



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR
Ciências Sociais e Humanas

Sintomatologia Depressiva e Solidão na população idosa residente na cidade da Covilhã

Letícia Raquel Faísca

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre na especialidade
Psicologia Clínica e da Saúde

(2º ciclo de estudos)

Orientador: Professora Doutora Rosa Marina Afonso

Covilhã, Outubro de 2012

Agradecimentos

A todos os que se revelaram determinantes no apoio prestado ao longo do meu percurso académico e, em particular, no meu percurso de dissertação.

Em especial agradeço à pessoa que contribuiu, de forma mais direta, para a realização desta dissertação, a orientadora de dissertação Professora Doutora Rosa Marina Afonso, pelo seu profissionalismo, rigor científico, orientação, disponibilidade, e em particular, agradeço os conhecimentos transmitidos, os conselhos, a sua compreensão, e incentivo que tanto ajudaram em momentos de insegurança, ao longo desta último período académico.

Ao professor Doutor Manuel Joaquim da Silva Loureiro agradeço o seu contributo enquanto docente e profissional e a sua colaboração na elaboração desta dissertação.

À UNIFAI, pela disponibilização dos instrumentos de trabalho e a todas as instituições e Técnicos que auxiliaram no contato aos participantes do estudo e facilitaram a recolha de dados.

Um agradecimento aos participantes do estudo pela sua disponibilidade pois, sem eles a presente investigação não teria sido possível.

Aos colegas de investigação e voluntários, pelo empenho e disponibilidade na aplicação dos instrumentos deste estudo.

Agradeço, também, em especial aos meus pais, irmão e namorado por me terem sempre compreendido e ajudado mesmo nos momentos mais difíceis, por me terem apoiado incondicionalmente em todas as situações ao longo dos anos, muito obrigada pela paciência, dedicação e pelo estímulo constante.

Resumo

A solidão e a depressão, particularmente nas pessoas idosas, podem influenciar o bem-estar psicológico, existindo uma relação importante entre a solidão e a depressão em adultos mais velhos (Alpass & Neville, 2003). O objetivo deste estudo é avaliar a depressão e a solidão e estudar a sua relação em pessoas idosas residentes na cidade da Covilhã. Os dados foram recolhidos através de um questionário sociodemográfico, da Escala de Depressão Geriátrica (GDS) (Pocinho, Farate, Dias, Lee & Yesavage, 1999) e através de questões diretas para avaliar a solidão (Paúl, Fonseca, Ribeiro & Teles, 2006). Participaram no estudo 213 pessoas idosas com idades compreendidas entre os 65 e os 96 anos, sendo a média de idades dos sujeitos de 75 anos (DP=6,74).

Os resultados obtidos indicam que 57 (26,76%) indivíduos apresentam sintomatologia depressiva. Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas [($t(211,9) = 3,551$; $p = 0,000$)] entre homens ($M=6,16$; $DP=4,93$) e mulheres ($M=9,31$; $DP= 7,14$) e entre os estados civis [($F=10,044$; $p=0,000$)], níveis de escolaridade [($t(208,85)=4,491$; $p=0,000$)] e condições de vida dos indivíduos inquiridos [($F=7,014$; $p=0,001$)]. Relativamente à experiência de solidão, os resultados indicam que 27 (12,7%) indivíduos apresentaram solidão. Foram encontradas associações estatisticamente significativas entre a solidão e o género [($\chi^2(1)=6,136$; $p=0,013$)], os estados civis [($\chi^2(2)=6,017$; $p=0,049$)] e as condições de vida [($\chi^2(2)=10,230$; $p=0,006$)] dos sujeitos. A análise dos resultados também revelou uma associação estatisticamente significativa entre a solidão e a sintomatologia depressiva [($\chi^2(2)=35,315$; $p=0,000$)], sendo que nesta amostra 20 (35,1%) sujeitos apresentam solidão e sintomatologia depressiva.

Os resultados deste estudo refletem a importância de delinear intervenções psicossociais, para ajudar as pessoas de idade a adaptarem-se às mudanças que surgem com o envelhecimento, e tendo em consideração a depressão resultante da solidão ou de ambos, aliviando e prevenindo o sofrimento experimentado.

Palavras Chave: Envelhecimento, Depressão na velhice, solidão na velhice.

Abstract

Loneliness and depression, particular in older people, can influence the psychological well-being, there is an important relationship between loneliness and depression in older adults (Alpass & Neville, 2003). The aim of this study is to assess depression and loneliness and to study their relationship in older people living in Covilhã. Data were collected using a sociodemographic questionnaire, the Geriatric Depression Scale (GDS) (Pocinho, Farate, Dias, Lee & Yesavage, 1999) and through direct questions to assess loneliness (Paúl, Fonseca, Ribeiro & Teles, 2006). The sample comprised 213 people aged 65-96 years old. The average age was 75 years old (DP=6,74).

The findings indicate that 57 (26,76%) individuals had depressive symptoms. Differences were statistically significant [(t(211,9)=3,551; p=0,000)] between men (M=6,16; DP=4,93) and women (M=9,31; DP=7,14) and between marital states [(F=10,044; p=0,000)], education levels [(t(208,85)=4,491; p=0,000)] and living conditions of the individuals [(F=7,014; p=0,001)].

Regarding the experience of loneliness, the results indicate that 27 (12,7%) individuals had solitude. We found statistically significant associations between loneliness and gender [(x2(1)=6,136; p=0,013)], marital status [(x2(2)=6,017; p=0,049)] and living conditions [(x2(2)=10,230; p=0,006)] of the subject. The results also revealed a statistically significant association between loneliness and depressive symptoms [(x2(2)=35,315; p=0,000)] and in this sample 20 (74,15) subjects present loneliness and depressive symptoms.

The findings of this study reflect the importance of delineating psychosocial interventions to help older people in adapting to health-related changes that come with aging, and taking into account the depression resulting from loneliness or both relieving and preventing the suffering experienced.

Keywords: Aging, depression in old age, loneliness in old age.

Índice

Agradecimentos	iii
Resumo	v
Abstract.....	vii
Índice	ix
Lista de Tabelas	xi
Lista de Acrónimos	xiii
Introdução.....	1
1 Depressão na velhice	1
1.1 Especificidade da depressão na velhice	2
2 Solidão na velhice.....	4
2.3 Fatores de risco da solidão na velhice	6
3 Depressão e solidão na velhice	7
4 Apresentação do estudo	8
4.1 Tipo de Estudo	8
4.2 Objetivo da Investigação	8
5 Método.....	9
5.1 Participantes	9
5.2 Instrumentos	11
5.2.1 Questionário Sociodemográfico	11
5.2.2 Geriatric Depression Scale (GDS)	11
5.2.3 Escala de Solidão.....	12
5.3 Procedimento	13
5.4 Tratamento dos Dados	14
6 Apresentação dos resultados	15
7 Discussão dos resultados	21
7.1 Sintomatologia Depressiva na velhice.....	21
7.2 Solidão na velhice.....	23
7.3 Depressão e Solidão na velhice	26
8 Conclusão	26
9 Referências Bibliográficas	29
(Anexo I).....	Revisão da Literatura
(Anexo II)	Folha de Informação ao Participante

(Anexo III)..... Consentimento informado
(Anexo IV)..... Questionário de Identificação Geral
(Anexo V) Escala de Depressão Geriátrica (GDS)
(Anexo VI)..... Escala de Solidão

Lista de Tabelas

Tabela 1: características sociodemográficas da amostra (n=213)	10
Tabela 2: Resultados relativos à Presença e Ausência de Sintomatologia Depressiva entre os idosos do estudo (N=213).....	15
Tabela 3: Resultados da comparação da sintomatologia depressiva entre grupos etários	15
Tabela 4: Média da Sintomatologia Depressiva entre homens e mulheres.	16
Tabela 5: Resultados médios de sintomatologia depressiva nos idosos, segundo o seu estado civil.....	16
Tabela 6: Resultados médios de sintomatologia depressiva nos idosos, segundo o nível de escolaridade	16
Tabela 7: Resultados médios de sintomatologia depressiva nas pessoas idosas, segundo a situação em que vivem	17
Tabela 8: Resultados relativos aos sentimentos de solidão entre as pessoas idosas.....	17
Tabela 9: Resultados relativos à presença ou ausência de sentimentos de solidão entre as pessoas idosas	18
Tabela 10: Resultados relativos aos sentimentos de solidão entre as pessoas idosas	18
Tabela 11: Resultados relativos à presença de solidão entre diferentes grupos etários	19
Tabela 12: Resultados relativos aos sentimentos de solidão em relação ao género.....	19
Tabela 13: Resultados relativos aos sentimentos de solidão em relação ao nível de escolaridade	19
Tabela 14: Resultados relativos aos sentimentos de solidão em relação ao estado civil	20
Tabela 15: Resultados relativos aos sentimentos de solidão entre as pessoas idosas em relação à situação em que vivem.....	20
Tabela 16: Valor calculado do teste Qui-quadrado de Pearson entre as variáveis solidão e género.....	20

