

AVALIAÇÃO DO NÍVEL DE ANSIEDADE, DEPRESSÃO E AUTOESTIMA DOS IDOSOS COM PATOLOGIA RESPIRATÓRIA

Bruno Miguel Carvalho Monteiro

Fisioterapeuta do Centro Hospitalar Cova da Beira – Hospital Pêro da Covilhã
fisioterapeuta.brunomonteiro@gmail.com

Ana Paula Pires Rodrigues Belo

Professora Adjunta do Instituto Politécnico de Castelo Branco – Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias
Instituto Politécnico de Castelo Branco, Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias
paulabelo@ipcb.pt

<http://dx.doi.org/10.17060/ijodaep.2016.n1.v1.313>

Fecha de Recepción: 29 Enero 2016
Fecha de Admisión: 15 Febrero 2016

RESUMO

Contexto: Ansiedade, depressão e baixa autoestima são bastante frequentes em idosos que possuem patologia respiratória. Os programas de reabilitação respiratória permitem reduzir essas alterações psicoemocionais. **Objetivo de Estudo:** Conhecer os níveis de ansiedade, depressão e autoestima dos idosos com patologia respiratória, seguidos pelo Centro Hospitalar Cova da Beira (CHCB), assim como as redes de suporte social. Analisar a influência do género, idade, nível educacional e local de residência, com os *scores* de ansiedade, de depressão e de autoestima, bem como a relação existente. **Métodos:** Estudo exploratório, descritivo, correlacional e transversal, de características quantitativas, composto por uma amostra de 74 idosos selecionados por conveniência. Na recolha dos dados foi aplicado um questionário sociodemográfico, a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS) e a Escala de Autoestima de Rosenberg (RSES). **Resultados e Conclusões:** A prevalência de ansiedade nos idosos foi superior à da depressão, apresentando valores satisfatórios de autoestima global. O apoio informal foi o mais frequente. O género influenciou estatisticamente a ansiedade, e a escolaridade, a depressão e a autoestima. Obtiveram-se correlações significativas entre os *scores* de ansiedade, depressão e autoestima. Concluiu-se que a avaliação e a intervenção ao nível da componente psicológica podem permitir uma redução significativa das alterações psicoemocionais encontradas.

Palavras-chave: Idosos, patologia respiratória, ansiedade, depressão e autoestima.

ABSTRACT

Context: Anxiety, depression and low self-esteem are quite common in old people who have respiratory disease. The respiratory rehabilitation programs can reduce these psycho-emotional

changes. **Objective study:** knowing the levels of anxiety, depression and self-esteem of old people with respiratory disease, followed by the Cova da Beira Hospital Centre as well as their social support networks. It was also analyzed the influence of gender, age, education and place of residence, with scores of anxiety, depression and self-esteem as well as the relationship between them.

Methods: It is an exploratory study, descriptive, correlational and cross-sectional study, of quantitative trait, consisting of a sample of 74 old people selected by convenience. In the collecting of the data a sociodemographic questionnaire was applied, using the Hospital Anxiety and Depression Scale and the Rosenberg Self-Esteem Scale. **Results and Conclusions:** The prevalence of anxiety in old people was higher than the depression with satisfactory values of global self-esteem. The informal support was the most frequent. Gender statistically influenced anxiety, and education, depression and self-esteem. It was obtained significant correlations between the scores of anxiety, depression and self-esteem. It was concluded that the assessment and intervention to psychological component level can enable a significant reduction of psycho-emotional changes that was found.

Keywords: Old people, respiratory disease, anxiety, depression and self-esteem.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população é um fenómeno de amplitude mundial. Estima-se que entre 2000 e 2050, o número absoluto de pessoas com mais de 60 anos, deverá aumentar de 605 milhões para 2 biliões (OMS, 2014), não sendo Portugal exceção a este panorama.

As alterações psicoemocionais, como a *ansiedade*, a *depressão* e a *baixa autoestima*, acontecem com bastante frequência entre os idosos, sendo consideradas as maiores causas de sofrimento emocional e diminuição da qualidade de vida. Segundo o Inquérito Nacional de Saúde, entre 2005 e 2006, 183.428 idosos residentes em Portugal, tinham ou tiveram depressão. No que se refere, à ansiedade crónica, para o mesmo período foi de 129.905 idosos (INE & INSA, 2009).

