeram estas condições 31% dos componentes da amostra, com relativo predomínio dos homens sobre as mulheres, conforme especificaremos mais adiante. Apontámos já, ao delinearmos os objectivos desta investigação, a finalidade da constituição deste grupo. Interessa-nos averiguar se os factores ambientais e individuais associados com depressão, deterioração e neurose estão também implicados, actuando em sentido inverso, na manutenção de um grau óptimo de funcionamento e de bem-estar.

Temos, assim, cinco agrupamentos que foram constituídos com base em critérios clínicos, essencialmente descritivos ou sintomatológicos, e portanto sem obediência a concepções etiológicas. Estes diferentes agrupamentos não se excluem mutuamente, havendo pois um certo grau de sobreposição, excepto no que respeita ao «ânimo elevado». A figura 11.2 exprime, de maneira naturalmente aproximada, as relações entre estes grupos clínicos no seio da amostra total (homens e mulheres). A matriz das respectivas correlações, em separado para cada sexo, foi já apresentada no capítulo precedente (quadro 10.9).

## 11.2 Factores associados com as categorias de diagnóstico

Nos quadros 11.3 a 11.10, que apresentamos a seguir, agrupamos os factores que mostram associação significativa com cada uma das categorias clínicas consideradas. Indicamos ainda as respectivas correlações. Em alguns casos, as variáveis independentes foram invertidas para evitar correlações negativas. Por exemplo, no quadro relativo a neurose tardia, inverteu-se o factor «não casada», em mulheres, para «casada», e assim a respectiva correlação passou de

PERTURBAÇÃO PSÍQUICA

Factores com associação significativa, por ordem decrescente das correlações

| HOMENS + MULHERES | | HOMENS | | MULHERES | |
|---|---|---|---|---|---|
| *** | | *** | | *** | |
| doença física | .42 | d. cerebrovascular | .44 | doença física | .42 |
| d. cerebrovascular | .39 | red. mobilidade | .42 | d. cerebrovascular | .35 |
| red. mobilidade | .30 | doença física | .41 | 2 ou mais doenças | .26 |
| 2 ou mais doenças | .29 | red. contactos diários | .36 | ** | |
| não exerce profissão | .28 | não exerce profissão | .35 | red. mobilidade | .23 |
| surdez | .24 | depend. económica | .34 | dimin. rel. familiares | .23 |
| dimin. relações familiares | .20 | 2 ou mais doenças | .34 | surdez | .22 |
| ** | | classe social baixa | .33 | lar alheio | .20 |
| doença cardíaca | .19 | ** | | * | |
| dimin. relações sociais | .18 | surdez | .31 | não exerce profissão | .20 |
| lar alheio | .17 | visão deficiente | .29 | inadaptação socio-familiar anterior | .19 |
| * | | interesses reduzidos | .29 | dimin. relações sociais | .18 |
| interesses reduzidos | .15 | * | | doença cardíaca | .16 |
| red. contactos diários | .15 | doença cardíaca | .21 | | |
| inadaptação sociofamiliar anterior | .13 | | | | |
| classe social baixa | .13 | | | | |
| personalidade emotiva | .12 | | | | |

*** $p < .001$ ** $p < .01$ * $p < .05$

QUADRO 11.3

DETERIORAÇÃO MENTAL

Factores com associação significativa, por ordem decrescente das suas correlações

| HOMENS + MULHERES | | HOMENS | | MULHERES | |
|---|---|---|---|---|---|
| *** | | *** | | *** | |
| red. mobilidade | .42 | red. mobilidade | .56 | red. relações familiares | .40 |
| dimin. relações familiares | .34 | 2 ou mais doenças | .43 | red. mobilidade | .34 |
| doença física | .30 | red. contactos diários | .36 | doença física | .28 |
| 2 ou mais doenças | .25 | ** | | ** | |
| d. cerebrovascular | .25 | dependência económica | .31 | não casada | .24 |
| dependência económica | .23 | red. relações sociais | .31 | lar alheio | .22 |
| não casado | .23 | doença física | .30 | * | |
| doença cardíaca | .22 | d.cerebrovascular | .30 | d. cerebrovascular | .20 |
| lar alheio | .22 | * | | sem filhos | .18 |
| não exerce profissão | .21 | doença cardíaca | .25 | surdez | .18 |
| ** | | não exerce profissão | .25 | doença cardíaca | .17 |
| red. relações sociais | .19 | red. relações familiares | .21 | depend. económica | .17 |
| sem filhos | .18 | | | | |
| viúvo | .17 | | | | |
| surdez | .17 | | | | |
| * | | | | | |
| 1 filho ou sem filhos | .15 | | | | |
| red. contactos diários | .14 | | | | |
| interesses reduzidos | .13 | | | | |

*** $p < .001$ ** $p < .01$ * $p < .05$

QUADRO 11.4

— 0,16 para 0,16. No quadro referente a «ânimo elevado» muitas das variáveis foram invertidas, surgindo portanto factores «reflectidos» como «lar próprio», «mantém contactos diários», e outros.

Apresentamos ainda os resultados dos estudos de regressão múltipla (ver cap. 8.2) relativamente aos critérios «perturbação», «deterioração» e «depressão». As variáveis estão, nos quadros, dispostas por ordem decrescente da sua contribuição para a variância prevista; convirá não esquecer que as percentagens indicadas se referem à contribuição de cada variável quando acrescentada às anteriores.

DEPRESSÃO

Factores com associação significativa, por ordem decrescente das correlações

| HOMENS + MULHERES | | HOMENS | | MULHERES | |
|---|---|---|---|---|---|
| *** | | *** | | *** | |
| red. mobilidade | .35 | depend. económica | .47 | red. mobilidade | .37 |
| doença física | .34 | 2 ou mais doenças | .42 | doença física | .31 |
| doença cerebrovascular | .31 | doença física | .40 | d. cerebrovascular | .29 |
| 2 ou mais doenças | .30 | classe soc. inferior | .39 | | |
| dependência económica | .29 | d. cerebrovascular | .38 | ** | |
| surdez | .24 | red. de mobilidade | .37 | surdez | .22 |
| não exerce profissão | .22 | visão deficiente | .35 | 2 ou mais doenças | .22 |
| | | red. contactos diários | .33 | | |
| ** | | não exerce profissão | .32 | * | |
| classe social inferior | .17 | | | depend. económica | .19 |
| hipertensão art. | .16 | ** | | alojamento deficiente | -.18 |
| | | surdez | .27 | não exerce profissão | .17 |
| * | | personal. emotiva | .26 | | |
| personalidade emotiva | .15 | | | | |
| visão deficiente | .15 | * | | | |
| doença cardíaca | .14 | doença cardíaca | .24 | | |
| redução de contactos diários | .13 | interesses reduzidos | .23 | | |
| | | hipertensão art. | .20 | | |

*** $p < .001$ ** $p < .01$ * $p < .05$

QUADRO 11.5

NEUROSE DE INÍCIO TARDIO (§)

Factores com associação significativa, por ordem decrescente das suas correlações

| HOMENS + MULHERES | | HOMENS | | MULHERES | |
|---|---|---|---|---|---|
| *** | | *** | | *** | |
| doença física | .27 | red. contactos diários | .41 | doença física | .27 |
| red. mobilidade | .25 | doença cardíaca | .35 | | |
| personalidade emotiva | .22 | personalidade emotiva | .33 | ** | |
| 2 ou mais doenças | .21 | | | red. mobilidade | .24 |
| ** | | ** | | * | |
| doença cardíaca | .20 | depend. económica | .32 | | |
| depend. económica | .19 | classe soc. inferior | .32 | 2 ou mais doenças | .18 |
| trauma ou perda recente | .18 | visão deficiente | .30 | doença psíquica familiar | -.18 |
| * | | 2 ou mais doenças | .27 | casada | .16 |
| | | trauma ou perda recente | .27 | | |
| hipertensão arterial | .16 | red. mobilidade | .27 | | |
| d. cerebrovascular | .15 | doença física | .26 | | |
| não exerce profissão | .15 | habita só (§§) | (.25) | | |
| | | * | | | |
| | | não exerce profissão | .23 | | |
| | | hipertensão arterial | .20 | | |

*** $p < .001$ ** $p < .01$ * $p < .05$

(§) a comparação é feita com o conjunto dos não neuróticos (ver texto)

(§§) apenas 1 indivíduo

**QUADRO 11.6**

ÂNIMO ELEVADO

Factores com associação significativa, por ordem decrescente das correlações

| HOMENS + MULHERES | | HOMENS | | MULHERES | |
|---|---|---|---|---|---|
| *** | | *** | | *** | |
| d. cerebrovascular | -.36 | d. cerebrovascular | -.44 | doença física | -.28 |
| doença física | -.33 | mantem mobilidade | .32 | | |
| mantem mobilidade | .31 | doença física | -.32 | ** | |
| exerce profissão | .27 | 2 ou mais doenças | -.32 | | |
| independ. económica | .25 | | | mantem mobilidade | .24 |
| 2 ou mais doenças | -.22 | ** | | d. cerebrovascular | -.24 |
| doença cardíaca | -.22 | | | | |
| interesses alargados | .22 | exerce profissão | .29 | * | |
| lar próprio | .20 | surdez | -.29 | | |
| mantem contactos diários | .20 | independ. económica | .27 | independ. económica | .17 |
| casado | .20 | um filho ou sem filhos | .26 | lar próprio | .17 |
| | | mantem contactos diários | .26 | 2 ou mais doenças | -.16 |
| ** | | | | trauma ou perda recente | -.16 |
| | | * | | doença cardíaca | -.15 |
| viúvo | -.20 | personalidade emotiva | -.22 | | |
| analfabeto | -.19 | interesses alargados | .20 | | |
| inadapt. sociofamiliar anterior | -.17 | classe soc. inferior | -.19 | | |
| surdez | -.16 | | | | |
| perda ou trauma recente | -.16 | | | | |
| * | | | | | |
| hipertensão art. | -.14 | | | | |
| visão deficiente | -.13 | | | | |

*** $p < .001$ ** $p < .01$ * $p < .05$

QUADRO 11.7

## PERTURBAÇÃO PSÍQUICA

Regressão múltipla
melhores 8 variáveis discriminantes

HOMENS

| variáveis | % da variância prevista | $\beta$ | r | p |
|---|---|---|---|---|
| doença cerebrovascular | 25.8 | .28 | .44 | *** |
| diminuição de contactos diários | 21.2 | .28 | .36 | *** |
| doença física | 15.7 | .18 | .41 | *** |
| interesses reduzidos | 10.6 | .17 | .29 | ** |
| dependência económica | 7.8 | .11 | .34 | *** |
| surdez | 7.8 | .12 | .31 | ** |
| não exerce profissão | 7.1 | .10 | .35 | *** |
| visão deficiente | 4.2 | .07 | .29 | ** |

coeficiente de correlação múltipla: variância prevista:
$R = .69$ $F = 11.03$ $p < .001$ $R^2 = .47$

melhores 7 variáveis discriminantes

MULHERES

| variáveis | % da variância prevista | $\beta$ | r | p |
|---|---|---|---|---|
| doença física | 33.2 | .27 | .42 | *** |
| doença cerebrovascular | 26.1 | .26 | .35 | *** |
| dimin. das relações familiares | 13.5 | .20 | .23 | ** |
| surdez | 8.3 | .13 | .22 | ** |
| não exerce profissão | 6.4 | .11 | .20 | * |
| inadaptação sociofamil. anterior | 6.4 | .12 | .19 | * |
| lar alheio | 6.1 | .11 | .20 | * |

coeficiente de correlação múltipla: variância prevista:
$R = 59$ $F = 12.04$ $p < .001$ $R^2 = .35$



QUADRO 11.8

## DETERIORAÇÃO INTELECTUAL

Regressão múltipla
melhores 6 variáveis discriminantes

HOMENS

| variáveis | % da variância prevista | $\beta$ | r | p |
|---|---|---|---|---|
| diminuição de mobilidade | 46.9 | .40 | .56 | *** |
| dimin. de contactos diários | 14.8 | .20 | .36 | ** |
| dimin. de relações sociais | 13.3 | .21 | .31 | ** |
| dependência económica | 10.2 | .16 | .31 | ** |
| doença cerebrovascular | 9.9 | .16 | .30 | ** |
| doença cardíaca | 5.0 | .10 | .25 | * |

coeficiente de correlação múltipla: variância prevista:

$R = .69$ $F = 15.4$ $p < .001$ $R^2 = .48$

melhores 8 variáveis discriminantes

MULHERES

| variáveis | % da variância prevista | $\beta$ | r | p |
|---|---|---|---|---|
| diminuição de relações familiares | 35.5 | .32 | .40 | *** |
| dimin. de mobilidade | 15.9 | .17 | .34 | *** |
| não casada | 14.9 | .22 | .24 | ** |
| doença física | 10.0 | .13 | .28 | *** |
| doença cerebrovascular | 7.8 | .14 | .20 | * |
| lar alheio | 6.4 | .10 | .22 | ** |
| surdez | 4.7 | .09 | .18 | * |
| sem filhos | 4.6 | .09 | .18 | * |

coeficiente de correlação múltipla: variância prevista:

$R = .60$ $F = 11.08$ $p < .001$ $R^2 = .36$

QUADRO 11.9

## DEPRESSÃO

Regressão múltipla — HOMENS
melhores 6 variáveis discriminantes

| variáveis | % da variância prevista | $\beta$ | r | p |
|---|---|---|---|---|
| dependência económica | 36.5 | .35 | .47 | *** |
| doença física | 21.3 | .24 | .40 | *** |
| diminuição de contactos diários | 14.1 | .19 | .33 | *** |
| personalidade emotiva | 11.3 | .19 | .26 | ** |
| interesses reduzidos | 8.8 | .17 | .23 | * |
| surdez | 8.2 | .14 | .27 | ** |

coeficiente de correlação múltipla: variância prevista:
R = .67 F = 13.56 $p < .001$ $R^2 = .45$

MULHERES

Regressão múltipla
melhores 7 variáveis discriminantes

| variáveis | % da variância prevista | $\beta$ | r | p |
|---|---|---|---|---|
| redução da mobilidade | 32.9 | .24 | .37 | *** |
| doença cerebrovascular | 17.3 | .16 | .29 | *** |
| surdez | 14.7 | .19 | .22 | ** |
| dependência económica | 12.7 | .18 | .19 | * |
| doença física | 11.4 | .10 | .31 | *** |
| casada | 6.3 | .14 | .12 | N S |
| não exerce profissão | 4.2 | .07 | .17 | * |

coeficiente de correlação múltipla: variância prevista:
R = .52 F = 8.54 $p < .01$ $R^2 = .27$



QUADRO 11.10

## 11.3 Determinação dos riscos relativos

Em epidemiologia existem diversas maneiras de expressar numericamente o grau de associação entre um presumível factor patogénico e a manifestação de um determinado quadro clínico. Uma dessas maneiras consiste no uso do coeficiente de correlação. Sob o ponto de vista matemático, é sem dúvida o índice mais conveniente; trata-se de um valioso instrumento de análise, com grande generalidade de aplicação científica. Dele se parte para o cálculo das correlações múltiplas e parciais, ou para efectuar uma análise factorial. No entanto, há frequentemente vantagem prática em se usar outros tipos de índices, com maior eficácia descritiva, de significado imediatamente apreensível. Entre todos, é o **índice de risco relativo** o que mais se aproxima do ideal, a nosso ver, pois conjuga simplicidade de cálculo sem sacrifício do rigor, e transparência de significado; presta-se por isso a diversas aplicações sociais e clínicas bem como à divulgação dos resultados das pesquisas.

A determinação do risco mórbido é, de resto, um dos objectivos da epidemiologia. Diferentes conceitos de risco existem, no entanto. Sem nos querermos deter numa discussão pormenorizada entendemos ser necessário distinguir aqui entre risco mórbido em sentido absoluto e em sentido relativo. Um índice de risco em sentido absoluto é, como vimos já, a **expectativa de doença à nascença.** Muito mais útil para a investigação etiológica se mostra o índice de **risco relativo.** Este vem a ser, como dissemos, uma medida da comparticipação de um dado factor na génese de uma determinada situação clínica. Mostra-nos este índice quantas vezes é maior a frequência da doença (ou a mortalidade ocasionada por ela) entre os indivíduos que foram expostos ao factor em estudo, comparativamente com os que o não foram. Quando se compara a morbilidade utilizam-se geralmente as taxas de incidência — referente aos casos novos no período de, por exemplo, um ano — e o índice obtém-se dividindo a incidência nos expostos pela incidência nos não expostos.

Quando um inquérito epidemiológico é realizado sobre a totalidade de uma população, ou sobre uma fracção bem definida (amostra representativa, como a que construímos no presente estudo) pode elaborar-se um quadro como o seguinte para cada factor suspeito e para cada situação clínica em estudo (critério):

| | | Factor suspeito | | |
|---|---|---|---|---|
| | | expostos | não expostos | TOTAIS |
| **Situação clínica** (critério) | presente (casos) | a | b | a + b |
| | ausente (controlos) | c | d | c + d |
| | TOTAIS | a + c | b + d | N |

**a**, **b**, **c** e **d** representam números de indivíduos.

Sendo $\frac{a}{a + c}$ a proporção de casos nos expostos,

e $\frac{b}{b + d}$ a proporção de casos nos não expostos,

vem a ser:

$$\text{risco relativo} = \frac{\frac{a}{a + c}}{\frac{b}{b + d}} = \frac{a\ (b + d)}{b\ (a + c)}$$

Para exemplificar, vejamos como foi determinado o risco relativo de «depressão» em função do factor «visão deficiente» em homens:

| | Visão deficiente | Visão regular | TOTAIS |
|---|---|---|---|
| Com depressão | 16 | 11 | 27 |
| Sem depressão | 18 | 63 | 81 |
| TOTAIS | 34 | 74 | 108 |

$$\text{percentagem de casos nos expostos} = \frac{16}{34} = 47{,}1\%$$

$$\text{percentagem de casos nos não expostos} = \frac{11}{74} = 14{,}9\%$$

$$\text{risco relativo} = \frac{47{,}1}{14{,}9} = 3{,}17$$

Isto significa, numa primeira análise, que os homens com deficiência visual, tal como a definimos operacionalmente, têm uma probabilidade 3,17 vezes superior de apresentarem um quadro clínico depressivo, quando comparados com os indivíduos de visão regular (Note-se que não se afirma necessariamente que a perturbação visual é causa da depressão).

Quando os estudos epidemiológicos não são efectuados sobre uma amostra representativa da população, ou quando os controlos não representam a totalidade dos não-afectados, não se pode calcular o risco relativo. Em tais condições não faz sentido adicionar a + b ou b + d. Existem, no entanto, fórmulas derivadas que possibilitam uma estimativa de risco relativo. Uma delas é simplesmente

$$\text{risco relativo aproximado} = \frac{a\,d}{b\,c}$$

O valor calculado por esta fórmula representa uma razoável aproximação do que se obtém através do procedimento exacto que atrás descrevemos, sempre que a taxa de prevalência dos «casos» na população não vai além dos 20% (Mac Mahon e Pugh, 1970).

Não deve ser, no entanto, esquecida uma precaução essencial: por mais elevados que se mostram os índices de risco relativo, só se pode concluir pela existência de uma associação entre o factor e o quadro mórbido quando se determina simultaneamente **a significação estatística** das diferenças entre as frequências de casos nos expostos e não-expostos, por qualquer dos métodos para tal disponíveis. O índice de risco poderá eventualmente ter um valor muito elevado quando for calculado em pequeno número de indivíduos, sem que se possa afirmar a existência de uma associação significativa entre o critério clínico e o factor suspeito. Se o mínimo de indivíduos afectados entre os não expostos for nulo, o índice de risco vem igual a infinito, e apesar disso pode não ser legítimo tirar qualquer conclusão válida.

Utilizámos no presente estudo os índices de risco relativo como medida descritiva da relação entre factores suspeitos e categorias de diagnóstico clínico. Nos seis quadros 11.11 a 11.16 apresentamos os respectivos valores; nos dois primeiros, relativamente à totalidade da amostra, e nos quatro seguintes, a cada sexo em separado. Torna-se assim fácil comparar o efeito aparente de cada factor sobre os cinco critérios considerados. Assinalamos os valores correspondentes a diferenças significativas, calculadas pelos métodos descritos no capítulo próprio.

Estes quadros serão comentados nas secções que se seguem. No entanto, devemos desde já formular algumas **reservas às interpretações** que sobre eles se possam fazer, motivados pelas condições particulares do nosso estudo.

1. **Prevalência ou incidência:** é genericamente preferível trabalhar-se com taxas de incidência, em lugar de prevalência, quando se investiga a etiologia. Mas tal não é muito viável em psiquiatria, e num projecto como o presente é praticamente impossível. É extremamente difícil marcar uma data de início da maioria das perturbações, razão pela qual não nos foi possível seleccionar apenas os casos desencadeados há menos de um ano. Isso, aliás, não faria

qualquer sentido em relação ao grupo de «ânimo elevado». Consequentemente, os «casos» que incluímos em cada agrupamento clínico são indivíduos em diferentes estádios de evolução das suas «doenças».

2. **Conceito de exposição**: Pelas razões que acabamos de apontar, torna-se um pouco mais difícil ajuizar da natureza causal da relação que um risco elevado representa. Essa dificuldade resulta também de nem sempre ser possível situar no tempo a «exposição» ao presumível factor patogénico. Na verdade, em estudos como o presente o conceito de exposição ter de ser tomado em sentido muito largo. Assim se poderão considerar o tipo de estado civil, a classe sócio-profissional baixa, a existência de uma doença psíquica familiar, e até traços da personalidade, como factores aos quais o indivíduo se terá ou não exposto. Este alargamento de conceito não invalida, evidentemente as conclusões, desde que se tenham presentes as condições em que o risco é determinado.

3. **Causa ou consequência:** o próprio conceito de risco carece de ser bem entendido. Trata-se da probabilidade de ocorrência simultânea ou em sequência de dois acontecimentos, a exposição e a manifestação clínica. Não quer dizer, necessariamente, que haja relação causal; esta deve ser procurada através da discussão, conforme atrás ficou dito.

4. **Risco invertido:** acontece com frequência que os índices de risco apresentam valores inferiores à unidade. Deverão nesses casos ser interpretados da mesma forma que as correlações negativas: os factores em referência (sociais, médicos, de convivência, etc.), a terem um papel causal, funcionarão em sentido inverso, isto é, como factores de protecção ou como favorecedores da evolução.

HOMENS + MULHERES

Índices de risco relativo, por agrupamentos clínicos

| factor | perturbação psíquica | deterioração | depressão | neurose tardia | ânimo elevado |
|---|---|---|---|---|---|
| CONDIÇÕES SOCIOECONÓMICAS | | | | | |
| instrução (analfabeto) | 1.19 | 1.48 | 1.09 | 1.22 | .57 ** |
| classe socioprofissional (indiferenciado) | 1.35 * | 1.19 | 1.79 ** | 1.31 | .81 |
| alojamento deficiente | .94 | 1.24 | .75 | 1.22 | .99 |
| meio de vida (dependente) | 1.23 | 2.35 *** | 2.74 *** | 2.31 ** | .41 *** |
| profissão: não exerce | 3.60 *** | 6.53 *** | 7.20 *** | 4.20 * | .39 *** |
| reforma antes dos 65 anos | 1.13 | 1.19 | 1.22 | 1.39 | .87 |
| reforma recente | 1.07 | .71 | 1.29 | 1.03 | .88 |
| CONVIVÊNCIA | | | | | |
| não casado | 1.30 | 2.49 *** | .08 | 67 | .54 *** |
| viúvo | 1.20 | 1.87 ** | .94 | .77 | .52 ** |
| 1 filho ou sem filhos | 1.27 | 1.78 * | 1.14 | 1.11 | 1.11 |
| sem filhos | 1.17 | 2.09 ** | .91 | 1.01 | .97 |
| relações familiares (dimin.) | 1.58 *** | 3.36 *** | 1.30 | 1.20 | .72 |
| contactos diários (dimin.) | 1.46 * | 1.74 * | 1.76 * | 1.42 | .39 *** |
| relações sociais (dimin.) | 1.54 ** | 2.04 ** | 1.54 | 1.48 | .71 |
| tipo de lar (alheio) | 1.51 ** | 2.25 *** | 1.30 | .80 | .42 *** |
| gerações em convívio (menos de 3) | .93 | .98 | 1.23 | 1.37 | 1.33 |
| habita só | 1.01 | 1.47 | .54 | 1.41 | .69 |

*** $p < .001$ ** $p < .01$ * $p < .05$

QUADRO 11.11

HOMENS + MULHERES

Índices de risco relativo, por agrupamentos clínicos

| factor | perturbação psíquica | deterioração | depressão | neurose tardia | ânimo elevado |
|---|---|---|---|---|---|
| SAÚDE FÍSICA | | | | | |
| doença física | 3.18 *** | 4.33 *** | 4.83 *** | 5.29 *** | .37 *** |
| idem, duas ou mais | 1.97 *** | 2.49 *** | 2.76 *** | 2.71 *** | .29 *** |
| doença cardíaca | 1.55 ** | 2.22 *** | 1.64 * | 2.40 ** | .41 *** |
| doença cerebrovascular | 2.47 *** | 2.58 *** | 3.20 *** | 1.97 * | .27 *** |
| hipertensão arterial | 1.29 | 1.08 | 1.79 ** | 2.12 * | .63 * |
| surdez | 1.72 *** | 1.87 ** | 2.27 *** | 1.15 ** | .55 ** |
| visão deficiente | 1.29 | 1.31 | 1.63 * | 1.53 | .65 * |
| restrição de mobilidade | 1.95 *** | 4.59 *** | 3.34 *** | 3.04 *** | .23 *** |
| PERSONALIDADE E ANTECEDENTES | | | | | |
| emotivo | 1.32 * | 1.09 | 1.78 * | 3.56 *** | .71 |
| intravertido | 1.13 | 1.16 | 1.16 | 1.42 | 1.04 |
| dependente | 1.10 | 1.28 | .88 | .86 | .82 |
| desconfiado | 1.10 | 1.46 | .87 | 1.06 | .80 |
| interesses reduzidos | 1.43 * | 1.68 * | 1.21 | .95 | .52 *** |
| inadaptação anterior (sociofamiliar) | 1.42 * | 1.46 | 1.29 | 1.19 | .43 ** |
| doença psíquica familiar | .89 | 1.06 | .98 | .55 | .87 |
| trauma ou perda recente | 1.26 | .85 | 1.22 | 2.27 ** | .57 ** |
| hábitos alcoólicos | .79 | .90 | .60 | .32 | 1.33 |

*** $p < .001$ ** $p < .01$ * $p < .05$

QUADRO 11.12

HOMENS

Índices de risco relativo, por agrupamentos clínicos

| factor | perturbação psíquica | deterio-ração | depressão | neurose tardia | ânimo elevado |
|---|---|---|---|---|---|
| CONDIÇÕES SOCIOECONÓMICAS | | | | | |
| instrução (analfabeto) | 1.28 | 1.20 | 1.25 | 1.18 | .76 |
| classe socioprofissional (indiferenciado) | 2.29 *** | 1.93 | 3.70 *** | 4.73 ** | .61 * |
| alojamento deficiente | 1.39 | 1.63 | 1.50 | 2.00 | .85 |
| meio de vida (dependente) | 2.36 *** | 3.88 ** | 4.61 *** | 4.08 ** | .44 ** |
| profissão: não exerce | 3.60 *** | 7.93 * | 6.25 *** | 6.93 * | .59 ** |
| reforma antes dos 65 anos | 1.57 | 1.49 | 1.60 | 1.82 | .86 |
| reforma recente | 1.19 | 1.54 | 1.29 | 2.05 | .70 |
| CONVIVÊNCIA | | | | | |
| não casado | 1.26 | 1.62 | 1.12 | .97 | .75 |
| viúvo | 1.55 | 1.95 | 1.34 | 1.12 | .66 |
| 1 filho ou sem filhos | 1.10 | 1.64 | 1.21 | .83 | 1.88 * |
| sem filhos | .74 | 1.92 | 1.15 | 1.03 | 1.60 |
| relações familiares (dimin.) | 1.48 | 2.53 * | 1.43 | 1.58 | .90 |
| contactos diários (dimin.) | 3.00 *** | 5.21 ** | 3.57 *** | 6.94 *** | .00 * |
| relações sociais (dimin.) | 1.64 | 3.75 ** | 1.66 | 1.75 | .73 |
| lar alheio | 1.30 | 2.23 | 1.53 | .38 | .59 |
| gerações em convívio (menos de 3) | 1.23 | 1.53 | 1.68 | 2.56 | 1.25 |
| habita só (§) | (2.67) | ( .00) | ( .00) | 8.26 * | ( .00) |

(§) apenas 1 caso

*** $p < .001$ ** $p < .01$ * $p < .05$

QUADRO 11.13

HOMENS

Índices de risco relativo, por agrupamentos clínicos

| factor | perturbação psíquica | deterio-ração | depressão | neurose tardia | ânimo elevado |
|---|---|---|---|---|---|
| SAÚDE FÍSICA | | | | | |
| doença física | 3.05 *** | 5.19 ** | 4.90 *** | 4.08 ** | .48 *** |
| id., duas ou mais | 2.39 *** | 5.95 *** | 3.84 *** | 3.62 ** | .26 *** |
| doença cardíaca | 1.85 * | 3.13 ** | 2.42 * | 5.03 *** | .50 |
| doença cerebrovascular | 2.94 *** | 3.83 ** | 3.55 *** | 2.39 | .23 *** |
| hipertensão arterial | 1.30 | 1.64 | 1.98 * | 2.76 * | .79 |
| surdez | 2.17 ** | 2.43 | 2.47 ** | 2.27 | .48 ** |
| visão deficiente | 2.07 ** | 1.93 | 3.16 *** | 3.90 ** | .69 |
| restrição de mobilidade | 2.88 *** | 9.12 *** | 3.43 *** | 3.74 ** | .21 ** |
| PERSONALIDADE E ANTECEDENTES | | | | | |
| emotivo | 1.61 | 1.33 | 2.64 ** | 12.21 *** | .63 * |
| intravertido | 1.04 | 1.40 | .84 | 1.50 | 1.03 |
| dependente | 1.10 | 2.37 * | .68 | .28 | .75 |
| desconfiado | 1.16 | 1.72 | .72 | .86 | .69 |
| interesses reduzidos | 2.06 ** | 2.12 | 2.21 * | 1.18 | .60 * |
| inadaptação anterior (sociofamiliar) | .77 | 1.31 | .78 | .75 | .69 |
| doença psíquica familiar | .84 | .76 | .87 | .99 | 1.06 |
| trauma ou perda recente | 1.41 | .89 | 1.12 | 4.07 ** | .70 |
| hábitos alcoólicos | .86 | .50 | 1.00 | .57 | 1.44 |

*** $p < .001$ ** $p < .01$ * $p < .05$

QUADRO 11.14

MULHERES

Índices de risco relativo, por agrupamentos clínicos

| factor | perturbação psíquica | deterio-ração | depressão | neurose tardia | ânimo elevado |
|---|---|---|---|---|---|
| CODIÇÕES SOCIOECONÔMICAS | | | | | |
| instrução (analfabeta) | 1.06 | 1.45 | 1.01 | 1.21 | .57 |
| classe socioprofissional (indiferenciada) | 1.00 | .97 | 1.13 | .74 | 1.25 |
| alojamento deficiente | .75 | 1.02 | .49 * | .92 | 1.56 |
| meio de vida (dependente) | .85 | 1.74 * | 2.02 * | 1.64 | .49 * |
| profissão: não exerce | 3.54 * | 3.93 | infin.* | 2.09 | .36 ** |
| reforma antes dos 65 anos | .92 | .98 | 1.07 | 1.18 | 1.25 |
| reforma recente | 1.03 | .44 | 1.28 | .58 | 1.11 |
| CONVIVÊNCIA | | | | | |
| não casada | 1.21 | 3.08 ** | .66 | .49 * | .73 |
| viúva | 1.01 | 1.60 | .83 | .61 | .70 |
| 1 filho ou sem filhos | 1.27 | 1.58 | 1.14 | 1.34 | .99 |
| sem filhos | 1.19 | 1.91 * | 1.09 | .97 | 1.02 |
| relações familiares (dimin.) | 1.61 ** | 3.65 *** | 1.24 | 1.02 | .57 |
| contactos diários (dimin.) | 1.14 | 1.14 | 1.34 | .74 | .69 |
| relações sociais (dimin.) | 1.47 * | 1.56 | 1.47 | 1.35 | .74 |
| lar alheio | 1.52 ** | 2.05 ** | 1.24 | .91 | .42 * |
| gerações em convívio (menos de 3) | .81 | .83 | 1.17 | 1.01 | 1.38 |
| habita só | .88 | 1.27 | .54 | 1.14 | 1.13 |

*** $p < .001$ ** $p < .01$ * $p < .05$

QUADRO 11.15

MULHERES

Índices de risco relativo, por agrupamentos clínicos

| factor | perturbação psíquica | deterio-ração | depressão | neurose tardia | ânimo elevado |
|---|---|---|---|---|---|
| SAÚDE FÍSICA | | | | | |
| doença física | 3.23 *** | 3.05 *** | 5.09 *** | 6.79 *** | .34 *** |
| id., duas ou mais | 1.77 *** | 1.71 * | 2.21 ** | 2.30 * | .34 * |
| doença cardíaca | 1.40 * | 1.77 * | 1.47 | 1.72 | .51 * |
| doença cerebrovascular | 2.18 *** | 1.99 * | 3.21 *** | 1.76 | .37 ** |
| hipertensão arterial | 1.27 | .86 | 1.69 | 1.81 | .59 |
| surdez | 1.59 ** | 1.84 * | 2.17 ** | .76 | .55 |
| visão deficiente | .98 | 1.07 | 1.15 | .88 | .73 |
| restrição de mobilidade | 1.64 ** | 3.22 *** | 3.97 *** | 2.85 ** | .31 ** |
| PERSONALIDADE E ANTECEDENTES | | | | | |
| emotivo | 1.17 | .96 | 1.38 | 2.20 | 1.00 |
| intravertido | 1.20 | .65 | 1.43 | 1.41 | .92 |
| dependente | 1.07 | 1.00 | 1.00 | 1.18 | 1.06 |
| desconfiado | 1.04 | 1.33 | .98 | 1.14 | 1.03 |
| interesses reduzidos | 1.05 | 1.20 | .83 | .76 | .77 |
| inadaptação anterior (sociofamiliar) | 1.52 * | 1.31 | 1.51 | 1.26 | .47 |
| doença psíquica familiar | .90 | 1.10 | 1.06 | .38 * | .83 |
| trauma ou perda recente | 1.18 | .82 | 1.09 | 1.68 | .49 * |
| hábitos alcoólicos | .79 | 1.46 | .00 | .00 | 2.58 |

*** $p < .001$ ** $p < .01$ * $p < .05$

QUADRO 11.16

## 11.4 Condições sócio económicas

Procederemos agora a uma análise dos resultados obtidos, expressos nos quadros de correlações e nos quadros de riscos relativos. Estes últimos permitem uma visão mais ampla do conjunto dos factores e do seu comportamento em relação com os outros critérios clínicos, e estarão portanto na origem da discussão. Teremos também em atenção o quadro geral das correlações, a apresentar mais adiante (quadro 12.1). A ele recorreremos quando, através do cálculo da correlação parcial, tentarmos tornar aparente o efeito de «terceiras variáveis» na relação factor-critério.

### INSTRUÇÃO

Comparamos unicamente «analfabetos» com «restantes», dado ser relativamente pequeno o número de indivíduos possuidores de outros graus de ensino. O analfabetismo não se mostra particularmente ligado a qualquer tipo de perturbação. Quando muito, nota-se em mulheres uma tendência não significativa para maior frequência de deterioração mental. A confirmar-se tal relação, cremos que o factor idade a poderia explicar, uma vez que está, por um lado, ligado com o analfabetismo (na mulher a instrução primária só tardiamente foi obrigatória), e por outro com a deterioração.

Em contrapartida, o analfabetismo não se mostra favorável ao aparecimento de casos de «ânimo elevado», independentemente da classe sócio-profissional, o que parece evidenciar o papel da leitura, e da cultura em geral, como factor de adaptação.

### CLASSE SÓCIO-PROFISSIONAL

Procedemos apenas à comparação entre trabalhadores indiferenciados e «restantes». No sexo masculino encontramos associação definida entre classe sócio-profissional baixa e dependência económica, habitação deficiente, interesses reduzidos, visão deficiente, surdez e pouca mobilidade. No sexo feminino, a única característica deste tipo associada com classe inferior é a habitação deficiente (v. quadro 12.1).

Com respeito às categorias clínicas, observamos que apenas entre os homens surgem diferenças significativas. O «risco» de neurose tardia é quase cinco vezes superior; também muito elevada é a frequência de depressões. De grau menor é a associação com «perturbação» em geral, e com deterioração, neste último caso sem atingir o limiar de significação; o ânimo elevado encontra-se também nitidamente menos vezes nos homens de classe sócio-profissional inferior.

Não há motivos para hesitarmos em reconhecer um certo papel causal a este factor, relativamente às perturbações psíquicas mencionadas, uma vez que a atribuição de um lugar na escala social foi, evidentemente, anterior ao seu adoecer. Sejam quais forem as determinantes sociológicas em jogo, os indivíduos da população estudada ocupam em regra toda a vida a classe social que se lhes proporciona na juventude ou no início da maturidade, já para não irmos até ao nascimento. Também convém sublinhar que só por conveniência de análise se pode falar de «um» factor, uma vez que o lugar ocupado na escala social e laboral condiciona aparentemente de múltiplas formas a aprendizagem e a experiência realizadas ao longo da vida. Haveria, assim, um especial interesse em estudar de perto as relações entre o meio social e o adoecer psíquico, tomando como referência outras variáveis mais específicas.

## HABITAÇÃO

O tipo de habitação sem comodidades, que definimos atrás como «deficiente», encontra-se nos homens correlacionado com classe social inferior, dependência económica, doença física, menor mobilidade e interesses limitados. Pode, portanto, ser tomado como um indicador de pobreza no sentido geral. Nas mulheres, no entanto, a habitação incómoda está relacionada não só com classe mais baixa como também com lar próprio e conservação de boas relações sociais; aparentemente, as mulheres idosas tem tendência a ficar mais bem alojadas quando passam a viver em lar de descendentes, o que frequentemente acarreta rotura com o meio social em que antes se enquadravam.

Esta diferenciação entre os sexos estende-se, certamente não por acaso, às correlações com os diversos tipos de alterações psíquicas. Não sendo muito pronunciadas as diferenças a esse respeito entre

bem e mal alojados, mostram-se no entanto de sentido oposto num e noutro sexo, excepto quanto a deterioração mental. Assim, os homens que vivem em alojamento deficiente mostram tendência — que provavelmente seria significativa em amostra maior — para neurose tardia, depressão, e ânimo não elevado. Já as mulheres em idênticas circunstâncias têm significativamente menos depressões e mostram tendência para ânimo mais elevado. Não é decerto fácil interpretar estes resultados; é de presumir a influência de «terceiros factores» não detectados pelo presente inquérito. A nosso ver, a explicação poderia residir no facto de os alojamentos deficientes serem, em geral, aqueles onde o idoso habita desde há muito tempo; os casos com mais comodidades, de construção mais recente, são em regra habitações de descendentes. A ser assim, o abandono da antiga residência teria no sexo feminino um papel perturbador que não se observa no sexo masculino. Os dados referentes a «lar alheio», que analisaremos adiante, favorecem pelo menos em parte esta interpretação.