Lista de Acrónimos

INE - Instituto Nacional de Estatística

UE - União Europeia

OMS - Organização Mundial de Saúde

ESAP - European Survey on Aging Protocol

DSM - Diagnostic and Statistical Manual

UNIFAI - Unidade de Investigação e Formação em Adultos e Idosos

AVD's - Atividades de Vida Diária

AIVD's - Atividades Instrumentais de Vida Diária

UBI - Universidade da Beira Interior

FCS - Faculdade de Ciências da Saúde

GDS - Geriatric Depression Scale

DPE - Departamento de Psicologia e Educação

SPSS - Statistical Package for Social Sciences

N - Número de indivíduos

M - Média

DP - Desvio-padrão

p - Nível de significância

α - *Alpha de Cronbach*

t - Teste *t* de student

χ^2 - Teste Qui-quadrado

ANOVA - Análise de Variância

Introdução

1 Depressão na velhice

Dos sintomas emocionais mais frequentes, os depressivos são os que mais atingem a população (Neri, Yassuda & Cachioni, 2004; OMS, 2002). A depressão nas pessoas idosas é um problema de saúde pública, não só pela sua prevalência, mas também pela sua importância como causa de morbidade clínica (início de incapacidade física, cognitiva e social), de mortalidade, suicídio e aumento da utilização de cuidados de saúde (OMS, 2002; Chapman & Perry, 2008; Lyness, Niculescu, Tu, Reynolds & Caine, 2006; Stella, Gobbi, Corazza & Costa, 2002). É uma doença incapacitante que tem um impacto pessoal (no próprio, na família, e amigos) e na vida social (e.g., trabalho) (Stotland & Stotland, 1999). Os sintomas depressivos que não se encontram no limiar do diagnóstico psiquiátrico podem até resultar numa diminuição da qualidade de vida e um aumento na morbidade (Wada, Ishine, Sakagami, Okumiya, Fujisawa, Murakami, Otsuka, Yano, Kita & Matsubayashi, 2004) e quando de início tardio, frequentemente associa-se a doenças clínicas gerais e a anormalidades estruturais e funcionais do cérebro (Stella, Gobbi, Corazza & Costa, 2002).

A depressão na terceira idade é um fenómeno bastante complexo e que não pode ser atribuído apenas a uma causa mas antes a um conjunto dinâmico e interativo de fatores (Bowling & Farquhar, 1996). Alguns investigadores têm sugerido que, em comparação com outros grupos etários, os idosos são mais vulneráveis à depressão por estarem mais propensos à exposição dos fatores de risco que a desencadeiam, no entanto, outros pesquisadores sugerem que eles podem ter estratégias de coping mais eficazes devido à experiência de vida que possuem, as quais podem contrariar situações adversas que possam conduzir à depressão (e.g., Gottfries, 2001).

Para avançar no desenvolvimento do tratamento ou prevenção, é importante identificar o início e as condições específicas em que surge um quadro depressivo (Stella, Gobbi, Corazza & Costa, 2002) e explorar os fatores de risco para os sintomas depressivos na vida adulta. O conhecimento dos fatores de risco também pode ajudar a identificar grupos de alto risco para o diagnóstico de depressão nas pessoas idosas (Evans, & Mottram, 2000; Licht-Strunk, Kooij, Schaik, Marwijk, Hout, Haan, et al., 2005). Existem diversos estudos que têm identificado um conjunto de fatores de risco para a depressão geriátrica, sendo os mais referidos a existência de doenças crónicas, doença ou deficiência, baixa capacidade funcional, declínio cognitivo, auto-avaliação da saúde como pobre, a solidão, viuvez, o luto recente, falta de apoio social, acontecimentos negativos recentes, género feminino, idade, escolaridade, estado civil e dificuldades económicas (e.g., Fiske, Wetherell & Gatz, 2009; Heikkinen & Kauppinen, 2004; Osborn, Fletcher, Smeeth, Stirling, Bulpitt, Breeze, et al., 2003; Ried & Planas, 2002; Taragano & Allegri, 1996).

Apesar da depressão geriátrica ser uma das condições mais prevalentes na terceira idade, vários estudos internacionais têm sido realizados para determinar a sua prevalência atual e os seus determinantes (e.g., características sociodemográficas). No entanto, esses estudos

diferem significativamente e são difíceis de comparar, apresentando resultados que variam entre 6,4% e 34,0%, de acordo com a metodologia e classificação usada e também com a população em estudo (e.g, Ambo, Meguro, Ishizaki, Shimada, Yamaguchi, Sekita & Yamadori, 2001; Copeland, Beekman, Braam, Dewey, Delepaul, fuhrer, et al., 2004; Gottfries, 2001; Urbina, Flores, García, Torres & Torrubias, 2007). A prevalência de transtornos depressivos (com sintomas clinicamente significativos e que necessitam de intervenção) entre pessoas com 65 ou mais anos é de aproximadamente 15% (Copeland, Beekman, Braam, Dewey, Delepaul, Fuhrer, et al., 2004). Segundo Kaplan e colaboradores (2003), a prevalência desta patologia, na população em geral, é de cerca de 15%, reduzindo para 14% em idosos que estabelecem laços sociais favoráveis, aumentando, novamente, a incidência da depressão para 30%, nos indivíduos que residem em instituições. Alguns investigadores afirmam que os altos níveis de sintomatologia depressiva aumenta com a idade e é comum entre os idosos nas sociedades ocidentais (Gottfries, 2001). No entanto, segundo Blazer (2003) os sintomas depressivos diminuem em frequência com a idade embora, segundo o autor, a doença física e o luto possam ser causas da depressão. A evidência indica que a depressão torna-se menos comum e menos grave com a idade, contudo deve-se ter em consideração que os sintomas depressivos com baixa gravidade, que também podem ser consequenciais e tratáveis, não devem ser menosprezados (Judd, Schettler & Akiskal, 2002). Além disso, menor prevalência de sintomatologia depressiva na pessoa idosa pode refletir mecanismos de coping e de adaptação mais eficazes, diferenças na avaliação da depressão, ou o facto de o envelhecimento funcionar como um estado protetor (Gottfries, 2001).

1.1 Especificidade da depressão na velhice

A depressão em adultos mais velhos tem sido caracterizada como uma síndrome que envolve inúmeros aspetos clínicos, etiopatogénicos e de tratamento (Stella, Gobbi, Corazza & Costa, 2002) e portanto, pode apresentar alguns aspetos que diferem da depressão em adultos jovens, nomeadamente no que diz respeito aos sinais e sintomas e ainda relativamente aos tipos de depressão observada (Fiske, Wetherell & Gatz, 2009; Gottfries, 2001; Leturia, Yanguas, Arriola, & Uriarte, 2002). Além dos sintomas comuns, talvez sejam mais prevalentes na depressão geriátrica do que na depressão que surge em adultos jovens ou de meia-idade os sintomas hipocondriacos, sentimentos de inutilidade e abandono, retraimento social/solidão, humor disfórico, tendência auto-depreciativa, maior letargia, maiores implicações na autonomia, ideação paranóide e pensamento recorrente de suicídio (Stella, Gobbi, Corazza & Costa, 2002; Zimmerman, 2000) baixa autoestima, mais queixas somáticas, fadiga, retardo psicomotor, anedonia e perda de interesse, desesperança no futuro, irritabilidade, preocupações (Gatz, & Fiske, 2003; Nolen-Hoeksema, & Ahrens, 2002; Zimmerman, 2000), fraca concentração, queixas de memória, diminuição da velocidade de processamento cognitivo, bem como a disfunção executiva (Butters, Whyte, Nebes, Begley, Dew, et al. 2004; Stella, Gobbi, Corazza & Costa, 2002). A dor é uma das queixas mais

comuns nos pacientes com depressão geriátrica, surgindo tipicamente de forma exagerada e envolvendo múltiplos sistemas (gastrointestinal, neurológico, músculo-esquelético) (Buckley & Lachman, 2007). Uma variante que reflete as diferenças de idade relativamente à apresentação da depressão nos idosos, tem sido chamada de “depressão sem tristeza” ou “síndrome do esgotamento” (Gallo, Rabins, Lyketsos, Tien & Anthony, 1997).

Apesar de a depressão assumir uma elevada prevalência entre as doenças clínicas gerais, esta não tem sido adequadamente diagnosticada e tratada (Stella, Gobbi, Corazza & Costa, 2002; Taragano & Allegri, 1996). Nos pacientes idosos o diagnóstico de depressão pode ser difícil de estabelecer, devido ao amplo espectro semiológico que apresenta e em especial a que muitos sintomas são inespecíficos (Taragano & Allegri, 1996) pelo que, os sintomas depressivos são normalmente sub-detetados e sub-tratados nas pessoas idosas (Lin & Wang, 2011). Além disso, muitos profissionais, e inclusive os próprios pacientes, consideram que a depressão é uma consequência normal de alguma doença física, problema social ou económico, ou como uma consequência que habitualmente padece o idoso, sendo pouco valorizados (Stella, Gobbi, Corazza & Costa, 2002; Taragano & Allegri, 1996). Portanto, a avaliação da depressão em pessoas idosas deve ter em consideração as especificidades que a diferenciam de outros grupos, podendo assim conduzir ao subdiagnóstico (Blazer, 2002; Francois, Moutel, Plu, Pfitzenmeyer, & Hervé, 2006).