A depressão, juntamente com a ansiedade e a baixa autoestima são das associações mais comuns e provavelmente as menos diagnosticadas e tratadas, no contexto das patologias respiratórias (Godoy & Frizzo, 2002; Putman-Casdorff & McCrone, 2009). A maior parte dos programas de reabilitação respiratória, baseiam-se em atividades físicas que envolvem o controlo respiratório, tendo implicações no controlo de sintomas depressivos, de perturbações de ansiedade e no aumento da autoestima, em indivíduos com patologia respiratória (Coventry & Hind, 2007; García, Martín & Bohórquez, 2012; Godoy & Frizzo, 2002; Stoilkova, Janssen, Franssen, Spruit, & Wouters, 2013).

METODOLOGIA

Este estudo¹ teve como objetivo conhecer o nível de ansiedade, depressão e autoestima dos idosos com patologia respiratória, seguidos no Serviço de Medicina Física e de Reabilitação (SMFR) do CHCB. Pretendeu também avaliar a influência do Género, Idade, Nível Educacional e Local de Residência com a HADS e a RSES, assim como a relação entre as mesmas. Foi também objeto de análise o tipo de redes de suporte social dos idosos da amostra.

Enquadrou-se num estudo exploratório, descritivo, correlacional e transversal, de características quantitativas, com as seguintes variáveis: Género, Idade, Zona de Residência, Coabitação, Situação Profissional, Estado Civil, Escolaridade e Tipo de Redes de Suporte Social (Variáveis Atributo); Género, Idade, Escolaridade e Zona de Residência (Variáveis Independentes); HADS e RSES (Variáveis Dependentes).

A população foi constituída por idosos com patologia respiratória, seguidos pelo CHCB, durante um período de onze semanas e meia. A amostra foi composta por 74 idosos da população, selecionados por conveniência, segundo os seguintes critérios: Idosos com patologia respiratória seguidos pelo SMFR do CHCB, idade superior ou igual a 65 anos e entrega da carta de consentimento

informado (Critérios de Inclusão); Idade inferior a 64 anos, alterações do estado de consciência e da orientação espaço-temporal e incapacidade de comunicar por défice cognitivo (Critérios de Exclusão).

Como instrumento de recolha de dados, foi elaborado um questionário individual, com o perfil sociodemográfico dos idosos, com a HADS, elaborada por Zigmond & Snaith (1983) e a RSES, elaborada por Rosenberg (1965), versão portuguesa, tendo-se pedido a respetivas autorizações (Ribeiro et al., 2007; Santos, 2008; Santos & Maia, 2003). Para além desse dados, foi também recolhido pelo investigador a patologia respiratória que cada idoso possuía.

Para avaliação da ansiedade e depressão utilizou-se a seguinte classificação: Normal (0-7 pontos), ligeiro (8-10), Moderado (11-14) e Severo (15-21). Para a autoestima: Autoestima Alta (>30 pontos), Autoestima Média (20-30) e Autoestima Baixa (>20) (Rosenberg, 1965; Santos, 2006; Zigmond & Snaith, 1983).

A recolha dos dados iniciou-se após a aprovação do estudo pelo Conselho de Administração do CHCB, da Comissão de Ética, do Diretor do SMFR e pela obtenção do termo de consentimento livre e informado. Foram respeitados os princípios da Declaração de Helsínquia. Foi também realizado um pré-teste com 5 idosos que não pertenceram à amostra. Os testes estatísticos utilizados foram: estatística descritiva e inferencial. A decisão dos *designs* estatísticos passou pela avaliação da adesão à normalidade da amostra: *Teste de Shapiro-Wilks* (SW).

RESULTADOS / DISCUSSÃO

Dos 74 idosos da amostra, 59.5% eram do género masculino e 40.5% do género feminino. Os idosos femininos foram em média mais velhos (74.40 ± 8.114 anos) que os idosos masculinos (73.50 ± 7.106 anos), encontrando-se este resultado de acordo com os dados estatísticos, que mostram que as mulheres apresentam uma esperança média de vida superior à dos homens (INE, 2014; Rosa, 2012).