## MEIOS DE VIDA

Comparámos os indivíduos que dispunham de um mínimo de receita, capaz de contribuir significativamente para a sua subsistência, com aqueles que eram mantidos por familiares (cônjuge exceptuado) ou terceiros. De entre as características sócio-económicas, é, juntamente com a situação laboral, das que mais se mostram correlacionadas com os diferentes tipos de alteração psíquica.

Os economicamente dependentes apresentam, em comparação, elevada frequência de depressão, neurose tardia e deterioração, especialmente no sexo masculino. O ânimo é significativamente menos elevado nos dois sexos. Por exclusão, deduz-se que a dependência económica não afecta a distribuição de quadros de oligofrenia e personalidade anormal, neste grupo etário.

A análise da matriz de correlações entre factores mostra que nos homens a dependência económica está estreitamente associada a classe social inferior, situação de reformado, e visão deficiente. (Esta última ligação poderia ser explicável pela dificuldade em obter tratamento ou correcção para defeitos oculares). Dado que estes três

CORRELAÇÃO PARCIAL

HOMENS

| FACTOR ISOLADO | CRITÉRIO | correlação r | FACTOR EXCLUIDO | correlação residual | proporção da variância comum |
|---|---|---|---|---|---|
| sem profissão | depressão | .32 *** | dep. económica | .17 NS | 71 % |
| " | " | .32 *** | doença física | .21 * | 57 % |
| " | " | .32 *** | red. contactos | .27 ** | 26 % |
| " | neurose tardia | .23 * | dep. económica | .12 NS | 71 % |
| " | " | .23 * | visão deficiente | .15 NS | 57 % |
| " | " | .23 * | doença física | .15 NS | 55 % |
| " | " | .23 * | red. contactos | .17 NS | 48 % |

*** $p < .001$ ** $p < .01$ * $p < .05$

QUADRO 11.17

factores estão também correlacionados com os critérios clínicos, em especial depressão, podemos interrogar-nos se a dependência económica tem, por si própria, algum papel patogénico específico. Ora excluindo-se pelo método da correlação parcial (v. quadros 11.17 a 11.19), os efeitos daquelas três variáveis, observa-se que a dependência económica continua a ter uma ligação significativa com depressão. Podemos portanto concluir que essa ligação tem uma natureza causal, se bem que, por certo, indirecta. É óbvio que dependência económica não representa um factor unitário, mas sim um conjunto de carências objectivas que são experimentadas subjectivamente pelo idoso de maneira, de certo, um tanto diferente do que o seriam por um indivíduo mais jovem. É de supor que se associe um sentimento de perda de poder, bem como de sujeição a outrem, e de incerteza em relação ao futuro. É interessante observar que nas mulheres esta dependência económica parece ser secundária, ou de papel indefinido, na génese de perturbações psíquicas. Teremos ocasião de discutir este aspecto mais adiante.

## CORRELAÇÃO PARCIAL

HOMENS

| FACTOR ISOLADO | CRITÉRIO | correlação r | FACTOR EXCLUIDO | correlação residual | proporção da variância comum |
|---|---|---|---|---|---|
| doença física | depressão | .40 *** | red. mobilidade | .28 ** | 53 % |
| " | " | .40 *** | d. cerebrovasc. | .32 *** | 34 % |
| " | neurose tardia | .26 ** | red. mobilidade | .16 NS | 64 % |
| red. mobilidade | deterioração mental | .56 *** | doença física | .50 *** | 21 % |
| " | " | .56 *** | d. cerebrovasc. | .52 *** | 13 % |
| " | depressão | .37 *** | doença física | .22 * | 63 % |
| " | neurose tardia | .27 ** | doença física | .17 NS | 59 % |
| doença cerebro-vascular | deterioração mental | .30 ** | red. mobilidade | .19 NS | 61 % |
| " | depressão | .38 *** | red. mobilidade | .31 ** | 32 % |
| " | " | .38 *** | surdez | .32 *** | 29 % |
| hipertensão arterial | depressão | .20 * | dep. económica | .09 NS | 82 % |
| " | neurose tardia | .21 *(§) | dep. económica | .14 NS | 58 % |
| visão deficiente | depressão | .35*** | dep. económica | .20 * | 67 % |

*** $p < .001$ ** $p < .01$ * $p < .05$

(§) valor não significativo quando aplicada a correcção de Yates

QUADRO 11.18

CORRELAÇÃO PARCIAL

MULHERES

| FACTOR ISOLADO | CRITÉRIO | correlação r | FACTOR EXCLUIDO | correlação residual | proporção da variância comum |
|---|---|---|---|---|---|
| sem profissão | depressão | .17 * | doença física | .11 NS | 58 % |
| dependência económica | depressão | .19 * | não casada | .22 ** | .. (§) |
| " | " | .19 * | surdez | .23 ** | .. (§) |
| não casada | " | -.12 | dep. económica | -.17 * | .. (§) |
| doença física | depressão | .45 *** | red. mobilidade | .17 * | 70 % |
| " | " | .31 *** | d. cerebrovasc. | .27 *** | 26 % |
| " | neurose tardia | .27 *** | red. mobilidade | .19 * | 53 % |
| d. cerebrovasc. | deterioração | .20 * | red. mobilidade | .15 NS | 44 % |
| red. mobilidade | deterioração | .34 *** | doença física | .25 ** | 47 % |
| " | " | .34 *** | d. cerebrovasc. | .32 *** | 14 % |
| " | depressão | .37 *** | doença física | .27 *** | 47 % |
| " | neurose tardia | .24 ** | doença física | .14 NS | 68 % |
| red. relações sociais | casada (") | .45 *** | lar alheio | .59 *** | .. (§) |

*** $p < .001$ ** $p < .01$ * $p < .05$

(§) Esta proporção não é calculada por a correlação residual ser superior a r . O factor excluido mantem correlações de sinais contrários com o factor isolado e o critério.

(") Embora não se trate de um critério clínico, inclui-se neste quadro por comodidade.

QUADRO 11.19

## SITUAÇÃO LABORAL E REFORMA

Cerca de dois terços dos homens e quatro quintos das mulheres que compunham a amostra tinham já atingido a sua reforma, conforme se viu (capítulo 9). Dez por cento das mulheres nunca havia exercido uma profissão. Por conseguinte, trabalhavam ainda um terço dos homens e quase um décimo das mulheres.

Comparando os indivíduos que exercem profissão com os restantes, observamos que estes últimos tendem, como seria de esperar, a apresentar mais vezes doença física e redução de mobilidade. No sexo masculino encontram-se ainda elevadas correlações entre reforma e respectivamente, dependência económica, redução das relações sociais e diminuição dos contactos diários.

As perturbações psíquicas assinalam-se com frequência muito superior nos indivíduos que não exercem profissão. No sexo masculino, esta diferença é particularmente acentuada; os sintomas depressivos, por exemplo, ocorrem cerca de seis vezes mais nos reformados. Dado ser pequeno o número de mulheres que ainda trabalham, é difícil avaliar a importância deste factor relativamente a elas, mas a tendência geral é no mesmo sentido. Por outro lado, encontramos «ânimo elevado» com frequência significativamente superior, em ambos os sexos, nos indivíduos com profissão.

Parece ser bastante complexa a relação entre perturbação psíquica e reforma, por certo não redutível a formulações globais em termos de causalidade directa num ou noutro sentido. É óbvio que em muitas situações de deterioração mental um tanto precoce, associada ou não com padecimentos físicos, a reforma é mais uma consequência do que uma causa das alterações psíquicas. No entanto, em certo número de indivíduos encontramos dados que sugerem ter ocorrido o processo inverso. Muitos homens marcaram a data do início das suas perturbações, geralmente do tipo neurótico ou depressivo, em ocasião posterior à reforma. Não é fácil chegar, através dos índices de risco relativo e das correlações simples, a uma confirmação desta hipótese, que clinicamente nos parece muito sugestiva. Um elemento a seu favor pode ser o facto de encontrarmos uma frequência duas vezes superior de neuroses tardias nos homens que tiveram a reforma há menos de dois anos, em comparação com aqueles que a alcançaram há mais tempo, e com os não reformados. Nesses homens a

frequência de outras perturbações mentais não mostra diferenças dignas de nota.

O cálculo das correlações parciais (quadro 11.17) mostra que o factor dependência económica «explica» a maior parte (71 %) da influência entre reforma e depressão: se se eliminar tal factor, estas duas últimas variáveis deixam de ter associação significativa. Papel também importante, embora de expressão menos saliente, mostram a doença física (57 %) e a diminuição dos contactos diários (26 %). Tomando como «critério» a neurose tardia, também se observa como a sua relação com a reforma é atribuível aos mesmos três factores, pela mesma ordem, embora aqui seja mais notável o papel da redução de contactos (48 %). Ora, se é provável que a doença física se tenha manifestado, na maioria dos casos, em momento anterior à reforma, já a dependência económica e a diminuição dos contactos diários são obviamente consequências dela. Por esta razão podemos concluir que a reforma parece ter um papel importante nos homens, na génese de situações de neurose tardia e depressão, e que em tal processo estão talvez implicadas a dependência económica a que o reformado fica eventualmente sujeito, em relação a terceiras pessoas, e a diminuição dos contactos com outrem ao longo do dia.

A comparação entre reformados antes dos 65 anos e «restantes» não forneceu resultados concludentes. Nas mulheres não há qualquer diferença a assinalar sob o ponto de vista clínico. Entre os homens, pode notar-se apenas que os reformados mais precocemente se mostram mais afectados por depressão e, particularmente, neurose de início tardio (risco quase duplo dos restantes); esta diferença, que seria provavelmente significativa numa amostra maior, poderá traduzir a existência de antecedentes de inadaptação no período involutivo, com um efeito favorecedor da descompensação neurótica que ocorreria mais tarde.

Para terminar, importaria sublinhar que o estudo das alterações psíquicas na sua relação com a reforma deverá ser levado a efeito preferentemente, segundo uma outra estratégia, diferente da que caracteriza o presente estudo. Mais do que prevalência, interessaria a incidência, o número de casos novos; e melhor do que um corte transversal, seria um estudo longitudinal ou sequencial, em que os mesmos indivíduos seriam observados por várias vezes, antes e depois da cessação da actividade profissional.

## 11.5 Relações de convivência

As dez variáveis que agrupamos sob esta designação genérica não são independentes umas das outras. Mostram antes uma rede de interrelações com padrões bem característicos de cada sexo, como se verá. Por tal motivo, ao analisarmos o papel patogénico de cada um desses presumíveis factores teremos de entrar em linha de conta com a probabilidade de interferência por parte de alguns dos restantes. Tal como o fizemos ao estudar as variáveis sócio-económicas, recorremos sempre que necessário ao cálculo das correlações parciais, com o fim de neutralizar terceiros factores e dessa forma «medir» o seu grau de interferência.

### ESTADO CIVIL

Recordemos que quatro quintos dos homens são casados, contra apenas cerca de um terço das mulheres; nestas últimas, a viuvez atinge mais de metade, contra um sexto naqueles; por último, cerca de dez por cento das mulheres são solteiras. Todos estes valores se reportam à amostra que estudamos, como é óbvio. Estas diferenças tão marcantes entre os sexos estendem-se também aos padrões de vida e convivência. Assim, os homens casados mostram considerável diminuição das suas relações sociais (correlação particularmente elevada), e residem em regra em lar próprio, onde geralmente não coabitam três gerações. As mulheres casadas têm também redução das relações sociais, e tendência, menos pronunciada, a residir em lar próprio; é rara entre elas a situação de dependência económica de terceiros, que se encontra muito mais nas viúvas e solteiras.

A prevalência de perturbações psíquicas não mostra diferenças de relevo, entre os homens, em função do estado civil. Nota-se, quando muito um risco mais elevado de deterioração mental entre os viúvos. Já no que se refere às mulheres, o risco de deterioração entre as não casadas é significativamente importante, em particular nas solteiras. A depressão e sobretudo a neurose tardia afectam mais as casadas. Em ambos os sexos, o ânimo elevado é significativamente mais frequente entre os casados.

A maior prevalência de deterioração mental entre as não casadas

pode ser atribuída, numa primeira análise, ao factor idade. Com efeito, elas são em média mais idosas do que as casadas. Tendência semelhante aliás, se esboça no sexo masculino. Já o predomínio de solteiras se mostra mais difícil de explicar. O estudo das correlações com outras variáveis não fornece qualquer indicação útil a este respeito. Poderia admitir-se, como hipótese, que o relativo isolamento das solteiras, especialmente a nível familiar contribui para empobrecer a sua experiência de comunicação ou de decisão, daí resultando uma «deterioração» mais em termos psicológicos do que propriamente neurológicos. Com efeito, as solteiras idosas ou vivem sós, ou desempenham um papel subalterno em lar alheio, o que representa um espaço de interacção social bem mais estreito que o das mulheres que tiveram ou ainda têm a responsabilidade de um lar.

## DESCENDÊNCIA

Não há diferenças notáveis, quanto à frequência de perturbações mentais, em função do tamanho da família. Comparando os idosos que têm «2 ou mais filhos» com os restantes ou comparando os idosos «sem filhos» com os que tiveram descendência encontramos sobretudo o já esperado aumento de deteriorados entre aqueles cuja família é mais reduzida, e em especial nos sem filhos.

Este resultado, mais sugestivo no sexo feminino, parece confirmar o que atrás dissemos sobre a possível relação entre experiência social e «deterioração». Queremos salientar que estas diferenças de prevalência, apesar de pouco expressivas em grandeza, nos parecem muito importantes do ponto de vista de futura investigação. É que a respeito destas variáveis sociais, estado civil e descendência, podemos ao menos ter a certeza de não estarmos a tomar o efeito pela causa, pois a constituição da família e a procriação são obviamente muito anteriores à aparição dos sinais de perturbação clínica, nomeadamente deterioração mental.

Outro achado interessante é o de, aparentemente, terem mais tendência a apresentar ânimo elevado os homens sem filhos, ou com apenas um filho, que os outros. Não há nas mulheres, manifestação paralela. Com receio de entrarmos em especulação indevida somos tentados a pensar que o homem idoso exige uma atenção menos divi-

dida por parte da mulher, e que esta dificilmente lha poderá proporcionar quando a família é numerosa. Um outro dado, a confrontar com este, é o do maior risco de neurose tardia em mulheres casadas, comparadas com viúvas e solteiras; à luz do que dissemos, tal facto poderá ser explicado pela sobrecarga dos cuidados a prestar ao marido, mais incapacitado e mais carente de atenções.

## TIPO DE LAR E RELAÇÕES FAMILIARES

Como se viu atrás, a maior parte dos idosos reside em lar próprio; uma pequena minoria dos homens, e cerca de um terço das mulheres, residem em lar de familiares ou de outros. Praticamente, só as mulheres **habitam sós**: cerca de um quinto das que estudámos. Comparando estas com as restantes não encontrámos diferenças dignas de nota quanto a perturbação psíquica, excepto ligeira tendência para não apresentarem quadros depressivos.

Os homens que habitam em **lar alheio** são a maior parte das vezes viúvos e/ou economicamente dependentes. O mesmo se passa com as mulheres; estas, no entanto, apresentam ainda com significativa frequência doença física, dificuldade de mobilização e diminuição das relações sociais; por outro lado estão alojadas com mais conforto e tendem a estar mais tempo acompanhadas durante o dia do que as idosas que vivem em lar próprio.

Encontra-se nítido excesso de casos de deterioração mental entre os idosos instalados em lar alheio. Até certo ponto, pode explicar-se esse achado pelo factor idade — trata-se quase sempre do cônjuge sobrevivente — e, no caso das mulheres, pelo processo de remoção das mais incapacitadas da sua antiga residência para a dos familiares que as acolhem. Certamente é isso que se passa em bom número de casos. Mas esta interpretação não nos parece poder aplicar-se à totalidade das situações. Assim, se é certo que entre as mulheres que vivem com os filhos encontramos excesso de deterioração mental, também é verdade que tal não se acompanha de excesso de doenças cerebrovasculares; há, sim, aumento de doenças físicas que determinam imobilização. Por outro lado vimos já que é excepcional (por razões sócio-culturais próprias talvez da nossa população) encontrar-se um homem idoso, mesmo muito válido psiquicamente, que

habite só. Não se observa, por isso, no sexo masculino a remoção selectiva dos mais deteriorados para a residência dos filhos, como se vê nas mulheres. Ora também entre os homens que vivem em lar alheio se nota excesso de deteriorados. A explicação pelo factor idade não satisfaz cabalmente até porque os casos que encontramos de deterioração senil (a mais ligada à idade) foram muitos menos frequentes entre os homens. Daí que sejamos levados a admitir que, pelo menos em alguns casos, a deterioração mental (tal como foi avaliada no presente estudo) possa ter-se acelerado após e como efeito indirecto da transferência para fora do próprio lar. Quais os mecanismos envolvidos, é questão que este estudo não pode elucidar satisfatoriamente. Tratar-se-á decerto de um processo complexo, com uma dimensão médica envolvendo por exemplo alterações do sono, da nutrição e do estado geral, e consequentemente flutuações do estado de consciência, e por outro lado mecanismos psicológicos tais como retracção do espaço vivencial do tipo de «desligamento», diminuição dos impulsos motivacionais, atitude defensiva perante os problemas, e desorganização das estratégias de resposta por falta de execução. Poderíamos assim concluir que manter responsabilidades definidas, tais como as de ter um lar a seu cargo, pode constituir, não apenas um sinal de integridade mental, mas também uma forma de concorrer de algum modo para a manutenção dessa integridade, pela exercitação continuada das funções intelectuais envolvidas na resolução das dificuldades quotidianas.

Por outro lado, as neuroses tardias surgem menos vezes nos homens que vivem em lar alheio. Uma vez que não se observa diferença relevante em relação às depressões, conclui-se que são principalmente os casos clínicos ansiosos e hipocondríacos que estão mais associados com a manutenção das responsabilidades do lar, que vem a constituir portanto um factor de «stress». Talvez pela mesma razão, os idosos dos dois sexos mostram ânimo significativamente menos elevado quando residem em lar alheio.

Um pouco mais de um terço dos idosos estudados vivem na companhia dos filhos e netos, ou de qualquer outra forma **coabitam com pessoas de três gerações.** Esses idosos são, em boa parte, aqueles que vivem em casa de descendentes, como acima fizemos referência. Não detectamos diferenças significativas em patologia psíquica, em correspondência com o número de gerações com que os idosos convi-

vem. Há apenas uma tendência, que seria estatisticamente mais concludente se observada em amostra maior, para um excesso de neuroses tardias entre os homens que não convivem com os netos. Não temos razões para afirmar que tal convivência previne a neurose, nem para negar essa possibilidade. Simplesmente, parece-nos que tal risco elevado de neurose tardia está mais relacionado com o facto de esses idosos terem geralmente a responsabilidade do lar a seu cargo, conforme ficou dito.

Comparando por fim, os indivíduos que continuam a manter **contactos regulares com os membros da família**, com aqueles que sofreram uma diminuição mais ou menos severa dessas relações familiares (ver definição no capítulo 1.3), encontramos nestes últimos uma frequência significativamente superior de quadros de deterioração mental. Parece-nos que a quebra das relações com o conjunto da família pode ser, na maioria dos casos, mais uma consequência da deterioração do que um factor causal. Quando o idoso, já um tanto incapacitado intelectualmente, é recolhido em casa de um dos filhos, os demais parentes tendem então a espaçar as suas visitas ou mesmo a suspendê-las completamente. Em alguns casos, particularmente no sexo feminino, poderá no entanto este isolamento familiar (que é total em dez por cento das mulheres) contribuir para o processo de deterioração, por qualquer das vias a que atrás nos referimos.

## RELAÇÕES SOCIAIS

Cerca de um quarto dos indivíduos observados tem raros ou nulos contactos regulares com pessoas amigas; a sua convivência limita-se praticamente ao grupo familiar. No sexo masculino esta redução das relações sociais caracteriza sobretudo os casados; está ainda ligado à situação de reformado e à surdez. No sexo feminino, a redução das relações sociais observa-se também principalmente nas casadas (a correlação sobe ainda mais se se eliminar a influência de outra variável, o tipo de lar); secundariamente, está associada com residência em lar alheio, dificuldade de mobilização por doença física, e coabitação com filhos e netos.

Em ambos os sexos mas mais acentuadamente no masculino, o

isolamento social está associado com maior frequência de perturbações psíquicas, particularmente deterioração mental. Este facto parece-nos traduzir, sobretudo, uma certa segregação a que fica sujeito o idoso parcialmente incapacitado. Sendo, pois, mais uma consequência da deterioração do que propriamente uma causa, é por outro lado possível que o isolamento social possa também contribuir para a acentuação do empobrecimento psíquico em alguns casos, por mecanismos semelhantes àqueles a que já nos referimos.

Não deixa de ser algo surpreendente o valor elevado de correlação entre «casado» e «redução das relações sociais» (0,76) no sexo masculino. Dado que as correlações com perturbações mentais (excepto deterioração) permanecem modestas, parece poder depreender-se que o idoso se torna progressivamente mais dependente da mulher ao mesmo tempo que vai limitando os seus contactos com amigos e conhecidos, mais como manifestação normal do envelhecimento do que propriamente como sinal de doença mental. No sexo feminino, também a distanciação social parece muito mais relacionada com as condições de vida (doença física, tarefas domésticas) do que com alterações psíquicas.

## CONTACTOS DIÁRIOS

Em muitos estudos sobre a senescência discute-se o papel do isolamento na génese das perturbações psíquicas próprias dessa idade. Os resultados, como tivemos ocasião de dizer na parte introdutória deste trabalho, são contraditórios e dão margem a sérias dúvidas sobre a essência do fenómeno e a natureza da sua relação com a doença. Cremos que o principal motivo de tal ambiguidade reside na falta de rigor na definição das variáveis. Com efeito, fala-se de **isolamento** com diversas conotações; ora em sentido genérico e vago, ora como sinónimo de habitar só, ora com referência à diminuição do número de contactos sociais, ora ainda com o significado de restrição do tempo efectivamente passado em companhia de outrém ao longo do dia. Não se trata precisamente, da mesma coisa; e provavelmente, como o presente estudo parece indicar, são fenómenos bastante diferentes e com efeitos por vezes contrastantes. Daí não

ser de estranhar que a interpretação dos achados dê motivo a controvérsias.

É na acepção que referimos em último lugar que o isolamento (redução de contactos diários) parece mais dotado de um papel patogénico. Cerca de um terço das mulheres e menos de um décimo dos homens idosos estão praticamente sós durante grande parte do dia, ou quando muito têm a companhia de crianças muito pequenas.

Mas, se esta solidão imposta é, nas mulheres, bastante mais frequente que nos homens, ela parece, em contrapartida, afectar estes últimos muito mais profundamente no plano afectivo. Com efeito, no sexo feminino não se encontra ligação significativa entre restrição de contactos e qualquer tipo de perturbação psíquica. Existe associação, no entanto, com residência em lar próprio e com coabitação com família reduzida. São, pois, as mulheres que residem em habitação própria, muitas vezes vivendo sós, que menos companhia têm durante o dia. Curiosamente, estas mulheres mantêm um certo relacionamento social, o que prova que disfrutam de alguma liberdade de movimentos, podendo sair à rua ou receber amigas em casa; isso seria bem mais difícil se vivessem em lar alheio.

Nos homens, tudo se passa de maneira bem diversa. A diminuição dos contactos ao longo do dia está significativamente associada com alterações psíquicas, em particular neurose de início tardio, e em sentido inverso com ânimo elevado. Não mostra correlação com outras variáveis sociais. Parece-nos pois que se trata, com grande probabilidade, de um factor causal indirecto, em especial no que se refere à neurose tardia, depressão e deterioração. Com efeito, não há aparentemente terceiro factor envolvido (tanto quanto o presente estudo pode revelar); e não parece plausível que seja a situação de deterioração ou o quadro neurótico que vão ocasionar a diminuição de contactos ao longo do dia. Como interpretar então a diferença de efeito, observada entre os dois sexos? É provável que no homem o isolamento surja como uma imposição forçada, que ocasiona tanto mais frustração quanto é certo que a maioria dos idosos não tem uma função ou ocupação definida no seu lar. Tratar-se-á, pois, de um isolamento sofrido como uma condição negativa, uma privação sem sentido, a acrescentar a outros que a idade traz consigo. Já a mulher parece assumir mais naturalmente o isolamento, para o qual

se preparou durante longos anos de vida, e que nesta idade tem a contrapartida de uma certa liberdade e da conservação das suas relações extra-familiares.

## 11.6 Condições de saúde física

As condições de saúde física mostram-se, nos dois sexos, estreitamente relacionadas com as perturbações de natureza psíquica, como sobressai à observação dos quadros de risco relativo.

### DOENÇA FÍSICA

Considerando todos os tipos de **doença física** com sofrimento e repercussão funcional, nota-se que nos indivíduos afectados a frequência de alterações psíquicas é de três a sete vezes superior relativamente aos não afectados. Nas mulheres, são as neuroses de início tardio que se mostram mais associadas com os padecimentos físicos, logo seguidas pela depressão e pela deterioração mental. O «ânimo elevado» é significativamente menos frequente. Entre os homens os resultados são comparáveis; há no entanto uma maior tendência para o agravamento das perturbações psíquicas quando afectados por **duas enfermidades físicas simultâneas** ou sobrepostas, tendência esta que em menor grau se observa também nas mulheres.

Se pode não oferecer dúvidas, portanto, que a doença somática constitui uma das causas mais importantes das perturbações psíquicas dos idosos, será no entanto legítimo interrogarmo-nos sobre a forma como conduz a esses efeitos: acção directa sobre o sistema nervoso central, ou um mecanismo indirecto em que os principais papéis caberiam à incapacidade funcional, ao sofrimento físico, à dependência em relação a outrem, ou à restrição da mobilidade. Os dados que recolhemos permitem, pelo menos, adiantar um pouco em direcção à resposta. Assim, como se pode ver no quadro 11.18, o factor **doença cérebro-vascular** explica apenas 34 % da variância comum a doença física e a depressão; após a neutralização estatística daquela variável, a correlação entre estas últimas mantém-se ainda bastante elevada. Isto significa que não é provável existir um efeito

directo sobre o sistema nervoso. Após a eliminação do factor **limitação de mobilidade** (53 % da variância comum) a correlação doença física-depressão é ainda significativa. Parece pois lícito inferir-se que, no sexo masculino, a experiência da doença somática em si mesma, com os padecimentos propriamente ditos e a situação de dependência física associada, desempenha um papel de primeiro plano na génese das depressões dos idosos. Já com respeito aos quadros neuróticos tardios, a imobilização parece ter uma importância equivalente ou mesmo um pouco superior à da doença por si só.

No sexo feminino, a doença cerebrovascular também não «explica» a relação entre depressão e doença física. Por outro lado, parece existir uma inversão das tendências encontradas nos homens quanto ao papel da imobilização: esta teria um papel mais importante nas depressões e um tanto menor nas neuroses tardias, onde a doença física, como tal, se mostra o factor principal.

## DOENÇA CARDIOVASCULAR

De entre as doenças que mais afligem os idosos podem salientar-se as **cardiopatias** pelas suas repercussões funcionais e pelo risco evidente que trazem consigo. Nas mulheres, encontramos um aumento, modesto mais significativo, do risco de alterações psíquicas entre os afectados por doença do coração. Nos homens, esse aumento de risco é muito mais acentuado, sobretudo no que respeita a deterioração mental (mais de três vezes) e a neurose tardia (cinco vezes). Parece pois que desempenha um papel de causa indirecta, provavelmente através da restrição da mobilidade e consequente diminuição de contactos diários e relações sociais. As correlações elevadas entre estes factores apoiam essa interpretação.

A **hipertensão** não está significativamente associada, nas mulheres, com qualquer alteração psíquica, embora mostre uma certa tendência para se ligar à depressão e neurose. Nos homens, no entanto, o aumento de risco de neurose tardia (quase três vezes) e de depressão nos hipertensos é já bastante significativo. Considerando os dois sexos em conjunto, observa-se também que o «ânimo elevado» surge com frequência claramente menor nos hipertensos.

Não é fácil interpretar estes resultados, que de resto conviria procurar confirmar através de estudos mais apropriados. A hipertensão sem complicações não ocasiona particular sofrimento físico; cefaleias e tonturas ocasionais não parecem poder constituir «stress» suficiente para desencadear um quadro depressivo ou neurótico. A hipótese de o conhecimento da própria hipertensão desempenhar esse papel de «stress» parece-nos pouco plausível: a maioria dos idosos observados (infelizmente não dispomos de dados quantitativos a este respeito) tinham apenas uma noção vaga dos seus valores tensionais, e muitos desconheciam-nos por completo. Poderá haver, na nossa amostra, a interferência de outro factor, neste caso a dependência económica, que nos homens se mostra com efeito correlacionada com hipertensão e com neurose e depressão. O cálculo da correlação parcial mostra que a dependência económica «explica» — matematicamente! — 82 % e 58 % das correlações da hipertensão com, respectivamente, depressão e neurose. Mas fica por explicar a associação entre insuficiência económica e hipertensão (dieta inadequada? deficiente tratamento?). Na realidade, uma vez que a significação estatística destas correlações não é muito grande, ficamos em dúvida se não se tratará de um acaso de amostragem, e preferimos aguardar confirmação.

Uma outra hipótese interpretativa nos parece merecedora de mais atenção. É possível que tanto a hipertensão como o quadro neurótico estejam na dependência de um factor não identificado, provavelmente de natureza constitucional relacionado com o que se pode designar por «reactividade vegetativa». Certamente que não será o presente estudo que fornecerá elementos capazes de confirmar tal hipótese que tantos estudos de psicofisiologia têm tentado comprovar, com pouco êxito até ao presente.

## DOENÇA CEREBROVASCULAR

Entre os indivíduos afectados por formas graves ou leves de doença cerebrovascular, tais como atrás foram definidas, é considerável o risco de perturbações psíquicas, e muito raro o «ânimo elevado». Contrariamente ao que se passa com as afecções cardiovasculares, a doença cerebrovascular está fortemente associada com

depressão e bastante menos com neurose tardia. Nos homens há uma relação estreita com deterioração mental; nas mulheres é bastante menos significativa. O facto de a doença cerebrovascular se mostrar menos correlacionada com deterioração do que propriamente com quadros depressivos, (ver matriz de correlações, quadro 12.1) tem, a nosso ver, um especial significado. Assim, parece-nos contribuir para pôr em evidência que a deterioração mental resulta de outros factores além dos orgânicos; e mostra ainda que as doenças vasculares cerebrais não devem ser abusivamente responsabilizadas pela maior parte dos quadros deficitários no idoso. Por outro lado, estes resultados parecem reforçar a noção, que já defendemos no capítulo anterior, de que as alterações vasculares podem contribuir de maneira indirecta para desencadear estados depressivos. O efeito não seria totalmente explicável pela surdez, má visão, ou restrição de movimentos, como se apura eliminando estas variáveis (quadro 11.18). Será de admitir a existência de um mecanismo orgânico, talvez relacionado com isquemia dos centros nervosos e distribuição de aminas biogénicas. Não nos é possível ir mais longe nesta interpretação; mas aproveitamos para sublinhar, mais uma vez, como é inadequado separar «à priori» os quadros clínicos orgânicos dos funcionais.

## SURDEZ

Encontramos deficiência auditiva, conforme as definições adoptadas, em cerca de um terço dos idosos, com ligeiro predomínio masculino. Nos homens está associada com doença cerebrovascular, diminuição das relações sociais e restrição da mobilidade, e ainda com classe social inferior. Nas mulheres, a surdez mostra uma discreta correlação com redução de mobilidade.

A depressão é claramente mais frequente entre os indivíduos com deficiência auditiva. Por outro lado, nos homens surdos o «ânimo elevado» é bastante menos frequente. A deterioração mental mostra também um certo grau de associação estatística.

No sexo masculino os índices de risco são, no seu conjunto, superiores. É plausível que a surdez contribua para a génese de muitos quadros depressivos, principalmente pelo isolamento que tende a acentuar, tanto em relação à família como aos amigos (em particular no

sexo masculino). Também obsta à fruição de passatempos, entre os quais a rádio e a televisão. Por outro lado, a surdez parece ter causado, ou desencadeado, um quadro paranóide de certa gravidade, a que já nos referimos no capítulo anterior (caso de parafrenia tardia).

## DEFICIÊNCIA VISUAL

Mais de um terço dos componentes da amostra apresentava visão insuficiente, em face do critério adoptado (ver capítulo 8.1). Não foi possível identificar as doenças responsáveis; retrospectivamente, parece-nos que teria havido vantagem em avaliar, ao menos por alto, a proporção de casos de deficiência visual corrigível com lentes ou susceptível de tratamento cirúrgico.

No sexo masculino, a má visão está associada com baixo nível sócio-económico, como o testemunham as correlações significativas com dependência económica, classe social inferior, interesses reduzidos e habitação sem conforto. É também sensivelmente mais frequente nos reformados. Poderia admitir-se que a carência de meios económicos tenha obstado a medidas terapêuticas ou correctivas, mas esta hipótese não parece ser sustentável, uma vez que no sexo feminino não encontramos qualquer associação paralela entre deficiência visual e pobreza. As únicas características correlacionadas são doença cerebrovascular e surdez.

Nos homens, a deficiência visual acompanha-se, de maneira significativa, de neurose tardia e depressão. Nas mulheres não se observa qualquer associação com perturbação psíquica. Mas nos dois sexos a má visão mostra-se nitidamente pouco compatível com «ânimo elevado».

Para tentarmos explicar estes resultados, teremos que entrar em conta com a elevadíssima taxa de analfabetismo entre as mulheres idosas (**60 %** na nossa amostra), e com a diminuição de interesses e passatempos favoritos, que observámos entre os homens com má visão. Parece-nos ser possível explicar a maior frequência de quadros neuróticos e sobretudo depressivos (que se continua a observar mesmo depois de neutralizado o factor insuficiência económica) pela perda da possibilidade de ocupar os tempos livres com a leitura e outras actividades que exigem conservação da acuidade visual.

RESTRIÇÃO DE MOBILIDADE

As mulheres estão duas vezes mais afectadas por limitações sérias da sua mobilização do que os homens que estudámos. As causas dessas restrições são, como vimos atrás, principalmente doenças reumáticas e cardiovasculares, além de senilidade avançada.

Comparando os idosos parcial ou totalmente imobilizados com os restantes, encontramos frequências muito mais elevadas dos diversos tipos de perturbação psíquica. Os valores mais elevados correspondem a deterioração mental, em especial nos homens. O cálculo das correlações parciais mostra que as doenças cerebrovasculares «explicam» muito pouco dessa relação entre imobilização e deterioração. O mesmo cálculo evidencia, por outro lado, que parte substancial da correlação entre doença física e depressão (ou neurose tardia) é explicável pela redução de mobilidade devida à própria doença. Por outro lado, entre os imobilizados é muito pouco frequente o «ânimo elevado»; particularmente no sexo masculino.

Não parece haver motivo para duvidar que a restrição de liberdade de movimentação, tanto no exterior como no domicílio, possui um papel causal relativamente aos quadros depressivos e neuróticos tardios. Nos homens, não será tanto a limitação dos contactos com amigos, que nos nossos casos não se observa (provavelmente serão visitados na sua residência), mas mais a impossibilidade de sair à rua ou de se dedicarem aos passatempos e ocupações favoritas (correlação significativa com «interesses reduzidos»), que parecem assumir o papel de perdas significativas. Já na mulher, a imobilização acentua o isolamento social e obriga à passagem para a residência de descendentes, mesmo quando a idosa preferiria viver só; a incapacidade para executar os trabalhos domésticos e a crescente dependência física vêm alterar hábitos de auto-suficiência de uma vida inteira, convertendo-se em experiências de alto coeficiente frustante.

## 11.7 **Personalidade e antecedentes**

Tendo avaliado a influência das condições do meio e das alterações da saúde física na patogenia das perturbações psíquicas dos idosos, iremos examinar agora o papel desempenhado por alguns factores ligados à personalidade ou à história pessoal.

Nas condições do presente estudo, como já temos dito, é um tanto artificial distinguir entre traços de personalidade e comportamento anterior. Na realidade, é conhecendo os factos da vida passada, especialmente aqueles que no decurso do tempo denotam uma certa constância, que inferimos a existência de traços permanentes da personalidade. Estes não são, neste momento, mais do que construções mentais, meras variáveis intermediárias a que não podemos ter acesso directo — embora admitamos que possam corresponder a certas características da organização nervosa ou determinadas propriedades da célula neuronal. Por outro lado, também devemos aceitar que as características da personalidade não se mantêm rigidamente inalteradas ao longo da vida, e que determinadas experiências sofridas condicionam, de maneira mais ou menos permanente o comportamento ulterior. Daí que seja um pouco formal separar os «traços» dos «antecedentes», mas entendemos fazê-lo por uma questão de clareza e para facilitar comparação com outros estudos. Incluímos também nesta secção os acontecimentos recentes de natureza traumátia, por mera comodidade de exposição.

## DOENÇA PSÍQUICA FAMILIAR

Tendo feito a comparação entre os indivíduos com antecedentes familiares directos (suspeitos ou confirmados) de doença mental e os restantes, não encontrámos naqueles qualquer excesso significativo de perturbações psíquicas. Há mesmo, paradoxalmente, uma discreta tendência a aparecerem menos casos de neurose tardia em mulheres naquelas condições, resultado que interessaria tentar confirmar.

O facto de a presente investigação não pôr em evidência o papel dos antecedentes familiares na génese das alterações psíquicas na idade avançada, não significa, obviamente, que os factores hereditários sejam negligenciáveis. Em primeiro lugar porque as condições em que colhemos os elementos relativos aos ascendentes não permitem atribuir total credibilidade a esses dados; as inferências que deles se extraem merecem, por conseguinte, algumas reservas. Sendo os probandos de idade avançada, e com poucos ou nenhuns parentes colaterais vivos, um inquérito familiar capaz de esclarecer satisfa-

toriamente o problema exigiria métodos muito particulares, outra aproximação da população e recursos bem mais vastos. No nosso caso, houve quase sempre grande dificuldade em obter confirmação das indicações prestadas, razão porque são muito mais os antecedentes familiares «suspeitos» do que os «certos».

Por outro lado, é bem possível que em quadros clínicos mais homogéneos, ou categorias nosológicas bem definidas, os factores hereditários ressaltem mais claramente. Se o número dos nossos casos de depressão endógena fosse suficiente para com eles formarmos uma categoria clínica separada, ou se considerássemos apenas os casos de deterioração mental com alterações cerebrais detectáveis ao exame necrópsico ou à biópsia, provavelmente encontraríamos (à semelhança de outros estudos) resultados pondo em evidência o papel da hereditariedade.

Além disso, a procura de «doença mental» na família não será decerto a única forma de detectar a influência das disposições hereditárias. Teria também bastante interesse proceder ao estudo das **alterações menores** ocorridas nos antecedentes, capazes de testemunhar àcerca do seu estilo adaptativo face às perdas e frustrações sofridas: delinquência, crises familiares e profissionais, alcoolismo, modificações no «status» social, etc. É, aliás, provável que sejam acontecimentos deste tipo que estejam eventualmente associados com perturbações de natureza neurótica nos probandos.

## ANTECEDENTES PESSOAIS

Não tendo sido encontrados na nossa amostra mais do que 4 % de casos com referência a **doenças psíquicas anteriores** aos 65 anos, não se tornou possível pesquisar em que medida elas constituem factor de risco relativamente às perturbações observadas depois daquela idade.