O diagnóstico de depressão geriátrica deve considerar vários aspetos, tais como, a presença de doenças médicas concomitantes e efeitos laterais da medicação, a possibilidade de existirem dificuldades de comunicação, a presença de maior número de queixas somáticas e niilismo terapêutico (Buckley & Lachman, 2007; Van'tallie, 2005). A diversidade e a baixa especificidade dos sintomas no paciente depressivo idoso obrigam a uma gestão cautelosa dos critérios clínicos para o diagnóstico, pois os quadros depressivos poucas vezes concordam com os critérios clínicos propostos, já que estes foram delineados tomando como referência o paciente depressivo adulto (Taragano & Allegri, 1996).

A depressão geriátrica pode ser vista como um fator de risco para o surgimento de múltiplas complicações na saúde física, independência funcional, e mortalidade (Chi & Chou, 2000; Mehta, Yaffe, Langa, Sands, Whooley, et al., 2003). O impacto da sintomatologia depressiva na pessoa idosa é progressivamente maior e pode afetar comportamentos importantes com a saúde tais como a adesão e eficácia dos tratamentos médicos (Ciechanowski, Katon, Russo, 2000; Saz & Dewey, 2001; Williams, Jacka, Paco, Dodd & Berk, 2006), o aumento dos custos com os cuidados de saúde (Unützer, 1997; Unützer, Patrick, Simon, Grembowski, Walker, & Rutter, 1997), o aumento da procura de cuidados de saúde (Beurs, Beekman, Van Balkom, Deeg, Dyck, & Tilburg, 1999; Strain, Philip, & Blandford, 2006), e o prolongamento do período de internamento hospitalar devido à incapacidade de realização dos cuidados básicos de higiene e alimentação, acelerando determinados quadros de doenças crónicas (Newhouse, Krishnan, Doraiswamy, Richter, Batzar, & Clary, 2000; Ranga, Krishnan, DeLong, et al., 2002). Da mesma forma, a presença de sintomas depressivos, como a perda de interesse, interfere com a recuperação das pessoas idosas (Tugade,

Fredrickson, & Barrett, 2004), nomeadamente, a recuperação de estados de doença aguda ou crónica (Papadopoulos, Petridou, Argyropoulou, Kontaxakis, Dessypris, Anastasiou, Katsiardani, Trichopoulos & Lyketsos, 2005). Por outro lado, tem-se verificado, igualmente, um comprometimento das funções cognitivas em idosos, com ou sem demência, tendo um impacto conseqüente em fatores como a manutenção da independência e a qualidade de vida (Chi & Chou, 2000; Zimmer, 2000; Stella, Gobbi, Corazza & Costa, 2002).

2 Solidão na velhice

A solidão e o isolamento social são dois conceitos cruciais no âmbito da qualidade de vida, e também relativamente às relações sociais na vida humana, tornando-se particularmente relevantes na velhice (Paúl & Ribeiro, 2009) pois, os adultos mais velhos estão muitas vezes em risco de solidão por causa das interrupções com as suas redes sociais ao longo do tempo, nomeadamente, devido à reforma, devido a uma deficiência ou doença que o podem tornar a pessoa idosa dependente ou impedi-la de interagir com os outros ou ainda, devido à perda de familiares, amigos e cônjuge (Alpass & Neville, 2003). Apesar de a solidão despoletar conseqüências para a saúde em igual ou superior número às de muitas das principais perturbações psiquiátricas, na perspetiva de Luanaigh e Lawlor (2008) tem sido dada pouca importância ao construto da solidão na literatura psiquiátrica, com a maioria das publicações focadas na psicologia social e em revistas de gerontologia social.

Não existe uma definição universal de solidão, pois trata-se de uma experiência subjetiva e varia entre culturas e indivíduos (Perlman, 2004; Rokach, Orzeck, Cripps, Lackovic-Grgin & Penezic, 2001). No entanto, a solidão tem sido caracterizada por um conjunto complexo de sentimentos desagradáveis que surgem perante a falta de satisfação nas relações humanas (inexistência de contato social e a falta de pessoas dispostas a partilhar experiências sociais e emocionais), como um estado emocional em que uma pessoa experiencia um forte sentimento de vazio e isolamento (Victor, Scambler, Shah, Cook, Harris, Rink, De Wilde, 2002), onde um indivíduo pode interagir com os outros, mas não o faz e uma divergência entre a real e a desejada interação com os outros (Blazer, 2002; Gierveld, 1998; Perlman, 2004). Portanto, a solidão está relacionada com a perceção que a pessoa tem acerca das suas relações sociais ou acerca do nível de envolvimento social como sendo deficiente de alguma forma, em termos de quantidade e/ou qualidade (Victor, Scambler, Bowling & Bond, 2005) pois, existem vários processos cognitivos que medeiam entre as características da rede social e a experiência de solidão (Paúl & Ribeiro, 2009).

A solidão é uma experiência subjetiva que geralmente é negativa e indesejável (Bowling, 1997; De Jong Gierveld, 1998; Hughes, Waite, Hawkey, Cacioppo, 2004) e que é diferente da condição objetiva da solidão, indicando que os aspetos quantitativos e qualitativos das relações sociais são bastante discrepantes (de Jong Gievelde & Havens, 2004; Hughes, Waite, Hawkey, Cacioppo, 2004) e que não pode ser predita simplesmente por indicadores objetivos (Perlman, 2004). Os conceitos de solidão, isolamento social e viver sozinho têm sido utilizados

muitas vezes como sinónimos, embora sejam conceitos distintos mas interrelacionados (Grenade & Duncan, 2008; Victor, Scambler, Bond & Bowling, 2000). Portanto, viver sozinho é o conceito mais simples que pode ser medido pelo tamanho da família (Victor, Scambler, Bond & Bowling, 2000). A solidão é ainda um sentimento subjetivo e a sua quantidade só pode ser descrita pela sua experiência individual (Tilvis, Pitkälä, Jolkkonen & Strandberg, 2000). Uma pessoa pode sofrer de solidão e estar rodeada por muitas pessoas (Victor, Scambler, Bond & Bowling, 2000). O isolamento social tende a ser visto como um estado objetivo de solidão onde um determinado indivíduo experiencia o mínimo contato com os outros e/ou um frequente baixo nível de envolvimento na vida em comunidade (Cattan, White, Bond & Learmouth, 2005; Wenger, Davies, Shahtahmasebi & Scott, 1996). É geralmente medido em termos da rede social da pessoa idosa, isto é, através do número e frequência de contactos (Chappell & Badger, 1989). Outros indicadores relacionados, tais como as condições de vida (e.g., se vive sozinho ou com o cônjuge), a disponibilidade de um confidente, e o envolvimento na comunidade, são por vezes incluídos (Lubben, 1988).

As estimativas da prevalência da solidão entre as pessoas idosas na comunidade variam amplamente na literatura, e que podem englobar, por um lado, pequenas percentagens e por outro lado, taxas tão elevadas que podem atingir os 50% a 60% em alguns casos (Savikko, Routasalo, Tilvis, Strandberg & Pitkala, 2005; Tiikkainen & Heikkinen, 2005). Contudo, muitos estudos baseados na comunidade indicam que apenas uma minoria das pessoas idosas experiencia solidão “severa” - aqueles que indicam sentir-se sozinhos “sempre” ou “na maioria das vezes”, ou a partir da avaliação através de sistemas específicos de classificação em escalas de solidão (Grenade & Duncan, 2008).

Apesar destas pequenas proporções, as evidências sugerem que uma proporção muito maior de pessoas mais velhas (talvez até um terço ou mais) pode ter algum grau de solidão mais tarde nas suas vidas (Boldy, Iredell & Grenade, 2005; Savikko, Routasalo, Tilvis, Strandberg & Pitkala, 2005; Victor, Scambler, Bowling & Bond, 2005). Numa meta-análise de Pinquart e Sorensen (2001) concluíram que 5-15% das pessoas idosas relatam solidão frequente. Resultados semelhantes foram obtidos no estudo de Walker (1996) verificando-se que entre 10 a 14% dos idosos confessa sentir solidão. Na mesma linha, a revisão de estudos de Victor, Scambler, Bond e Bowling (2000) com populações a viver em comunidade no Reino Unido também revelou uma prevalência de cerca de 10% e, taxas semelhantes foram identificadas na Austrália (Edelbrock, Buys, Creasey & Broe, 2001). A nível nacional, o estudo de Paúl e Ribeiro (2009) mostra que as pessoas idosas, em geral, não apresentam níveis elevados de isolamento social e solidão. Os autores constataram que apenas um pequeno número de indivíduos apresentou uma prevalência geral de solidão de 16,3%.