Dos resultados que se apresentam no quadro 2, verificou-se que 55.4% dos idosos têm idades entre os 65-74 anos, 36.5% têm idades entre os 75 -84 anos e 8.1% têm idades ≥ 85 anos. Em relação à residência, constatou-se que não existiram grandes diferenças entre o número de idosos do meio rural (aldeias e vilas: 52.7%) e do meio urbano (cidades: 47.3%), havendo mais idosos a residirem no meio rural. Esta diferença pode ser explicada, pelo facto da área de abrangência do CHCB, ser constituída por bastantes zonas territoriais que englobam aldeias e vilas, encontrando-se muitas delas em risco de despovoamento (INE, 2014; Paúl, 2005). Foi também expectável que se encontrasse um elevado número de idosos a viverem no meio urbano, uma vez que as cidades pertencentes à zona de abrangência do CHCB estavam muito ligadas à indústria de lanifícios (Vaz, 2008).

No que diz respeito à coabitação, a maior parte dos idosos viviam acompanhados (78.4%) e 21.6% viviam sozinhos, existindo mais idosos femininos nesta situação (quadro 2). Este último dado, vai ao encontro dos resultados do INE (2012), sendo o mesmo preocupante, uma vez que estes idosos estão desprotegidos face a qualquer situação que surja no contexto da exacerbação da patologia respiratória. Para além disso, pode contribuir para o aparecimento de perturbações psicocomocionais ou seu agravamento. Relativamente à situação profissional, prevaleceu a classe dos reformados (94.6%), quanto ao estado civil, a maior parte dos idosos eram casados (68.9%) e viúvos (20.3%).

No que se refere à escolaridade, a maioria dos idosos possuíam o ensino primário (56.7%), existindo poucos com ensino superior (6.8%). De salientar, que 10.8% eram analfabetos (quadro 2). Em Portugal, no século passado, o nível de escolaridade era muito baixo, existindo por isso na atualidade um elevado número de idosos analfabetos e com apenas o ensino primário (Candeias & Simões, 1999).

AVALIAÇÃO DO NÍVEL DE ANSIEDADE, DEPRESSÃO E AUTOESTIMA DOS IDOSOS COM PATOLOGIA RESPIRATÓRIA

Ao nível das redes de suporte social, mais de metade dos idosos refere que têm apoio informal (68.9%), realçando desta forma a importância deste apoio, ao nível dos idosos com patologia respiratória. Estes dados vão ao encontro da literatura, que mostra o papel das famílias, amigos e vizinhos junto dos idosos (Paúl, 2005). Ainda dentro do apoio informal, a família surgiu como o apoio mencionado de forma mais frequente (75.7%), seguido dos amigos (47.3%) e dos vizinhos (33.8%), conforme o quadro seguinte.

Quadro 1 – Número de idosos em cada tipo de rede de suporte social

		Nº de Idosos	Total (%)
Informal	Família	56	75,7
	Amigos	35	47,3
	Vizinhos	25	33,8
Formal	Segurança Social	1	1,35
	Lar de Idosos	4	5,4
	Hospital	5	6,8
	Apoio Domiciliário	5	6,8
	Apoio de Empregada Doméstica	1	1,35

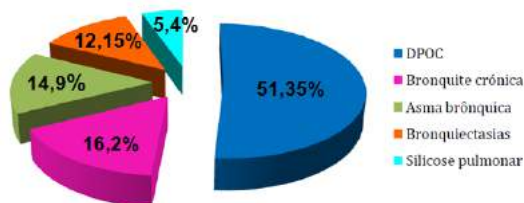
O apoio formal obteve 4.05% de respostas da amostra, espelhando a insuficiente rede de apoio formal ao nível destes idosos. Note-se que 12.15% de idosos não beneficiavam de qualquer tipo de apoio, o que pode contribuir para situações de exclusão social e para o desenvolvimento de alterações psicoemocionais (quadro 2).