Tomando agora em consideração a existência, na história passada, de factos denotando o que se designou por **inadaptação sócio-familiar anterior**, abrangendo desde conflitos continuados, maus tratos infligidos, e castigos severos sofridos, até separação conjugal e rotura de relações de família, observámos que as mulheres em que se assinalam tais incidentes mostram uma frequência significativa-

mente superior de perturbações psíquicas, em especial de tipo depressivo. Também se nota ser menos frequente o «ânimo elevado» entre os idosos com passado de inadaptação, com preponderância do sexo feminino. É, de resto, nas mulheres que tal inadaptação sócio-familiar atinge uma proporção de certo vulto: cerca de uma em cada quatro, contra um em cada dez homens.

Pode a relação entre tais acontecimentos críticos e as perturbações ocorridas na idade avançada ser de tipo colateral: uns e outros efeitos de causas comuns tais como certas disposições da personalidade ou características do meio familiar. Mas pode também tratar-se de uma relação causal indirecta, uma vez que as sequelas dos antigos conflitos poderão converter-se, por sua vez, em factores de descompensação futura. Será talvez o que se passa com os conflitos profissionais repetidos, que acabarão por situar o indivíduo num escalão social inferior e levar à dependência económica; ou com a rotura permanente das relações familiares, que cria condições de isolamento progressivo.

Os **hábitos alcoólicos** não estão, na nossa amostra, aparentemente relacionados com maior frequência de perturbações psíquicas. Pode até assinalar-se uma certa tendência no sentido de os idosos com antecedentes de ingestão alcoólica excessiva apresentarem menos alterações mentais (incluindo deterioração, depressão e quadros neuróticos) e mais vezes ânimo elevado! É certo que esta tendência não se mostra estatisticamente significativa, porque o número de alcoólicos é relativamente diminuto (7,2 % na amostra), mas convida a reflectir. Dos 19 bebedores excessivos que observámos, a maioria era formada por indivíduos com temperamento um tanto expansivo e sociável, não deprimidos nem acentuadamente deteriorados, e cuja única inferioridade, por assim dizer, parecia ser um certo grau de dependência e de leviandade ou desleixo na condução da sua vida; tratar-se-ia portanto de traços psicopáticos leves, que não foram considerados propriamente como perturbações mentais para efeitos de diagnóstico. O número de casos graves de alcoolismo, incluindo uma demência alcoólica, era sensívelmente mais pequeno.

Ao tentarmos interpretar estes resultados, começamos por mencionar a hipótese de termos cometido um erro de avaliação clínica, tomando por «ânimo elevado» uma certa euforia despreocupada de bebedor habitual, o que explicaria as nossas cifras paradoxais.

É certo que não podemos garantir que tal não tenha ocorrido, mas foi uma eventualidade que tivemos sempre em mente durante as observações com o fito de a evitar.

Dado que estamos a lidar com uma população de sobreviventes, qualificação que se aplica ainda com mais propriedade aos homens, cremos que uma outra hipótese interpretativa se poderá adiantar. Parece-nos que os resultados são compatíveis com a suposição de a maior parte dos casos de imoderação alcoólica que atingiram a idade avançada se caracterizarem por uma certa resistência aos efeitos nocivos do álcool. Os alcoólicos mais vulneráveis terão, na maior parte, sucumbido na meia idade, vítimas de complicações digestivas ou neurológicas, antes de atingirem a senescência.

## PERSONALIDADE

Os elementos que serviram de base para a avaliação de alguns traços de personalidade foram fornecidos pelos próprios sujeitos observados e pelos seus familiares, sob a forma de relato de comportamentos habituais durante os anos da maturidade. Não se teve em vista, portanto, o perfil psicológico na época presente. Intentou-se caracterizar a traços gerais a personalidade dos sujeitos, tal como se manifestava antes de entrarem no período involutivo e na senescência, com o objectivo de se poder estudar a relação entre ela e as alterações surgidas posteriormente. Procurou-se evitar julgar o passado com os dados referentes à vida presente, mas é possível que algumas vezes esse erro tenha sido cometido involuntariamente. Foi utilizada uma escala simplificada na avaliação (ver capítulo 8.1), em lugar de um questionário ou outro instrumento mais ou menos objectivo aplicado «às cegas». Por isso, e dado que nem sempre existiram relatos dignos de crédito acerca do comportamento passado, pode ter sucedido algumas vezes que a reconstituição da personalidade prévia haja sido falseada pela imagem actual.

A **intraversão** não mostra associação significativa com qualquer tipo de perturbação psíquica. Quando muito esboça-se a tendência para os intravertidos apresentarem mais neuroses de início tardio; mas a diferença é demasiado pequena para ter valor.

Traços de **desconfiança** também não estão ligados a qualquer

forma de alteração clínica. A **dependência**, consoante a definição adoptada, mostra uma associação no sexo masculino com a deterioração mental. A não se tratar de coincidência fortuita, podemos estar perante um exemplo do erro de avaliação a que acima nos referimos. Caso não tenha havido tal erro, e se por conseguinte for possível obter confirmação mais objectiva para este achado, poderíamos então concluir que os indivíduos com tendência para a dependência ou submissão relativamente a outrém teriam um risco superior de «deterioração» mental, talvez por serem menos propensos a utilizarem os seus próprios recursos intelectuais em face dos problemas, o que os levaria a falhar mais obviamente quando privados da pessoa-suporte a que se habituaram.

Por outro lado, regista-se uma certa tendência para que a neurose tardia ocorra mais frequentemente nos indivíduos de personalidade dominante e auto-suficiente, isto é, com traços inversos aos de dependência e submissão.

Mas a característica que, de longe, mais estreita relação mostra com os critérios clínicos vem a ser a **emocionalidade**, que no presente estudo foi tomada como sinónimo do neuroticismo de Eysenck. No sexo masculino, encontramos um risco de neurose tardia nos emotivos que é cerca de dez vezes superior ao dos não emotivos. Tão grande diferença não deixa de ser impressionante, mesmo que admitamos que possa ter havido algum erro ou exagero na avaliação. No sexo feminino o risco é também mais elevado (mais do que duplo), mas a associação não é significativa. A depressão também é mais frequente nos emotivos, em ambos os sexos. Por último, é menos frequente encontrar «ânimo elevado» entre os homens mais emocionáveis. Não se observa qualquer associação com deterioração mental.

Parece, pois, legítimo afirmar-se que as características da personalidade que se designam habitualmente por «emocionalidade» ou «neuroticismo» têm um papel causal bem definido relativamente às neuroses de aparição tardia, tanto de forma depressiva como sobretudo de forma ansiosa ou hipocondríaca, principalmente no sexo masculino. Trata-se evidentemente de uma causalidade indirecta, do tipo predisponente. Os indivíduos mais emocionáveis mostram uma particular vulnerabilidade face às frustações e ameaças que se lhes deparam tão frequentemente na idade avançada. Nos emotivos, o «stress»

produzido por tais situações ocasiona a aparição de ansiedade mais intensa e mais precocemente, levando assim à emergência das diferentes manifestações neuróticas.

## INTERESSES

Os homens e mulheres observados diferem consideravelmente com respeito ao modo de ocupação de tempos livres. Dois terços dos primeiros declararam preencher habitualmente, desde há vários anos, as horas de lazer com actividades mais ou menos definidas, tais como: frequentar locais de convívio (café, clube, etc.), ler, escutar rádio, pescar, cuidar do quintal ou dos pombos ou qualquer outra do mesmo género. Das mulheres, menos de um terço tem o costume de consagrar algum tempo a actividades «feitas por gosto»: quase sempre fazer malha, tratar das plantas, ler ou escutar programas favoritos de rádio e televisão. Aliás, a maioria das mulheres afirmaram não dispor de tempos livres; muitas, por outro lado, consideraram as malhas ou a costura como formas de trabalho e não propriamente como distracções.

Os homens que não se ocupam habitualmente pertencem em geral, à classe sócio-profissional mais baixa, têm habitação deficiente, sofrem de perturbação visual ou estão imobilizados pela doença. Nas mulheres, a única característica a referir é viverem em lar de três gerações: o encargo de cuidar dos netos durante a ausência dos pais não lhes facilita, certamente, a satisfação de interesses pessoais.

Nos dois sexos, encontramos entre estes idosos que não têm hábitos de ocupação do lazer um maior risco de deterioração mental e uma acentuada diminuição do número de indivíduos com «ânimo elevado». Estas diferenças são muito nítidas nos homens, onde também se observa um elevado risco de depressão.

É provável que a tendência para a deterioração derive, até certo ponto, da correlação com imobilização por doença física. Mas esta explicação não se aplicará a todos os casos, até porque o que se inquiriu foi a ocupação habitual de tempos livres, ao longo das últimas décadas da vida, e não propriamente as distracções no momento actual. Daí que parece não oferecer dúvidas que a existência de actividades ou passatempos favoritos constitui, na maioria dos casos,

um factor de protecção contra a depressão e em menor grau contra a deterioração mental, e um elemento a favor da manutenção de um «moral» elevado.

A falta de uma ocupação satisfatória dos tempos livres tem, pois, entre os homens, efeitos semelhantes aos que descrevemos com respeito à diminuição de contactos durante o dia e à deficiência visual. Na mulher estes efeitos são bastante menos pronunciados. Adiante tentaremos interpretar estes factos.

## ACONTECIMENTOS TRAUMÁTICOS RECENTES

Neste capítulo, dedicado à causalidade das perturbações psíquicas dos idosos, passámos em revista diferentes factos de natureza económica, social e familiar, além dos que se relacionam com a doença física. Todos eles, ou a maior parte, actuam sobre o indivíduo de uma maneira que pode ser interpretada à luz do conceito geral de «stress». Com efeito, tanto a insuficiência económica, como o isolamento social, a surdez ou as dificuldades de movimentação são exemplos de condições de sobrecarga, que se desdobram num sem número de situações concretas de carência e de sofrimento, impondo a necessidade de respostas adaptativas. Trata-se, no entanto, de factores cuja actuação é lenta e gradual, permitindo pois que o sujeito vá recorrendo a mecanismos de superação e assim possa fazer face às dificuldades.

Uma modificação **brusca** das circunstâncias de vida, quer se trate de uma perda real quer de uma ameaça iminente, pode não dar qualquer margem para o desenvolvimento das respostas adaptativas, precipitando assim o eclodir de quadros de tipo neurótico (em especial quando a personalidade se mostra mais vulnerável). Exemplos de alterações de carácter súbito, com referência aos factores já analisados, serão a passagem à reforma, a mudança de residência ou um acidente cardio-vascular.

Nos idosos da nossa amostra pudémos detectar a existência de outros tipos de acontecimentos de carácter traumático, que se poderão designar como «perdas pessoais», e que vão desde conflitos graves com pessoas da convivência, passando por separações e morte de parentes, até ao falecimento do próprio cônjuge. Como se pode ver

no quadro respectivo, 40 % dos componentes da amostra sofreram um acontecimento traumático deste tipo no decurso dos últimos dois anos. Em 15 % houve morte de parente próximo (cônjuge em 2,5 %) e conflitos graves, doenças ameaçadoras, separações e perdas equivalentes em 25 %. As proporções são idênticas num e noutro sexo.

Comparando estes idosos, atingidos por condições «críticas», com os restantes, observamos que mostram uma frequência de neuroses tardias significativamente aumentado para mais do dobro, enquanto, por outro lado, a proporção dos casos de «ânimo elevado» está fortemente diminuída. Estas diferenças são ainda mais notáveis nos homens: entre eles o risco de neurose tardia torna-se quatro vezes superior nos dois anos a seguir a um incidente traumático do tipo mencionado.

Parece, pois, lícito concluir que perdas pessoais ou conflitos de carácter agudo, implicando uma modificação sensível das condições de vida, podem concorrer para a aparição de quadros neuróticos na idade avançada, efeito esse mais evidente nos homens; e podem causar perturbações mais leves do humor, como pessimismo, apatia ou irritabilidade, em ambos os sexos.

Para terminar, diremos que seria interessante proceder-se a um estudo pormenorizado sobre os efeitos imediatos e a médio prazo de acontecimentos traumáticos como os referidos, e ainda de toda e qualquer modificação no quadro da vida do idoso. Tal estudo que teria de ser propositadamente planeado para essa finalidade, deveria ter carácter longitudinal e utilizar, dentro do possível, instrumentos objectivos de avaliação. Os resultados que ora colhemos parecem prometer bastante mais.

CAPÍTULO 12

# *COORDENADAS DO ENVELHECIMENTO: A PERSPECTIVA DA ANÁLISE FACTORIAL*

No capítulo precedente estudámos as relações que um número considerável de variáveis (sociais, médicas, psicológicas) mantém com determinadas categorias clínicas pré-definidas, a que chamámos «critérios», no seio da nossa amostra. O método que utilizámos consistiu na comparação da distribuição de cada variável independente com a de cada critério; obtivemos assim os índices de risco relativo e os coeficientes de correlação. Operámos, portanto, sempre com duas variáveis de cada vez: o presumível factor e o critério clínico. Encontradas correlações significativas, procurávamos apurar se elas traduzem a existência de um elo causal, e em que sentido.

O método que até agora seguimos apresenta algumas limitações. Com efeito, sacrifica e visão de conjunto ao rigor do pormenor; e não nos habilita a dar resposta a questões genéricas importantes tais como:

— Até que ponto a situação familiar (estado civil, tipo de lar) afecta a situação sócio-económica e o estado psíquico dos idosos?
— A sua situação sócio-económica poderá ser descrita com o auxílio de uma só dimensão contínua, por exemplo riqueza-pobreza?
— O isolamento social está mais ligado ao nível económico, ou à composição da família?
— Até que ponto as perturbações sensoriais (como surdez, má visão) contribuem para o isolamento social?
— Há uma diferença de categoria (qualitativa) entre as perturbações de causa orgânica e as de causa psicológica?
— Se sim, como se repartem entre elas as depressões e as situações de deterioração intelectual?

Questões como estas não podem ser respondidas sem o auxílio de um método de ordenamento e sistematização dos achados múltiplos e dispersos que analisámos no capítulo anterior.

Uma outra limitação do método utilizado reside na simplificação excessiva em que se incorre ao tomar em consideração, de cada vez, apenas uma variável na sua relação com os critérios clínicos. É que as variáveis estão todas mais ou menos interrelacionadas (quadro das correlações 12.1), sendo portanto arriscado atribuir papel causal a uma ou outra isoladamente abstraindo da influência das restantes. Recorremos algumas vezes ao cálculo das correlações parciais com o fito de enfrentar este tipo de obstáculos; conseguimos dessa maneira medir e neutralizar o efeito de uma variável sobre a associação entre outra e o critério clínico. No entanto, se tal procedimento constitui um importante passo em frente para a «decifração» da complexa rede de interacções, não nos satisfaz ainda cabalmente, pois substitui a comparação das variáveis duas a duas por outra comparação três a três. Fica em suspenso a hipótese de poderem existir outros factores, além dos que foram apreciados, que «expliquem» muito melhor as relações observadas. Tais factores latentes, precisamente por possuirem mais generalidade, deverão afectar as relações mútuas das variáveis estudadas. Deverá portanto ser possível detectá-los a partir da análise aprofundada da matriz das correlações. Os métodos de **análise factorial** foram idealizados precisamente com tal finalidade, por investigadores como Spearman, Burt e Thurstone, que curiosamente não eram epidemiologistas nem psiquiatras mas sim psicólogos. As suas estratégias e técnicas de cálculo foram, no entanto, aplicadas posteriormente aos mais diversos domínios, desde a pesquisa clínica até ao urbanismo e à sociologia. Recorremos, portanto, ao método factorial com os objectivos de esclarecer melhor as relações entre as diversas variáveis atrás investigadas, de confirmar ou não alguns dos achados descritos, e de facultar assim uma visão mais geral e mais sistematizada da multifacetada realidade em estudo.

Dada a complexidade da teoria e da técnica, que de modo algum poderíamos descrever aqui em profundidade, limitar-nos-emos a apresentar em seguida os fundamentos do método e a dar algumas especificações de pormenor, após o que passaremos à intepretação dos resultados obtidos.

MATRIZ DE CORRELAÇÕES ENTRE AS VARIÁVEIS SELECCIONADAS PARA ANÁLISE FACTORIAL

indicam-se as correlações significativas

HOMENS à esquerda e MULHERES à direita da diagonal em branco

| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | depressão | | .29 | .42 | .59 | . | .19 | .17 | . | .31 | .29 | . | .22 | . | . | . | -.18 | . | .37 | . | . | .21 | . |
| 2 | ânimo não elevado | .54 | | .22 | .49 | . | .17 | .22 | . | .28 | .24 | . | . | . | . | . | . | . | .24 | .17 | . | .21 | . |
| 3 | neurose de início tardio | .57 | .37 | | .45 | . | . | . | . | .27 | . | . | . | . | . | .16 | . | . | .24 | . | . | . | . |
| 4 | perturbação psíquica | .74 | .73 | .51 | | . | . | .20 | . | .42 | .35 | . | .22 | . | . | . | . | .18 | .23 | .20 | . | .52 | . |
| 5 | classe social inferior | .39 | .19 | .32 | .33 | | .16 | . | . | . | . | . | . | . | . | . | .31 | . | . | . | . | . | . |
| 6 | dependência económica | .47 | .27 | .32 | .34 | .44 | | . | . | . | .18 | . | -.16 | . | . | -.22 | . | .23 | . | .33 | -.21 | .17 | . |
| 7 | não exerce profissão | .32 | .29 | .23 | .35 | . | .38 | | . | .22 | . | . | . | . | . | . | . | .18 | . | . | . | . | . |
| 8 | dimin. de contactos diários | .33 | .26 | .41 | .36 | . | .23* | .20* | | . | . | . | . | . | . | . | . | . | . | -.29 | .35 | . | -.16 |
| 9 | doença física | .40 | .32 | .26 | .41 | . | . | .35 | . | | .21 | . | . | . | . | . | . | .21 | .46 | .21 | . | .28 | . |
| 10 | doença cerebrovascular | .38 | .44 | . | .44 | . | . | . | . | .30 | | .22 | . | . | . | . | .21 | . | .18 | . | . | .20 | -.26 |
| 11 | visão deficiente | .35 | . | .30 | .29 | .27 | .40 | .31 | . | . | . | | .22 | . | . | . | . | . | . | . | . | . | . |
| 12 | surdez | .27 | .29 | . | .31 | .22 | . | . | . | .23 | .33 | . | | . | . | . | . | . | .15 | . | . | .18 | . |
| 13 | personalidade emotiva | .26 | .22 | .33 | . | . | . | . | . | . | . | . | . | | . | .15 | . | . | .17 | . | . | . | . |
| 14 | interesses reduzidos | .23 | .20 | . | .29 | .30 | . | . | . | . | . | .26 | . | . | | . | . | . | . | . | -.18 | . | . |
| 15 | casado | . | . | . | . | . | . | . | . | . | . | . | . | . | . | | . | .45 | . | -.27 | . | -.24 | . |
| 16 | habitação deficiente | . | . | . | . | .39 | .33 | . | . | .24 | . | .21 | . | . | .23 | . | | -.15 | . | -.27 | .18 | . | . |
| 17 | dimin. de relações sociais | . | . | . | . | . | . | .34 | . | . | . | . | .26 | . | . | .76 | . | | .30 | .32 | -.24 | . | . |
| 18 | redução de mobilidade | .37 | .32 | .27 | .42 | .23 | . | .21 | . | .47 | .27 | . | .27 | . | .20 | . | .20 | . | | .23 | . | .34 | . |
| 19 | residência em lar alheio | . | . | . | . | . | .25 | . | . | . | . | . | . | . | . | -.48 | . | . | . | | -.44 | .22 | . |
| 20 | conviv. com menos de 3 gerações | . | . | . | . | . | . | . | . | . | . | . | . | . | . | .35 | . | . | . | -.33 | | . | . |
| 21 | deterioração intelectual | .40 | .40 | .27 | .55 | . | .31 | .25 | .36 | .30 | .30 | .19* | . | . | . | . | . | .31 | .56 | . | . | | . |
| 22 | hipertensão arterial | .20 | . | .21* | . | . | .27 | . | . | .20 | . | . | . | . | . | . | . | . | . | . | . | . | |

os valores marcados com * não atingem plena significação estatística após a aplicação da correcção de Yates

QUADRO 12.1

## 12.1 Fundamentos da análise factorial

### FACTORES E SATURAÇÕES

A análise factorial propõe-se condensar um conjunto de observações, limitando ao mínimo a perda de informação que toda a condensação forçosamente acarreta (Reuchlin, 1964). Procura, assim, isolar e identificar um número restrito de variáveis **hipotéticas**, independentes entre si, que se admite estarem subjacentes às variáveis **observadas.** A tais variáveis hipotéticas cabe a designação de **factores.** Note-se que nos capítulos precedentes aplicámos esta denominação a qualquer das variáveis independentes em estudo, o que a partir de agora não faremos, para evitar ambiguidade.

Sendo os factores em número restrito, sempre inferior ao número das variáveis de que se parte, há efectivamente uma redução das dimensões de variação. Por outro lado, na maioria dos métodos pretende-se que os factores sejam efectivamente independentes uns dos outros, o que implica que tenham correlações nulas entre si. Graficamente, como veremos, podem ser representados por eixos perpendiculares.

Existem vários métodos de análise factorial. Basicamente, podem classificar-se em dois grandes grupos que se têm designado, respectivamente, por **análise de componentes principais** e **análise em factores comuns e únicos** ou análise factorial propriamente dita. Referir-nos-emos, exclusivamente, aos métodos do segundo grupo, e em particular ao de Thurstone, decerto o investigador que mais contribuiu para o desenvolvimento da análise factorial no domínio da psicologia e das ciências sociais (Du Bois, 1965).

Submetendo a determinadas regras de cálculo, bastante complexas, uma matriz **C** de correlação entre **n** variáveis, extraem-se **p** factores independentes, sendo estes em menor número que o daquelas variáveis ($p < n$). Obtem-se assim uma matriz **F**, que não é mais do que o quadro de correlações entre as **n** variáveis e os **p** factores. Tais correlações denominam-se **saturações**. A maior parte da informação contida na matriz **C** estará condensada na matriz **F**. Tecnicamente, será mesmo possível percorrer o caminho inverso: partindo das saturações reconstituir-se o quadro das correlações observadas.

A passagem da matriz **C** para a matriz **F** representa, portanto, um duplo ganho: em economia e simplicidade, por um lado, e em sistematização, por outro.

Podem subdividir-se os factores em dois tipos: os **únicos**, que afectam uma só variável, e os **comuns**, que intervêm em várias. São estes últimos os que mais nos interessam, como se compreende, por possibilitarem uma classificação das observações. Podem, por sua vez, dividir-se em **gerais** — os que dizem respeito a todas as variáveis — e **de grupo**, os que estão subjacentes a algumas mas não a todas. São estes os mais úteis para a sistematização e ordenação das variáveis. Por sua vez, os factores únicos podem subdividir-se em **específicos** e **de erro.**

## COMUNALIDADE E VARIÂNCIA

A variância total própria de uma determinada variável (relativa ao conjunto dos valores obtidos nos diferentes indivíduos) pode ser considerada a soma de duas parcelas: a **comunalidade** ($h^2$) e a **unicidade.** A primeira vem a ser a fracção da variância atribuível aos factores comuns, a segunda a parte atribuível aos factores específicos e de erro. Diz-se, por isso, frequentemente que a comunalidade representa a proporção da variância «explicada», o que só é verdade com respeito aos factores comuns.

Denomina-se **raiz latente** de um factor a soma dos quadrados das saturações das diferentes variáveis nesse factor. Dividindo cada raiz latente pelo número **n** de variáveis obtém-se a contribuição de cada factor para a variância total, como se fez nos quadros 12.3 e 12.4. Se essa proporção for elevada, é porque os factores comuns desempenham um papel relativamente importante; se for baixa, deve concluir-se que os factores únicos têm maior preponderância. A maior parte dos autores entende que só se justifica uma análise factorial quando a variância explicada pelos factores comuns atinge uma proporção importante da variância total (digamos, nunca inferior a 30 %).

## REPRESENTAÇÃO NO ESPAÇO DA ESTRUTURA FACTORIAL

Os objectivos de classificação e ordenação que a análise factorial se propõe são especialmente conseguidos mediante a representação gráfica dos factores e das variáveis. Torna-se então possível obter um panorama sintético das relações mútuas das diferentes variáveis apreciar os seus agrupamentos, e interpretar os factores mais correctamente.

Para este efeito, supõe-se o espaço formado por tantas dimensões quantos os factores comuns; estes são figurados por eixos perpendiculares entre si. É evidente que um diagrama cartesiano só pode representar dois factores; um gráfico em perspectiva poderá mostrar três. A uma estrutura de quatro factores corresponde um «cubo» a quatro dimensões, um **hipercubo**, que só pode ser representado visualmente mediante um conjunto de três diagramas a duas dimensões. Estruturas de cinco factores, como as que neste estudo descrevemos, exigem um mínimo de quatro gráficos cartesianos para a sua visualização indirecta.

No espaço assim definido, cada variável é imaginada como um vector centrado na origem dos eixos e de comprimento igual à unidade. O coeficiente de correlação entre duas variáveis é dado pelo coseno do ângulo no espaço dos vectores correspondentes. Como os factores são ortogonais, as suas correlações são nulas, o que está de acordo com a sua definição como independentes. As saturações de cada variável nos diferentes factores são graficamente expressas pelas projecções de cada vector nos diferentes eixos. Como só se consideram os factores comuns, e se excluem os únicos, o comprimento dos vectores deixa de ser igual à unidade, e passa a ser dado pela raiz quadrada (**h**) da comunalidade de cada variável. A variáveis com grande comunalidade correspondem vectores mais longos. Vectores muito curtos dizem respeito a variáveis com grande unicidade, a qual como vimos se subdivide em especificidade + erro; tais vectores curtos são portanto pouco significativos e muitas vezes nem sequer são incluídos na representação.

Para evitar a confusão visual que resultaria da acumulação de vectores num diagrama a duas dimensões (seriam as projecções no plano respectivo dos vectores hipotéticos existentes num espaço a

três ou mais dimensões), é hábito representar-se apenas um ponto por cada variável. Tal ponto corresponde à extremidade do respectivo vector. As suas coordenadas exprimem numericamente as saturações da variável considerada nos factores a que os eixos dizem respeito.

## ROTAÇÃO DOS EIXOS E INTERPRETAÇÃO DOS FACTORES

O conjunto das variáveis submetidas a análise factorial é, portanto, representado por uma «nuvem» de pontos inscritos num sistema de eixos ortogonais. O significado de cada eixo, e por conseguinte do factor que ele representa, é inferido a partir dos pontos que mais fortes coordenadas têm relativamente a esses eixos, e menos nos restantes. Visualmente, trata-se dos pontos que são simultaneamente mais próximos desse eixo e mais afastados da origem. Isto quer dizer que a interpretação de um diagrama factorial se faz em termos geométricos, estudando os agrupamentos de pontos no espaço, em confronto com a significação de cada um deles. O ideal seria, para mais fácil compreensão da natureza de cada factor, que cada eixo atravessasse um agrupamento de pontos com certa afinidade de significado.

Ora isso raramente acontece quando se observa a primeira representação gráfica, após a extracção dos factores. Uma vez que estes, no entanto, são meros «constructos» hipotéticos, e a estrutura que definem tem principalmente a utilidade de servir como princípio de classificação, há geralmente grande vantagem em proceder a uma rotação dos eixos no espaço de maneira a fazer passar alguns deles através de certos agrupamentos de variáveis. Isso terá como efeito aumentar as saturações destas últimas, e de diminuir as de muitas outras, nesses factores. Consegue-se assim definir melhor cada factor. Com esse fim são, geralmente, incluídas na análise certas variáveis que funcionam como «marcadores» (é o caso das que representam critérios clínicos tais como «perturbação», neurose, etc.

É inteiramente legítimo proceder-se a estas rotações, uma vez que elas não alteram as relações mútuas das variáveis: os ângulos dos vectores, que representam as correlações encontradas na inves-

tigação, mantêm-se fixos. A esta fixidez dos dados contrapõe-se a mobilidade das hipóteses com que se tenta interpretá-las, que é exemplificada pela rotação dos eixos. De resto, estas rotações têm de se submeter a certas regras, a primeira das quais estipula a **manutenção da ortogonalidade** dos eixos. Procede-se, portanto, de cada vez à rotação de um par de eixos sobre o plano que os contém, e numa operação posterior todos os restantes diagramas em que entra algum desses eixos rodados são re-desenhados. As novas saturações são determinadas analiticamente por cálculo matricial, conhecidas as funções trigonométricas do ângulo de rotação. É também conveniente frizar que as variâncias não são alteradas por este processo: as somas dos quadrados das coordenadas de cada ponto, ou seja, as comunalidades, não sofrem variação com as rotações. Tão pouco é possível aumentar a proporção da variância explicada relativamente à variância total.

O número e a amplitude das rotações depende, portanto, em grande parte de aspectos subjectivos, relacionados sobretudo com a finalidade a que se destina a análise. Existem métodos puramente automáticos, como o Varimax, para determinar e executar as rotações, mas vários autores como Garside e Roth (1978) condenam o recurso a esses processos «cegos» considerando-os inapropriados para a investigação no domínio da medicina ou das ciências humanas.

## 12.2 Análise factorial e psiquiatria

A análise factorial encontra-se intimamente ligada à história da psicologia do século XX. Com efeito, as contribuições fundamentais de Spearman, Burt e Thurstone para o desenvolvimento dos conhecimentos acerca dos processos cognitivos, e em particular da estrutura da inteligência (Guilford, 1956) assentam na utilização dos métodos factoriais que esses mesmos autores introduziram ou aperfeiçoaram. Basta recordar a concepção de Spearman (1927) do factor geral e dos factores específicos, ou a teoria das aptidões mentais primárias de Thurstone (1951).

A aplicação destes métodos ao domínio da personalidade foi empreendida por Guilford e por Cattell (1952, 1956). Utilizando como variáveis os «items» de questionários e alguns testes objectivos,

isolaram estes investigadores determinados factores primários, a partir dos quais construiram as suas teorias acerca da estrutura da personalidade. A bem conhecida classificação «16 P. F.» de Cattell considera dezasseis traços básicos, correspondendo a outros tantos factores extraídos por análise factorial. Por sua vez, Eysenck (1959) assentou a sua muito divulgada classificação da personalidade nos resultados de estudos factoriais empreendidos no imediato após-guerra. Nas primeiras dessas investigações, levadas a efeito em soldados com diversas queixas de natureza neurótica, Eysenck isolou dois factores gerais: o primeiro, unipolar, que designou por neuroticismo, e o segundo bipolar, correspondente à dimensão extraversão-intraversão. Mais tarde descreveu outros factores comuns e procurou estender esta classificação aos indivíduos normais. (Eysenck, 1960).

Noutro campo da psicologia podem ainda apontar-se os trabalhos de Hoffstätter e de Osgood (1953) com o diferenciador semântico. O método factorial conduziu Osgood a isolar os três factores semânticos principais, designados por grandeza, força e actividade, graças aos quais pôde interpretar as respostas ao teste que idealizou.

No domínio propriamente psiquiátrico, a análise factorial não tem sido tão largamente utilizada quanto as suas potencialidades fariam esperar. Com efeito, como salientam Garside e Roth (1978), trata-se do método mais apropriado para desenvolver e precisar a classificação e a nosologia em psiquiatria, na esteira dos esforços de Kraepelin e outros grandes pioneiros. A análise factorial tem particular aptidão para definir o perfil dos síndromos psiquiátricos, identificando os sintomas componentes desses síndromos, bem como outras características que lhe são próprias, e atribuindo a cada um deles uma determinada ponderação específica. Um outro método de análise multivariável, conhecida por **análise de agrupamentos** (cluster analysis) (Paykel, 1971), teria um campo de aplicação bastante semelhante, com a diferença de servir primariamente para **classificar indivíduos** em determinados grupos, ao passo que a análise factorial não lida em geral com indivíduos mas sim com sintomas, antecedentes, e características da mesma ordem.

Podemos exemplificar a utilização da análise factorial em psiquiatria referindo-nos a um domínio onde tem sido extensivamente aplicada: **a classificação das depressões**. Roth e colaboradores (1972) mostraram que as depressões se diferenciam dos estados de ansiedade

na medida em que correspondem a factores independentes. Kendell (1968, 1975, 1976), por sua vez, isolou dois factores em doentes depressivos, a partir de variáveis clínicas (sintomas), e dados situacionais e anamnésticos: o factor geral depressão, e o factor bipolar endógeno-neurótico. Os investigadores que ficaram conhecidos como «o grupo de Newcastle» contestaram a existência de uma dimensão contínua neurótico-endógeno, e apresentaram dados a favor de se tratar de entidades qualitativamente diferenciadas, cada uma das quis correspondendo a um factor independente (Kiloh e Garside, 1963; Garside e Roth, 1978).

No **campo das perturbações mentais da senescência**, já em 1965 Garside, Kay e Roth empreenderam um estudo factorial sobre dados colhidos no seu inquérito levado a efeito em Newcastle e a que já nos referimos detidamente. A análise de componentes principais que efectuaram revelou quatro factores mais importantes, derivados de 34 variáveis observadas em 267 sujeitos idosos residindo no domicílio. Esses quatro factores, interpretados após rotação dos II e III, foram identificados como:

I — factor geral de perturbação (física e psíquica)
II — isolamento social
III — orgânico-funcional
IV — nível económico e social.

Cabe aqui salientar que se a análise factorial introduz ordem e sistematização no material de onde parte, não cria nada de novo, e por isso eventuais opções controversas que sejam tomadas aquando da escolha das variáveis irão reflectir-se forçosamente no resultado final. No estudo de Newcastle foi incluída uma variável designada por «sintomas mentais orgânicos», a qual surge no final com saturação positiva em factor III (organicidade). Mas falta provar que tais sintomas são realmente a expressão de um processo orgânico, e não uma deterioração intelectual por «falta de exercício», conforme alguns sugerem e os nossos resultados (capítulo anterior) parecem comprovar. Este exemplo ilustra o tipo de objecções que se podem formular à utilização da análise factorial. Mas um estudo cuidadoso da literatura acaba por mostrar que, a despeito de algumas reservas e limitações (Everitt, 1975), não é legítimo acusar este método de

ser «como um albergue espanhol, onde cada um encontra o que leva de sua casa». A verdade é que os diferentes estudos tendem a convergir, com a passagem do tempo, vindo asism a evidenciar-se um conjunto de resultados de consenso. (Garside e Roth, 1978).

## 12.3 Técnica seguida na análise

Não é possível pormenorizar aqui as diversas operações efectuadas no decurso da análise factorial, dada a extensão que o texto tomaria. Basta dizer que indicar os cálculos, reproduzir as diversas matrizes de 22 por 22 elementos que se vão sucedendo, e documentar graficamente as rotações efectuadas plano a plano, exigiria no mínimo umas cinco dezenas de páginas, o que em nada contribuiria para a clareza deste estudo. Os cálculos estão depositados na Faculdade de Medicina do Porto, onde a sua consulta poderá eventualmente ser facilitada. Indicaremos aqui, no entanto, algumas características do método centróide e descreveremos sumariamente as várias fases do cálculo. Faremos também algumas precisões acerca de determinadas opções assumidas no decurso da análise, nomeadamente aquando das rotações dos eixos.

### SELECÇÃO DAS VARIÁVEIS

No capítulo precedente confrontámos 34 variáveis independentes com 5 dependentes (os critérios clínicos). Para a análise factorial foi forçoso reduzir para 22 o total de variáveis, dado serem limitados os nossos recursos de cálculo automático. Mantivemos os cinco critérios clínicos e procedemos a uma selecção entre as variáveis independentes, procurando abranger características bem diversificadas, e escolhendo de preferência as que apresentavam correlações mais substanciais com algumas das restantes. O quadro 12.1 apresenta o conjunto dessas 22 variáveis seleccionadas, com as correlações significativas, respeitantes a cada um dos sexos. Algumas das variáveis sofreram inversão de sentido em relação às que até agora estudámos (por exemplo, «ânimo não elevado») por conveniência de cálculo — para evitar excesso de correlações negativas.

## A SOLUÇÃO CENTRÓIDE: A PRIMEIRA MATRIZ

Seguimos o método centróide, preconizado por Burt e Thurstone, tal como é descrito por Reuchlin (1965). Este método visa o isolamento de factores comuns, com exclusão de factores únicos. O primeiro factor a ser extraído é geralmente um factor geral, com saturações positivas em praticamente todas as variáveis. Os factores seguintes, gerais ou de grupo, são em regra de tipo bipolar ,com saturações negativas e positivas em número aproximadamente igual. Por esta razão, nos diagramas que representam o factor I e qualquer dos restantes, o eixo correspondente ao primeiro atravessa a nuvem de pontos passando pelo seu «centro de gravidade» ou centróide; daí a designação do método.

A análise factorial parte da matriz das correlações entre as variáveis, completa, incluindo também os coeficientes de valor baixo e não significativo, de ambos os lados da diagonal. Nesta não se inscrevem unidades, mas sim as estimativas das comunalidades de cada variável. Com efeito, se a análise procurasse identificar tanto os factores comuns como os únicos, as «autocorrelações» de cada variável consigo própria seriam obviamente iguais à unidade; mas como dissemos, apenas se procura extrair factores comuns.

A **estimativa das comunalidades** é a primeira dificuldade do método, e deve ser feita variável por variável. Consiste em proceder a mini-análises factoriais apenas com quatro variáveis — aquela cuja comunalidade se procura estimar e as três que com ela têm mais altas correlações. Como esta mini-análise também exige estimativas das comunalidades, servimo-nos do valor da correlação mais elevada que cada uma apresenta, o que constitui uma aproximação ainda grosseira. Extraído o primeiro factor desta análise factorial «miniatura», acha-se o quadrado da saturação da variável em causa nesse factor, e temos uma estimativa da sua comunalidade já mais aproximada. Este cálculo é feito iterativamente até se obter um valor estável (por vezes só ao fim de cinco repetições); esse valor é então inscrito na diagonal da grande matriz. O procedimento repete-se com todas as variáveis (22 no nosso caso).

Procedemos a duas análises factoriais, uma para cada sexo: partimos portanto com duas matrizes de $22 \times 22$ elementos.

## EXTRACÇÃO DOS FACTORES

As saturações das variáveis no primeiro factor centróide obtêm-se somando as colunas e dividindo o total de cada coluna pela raiz quadrada do total geral. O conjunto das saturações dispostas em fila constitui um vector ou matriz linear; multiplicada esta pela sua transposta (os mesmos elementos colocados em coluna) obtém-se uma nova matriz com tantos elementos quantos compunham a inicial $22 \times 22$, no nosso caso). Esta nova matriz representa a **contribuição** do factor I para as correlações, e deve ser subtraída, elemento a elemento, da primitiva. É a este procedimento que se chama **extracção do factor.** A partir da **matriz residual** irão calcular-se as saturações do factor II, depois de feita a estimativa das comunalidades residuais e de inseridos os seus valores na diagonal. Dado que agora há muitas correlações residuais negativas, para evitar somas nulas é necessário proceder à **reflexão** de algumas variáveis, isto é, inverter-lhe provisoriamente o sentido e consequentemente o sinal. Com este e vários outros artifícios de cálculo, realizados passo a passo, acabamos por obter as saturações do factor II. Novamente se constrói a matriz das contribuições, a qual se subtrai do anterior, e assim sucessivamente se vão extraindo os restantes factores. De cada vez é necessário proceder às estimativas das comunalidades residuais, mediante os mesmos laboriosos cálculos iterativos. A análise considera-se terminada quando as correlações residuais são insignificantes e as saturações do último factor se tornam uniformemente baixas. No nosso caso, tomamos como limiar de significação para as saturações o valor de 0, 250 (uma vez que são correlações, e entrando em conta o número de sujeitos). Por outro lado, exigimos que cada factor exibisse pelo menos **uma** saturação superior a 0,400. A partir do factor V, em ambos os sexos, tal já não se observava, e portanto demos a análise por finda. As comunalidades reais foram então calculadas (somas dos quadrados das saturações de cada variável nos cinco factores) e comparadas com as estimativas iniciais, não se tendo encontrado qualquer diferença grosseira.