A natureza dinâmica da solidão é uma consideração adicional ao investigar a prevalência da solidão pois, a experiência de solidão de uma pessoa pode mudar ao longo do tempo (Victor, Scambler, Bowling & Bond, 2005; Wenger & Burholt, 2004). As experiências de solidão das pessoas podem divergir de acordo com a época do ano e/ou dia, com períodos de férias, como o Natal, e à noite/noites sendo essas vezes os momentos em que muitas pessoas de

idade podem sentir-se muito sozinhas (Steed, Boldy, Grenade & Iredell, 2006; Victor, Scambler, Bowling & Bond, 2005).

2.3 Fatores de risco da solidão na velhice

A partir de uma perspectiva de intervenção, é importante identificar fatores que possam aumentar a probabilidade de a pessoa tornar-se isolada e/ou sozinha, bem como aqueles que parecem reduzir este risco (Grenade & Duncan, 2008). Alguns autores sugerem cinco conjuntos de fatores que se têm mostrado consistentemente associados com a solidão: atributos socio-demográficos (viver sozinho, ser do sexo feminino, não ter filhos vivos, condições de vida, ter 75 ou mais anos); circunstâncias materiais (pobreza, baixo nível educacional); recursos de saúde (deficiência, saúde auto-avaliada, saúde mental, função cognitiva, ansiedade e depressão), recursos sociais (tamanho da rede social, isolamento, tempo sozinho e presença de um confidente), e acontecimentos de vida (perda recente). Muitas dessas variáveis estão interrelacionadas (Pinquart & Sorensen, 2001; Savikko, Routasalo, Tilvis, Strandberg & Pitkala, 2005; Victor, Scambler, Bowling & Bond, 2005).

Com o rápido aumento da população idosa nos países desenvolvidos, o número de pessoas idosas a viver sozinhas também tem aumentado e, portanto, há um aumento notável na necessidade de se avaliar a sua saúde (Kawamoto, Yoshida, Oka e Kodama, 2005). Todavia, as consequências ou efeitos sobre a saúde física e mental da solidão, ainda não foram suficientemente investigadas (O’Luanaigh & Lawlor, 2008) pelo que os estudos da solidão e a sua relação com as condições de saúde física e mental é um tópico de pesquisa imperativo nos estudos do envelhecimento (Paúl & Ribeiro, 2009).

A solidão pode exercer um papel etiológico nos problemas de saúde física e mental experienciados pelas pessoas idosas pois, os sentimentos de solidão entre as pessoas idosas pode ser atribuível ao aumento das deficiências e diminuição dos contactos sociais (Hicks, 2000). Assim, devido à natureza transversal de grande parte dos estudos, é possível constatar uma associação entre a solidão, o isolamento social (Paúl & Ribeiro, 2009) e também a saúde física (por exemplo, hipertensão arterial, má qualidade do sono, doença cardíaca e stress) (e.g., Luanaigh e Lawlor, 2008; Paul, Ayis & Ebrahim, 2006; Savikko, Routasalo, Tilvis, Strandberg e Pitkala, 2005; Steptoe, Owen, Kunz-Ebrecht & Brydon, 2004; Tomaka, Thompson & Palacios, 2006) e mental (por exemplo, depressão) (Cheng, Fung & Chan, 2008; Eisses, Kluiters, Jongenelis, Pot, Beekman & Ormel, 2004; Luanaigh e Lawlor, 2008; Mellor, Stokes, Firth, Hayashi & Cummins, 2008; Nolen-Hoeksema & Ahrens, 2002).

Para Paúl e Ribeiro (2009) pode existir uma relação bilateral entre a solidão e a pobre saúde física e mental. Isto é, segundo os autores, é possível que, por um lado, o facto de a pessoa idosa se sentir sozinha a torne mais vulnerável à doença ou a uma pobre saúde física e mental pois, existe a tendência de se tornar mais descuidada consigo mesma, e por outro lado, existe também a possibilidade de uma pessoa idosa cujo estado de saúde é pobre se torne mais sozinha, limitando os seus contatos sociais e atividades. Pelo exposto, os autores

consideram não haver certezas se a saúde física e mental são uma causa ou uma consequência da solidão devido à natureza transversal da maioria dos estudos.

3 Depressão e solidão na velhice

Embora as pessoas mais velhas não sofram de sintomas de solidão e depressão mais do que a população adulta em geral, o crescimento contínuo da população de idosos e a expectativa de vida crescente obriga a lançar novos desafios particularmente no caso dos mais velhos (Tiikkainen & Heikkinen, 2005). Grande parte da literatura tem indicado que a integração social é muito influente, e pode de facto determinar o estado de saúde mental na terceira idade. Pelo que, uma melhor compreensão da relação entre uma forma de integração social, ou seja, viver sozinho, e um resultado específico de saúde mental, nomeadamente a depressão, entre os idosos, é de particular importância, considerando a alta prevalência de ambas as condições na maioria dos países desenvolvidos (Chou & Chi, 2000; Chou, Ho & Chi, 2006). Além disso, para fins de desenvolvimento de intervenções sociais eficazes é importante saber mais sobre como esses fenómenos estão relacionados um com o outro e sobre que tipo de interação social é benéfica para idosos solitários e depressivos (Tiikkainen & Heikkinen, 2005).

Especificamente em relação à saúde mental, a solidão tem sido identificada como um problema primário que afeta os idosos, e diversos estudos têm verificado uma estreita relação entre a solidão e a depressão na velhice, em todas as culturas (e.g., Adams, Sanders & Auth, 2004; Alpass F, Neville, 2003; Alpass & Neville, 2003; Cacioppo, Hughes, Waite, Hawkley & Thisted, 2006; Paul, Ayis & Ebrahim, 2006; Routasalo, Savikko, Tilvis, Standberg e Pitkala, 2006). Num estudo prospetivo baseado numa população com 85 anos de idade, Stek, Vinkers, Gussekloo, Beekman, van der Mast & Westendorp (2005) verificaram que a depressão encontrava-se presente em 23% da população estudada e encontrava-se associada com o estado civil, a institucionalização e a solidão percebida. Heikkinen e Kauppinen (2004) num estudo longitudinal de 10 anos com idosos Finlandeses descobriram que a solidão originou sintomas depressivos. Essa descoberta foi ampliada, num estudo mais recente, usando abordagens transversais e longitudinais numa amostra de pessoas idosas, por perspetivar a solidão como um fator de risco específico para a depressão, (Cacioppo, Hughes, Waite, Hawkley & Thisted, 2006). Na abordagem transversal desse estudo, Cacioppo, Hughes, Waite, Hawkley e Thisted (2006) verificaram que os níveis mais elevados de solidão foram associados com maiores níveis de sintomas depressivos. Na componente longitudinal do estudo, realizado durante 3 anos, a solidão foi novamente associada a sintomas depressivos. A análise mostrou ainda influências recíprocas ao longo do tempo entre a solidão e a sintomatologia depressiva, sugerindo que a solidão e a sintomatologia depressiva podem atuar de forma sinérgica para diminuir o bem-estar nos idosos.

4 Apresentação do estudo

A presente investigação pretende avaliar a presença de sintomatologia depressiva e de solidão bem como, avaliar a sua relação entre pessoas idosas com idade igual ou superior a 65 anos, residentes na cidade da Covilhã.

4.1 Tipo de Estudo

Este estudo é de natureza quantitativa pois, permite explicar os fenómenos com base na quantificação e categorização, utilizando instrumentos precisos que garantam a objetividade (Almeida & Freire, 2007). Mais especificamente recorreu-se à técnica de investigação por questionário para a recolha de dados. Trata-se, igualmente, na sua essência de um estudo descritivo e transversal, pois foram desenvolvidos procedimentos que permitiram caracterizar e descrever de forma precisa as variáveis envolvidas no estudo e por conseguinte os dados recolhidos sobre a população em estudo, sendo que esses dados foram recolhidos num único momento temporal (Ribeiro, 1999)). É também um estudo exploratório pois procura descrever as relações entre as variáveis nesta amostra.

4.2 Objetivo da Investigação

O principal objetivo desta investigação é:

- Avaliar a depressão e a solidão entre a população idosa residente na cidade da Covilhã e avaliar a relação existente entre a sintomatologia depressiva e a solidão.

Os objetivos específicos são:

1. Avaliar a sintomatologia depressiva em pessoas idosas, com idade igual ou superior a 65 anos, residentes na cidade da Covilhã;

2. Averiguar se existem diferenças ao nível da sintomatologia depressiva entre pessoas idosas de diferentes grupos etários;

3. Analisar se existem diferenças ao nível da sintomatologia depressiva entre pessoas idosas do género feminino e masculino;

4. Averiguar se existem diferenças ao nível da sintomatologia depressiva entre pessoas idosas com diferentes estados civis;

5. Analisar se existem diferenças ao nível da sintomatologia depressiva entre pessoas idosas com diferentes níveis de escolaridade;

6. Avaliar a solidão em pessoas idosas, com idade igual ou superior a 65 anos, residentes na cidade da Covilhã;
7. Averiguar se existe uma associação entre a solidão e diferentes grupos etários de pessoas idosas;
8. Analisar se a solidão e o género se encontram associados entre pessoas idosas;
9. Averiguar se existe uma associação entre a solidão e diferentes estados civis;
10. Analisar se a solidão e os diferentes níveis de escolaridade se encontram associados entre pessoas idosas;
11. Averiguar se existe uma associação entre a solidão e as condições de vida (e.g., viver com o cônjuge/viver sozinho);
12. Averiguar se a solidão e a depressão se encontram associadas entre as pessoas idosas.