Quadro 2 – Caracterização sociodemográfica da amostra em função do género

Variáveis	Género	Masculino		Feminino		Total	
		Nº (44)	%	Nº (30)	%	Nº (74)	% (100)
Grupo Etário							
65-74 Anos		25	33,8	16	21,6	41	55,4
75-84 Anos		17	23	10	13,5	27	36,5
≥ 85 Anos		2	2,7	4	5,4	6	8,1
Local de Residência							
Meio Urbano		16	21,6	19	25,7	35	47,3
Meio Rural		28	37,8	11	14,9	39	52,7
Situação Habitacional	Socio-						
Sozinho/a		3	4,05	13	17,55	16	21,6
Acompanhado/a		41	55,4	17	23	58	78,4
Situação Profissional							
Reformado/a		43	58,1	27	36,5	70	94,6
Desempregado/a		0	0,0	2	2,7	2	2,7
Trabalhador/a		1	1,35	1	1,35	2	2,7
Estado Civil							
Casado/a		35	47,3	16	21,6	51	68,9
Viuvo/a		3	4,1	12	16,2	15	20,3
Divorciado/a		2	2,7	1	1,35	3	4,05
União de Facto		2	2,7	1	1,35	3	4,05
Solteiro/a		2	2,7	0	0,0	2	2,7
Escolaridade							
Nenhum		5	6,8	3	4,05	8	10,8
Ensino Primário		25	33,8	17	23	42	56,7
Ensino Secundário		12	16,2	7	9,5	19	25,7
Ensino Superior		2	2,7	3	4,05	5	6,8
Redes de Suporte Social							
Nenhum		2	2,7	7	9,5	9	12,15
Informal		35	47,3	16	21,6	51	68,9
Formal		1	1,35	2	2,7	3	4,05
Formal e Informal		6	8,1	5	6,75	11	14,9

Através do gráfico seguinte, podemos verificar que a Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) foi a patologia respiratória mais frequente (51.35%), estando a mesma associada a múltiplas comorbilidades (Ng et al., 2009).

Gráfico 1 – Caracterização da amostra em relação à patologia respiratória



Em relação à quantificação dos níveis de ansiedade, depressão e autoestima (quadro 3), verificou-se que 45.98% dos idosos obtiveram valores normais de ansiedade, 52.65% de depressão e 93.20% valores satisfatórios de autoestima global. No entanto, registou-se também um elevado número de casos de ansiedade (54.02%) e depressão (47.35%), uma vez que o número de idosos sem alterações psicoemocionais foi praticamente igual ao número de idosos com alterações.

Quadro 3 – Estatísticas relativas aos níveis da HADS e RSES em função do género

Variáveis Dependentes	Nível em cada Domínio	Masculino		Feminino		Total	
		Nº (44)	%	Nº (30)	%	Frequência Nº (74)	Percentagem % (100)
Ansiedade (HADS-A)	Normal	24	32,4	10	13,5	34	45,98
	Ligeiro	10	13,5	4	5,4	14	18,92
	Moderado	5	6,8	5	6,8	10	13,5
	Severo	5	6,8	11	14,9	16	21,6
Depressão (HADS-D)	Normal	24	32,4	15	20,25	39	52,65
	Ligeiro	11	14,9	6	8,1	17	23,05
	Moderado	8	10,8	2	2,7	10	13,5
	Severo	1	1,35	7	9,5	8	10,8
Autoestima (RSES)	Alta	19	25,65	11	14,9	30	40,55
	Média	23	31,1	16	21,6	39	52,65
	Baixa	2	2,7	3	4,05	5	6,8

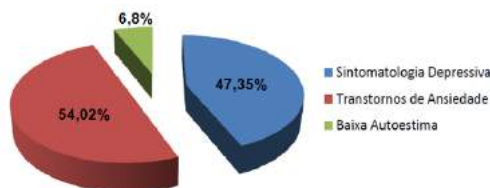
Os resultados positivos apresentados podem ter diversas causas. Assim, segundo alguns estudos, os idosos com patologia respiratória que frequentam programas de reabilitação respiratória têm maior controlo e redução dos sintomas depressivos e de ansiedade (Coventry & Hind, 2007; Godoy & Frizzo, 2002; Stoilkova et al., 2013). Para além disso, o estudo realizado por García et al. (2012), mostra a existência de uma relação positiva entre a autoestima e a prática de exercício físico nos idosos.

A prevalência da ansiedade foi de 54.02%, depressão de 47.35% e baixa autoestima de 6.8% (gráfico 2). O transtorno de ansiedade, a sintomatologia depressiva e baixa autoestima são comuns em doentes com patologia respiratória crónica, mesmo em fases iniciais da DPOC, existindo dessa forma, uma elevada prevalência de alterações psicoemocionais neste tipo de população (Elassal

AVALIAÇÃO DO NÍVEL DE ANSIEDADE, DEPRESSÃO E AUTOESTIMA DOS IDOSOS COM PATOLOGIA RESPIRATÓRIA

et al., 2014; Marco et al., 2006). Considerando os idosos com ansiedade e depressão severa, a prevalência foi de 21.6% e 10.8%, não sendo tão elevada quando analisada no total.