## ROTAÇÃO DOS EIXOS

Elaborada uma representação gráfica, com um conjunto de diagramas cartesianos em papel milimétrico (sempre 4 ou mais, tratando-se de projecções nos planos de um espaço a 5 dimensões), procedemos a rotações em diversos planos, sempre que eles se mostraram necessários para melhor caracterização dos factores. Os **ângulos de rotação** foram determinados após apreciação visual sobrepondo-se os novos eixos ortogonais às nuvens de pontos. A medida exacta desses ângulos foi calculada trigonometricamente a partir da tangente, encontrada esta base nas coordenadas nos eixos primitivos de um ponto arbitrário do novo eixo das abcissas.

As novas coordenadas de cada variável foram calculadas por cálculo matricial. A matriz $22 \times 2$ das coordenadas a transformar foi multiplicada em cada rotação, pela **matriz transformante**

$$\begin{Vmatrix} \cos \alpha & -\operatorname{sen} \alpha \\ \operatorname{sen} \alpha & \cos \alpha \end{Vmatrix}$$

assim se obtendo uma nova matriz $22 \times 2$ com as coordenadas nos novos eixos.

Após cada rotação foram novamente construídos os diagramas a duas dimensões. Com efeito, embora a rotação se processe num só plano (de cada vez), a configuração das projecções dos pontos altera-se em todos os planos que intersectam aquele, isto é, que possuam um eixo comum. (Como se trata de espaço a mais de três dimensões, é possível haver planos que não se intersectem, a despeito de todos os eixos serem ortogonais; por exemplo, o plano dos factores I e II não intersecta o plano dos factores III e V, embora tenham um ponto comum, a origem das coordenadas). Analisando os novos diagramas e decidida nova rotação noutro plano procede-se como da primeira vez, e assim sucessivamente até esgotar aparentemente a possibilidade de maximizar saturações e de caracterizar melhor os factores. O quadro 12.2 indica os planos e os ângulos das rotações feitas — oito em homens e seis em mulheres.

ANÁLISE FACTORIAL

ROTAÇÕES DOS FACTORES

Os planos onde se processam as rotações são identificados pelos factores correspondentes aos eixos que os definem. o factor indicado em primeiro lugar corresponde ao eixo das ordenadas. Os ângulos positivos referem-se a rotações em sentido directo (contrário ao dos ponteiros do relógio). Os graus estão em forma decimal.

| | nº de ordem | plano dos factores | ângulo graus | radianos |
|---|---|---|---|---|
| HOMENS | 1 | IV - II | 38.7° | .675 rad |
| | 2 | III - II | 26.6° | .464 rad |
| | 3 | I - II | - 7.1° | -.124 rad |
| | 4 | II - V | 16.7° | .291 rad |
| | 5 | I - V | 19.8° | .346 rad |
| | 6 | III - V | 20.0° | .349 rad |
| | 7 | V - II | -10.5° | -.184 rad |
| | 8 | I - IV | 14.9° | .261 rad |
| MULHERES | 1 | IV - V | -38.7° | -.675 rad |
| | 2 | III - V | 27.9° | .487 rad |
| | 3 | I - II | -16.7° | -.291 rad |
| | 4 | I - III | -23.6° | -.412 rad |
| | 5 | III - IV | 21.8° | .381 rad |
| | 6 | III - II | -14.6° | -.254 rad |

QUADRO 12.2

RESULTADOS DA ANÁLISE FACTORIAL APÓS ROTAÇÃO

HOMENS

| variáveis | saturações dos factores | | | | | comunalidades |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | I | II | III | IV | V | |
| perturbação psíquica | .820 | .031 | -.260 | .169 | .056 | .773 |
| depressão | .712 | -.009 | -.352 | .209 | .249 | .737 |
| neurose de início tardio | .370 | .001 | -.677 | .248 | .251 | .720 |
| ânimo não elevado | .748 | .066 | -.189 | .137 | -.170 | .647 |
| deterioração intelectual | .635 | -.032 | .020 | -.153 | .200 | .468 |
| doença cerebrovascular | .476 | .035 | .046 | .134 | -.136 | .266 |
| hipertensão arterial | .176 | .016 | .000 | -.196 | .292 | .155 |
| doença física | .598 | -.113 | .099 | -.073 | .074 | .391 |
| redução de mobilidade | .660 | .117 | .112 | .330 | -.117 | .584 |
| visão deficiente | .247 | .066 | .025 | .344 | .350 | .307 |
| surdez | .399 | -.113 | .092 | .247 | -.065 | .246 |
| dimin. de relações sociais | .319 | -.821 | .073 | -.056 | -.024 | .785 |
| dimin. de contactos diários | .352 | .013 | -.345 | -.173 | .123 | .288 |
| não exerce profissão | .484 | .005 | -.297 | -.045 | .138 | .344 |
| casado | .016 | -.870 | .032 | .143 | -.169 | .807 |
| residência em lar alheio | .129 | .495 | .150 | -.007 | .110 | .296 |
| conviv. com menos de 3 gerações | -.056 | -.402 | -.238 | .033 | .282 | .302 |
| dependência económica | .376 | .191 | -.087 | .245 | .617 | .626 |
| classe social inferior | .236 | -.048 | -.204 | .510 | .340 | .475 |
| alojamento deficiente | .156 | -.069 | .159 | .482 | .247 | .348 |
| interesses reduzidos | .247 | .008 | .177 | .394 | .023 | .248 |
| personalidade emotiva | .217 | .141 | -.357 | -.167 | -.194 | .260 |
| raízes latentes | 4.359 | 1.953 | 1.245 | 1.318 | 1.197 | 10.073 |
| % da variância (por factor) | 19.8 | 8.9 | 5.7 | 6.0 | 5.4 | 45.8 |
| % da variância explicada | 43.3 | 19.4 | 12.4 | 13.1 | 11.4 | 100.0 |

QUADRO 12.3

RESULTADOS DA ANÁLISE FACTORIAL APÓS ROTAÇÃO

MULHERES

| variáveis | saturações dos factores | | | | | comunalidades |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | I | II | III | IV | V | |
| perturbação psíquica | .839 | .035 | .053 | .116 | -.134 | .739 |
| depressão | .731 | .092 | -.006 | -.137 | -.098 | .571 |
| neurose de início tardio | .497 | .048 | .185 | -.296 | -.046 | .373 |
| ânimo não elevado | .539 | -.069 | -.017 | .066 | -.057 | .303 |
| deteriração intelectual | .448 | -.261 | -.108 | .356 | .059 | .411 |
| doença cerebrovascular | .368 | .207 | -.404 | 183 | .035 | .376 |
| hipertensão arterial | .124 | -.006 | .289 | -.226 | .019 | .150 |
| doença física | .540 | -.269 | -.132 | .020 | -.070 | .387 |
| redução de mobilidade | .487 | -.298 | -.184 | -.004 | -.018 | .360 |
| visão deficiente | .052 | .143 | -.286 | .111 | -.259 | .184 |
| surdez | .185 | .031 | -.132 | .104 | -.286 | .145 |
| dimin. de relações sociais | .067 | -.272 | -.718 | -.295 | .040 | .683 |
| dimin. de contactos diários | .040 | .195 | .044 | .418 | .208 | .260 |
| não exerce profissão | .243 | -.108 | -.074 | -.022 | .006 | .077 |
| casada | -.064 | .144 | -.110 | -.569 | -.071 | .366 |
| residência em lar alheio | .043 | -.601 | -.074 | .179 | -.022 | .401 |
| conviv. com menos de 3 gerações | -.019 | .561 | .139 | .209 | .143 | .399 |
| dependência económica | .164 | -.398 | -.110 | .035 | .496 | .445 |
| classe social inferior | .079 | .141 | -.085 | -.140 | -.369 | .189 |
| alojamento deficiente | -.090 | .327 | .000 | -.018 | .573 | .444 |
| interesses reduzidos | -.014 | -.129 | -.019 | -.080 | .131 | .041 |
| personalidade emotiva | .114 | -.168 | .143 | -.129 | -.045 | .080 |
| raízes latentes | 2.819 | 1.461 | 1.046 | 1.065 | .993 | 7.384 |
| % da variância (por factor) | 12.8 | 6.6 | 4.8 | 4.8 | 4.5 | 33.6 |
| % da variância explicada | 38.1 | 19.6 | 14.3 | 14.3 | 13.4 | 100.0 |

QUADRO 12.4

## 12.4 **Resultados da análise factorial**

Apresentamos nos quadros 12.3 e 12.4 as saturações obtidas pelas 22 variáveis nos cinco factores isolados pela análise factorial em cada sexo. Estas saturações são as finais, após a última rotação; por motivos de economia de texto e de simplificação não publicamos as saturações anteriores às rotações, tal como não apresentamos os cálculos intermediários nem as matrizes de correlações iniciais na sua integralidade.

Pode observar-se que a percentagem da variância explicada pelos cinco factores comuns é relativamente pequena, não atingindo os 50 %; é mesmo assim sensivelmente superior nos homens relativamente às mulheres. Em ambos os sexos, a maior parcela da variância cabe ao factor I. Trata-se de um factor unipolar (algumas saturações negativas devem-se às rotações). Os restantes factores são bipolares. O factor I tem uma configuração próxima de factor geral; os outros são factores de grupo, em ambos os sexos.

Nos homens, as variáveis com maior comunalidade são «casado», «perturbação psíquica», «depressão» e «neurose tardia». As que mostram menor comunalidade são «hipertensão», «interesses reduzidos» e «surdez».

Nas mulheres, as maiores comunalidades referem-se a «perturbação psíquica», «isolamento social» e «depressão», e as menores a «interesses reduzidos» e «personalidade emotiva».

Uma vez que a análise factorial não fornece directamente dados sobre a significação estatística dos seus resultados (existem todavia processos indirectos), seguimos a prática comum de considerar irrelevantes as saturações inferiores a 0,250 em valor absoluto. Nos **diagramas cartesianos**, os vectores correspondentes a variáveis com saturação «significativa» estão representados por pequenos círculos negros, tendo ao lado as abreviaturas das suas designações. Os círculos punctiformes, sem abreviaturas, referem-se a outras variáveis com saturações muito pequenas em qualquer dos factores representados nesse gráfico (fig. 12.5 a 12.10).

A interpretação dos significados dos factores é sempre um tanto subjectiva (Garside e Roth, 1978; Paykel, 1981). Nos quadros 12.11 e 12.12 agrupamos, para cada um dos factores, as variáveis que neles têm saturações superiores a 0,300, por ordem decres-

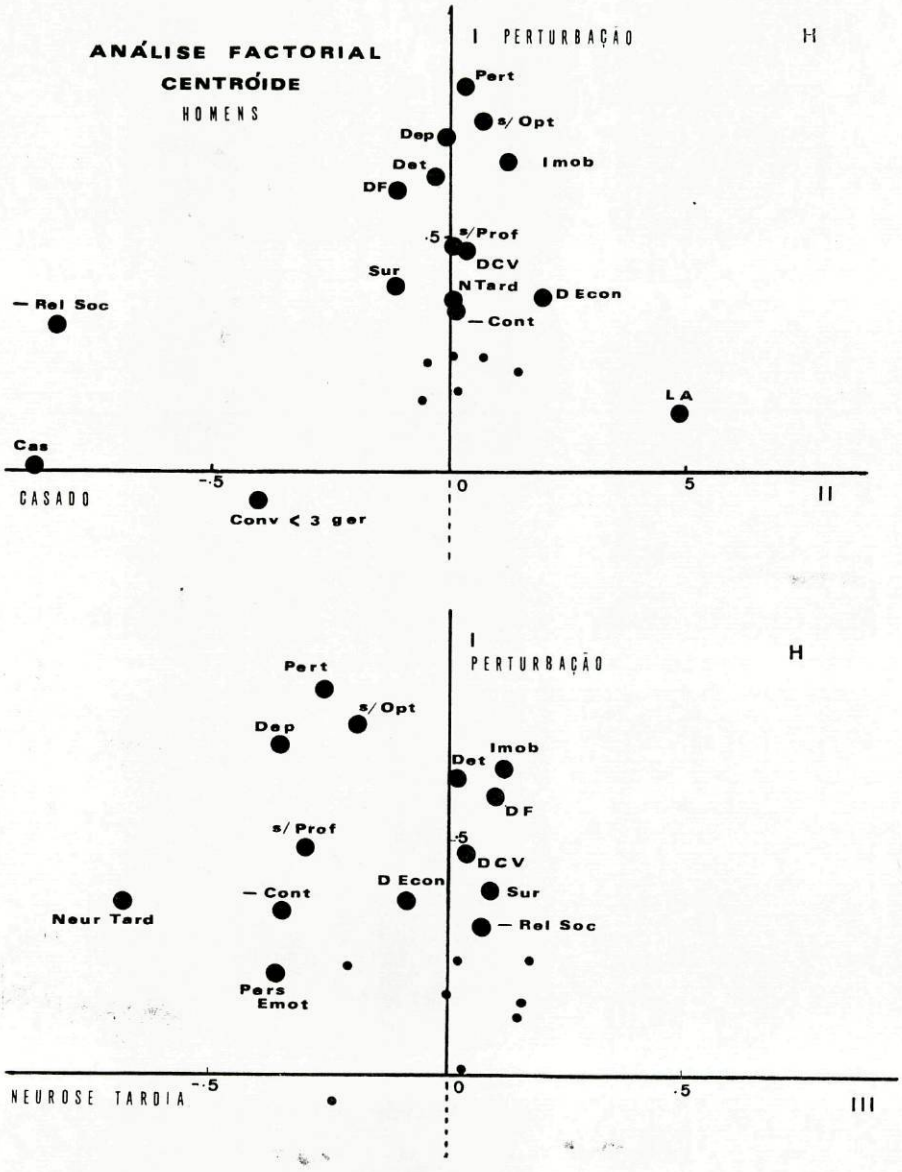
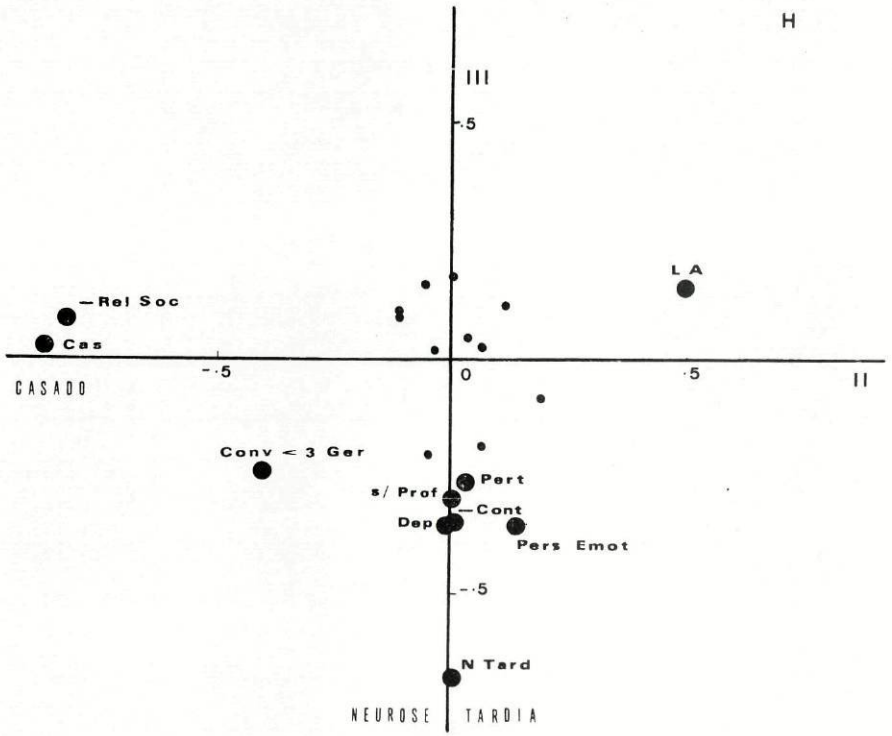



FIGURA 12.5

Representação diagramática a duas dimensões das relações entre as variáveis estudadas e os factores extraídos pela análise. A chave das abreviaturas está na página seguinte.




Chave das abreviaturas

| | | | |
|---|---|---|---|
| Pert | perturbação | s/ Prof | não exerce profissão |
| Dep | depressão | - Cont | redução de contactos diários |
| s/ Opt | ânimo não elevado (sem optimismo) | Dep Econ | dependência económica |
| | | L A | residência em lar alheio |
| Det | deterioração intelectual | Cas | casado |
| D F | doença física | - Rel Soc | redução das relações sociais |
| Imob | redução da mobilidade | Conv < 3 Ger | convivência com menos de três gerações |
| D C V | doença cerebrovascular | | |
| Sur | surdez | Hab Def | habitação deficiente |
| Vis Def | visão deficiente | Pers Emot | personalidade emotiva |
| H T A | hipertensão arterial | Int Lim | interesses limitados |
| N Tard | neurose tardia | Cla Inf | classe social inferior |

FIGURA 12.6

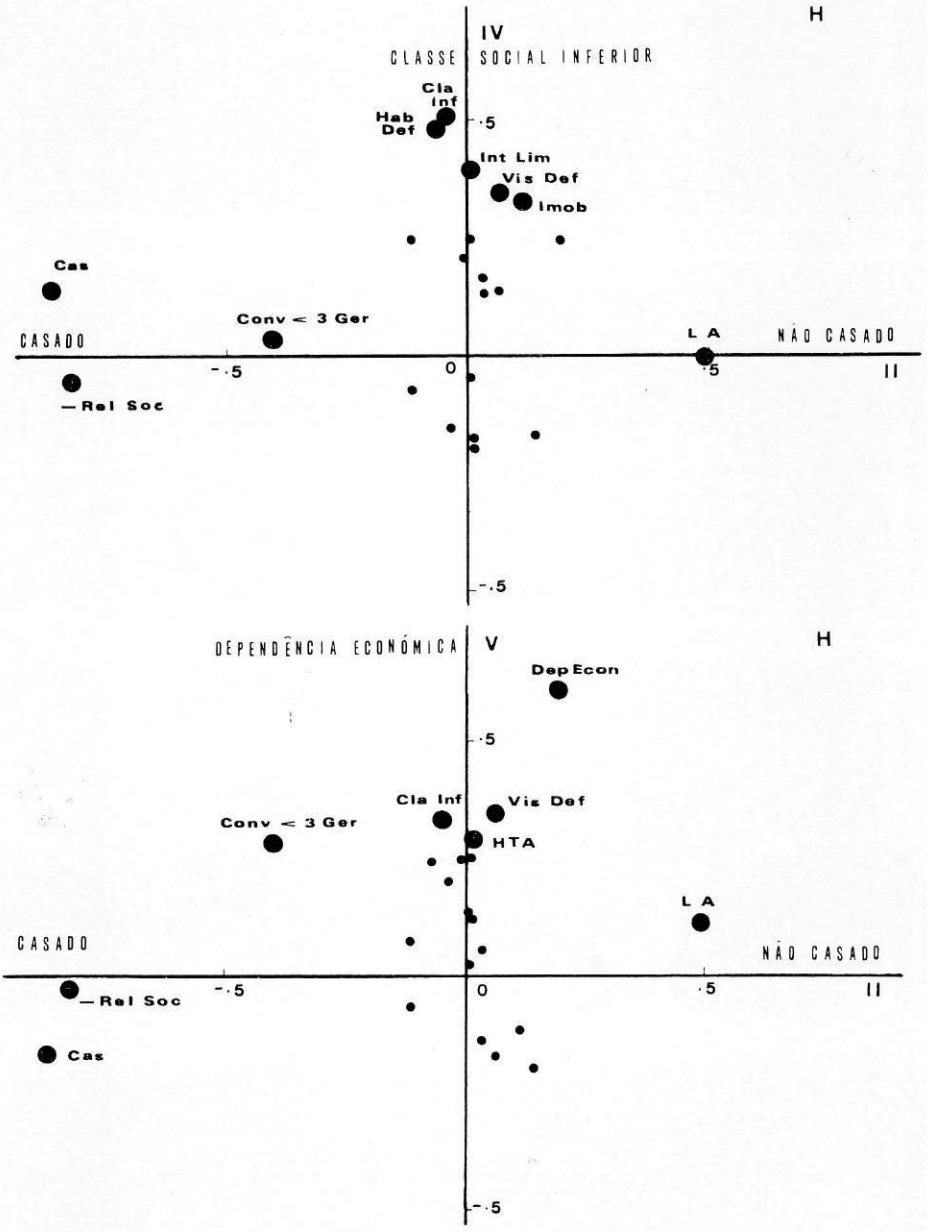

IV
H
CLASSE SOCIAL INFERIOR
Cla Inf
Hab Def
Int Lim
Vis Def
Imob
Cas
Conv < 3 Ger
CASADO
L A
NÃO CASADO
— Rel Soc
·5
0
·5
II
·5
DEPENDÊNCIA ECONÓMICA
V
H
Dep Econ
·5
Cla Inf
Vis Def
Conv < 3 Ger
HTA
L A
CASADO
NÃO CASADO
— Rel Soc
·5
0
·5
II
Cas
·5

FIGURA 12.7

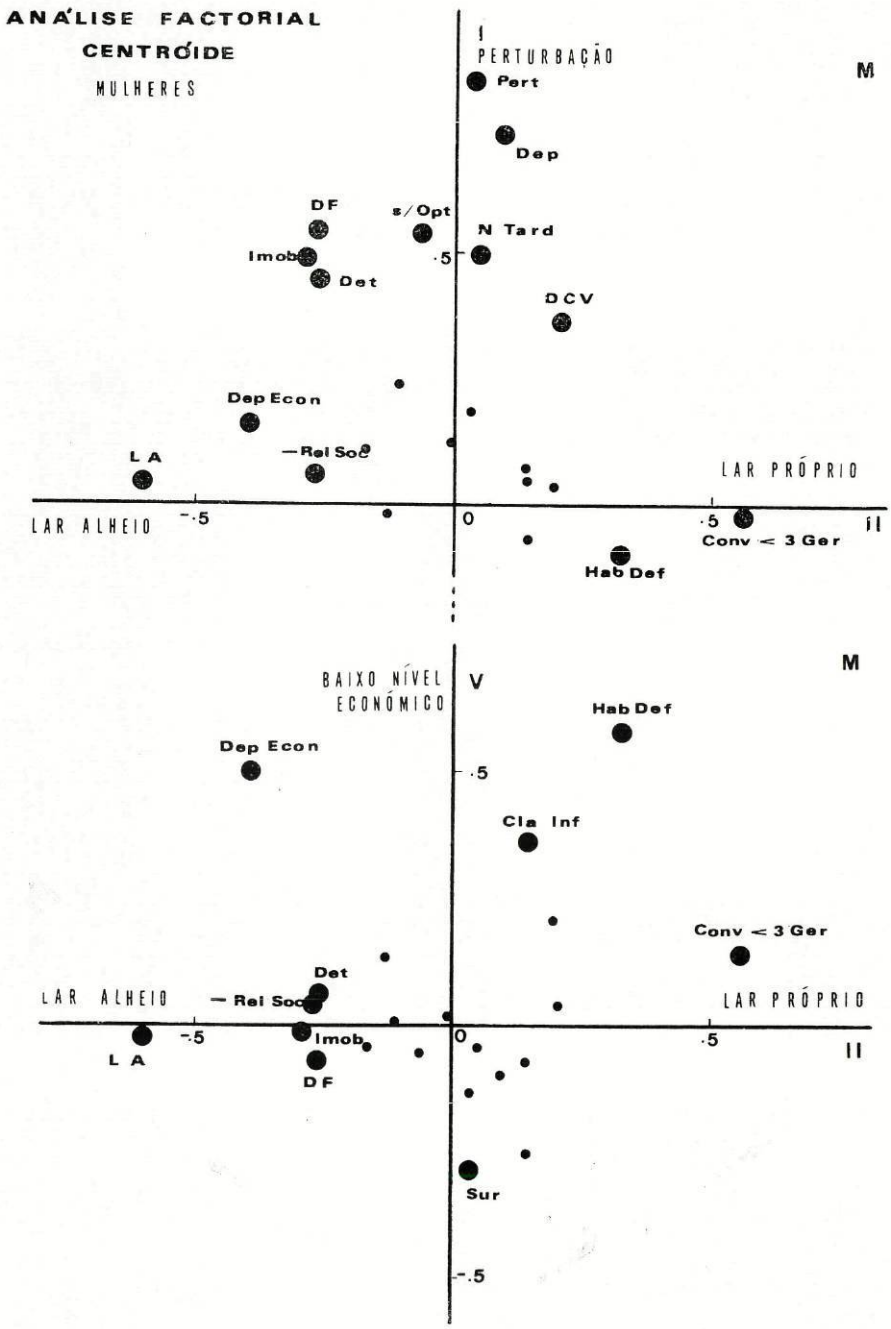

ANÁLISE FACTORIAL
CENTRÓIDE
MULHERES
I
PERTURBAÇÃO
M
Pert
Dep
DF
s/Opt
N Tard
Imob
Det
DCV
Dep Econ
LA
Rel Soc
LAR PRÓPRIO
LAR ALHEIO
-.5
0
.5
II
Conv < 3 Ger
Hab Def
M
BAIXO NÍVEL
ECONÓMICO
V
Hab Def
Dep Econ
.5
Cla Inf
Conv < 3 Ger
Det
LAR ALHEIO
Rel Soc
LAR PRÓPRIO
LA
-.5
Imob
0
.5
II
DF
Sur
-.5



FIGURA 12.8

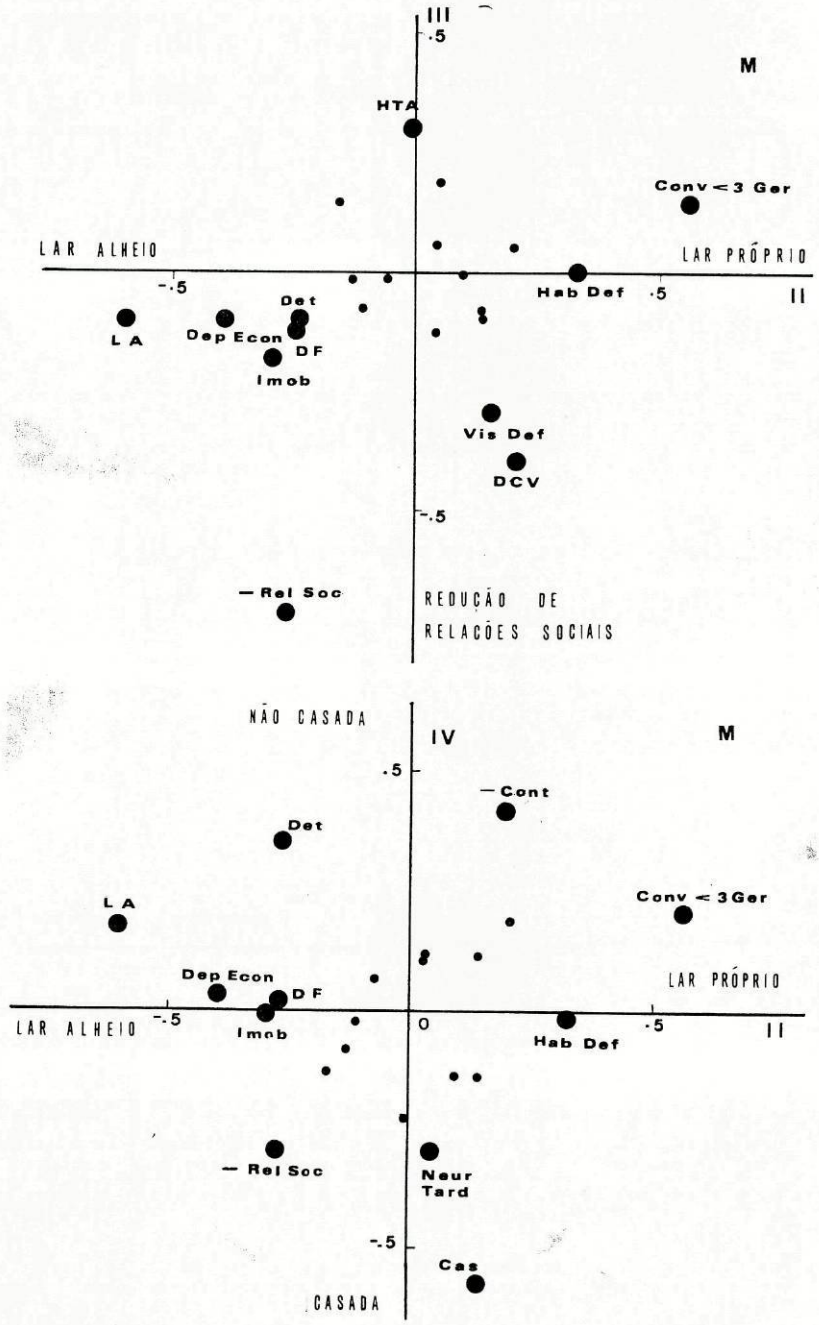

III
.5
M
HTA
Conv < 3 Ger
LAR ALHEIO
LAR PRÓPRIO
-.5
Hab Def
.5
II
Det
L A
Dep Econ
DF
Imob
Vis Def
DCV
-.5
— Rel Soc
REDUÇÃO DE
RELAÇÕES SOCIAIS
NÃO CASADA
IV
M
.5
— Cont
Det
L A
Conv < 3Ger
Dep Econ
DF
LAR PRÓPRIO
LAR ALHEIO
-.5
Imob
0
Hab Def
.5
II
— Rel Soc
Neur
Tard
-.5
Cas
CASADA

FIGURA 12.9

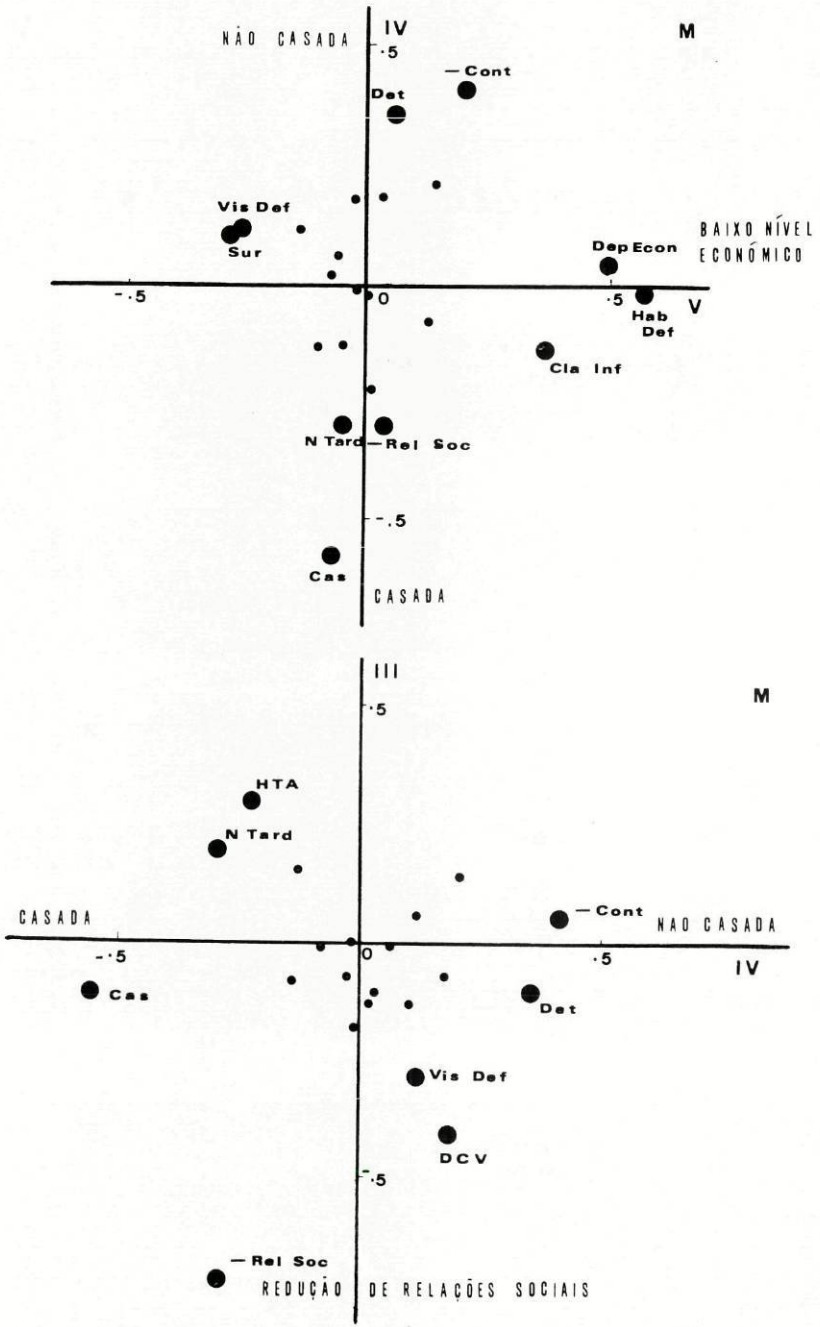

NÃO CASADA
IV
M
·5
— Cont
Det
Vis Def
Sur
BAIXO NÍVEL ECONÔMICO
Dep Econ
-·5
0
·5
V
Hab Def
Cla Inf
N Tard
— Rel Soc
-·5
Cas
CASADA
III
M
·5
HTA
N Tard
CASADA
— Cont
NÃO CASADA
-·5
0
·5
IV
Cas
Det
Vis Def
DCV
-·5
— Rel Soc
REDUÇÃO DE RELAÇÕES SOCIAIS

FIGURA 12.10

cente das mesmas. Para maior simplicidade e para reduzir ao mínimo as saturações negativas invertemos o sentido de algumas variáveis e, consequentemente, de alguns factores (por exemplo, o factor II em homens; também «lar alheio» passou a «lar próprio») o que em nada afecta a conclusões.

Em **homens**, o factor I está relacionado com as alterações da saúde psíquica e física, e em menor grau com isolamento social; considerámo-lo um factor de **perturbação**. O factor II está principalmente ligado ao **estado civil**, e secundariamente a características de convivência que dele parecem depender. O factor III mostra-se associado com **neurose tardia** e em menor grau com algumas caracterís-

ANÁLISE FACTORIAL — HOMENS

DEFINIÇÃO DOS FACTORES

indicam-se as saturações obtidas nos 5 factores, quando superiores a .300, após rotação e inversão de sentido

| | |
|---|---|
| **Factor I : PERTURBAÇÃO** | |
| perturbação psíquica | .820 |
| ânimo não elevado | .748 |
| depressão | .712 |
| redução de mobilidade | .660 |
| deterioração intelectual | .635 |
| doença física | .598 |
| não exerce profissão | .484 |
| doença cerebrovascular | .476 |
| surdez | .399 |
| dependência económica | .376 |
| neurose de início tardio | .370 |
| dimin. de contactos diários | .352 |
| dimin. de relações sociais | .319 |
| **Factor II : CASADO** | |
| casado | .870 |
| dimin. de relações sociais | .821 |
| residência em lar próprio | .495 |
| conviv. com menos de 3 gerações | .402 |
| **Factor III : NEUROSE TARDIA** | |
| neurose de início tardio | .671 |
| personalidade emotiva | .357 |
| depressão | .352 |
| dimin. dos contactos diários | .345 |
| **Factor IV : CLASSE SOCIAL INFERIOR** | |
| classe social inferior | .510 |
| habitação deficiente | .482 |
| interesses reduzidos | .394 |
| visão deficiente | .344 |
| redução de mobilidade | .330 |
| **Factor V : DEPENDÊNCIA ECONÓMICA** | |
| dependência económica | .617 |
| visão deficiente | .350 |
| classe social inferior | .340 |

QUADRO 12.11

ticas que poderão ter um papel causal (personalidade emotiva e baixa de contactos). Os factores IV e V exprimem aspectos diversos da situação económico-social: o factor IV mais ligado à **classe social** inferior; e o último, à **dependência económica** relativamente a terceiros. Algumas variáveis mostram saturações significativas em mais de um factor; assim, «diminuição de contactos diários» está associada aos factores I e III, e «classe social inferior» com IV e V.

Em **mulheres**, o factor I reflecte também as **perturbações** em geral, tanto psíquicas como físicas. De notar que a neurose tardia não é aqui um factor independente, antes mostra elevada saturação em factor I. O factor II refere-se a **residência em lar próprio**. O factor III traduz certo tipo de **isolamento social.** O estado civil aparece representado no factor IV — **casada**, que também está associado com manutenção dos contactos diários. Finalmente, o factor V parece

ANÁLISE FACTORIAL — MULHERES

DEFINIÇÃO DOS FACTORES

indicam-se as saturações obtidas nos 5 factores, superiores a .300, após rotação e inversão de sentido quando conveniente

| | |
|---|---|
| **Factor I : PERTURBAÇÃO** | |
| Perturbação psíquica | .839 |
| depressão | .731 |
| doença física | .540 |
| ânimo não elevado | .539 |
| neurose de início tardio | .497 |
| redução de mobilidade | .487 |
| deterioração intelectual | .448 |
| doença cerebrovascular | .368 |
| **Factor II : LAR PRÓPRIO** | |
| residência em lar próprio | .601 |
| conviv. com menos de 3 gerações | .561 |
| independência económica | .398 |
| habitação deficiente | .327 |
| **Factor III : ISOLAMENTO SOCIAL** | |
| dimin. de relações sociais | .718 |
| doença cerebrovascular | .404 |
| **Factor IV : CASADA** | |
| casada | .569 |
| dimin. de contactos diários | -.418 |
| deterioração intelectual | -.356 |
| **Factor V : POBREZA** | |
| habitação deficiente | .573 |
| dependência económica | .496 |
| classe social inferior | .369 |

QUADRO 12.12

traduzir o baixo nível sócio-económico — a **pobreza** em geral, já não subdividida em duas dimensões independentes como nos homens.

Nas secções imediatamente a seguir vamos tecer alguns comentários interpretativos sobre estes resultados, com o propósito de deles extrairmos achegas que possam esclarecer, confirmar ou completar tudo quanto apuramos no capítulo precendente (causalidade). Faremos incidir comentários sucessivamente sobre as principais dimensões da variação que este estudo evidenciou: as dimensões familiar e social, a dimensão sócio-económica, as dimensões saúde e somatógeno-psicógeno.

## 12.5 A dimensão familiar e o tipo de lar

Um dos aspectos mais salientes dos nossos resultados vem a ser a existência, em ambos os sexos, de factores independentes ligados com o estado civil. Na investigação de Newcastle tal não sucedia, como vimos. No nosso material, o factor II masculino exibe altas saturações em «casados», em diminuição de relações sociais, residência em lar próprio, e coabitação com família restrita (menos de 3 gerações). O factor IV feminino tem igualmente saturação elevada em «casada», e mostra-se também associado com manutenção de contactos diários e com «não-deterioração» mental; saturações ainda significativas, embora inferiores a 0,300, apresentam neurose tardia e redução de relações sociais. Observa-se pois que:

— em ambos os sexos, o estado civil constitui uma importante dimensão de variação independente;
— em ambos os sexos, mas mais acentuadamente no masculino, a situação de casado vem de par com sensível diminuição das relações sociais;
— fora esta única excepção, as características associadas com o estado civil são completamente diferentes num e noutro sexo;
— Designadamente, a residência em lar próprio está no homem fortemente associada à situação de casado, e é na mulher um factor independente do estado civil.