5 Método

5.1 Participantes

Participaram neste estudo 213 idosos residentes em quatro freguesias da cidade da Covilhã, as freguesias de São Pedro, São Martinho, Santa Maria e Conceição, sendo que a amostra abrangeu indivíduos residentes tanto em domicílio como em Instituições. Definiram-se como critérios de inclusão na amostra que os participantes tivessem idade igual ou superior a 65 anos.

Os participantes deste estudo têm idades compreendidas entre os 65 e os 96 anos, sendo a média de idades dos sujeitos 75 anos (DP=6,74), e a mediana é de 74 anos e a moda é 69 e 75 anos de idade. Dos indivíduos inquiridos 127 (59,6%) são do sexo feminino e 86 (40,4%) do sexo masculino.

Relativamente ao estado civil dos participantes, 131 (61,5%) pessoas idosas são casadas ou a viver em união de facto, 61 (28,6%) são viúvos, 13 (6,1%) são solteiros e 6 (2,8%) dos sujeitos são divorciados, sendo que 2 (0,9%) sujeitos não responderam a esta questão.

Quanto às habilitações literárias, mais de metade da amostra (n=106, 49,8%) tem o ensino primário, 32 (15,0%) tem frequência de ≤ 8 anos de escolaridade, 42 (19,7%) frequentaram ≥ 9 anos de escolaridade sem ensino secundário e 16 (7,5%) possuem o ensino superior, sendo os restantes 15 (7,0%) idosos analfabetos. Na amostra 2 (0,9%) dos inquiridos não responderam a esta questão.

No que concerne ao local de residência, nesta amostra 9 (4,2%) dos sujeitos residem em lares de idosos e 203 (95,3%) residem no domicílio. Apenas 1 (0,5%) participante não respondeu a esta questão. Relativamente aos idosos que vivem no domicílio, a grande maioria vive na companhia do cônjuge (n=122, 57,3%), 52 (24,4%) idosos vivem sozinhos, 19 (8,9%) vivem com o(s) filho(s) e os restantes 20 (9,4%) indivíduos residem noutras condições (e.g., coletividades, pensões).

Em relação à situação face à reforma, a grande maioria dos indivíduos encontra-se reformada (n=208, 97,7%), sendo apenas 3 (1,4%) os que se encontram profissionalmente ativos. Dois (n=2, 0,9%) sujeitos não responderam a esta questão.

No que respeita aos filhos, a maior parte dos sujeitos inquiridos tem filho(s) (n=184, 86,4%), sendo que apenas 27 (12,7%) não tem filho(s). Na amostra, 2 (0,9%) dos sujeitos não responderam a esta questão.

Tabela 1: características sociodemográficas da amostra (n=213)

Variáveis		N	%
Género	Masculino	86	40,4
	Feminino	127	59,6
Estado Civil	Casados/união de facto	131	61,5
	Viúvo	61	28,6
	Solteiro	13	6,1
	Divorciado	6	2,8
	Não responderam	2	0,9
Escolaridade	Analfabeto	15	7,0
	Ensino Primário	106	49,8
	≤ 8 anos de escolaridade	32	15,0
	≥ 9 anos de escol. s/ E.S.	42	19,7
	Ensino Superior	16	7,5
	Não responderam	2	0,9
Filhos	Sim	184	86,4
	Não	27	12,7
	Não responderam	2	0,9
Situação face à reforma	Reformados	208	97,7
	Não reformados	3	1,4
	Não responderam	2	0,9

Com quem vive	Cônjuge	122	57,3
	Filho(s)	19	8,9
	Sozinho(a)	52	24,4
	Outra situação	20	9,4
Institucionalizados			
	Sim	9	4,2
	Não	203	95,3
	Não responderam	1	0,5

5.2 Instrumentos

5.2.1 Questionário Sociodemográfico

O questionário de Identificação Geral foi construído no âmbito desta investigação com base na versão portuguesa do ESAP (Paúl et al., 1999) e de acordo com os objetivos dos investigadores que integram a Investigação sobre “Bem-Estar em pessoas com mais de 65 anos residentes na cidade da Covilhã”, em que se insere o presente estudo, tendo, também, em consideração as variáveis que segundo a literatura faziam mais sentido estudar. O questionário engloba um conjunto de questões abertas e fechadas relacionadas com a caracterização do sujeito inquirido (idade, data de nascimento, género, profissão, estado civil, filiação, nível de escolaridade, residência, religião, instituições frequentadas, serviços recebidos e verificar se o sujeito é cuidador).

As variáveis de identificação geral que vão ser alvo de análise neste estudo são a idade, o género, o nível de escolaridade, o estado civil, a residência, a situação face à reforma e a institucionalização.

5.2.2 Geriatric Depression Scale (GDS)

A Escala de Depressão geriátrica (GDS) é um instrumento de *screening* com excelentes propriedades psicométricas, de fácil administração e é bastante útil para a deteção da depressão, para fins preventivos e terapêuticos, entre amostras da população em geral, inclusive, idosos, (Pocinho, Farate, Dias, Lee & Yesavage, 1999). A GDS foi criada e desenvolvida em 1982 por Brink, Yesavage, Lum, Heersma, Adey, et al., (1982) e vários estudos têm confirmado a sua validade e confiabilidade para medir os transtornos depressivos em amostras da população geral (Montorio & Izal, 1996). Foi concebida como um inventário de 30 itens, com um formato de respostas do tipo sim e não e pode ser preenchida pelo próprio sujeito, ou lida ao idoso em forma de entrevista (Hyer, Carpenter, Bishman & Wu, 2005). A pontuação da escala pode variar de 0 a 30 representando o número total de sintomas depressivos (Pocinho, Farate, Dias, Lee & Yesavage, 1999).

Esta escala permite avaliar os sintomas de depressão através do estado de ânimo, de uma forma extensa, bem como os aspetos de caráter cognitivo e comportamento social (Vaz,

2009). Contudo, é importante referir que, embora seja útil, na avaliação dos sintomas de depressão nos idosos, a escala em questão não é suficiente para efetuar o diagnóstico de depressão, embora apresente uma validade satisfatória para rastreio de depressão no idoso (La Rue & Spar, 2005). Pode ser autoadministrada ou aplicada por um técnico, em função das características do idoso e do contexto de interação (McDowell & Newell, 1996). Esta escala é considerada a mais completa, de entre os instrumentos utilizados para avaliar a depressão geriátrica, estudos epidemiológicos realizados anteriormente comprovam a sua validade, tornando redundante a utilização de instrumentos psicométricos (Baldwin & Wild, 2004).

A GDS foi traduzida e adaptada para 26 línguas. O estudo de validade psicométrica para a versão portuguesa da GDS foi levado a cabo por Pocinho, Farate, Dias, Lee & Yesavage (1999) e avaliou a adequação da GDS na avaliação clínica de idosos que apresentam sintomas depressivos, em particular aqueles que sofrem de sentimentos moderados de solidão ligados a ideação suicida recorrente. A versão portuguesa da GDS é constituída por uma escala com 27 itens e tem uma elevada precisão psicométrica como um instrumento de *screening* para detetar o transtorno depressivo entre idosos, e tanto na população em geral como na população clínica. Os valores normativos identificados sugerem fortemente que a identificação de 11 ou mais sintomas dos 27 nesta versão da GDS constitui um critério robusto para a identificação de transtorno depressivo entre os idosos em Portugal, isto é, os resultados do presente estudo apontam a escolha do 11 como ponto de corte para a identificação da sintomatologia depressiva ao usar a GDS como instrumento de *screening*. Esses achados indicam que a GDS pode ser um instrumento muito útil (Pocinho, Farate, Dias, Lee & Yesavage, 1999). A consistência da GDS observada neste estudo foi ($\alpha=0,91$). Este resultado, segundo a literatura, indica uma fiabilidade elevada como instrumento de *screening* para a depressão geriátrica segundo Murphy e Davidsholder, 1998 (cit. in Maroco & Garcia-Marques, 2006) e Pocinho, Farate, Dias, Lee & Yesavage (1999).