Gráfico 2 – Prevalência das alterações psicoemocionais



Conforme o estudo realizado por Blinderman et al. (2009), os doentes com DPOC avançada, têm vários sintomas relacionados com angústia, sofrimento, distúrbios de humor, diminuição da funcionalidade e qualidade de vida, o que contribui para explicar o aparecimento de alterações psicoemocionais encontradas nos idosos em estudo.

Da comparação da média do *score* de ansiedade (9.31 ± 5.615) e de depressão (7.43 ± 4.993), assim como pela diferença obtida no valor da prevalência (54.02% e 47.35%, respetivamente), verificou-se que os idosos em estudo foram mais ansiosos que depressivos, mantendo valores de autoestima bastante satisfatórios (RSES: 29.11 ± 5.565) (quadro 4). Segundo a revisão da literatura, existe uma maior predisposição a transtornos de ansiedade e depressão em idosos com patologia respiratória crónica (Elassal et al., 2014; Vink, Aartsen, & Schoevers, 2008).

Quadro 4 – Caracterização da HADS e RSES em função do género

Variáveis Dependentes	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão	
Ansiedade (HADS-A)	Masculino	1	20	8,02	4,830
	Feminino	0	20	11,2	6,211
	Total	0	20	9,31	5,615
Depressão (HADS-D)	Masculino	0	19	6,91	3,987
	Feminino	0	20	8,20	6,178
	Total	0	20	7,43	4,993
Autoestima (RSES)	Masculino	18	39	29,25	5,323
	Feminino	16	40	28,90	5,991
	Total	16	40	29,11	5,565

Quando se analisou a HADS e a RSES face ao género, observou-se que as mulheres foram em média mais ansiosas, depressivas e com menor autoestima que os homens. Através da análise inferencial, verificou-se que o género influenciou de forma estatisticamente significativa, a ansiedade ($UMW = -2.328$; $\rho = 0.020$), mas não a depressão ($UMW = -0.546$; $\rho = 0.585$) e a autoestima, ($t = 0.264$; $\rho = 0.793$) (quadro 5). Estes valores vão ao encontro do perfil conhecido na literatura, que mostra que o género feminino apresenta maior predisposição a alterações psicoemocionais que o género masculino (Marco et al., 2006; Vink et al., 2008).

Quadro 5 - Análise inferencial da HADS & RSES em função do género

Variáveis	N	Min	Máx	Média	DP	Teste de Normalidade		Teste Estatístico Utilizado	ρ
						SW	ρ		
Ansiedade								-2,328 ^a	0,020*
Masculino	44	1	20	8,02	4,830	0,917	0,004		
Feminino	30	0	20	11,2	6,211	0,937	0,074[†]		
Depressão								-0,546 ^a	0,585
Masculino	44	0	19	6,91	3,987	0,960	0,135[†]		
Feminino	30	0	20	8,20	6,178	0,929	0,047		
Autoestima								0,264 ^b	0,793
Masculino	44	18	39	29,25	5,323	0,972	0,355[†]		
Feminino	30	16	40	28,90	5,991	0,961	0,324[†]		

(a) Teste de U Mann-Witney (UMW); (b) Teste t-Student (t); Teste de Levene; (†) Critério de normalidade > 0.05; (*) Nível de significância <0.05.

Em relação à idade, constatou-se que os idosos com idade ≥85 anos foram em média mais ansiosos, depressivos e com menor autoestima que os restantes idosos noutros grupos etários, embora os resultados não tenham sido estatisticamente significativos, $\rho \geq 0.05$ (ansiedade: $KW=5.324$; $\rho=0.070$); depressão: $KW=1.139$; $\rho=0.566$ e autoestima: $F=2.519$; $\rho=0.088$) (quadro 6). Estes dados mostram que existe um aumento do risco de perturbações psicoemocionais e de doença física, com uma redução significativa da qualidade de vida, aumentando e propiciando o risco de morte nesta faixa etária, o que também pode ser confirmado em outros estudos (Vink et al., 2008).