As diferenças observadas entre homens casados e não casados (viúvos, em regra) não têm contrapartida nas mulheres, e reciprocamente. Não se trata, pois, em rigor, do mesmo factor num e noutro sexo. Cremos ser esta a razão porque Garside, Kay e Roth (1975), no seu estudo factorial em que não separam os dois sexos, não conseguiram isolar qualquer factor ligado ao estado civil: as diferenças esbatem-se quando homens e mulheres são tomados em conjunto.

Os homens casados tendem, portanto, a residir em lar próprio, e a desprender-se progressivamente das suas relações extra-familiares. Quando viúvos passam geralmente para casa de filhos, onde coabitam com os netos, e mostram então uma relativa conservação das suas relações sociais, provavelmente porque se sentem menos presos à casa ou porque os próprios filhos ou noras, os incitam a sair.

A mulher casada vive também com mais frequência em lar próprio; a sua companhia está bastante limitada ao marido, que em muitos casos constitui para ela uma sobrecarga de trabalho e preocupações, além de ocasionar sensível limitação da liberdade de movimentos, manifestada na perda de convívio social. Esta situação contribui, decerto, para explicar a maior frequência de neuroses de início tardio nestas mulheres idosas que vivem com o seu marido, em regra mais idoso e exigente.

As viúvas, tal como as solteiras, mostram significativa diminuição de contactos diários. Esta solidão é muito mais acentuada quando se recusam a mudar para a casa dos familiares, e se conservam na antiga residência, geralmente muito menos confortável. Mas saem à rua com mais facilidade que as casadas, e não há, portanto, o distanciamento social que se observa nestas últimas. A deterioração mental afecta mais as não casadas, especialmente as que vivem em casa de familiares; tivemos já ocasião de discutir as causas deste facto, entre as quais avulta a idade mais avançada e a falta de exercício das aptidões intelectuais.

Os diagramas são bastante elucidativos quanto às condições que, provavelmente, levam os idosos a deixar a sua casa e a transferir-se para o lar dos filhos ou outros descendentes. Nos homens é a perda do cônjuge que determina a sua mudança de residência. Nas mulheres, pesam mais a existência de doenças físicas incapacitantes e a insuficiência económica, que a viuvez propriamente dita. Tudo se passa como se, para grande número de mulheres viúvas, somente

quando é manifestamente impossível permanecerem na antiga morada, aceitassem ser acolhidas no lar dos familiares. Provavelmente receiam a perda da liberdade, a sobrecarga de trabalhos domésticos, a responsabilidade pelos netos a seu cargo, e a própria dependência e sujeição que a nova situação lhes vai acarretar.

## 12.6 A dimensão social: isolamento e solidão

Estudámos já, em capítulo anterior, o papel que tanto a diminuição das **relações extra-familiares** como a redução do **tempo passado em companhia** de outra pessoa podem desempenhar na génese das perturbações psíquicas. Analisámos então as múltiplas associações entre estes dois tipos de condições e outros parâmetros da vida dos idosos. Vimos como é difícil extrair conclusões dos resultados das comparações simples, dada a complexidade das interrelações no conjunto das variáveis em estudo. Voltamos agora a debruçar-nos sobre aqueles fenómenos, na perspectiva mais ampla facultada pela análise factorial. Ao passar em revista os dados que esta nos fornece, vamos tentar evitar a repetição do que já foi dito, e concentrar a exposição nos aspectos novos que contribuam para esclarecer um pouco mais as incertezas que subsistem.

A análise factorial confirma a distinção feita de início entre aqueles dois processos: a redução de contactos diários e a diminuição das relações sociais são fenómenos que pouco têm a ver um com o outro, e que podem eventualmente contrastar nas suas causas ou opôr-se nos seus efeitos. Confirmam-se também, uma vez mais, as profundas diferenças entre os componentes masculino e feminino da população idosa, no respeitante às características da sociabilidade.

Nos **homens**, a redução das **relações sociais** mostra-se altamente saturada em factor II (casado) e mais moderadamente em factor I (perturbação), sendo independente dos outros factores. Consoante mostram os diagramas, o isolamento social é mais acentuado nos casados que vivem em lar próprio, particularmente quando afectados por surdez, doença cerebrovascular ou outras enfermidades físicas que cerceiam a mobilidade. Este isolamento do mundo mais distante, com reforço de ligação aos objectos afectivos mais próximos, reveste uma forma muito semelhante ao «desligamento» descrito

por Cumming (1961). Segundo sugerem os nossos resultados, o que se passa ao nível da relação com o cônjuge desempenha um papel central nesse processo. O desligar da constelação social parece decorrer paralelamente a um estreitar da dependência em relação à mulher. Tal desligamento não se observa, com estas proporções, nos viúvos que habitam com os filhos ou com outros parentes. É, pois, de admitir que a mulher incita ou reforça, activa ou passivamente, o distanciamento social do marido idoso. Esta hipótese deveria ser tida em conta em estudos sobre a célula conjugal na fase involutiva da vida.

A diminuição dos **contactos diários** está, nos homens, saturada em factor I (perturbação) e III (neurose tardia). Os diagramas mostram como esta condição tende a aparecer ligada a depressão, personalidade emotiva, sem profissão, e principalmente neurose tardia. Tudo isto parece confirmar a interpretação, que fizemos no capítulo precedente, segundo a qual a baixa dos contactos é uma das causas da neurose tardia masculina. A solidão imposta é sentida como uma grave frustração por quem nunca teve ocasião de se preparar para ela.

Nas **mulheres**, como neste estudo tem sido uma constante, as relações entre as diversas variáveis são bastante mais complicadas e parecem querer escapar a qualquer propósito de sistematização. No entanto, a análise factorial não deixa de pôr à luz alguma ordem subjacente à entropia, isto é, latente no seio da aparente confusão.

O **isolamento social** está altamente saturado em factor III, que recebeu aliás essa mesma designação, e correlaciona-se ainda com os factores II (lar alheio) e IV (casada). Mostra-se ainda muito próxima, em alguns planos (como no espaço III-IV ou III-II), de doença cerebrovascular e deficiência visual. Isto parece querer significar que o isolamento social não tem uma origem única. Com efeito, parece ser legítimo inferir que, na mulher, esse isolamento resulta de três grandes causas.

Em primeiro lugar, a própria condição de casada, paralelamente ao que se passa no sexo masculino. Isto reforça o que atrás dissemos sobre a dependência mútua dos elementos do casal, e seu papel no distanciamento face à sociedade. Mas note-se, no entanto, que em muitos casos a mulher parece sofrer contrariada este desligamento do mundo exterior à família, que a dedicação ao marido lhe impõe;

disso é testemunha a proximidade a que se situa, nos diagramas, a neurose tardia.

Uma segunda causa do isolamento será a residência em lar alheio, como já vimos. É praticamente impossível a muitas mulheres idosas, sejam elas casadas ou viúvas, manter, após a mudança para casa dos filhos, os contactos com amigas que vinham tendo até essa altura. A nova situação obriga-as a desempenhar tarefas no lar, tais como cuidar dos netos, zelar pelo arranjo da casa, e preparar refeições; além disso a idosa sente-se vigiada e não quer expôr-se a críticas. É de salientar o contraste com os homens acolhidos em casa dos filhos, que continuam a sair e conviver socialmente sem dificuldades.

A terceira causa do isolamento vem a ser a doença física, especialmente do tipo cerebrovascular, que restringe a mobilidade e não suscita visitas de amigas.

A diminuição de **contactos diários** tem saturações moderadas em factor IV (casada), e pouco significativas em II (lar próprio) e V (pobreza). Anteriormente tínhamos descrito uma associação com lar próprio; agora a análise factorial revela que são as não casadas — viúvas e solteiras — que mais tempo passam sem companhia. Trata-se, afinal, da solidão da mulher viúva ou solteira que vive só. Como já tivemos ocasião de fazer notar, estas mulheres não mostram, em contrapartida, o isolamento social que se observa mais nas casadas e nas que vivem em lar de descendentes. Por outro lado, a análise factorial não evidencia qualquer ligação entre solidão e neurose, na mulher, contrariamente ao que se nota no homem. Tentámos explicar esse facto em termos de preparação para a solidão, ao longo da vida. Por outro lado, a análise detecta uma certa proximidade em vários planos, sobretudo no espaço dos factores III-IV, entre solidão e deterioração mental. Nesse plano, esta última variável situa-se entre redução de contactos, para um lado, e doença cerebrovascular e deficiência visual, para o outro. Tal disposição parece sugerir que a deterioração resultante de dois tipos de causas: orgânicas, tais como as vasculares, e «experienciais» ou psicógenas, como a falta de convivência.

No que se refere às causas da própria solidão, isto é, da falta de companhia, o presente estudo não as esclarece suficentemente. Os resultados da análise apenas sugerem que no homem a situação

de reformado pode contribuir. Na mulher, os diagramas permitem pôr a hipótese de a viuvez, o habitar só, e ainda o baixo nível económico concorrem para tal.

Em síntese, notamos que enquanto a diminuição das relações sociais surge mais como consequência de outras circunstâncias — casado, lar alheio (nas mulheres), doença incapacitante — com poucos ou nulos efeitos do tipo das perturbações mentais, já a redução de contactos no dia a dia e a consequente solidão aparecem neste estudo como prováveis causas de sérios transtornos psíquicos, desde neurose tardia, no homem, até possivelmente deterioração mental leve, em indivíduos especialmente vulneráveis.

## 12.7 A dimensão sócio-económica

Contra o que seria de prever, **a situação laboral** não emergiu como factor independente. A variável «não exerce profissão» aparece incluída entre as que têm alta saturação em factor I (perturbação), e está também significativamente associada com o factor III (neurose). No espaço destes dois factores, «sem profissão» situa-se em posição intermédia e equidistante de neurose tardia e do agrupamento doença física — imobilização — deterioração. Este facto pode ser interpretado como expressão da dualidade da relação entre perturbação psíquica e reforma. Com efeito, esta última é geralmente antecipada nos casos em que se observa mais sensível diminuição das capacidades físicas e mentais, e pode ser diferida nos indivíduos em que tais capacidades se mantêm mais ou menos intactas. Mas também se podem assinalar casos em que a reforma constitui por si própria um factor de descompensação neurótica, tal como a diminuição de contactos diários e outras condições já mencionadas.

A **dependência económica** de terceiros surge, nos homens, como um factor independente (o V). Outro factor, o IV, relaciona-se mais explicitamente com o **estrato social**, como se infere a partir das suas correlações com a classe social inferior, habitação deficiente e interesses limitados. De passagem, deve salientar-se quanto esta última característica tem a ver com os condicionalismos sócio-económicos. Com efeito, os indivíduos pertencentes às camadas mais baixas da hierarquia sócio-profissional mostram muito poucos interesses espe-

cíficos e muito escassa capacidade de se ocuparem com passatempos ou actividades de satisfação pessoal. Provavelmente contribuem para isso a deficiente instrução (maioria de analfabetos) e a falta de experiência anterior com tal tipo de ocupações do lazer.

Nas mulheres, o factor V, que por essa razão denominámos **pobreza**, reflecte as carências materiais de uma vasta camada da população idosa; é definido pelas variáveis habitação deficiente, classe inferior e insuficiência económica. Esta última não se mostra aqui factor independente, como acontece nos homens. Nestes a dependência económica parece constituir mais uma situação acidental, fruto de determinada conjuntura, enquanto nas mulheres representa sobretudo uma característica estrutural ligada à classe social a que pertencem. Por outras palavras, nos homens tratar-se-ia de uma espécie de acidente de percurso, resultante de condições desfavoráveis supervenientes ou aleatórias (desemprego, doença, etc.) enquanto nas mulheres desta geração a dependência material estaria «naturalmente» prevista para ocorrer na velhice das que pertencem aos escalões sociais inferiores. Talvez por nos homens possuir esse carácter de desfecho infeliz mas imprevisto é que a dependência económica se correlaciona com perturbação (factor I) apenas no sexo masculino. No espaço dos factores I-III observa-se que, embora essa variável se assinale na vizinhança das características ligadas a doença orgânica, esboça no entanto um leve desvio na direcção dos quadros neuróticos. Por analogia com o que dissemos a propósito da situação de reformado, podemos interpretar esse resultado da análise factorial em termos de haver uma dupla relação entre perturbação mental e dependência económica. Por outro lado, esta seria o resultado, muitas vezes, de situações de invalidez física ou mental em pessoas sem adequada protecção social. Mas em alguns outros casos, no entanto, a dependência material, com as suas consequências de sujeição a outrem, insegurança e sentimento de perda, criaria as condições para o aparecimento tardio de um quadro clínico de tipo neurótico.

## 12.8 A dimensão saúde-doença

Das 22 variáveis seleccionadas para análise factorial, 11 estão directamente conotadas com a saúde física ou psíquica e as suas

perturbações, e algumas das restantes mostram correlações significativas com esses critérios clínicos. Não é, portanto, de estranhar que em ambos os sexos ao factor extraído em primeiro lugar caiba a maior fracção da variância. A quase totalidade das variáveis tem neste factor correlações positivas, superiores na maioria dos casos ao valor de 0,250 tomado como limiar de significação. A sua diversidade confere, pois, ao factor I uma natureza algo compósita: ele representa todo o tipo de perturbações do estado de saúde, psíquica em primeiro lugar, mas também de natureza física, e ainda nele se reflectem secundariamente certas condições situacionais associadas com o adoecer.

A análise dos diagramas põe em evidência certas afinidades entre algumas das variáveis saturadas em factor I. É assim possível distinguir determinados agrupamentos, cujo significado poderá permitir que se tirem algumas conclusões de interesse:

— o agrupamento perturbação-depressão-ânimo não elevado, com projecções quase sobrepostas nos homens e bastante próximas nas mulheres, exibindo as mais altas saturações em factor I;
— o agrupamento doença física-redução de mobilidade-deterioração intelectual, com saturações em factor I um pouco inferiores;
— o agrupamento doença cerebrovascular-surdez-visão deficiente, com saturações mais moderadas mas ainda muito significativas.

As projecções destes grupos de variáveis em diferentes planos (I-II, I-III e II-III em homens, I-II e II-V em mulheres) não modifica a sua coesão. Parece portanto, legítimo tirar algumas conclusões importantes.

Em primeiro lugar, fica posta em evidência a **estreita associação entre perturbação psíquica e doença física.** Esta última não emergiu como factor independente. Ressalta ainda que a doença física parece afectar o estado psíquico na exacta medida em que implica imobilização e perda de autonomia.

Em segundo lugar, os dados de que dispomos parecem mostrar que **«ânimo não elevado» e depressão não diferem senão quantitati-**

vamente; por outras palavras, depressão e «ânimo elevado» serão polos opostos do mesmo eixo contínuo, e as condições que afectam o optimismo poderão, actuando mais intensamente, provocar depressão.

Em terceiro lugar, **a deterioração intelectual aparece pouco associada a doença cerebrovascular**, sobretudo em mulheres, em comparação com o que talvez se esperasse; mostra-se principalmente ligada a imobilização e a doença física.

Finalmente, certas condições situacionais tais como a reforma, a dependência económica, a diminuição de contactos diários e o isolamento social mostram-se associados com as perturbações de saúde.

Estas conclusões vêm, portanto, confirmar muitas das inferências feitas no capítulo anterior, quando se estudou a relação de cada variável independente com os critérios clínicos. Mais adiante discutiremos as suas implicações teóricas e práticas. Antes, no entanto, vamos considerar uma última dimensão de variação, que tem a ver com a classificação das perturbações psíquicas dos idosos e com os processos que lhes dão origem.

## 12.9 A dimensão somatogenia-sociogenia

A variável neurose tardia mostra-se, nos homens, altamente saturada em factor III. Nesse factor têm saturações significativas, ainda, personalidade emotiva, depressão, restrição de contactos diários, e «sem profissão». A análise do diagrama corresponde ao plano I-III permite concluir que o eixo III representa, essencialmente, um tipo de psicogenia caracterizado pela acção de determinadas situações sobre uma personalidade predisposta. O eixo I mostra-se mais conotado com processos de causa orgânica ou, melhor dizendo, causa física. Esta distinção pode ser levada mais longe se se proceder a uma rotação dos eixos nesse plano, em sentido dos ponteiros do relógio, de cerca de uns vinte graus, de maneira a maximizar as projecções do agrupamento «psicógeno» no eixo II, mantendo altas as saturações do agrupamento «orgânico» no factor I. Esta transformação poria em evidência as características distintivas de **dois tipos de processos patogénicos.** O primeiro parece consistir fundamentalmente na restrição de contactos e na perda da situação profissional, em indivíduos com personalidade prévia de tipo emocio-

nável. A expressão clínica que lhe corresponde é a neurose de início tardio, com um quadro frequentemente depressivo. Convém acrescentar que neste estudo factorial não se incluiu a variável «acontecimentos traumáticos recentes», que no capítulo anterior vimos mostrar também elevada correlação com neurose.

O segundo processo inclui a doença física, a imobilização, a doença cerebrovascular e a surdez, e a sua expressão clínica mais nítida seria a deterioração mental. Quanto às depressões em geral e a outros tipos de perturbações psíquicas, elas mostram-se dependentes tanto do primeiro processo como do segundo.

Parece-nos impróprio designar sumariamente estes dois mecanismos como **funcional** e **orgânico,** respectivamente. Com efeito, o segundo está relacionado com padecimentos físicos, sem dúvida, mas não forçosamente com alterações orgânicas do sistema nervoso. O processo em causa envolve doença, sofrimento e incapacidade físicas, que por sua vez condicionam, como já vimos, dependência, perda de autonomia e isolamento social. Há portanto um indiscutível componente psicógeno. A própria deterioração intelectual pode ser precipitada ou agravada pela situação de dependência, como atrás dissemos. Parece-nos, pois, ser mais lógico e mais coerente designar o segundo processo por **somatogenia,** salientando-se deste modo o papel da doença somática. Por motivos da mesma ordem, o primeiro processo deveria ter uma denominação como **sociogenia,** que chama a atenção para a área da sociabilidade, onde se observam as perdas mais relevantes.

Nas mulheres, a neurose tardia não se individualizou como factor independente; mostra uma elevada saturação em factor I e também se correlaciona significativamente com o estado de «casada». É, aliás, no espaço dos factores III-IV (bem como no plano IV-II), que se pode evidenciar uma oposição entre neurose e deterioração mental, esta um tanto ligada não só a doença orgânica como também a restrição de contactos. Como dissemos atrás, no sexo feminino a neurose tardia está mais relacionada, a julgar pelos dados que obtivémos, com a situação de doença física e com a dependência dela resultante. Quer isto dizer que as neuroses tardias podem ter um componente somatógeno, tal como a deterioração mental pode também ter a sua sociogenia.

CAPÍTULO 13

# *CONSIDERAÇÕES FINAIS*

É natural que, no termo de um trabalho como o presente, o investigador seja levado a reflectir sobre os resultados alcançados, indagando de si mesmo se conseguiu obter resposta para as interrogações que tinha em mente ao decidir empreendê-lo. E, fazendo-o, é provável que se aperceba de que muitas questões continuam em aberto, e de que só agora tem verdadeira noção dos problemas que interessa esclarecer. É esse, de certo modo, o nosso caso, no momento de proceder a um balanço do esforço dispendido e de extrair as conclusões que são o seu fruto. Reconhecemos, entretanto, que o material que recolhemos e analisámos possibilitou alguns avanços significativos sob o ponto de vista dos objectivos que nos propusemos: conhecer melhor as condições de saúde mental do sector mais idoso da nossa população bem assim como os factores de risco dos diversos tipos de perturbação psíquica e os mecanismos implicados na sua causalidade.

Tentaremos agora coligir e pôr em evidência o que nos parece serem os achados mais significativos. Alguns dos resultados que analisámos e discutimos nos capítulos precedentes parecem dotados de relativa consistência e devem por isso ser sublinhados. Vêm, nuns casos, confirmar o que outros autores observaram, e dar suporte a posições teóricas conhecidas. Noutros casos sucede o contrário, e valerá por certo a pena tentar interpretar as discrepâncias. Finalmente, muitos dos elementos fornecidos pela análise parecem ainda insuficientes para que deles se extraiam conclusões, e devem ser tomados como sugestões para futuros trabalhos.

Para não alongarmos mais ainda esta exposição, evitaremos repetir discussões já feitas. Iremos, antes, dar uma visão de síntese dos resultados do nosso estudo, no enquadramento definido pelas grandes linhas da discussão actual neste domínio.

## CONDIÇÕES DE VIDA

Ninguém ignora que a situação económica e social da grande maioria das pessoas idosas é difícil e insegura, e que isso lhes acarreta considerável sofrimento. No entanto, não tem sido possível mostrar objectivamente se essa situação tem qualquer comparticipação na génese das perturbações psíquicas que surgem nesta idade. O nosso estudo, todavia, põe em evidência que as neuroses e depressões em geral são mais frequentes nas classes inferiores e, independentemente da classe, nos indivíduos com insuficiência de meios económicos, em particular no sexo masculino. Também os homens reformados há menos de dois anos estão mais sujeitos a essas perturbações. A razão porque os nossos resultados (e em parte os de Barquero e cols., 1981, numa população espanhola) diferem dos obtidos por outros autores (Kay e cols., 1964; Alarcón, 1971) está, a nosso ver, em que estudámos os dois sexos em separado. Evitámos, assim, que as características específicas de cada um deles se apagassem ao tomá-los em conjunto. Trata-se, como dissemos já, de populações bem diferenciadas, tanto no plano biológico, onde os homens representam os sobreviventes mais robustos, como no plano socio-cultural, no qual as mulheres se distinguem por maior frequência de viuvez, menor nível de instrução, maiores encargos no lar e muito escassas possibilidades de aproveitamento de lazeres. Só quando se estudam os sexos em separado pode ressaltar a importância do estado civil, que outros autores, por isso mesmo, não puderam evidenciar. Na verdade, falar-se em população idosa como entidade global é bastante enganador, se não forem tidas em conta as clivagens naturais em função do sexo e estado civil, que tão profundamente influenciam o comportamento e a forma de adoecer, nesta idade.

Esquematizando, podemos dizer que em geral o **homem casado** reside em lar próprio, tem pouca convivência com os netos e com amigos, desprende-se progressivamente das suas relações sociais e depende cada vez mais da sua mulher. Há mesmo indicações de que ele tenta afastar a mulher do convívio com as amigas e com os próprios filhos, e que é mais feliz quando o consegue... Tendo a responsabilidade do lar a seu cargo, ele é mais propenso a apresentar estados ansiosos e hipocondríacos.

O **homem viúvo** reside praticamente sempre em casa dos filhos

ou de outros descendentes, onde tem maior convívio com os netos. Sai à rua com frequência, se a saúde lhe permite, para se encontrar com amigos.

A **mulher casada** reside quase sempre em lar próprio, junto do seu marido, e convive muito pouco com pessoas exteriores à família. Não se encontra diariamente com filhos ou netos, excepto, quanto a estes últimos, quando cuida deles nos seus primeiros anos de vida. Com o tempo preenchido por múltiplos afazeres, raramente consegue dedicar algum tempo a distracções ou actividades por gosto. São frequentes, nestas mulheres, quadros de tipo neurótico de aparição tardia.

A **mulher viúva** duas alternativas se oferecem. Se mora em lar próprio, quase sempre sem companhia, passa muitas horas só durante o dia. No entanto, sai mais do que a casada, e visita com certa frequência os filhos e as amigas; tem por conseguinte uma vida social relativamente activa. Já se reside em lar de filhos ou de outros parentes, quando a doença ou a insuficiência económica a isso obrigam, tem pelo contrário uma vida mais sobrecarregada de tarefas e mais limitada quanto a convivência. Embora contacte com os netos no dia a dia, e por vezes cuide deles na ausência dos pais, não tem praticamente relações fora do círculo de família, e está subordinada à filha ou à nora em tudo o que diz respeito aos assuntos do lar.

A **mulher solteira** vive em geral em casa de família, onde goza de companhia, mas disfruta de quase nulo poder de decisão. Se reside em casa própria tem, como a viúva nas mesmas condições, mais liberdade e menos encargos, a troco de mais horas de solidão.

## A SOCIABILIDADE

Estabelecemos, neste inquérito, distinção entre factos que noutros estudos são tratados indistintamente, a propósito da convivência ou isolamento da pessoa idosa. Assim, uma coisa é a redução do número de pessoas, amigos ou parentes, com quem se mantêm relações. Outra vem a ser a diminuição do tempo de contactos diários, isto é, das horas passadas em companhia de outrem. Desta maneira, vimos que os indivíduos casados dos dois sexos têm menos relações sociais que os viúvos ou os solteiros. Isso parece corresponder, no homem,

a um processo natural de desligamento selectivo, com reforço compensatório da dependência em relação ao cônjuge (Olbricht e Lehr, 1976), conforme descrevemos no capítulo 4. Noutros casos, o distanciamento será resultante de doença crónica, física ou mental.

Na mulher, a perda de contacto com o meio social não parece resultar de uma escolha mais ou menos voluntária, para usar o termo empregue por Lowenthal (1965), mas sim da sua «prisão» ao lar, onde é suposto ter tarefas definidas enquanto a saúde lhe permitir desempenhá-las. Só a mulher que vive «isolada» é que consegue, paradoxalmente, continuar a desempenhar alguns papéis sociais. Assim se põe em evidência a ambiguidade do termo isolamento.

A diminuição do número de relações sociais não parece ter, portanto, efeitos sobre a saúde psíquica, embora o inverso se verifique. A diminuição do tempo de convivência diária, por outro lado, mostra-se francamente capaz de causar perturbação, mas unicamente no sexo masculino. Os dados de que dispomos levam-nos a pensar que o homem não tem uma capacidade de tolerar a solidão comparável à da mulher, talvez porque nunca se tenha preparado para viver só durante a vida anterior. Quando tal situação lhe é imposta desencadeiam-se com frequência estados neuróticos de feição depressiva.

Observamos, portanto, que diferenças individuais associadas com sexo e estado civil, que por sua vez têm que ver com outras variáveis socioculturais, são paralelas a diferenças nos estilos de convivência e na capacidade de suportar a solidão. A nosso ver, isto contraria as teorias unitárias, como a do desligamento, pelo menos na sua versão inicial (Cumming, 1961), e favorece as concepções mais personalizadas que admitem a existência de diversos estilos ou padrões de envelhecimento feliz (Lowenthal e Boler, 1965; Havighurst, 1968; Olbricht e Lehr, 1976), conforme expusemos no capítulo 4.

## O DECLÍNIO INTELECTUAL

Embora o nosso inquérito não tenha sido essencialmente orientado nessa direcção, proporcionou no entanto algumas observações que parecem interessantes, em relação com os problemas do declínio intelectual na idade avançada, que aflorámos no capítulo 4.3. Como não se trata de um estudo longitudinal, estes dados devem ser considerados simplesmente como sugestivos. A eficiência cognitiva foi avaliada com o auxílio da prova clínica MO-1, propositadamente construída para esse fim, e que se assemelha a outras publicadas (Irving, 1970; Withers e Hinton, 1971). Não se trata de um teste já aferido e validado para fins de diagnóstico; a pontuação limite de 30 com que demarcámos os casos de deterioração é puramente convencional e resultou de ensaios piloto anteriores, com séries pequenas. Não serve, pois, para apoiar um diagnóstico individual preciso, como convém na clínica. Mas isso não prejudica a sua utilização como instrumento de comparação entre grupos, onde não interessa tanto o diagnóstico como os factores ligados a uma pontuação alta ou baixa. Sendo assim, a localização do limite de separação é uma questão de pouca monta.

Cerca de 22 % dos indivíduos observados tinham pontuação abaixo do nível convencionado. Desses, a maioria pertencia ao escalão etário mais elevado; a mais de metade fora feito um diagnóstico de perturbação psíquica de natureza orgânica, e os restantes ou eram «casos» funcionais ou foram considerados normais do ponto de vista psiquiátrico. Deve, pois, salientar-se que uma queda na eficiência intelectual, deduzida pelo confronto da pontuação na prova com a história pregressa, não se encontra unicamente nos indivíduos afectados por doença cerebrovascular ou com sinais de demência degenerativa senil. Mostrou a análise que determinadas situações que aparentemente nada têm de orgânico apresentam um risco considerável de deterioração mental: são sobretudo os idosos que residem em lar de filhos ou parentes (independentemente dos factores idade ou doença física), e os homens que sofreram redução de contactos diários, não têm ocupações ou interesses compensatórios, e possuem uma personalidade marcadamente dependente. Como dissemos ao discutir estes achados no capítulo 11, podem invocar-se mecanismos biológicos para explicar estes efeitos: alterações do sono, da nutrição

e do estado geral em resultado da mudança de residência, dos quais resultariam flutuações do nível de consciência. Mas, sem dúvida alguma, **factores puramente psicológicos** devem também ser incriminados: falta de motivação, ensimesmamento, atitude defensiva e cautelosa perante os problemas (a qual autores como Botwinick, 1973, julgam que tem sido hipervalorizada), e principalmente desorganização das estratégias de resposta, por falta de execução ou de treino. Os idosos que mantêm responsabilidades definidas e tarefas a seu cargo que implicam tomadas de decisão apresentam um nível mais alto de eficiência intelectual, que somos levados a atribuir ao exercício contínuo das funções cognitivas. Note-se que não estamos certamente a tomar o efeito pela causa, pelas razões que apresentámos ao discutir estes resultados no capítulo respectivo. Diremos, pois, com o auxílio do modelo de Welford (1962, 1980), que uma redução demasiado drástica das solicitações poderá conduzir a uma queda das habilitações («skills») intelectuais, mesmo estando pouco afectadas as capacidades de processamento a nível cerebral. A «deterioração fisiológica», tão falada há uns vinte anos (Delay, Pichot e Perse, 1955) poderá não ser afinal senão o efeito da falta de estimulação das capacidades que ainda subsistem. Goldblatt (1973) parece admiti-lo quando se refere à «deterioração em excesso» provocada pela inactividade. O relativo êxito dos programas de treino da memória e da resolução dos problemas em pessoas idosas (Fozzard, 1980) parece confirmar que a motivação, a estimulação intelectual e a prática têm um papel considerável na manutenção do rendimento mental na idade avançada.

## DEPRESSÕES E PERTURBAÇÕES NEURÓTICAS

Um dos resultados deste inquérito que mais chama a atenção é, talvez, o facto de a maioria das pessoas observadas se sentirem insatisfeitas com a sua vida, e de uma proporção considerável da população apresentar alterações bem definidas do humor, geralmente de tipo depressivo. Outros estudos, como dissemos, têm chegado a resultados comparáveis. A elevada prevalência de transtornos afectivos na senescência é talvez o problema número um da psicogeriatria, pois é hoje cada vez mais claro que tais situações, geradoras de

tanto sofrimento, respondem geralmente bem ao tratamento, e poderão, em parte, evitar-se se forem adoptadas medidas preventivas. Daí a importância que se atribui ao conhecimento dos factores de risco e dos mecanismos patogénicos.

Os estudos sobre estas matérias deparam, no entanto, com sérios problemas e dificuldades. Importa tê-los em mente ao fazer o balanço dos resultados obtidos.

É, em primeiro lugar, a questão ainda não resolvida da nosologia deste grupo de perturbações; a ela nos referimos no capítulo 1, onde justificámos a adopção do esquema clássico que distingue as depressões neuróticas das endógenas e das que são secundárias a outras doenças. Ao enquadrarmo-nos, pragmaticamente, na Classificação Internacional das Doenças de 1975, quisemos tornar os nossos resultados mais transparentes e mais comparáveis com outros. Em consequência, de entre as perturbações psíquicas observadas, o maior número corresponde às neuroses, com predomínio das formas depressivas sobre as ansiosas, hipocondríacas e outras.

No capítulo 10 apresentámos também dados relativos à prevalência global dos **síndromos depressivos,** independentemente, portanto, de distinções nosológicas baseadas na presumível etiologia. Classificámos as depressões em graves, moderadas e leves servindo-nos dos critérios expostos no capítulo 8, próximos da DSM-III norte-americana e do PSE de Wing e cols. (1974). Encontrámos, assim, depressões em 24,3% da nossa população. Excluindo as formas leves, a taxa é ainda de 7,5%, cabendo 1,2% a quadros claramente endógenos. Para efeitos de comparação, recordemos os valores determinados por Blazer e Williams (1980), de cujos critérios de diagnóstico não nos quisemos distanciar: «sintomatologia depressiva substancial» em 14,7%, sendo 3,7% «depressões maiores», as quais se subdividiam por sua vez em iguais proporções de «primárias» e «secundárias». Lembremos ainda os cálculos feitos por Gurland (1982), com base nos dados apresentados por diversos investigadores: distimias depressivas de carácter transitório em cerca de 20% da população idosa; síndromos depressivos de carácter persistente em 13%; e depressão «maior», segundo a designação americana, em 2-3%. As taxas por nós encontradas não se afastam, portanto, sensivelmente, das que estes autores determinaram.

Como sucede frequentemente, há mais convergência quanto às

formas graves que no referente às mais leves, cuja fronteira com a normalidade é sempre difícil de estabelecer com objectividade. Diga-se, a este propósito que mesmo os critérios propostos pela classificação norte-americana para o diagnóstico de depressão maior se mostram de muito difícil aplicação em indivíduos de avançada idade. Sintomas como insónia, anorexia, astenia, falta de iniciativa, etc., são nesta época da vida bastante comuns, por razões que nada têm a ver com a doença depressiva. Por isso a aplicação do critério da DSM-III a idosos, como tentámos fazer, pode fornecer uma proporção de depressões graves um tanto elevada em relação à que seria de esperar.

Dos síndromos depressivos que encontrámos, 4,5% podiam ser classificados seguramente como endógenos, a partir de elementos da história pessoal e familiar; em 62,7% diagnosticámos depressão neurótica, com base no critério discutido no cap. 1; e, finalmente, em quase um terço, os restantes, o diagnóstico principal foi de perturbação orgânica cerebral, especialmente doença cerebrovascular. Nestes casos «orgânicos» havia sempre elementos anamnésticos ou patentes ao exame clínico a favor da existência de um quadro neurológico. No entanto, os sintomas mais evidentes eram sempre do foro psiquiátrico, nomeadamente humor depressivo, irritabilidade e deterioração intelectual. Discutimos já se nestes casos o diagnóstico mais correcto seria o de depressão «pseudo-orgânica», e portanto de natureza essencialmente timopática (Polónio, 1982) ou se se justifica a sua inclusão entre os síndromos de causa orgânica, como o fizemos, e como parece ser a orientação dominante da psiquiatria norte-americana (Lipowski, 1980 a, b). Mas mesmo que se siga o primeiro critério será de admitir, dada a grande frequência da associação de depressão com doença cerebral de tipo vascular, que o factor orgânico tem qualquer comparticipação no desencadeamento desse síndromo.

O diagnóstico de **neurose**, neste estudo, foi feito independentemente da gravidade aparente do quadro clínico, isto é, não se aplica apenas aos casos leves. Atendeu-se sobretudo à ausência de sinais de doença cerebral, bem como de elementos biográficos a favor de endogeneidade. Na nossa população detectámos perturbações neuróticas em 21% dos idosos, sendo 7,2% os casos considerados graves, valores estes praticamente sobreponíveis aos de Kay e cols. (1964). Mais de dois terços são formas depressivas, e os restantes quase sempre de tipo ansioso ou hipocondríaco. A maior parte destes quadros,

15,1% da amostra, teve início já na época da senescência, o que confirma observações de outros autores (Bergman, 1971; Nunn e cols., 1974). Em 5% da população existem perturbações neuróticas de certa gravidade, que se manifestaram pela primeira vez na vida desses indivíduos: as neuroses tardias.

A distribuição por sexos é sensivelmente equitativa nas formas mais graves. Nas leves há nítido predomínio do sexo feminino. O mesmo se passa, já no seio dos «normais», com os casos de humor instável, que exibem frequentemente pessimismo, apatia ou irritabilidade. Os restantes normais, em quem se encontra geralmente um ânimo elevado, constituem cerca de 47% dos homens e apenas 22% das mulheres. Não é fácil encontrar uma explicação para diferença tão acentuada. Podemos especular que as mulheres exprimem, mais vezes que os homens, a sua insatisfação pela vida através de queixas de carga emocional, e que se comportam mais frequentemente «como doentes» referindo sintomas e perturbações diversas. Mas porque não admitir que as mulheres têm muito mais dificuldade em manter a satisfação de viver ao longo do envelhecimento, ou porque o «stress» sofrido seja comparativamente maior, ou porque os recursos adaptativos ao seu dispor sejam mais escassos? Esta hipótese parece-nos plausível, mesmo que se aceite que a mulher tem um limiar de expressão emocional mais baixo que o do homem, o que parece bem difícil de demonstrar, particularmente nestas idades. O certo é que as condições de vida das pessoas idosas se mostram significativamente mais adversas para as mulheres, como vimos no capítulo 9.

Encontramos também claras diferenças entre os sexos quanto aos factores que parecem estar envolvidos na **causalidade** das neuroses tardias e das depressões em geral. Assim, nos homens, desempenham um papel definido na génese dessas perturbações: as perdas e conflitos recentes; a transição da reforma; a diminuição dos contactos diários; a dependência económica, situação esta que parece ser vivida como algo de não esperado e portanto equivalente ao fracasso; e a doença física, especialmente quando associada com perda de mobilidade, levando à suspensão de actividades habituais e impedindo a satisfação de interesses. Uma personalidade prévia com traços definidos de emocionalidade ou neuroticismo constitui um factor de vulnerabilidade muito importante. Não foi possível confirmar, neste estudo, o papel predisponente que alguns autores atribuem à difi-

culdade em estabelecer relações sociais (Brown e Harris, 1978; Murphy, 1982).

O presente estudo parece, assim, contribuir para caracterizar um tipo de neurose de aparição tardia, frequente no sexo masculino nos anos que se seguem à reforma, com uma expressão clínica em que a ansiedade ou a hipocondria predominam, muitas vezes, sobre a depressão. Ocorrendo em indivíduos emotivos e relativamente sociáveis, esta forma de neurose pode ser desencadeada por uma alteração geral do quadro de vida, em que avultam a inacostumada solidão e a dependência material sentida como catástrofe, e as inevitáveis perdas pessoais. Outro tipo de perturbação, de natureza mais claramente depressiva, mostra-se associado com a doença física e com a imobilização.

Na mulher, não nos foi possível individualizar as neuroses tardias de maneira tão nítida, tanto sob o ponto de vista da expressão clínica como da constelação causal. Assemelham-se, de certo modo, às que se observam noutras fases da vida; a doença física parece ser, também, uma causa muito frequente, em grande parte pela perda de mobilidade e de autonomia que acarreta. Por outro lado, a doença obriga muitas vezes à mudança de residência, com passagem para lar de parentes, o que contribui sem dúvida também para a génese deste tipo de perturbações. Uma personalidade marcadamente emocionável tem, como no homem, claro papel predisponente; mas, ao contrário do que se passa com este último, a existência de conflitos socio-familiares na vida anterior parece tornar também a mulher mais vulnerável nesta idade. Parece assim poder concluir-se que, no sexo feminino, a dependência física e a perda de autonomia no lar, numa personalidade emotiva e propensa a conflitos domésticos, estão na origem de uma proporção significativa dos quadros neuróticos e depressivos da senescência.