5.2.3 Escala de Solidão

A medição da solidão no presente estudo baseou-se na escala de solidão utilizada no estudo de Paúl, Fonseca, Ribeiro e Teles (2006) que consiste a uma questão direta de auto-avaliação a que os participantes do estudo têm de responder de acordo com os seus níveis atuais de solidão, numa escala com quatro opções de resposta: “Costuma sentir-se só?” - (1) Sempre; (2) Muitas vezes; (3) Algumas vezes; (4) Nunca. Este método de medida tem sido amplamente utilizado em vários estudos (Jylhä, 2004; Tiikkainen & Heikkinen, 2005; Victor, Scambler, Bond & Bowling, 2000; Victor, Scambler, Shah, Cook, Harris, Rink, De Wilde, Victor, Grenade & Boldy, 2005). Na referida escala pretende-se, igualmente, averiguar quando é que o sujeito de sente só (no caso de ter respondido afirmativamente à questão: “Costuma sentir-se só?”), permitindo ao sujeito optar por uma das diferentes opções de resposta (nunca, manhã, tarde, noite, fim-de-semana, férias, sempre, outras ocasiões), e pretende-se identificar, através de uma outra questão, eventuais alterações dos níveis de

solidão comparando com o ano anterior, também esta questão dispunha de algumas opções de resposta: (1) Mais só do que há um ano”; (2) “Menos só do que há um ano”; (3) Nem mais nem menos só do que há um ano. À semelhança do estudo de Paúl, Fonseca, Ribeiro e Teles (2006) considerou-se que o “sentir-se sozinho” corresponde àqueles que respondem, na primeira questão da escala: (1) Sinto-me sempre sozinho e àqueles que respondem (2) muitas vezes sinto-me sozinho. Optou-se por este método para discriminar melhor entre aqueles com sentimentos mais fortes de solidão daqueles que nunca se sentem sozinhos ou que tiveram este sentimento ocasionalmente (3 - Sinto-me só algumas vezes; 4 - Nunca me sinto só (Paúl, Fonseca, Ribeiro e Teles, 2006).

5.3 Procedimento

A revisão da literatura de estudos recentes, foi o primeiro passo para a realização da presente dissertação. Esta pesquisa bibliográfica permitiu efetuar o estado da arte e justificar o estudo, traçando diretrizes para a definição da problemática a estudar, dos objetivos gerais e dos constructos a abordar.

Posteriormente foi solicitado, e cedido o protocolo de investigação pela UNIFAI - Unidade de Investigação e Formação em Adultos e Idosos, composto por um conjunto diverso de instrumentos de avaliação (questionários de auto-resposta). A maior parte desses instrumentos foi utilizada na Investigação sobre o “Bem-Estar em pessoas com mais de 65 anos residentes na cidade da Covilhã” realizada pela Faculdade Ciências da Saúde (FCS) e pelo Departamento de psicologia e Educação (DPE) na Universidade da Beira Interior (UBI), no entanto, alguns deles foram substituídos e outros acrescentados ao protocolo, de acordo com os objetivos e interesses de cada um dos investigadores que integraram a referida investigação. Na Investigação, na qual o presente estudo se insere, participaram 12 investigadores, que previamente treinados e supervisionados por docentes da FCS e DPE, foram responsáveis pela obtenção dos dados. Foi realizado um pré-teste, para verificar a exatidão do protocolo de avaliação bem como, a necessidade de alguma alteração.

Após a consideração dos aspetos éticos e metodológicos da investigação procedeu-se à formalização de um pedido de colaboração do Centro de Saúde da Covilhã a fim de se aceder ao universo de idosos residentes na cidade e por conseguinte, retirar uma amostra deste tipo de população. O ficheiro do Serviço Nacional de Saúde, fornecido pelo Centro de Saúde, continha um N=4179, valor muito próximo do registo do Instituto Nacional de Estatística em 2011 (N=4085). Todavia, verificou-se que alguns sujeitos já tinham falecido, outros mudaram de residência ou, não viviam nas quatro freguesias da Covilhã pelo que, o número total de indivíduos com mais idade igual ou superior a 65 anos residentes na cidade passasse a ser N=3868. Em seguida, foi então retirada aleatoriamente uma amostra de 226 participantes por género (masculino e feminino) e 2 grupos etários (65- ≤74 anos e ≥75 anos), tendo resultado no final quatro subgrupos amostrais [grupo A - homens com 65 até 74 anos (n=51, 42,1%); grupo B - homens com ≥ 75 anos (n=40, 38,1%); grupo C - mulheres com 65 até 74 anos (n=70,

57,9%); grupo D - mulheres com ≥ 75 anos ($n=65$, 61,9%)]. Os elementos para cada subgrupo da amostra foram selecionados de forma aleatória sistemática (Ribeiro, 1999), isto é, os sujeitos foram ordenados por ordem alfabética e escolhidos segundo o critério de 10 em 10, e depois de 5 em 5 até perfazer o total de participantes para cada subgrupo. Tendo obtido os quatro grupos amostrais os indivíduos foram distribuídos por zonas ou ruas de residência de forma a aumentar a eficácia, rapidez e organização da recolha dos dados pelos investigadores.

Iniciou-se a recolha dos dados em Março de 2012 e terminou-se em Maio de 2012. As entrevistas (aplicação dos protocolos/questionários de auto-resposta) decorreram no domicílio e nas Instituições próximas desta população (e.g., Paróquias, Universidade Sénior, Espaço das Idades e Lares de Idosos). Na maior parte dos casos, os dados foram registados pelos entrevistadores, apesar de haver a possibilidade de serem os próprios indivíduos a preencher os questionários de forma autónoma, caso soubessem ler e escrever e se sentissem à vontade. A aplicação do protocolo tinha uma duração aproximadamente de 90 minutos para cada participante e os instrumentos foram preenchidos pela ordem pela qual foram apresentados no protocolo. Salientar que antes da administração dos protocolos foi fornecida uma folha de informação a todos os sujeitos e foram explicados os objetivos do estudo e de todos os procedimentos que iam ser realizados.

O consentimento informado para a recolha e tratamento de dados foi, também, solicitado através de contato telefónico e maioritariamente, de forma presencial, onde foi preservada a confidencialidade dos dados e assegurada a possibilidade de parar a colaboração em qualquer momento. A folha de consentimento informado foi posteriormente datada e assinada, pelo próprio ou pessoa responsável, e dada a autorização da informação de forma sigilosa, com a finalidade exclusiva de pesquisa científica.

5.4 Tratamento dos Dados

Para o tratamento e análise de dados utilizou-se a versão 19.0 do software SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*). Foram calculadas as estatísticas descritivas como o cálculo de frequências, média, mediana, moda, desvio padrão, valores mínimo e máximo, com a finalidade de caracterizar a amostra do estudo.

Para se estudar se a distribuição da população é ou não normal, realizou-se o teste de Kolmogorov-Smirnov (K-S) em relação aos resultados da GDS. Os resultados indicaram que a distribuição era normal. Assim, optou-se pela utilização de testes paramétricos. Além disso, tendo em conta o n da amostra, tendo por base o teorema do limite central (Maroco, 2003), que pressupõe que à medida que a dimensão das amostras aumenta, a dimensão da média amostral tende para a distribuição normal ($n > 100$). Tendo em consideração a normalidade da distribuição utilizou-se uma metodologia paramétrica para avaliar as questões relacionadas com a sintomatologia depressiva. Recorreu-se ao teste t-Student, para variáveis contínuas, para verificar a existência de diferenças estatisticamente significativas entre as médias de

dois grupos independentes e a análise de variância (ANOVA) para a comparação das médias de mais de dois grupos. As associações entre a solidão, a idade, género, estado civil, escolaridade, as condições de vida (e.g., viver sozinho ou não) e a depressão foram testadas usando o teste Qui-quadrado para variáveis categóricas.

6 Apresentação dos resultados

No que concerne à avaliação da sintomatologia depressiva entre pessoas idosas, os resultados, observáveis na tabela 2, indicam que 57 (26,76%) inquiridos apresentam valores significativos de sintomatologia depressiva, enquanto 156 (73,24%) dos sujeitos não apresentam sintomatologia depressiva. Relativamente ao total de casos analisados, a média de sintomatologia depressiva foi de 8,04 (DP=6,51), a mediana 6 pontos e a moda 3.

Tabela 2: Resultados relativos à Presença e Ausência de Sintomatologia Depressiva entre os idosos do estudo (N=213)

Sintomatologia Depressiva (GDS)	N	%
Sintomatologia Depressiva (≥ 11 pontos)	57	26,76%
Ausência de Sintomatologia Depressiva (0 - ≤ 10 pontos)	156	73,24%

Relativamente à idade, os resultados, indicam que os sujeitos de idades entre 65-74 anos são os que apresentam uma menor sintomatologia depressiva, com uma média igual a 7,75 (DP=6,81), e comparativamente, o grupo de indivíduos com idade igual ou superior a 75 anos apresenta uma média de 8,38 (DP=6,17). No entanto, não existem diferenças estatisticamente significativas [$t(211)=-0,703$; $P=0,483$] entre os dois grupos etários (cf. Tabela 3).