Quadro 6 - Análise inferencial da HADS & RSES em função da idade

Variáveis	N	Min	Máx	Média	DP	Teste de Normalidade		Teste Estatístico Utilizado	ρ
						SW	ρ		
Ansiedade								5,324 ^a	0,070
65-74	41	0	20	9,95	5,661	0,933	0,019		
75-84	27	0	20	7,63	5,182	0,908	0,020		
≥85	6	3	20	12,5	5,788	0,977	0,935[†]		
Depressão								1,139 ^a	0,566
65-74	41	0	19	6,98	5,062	0,942	0,036		
75-84	27	0	20	7,81	5,061	0,956	0,291[†]		
≥85	6	3	15	8,83	4,579	0,963	0,845[†]		
Autoestima								2,519 ^b	0,088
65-74	41	17	40	29,95	5,865	0,969	0,331[†]		
75-84	27	18	37	28,81	4,633	0,950	0,212[†]		
≥85	6	16	31	24,67	5,955	0,914	0,464[†]		

a) Teste Kruskal Wallis (KW); b) Teste One-Way Anova (F); (†) Critério de normalidade > 0.05.

Os dados referentes ao nível educacional mostraram que os idosos com menos escolaridade foram em média mais ansiosos, depressivos e com menor autoestima que os idosos com maior escolaridade. A escolaridade influenciou de forma estatisticamente significativa a depressão ($KW=9.793$; $\rho=0.020$) e a autoestima ($F=2.837$; $\rho=0.044$), com valores de $\rho < 0.05$, mas não a ansiedade ($KW=4.476$; $\rho=0.214$) (quadro 7).

AVALIAÇÃO DO NÍVEL DE ANSIEDADE, DEPRESSÃO E AUTOESTIMA DOS IDOSOS COM PATOLOGIA RESPIRATÓRIA

Quadro 7 - Análise inferencial da HADS & RSES em função da escolaridade

Variáveis	N	Min	Máx	Média	DP	Teste de Normalidade		Teste Estatístico Utilizado	p
						SW	ρ		
Ansiedade								4,476 ^a	0,214
Nenhum	8	6	20	10,25	5,418	0,812	0,038		
Ensino Primário	42	0	20	10,26	5,575	0,932	0,015		
Ensino Secundário	19	0	20	7,37	5,946	0,910	0,074[†]		
Ensino Superior	5	3	12	7,20	3,421	0,961	0,814[†]		
Depressão								9,793 ^a	0,020[*]
Nenhum	8	3	17	9,50	4,660	0,959	0,802[†]		
Ensino Primário	42	0	20	8,38	5,089	0,963	0,188[†]		
Ensino Secundário	19	0	17	4,79	4,392	0,890	0,032		
Ensino Superior	5	2	9	6,20	3,421	0,795	0,074[†]		
Autoestima								2,837 ^b	0,044[*]
Nenhum	8	18	30	25,25	4,559	0,868	0,144[†]		
Ensino Primário	42	16	37	28,60	5,310	0,964	0,198[†]		
Ensino Secundário	19	17	40	31,37	6,220	0,930	0,175[†]		
Ensino Superior	5	28	33	31,00	2,121	0,910	0,468[†]		

a) Teste Kruskal Wallis (KW); b) Teste One-Way Anova (F); (†) Critério de normalidade >0.05; (*) Nível de significância <0.05.

Em relação ao local de residência, verificou-se que os idosos do meio rural foram em média mais ansiosos, depressivos e com menor autoestima que os idosos do meio urbano. O local de residência não influenciou de forma estatisticamente significativa a ansiedade (UMW=-0.488; $\rho=0.625$), a depressão ($t=0.835$; $\rho=0.364$) e a autoestima ($t=3.272$; $\rho=0.075$) (quadro 8). Estes dados vão ao encontro de um outro estudo que compara as redes sociais de idosos de áreas rurais e urbanas em Portugal. Nas zonas rurais, embora o tamanho da rede social fosse maior, a sua constituição envolvia sobretudo vizinhos. Já o apoio familiar a estes idosos é menor, já que vivem longe dos seus filhos e netos, devido à emigração ou à deslocação destes para os meios urbanos (Paúl, 2005).

Quadro 8 - Análise inferencial da HADS & RSES em função da residência

Variáveis	N	Min	Máx	Média	DP	Teste de Normalidade		Teste Estatístico Utilizado	p
						SW	ρ		
Ansiedade								-0,488 ^a	0,625
Meio urbano	35	0	20	8,86	5,531	0,945	0,082[†]		
Meio rural	39	1	20	9,72	5,731	0,925	0,012		
Depressão								0,835 ^b	0,364
Meio urbano	35	0	17	6,43	4,474	0,952	0,129[†]		
Meio rural	39	0	20	8,33	5,313	0,959	0,169[†]		
Autoestima								3,272 ^b	0,075
Meio urbano	35	20	39	30,57	4,500	0,968	0,387[†]		
Meio rural	39	16	40	27,79	6,135	0,976	0,555[†]		

a) Teste do U de Mann-Whitney (UMW); b) Teste t-Student (t); Teste de Levene; (†) Critério de normalidade > 0.05.