## INSATISFAÇÃO E DOENÇA PSÍQUICA

Uma das interrogações que formulámos no início deste estudo dizia respeito à relação entre insatisfação pela vida e doença psíquica. Até que ponto essa insatisfação, o «baixo moral» de que falam muitos dos autores que mencionámos no cap. 4.3, representa o grau incipiente de um mecanismo patogénico que pode levar até à franca depressão? Serão idênticos os factores de risco, ou, como afirmava Lowenthal (1967), a maior parte das perdas e situações de stress produzem simples insatisfação ou reacção emocional limitada, mas não verda-

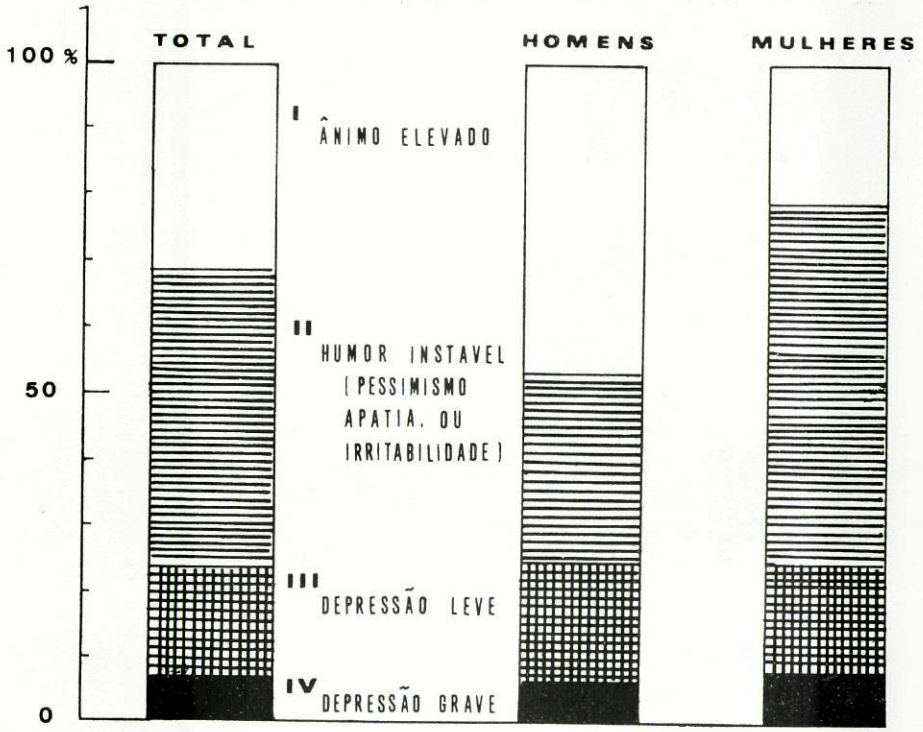



FIGURA 13.1

Distribuição dos indivíduos observados pelos quatro subgrupos (ver texto). Foram considerados «normais» os que integram I e II.

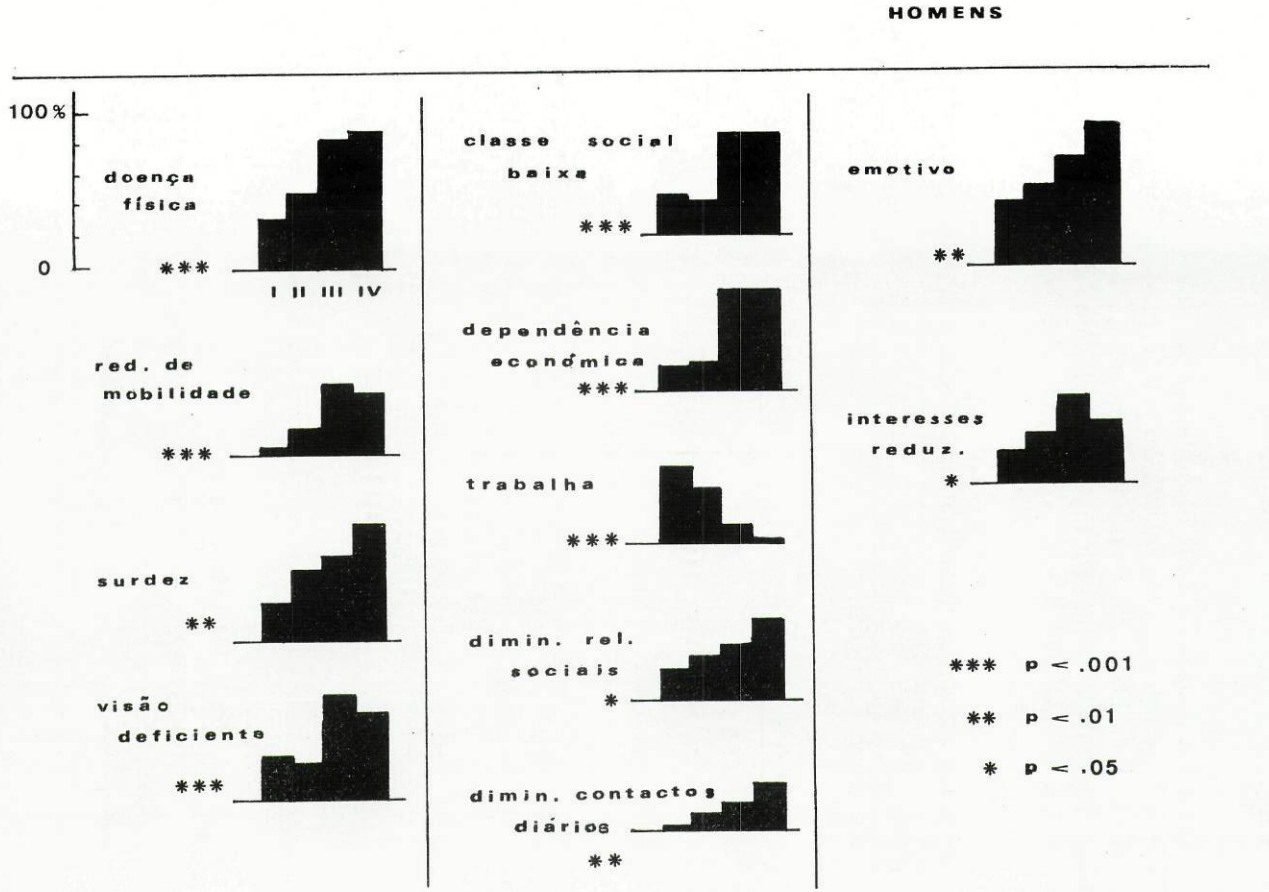



FIGURA 13.2

Comparação das frequências relativas de diversos factores — físicos, sociais e psicológicos — nos subgrupos da população masculina: I — ânimo elevado; II — humor instável; III — depressão leve; IV — depressão moderada ou grave.

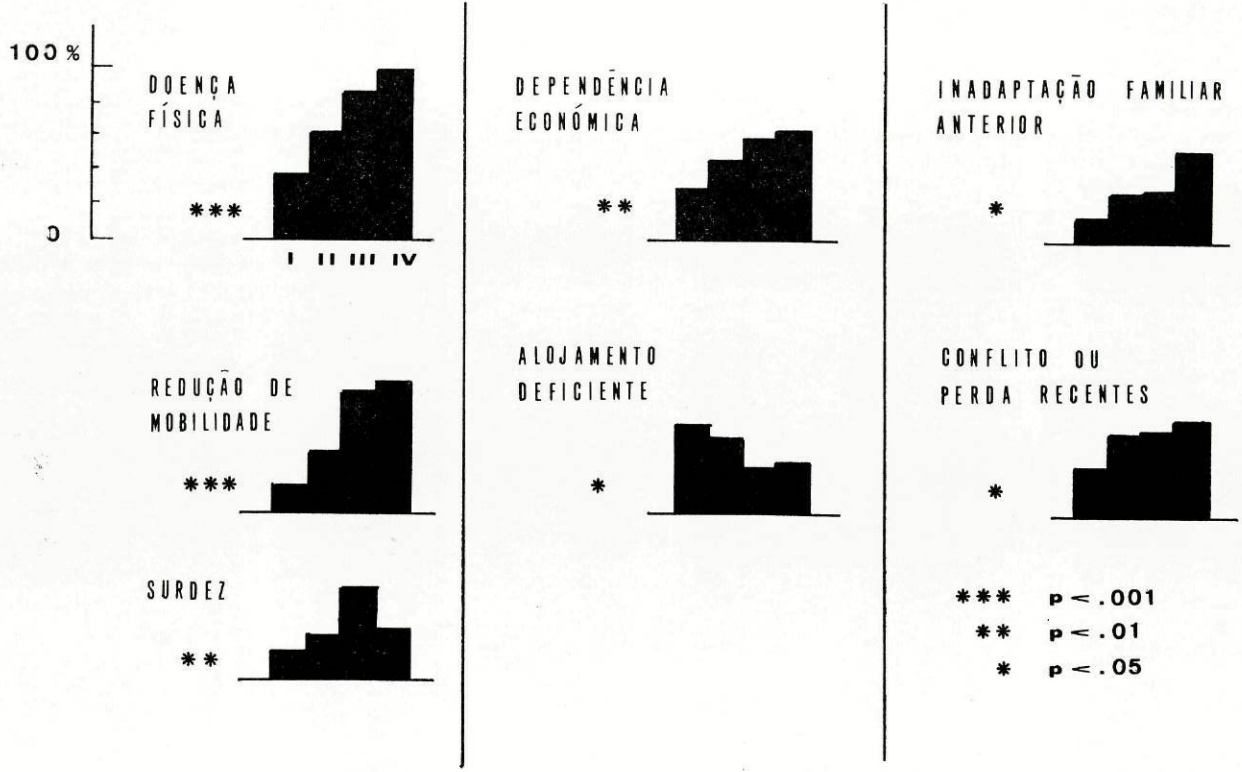



FIGURA 13.3

Comparação das frequências relativas de diversos factores — físicos, sociais e psicológicos — nos subgrupos da população feminina: I — ânimo elevado; II — humor instável; III — depressão leve; IV — depressão moderada ou grave.

deira doença psíquica? É chegado o momento de tentar responder a esta questão. Os resultados por nós alcançados não favorecem a teoria de Lowenthal. É certo que o facto de as situações de «baixo moral» serem muito mais frequentes na mulher que no homem, enquanto já as depressões moderadas e graves terem distribuição equitativa (figura 13.1) pode fazer pensar que se trata de realidades qualitativamente diferentes. No entanto, a análise factorial não demonstrou que insatisfação e depressão constituam factores independentes. Pelo contrário, tudo se passa como se «ânimo elevado» e depressão sejam os polos opostos do mesmo eixo contínuo, podendo as condições que afectam a satisfação causar depressão quando actuam mais intensamente. Na verdade, excluindo-se os quadros endógenos onde outros mecanismos podem estar em jogo, os factores de risco relativos a insatisfação, disforia depressiva e depressão moderada ou grave parecem ser idênticos. Nas figuras 13.2 e 13.3 procuramos pôr este facto em evidência. As diferenças entre os quatro subgrupos — «ânimo elevado», «humor instável», depressão leve, e depressão moderada ou grave — no que se refere a diversos factores de risco são essencialmente quantitativas. (Note-se, a propósito, como o residir em alojamento deficiente parece constituir um factor protector: trata-se da residência própria, menos confortável que a casa dos descendentes). A razão porque determinados acontecimentos ou situações irão desencadear num indivíduo um estado depressivo, e noutro uma reacção emocional passageira, ou porque certas pessoas podem suportar um prolongado stress sem apresentar mais do que simples queixas de insatisfação, deve atribuir-se naturalmente a factores da personalidade, como o salientaram já Kay e cols. (1964), Brown e Harris (1978), Henderson e cols. (1980, 1981) e Murphy (1982). Estes factores terão tanto mais importância quanto maior for a desproporção entre o stress e a perturbação resultante. Entre eles temos de distinguir as disposições de natureza constitucional, por um lado, e o estilo adaptativo do indivíduo, baseado em mecanismos de superação aprendidos, por outro.

## INADAPTAÇÃO — UMA INTERPRETAÇÃO COMPORTAMENTAL

Como dizíamos no final do capítulo 4, ao concluirmos a exposição sobre o contributo de conceitos como adaptação e stress para a compreensão do comportamento da pessoa idosa, faltam modelos teóricos não simplistas, capazes de integrar e dar sentido a muita da investigação neste domínio. No termo deste estudo, parece-nos aliciante tentar esboçar, mesmo que a traços largos, as linhas gerais de uma interpretação psicológica da génese dos quadros neuróticos tão comuns na senescência. Vamos procurar fazê-lo, servindo-nos de alguns conceitos básicos da psicologia contemporânea, que geralmente se associam com as correntes comportamentais, e a que nos referimos já anteriormente.

Partimos da noção de que vida e adaptação são realidades inseparáveis. As pessoas idosas, tal como as de qualquer outra idade, experimentam constantes transformações, quer na sua relação com o mundo em que se situam, quer sobretudo em si próprias. Ao longo da vida, alteram-se assim as condições em que o ser humano pode dar satisfação às suas necessidades e receber gratificações, ou reforços, em resultado da sua actividade. Ele tem por isso que se **adaptar**, modificando o seu comportamento de modo a manter, por vias diferentes, o mesmo grau de satisfação dos seus impulsos.

Quando as necessidades fundamentais permanecem, em larga medida, insatisfeitas, o indivíduo experimenta consideráveis tensões, que se manifestam em comportamentos de tipo ansioso ou agressivo. O limiar de aparecimento destas reacções emocionais varia de pessoa para pessoa. A **ansiedade** pode, deste modo, ser entendida como um estado preparatório para uma acção premente, que demora ou não chega sequer a ser empreendida. As causas desse bloqueio da resposta adequada podem ser várias, interessando neste momento mencionar a falta de uma aprendizagem prévia, a dificuldade relativa, a diminuição de capacidades, e factores cognitivos como a incerteza ou a depreciação de si próprio. O estado de preparação para a acção implica a activação de mecanismos psicofisiológicos vários, causadores de sensações subjectivas desagradáveis por vezes em extremo. A intensidade do estado ansioso dependerá, portanto, de três parâ-

metros fundamentais: o grau de motivação em jogo, a dificuldade em empreender uma acção adequada, e o coeficiente de emocionalidade do indivíduo. Essa acção premente poderá consistir em satisfazer um impulso, em escapar a uma situação penosa, ou ainda em evitar que se concretize uma ameaça pressentida. Em qualquer caso, há sempre estímulos mais ou menos identificáveis que desencadeiam o comportamento ansioso. Quando eles se generalizam ou condicionam, a ansiedade é como que aprendida, podendo surgir fora do contexto que lhe deu origem. É o que se passa com as fobias. Muito do que se escreveu sobre ansiedade, na perspectiva comportamental, tem sobretudo em conta o mecanismo fóbico, o que constitui por certo uma limitação; o modelo que aqui apresentamos, inspirado em Fraisse (1964), é mais geral e tem aplicação aos estados de ansiedade do indivíduo idoso, ao invés do que sucede com o modelo baseado no condicionamento. Na realidade, a pessoa de idade avançada está com frequência sob a ameaça de acontecimentos graves, como a doença, a falta de recursos, a perda de familiares. O seu futuro é incerto e próximo. E as solicitações que sobre ela recaem superam por vezes em muito aquilo para que se sente habilitada ou capaz. É o caso da mulher com um marido doente e exigente, e do homem que tem o lar a seu cargo. Como o nosso estudo mostra, tais pessoas estão em especial risco de perturbação neurótica tardia. O mesmo se passa com aqueles que sofreram uma modificação radical no seu quadro de vida, e tem de «aprender» novas respostas, e inibir outras, para obter gratificação: os homens reformados há pouco tempo, as mulheres que mudaram para lar filial onde as esperam novos hábitos e tarefas de que terão que dar conta.

Uma das explicações mais plausíveis para a génese da **depressão** psicógena aponta para a importância da baixa de reforço. Quando, durante um período mais ou menos longo, um indivíduo não consegue obter gratificações proporcionais aos seus esforços, seja porque a sua estratégia é inadequada, seja porque perdeu as suas principais fontes de reforço e não as substituiu, pode começar a exibir apatia e desinteresse, e a sentir desalento e tristeza. Pode, por fim, instalar-se uma franca depressão, com os respectivos sintomas físicos associados: perda de apetite, emagrecimento, insónia, etc. Supõe-se que, neste caso, terá ocorrido uma importante alteração na regulação

central de certas funções fisiológicas, a que alguns indivíduos são constitucionalmente mais predispostos. Além da diminuição da taxa de reforço, factores cognitivos contribuem também geralmente para produzir e manter o estado depressivo: auto-acusações, representações negativas das próprias capacidades, convicção da inutilidade dos esforços. Este «pensamento patogénico» pode ter como ponto de partida fracassos reais ou imaginários, em indivíduos com «locus de controlo» externo aleatório (v. capítulo 4 e também Rotter, 1964, e Seligman, 1975). Não é difícil aplicar este modelo interpretativo às depressões da idade avançada. A pessoa que envelhece assiste a uma progressiva eliminação das suas fontes de reforço: são, antes de mais, as perdas de parentes e amigos, as separações, as limitações à sua mobilidade e autonomia impostas pela doença. São também as modificações no seu ambiente físico: um café que encerra, uma construção que lhe tapa a vista, a saída forçada da casa onde cada recanto evoca um momento feliz do passado. São as dificuldades da visão e da audição, impedindo as distracções da leitura ou da conversa. É, também, por fim, a marginalização por parte da própria família, a falta de companhia durante largas horas do dia. À perda destas fontes de reforço soma-se a dificuldade, já mencionada, em obter reforço das fontes que restam. Restringem-se progressivamente os meios instrumentais ao dispor do idoso: o dinheiro, a influência social, a energia física, a liberdade de movimentos e a acapacidade de decisão.

O **stress** consiste nesta sobrecarga imposta aos mecanismos adaptativos, por causas externas, e que conduz, como vimos, à perda das fontes de reforço, à incerteza e à ameaça de perdas futuras, ao aumento de dificuldade das tarefas em comparação com os meios ao dispor, e à baixa da taxa de reforço, ou seja, da quantidade de gratificações proporcionadas pelas fontes que ainda permanecem. As consequências do stress, caso fracassem os mecanismos adaptativos, são nesta idade principalmente a ansiedade, ligada à incerteza do futuro e às dificuldades em levar a cabo as tarefas, e a insatisfação e a depressão, associadas com as perdas não compensadas.

Três ordens de factores conferem especial gravidade ao stress e comprometem o sucesso da adaptação: (1) a acumulação ou rápida sucessão no tempo de situações como as descritas; (2) uma particular

vulnerabilidade individual, devida a factores constitucionais ou aprendidos, de que falaremos; (3) a falta de condições objectivas que permitam pôr em marcha os recursos adaptativos do indivíduo. Comecemos por uma rápida referência a estes últimos.

Os **mecanismos de superação** que se revelam mais eficazes nestas idades têm a ver, sobretudo, com a actividade, a sociabilidade e a reestruturação cognitiva. Qualquer forma de **actividade** compatível com a saúde e as capacidades da pessoa idosa é útil em vários sentidos. Reduz a ansiedade, porque aproveita e dá saída à energia que ela mobiliza, e porque confere sentimentos de segurança e valia; nesse sentido pode dizer-se que a acção é o melhor ansiolítico. Além disso, a actividade previne a depressão, uma vez que multiplica as oportunidades de reforço. Os nossos resultados mostram bem que o trabalho constitui com frequência, quando ainda possível, um poderoso meio de fazer face às dificuldades desta idade; ele contribui, não só para preservar a identidade, como também para manter o nível de trocas interpessoais e o exercício de uma certa influência social. Pelas mesmas razões, qualquer outra forma de ocupação por interesse é benéfica, desde a leitura à frequência de clubes, jardinagem, malhas e rendas, colecções, etc., como atrás se viu. Mostrámos também como o **estreitamento de contactos com outrem** — cônjuge, netos ou outras pessoas — é um meio eficaz de lidar com as vicissitudes da velhice. A manutenção de algumas relações com amigos tem ainda a vantagem de fornecer modelos de atitudes a imitar, e de evitar o ensimesmamento e as ruminações depressivas.

Os mecanismos de **reestruturação cognitiva** (Thomae, 1976), que incluem a interpretação positiva dos acontecimentos, a revisão de aspirações e a resignação perante o inevitável, constituem a estratégia mais utilizada, por ser acessível à generalidade das pessoas, ainda que nem todas estejam preparadas para a adoptar, como veremos. Orienta-se muitas vezes num sentido realista, como por exemplo quando um indivíduo reconhece que os seus objectivos eram inatingíveis e é bom, afinal, contentar-se com o que pôde alcançar. Noutros casos existe uma leve distorção da realidade, com minimização das perdas e exaltação dos aspectos favoráveis. Realismo e fantasia coexistem no mecanismo de identificação com o sucesso

de outros, filhos ou netos, que é muito frequente e resulta na medida em que torna possível uma mais extensa gama de reforços.

Como é evidente, estas várias estratégias adaptativas exigem, para poderem ser postas em prática, um mínimo de **condições objectivas.** A actividade pressupõe um bem estar físico que a maioria dos idosos não disfruta, bem como facilidades de deslocação e, mesmo, alguma capacidade económica. A correcção de defeitos de visão e audição é indispensável para que o idoso possa fruir de ocupações como a leitura ou a televisão. A restruturação cognitiva exige que a pessoa mantenha um forte sentimento da sua identidade. Para isso concorrem a manutenção de um espaço próprio, a ligação ao passado através da conservação de objectos pessoais que o representam, e até o continuar a ser tratada pelo seu nome. Tudo isso é com frequência esquecido quando a pessoa idosa é retirada da sua residência habitual e colocada em casa de parentes ou numa instituição. A conservação no domicílio, com apoio social sempre que necessário, é sem dúvida a melhor solução para a pessoa de idade avançada, especialmente do sexo feminino, como vimos. A melhoria das suas condições materiais de vida aumentará de certo as gratificações que poderá alcançar, e reduzirá a insegurança relativamente ao futuro, o que só poderá beneficiar a sua saúde mental.

No entanto, mesmo que estes aspectos materiais estejam resolvidos e exista um adequado apoio social, não fica garantida uma adaptação feliz à senescência. Seria ilusório pensar assim, esquecendo-se a importância dos factores ligados à personalidade e à experiência anterior. Na verdade, como temos dito, a **vulnerabilidade aos efeitos do stress** é maior em certos indivíduos, ou por não se terem preparado previamente para as perdas inevitáveis, ou por não terem aprendido antes a superá-las. Vejamos quais são, de acordo com o modelo teórico que delineámos, esses indivíduos mais vulneráveis

Em primeiro lugar, são aqueles que sempre dependeram, para obter as suas gratificações, de meios que entram em falência na idade avançada: os dotes físicos e os atractivos sexuais, os papéis de autoridade e de domínio social, a produtividade mais em termos de quantidade do que qualidade.

Depois, aqueles que ao longo da vida não souberam diversificar as suas fontes de reforço, e se consagraram quase exclusivamente ao trabalho, sem cultivar outros interesses.

Em seguida, os que não foram capazes de desenvolver, manter ou renovar relações desinteressadas e íntimas com outrem, sem egocentrismo nem dependência.

Também, por outro lado, aqueles que não tiveram a experiência da solidão ou não aprenderam a suportá-la.

Finalmente, as pessoas que ao longo da vida nunca tiveram perdas significativas, ou então que, tendo-as sofrido, reagiram habitualmente de maneira não adaptativa — através da agressividade, da dependência excessiva, da evasão ou do alcoolismo, por exemplo.

A estes factores ligados à história individual haverá, naturalmente, que acrescentar os que estão associados a elementos constitucionais da personalidade, entre os quais traços de excessiva emotividade e predisposição para a doença depressiva.

O que temos estado a referir chama a atenção para a importância de que se reveste a **preparação** para o envelhecimento. Vendo bem, no entanto, é toda a vida adulta que prepara a velhice, como muito claramente o diz Erikson (1978). A neurose de início tardio parece representar, afinal, o desabar de um equilíbrio mais aparente que real, assente numa base muito estreita, e essencialmente rígido. A melhor forma de a prevenir é, pois, evitando os erros que acima apontamos, edificar a partir da juventude uma vida mais plena, mais criativa e mais solidária.

## ACÇÃO SOCIAL E PREVENÇÃO

Os resultados do nosso inquérito sugerem que, na população idosa residente no domicílio, é de 5% a proporção de perturbações psíquicas graves, cabendo 3,6% a demências avançadas e 1,4% a psicoses ditas «funcionais».

Exibem perturbações de menor gravidade, mas que, pela sua persistência e pelo indiscutível sofrimento que ocasionam, carecem de cuidados específicos, uns 10 a 11% adicionais. Não é possível determinar com precisão qual a proporção destes casos que deveria, em princípio, ser tratada por psiquiatra; isso depende, naturalmente, da capacidade e do interesse do generalista em ocupar-se de tais doentes. No entanto, podemos calcular, por largo, que entre um terço e metade beneficiariam certamente em ser assistidos por serviço psiquiátrico.

Finalmente, entre 15% e 25% dos idosos apresentam perturbações leves e transitórias, ou sintomas isolados, que poderão responder favoravelmente a uma terapêutica bem orientada, mesmo não especializada. São esses casos carecidos de especial vigilância, uma vez que podem constituir formas iniciais de perturbações mais sérias.

O presente estudo teve por objecto o conhecimento da extensão e possíveis causas das perturbações mentais das pessoas de idade avançada. Não foi, portanto, especialmente dirigido para a avaliação das necessidades concretas dessas pessoas e suas famílias, no que respeita a medidas de apoio médico e social. Esses aspectos devem constituir matéria de futura pesquisa, cuja necessidade e importância se torna supérfluo acentuar. Sem um conhecimento aprofundado das carências, difícil ou impossível se torna planear serviços de suporte ou esquemas de prestação de cuidados. Existem, é certo, recomendações a nível internacional, baseadas na experiência colhida em países como o Reino Unido, que possuem serviços muito diversificados e bastante eficazes na área da psicogeriatria (Jolley e Arie, 1978). Se quiséssemos transpor para o nosso caso essas recomendações, de maneira automática, diríamos, por exemplo, que o concelho de Matosinhos, com uma população estimada de 150.000 habitantes em 1985, dos quais 12.000 com mais de 65 anos, deveria poder contar com os seguintes meios institucionais mínimos:

30 camas para dementes, em hospital psiquiátrico, para estadias de curta duração.

6 camas para doentes funcionais, no mesmo regime.

24 lugares em hospital de dia, para doentes funcionais ou com deterioração leve.

4 camas em unidade de avaliação psicogeriátrica, para diagnóstico e orientação, em hospital geral.

Relativamente à Área Metropolitana do Porto, com população estimada em 1.100.000 pessoas, das quais 100.000 são idosos, esses números seriam, respectivamente, 250, 50, 200 e 35.

Estes recursos institucionais estariam integrados num dispositivo que ofereceria uma gama completa de serviços, com a tónica nas unidades extra-hospitalares — lares, centros de dia, consultas — que entre nós estão ainda em grande parte por criar. Pressuporia, também, a existência de um serviço de apoio domiciliário eficiente, capaz de prestar auxílio aos idosos em matéria de enfermagem, preparo de refeições, melhoramento de instalações, etc., e de assegurar uma vigilância adequada e bem aceite. Tudo isto, que visaria manter o doente tanto quanto possível no seu meio habitual, seria completado por subsídios às famílias, a quem seria também dada a garantia de apoio em caso de crise aguda. É evidente que temos atraso de dezenas de anos neste campo, e que nem sabemos se neste século poderemos ver um dispositivo semelhante a funcionar normalmente em Portugal. Por isso nos parece que referir números como aqueles tem mero valor indicativo, se é que não pode mesmo ser arriscado, por dar a impressão de que, na assistência aos idosos, o mais importante é dispor de suficientes camas em hospital.

Está fora do âmbito deste trabalho discutir a organização e funcionamento de serviços psicogeriátricos. Não queremos, no entanto, terminar sem pôr em relevo algumas das principais implicações dos resultados deste inquérito relativamente à intervenção social com finalidade preventiva.

Sendo tão considerável a prevalência de perturbações mentais na população idosa, é surpreendentemente diminuto o número de doentes reconhecidos como tais e recebendo qualquer forma de tratamento. Isto acontece especialmente com os quadros depressivos e ansiosos, onde a terapêutica se poderia revelar mais útil, e poderia evitar o progresso da doença até situações mais graves. Sabe-se que as pessoas idosas não tomam geralmente a iniciativa de recorrer ao médico por queixas de tipo emocional; e que as famílias mostram grande tolerância perante a persistência dessas queixas, julgando-as parte integrante da condição de «velho». Parece, pois, que um dos aspectos mais importantes dos cuidados e prestar a pessoas desta idade é promover o **diagnóstico precoce** das suas perturbações psíquicas. Assim se poderá evitar muito sofrimento inútil, nos casos favoráveis, e se estará em condições de elaborar com a família um plano de tratamento a longo prazo, nas situações de tipo progressivo. É claro que isso exigirá rapidez de resposta dos serviços às solicitações que lhes sejam feitas. Mas, dado que tais pedidos de auxílio terão tendência a já vir tarde, uma verdadeira prevenção secundária só pode resultar se forem os próprios serviços de saúde a entrarem em contacto com as pessoas idosas nos seus domicílios, um pouco como se fez neste inquérito, para avaliação sumária das suas necessidades. Pensamos que isso poderá estar a cargo das enfermeiras visitadoras dos centros de saúde, debaixo de supervisão médica.

É grande, no entanto, a desproporção entre a vastidão do crescente sector idoso da população e o número exíguo de técnicos de saúde que pode realizar esses contactos. Parece lógico, portanto, que se proceda a uma vigilância especial das **pessoas em alto risco** de adoecerem psiquicamente. É nesta ordem de ideias que os nossos resultados podem ser úteis, uma vez que apontam para determinados factores de risco que não é difícil identificar em contacto directo com a população. Se a atenção dos serviços de saúde se concentrar sobre os indivíduos de idade superior a 70 anos, com pouca instrução, economicamente dependentes, as viúvas, os que residem sós ou em lar alheio, os que têm perturbações da visão ou da audição, ou sofrem de imobilização por doença física, os que têm antecedentes de doença psíquica ou de inadaptação grave, e os que têm poucos contactos durante o dia, é provável que se possa detectar a tempo

muitas situações de perturbação mental e contribuir para o alívio de muitos padecimentos insuspeitados.

Quanto à **prevenção primária,** dirigida às causas das perturbações, trata-se de um problema de toda a sociedade e não especificamente dos serviços de saúde. Implica medidas de ordem económica, cultural, médica, arquitectónica e propriamente social, de cuja necessidade é fácil apercebermo-nos ao reflectir sobre os resultados deste inquérito relativos à causalidade. Racionalizar e humanizar a transição da reforma; combater as carências materiais, a marginalização, a insegurança e o sentimento de inutilidade da pessoa que envelhece; promover a sua ocupação e relações satisfatórias de convivência, são objectivos que deveriam ser contemplados de maneira integrada numa verdadeira «política de terceira idade» (Fonseca, 1978), de cuja importância real muito poucos dão mostras de se aperceber.

Tais medidas diminuirão, talvez, as doenças psíquicas entre as pessoas de idade avançada, e reduzirão, por certo, os transtornos emocionais e as situações de inadaptação. Mas, mais importante do que isso, virão minorar o sofrimento de todas elas, e dar-lhes a possibilidade de viver em condições mais humanas e mais felizes, objectivo que é afinal o da própria medicina.

# *SÍNTESE*

1. A duração média da vida tem vindo a aumentar progressivamente em todo o mundo. As pessoas de idade avançada, cada vez em maior número, mostram uma especial propensão para sofrerem de doenças mentais. Alguns inquéritos epidemiológicos, realizados no estrangeiro, têm revelado que tais perturbações afectam uma proporção considerável da população idosa, e que elas são com frequência ignoradas ou mal diagnosticadas pelos médicos. Subsistem ainda muitas noções erróneas que dificultam uma acção eficaz tendente a aliviar o sofrimento imerecido dessas pessoas. Diz-se, por vezes, que tais doenças são de causa orgânica, na sua maioria resultantes da arterioesclerose, o que significaria não terem possibilidade de cura. Muitos imaginam, por outro lado, que a tristeza e a angústia constituem o acompanhamento natural da velhice. Preconceitos desta ordem têm vindo a ser desmentidos, felizmente, pelos resultados da investigação, que sublinham o significativo benefício que é possível proporcionar a estes doentes quando correctamente diagnosticados e tratados. A pesquisa recente mostrou também serem de vária natureza as causas de tais perturbações, por vezes tão apertadamente entrelaçadas umas nas outras.

2. Uma das contribuições relevantes da psicogeriatria para o progresso da teoria psiquiátrica consiste, por certo, em ter realçado a importância da convergência de factores de natureza bem diversa na génese de grande parte das enfermidades. Assim, perante muitas situações clínicas complexas, a questão a pôr não é já «orgânico ou funcional?», mas sim «quanto de orgânico e quanto de funcional?» ou, melhor ainda, «como se processa a interacção entre o orgânico e o funcional?».

3. O reconhecimento da multiplicidade dos factores patogénicos, com o abandono das concepções unitaristas e das dicotomias radicais, teve consequências práticas importantes. Uma delas foi a chamada de atenção para o que pode ser feito no domínio da prevenção primária, quer modificando as condições de vida da pessoa idosa reconhecidamente implicadas na génese de algumas perturbações mentais, quer levando os indivíduos ainda na meia idade a adoptarem estilos de vida capazes de lhes proporcionar um envelhecimento mais feliz.

4. Outra consequência prática diz respeito à prevenção secundária, isto é, ao diagnóstico pronto e ao tratamento precoce das doenças. Tais objectivos serão mais facilmente atingidos se for possível identificar os indivíduos em maior risco e submetê-los a uma vigilância especial, susceptível de detectar as primeiras manifestações mórbidas. Daí a importância do conhecimento dos factores de risco correspondentes aos mais frequentes tipos de perturbações.

5. Com o presente estudo pretendemos, antes de mais, averiguar qual a frequência das doenças mentais na população idosa, e identificar factores de risco, mais ou menos objectivos, nas condições de vida actual e nos antecedentes, incluindo os aspectos sócio-económicos, médicos e psicológicos. Paralelamente, tentamos determinar a proporção de pessoas idosas que se sentem satisfeitas com a sua vida, e assinalar os factores ligados ao que se pode chamar um envelhecimento bem sucedido. Por fim, procuramos analisar as relações existentes entre todas as variáveis estudadas, de maneira a podermos delinear algumas hipóteses interpretativas sobre o processo de adaptação na idade avançada e sua relação com a doença mental.

6. Esta investigação consiste, pois, num estudo epidemiológico, que reveste a forma de inquérito de prevalência em amostra representativa da população com mais de 65 anos, completado por um estudo comparativo casos-controlos, onde estes últimos são os componentes da amostra sem alterações psíquicas aparentes.

7. A epidemiologia — estudo da distribuição das doenças na população, dos factores que condicionam essa distribuição, e dos mecanismos implicados — continua a ser um dos mais importantes meios de pesquisa em psiquiatria, contribuindo para um melhor conhecimento das características clínicas das perturbações, das suas dimensões sociais e das causas que para elas concorrem. O valor de uma investigação epidemiológica depende, contudo, da adequação do método utilizado ao fim em vista, da validade dos instrumentos e do rigor da análise. Em psiquiatria, os aspectos que oferecem maior dificuldade são a definição do que se deve entender por «casos» e a técnica usada para os detectar. A pesquisa neste domínio tem de apoiar-se tanto quanto possível em meios objectivos de avaliação, e tomar como referência classificações e critérios operacionais, não perdendo todavia de vista que o diagnóstico clínico continua a ser o critério dos critérios, o padrão com o qual se aferem os outros métodos.

8. Considerações semelhantes se podem fazer relativamente à utilização de métodos estatísticos e matemáticos de análise. Contribuem eles para ordenar as observações e pôr a descoberto relações latentes, sem todavia criarem factos novos nem provarem teorias. Só o julgamento do investigador, apoiado nos princípios da lógica científica, pode decidir sobre o significado dos resultados.

9. A área escolhida para o presente estudo, o concelho de Matosinhos, situa-se na região do Porto e apresenta índices relativamente altos de crescimento demográfico e económico. Foi construída uma amostra de 276 indivíduos, que representa 6,2 % da população idosa domiciliada em cinco freguesias do Concelho. Cada componente da amostra foi sujeito a pormenorizada observação por duas vezes, pelo menos, com um intervalo de cerca de dois anos. Foram colhidos elementos respeitantes a 62 variáveis, relativas à situação sócio-económica, modalidades de convivência, condições de saúde física, antecedentes próximos e remotos, personalidade prévia e manifestações psicopatológicas quando existentes. Aos indivíduos com perturbação mental foi feito um diagnóstico apoiado nos critérios da Organização Mundial de Saúde (C.I.D. — 9), o qual em alguns casos

foi de simples presunção, dado serem inaplicáveis procedimentos exploratórios mais completos. Alguns sintomas foram avaliados segundo critérios de apreciação bem divulgados internacionalmente, ou através de escalas construídas para o efeito.

**10.** A prevalência pontual das várias doenças psíquicas, estimada com base nos dados por nós obtidos, não difere significativamente da que foi determinada em inquéritos semelhantes empreendidos noutros países, excepção feita para uma ou outra discrepância de critério classificativo. Cerca de 30 % das pessoas idosas apresentam perturbações mentais bem definidas, sendo 18 % atribuíveis a um factor orgânico, entre outras causas, e 12% aparentemente «funcionais». Uns 14 % adicionais mostram sintomas neuróticos leves, difíceis de demarcar das situações de simples insatisfação pela vida.

**11.** De um ponto de vista prático, podem distinguir-se três níveis de gravidade. Em 5 % dos idosos vivendo no domicílio encontram-se perturbações mentais muito graves, de tipo psicótico, correspondendo 3,6 % a demências avançadas e 1,4 % a psicoses ditas funcionais. Perturbações menos acentuadas, mas de carácter persistente e associadas com considerável sofrimento, afectam 10 a 11 % dos idosos. Cerca de metade destes casos é constituída por neuroses de início tardio, com expressão clínica geralmente de tipo depressivo. Finalmente, em 15 a 25 % da população desta idade encontramos sintomas mais leves ou de natureza transitória, que no entanto podem beneficiar de algum apoio clínico.

**12.** Procurámos detectar associações entre doença psíquica e grande número de factores suspeitos de terem comparticipação causal. Utilizámos na análise as correlações simples, parciais e múltiplas, bem como os índices de risco relativo. As variáveis dependentes seleccionadas foram: perturbação, deterioração mental, depressão, neurose tardia e «ânimo elevado». Estas variáveis e os factores de risco que se revelaram mais significativos, bem como outros parâmetros servindo de marcadores, foram por fim sujeitos a análise

factorial pelo método centróide de Thurstone. Todos estes procedimentos foram empreendidos em separado para cada sexo.

**13.** A análise dos nossos resultados sugere que se encontram em particular risco de deterioração mental, ao lado dos indivíduos afectados por certas doenças físicas como as de tipo cerebrovascular, também aqueles que estão em situação de inactividade, com acentuada baixa de contactos durante o dia, e os que não têm tarefas definidas que impliquem responsabilidade e tomadas de decisão. Factores de natureza puramente psicológica parecem assim poder precipitar um declínio da eficiência mental, o que leva a supor que a manutenção de um determinado nível de solicitações é indispensável para a conservação das estratégias de resposta. O exercício da inteligência é pois, por assim dizer, uma condição da sua preservação.