Tabela 3: Resultados da comparação da sintomatologia depressiva entre grupos etários

	N	%	Média GDS	DP	Df	t
65-74 anos	115	54 %	7,75	6,81	211	0,703
≥ 75 anos	98	46 %	8,38	6,17		

Nota: ns $P \geq 0,05$; $P < 0,05$; ** $P < 0,01$; *** $P < 0,001$

Quanto ao género, os resultados, observáveis na tabela 4, indicam que existem diferenças extremamente significativas estatisticamente [$t(211,9)=3,551$; $P=0,000$] entre indivíduos do género feminino e masculino em que, as mulheres idosas apresentam

pontuações médias de sintomatologia depressiva mais elevadas ($M=9,31$; $DP=7,14$) do que os homens idosos ($M=6,16$; $DP=4,93$).

Tabela 4: Média da Sintomatologia Depressiva entre homens e mulheres

	N	%	Média GDS	DP	Df	t
Feminino	127	59,6	9,31	7,14	210,9	3,802***
Masculino	86	40,4	6,16	4,93		

Nota: ns $P \geq 0,05$; $P < 0,05$; ** $P < 0,01$; *** $P < 0,001$

No que concerne ao estado civil, as médias, apresentadas na tabela 5, indicam que existem diferenças estatisticamente significativas [($F=10,044$; $P=0,000$)]. Deste modo, parece que o grupo de pessoas idosas viúvas apresenta pontuações médias de sintomatologia depressiva mais elevadas ($M=11,05$; $DP=7,25$) que o grupo de sujeitos casados ou a viver em união de facto que apresenta uma menor sintomatologia depressiva ($M=6,69$; $DP=5,59$). Os restantes sujeitos que se encontram noutra situação (e.g., divorciados, solteiros) também apresentam menos sintomas depressivos ($M=8,00$; $DP=7,26$) comparativamente com aqueles que se encontram casados ou a viver em união de facto.

Tabela 5: Resultados médios de sintomatologia depressiva nos idosos, segundo o seu estado civil

	N	%	Média GDS	DP	Df (B; W)	F
Casados	131	61,5	6,69	5,59	2; 208	10,044***
Viúvos	61	28,6	11,05	7,25		
Outra situação	19	8,9	8,00	7,26		

Nota: ns $P \geq 0,05$; $P < 0,05$; ** $P < 0,01$; *** $P < 0,001$

Relativamente às diferenças observadas, entre pessoas idosas com diferentes níveis de escolaridade, os resultados (cf. tabela 6) indicam a existência de diferenças extremamente significativas [($t(208,85)=4,491$; $P=0,000$)] ao nível da sintomatologia depressiva. Assim, os resultados indicam que os indivíduos analfabetos ou que frequentaram o ensino primário são os que apresentam pontuações médias mais elevadas de sintomatologia depressiva ($M=9,68$; $DP=7,03$) e as pessoas idosas que frequentaram mais de 4 anos de escolaridade ($M=5,93$; $DP=5,08$) apresentam pontuações inferiores de sintomatologia depressiva.

Tabela 6: Resultados médios de sintomatologia depressiva nos idosos, segundo o nível de escolaridade

	(N)	(%)	Média	DP	df	t
--	-----	-----	-------	----	----	---

	GDS					
Até 4 anos de Escolaridade	121	57,35	9,68	7,03	208,85	4,491***
Mais de 4 anos de Escolaridade	90	42,65	5,93	5,08		

Nota: ns $P \geq 0,05$; $P < 0,05$; ** $P < 0,01$; *** $P < 0,001$

Quanto à situação em que a pessoa idosa vive, a comparação das médias dos três grupos analisados indica que as diferenças são estatisticamente significativas [($F=7,014$; $P=0,001$)] (cf. tabela 7). O grupo que apresenta sintomatologia depressiva é o que vive “noutras condições” (e.g., pensões, com os filhos) com uma média de 10,31 (DP= 6,71), seguido do grupo que “vive sozinho” (M=9,6; DP=7,43). O grupo com menor média de sintomatologia depressiva é o que vive com o “cônjuge” com uma média de 6,65 (DP=5,65).

Tabela 7: Resultados médios de sintomatologia depressiva nas pessoas idosas, segundo a situação em que vivem

	(N)	(%)	Média GDS	DP	Df (B; W)	F
Cônjuge	122	57,3	6,65	5,65	2; 210	7,014**
Sozinho	52	24,4%	9,60	7,43		
Outra situação	39	18,3%	10,31	6,77		

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

Nos itens relativos à avaliação da Solidão, observáveis na tabela 8, podemos referir que a maior parte das pessoas idosas nunca se sente só (n=137; 64,3%) enquanto 49 (23%) dos indivíduos revela sentir-se só algumas vezes, 11 (5,2%) indivíduos manifesta sentimentos de solidão sempre e 16 (7,5%) sujeitos referem sentir-se só muitas vezes.

Tabela 8: Resultados relativos aos sentimentos de solidão entre as pessoas idosas

“Costuma sentir-se só?”	N	%
Sempre	11	5,2
Muitas vezes	16	7,5
Algumas vezes	49	23
Nunca	137	64,3
Total	213	

Uma vez que se considera que “sentir-se sozinho” engloba todos os sujeitos que referem sentir-se sós sempre ou muitas vezes, tendo por base o estudo de Paúl e Ribeiro (2009), as respostas dos sujeitos foram agrupadas de acordo com a existência ou ausência de sentimentos de solidão entre as pessoas idosas.

Os resultados, observáveis na tabela 9, indicam que a maior parte dos sujeitos (n=186; 87,3%) não revela sentimentos de solidão sendo que, os restantes 27 (12,7%) apresentam valores indicativos de solidão.

Tabela 9: Resultados relativos à presença ou ausência de sentimentos de solidão entre as pessoas idosas

Solidão	Estudo Covilhã (N= 213)		Estudo Nacional (N=1266) (Paul & Ribeiro, 2009)	
	N	%	N	%
Presença de solidão	27	12,7	206	16,3
Ausência de solidão	186	87,3	1060	83,7
Total	213		1266	

Relativamente aos momentos em que os indivíduos reportam mais sentimentos de solidão verifica-se que 14 sujeitos (51,9%) sentem-se sozinho à noite e 8 (29,6%) referem sentir-se sós sempre. Apenas 5 (18,5%) dos indivíduos com sentimentos de solidão referem sentir-se sós durante o dia (manhã/tarde) (cf. tabela 10).

Comparando com o ano anterior, 12 (44,4%) indivíduos referem sentir-se mais sós do que há um ano, sendo que 14 (51,9%) indivíduos referirem que não se sentem nem mais nem menos só comparativamente com o ano anterior. Apenas 1 sujeito (3,7%) refere sentir-se menos só do que há um ano (cf. tabela 10).

Tabela 10: Resultados relativos aos sentimentos de solidão entre as pessoas idosas

Quando se sente só	Casos de Solidão
Durante o dia (manhã/tarde)	5 (18,5%)
Noite	14 (51,9%)
Sempre	8 (29,6%)
Comparando com o ano passado	
Mais só do que há um ano	12 (44,4%)
Menos só do que há um ano	1 (3,7%)
Nem mais nem menos só do que há um ano	14 (51,9%)

Relativamente à idade, os resultados, observáveis na tabela 11, indicam que os sujeitos de idades entre 65-74 anos são os que apresentam mais sentimentos de solidão (n=17; 14,8%). No entanto, não existe uma associação estatisticamente significativa entre as variáveis, isto é, a solidão parece não estar associada com a idade [$\chi^2(1)=1,002$; $P=0,317$].

Tabela 11: Resultados relativos à presença de solidão entre diferentes grupos etários

Grupos Etários	N	Casos de Solidão (sempre/muitas vezes)	Ausência de Solidão (nunca/algumas vezes)	χ^2	P
65-74 anos	115 (54%)	17 (14,8%)	98 (85,2%)	1,002	0,317
≥ 75 anos	98 (46%)	10 (10,2%)	88 (89,8%)		

No que concerne ao género, os resultados, indicam que existe uma associação significativa entre o género e a solidão [$(\chi^2(1)=6,136; P=0,013)$], isto é, o género encontra-se relacionado com a solidão. Enquanto no sexo feminino, a maioria (n=22; 17,3%) das participantes manifesta solidão, no sexo masculino, os indivíduos apresentam menos sentimentos de solidão (n=5; 5,8%) (cf. Tabela 12).

Tabela 12: Resultados relativos aos sentimentos de solidão em relação ao género

Género	N	Casos de Solidão (sempre/muitas vezes)	Ausência de Solidão (nunca/algumas vezes)	χ^2	P
Masculino	86 (40,4%)	5 (5,8%)	81 (94,2%)	6,136	0,013
Feminino	127 (59,6%)	22 (17,3%)	105 (82,7%)		

Quanto à escolaridade, os resultados observáveis na tabela 13, indicam que os sujeitos que frequentaram até 4 anos de escolaridade são os que apresentam mais sentimentos de solidão (N=19; 15,7%) sendo que as pessoas idosas que frequentaram mais de 4 anos de escolaridade (n=8; 8,9%) são as que manifestam menos solidão. No entanto, não existe uma associação estatisticamente significativa entre a solidão e os diferentes níveis de escolaridade [$(\chi^2(1) = 2,147; p=0,143)$], isto é, parece que a solidão e a escolaridade não se encontram relacionadas.