Quando se analisou a relação entre HADS e RSES, constatou-se a existência de associação moderada, com efeito estatístico altamente significativo ($p<0.001$). Assim, a relação entre o *score* de ansiedade e o *score* de depressão, revelou uma associação positiva moderada ($r=0.606$; $\rho=0.000$), aferindo-se que os idosos mais ansiosos da amostra tenderam também a ser os mais depressivos e vice-versa. O mesmo não se verificou quando se analisou a relação entre o *score* de ansiedade e o *score* da autoestima, obtendo-se uma associação negativa moderada ($r=-0.594$; $\rho=0.000$), constatando-se que os idosos da amostra mais ansiosos, tenderam a apresentar valores de autoestima

mais baixos e vice-versa. A mesma relação foi constatada face ao *score* de depressão ($r=-0.684$; $\rho=0.000$), aferindo-se que os idosos da amostra mais depressivos tenderam a apresentar valores de autoestima mais baixos e vice-versa (quadro 9).

Quadro 9 - Estatísticas correlacionais pelas variáveis dependentes

	Ansiedade (HADS-A)		Depressão (HADS-D)	
	r	ρ	r	ρ
Ansiedade (HADS-A)	-	-	0.606	0.000***
Autoestima (RSES)	-0.594	0.000***	-0.684	0.000***

r – Coeficiente de Correlação de Pearson; (***) Nível de significância <0.001 .

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A prevalência de ansiedade foi de 54.02%, depressão de 47.35% e baixa autoestima de 6.8%. A rede de suporte social mais frequente foi a informal, existindo 12.15% de idosos sem qualquer tipo de rede social de apoio. Os idosos apresentaram maior tendência para serem ansiosos que depressivos, sobretudo os idosos do género feminino, mantendo valores de autoestima satisfatórios, pelo que se pode concluir que o género influenciou a ansiedade.

Os idosos com menores níveis educacionais, pertencentes ao meio rural e com idade ≥ 85 anos, foram em média mais ansiosos, depressivos e com menor autoestima que os idosos com maiores níveis educacionais, pertencentes ao meio urbano e com idade < 85 anos, concluindo-se que a escolaridade influenciou a depressão e a autoestima ($p < 0.05$), não se verificando nenhuma influência da idade e do local de residência. Depreendeu-se também que os idosos mais ansiosos da amostra tenderam a ser os mais depressivos e com menor autoestima, e vice-versa, existindo correlações altamente significativas entre as variáveis dependentes ($p < 0.001$)."

Os resultados e as conclusões obtidos por este estudo mostram a necessidade e justificam a elaboração de um plano de intervenção junto destes idosos, assente num programa de educação para a saúde, já que a autogestão das doenças crónicas é considerada uma ferramenta essencial para o controlo dos efeitos nocivos no estado de saúde dos seus portadores. Esse programa deverá ter por base uma abordagem multiprofissional, de interação social e motivacional, com vista a reduzir o número de idosos encontrados com alterações psicoemocionais.

Futuros estudos devem utilizar amostras de maiores dimensões, de forma a conseguir obter uma maior variabilidade dos resultados encontrados. Torna-se também pertinente a avaliação do grau da patologia respiratória, com vista a analisar a relação entre a gravidade da patologia e o aumento das alterações psicoemocionais. A avaliação e a compreensão da história psicológica dos idosos com doença respiratória crónica, pode permitir aos profissionais de saúde, reduzir os sintomas e melhorar a qualidade de vida destes idosos, devendo ser consideradas na prática clínica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Blinderman, C., Homel, P., Billings, J., Tennstedt, S., & Portenoy, R. (2009). Symptom distress and quality of life in patients with advanced chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of Pain and Symptom Management*, 38(1), 115-123.
- Candeias, A., & Simões, E. (1999). Alfabetização e escola em Portugal no Século XX: Censos nacionais e estudos de caso. *Análise Psicológica*, 1(XVII), 163-194.
- Coventry, P., & Hind, D. (2007). Comprehensive pulmonary rehabilitation for anxiety and depression in adults with chronic obstructive pulmonary disease: systematic review and meta-analysis. *Journal Psychosomatic Research*, 63(5), 551-565.