**14.** Os transtornos afectivos mostram elevada prevalência nesta idade. Cerca de uma em cada quatro pessoas idosas apresenta manifestações depressivas, as quais assumem carácter mais persistente e mais grave em cerca de 8%. Em um terço das depressões existem sinais definidos de doença cerebral, mais frequentemente de tipo vascular, a que pode ser atribuído um papel importante na patogenia. Dos casos restantes, a grande maioria pode enquadrar-se na rubrica das depressões neuróticas. Com efeito, as perturbações de natureza neurótica, não só de tipo depressivo como também ansioso e hipocondríaco, afectam mais de vinte por cento dos indivíduos desta idade. Os casos de neurose relativamente duradoura ou mais acentuada montam a 7%. Por outro lado, os indivíduos com «ânimo elevado», denotando razoável satisfação de viver, não são, no nosso material, mais de 47% entre os homens e 22% nas mulheres.

**15.** As circunstâncias associadas com insatisfação de viver são semelhantes àquelas que constituem factores de risco relativamente aos quadros neuróticos e depressivos. No sexo masculino, vêm a ser as perdas e conflitos recentes, a transição da reforma, a diminuição dos contactos diários, a dependência económica, a doença física aliada à imobilização, e a surdez. Personalidade com traços marcada-

mente emotivos, bem como a ausência de interesses ou ocupações específicas, representam também importantes factores de risco. Certas neuroses de início tardio, de quadro clínico mais marcado pela ansiedade, parecem mais frequentes no período a seguir à reforma, em indivíduos emotivos e sociáveis, quando as perdas pessoais, uma solidão inacostumada, e uma dependência material sentida como queda ou fracasso, representam uma modificação radical no quadro de vida e prenunciam outros desastres que estarão para vir. Outros quadros neuróticos, mais de tipo depressivo, mostram-se associados com a doença física e a imobilização.

**16.** Na mulher não se individualiza tão bem uma neurose de aparição tardia. Os quadros neuróticos assemelham-se aos que se observam noutras idades; os factores de risco mais importantes parecem ser a doença física e a perda de mobilidade, bem como a perda de autonomia no lar e a sujeição ao poder de outrem, resultantes da transferência para casa de filha ou nora quando fica viúva. Uma personalidade emotiva ou instável, bem como antecedentes de conflitos domésticos, constituem igualmente factores de relevo.

**17.** A insatisfação e a depressão são mais frequentes nas classes sociais inferiores. As mulheres, embora vivendo em condições materiais mais difíceis que os homens, mostram-se mais resistentes a esse tipo de stress, mas suportam menos bem a dependência física e a perda de poder no lar. Já os homens parecem tolerar pior a solidão e as carências materiais, de que têm menos experiência.

**18.** O comportamento e a forma de adoecer, nestas idades, são profundamente influenciados por factores socio-culturais ligados ao sexo e ao estado civil, que introduzem nítidas clivagens no conjunto da população idosa. Pode descrever-se um processo de desligamento social, mais aparente nos casados, paralelo a um reforço da ligação ao cônjuge, que no homem toma por vezes a forma de dependência em relação à mulher. Já, paradoxalmente, a mulher que vive só mantém as suas ligações sociais até bastante tarde, ao contrário da que vive com a família. Devem, por isso, rejeitar-se as teorias sim-

plistas e unitárias sobre a sociabilidade da pessoa idosa, e defender-se concepções mais personalizadas, que aceitem a existência de diversos estilos de envelhecimento feliz.

**19.** Ânimo elevado, insatisfação de viver e depressão podem ser considerados como zonas sucessivas de um eixo contínuo, que mediria o sucesso adaptativo conseguido por cada indivíduo em face das perdas e ameaças sofridas. Estas perdas e ameaças constituem formas de stress, cuja gravidade depende da cadência com que surgem, da maior ou menor vulnerabilidade individual, e da existência ou não de condições objectivas para o funcionamento dos mecanismos adaptativos.

**20.** A vulnerabilidade individual em face do stress depende, por um lado, de disposições constitucionais, e por outro do estilo adaptativo do indivíduo, baseado em mecanismos de superação aprendidos. De acordo com o modelo interpretativo que propomos, de inspiração comportamental, as reacções de ansiedade representam um estado preparatório para uma acção premente, que todavia é difícil ou impossível de levar a cabo. Surgem, na pessoa idosa, sempre que as solicitações que sobre ela recaem excedem as suas capacidades e habilitações; quando paira uma ameaça de acontecimento grave; ou quando há uma modificação radical no seu quadro de vida, e é necessário aprender novas respostas e inibir outras. Os estados depressivos podem ser interpretados como resultando de uma baixa de reforço, devida, quer à eliminação progressiva das suas fontes, quer à dificuldade em obter reforço das fontes que restam, por falta de meios instrumentais. Os mecanismos de superação ao dispor da pessoa idosa são principalmente a actividade, o estreitamento dos contactos com outrem, e a reestruturação cognitiva. Qualquer deles pressupõe um mínimo de condições objectivas — bem-estar físico, capacidade económica, facilidades de deslocação, e manutenção dos suportes da sua identidade — que importa assegurar-lhe.

**21.** As causas da inadaptação na idade avançada, e o caminho da sua prevenção, só podem, no entanto, ser plenamente compreen-

didos na perspectiva da vida inteira. As raízes de uma descompensação tardia já vêm, quase sempre, de muito atrás, e o mesmo se poderá dizer a respeito de uma velhice harmoniosa. É impróprio falar-se de psicologia da velhice. Os velhos diferem mais uns dos outros do que as pessoas mais jovens. Avançando na idade, a personalidade diferencia-se e enriquece-se, tornando-se mais coerente e mais singular. Só a doença empobrece e igualiza. Os problemas da velhice são as grandes questões da vida, postas agora nua e friamente: conservar ou perder, dar ou receber, prender-se ou desligar-se, confiar ou desesperar, entender ou esquecer, ser ou apagar-se, sobreviver ou morrer. Envelhece-se como se viveu: para alcançar uma velhice feliz importa, pois, construir uma vida mais plena, mais criativa e mais solidária.

# *BIBLIOGRAFIA*

ABRAMS, R. e TAYLOR, M. (1978). A rating scale for emotional blunting. *Am. J. Psychiat., 135,* 226.

ABREU, J. PIO (1976). Investigação epidemiológica e sua inserção na organização de um serviço de saúde. In *I Congresso Nacional de Psiquiatria Social.* Ciba-Geigy, Lisboa.

OLIVEIRA, J. CUNHA, PIMPÃO, J. e PIRES, E. (1981). Resultados da aplicação de uma versão portuguesa do CPRS. *Psiquiatria Clínica, 2,* 169.

e PATO, M. L. VAZ (1981). A utilização de uma escala de rastreio em epidemiologia psiquiátrica. *Psiquiatria Clínica, 2,* 129.

ADOFFSON, R. e cols. (1979). Changes in brain cathecolamine in patients with dementia. *Brit. J. Psychiat., 135,* 216.

AJURIAGUERRA, J., REGO, A., RICHARD, J., e TISSOT, R. (1970). Psychologie et psychologie du vieillard. *Confrontations Psychiatriques, 5,* 27.

AKISKAL, H. (1983). Dystimic disorder: Psychopathology of proposed chronic depressive subtypes. *Am. J. Psychiat., 140,* 11.

ALARCÓN, J. GRAD (1971). Social causes and social consequences of mental illness in old age. In *Recent developments in psychogeriatrics,* eds. D. W. Kay e A. Walk. Headley, Ashford.

(1976). Social factors in mental illness. In *Recent advances in clinical psychiatry,* ed. Granville-Grossman. Churchill, Edimburgo.

ALEXANDER, D. (1972) «Senile dementia»: a changing perspective. *Brit. J. Psychiat., 121,* 207.

ALLISON, R. (1962) *The senile brain: a clinical study.* E. Arnold, Londres

ALONSO-FERNANDEZ, F. (1979). Peculiaridades de los fenómenos psicóticos no demenciales en la tercera edad. *Bol. Depart. Saúde Mental F. M. Porto,* 2.ª série, sem número, 17.

ALPERT, J. e col. (1980) Parenting. In *Aging in the 1980's,* ed. L. Poon. Amer. Psychol. Assoc., Washington.

American Psychiatric Association Task Force on Nomenclature and Statistics (1980) *Diagnostic and statistic manual of mental disorders (DSM-III)* 3.ª ed. A. P. A., Washington.

ANDERSEN, T., ASTRUP, C. e cols. (1975). Social, somatic and psychiatric studies of geographically defined populations. *Acta Psychiat. Scand.* Supl. n.º 263.

ANDERSON, W. FERGUSON (1971). The inter-relationship between physical and mental disease in the elderly. In *Recent developments in psychogeriatrics,* eds. D. Kay e A. Walk. Headley, Ashford.

ANGLEITNER, A. (1976). Changes in personality observed in questionnaire data. In *Patterns of aging,* ed. H. Thomae. Karger, Basileia.

ANGST, J. e cols. (1969). Paper read at the annual meeting of the Royal Medico-Psychological Association. *Lancet,* 709.

ARAÚJO, H. GOMES DE (1979). Considerações sobre os delírios na velhice. *J. Médico,* n.º 1823.

ARIE, T. (1973). Dementia in the elderly: diagnosis and assessment. *Brit. Med. J.,* 4, 540.

ARNHOFF, F. (1961). Concepts of aging. In *Psychopathology of aging,* eds. Hoch e Zubin. Grune and Stratton, Nova Iorque.

ARTHUR, R. (1971). *An introduction to social psychiatry.* Penguin, Londres.

ASBERG, M., PERRIS, C. e cols. (1978). The CPRS — Development and applications of a psychiatric rating scale. *Acta Psychiat. Scand.*, supl. n.º 271. Trad. portuguesa: Psiquiatria Clínica, *3*, 93 (1982).

AVERILL, J., OPTON, E. e LAZARUS, R. (1971) Cross-cultural studies of stress and emotion. In *Society, stress and disease,* ed. L. Levi. Oxford U.P., Londres.

BACK, K. W. (1969). The ambiguity of retirement. In *Behavior and adaptation in late life,* ed. E. Busse e E. Pfeiffer. Little Brown, Boston.

BALIER, C. (1970). Vie collective et vieillissement. *Confrontations Psychiatriques, 5,* 189.

BARAHONA-FERNANDES (1970). Personalidades anormais. Reacções e evoluções. Neuroses e endotimopatias. *J. Médico, 30,* 1406.

(1978). Psiquiatria clínica, antropologia da senescência, saúde mental. In *Gerontopsiquiatria,* ed. Barahona Fernandes e Paes de Sousa. Ciba-Geigy, Lisboa.

BARBIZET, J. e DUIZABO, PH. (1977). *Abregé de neuropsychologie.* Masson, Paris.

BARQUERO, J. VAZQUEZ (1980). Metodologia de la investigación epidemiológica psiquiátrica: los estudos tranversales en dos fases de la comunidad. *Rev. Psiquiat. Psicol. Médica, 14,* 7, 153,

MUÑOZ, P. e cols. (1981). The interaction between physical illness and neurotic morbidity in the community. *Brit. J. Psychiat. 139,* 328

e cols. (1981). Influencia de los factores personales sobre la prevalencia neurótica: un estúdio de epidemiologia comunitária. *Actas Luso-Espanholas de Neurologia e Psiquiatria,* 9: 4, 267.

BARRACLOUGH, B. M. (1971). Suicide in the elderly. In *Recent developments in psychogeriatrics,* ed. D. Kay e A. Walk. Headley, Ashford.

BARRETO, JOÃO (1971). Contribuição da psicologia para o estudo dos síndromos cerebrais crónicos. *Rev. Portuguesa de Psicologia,* 6/7/8, 173.

(1973). Classificação nosológica das depressões: aspectos actuais. In *II Colóquio sobre depressões e seu tratamento,* ed. Ciba-Geigy.

BASTIDE, ROGER (1965). *Sociologie des maladies mentales.* Flammarion, Paris, (ed. portuguesa: Europa-América, Lisboa, 1968)

e RAVEAU, F. (1971). Épidemiologie des maladies mentales. *Encycl. Méd. Chir., Psychiatrie,* 37 878 A 10.

BEBBINGTON, P. e cols. (1981). Epidemiology of mental disorders in Camberwell. *Psychol. Med. 11,* 561.

BECK, A. e cols. (1961). An inventory for measuring depression. *Arch. Gen. Psychiat., 4,* 561.

BELLIN, S. e HARDT, R. (1958). Marital status and mental disorders among the aged. *Amer Sociological Rev., 23:* 2, 155.

BENNETT, D. (1978). Community psychiatry. *Brit. J. Psychiat. 132,* 209.

BENTON, ARTHUR L. e VAN ALLEN, M. (1972). Aspects of neuropsychological assessment in patients with cerebral disease. In *Aging and the brain,* ed. Ch. Gaitz. Plenum, Nova Iorque.

BEREZIN, M. (1972). Psychodynamic considerations of aging and the aged: an overview. *Amer. J. Psychiat.* 128, 2, 1483.

BERGMANN, K. (1971). The neuroses of old age. In *Recent developments in psychogeriatrics,* eds. D. Kay e A. Walk. Headley, Ashford.

(1975). The epidemiology of senile dementia. In *Contemporary psychiatry,* eds. T. Silverstone e B. Barraclough. Headley, Ashord.

e DAMAS-MORA, J. (1979). Aspectos da assistência em gerontopsiquiatria: a experiência de Newcastle. *Bol. Depart. Saúde Mental da Fac. Med. Porto,* 2.ª s., 43.

BERKMAN, PAUL (1967). Cumulative deprivation and mental illness. In *Aging and mental disorder in San Francisco,* eds. M. F. Lowenthal e P. Berkman. Jossey-Bass, San Francisco.

BERNSTEIN, P., CLAYTON, P. e cols. (1973). The depression of widowhood after thirteen months. *Brit. J. Psychiat., 122,* 561.

BESSA, SANTOS (1969). Problemas relacionados com a velhice (discurso parlamentar). *J. Médico,* 6.3.69.

BIRKETT, D. (1972). The psychiatric differentiation of senility and arteriosclerosis. *Brit. J. Psychiat. 120,* 321.

BIRKMEYER, W. e cols. (1973). La depression masquée chez les personnes agées. In *La depression masquée,* ed. P. Kielholzer. Huber, Berna.

BIRREN, JAMES (1959). Principles of research on aging. In *Handbook of aging and the individual,* ed. J. Birren. Univ. Chicago Press, Chicago.

(1964). *The psychology of aging.* Prentice-Hall.

(1969). Age and decision strategies. In *Decision making and age,* eds. A. T. Welford e J. Birren. Karger, Basileia.

(1972). Toward an interdisciplinary aproach. In *Aging and the brain,* ed. Ch. Gaitz. Plenum, Nova Iorque.

e SCHAIE, K. (1977) eds. *Handbook of the psychology of aging.* Van Nostrand, Nova Iorque.

WOODS, A., e WILLIAMS, M. (1980). Behavioral slowing with age. In *Aging in the 1980's,* ed. L. Poon. Amer. Psychol. Association, Washington.

BLAZER, D. e WILLIAMS, C. (1980). Epidemiology of dysphoria and depression in an elderly population. *Amer. J. Psychiat. 137,* 4, 439.

BLÉANDONU, G. (1976). *Dictionnaire de psychiatrie sociale.* Payot, Paris.

BLESSED, G, TOMLINSON, B., e ROTH, M. (1968). The association between quantitative measures of dementia and of senile change in the cerebral gray matter of elderly subjects. *Brit. J. Psychiat., 114,* 797.

BLESSED, G. e WILSON, I. (1982). The contemporary natural history of mental disorder in old age. *Brit. J. Psychiat. 141,* 59.

BLEULER, MANFRED (1951). Psychiatry of cerebral diseases. *Brit. Med. J.,* p. 1233.

BLUMENTHAL, M. (1975). Measuring depressive symptomathology in a general population. *Arch. Gen. Psychiat., 32,* 971.

BOLLERUP, T. (1975). Prevalence of mental illness among 70 years old domiciled in nine Copenhagen suburbs. *Acta Psychiat. Scand., 51,* 327.

BOLTON, N., SAVAGE, R. e ROTH, M. (1967). The modified word learning test and the aged psychiatric patient. *Brit. J. Psychiat.* 113, 1139.

BOND, J. e cols. (1980). The reliability of a survey psychiatric assessment schedule for the elderly. *Brit. J. Psychiat. 137,* 148.

BOTWINICK, J. (1959). Drives, expectancies and emotions. In *Handbook of aging and the individual,* ed. J. Birren. Univ. Chicago Press.

(1966). Cautiousness with advanced age. *J. Gerontol., 21,* 347.

(1973). *Aging and behavior.* Springer, Nova Iorque.

BOWLBY, JOHN (1962). Childhood bereavement and psychiatric illness. In *Aspects of psychiatric research,* ed. Richter e colls. Oxford Univ. Press, Londres.

BREMER, J. (1951). A social psychiatric investigation of a small community in northern Norway. *Acta Psychiat. Neurol. Scand.*, Supl. 62.

BRION, S. e MIKOL, J. (1980). Histopathologie du cerveau sénile. *Encyclopédie Med. Chir., Psychiatrie*. Masson, Paris.

BROMLEY, D. (1966). *The psychology of human ageing*. Penguin, Londres.

(1969). Studies of intellectual function in relation to ageing. In *Decision making and age*, eds. A. T. Welford e J. Birren. Karger, Basileia.

BRONISCH, F. W. (1965). *Psiquiatría geriátrica*. Trad. espanhola. Científico-Médica, Barcelona.

BROOK, P. e cols. (1975). Reality orientation, a therapy for psychogeriatric patients. *Brit. J. Psychiat., 127*, 42.

BROWN, C., GANTT, W. H. e cols. (1961). Measures of adaptability in senility. In *Psychopathology of aging*, eds. P. Hoch e J. Zubin. Grune and Stratton, Nova Iorque.

BROWN, G. W. e HARRIS, T. (1978). *The social origins of depression*. Tavistock, Londres.

BROWN, G. W. e colabs. (1977). Depression and loss. *Brit. J. Psychiat. 130*, 1.

BROZEK, J. (1961). Aging: some contributions of psychological antropology. In *Psychopathology of aging*, ed. P. Hoch e J. Zubin. Grune and Stratton, Nova Iorque.

BUHLER, CHARLOTTE (1962). Genetic aspects of the self. *Ann. N. Y. Acad. Sci. 96*, 730.

BUMKE, O. (1930). *Handbuch der Geisteskrankheiten*, vol. VIII. Julius Springer, Berlim.

BURGERMEISTER, J., CORDEIRO, J. DIAS, e AJURIAGUERRA, J. (1970). Les états délirants à debut tardif. *Confrontations Psychiatriques, 5,* 63.

BUSSE, E. W. (1961). Psychoneurotic reactions and defence mechanisms in the aged. In *Psychopathology of aging,* eds. P. Hoch e J. Zubin. Grune and Stratton, Nova Iorque.

(1969). Theories of aging. In *Behavior and adaptation in late life,* eds. E. W. Busse e E. Pfeiffer. Little Brown, Boston.

(1971). Geriatrics: some complex problems. *Amer. J. Psychiat., 127,* 1078.

(1982). Cardiovascular disease and psychopathology in the elderly. *Psychiat. Clin. N. Amer., 5:* 1.

e cols. (1970). Psychoneurotic reactions of the aged. In *Normal Aging,* ed. E. Palmore. Duke U. Press, Durham.

e BLAZER, D., eds. (1980). *Handbook of geriatric psychiatry.* Van Nostrand, Nova Iorque.

e PFEIFFER, E. (1969). Functional psychiatric disorders in old age. In *Behavior and adaptation in late life,* eds. E. Busse e E. Pfeiffer. Little Brown, Boston.

e WANG, H. (1971). The multiple factors contributing to dementia in old age. Comunic. ao V Congresso Mundial de Psiquiatria, México.

BUTLER, R. N. (1969). Summary statement on Psychiatric perspective. In *Colloquium on health and aging of the population,* eds. M. F. Lowenthal e A. Zilli. Karger, Basileia.

(1971). The responsability of psychiatry to the elderly. *Amer J. Psychiat., 127,* 1080.

CAIRD, F. e JUDJE, T. (1974). *Assessment of the elderly patient.* Pitman, Londres.

CARDOSO, AGOSTINHO (1969). Política da velhice. *O Médico, 20,* 1284.

CARDOSO, CAMILO D. (1971). *A psicometria da deterioração mental.* Tese apresentada à Fac. Med. Lisboa. Ed. do autor.

(1978). Aspectos psicométricos em gerontologia. In *Gerontopsiquiatria,* eds. H. Barahona Fernandes e M. Paes de Sousa. Ciba-Geigy, Lisboa.

CARLSTAM, G. (1971). The individual, the city and stress. In *Society, stress and disease,* ed. Lennart Levi. Oxford U.P., Londres.

CARP, F. (1967). The impact of environment on old people. *Gerontologist, 7,* 106.

CARROLL, B. e cols. (1981). The Carroll rating scale for depression. *Brit. J. Psychiat., 138,* 194.

(1981, b). A specific laboratory test for the diagnosis of melancholia. *Arch. Gen. Psychiat., 38,* 15.

CATTELL, R. B. (1952). The three basic factor-analytic research designs. *Psychol. Bull., 49,* 499.

CESA-BIANCHI, M. e cols. (1968). A study in the integration of opposed emotional experiences in the aged. In *Psychological functioning in the normal aging and senile aged,* eds. S. Chown e K. Riegel. Karger, Basileia.

CHIRIBOGA, D. e col. (1980). Stress and adaptation: life span perspectives. In *Aging in the 80's,* ed. L. Poon. Amer. Psychol. Assoc., Washington.

CHOWN, SHEILA (1962). Rigidity and age. In *Social and psychological aspects of aging,* eds. C. Tibbits e W. Donahue. Columbia U. Press.

e DAVIES, A. (1972). Age effects on speed and level of intelligence test perfomance. In S. Chown (ed.) *Human ageing.* Penguin, Harmondsworth.

CHRISTIE, A. (1982). Changing patterns in mental illness in the elderly. *Brit. J. Psychiat., 140,* 154.

CICIRELLI, V. (1980). Sibling relationships in adulthood. In *Aging in the 80's,* ed. L. Poon. Amer. Psychol. Assoc., Washington.

CIOMPI, L. (1970). L'évolution des maladies mentales préexistantes sous l'influence de la vieillesse. *Confrontations Psychiatriques, 5,* 113.

CLAUSEN, J. (1969). Methodological issues in the measurement of mental health of the aged. In *Colloquium on health and aging of the population,* eds. M. F. Lowenthal e A. Zilli. Karger, Basileia.

CLÉMENT, F. (1969). The relative development of several psycho-physiological variables with different occupations and intellectual levels. In *Decision making and aging,* eds. A. T. Welford e J. Birren. Karger, Basileia.

CLEMMEY, R. e cols. (1975). The assessment of social breakdown in psychiatric patients. *Brit. J. Psychiat., 127,* 417.

COHEN, D. e EISDORFER, C. (1980). Serum immunoglobulins and cognitive status in the elderly: 1 — A population study. *Brit. J. Psychiat. 136,* 33.

COHEN, G. (1976). Mental health services and the elderly. *Am. J. Psychiat. 133:* 1, 65.

COOPER, B. EASTWOOD, M. e col. (1970). Psychiatric morbidity and social adjustment. In *Psychiatric epidemiology,* eds. Hare e Wing. Oxford U. Press, Londres.

COOPER, B. e MORGAN, H. (1973). *Epidemiological psychiatry.* Ch. C. Thomas, Springfield.

COPELAND, R. e cols. (1975). Cross-national study of diagnosis in the mental disorders: a comparison of the diagnoses of elderly patients. *Brit. J. Psychiat., 126,* 11.

(1976). A semi-structured clinical interview for the assessment of diagnosis of mental state in the elderly: the Geriatric Mental State Schedule. *Psychol. Med., 6,* 439.

CORDEIRO, J. DIAS (1968). Aspectos da desintegração clínica das demências degenerativas tardias. *J. Médico,* 379.

(1972). *Les états délirants tardifs: approche phénoménologique et psychodynamique.* Tese da Univ. de Genebra. Ed. Médecine et Hygiène.

(1978). Os estados delirantes tardios — aspectos psicodinâmicos. In *Gerontopsiquiatria,* ed. H. Barahona Fernandes e M. Paes de Sousa. Ciba-Geigy, Lisboa.

e GONÇALVES, M. J. (1979). Esquizofrenia senil. *J. Médico,* p. 1844.

CORSELLIS, J. A. (1962). *Mental illness in the ageing brain.* Oxford U. Press, Londres.

COWAN, D., WRIGHT, P. e cols. (1975). A comparative psychometric assessment of psychogeriatric and geriatric patients. *Brit. J. Psychiat., 127,* 33.

CRAIG, T. e VAN NATTA, P. (1976). Presence and persistence of depressive symptoms in patients and community populations. *Am. J. Psychiatry, 133,* 1426.

CRAIK, F. (1964). Age differences in a personality inventory. *Brit. J. Psychol., 55,* 453.

(1968). Short term memory and the aging process. In *Human aging and behavior,* ed. G. Talland. Academic Press, Nova Iorque.

CROWN, S. e CRISP, A. (1966). A short clinical diagnostic self-rating scale for psychoneurotic patients. *Brit. J. Psychiat., 112,* 917.

CUMMING, ELAINE (1970). Epidemiology: some unresolved problems. *Am. J. Psychiatry, 126,* 1645.

DEAN, L. e cols. (1960). Disengagement: a tentative theory of aging. *Sociometry, 23,* 23.

e MC CRAFFEY, I. (1961). Some conditions associated with morale among the aged. In *Psychopathology of aging,* eds. P. Hoch e J. Zubin. Grune and Stratton, Nova Iorque.

CYTRYNBAUM, S., BLUM, L. e cols. (1980). Midlife development: a personality and social systems perspective. In *Aging in the 1980's,* ed. L. Poon. Amer. Psychol. Association, Washington.

DAVIES, ANN D. (1968). Measures of mental deterioration in aging and brain damage. In *Psychological functioning in the normal aging and senile aged,* eds. S. Chown e K. Riegel. Karger, Basileia.

DAVIES, B. (1965). Physical illness in psychiatric outpatients. *Brit. J. Psychiat., 111,* 27.

DAVIES, D. R. e GRIEW, S. (1965). Age and vigilance. In *Behavior, aging and the nervous system,* eds. A. T. Welford e J. Birren. Ch. C. Thomas, Springfield.

DELAY, JEAN (1966). *Les maladies de la mémoire.* P.U.F., Paris.

PICHOT, P. e PERSE, J. (1955). *Méthodes psychométriques en clinique.* Masson, Paris.

DEROGATIS, L. (1977). *SCL-90: administration, scoring and procedures.* Johns Hopkins Univ. School and Clinical of Medicine, Chicago.

DOHRENWEND, B. e CRANDELL, D. (1970). Psychiatric symptoms in community clinic and mental hospital groups. *Amer. J. Psychiat. 126,* 1611.

DOHRENWEND, B. e DOHRENWEND, B. S. (1971). The prevalence of psychiatric disorders in urban versus rural settings. Comunic. ao V Congresso Mundial de Psiquiatria, México.

DRY, J. (1970). Biologie du vieillissement normal et pathologique. *Confrontations Psychiatriques, 5,* 9.

DU BOIS, P. (1965). *An introduction too psychological statistics.* Harper, Nova Iorque.

DURÃO, ÁLVARO (1974). O ponto de vista do médico do trabalho frente à problemática do trabalhador idoso. *O Médico,* n.os 1171 e 1172.

EASTWOOD, M. (1970). Psychiatric morbidity and physical state in a general practice population. In *Psychiatric epidemiology,* eds. Hare e Wing. Oxford U. Press, Londres.

Editorial (1978). Dementia — the quiet epidemic. *Brit. Med. J.,* 6104, 1.

EDWARDS, A. e WINE, D. (1963). Personality changes with age: their dependency on concomitant intelectual decline. *J. Geront. 18,* 182.

EISDORFER, C. (1969). Intellectual and cognitive changes in the aged. In *Behavior and adaptation in late life,* eds. E. W. Busse e E. Pfeiffer. Little Brown, Boston.

EISDORFER, C. e WILKIE, F. (1977). Stress, disease, aging and behavior. In *Handbook of the psychology of aging,* eds. J. Birren e K. Schaie. Van Nostrand, Nova Iorque.

ENDICOTT, J. e SPITZER, R. (1978). A diagnostic interview: The schedule for affective disorders and schizophrenia. *Arch. Gen. Psychiat.,* 35, 837.

EPSTEIN, L. e SIMON, A. (1969). Predictions of outcome of geriatric mental illness. In *Colloquium on health and aging of the population,* eds. M. F. Lowenthal e A. Zilli. Karger, Basileia.

ERIKSON, E. H., ed. (1978). *Adulthood.* W. W. Norton, Nova Iorque.

ESCOUROLLE, R. e col. (1978). La sénescence cérebrale. *Vie Medicale, 9,* 1978.

ESSEN-MOLLER, E. (1956). Individual traits and morbidity in a swedish rural population. *Acta Psychiat. neurol. scand.*, supl. 100.

ESTES, E. H. (1969). Health experience in the elderly. 1969, in *Behavior and adaptation in late life*. Eds. E. W. Busse e E. Pfeiffer. Little Brown, Boston.

EVERITT, B. (1975). Multivariate analysis: the need for data. *Brit. J. Psychiat., 126,* 237.

EY, HENRI (1963). *La conscience*. P.U.F., Paris.

BERNARD, P. e BRISSET, C. (1963). *Manuel de Psychiatrie*. Masson, Paris.

EYSENCK, H. J. (1960) ed. *Handbook of abnormal psychology*. Pitman, Londres.

(1970). The classification of depressive illnesses. *Brit. J. Psychiat., 117,* 241.

FEIGHNER, J., ROBINS, GUZE, S. e cols. (1972). Diagnostic criteria for use in psychiatric research. *Arch. Gen. Psychiat., 26,* 57.

FERREIRA, F. GONÇALVES, e MOTTA L. CAIOLLA DA (1968). Estatística para médicos de saúde pública. *O Médico, 47,* n.º 876 a 895.

FERGUSON, G. (1959). *Statistical analysis in psychology and education*. McGraw-Hill, Nova Iorque.

FISCH, M., GOLDFARB, A. e cols. (1968). Chronic brain syndrome in the community aged. *Arch. Gen. Psychiat. 18,* 739.

FISKE, MARJORIE (1980). Tasks and crises of the second half of life: commitment, coping and adaptation. In *Handbook of mental health and aging,* eds. J. Birren e R. Sloane. Prentice Hall, Englewood Cliffs.

FISSENI, H. (1976). Perceived life-space: problems of consistency and change. In *Patterns of aging,* ed. H. Thomae. S. Karger, Basileia.

FOLEY, J. M. (1972). Differential diagnosis of the organic mental disorders in elderly patients. In *Aging and the brain*, ed. Ch. Gaitz. Plenum, Nova Iorque.

FONSECA, A. FERNANDES DA (1965). Affective equivalents. *Brit. J. Psychiat., 109,* 464.

(1968). Epidemiologia e psiquiatria. *Bol. Clin. Psiq. da Fac. Med. do Porto, 2:* 6, 1.

(1978). Política da terceira idade. In *Gerontopsiquiatria,* eds. H. Barahona Fernandes e M. Paes de Sousa. Ciba-Geigy, Lisboa.

(1979). Terceira idade e sociedade actual. *Bol. Depart. Saúde Mental da Fac. Med. do Porto,* 2.ª série, sem número, p. 7.

(1982). Psiquiatria dos anos 80. *Psiquiatria Clínica, 3:* 2, 69.

RODRIGUES, C. e PAIVA, F. M. (1979). Incidência do alcoolismo na terceira idade. *Bol. Depart. Saúde Mental da Fac. Med. do Porto,* 2.ª série, sem número, p. 83.

FORD, C. e SBORDONE, R. (1980). Attitudes of psychiatrists toward elderly patients. *Am. J. Psychiat., 137,* 571.

FOZZARD, J. (1980). The time for remembering. In *Aging in the 1980's,* ed. L. Poon. Amer. Psychol. Assoc., Washington.

FRAISSE, P. (1964). The sources of emotion. In *Readings in Psychology,* ed. Cohen. Allen and Unwin, Londres.

FREEMAN, HUGH (1978). Mental health and the environment. *Brit. J. Psychiat., 132,* 113.

FREEDMAN, L. e HOLLINGSHEAD, A. (1957). Neurosis and social class. *Amer. J. Psychiat., 113,* 769.

FRIEDSAM, H. (1961). Reactions of older persons to disaster-caused losses. *Gerontologist, 1,* 34.

FROHLICH, W. (1969). Age differences in ways of resolving interpersonal conflicts. In *Decision-making and aging,* eds. A. T. Welford e J. Birren. Karger, Basileia.

GALLAGHER, D. e cols. (1980). Clinical psychological assessment of older adults. In *Aging in the 1980's,* ed. L. Poon. Amer. Psychol. Assoc., Washington.

GANZLER, H. (1964). Motivation as a factor in the psychological deficit of aging. *J. Gerontology, 19,* 425.

GARCIA, C. e GUERREIRO, M. (1982). A doença de Alzheimer: experiência clínica. Comunicação ao III Encontro de Gerontopsiquiatria, Lisboa.

GARSIDE, R. F., KAY, D. W. K., e ROTH, M. (1965). Old age mental disorders in Newcastle-upon-Tyne, part III: a factorial study of medical, psychiatric and social characteristics. *Brit. J. Psychiat., 111, 939.*

GARSIDE, R., ROY, J. e BEAMISH, P. (1969). Endogenous and neurotic types of depression: a 5 to 7 follow-up. *Brit. J. Psychiat., 115,* 389.

GARSIDE, R. F. e ROTH, M. (1978). Multivariate statistical methods and problems of classification in psychiatry. *Brit. J. Psychiat., 133,* 53.

GEADA, D., e OLIVEIRA, BARBEDO (1979). Estudo da deterioração em reformados. *Bol. Depart. Saúde Mental da Fac. Med. Porto,* 2.ª série, sem número, p. 69.

GENTIS, R. (1967). *Vieillards et séniles.* Ed. du Scarabée, Paris.

GILLEARD, C. e cols. (1981). Self-report measures of mood and morale in elderly depressives. *Brit. J. Psychiat., 138,* 230.

GILLIS, L., LEWIS, J. e cols. (1968). Psychiatric disorders among the coloured people of the Cape Peninsula. *Brit. J. Psychiat., 114,* 1575.

GODA, G. (1978). De la psychologie médicale en gériatrie. *Med. Hygiène, 36,* 3665.

GOLDBERG, D. (1972). *The detection of psychiatric illness by questionnaire.* Oxford U. Press, Londres.

COOPER, B., EASTWOOD, M. e SHEPHERD, M. (1970). A standardized psychiatric interview for use in community surveys. *Brit. J. Prev. Soc. Med., 24* p. 18.

e MORRISON. (1963). Schizophrenia and social class. *Brit. J. Psychiat., 109,* 785.

GOLDFARB, A. (1972). Multidimensional treatment approaches. In *Aging and the brain,* ed. Ch. Gaitz. Plenum, Nova Iorque.

GRILO, ARMINDA (1978). Psicometria na 3.ª idade. In *Gerontopsiquiatria,* eds. H. Barahona Fernandes e M. Paes de Sousa.

GROEN, J. J. (1971). Social change and psychosomatic disease. In *Society, stress and disease,* ed. Lennart Levi. Oxford U. Press., Londres.

GROENVELD, I. e MEERLOO, J. (1970). Le dilemme diagnostique chez les gens âgées. *Médecine et Hygiene, 938.*

(1971). La solitude des gens agés. *Médecine et hygiene,* 985.

GROMBACH, M. (1976). Consistency and change of personality variables in late life. In *Patterns of aging,* ed. Hans Thomae. S. Karger, Basileia.

GRUEMBERG, E. (1953). Community conditions and psychosis of the elderly. *Amer. J. Psychiatry, 110,* 888.

(1966). Epidemiology of mental illness. *Intern. J. Psychiat., 2:* 1.

(1969). On the frequency of geriatric psychoses by age and sex. In *Colloquium on health and aging of the population,* eds. M. F. Lowenthal e A. Zilli. S. Karger, Basileia.

GURLAND, B. (1982). Epidemiology of psychopathology in old age. *Psychiat. Clin. N. Amer. 5:* 1.

GUTMANN, D. (1964). The cross-cultural perspective: comparative psychology of aging. In *Handbook of the psychology of aging,* eds. J. Birren e K. Schaie. Van Nostrand, Nova Iorque.

GYLL, JOSIAS (1969). Sobre os problemas da senilidade. *O Médico, 20:* 915.

HACHINSKI, V. e cols. (1974). Multi-infarct dementia: a cause of mental deterioration in the elderly. *Lancet, 2,* 207.

HAGNELL, O. (1970). Disease expectancy and incidence of mental illness among the aged. *Acta Psychiat. Scand.* suppl. 219, 93.

(1971). Incidence and prevalence of mental and psychosomatic illness in a total population. Comunic. ao V Congresso Mundial de Psiquiatria, México.

(1982). Are we entering an age of melancholia? Depressive illness in a prospective epidemiological study over 25 years: the Lundby study, Sweden. *Psychol. Med. 12,* 279.

HAMILTON, M. (1959). The assessment of anxiety states by rating. *Brit. J. Med. Psychol., 32,* 50.

HAMILTON, M. (1960). A rating scale for depression. *J. Neurol., Neurosurg. Psychiat., 23,* 56.

HARDICK, C. (1964). Sex differences in personality changes with age. *J. Geront. 19,* 68.

HARE, E. H. (1956). Mental health and social conditions in Bristol. J. Ment. Sci., 102, 349.

(1962). The distribution of mental illness in the community. In *Aspects of psychiatric research,* eds. Richeter, Tanner, Taylor e Zangwill. Oxford U. Press, Londres.

e SHAW, G. (1965 a). *Mental health in a new housing estate.* Maudsley Monograph n.º 12. Oxford U. Press, Londres.

e (1965 b). A study of family health (I e II). *Brit. J. Psychiat, 111,* 461 e 467.

e WING, J. K. (1970). *Psychiatric epidemiology.* Oxford U. Press, Londres.

HARRIS, R. (1972). The relationship between organic brain disease and physical status. In *Aging and the brain,* ed. Ch. Gaitz. Plenum, Nova Iorque.

HAVIGHURST, R. J. (1968). Personality and patterns of aging. *Gerontologist, 8,* 20.

HELGASON, T. (1972). Epidemiology of mental disorders in Iceland: a geriatric follow-up. Comunic. ao V Congresso Mundial de Psiquiatria, México.

HENDERSON, SCOTT (1981). Social relationships, adversity and neurosis: an analysis of prospective observations. *Brit. J. Psychiat., 138,* 391.

BYRNE, D. e cols. (1978). Social bonds in the epidemiology of neurosis. *Brit. J. Psychiat., 132,* 463.

e cols. (1980). Social relationships, adversity and neurosis: a study in a general population sample. *Brit. J. Psychiat., 136,* 574.

HENRIQUES, M. LOUSÃ (1976). Necessidade actual da investigação epidemiológica em Portugal. In *I Congresso Nacional de Psiquiatria Social.* Ciba-Geigy, Lisboa.

HERON, A. e CHOWN, SH. (1967). *Age and function.* Churchill, Londres.

HINKLE, L. (1961). Ecological observations of the relationship of mental illness, physical illness and social environment. *Psychosom. Med., 23,* 289.

HINTON, J. e WITHERS, E. (1971). The usefulness of the clinical tests of the sensorium. *Brit. J. Psychiat., 119,* 9.

HIRSHFELD, R. e CROSS, C. (1982). Epidemiology of affective disorders: psychosocial risk factores. *Arch. Gen. Psychiat., 39,* 35.