AValiação DO NÍVEL DE ANSIEDADE, DEPRESSÃO E AUTOESTIMA DOS IDOSOS COM PATOLOGIA RESPIRATÓRIA

- Elassal, G., Elsheikh, M., & Zeid, A. (2014). Assessment of depression and anxiety symptoms in chronic obstructive pulmonary disease patients: A case-control study. *Egyptian Journal of Chest Diseases and Tuberculosis*, (63), 574-582.
- García, A., Marín, M., & Bohórquez, M. (2012). Autoestima como variable psicosocial predictora de la actividad física en personas mayores. *Revista de Psicología del Deporte*, 21(1), 195-200.
- Godoy, D., & Frizzo, R. (2002). Redução nos níveis de ansiedade e depressão de pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) participantes de um programa de reabilitação pulmonar. *Jornal de Pneumologia*, 28(3), 120-124.
- INE, & INSA. (2009). *Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006*. Lisboa-Portugal: INE.
- INE. (2012). Censos 2011 - Resultados Pré-definitivos: Mais de um milhão e duzentos mil idosos vivem sós ou em companhia de outros idosos. *Destaque do INE -Portugal*.
- INE. (2014). Projeções de população residente 2012-2060. *Destaque do INE -Portugal*.
- Marco, F., Verga, M., Reggente, M., Casanova, F., Santus, P., & Blasi, F. (2006). Anxiety and depression in COPD patients: The roles of gender and disease severity. *Respiratory Medicine*, 100, 1767-1774.
- Ng, T., Niti, M., Fones, C., Yap, K., & Tan, W. (2009). Co-Morbid association of depression and COPD: a population-based study. *Respiratory Medicine*, 103, 895-901.
- OMS. (2014). *WHO-ageing and life-course: interesting facts about ageing*. Recuperado a 17 de Outubro de 2014, a partir de <http://www.who.int/ageing/about/facts/en/>
- Paúl, C. (2005). Envelhecimento activo e redes de suporte social. *Sociologia*, 15, 275-287.
- Putman-Casdorph, H., & McCrone, S. (2009). Chronic obstructive pulmonary disease, anxiety, and depression: State of the science. *Heart & Lung*, 38, 34-47.
- Ribeiro, J., Silva, I., Ferreira, T., Martins, A., Meneses, R., & Baltar, M. (2007). Validation Study of a portuguese version of the hospital anxiety and depression scale. *Psychology, Health & Medicine*, 12 (2), 225-237.
- Rosa, M. J. (2012). *O envelhecimento da sociedade portuguesa*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and The adolescent self-image*. Princeton: Princeton University Press.
- Santos, J. (2006). *Auto-percepções, auto-estima, ansiedade físico-social e imagem corporal*. Monografia de Licenciatura em Ciências do Desporto e Educação Física, Universidade de Coimbra.
- Santos, P. (2008). Validação da rosenberg self-esteem scale numa amostra de estudantes do ensino superior. In *XIII Conferência Internacional Avaliação Psicológica: Formas e Contextos*. Braga: Psiquilíbrios Edições.
- Santos, P., & Maia, J. (2003). Análise factorial confirmatória e validação preliminar de uma versão portuguesa da escala de autoestima de rosenberg. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 2, 253-268.
- Stoilkova, A., Janssen, D., Franssen, F., Spruit, M., & Wouters, E. (2013). Coping styles in patients with COPD before and after pulmonary rehabilitation. *Respiratory Medicine*, 107, 825-833.
- Vaz, D. (2008). A Covilhã vista pelos covilhanenses: representações e práticas sobre uma urbanidade em transformação. *Forum Sociológico*, 18, 89-101.
- Vink, D., Aartsen, M., & Schoevers, R. (2008). Risk factors for anxiety and depression in the elderly: a review. *Journal of Affective Disorders*, 106, 29-44.
- Zigmond, A., & Snaith, R. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand*, 67, 361-370.

"Este artigo é uma síntese do Trabalho de Projeto realizado como trabalho final do Mestrado em Gerontologia Social da ESECB/ESALD do Instituto Politécnico de Castelo Branco "