HOCH, P. e ZUBIN, J. eds. (1961). *Psychopathology of aging.* Grune and Stratton, Nova Iorque.

HOLLINGSHEAD, A. e REDLICH, F. (1958). *Social class and mental illness: a community study.* Wiley, Nova Iorque.

HOLMES, T. e RAHE, R. (1967). The social readjustment rating scale. *J. Psychosom. Res., 11,* 213.

HOROWITZ, M. I. e WILNER, N. (1980). Life events, stress and coping. In *Aging in the 1980's,* ed. L. Poon. Amer. Psychol. Assoc., Washington.

HOROWITZ, M. e cols. (1980). Signs and symptoms of post-traumatic stress disorders. *Arch. Gen. Psychiat., 37,* 85.

HOWELL, S. (1980). Environments as hypotheses in human aging research. In *Aging in the 1980's,* ed. L. Poon. Amer. Psychol. Assoc., Washington.

HUMPREY, M. (1967). Functional impairment in psychiatric outpatients. *Brit. J. Psychiat., 113,* 1141.

HURWITZ, L. e ALLISON, R. S. (1965). Factors influencing perfomance and psychological testing of the aged. In *Behavior, aging, and the nervous system,* eds. A. T. Welford, J. Birren. Ch. C. Thomas, Springfield.

INGHE, G. (1958). Mental and physical illness among paupers in Stockholm. *Acta Psychiat. Neurol. Scand.,* supp. 121.

INGLIS, J. (1958). Psychological investigation of cognitive deficit in elderly psychiatric patients. *Psychol. Bull. 54,* 197.

(1959). A paired associate learning test for use with elderly psychiatric patients. *J. Mental Science, 105,* 440.

SYKES, D. e col. (1968). Age differences in short-term memory. In *Psychological functioning in the normal aging and the senile aged.* Eds. Chown e K. Riegel. S. Karger.

IRVING, G. (1970). The validity of some cognitive tests in the diagnosis of dementia. *Brit. J. Psychiat. 117,* 149.

JACOBY, R. e LEVY, R. (1980). Computed tomography in the elderly: 2 . senile dementia. *Brit. J. Psychiat., 136,* 256.

e (1980 b). Computed tomography in the elderly. 3 . affective disorder. *Brit. J. Psychiat., 136,* 270.

e BIRD, J. (1981). Computed tomography and the outcome of affective disorder. *Brit. J. Psychiat., 139,* 288.

e DAWSON, J. (1980). Computed tomography in the elderly: 1 . the normal population. *Brit. J. Psychiat., 136,* 249.

JALAVISTO, EEVA (1965). The role of simple tests measuring speed of perfomance. In *Behavior, aging and the nervous system,* eds. A. T. Welford e J. Birren. Ch. C. Thomas, Springfield.

JANOTA, I. (1981). Dementia, deep white matter damage and hypertension: «Binswanger disease». *Psychol. Med., 11,* 39.

JARVIK, L. (1962). Biological differences in intellectual functioning. *Vita Humana, 5,* 195.

(1982). Aging and psychiatry. *Psychiat. Clin. N. Amer., 5:* 1.

JANZARIK, W. (1957). Schizophrener Psychosen im hoheren Lebensalter. *Nervenarzt, 28,* 535.

JEFFERS, F. e col. (1969). How the old face death. In *Behavior and adaptation in late life,* eds. E. Busse e E. Pfeiffer. Little Brown, Boston.

JERNIGAN, T. e cols. (1980). The measurement of cerebral atrophy in the aged by computed tomography. In *Aging in the 1980's,* ed. L. Poon. Amer. Psychol. Assoc., Washington.

JOLLEY, D. e ARIE, T. (1978). Organization of psychogeriatric services. *Brit. J. Psychiat., 132,* 1.

JUDGE, T. (1971). The assessment of the older patient. In *Assessment in cerebrovascular insufficiency,* ed. Stocker e cols., Georg Thieme Verlag, Estugarda.

(1978). Assessment of mental function in the elderly. In *Geronto-psiquiatria,* eds. H. Barahona Fernandes e M. Paes de Sousa. Ciba--Geigy, Lisboa.

JUNG, CARL GUSTAV (1933). The stages of life. In *The portable Jung,* ed. J. Campbell, publ. em 1976. Penguin, Harmondsworth.

JUNOD, J. e GODA, G. (1973). Santé mentale et personnes âgées en Suisse. *Rev. Prat. Psychol. Vie Soc. Hyg. Ment.,* 1973:2, 269.

KAGAN, A. (1971). Epidemiology and society, stress and disease. In *Society, stress and disease,* ed. Lennart Levi. Oxford U. Press, Londres.

e LEVI, L. (1971). Adaptation of the psychosocial environment to man's abilities and needs. In *Society, stress and disease,* ed. Lennart Levi. Oxford U. Press, Londres.

KAHN, R., POLLACK, M. e GOLDFARB, A. (1961). Factors related to individual differences in mental status of institutionalized aged. In *Psychopathology of aging,* eds. P. Hoch e J. Zubin. Grune and Stratton, Nova Iorque.

KASTRUP, M. (1978). Psychiatric out-patients in a geographic delimited area. *Brit. J. Psychiat., 132,* 259.

KATZ, L. e cols. (1961). Psychic mechanisms in organic psychoses of the aged. In *Psychopathology of aging,* eds. P. Hoch e J. Zubin. Grune and Stratton, Nova Iorque.

KAY, D. W. K. (1972). Epidemiological aspects of organic brain disease in the aged. In *Aging and the brain,* ed. Ch. Gaitz. Plenum, Nova Iorque.

(1976). The depressions and neuroses of later life. In *Recent advances in clinical psychiatry,* n.º 2, ed. Granville-Grossman. Churchill, Edimburgo.

BEAMISH, P. e ROTH, M. (1964). Old age mental disorders in Newcastle upon Tyne. Part I: a study of prevalence. *Brit. J. Psychiat, 110,* 146.

e (1964 b). Old age mental disorders in Newcastle upon Tyne. Part. II: a study of possible social and medical causes. *Brit. J. Psychiat., 110,* 668.

BERGMANN, K. e GARSIDE, R. (1966) A four year follow-up of a random sample of old people originally seen in their own homes: a physical, social and psychiatric enquiry. In *Proceedings of the IV* World Congress of Psychiatry, 1668. Munksgaard, Copenhague.

e ROTH, M. (1955). Physical accompaniements of mental disorder in old age. *Lancet, 2,* 740.

e WALK, A. (eds. (1971). *Recent developments in psychogeriatrics.* Headley Bros., Ashford.

KENDELL, R. (1968). *The classification of depressive illness.* Oxford U. Press, Londres.

(1974). The stability of psychiatric diagnoses. *Brit. J. Psychiat., 124,* 352.

(1975). *The role of diagnosis in Psychiatry.* Blackwell, Oxford.

(1976). The classification of depressions. *Brit. J. Psychiat., 129,* 15.

KERCKHOFF, A. (1964). Husband-wife expectations and reactions to retirement. *J. Geront., 19,* 510.

KESSEL, N. e col. (1964). Epidemiological studies in psychosomatic medicine. *J. Psychosom. Res., 8,* 67.

e SHEPHERD, M. (1962). Neurosis in hospital and general practice. *J. Ment. Sci., 108,* 159.

KHOURI, P. e cols. (1980). A symptom schedule for the diagnosis of borderline schizophrenia. *Brit. J. Psychiat., 137,* 140.

KIELHOLZ, P. (1973). *La depression masquée.* Huber, Berna.

KILOH, L. e GARSIDE, R. (1963). The independence of neurotic and endogenous depression. *Brit. J. Psychiat., 109,* 451.

KILOH, L. e cols. (1972). The relationship of the syndromes called endogenous and neurotic depression. *Brit. J. Psychiat., 121,* 183.

KIMMEL, D. (1980). *Adulthood and aging: an interdisciplinary developmental view.* Wiley, Nova Iorque.

KING, H. E. (1965). Psychomotor changes with age, psychopathology and brain damage. In *Behavior, aging and the nervous system,* eds. A. T. Welford e J. Birren. Ch. C. Thomas, Springfield.

KRAL, V. A. (1969). Memory disorders in old age and senility. In *The pathology of memory,* eds. G. Talland e N. Waugh. Academic Press, Nova Iorque.

(1971). Stress and senile psychosis. Comunic. ao V Congresso Mundial de Psiquiatria, México.

KUHLEN, R. (1959). Aging and life-adjustment. In *Handbook of aging and the individual,* ed. J. Birren. U. Chicago Press, Chicago.

LAROQUE, P. (1962). *Les classes sociales.* P.U.F., Paris.

LARSON, T. e SJOGREN, T. (1954). A methodological, psychiatric and statistical study of a large swedish rural population. *Acta psychiat. neurol. scand.,* supl. 89.

LA RUE, A. (1982). Memory loss and aging. *Psychiat. Clin. N. Amer., 5:* 1.

LAZARUS, R. S. (1971). The concept of stress and disease. In *Society, stress and disease,* ed. Lennart Levi. Oxford U. Press, Londres.

(1977). Cognitive and coping processes in emotion. In *Stress and coping, an anthology,* ed. R. Lazarus. Columbia U. Press, Nova Iorque.

LECHLER, H. (1950). Die psychosen der Alten. *Arch. Psychiat. Nervenkr., 185,* 465.

LEHMANN, H. E. (1982). Affective disorders in the aged. *Psychiat. Clin. N. Amer., 5:* 1.

LEHR, V. e OLBRICHT, E. (1976). Ecological correlates of adjustement to aging. In *Patterns of aging,* ed. H. Thomae, S. Karger, Basileia.

LEIGHTON, A. H. (1974). Social disintegration and mental disorder. In *American handbook of psychiatry,* ed. S. Arieti, 2.ª edição, vol. 2. Basic Books, Nova Iorque.

LEIGHTON, D. C., HARDING, J. e cols. (1963). Psychiatric findings of the Stirling County study. *Amer. J. Psychiatry, 119,* 1021.

LEMKAU, P. V. (1955). The epidemiological study of mental illnesses and mental health. *Amer. J. Psychiatry, 111,* 801.

(1970). Contributions to psychiatric epidemiology. *Amer. J. Psychiatry, 126,* 1643.

TIETZE, E. e COOPER, M. (1941). Mental hygiene problems in a urban district. Cit. in HARE (1962).

LEMPERIÈRE, TH. (1977). Les troubles psychiques de la personne âgée. *Semaine des Hopitaux* (Paris) *8,* 1977.

LIN, T. (1953). Mental disoder in chinese and other cultures. *Psychiatry, 16,* 313.

e SANDLEY, C. (1962). *The scope of epidemiology in psychiatry.* Public Health Papers, n.º 16. O.M.S., Genebra.

LIPOWSKI, Z. (1980). Organic mental disorders: introduction and review of syndromes. In *Comprehensive textbook of psychiatry,* eds. Freeman, Kaplan e Sadock. Williams and Wilkins, Baltimore.

(1980 b). A new look at organic brain syndromes. *Amer. J. Psychiatry, 137,* 674.

LOPES, J. SOUTO (1979). Gerontopsiquiatria: uma disciplina em expansão. *Folia Medici,* n.º 3 (ed. Ciba-Geigy Portug.).

LOWENTHAL, MARJORIE FISKE (1965). Antecedents of isolation and mental illness in old age. *Arch. Gen. Psychiat., 12,* 245.

e BERKMAN, P. (1967). *Aging and mental disorder in San Francisco. A social psychiatric study.* Jossey-Bass, San Francisco.

e BOLER, D. (1965). Voluntary vs. involuntary withdrawal. *J. Geront. 20,* 363.

e ZILLI, A. eds. (1969). *Colloquium on health and aging of the population.* S. Karger, Basileia.

MAC MAHON, B. e PUGH, TH. (1970). *Epidemiology: principles and methods.* Little Brown, Boston.

MAGALHÃES, A. (1978). Exame clínico neurológico em geronto-psiquiatria. In *Gerontopsiquiatria,* eds. Barahona Fernandes e Paes de Sousa. Ciba-Geigy, Lisboa.

MAGUIRE, G. e GRANVILLE-GROSSMAN, K. (1968). Physical illness in psychiatric patients. *Brit. J. Psychiat., 115,* 1365.

MAIA, JOAQUIM COSTA (1969). Técnicas básicas de estatística. Técnica actuarial em medicina. In *Ciclo de lições sobre estatística e genética médica.* Ed. do Hosp. G. Sto. António, Porto.

MAIA, MARIA CÂNDIDA (1968). Deficiência mental: prospecção epidemiológica no concelho de Matosinhos. *Bol. Clin. Psiquiat. da Fac. Med. Porto, 2:* 6, 3.

MALLETA, G. e cols. (1982). Organic mental disorders in a geriatric outpatient population. *Amer. J. Psychiatry, 139,* 521.

MALZBERG, B. (1961). Discussion, in *Psychopathology of aging,* ed. P. Hoch e J. Zubin. Grune and Stratton, Nova Iorque.

MANSCHRECK, T. e PETRI, M. (1978). The paranoid syndrome. *Lancet, 11,* 251.

MARSDEN, C. (1972). Outcome of investigation of patients with presenile dementia. *Brit. Med. J., 2,* 249.

MC DONALD, C. (1969). Clinical heterogeneity in senile dementia. *Brit. J. Psychiat., 115,* 267.

MC GHIE, A. e cols. (1965). Changes in immediate memory with age. *Brit. J. Psychology, 56,* 69.

MC NEMAR, Q. (1940). Sampling in psychological research. *Psych. Bull., 37,* 331.

MEERLOO, J. (1971). La retraite-suicide et les problèmes psychologiques des retraités. *Médecine et Hygiène,* n.º 985.

(1975). La maladie de Alvarez. *Médecine et Hygiène,* 1134.

MILLAR, H. R. (1981). Psychiatric morbidity in elderly surgical patients. *Brit. J. Psychiat., 138,* 17.

MILLER, D. e LIEBERMAN, M. (1964). The relationship of affect state and adaptive capacity to reactions to stress. *J. Geront., 19,* 492.

MONTGOMERY, S. e ASBERG, M. (1979). A new depression scale designed to be sensitive to change. *Brit. J. Psychiat., 134,* 382.

MULLER, CHRISTIAN (1969). *Manuel de géronto-psychiatrie.* Masson, Paris.

(1971). Influence de la vieillesse sur les psychoses de l'age adulte. Comunic. ao V Congresso Mundial de Psiquiatria, México.

(1978). Problèmes de psychothérapie et de sociotherapie dans l'âge avancé. In *Gerontopsiquiatria,* eds. Barahona Fernandes e Paes de Sousa. Ciba-Geigy, Lisboa.

MURPHY, ELAINE (1982). Social origins of depression in old age. *Brit. J. Psychiat., 141,* 135.

e BROWN, G. (1980). Life events, psychiatric disturbance and physical illness. *Brit. J. Psychiat., 136,* 326.

NEUGARTEN, BERNICE (1963). Personality and the aging process. In *Processes of aging, eds.* R. Williams, C. Tibbits e W. Donahue. Atherton Press.

(1977). Personality and aging. In *Handbook of the psychology of aging,* eds. J. Birren e K. Schaie. Van Nostrand, Nova Iorque.

(1979). Time, age and the life cycle. *Amer. J. Psychiatry, 137,* 887.

NIELSEN, J. (1962). Gerontopsychiatric period prevalence investigation in a geographical delimited population. *Acta psychiat. scand., 38,* 307.

NIELSEN, A. e col. (1980). Depression in ambulatory medical patients prevalence by self-report questionnaire. *Arch. Gen. Psychiat.. 37,* 999.

NUNES, J. SILVEIRA (1978). A terapêutica comportamental em gerontopsiquiatria. In *Gerontopsiquiatria,* eds. Barahona Fernandes e Paes de Sousa. Ciba-Geigy, Lisboa.

NUNN, C., BERGMANN, e cols. (1974). Intelligence and neurosis in old age. *Brit. J. Psychiat., 124,* 446.

OBRIST, W. (1972). Cerebral physiology of the aged: influence of circulatory disorders. In *Aging and the brain,* ed. Ch. Gaitz. Plenum, Nova Iorque.

OKIMOTO, J. e cols. (1982). Screening for depression in geriatric medical patients. *Amer. J. Psychiatry, 139,* 799.

OLBRICHT, F. e LEHR, V. (1976). Social roles and contacts in old age: consistency and patterns of change. In *Patterns of aging,* ed. H. Thomae. S. Karger, Basileia.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE — O.M.S. (1960). *Epidemiology of mental disorders.* Technical report n.º 185. O.M.S., Genebra.

(1972). *Psychogeriatrics — report of a WHO scientific group.* Technical report n.º 507. O.M.S., Genebra.

(1977). *Manuel de la classification internationalle des maladies. Neuvième revision, de 1975.* O.M.S., Genebra.

OSGOOD, C. (1953). *Method and theory in experimental psychology.* Oxford U. Press., Londres.

OULÈS, J. (1970). Les névroses du troisième âge. *Confrontations Psychiatriques, 5,* 83.

OUSLANDER, J. (1982). Illness and psychopathology in the elderly *Psychiat. Clin. N. Amer., 5,* 1.

PACAUD, S. e LAHALLE, M. (1969). *Attitudes, comportements, opinions, des personnes âgées dans le cadre de la famille moderne.* Centre Nac. Rech. Scient., Paris.

PAILLAT, P. (1963). *Sociologie de la vieillese.* P.U.F., Paris.

(1970). Aspects socio-economiques et socio-professionels de la vieillesse. *Confrontations Psychiatriques, 5,* 133.

PALMORE, E. (1969). Sociological aspects of aging. In *Behavior and adaptation in late life,* eds. E. Busse e E. Pfeiffer. Little Brown, Boston.

e cols. (1979). Stress and adaptation in later life. *J. Gerontology, 34,* 841.

PARKES, C. (1964). Recent bereavement as a cause of mental illness. *Brit. J. Psychiat., 110,* 198.

e BROWN, R. (1972). Health after bereavement. *Psychosom. Med., 34,* 449.

PARR, J. (1980). The interaction of persons in living environments. In *Aging in the 1980's,* ed. L. Poon. Amer. Psychol. Assoc., Washington.

PARSONS (1965) cit. in KAY, 1972.

PATTIE, A. e GILLEARD, C. (1975). A brief psychogeriatric assessment schedule. *Brit. J. Psychiat., 127,* 489.

PAYKEL, E. e cols. (1969). Life events and depression: a controlled study. *Arch. Gen. Psychiatry, 21,* 753.

e cols. (1971). Scaling of life-events. *Arch. Gen. Psychiatry, 25,* 340.

(1971 b). Classification of depressed patients: a cluster-analysis derived grouping. *Brit. J. Psychiat., 118,* 393.

PETRILOWITSCH, N. (1969). Le suicide et les tentatives de suicide chez les personnes âgées. *Med. Hygiène,* 892.

PFEIFFER, E. (1977). Psychopathology and social pathology. In *Handbook of the psychology of aging,* eds. J. Birren e K. Schaie. Van Nostrand, Nova Iorque.

PICHOT, P. e cols. (1980). Sémiologie de la dépression. *Encycl. Méd. Chir. Psychiatrie,* 37110-A10, Paris.

PITT, B. (1982). *Psychogeriatrics* (2.ª ed.). Churchill-Livinstone, Londres.

POLÓNIO, P. (1968). L'analyse structurelle des psychoses endogènes au Portugal. *Proc. of. IV World Congress of Psychiatry,* ed. J. Lopez Ibor. Excerpta Medica, Amsterdão.

(1979). Sintoma, sindroma, doença em psiquiatria. *Folia Medici* n.º 3, Ciba-Geigy.

(1980). Psychiatric symptoms and psychiatric diseases. *Acta psiquiat. portug., 26,* 1, 7.

(1982). Depressões pseudo-orgânicas. Comunicação ao III Encontro de Gerontopsiquiatria, Lisboa.

POON, L. (1980) ed. *Aging in the 1980's.* Amer. Psychol. Assoc., Washington.

POST, FELIX (1962). *The significance of affective symptoms in old age.* Oxford. U. Press, Londres.

(1965). *The clinical psychiatry of late life.* Pergamon, Londres.

(1966). *Persistent persecutory states of the elderly.* Pergamon, Oxford.

(1968). The factor of ageing in affective illness. In *Recent developments in affective disorders,* ed. Coppen e Walk. Brit. J. Psychiat. Special Public., n.º 2. Headley Bros., Ashford.

(1971). The diagnostic process. In *Recent developments in psychogeriatrics,* eds. D. Kay e A. Walk. Headley Bros., Ashford.

(1972). The management and nature of depressive illnesses in late life. *Brit. J. Psychiat., 121,* 393.

PREDESCU, V. (1973). Certains aspects actuels de la problematique de la population âgée de la République Socialiste Roumaine. *Rev. Prat. Psychol. Vie Soc. Hyg. Ment.* 1973: 2, 233.

PRICE, L. e cols. (1980). Neuropsychological assessment of cognitive function in the elderly. In *Aging in the 1980's,* ed. L. Poon. Amer. Psychol. Assoc., Washington.

PRIMROSE, E. (1962). *Psychological illness: a community study.* Tavistock, Londres.

RABINS, P. e FOLSTEIN, M. (1982). Delirium and dementia: diagnostic criteria and fatality rates. *Brit. J. Psychiat., 140,* 149.

RAWNNSLEY, K. e LOUDON, J. (1964). Epidemiology of mental disorders in a closed community. *Brit. J. Psychiat., 110,* 830.

RAY, C. e cols. (1982). The concept of coping. *Psychol. Medicine, 12,* 385.

REICHENBACH, M. e col. (1959). The place of time and aging in the natural sciences and scientific philosophy. In *Handbook of aging and the individual,* ed. J. Birren. U. Chicago Press, Chicago.

REIFLER, B. e cols. (1982). Five year experience of a community outreach program for the elderly. *Amer. J. Psychiatry, 139:* 2, 220.

e cols. (1982). Coexistence of cognitive impairment and depression in geriatric outpatients. *Amer. J. Psychiatry, 139.* 5, 623.

REISBERG, B. e cols. (1982). The global deterioration scale for assessment of primary degenerative dementia. *Amer. J. Psychiatry, 139:* 9, 1136.

RELVAS, J. SANTOS (1976). Metodologia da investigação epidemiológica. In *I Congresso Nacional de Psiquiatria Social.* Ciba-Geigy, Lisboa.

(1983). O locus de controlo na teoria da aprendizagem social e a ansiedade. *Psiquiatria Clínica, 4,* 145.

REUCHLIN, M. (1964). *Méthodes d'analyse factorielle à l'usage des psychologues.* P.U.F., Paris.

REY, ANDRÉ (1964). *L'examen clinique en psychologie.* P.U.F., Paris.

(1966). *Les troubles de la mémoire et leur examen psychométrique.* Dessart, Bruxelas.

RICHARD, J. (1974). Neuropsychologie et gériatrie. *Med. Hygiène,* 1109.

e CONSTANTINIDIS, J. (1970). Les démences de la vieillesse *Confrontations psychiatriques, 5,* 39.

RIEGEL, KLAUS (1959). Personality, theory and aging. In *Handbook of Aging and the individual.* U. Chicago Press, Chicago.

ROBERTSON, E. e BROWNE N. (1953). Review of mental illnesses in the older age group. *Brit. Med. J.* 1076.

e MULHALL, D. (1979). The clinical evaluation of obsessionality. *Psychol. Med, 9,* 147.

ROBINSON, R. (1969). The prevention and rehabilitation of mental illness in the elderly. In *Colloquium on health of aging of the population.* Eds. M. F. Lowenthal e A. Zilli.

(1971). Assessment scales in a psychogeriatric unit. In *Assessment in cerebrovascular insufficiency.,* eds. Stocker e cols. G. Theme Verlag, Estugarda.

RODRIGUES, C. P. e RODRIGUES, M. (1978). O doente idoso. patologia geral e terapêutica. *O Médico, 98,* 1182.

ROSE, A. (1955). *Mental health and mental disorder: a sociological approach.* Nova Iorque.

ROSEN, G. (1961). Cross-cultural and historical approaches. In *Psychopathology of aging,* ed. P. Hoch e J. Zubin. Grune and Stratton, Nova Iorque.

ROSENTHAL, S. (1968). The involutional depressive syndrome. *Am. J. Psychiat.,* suplem. *124,* 21.

ROSTCHILD, D. (1941). The clinical differentiation of senile and arteriosclerotic psychoses. *Am. J. Psychiat., 98,* 324.

ROTH, MARTIN (1955). The natural history of mental disorder in old age. *J. Ment. Sci., 101,* 281.

(1971). Classification and etiology in mental disorders of old age. In *Recent developments in psychogeriatrics,* eds. D. W. K. Kay e A. Walk. Headley Bros., Ashford.

(1981).Depressive and anxiety disorders. *Medicographia, 3:* 2, 15.

e MORRISSEY, J. (1952). Problems in the diagnosis and classification of mental disorder in old age. *J. Ment. Sci., 98,* 66.

e col. (1975). The diagnosis of dementia. In *Contemporary Psychiatry,* ed. T. Silverstone e B. Barracloud. Headley Bros., Ashford.

ROTTER, J. (1964). *Social learning and clinical psychology.* Prentice Hall, Englewood Cliffs.

ROY, A. (1981). Vulnerability factors and depression in men. *Brit. J. Psychiat., 138,* 75.

RUNGE, W. (1930). in *Handbuch der Geisteskrankheiten,* vol. VIII, ed. por O. Bumke. Julius Springer, Berlim.

SALM, H. (1971). Psicoses agudas de causa somática. *Munchen Medizin Wochenschrift,* ed. espanhola, *5.*

SANDBU, A. (1973). Psychogeriatrie en Norvège. *Rev. Prat. Psychol. Vie Soc. Hyg. Ment.,* 1973: 2, 195.

SAUVY, ALFRED (1973). *Croissance zero?* Calman-Levy, Paris.

SAVAGE, R. (1971). Psychometric assessment and clinical diagnosis in the aged. In *Recent developments in psychogeriatrics,* ed. D. W. Kay e A. Walk. Headley Bros., Ashford.

(1972). Old age. In *Handbook of abnormal psychology* (2.ª edição) ed. H. Eysenck. Pitman, Londres.

e HALL, E. (1973). A perfomance learning measure for the aged. *Brit. J. Psychiat., 122,* 721.

BRITTON, P., BOLTON, N. e HALL, E. (1973). *Intellectual functioning in the aged.* Methuen, Londres.

SCHAIE, K. e STROTHER, C. (1968 a). Limits of optimal functioning in superior old adults. In *Psychological functioning in the normal aging and senile aged,* eds. Sh. Chown e K. Riegel. S. Karger, Basileia.

e (1968 b). Cognitive and personality variables in college graduates of advanced age. In *Human aging and behavior,* ed. G. Talland. Academic Press, Nova Iorque.

e (1968 c). A cross-sequential study of age-changes in cognitive behavior. *Psychol. Bull. 70,* 671.

SCHNECK, M. e cols. (1982). An overview of current concepts of Alzheimer disease. *Amer. J. Psychiatry, 139,* 165.

SELIGMAN (1975). *Helplessness on depression, development and death.* Freeman, São Francisco.

SELTZER, B. e SHERWIN, I. (1978). «Organic brain syndromes»: an empirical study and critical review. *Amer. J. Psychiatry, 135,* 13.

SERRA, ADRIANO VAZ (1972). *A influência da personalidade no quadro clínico depressivo.* Tese, Coimbra.

(1976). Experiência clínica de um trabalho de campo. In *I Congresso Nacional de Psiquiatria Social.* Ciba-Geigy, Lisboa.

(1978). As depressões na terceira idade. In *Gerontopsiquiatria, eds.* Barahona Fernandes e M. Paes de Sousa. Ciba-Geigy, Lisboa.

SETHI, B., GUPTA, S. e cols. (1974). Mental health and urban life: a study of 850 families. *Brit. J. Psychiat., 124,* 243.

SHANAS, E. (1969). Living arrangements and housing of old people. In *Behavior and adaptation in late life,* eds. E. Busse e E. Pfeiffer. Little Brown, Boston.

SHEPHERD, M. (1957). *A study of the major psychoses in an english county.* Chapman, Londres.

COOPER, B. e colabs. (1966). *Psychiatric illness in general practice.* Oxford. U. Press, Londres.

SCHRABERG, D. (1978). The myth of pseudodementia: depression and the aging brain. *Amer. J. Psychiat., 135,* 601.

SCHULMAN, K. (1980). Bipolar affective disorder in old age, *Brit. J. Psychiat.* 136-20: 26.

SIEGLER, I. e cols. (1980). Health and Behavior (1980). In *Aging in the 1980's.* Amer. Psycol. Assoc., Washington.

SILVA, MANUEL (1978). Conceito de demência e formas clínicas mais importantes. In *Gerontopsiquiatria,* eds. Barahona Fernandes e M. Paes de Sousa. Ciba-Geigy, Lisboa.

SIMON, A. e EPSTEIN, L. (1971). The relationship of psychiatric disorders in early life to those in later life. Comunic. ao V Congresso Mundial de Psiquiatria, México.

SIMONSON, E. (1965). Perfomance as a function of age and cardiovascular disease. In *Behavior, aging and the nervous system,* eds. A. T. Welford e J. Birren. Ch. C. Thomas, Springfield.

SJOGREN, H. (1964). Parafrenia, melancholia and psychoneurotic states in the presenile and senile period of life. *Acta psychiat. scand.* supl. 176.

SJOGREN, T. (1948). Genetic-statistical and psychiatric investigation of a west swedish population. *Acta psychiat. neurol. scand.,* supl. 52.

SLATER, E. e ROTH, M. (1969). *Mayer-Gross, Slater and Roth: Clinical psychiatry,* 3.ª ed. Baillière, Londres.

SMALL, G. e JARVIK, L. (1982). Depression in the aged: a commentary. *Psychiat. Clin. N. Amer., 5:* 1.

SMITH, A., BALLINGER, B. e cols. (1981). The reliability and validity of two assessment scales in the elderly mentally handicaped. *Brit. J. Psychiat., 138,* 15.

SNAITH, R. (1981). Rating scales (comment). *Brit. J. Psychiat., 138,* 512.

e cols. (1978). A clinical scale for the self-assessment of irritability. *Brit. J. Psychiat., 132,* 164.

SOUSA, BRÁULIO A. e REIS, C. (1973). Déterioration mentale chez la population âgée du Portugal en rapport avec leurs conditions d'existence. *Rev. prat. psychol. vie soc. hyg. ment.* 1973/2, 213.

SOUSA, J. FRANÇA; SOUSA, M. PAES; LOPES, J. SOUTO; VIEIRA, A. BRACINHA e cols. (1964). Análise multidimensional e comparativa das depressões neuróticas. *J. Médico,* 14-12-74.

SOUSA, M. PAES (1977). Patogenia das perturbações mentais na terceira idade. *J. Médico, 94:* 1759, 721.

(1978). Patogenia das perturbações mentais da terceira idade: aspectos biológicos da senescência. In *Gerontopsiquiatria,* eds. Barahona Fernandes e Paes de Sousa. Ciba-Geigy, Lisboa.

(1977). Tentativa de avaliação das perturbações mentais na população idosa de um hospital geral. *J. Médico, 93:* 1742, 553.

LOPES, J. SOUTO e cols. (1977). Tentativa de avaliação das perturbações mentais na população idosa de um hospital geral. *J. Médico, 93:* 1742, 553.

SPAR, J. (1982). Dementia in the aged. *Psychiat. Clin. N. Amer. 5:* 1.

e LA RUE, A. (1983). Major depression in the elderly: DSM-III criteria and the dexamethasone suppression test. *Amer. J. Psychiat., 140,* 844.

SPEARMAN, C. (1927). *The abilities of man.* Macmillan, Londres.

SPITZER, R., ENDICOTT, J. e ROBBINS, E. (1978). Research diagnostic criteria. *Arch Gen. Psychiatry, 35,* 773.

SROLE, L. e cols. (1962). *Mental health in the metropolis*. McGraw-Hill, Nova Iorque.

STENCEL, E. (1964). *Suicide and attempted suicide*. Penguin, Londres.

STOCKER, G. (1971). Psychometric methods of assessing cerebral function. In *Assessment in cerebrovascular insufficiency*, ed. Stocker e cols. G. Thieme Verlag, Estugarda.

STOTSKY, B. (1972). Social and clinical issues in geriatric psychiatry. *Amer. J. Psychiatry, 129,* 117.

SUSSER, M. (1981). The epidemiology of life stress (editorial). *Psychol. Med., 11.* 1.

SUURKULA, J. (1973). Report of mental illness in the aged in Sweden. *Rev. prat. psychol. vie soc. hyg. ment.* 1973/2, 259.

TALLAND, G. (1968). *Disorders of memory and learning*. Penguin, Londres.

TENNANT, C., BEBBINGTON, P. e col. (1981). The role of life events in depressive illness. *Psychol. Med. 11,* 379.

THOMAE, HANS, ed. (1976). *Patterns of aging: findings from the Bonn longitudinal study of aging*. S. Karger, Basileia.

(1976). Patterns of successful aging. In *Patterns of aging,* ed. H. Thomae. S. Karger, Basileia.

THURSTONE, L. (1951). L'analyse factorielle, méthode scientifique. *Année Psychologique,* p. 61.

TIBBITTS, C. (1969). Summary statement on social science. In *Colloquium on health and aging of the population*. Eds. M. F. Lowenthal e A. Zilli. S. Karger, Basileia.

TOMLINSON, B. (1971). Comparative brain changes in normal and demented old people. Comunic. ao V Congresso Mundial de Psiquiatria, México.

BLESSED, G. e ROTH, M. (1970). Observations of the brains of demented old people. *J. Neurol. Sci., 11,* 205.

TROLL, LILIAN (1980). Grandparenting. In *Aging in the 1980's,* ed. L. Poon. Amer. Psychol. Assoc., Washington.

TSUANG, M. T. (1971). Prevalence of mental illness among the chinese population in Taiwan. Comunic. ao V Congresso Mund. Psiquiat., México.

e cols. (1980). The Iowa Structured Psychiatric Interview. *Acta Psychiat. Scand.,* supl. 283.

VACEK, M. (1969). Considerations of vital statistics regarding somatic diseases of the elderly. In *Colloquium on health and aging of the population,* eds. M. F. Lowenthal e A. Zilli. S. Karger, Basileia.

VERZAR, F. (1970). Perspectives et avenir d'une science nouvelle. *Triangle, 8,* 293.

VIEIRA, A. BRACINHA (1978). Senescência das neuroses e neuroses da senescência. In *Gerontopsiquiatria,* eds. Barahona Fernandes e M. Paes de Sousa. Ciba-Geigy, Lisboa.

(1982). Delírios dermatozóicos nos idosos. *J. Médico, 108,* 1963.

VILLA, J. (1970). La prevention et l'assistance des troubles psychiques chez le vieillard. *Confrontations Psychiatriques, 5,* 147.

WALTON, D. e BLACK, D. (1957). The Modified Word Learning Test. *J. Ment. Sci., 30,* 270.

WANG, H. (1969). Organic brain syndromes. In *Behavior and adaptation in late life,* eds. E. Busse e E. Pfeiffer. Little Brown, Boston.

OBRIST, W. e BUSSE, E. (1970). Neurophysiological correlates of the intellectual function of elderly persons living in the community. *Amer. J. Psychiatry, 126,* 1205.

WECHSLER, DAVID (1958). *The measurement and appraisal of adult intelligence*. Baillière, Londres.

(1961). Intelligence, memory and the aging process. In *Psychopathology of aging*, eds. P. Hoch e J. Zubin. Grune and Stratton, Nova Iorque.

WEINBERG, J. (1972). Some psychodinamic aspects of agedness. In *Aging and the brain*, Ed. Ch. Gaitz. Plenum, Nova Iorque.

WELFORD, A. T. (1962). On changes of perfomance with age. *Lancet, 1,* 335.

(1969). Age and skill: motor, intellectual and social. In *Decision making and age*, eds. A. T. Welford e J. Birren. S. Karger, Basileia.

(1980). Where do we go from there? In *Aging in the 1980's* ed. L. Poon. Amer. Psychol. Assoc., Washington.

WELLS, CH. ed. (1977). *Dementia* (2.ª ed.). Davis, Filadelfia.

(1978). Chronic brain disease: an overview. *Amer. J. Psychiat., 135,* 1.

(1979). Pseudodementia. *Amer. J. Psychiatry, 136,* 895.

WHITEHEAD, A. (1968). Community care of elderly psychiatric patients. In *The treatment of mental disorders in the community*, eds. Daniel e H. Freeman. Baillière, Londres.

(1982). Elderly psychiatric patients: a five year prospective study. *Psychol. Med., 12,* 149.

WHITTY, C. e col. (1966). Amnesia in cerebral disease. In *Amnesia*, eds. C. Whitty e O. Zangwill. Butterworths, Londres.

WILKIE, F., EISDORFER, C. e STAUB, J. (1982). Stress and psychopathology in the elderly. *Psychiat. Clin. N. Amer., 5:* 1.

WILLIAMS, J. e SPITZER, R. (1982). Research diagnostic criteria and DSM-III *Arch. Gen. Psychiatry, 39,* 1283.

WILLIAMSON, J. e cols. (1964). Old people at home: their unreported needs. *Lancet, 1:* 1117.

WILLIS, S. e BALTES, P. (1980). Intelligence in adulthood and aging: contemporary issues. In *Aging in the 1980's,* ed. L. Poon. Amer. Psychol. Assoc., Washington.

WING, J. (1980). Methodological issues in psychiatric case identification. *Psychol. Med. 10,* 5.

COOPER, J. e SARTORIUS, N. (1974). *Measurement and classification of psychiatric symptoms.* Cambridge U. Press, Londres.

MANN, S. e cols. (1978). The concept of a «case» in psychiatric population surveys. *Psychol. Med., 8,* 203.

WINOKUR, G. (1979). Unipolar depression: is it divisible into autonomous subtypes? *Arch. Gen. Psychiat., 36,* 47.

WITHERS, E. e HINTON, J. (1971). Three forms of the clinical tests of the sensorium. *Brit. J. Psychiat., 119,* 1.

WOLF, S. (1971). Patterns of social adjustment and disease. In *Society, stress and disease,* ed. L. Levi. Oxford U. P., Londres.

WOODRUFF, R., GUZE, S. e CLAYTON, P. (1971). Unipolar affective disorder. *Brit. J. Psychiat., 119,* 33.

WOOTON, BARBARA (1959). *Social science and social pathology.* Allen and Unwin, Londres.

WORSLEY, P. e colabs. (1970). *Introducing sociology.* Penguin, Harmondsworth.

YOUNG, R. e cols. (1978). A rating scale for mania. *Brit. J. Psychiat., 133,* 429.

YOUNG, J. (1978). The influence of depression on physical illness in the elderly. *Brit. J. Clin. Practice, 32,* sup. 2.

ZANGWILL, O. L. (1966). The amnesic syndrome, in *Amnesia,* ed. C. Whitty e O. L. Zangwill. Butterworth, Londres.

ZISKIND, E. e col. (1968). An etiology-reaction classification of mental disease. *Proc. IV World Congress of Psychiatry,* ed. J. Lopez Ibor. Excerpta Medica, Amsterdão.

ZONNENVELD, R. (1969). On measuring physical health in the elderly. In *Colloquium on health and aging of the population,* eds. M. F. Lowenthal e A. Zilli. S. Karger, Basileia.

ZUNG, W. (1965). A self-rating depression scale. *Arch. Gen. Psychiat., 12,* 63.

TIPOGRAFIA DO CARVALHIDO 4200 PORTO rua de francos 445 telefone 61601