Tabela 13: Resultados relativos aos sentimentos de solidão em relação à escolaridade

Nível de escolaridade	N	Casos de Solidão (sempre/muitas vezes)	Ausência de Solidão (nunca/algumas vezes)	χ^2	P
Até 4 anos de escolaridade	121(56,8%)	19 (15,7%)	102 (84,3%)	2,147	0,143*
Mais de 4 anos de escolaridade	90(42,3%)	8 (8,9%)	82 (91,1%)		

No que diz respeito ao estado civil, os resultados, apresentados na tabela 14, indicam que existe uma associação estatisticamente significativa entre a solidão e o estado civil

[($\chi^2(2) = 6,017$; $P=0,049$)], revelando que os indivíduos viúvos ($n=12$; 19,67%) bem como, aqueles que se encontram noutras situações (e.g., divorciados, solteiros) ($n=4$; 21,05%) manifestam mais sentimentos de solidão que os casados ou a viver em união de facto ($n=11$; 8,4%).

Tabela 14: Resultados relativos aos sentimentos de solidão em relação ao estado civil

Estado Civil	N	Casos de Solidão		Ausência de Solidão	
		(sempre/muitas vezes)	(nunca/algumas vezes)	χ^2	P
Casado	131 (61,5%)	11 (8,4%)	120 (91,6%)	6,017	0,049
Viúvos	61 (28,6%)	12 (19,7%)	49 (80,3%)		
Outra situação	19 (8,9%)	4 (21,1%)	15 (78,9%)		

Relativamente às condições de vida dos participantes, os resultados (cf. Tabela 15) indicam uma associação estatisticamente significativa entre a solidão e o modo como as pessoas idosas vivem [($\chi^2(2) = 10,230$; $p=0,006$)]. Verifica-se que aqueles que se encontram a viver sozinhos são os que reportam mais sentimentos de solidão ($n=13$; 25%), seguido daqueles que residem noutras situações (e.g., a viver com o(s) filho(s), em pensões) ($n=5$; 12,82%). Enquanto os indivíduos que vivem na companhia do cônjuge são os que experienciam menos sentimentos de solidão ($n=9$; 7,38%).

Tabela 15: Valor calculado do teste Qui-quadrado de Pearson entre as variáveis solidão e “com quem vive”

Com quem vive	N	Casos de Solidão		Ausência de Solidão	
		(sempre/muitas vezes)	(nunca/algumas vezes)	χ^2	P
Cônjuge	141 (66,2%)	11 (7,8%)	130 (92,2%)	10,259	0,006
Sozinho	52 (24,4%)	13 (25%)	39 (75%)		
Outra situação	20 (9,39%)	3 (15%)	17 (85%)		

No que concerne à associação entre a solidão e a depressão entre pessoas idosas, os resultados, apresentados na tabela 16, indicam uma associação estatisticamente significativa entre a solidão e a depressão [($\chi^2(1)=35,315$; $p=0,000$)], isto é, a solidão influencia a presença de sintomatologia depressiva. Os dados indicam que a maior parte dos indivíduos que experienciam sentimentos de solidão apresentam sintomatologia depressiva ($n=20$; 35,1%).

Tabela 16: Valor calculado do teste Qui-quadrado de Pearson entre as variáveis solidão e depressão

Sintomatologia Depressiva (GDS)	Presença de solidão	Ausência de Solidão	χ^2	<i>P</i>
Presença de sintomatologia depressiva ≥ 11 pontos	20 (35,1%)	37 (64,9%)	35,315	0,000*
Ausência de sintomatologia depressiva 0-10 pontos	7 (4,5%)	149 (95,5%)		

Nota: ns p=0,01; *p=0,05; **p=0,1

7 Discussão dos resultados

7.1 Sintomatologia Depressiva na velhice

Os resultados do presente estudo indicam que 26,85% dos indivíduos inquiridos apresentam sintomatologia depressiva, o que vai de encontro com investigações anteriores que apresentam resultados que variam entre 6,4% e 34,0%, dependendo da metodologia no estudo (Ambo, Meguro, Ishizaki, Shimada, Yamaguchi, Sekita & Yamadori, 2001; Copeland, Beekman, Braam, Dewey, Delespaul, fuhrer, et al., 2004; Gottfries, 2001; Urbina, Flores, García, Torres & Torrubias, 2007). Portanto, neste estudo parece que a maior parte da amostra estudada não apresentou sintomas significativos de sintomatologia depressiva o que pode refletir, segundo Gottfries (2001), por um lado, mecanismos de coping e de adaptação mais eficazes por parte dos inquiridos, talvez, devido à experiência de vida que possuem, as quais podem contrariar situações adversas que possam conduzir à depressão. Por outro lado, dada a aleatoriedade da amostra selecionada e dado que os contactos com os inquiridos foram estabelecidos, na generalidade, nas respetivas moradas, na minha perspectiva, supõe-se que aqueles que aceitaram participar no presente estudo, poderiam, eventualmente, encontrar-se numa situação mais favorável, no que concerne ao estado de humor e bem-estar mental, comparativamente com aqueles que prontamente recusaram participar na investigação.

Relativamente à idade, os estudos têm-se mostrado inconsistentes pois, parte deles sugere que na velhice, à medida que a idade aumenta, existe um decréscimo da sintomatologia depressiva (Blazer, 2003; Judd, Schettler & Akiskal, 2002) e outras investigações apontam para um aumento dos sintomas depressivos com a idade, na velhice (van't Veer-Tazelaar, van Marwijk, Jansen, Rijmen, Kostense, van Open, van Hout, Stalman, & Beekman, 2008). Os resultados do presente estudo indicam que, não existem diferenças estatisticamente significativas entre diferentes grupos etários, isto é, apesar do grupo de sujeitos com idades compreendidas entre os 65-74 anos terem apresentado menos sintomas depressivos comparativamente com o grupo de indivíduos com idade igual ou superior a 75 anos, os resultados não são significativos. Portanto, neste estudo os resultados não corroboram os estudos anteriores (Bergdahl et al., 2005; Kim, Shin, Yoon, & Stewart, 2002;

Kohn, Amber, Gum & King-Kallimanis, 2009; van't Veer-Tazelaar, van Marwijk, Jansen, et al., 2008) que salientam a existência de uma associação significativa entre os sintomas depressivos e o aumento da idade.

Quanto ao género os resultados deste estudo apontam para diferenças extremamente significativas estatisticamente, sendo que as mulheres idosas apresentaram pontuações médias de sintomatologia depressiva mais elevadas do que os homens idosos. Estes resultados corroboram a maior parte da revisão da literatura que refere que as mulheres são mais propensas a sofrer de depressão do que os homens (Gräsbäck, 1996; Lin, Pao-Chen & Wang, Hsiu-Hung, 2011; Osborn, 2003; Taragano & Allegri, 1996; Stek, Gussekloo, Beekman, van Tilburg, Westendorp, 2004; Verropoulou & Tsimbos, 2007). Alguns autores apontam, no entanto, razões para essa diferença significativa entre os géneros, justificando que essa diferença pode ter subjacente fatores culturais relacionados com as representações sociais que existem sobre a expressão de emoções nos homens e nas mulheres. Especificamente, as mulheres tendem a relatar com maior frequência sintomas relacionados com o humor, enquanto os homens relatam com mais frequência sintomas relacionados com a motivação (Weissman & Kerman, 1977; Wilhelm, Roy, Mitchell, Brownhill, & Parker, 2002), isso está relacionado, também, com o facto de os homens serem mais propensos a negar a sua condição por causa do estigma social associado. Especificamente, os homens são, muitas vezes, emocionalmente mais fortes e auto-suficientes do que as mulheres e, portanto, admitir ter uma condição mental, para eles, pode ameaçar a masculinidade de um homem (Zunzunegui, Minicuci, Blumstein, Noale, Deeg, Jylhä & Pedersen, 2007). Além disso, vários investigadores (e.g., Barefoot, Mortensen, Helms, Avlund & Schroll, 2001; Sonnenberg, Beekman, Deeg & Van Tilburg, 2000; Walter-Ginzburg, Shmotkin, Blumstein & Shorek, 2005) têm consistentemente relatado que as mulheres mais velhas são mais propensas que os homens a serem expostas a fatores sociais, económicos e psicossociais associados com a depressão, nomeadamente, a baixa escolaridade, maior probabilidade de viuvez, maior isolamento social, situação de pobreza e mais propensas a ter uma maior morbilidade e limitações funcionais. Sendo que as mulheres apresentam maior probabilidade de pobreza devido à frequente dependência económica dos cônjuges e devido ao facto de terem uma esperança de vida superior à dos homens.

Neste estudo, também foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre diferentes estados civis sugerindo que, as pessoas idosas viúvas apresentam pontuações médias de sintomatologia depressiva mais elevadas que aquelas que se encontram casadas ou a viver em união de facto. Estes resultados corroboram estudos anteriores que apontam o facto de ser casado como associado a uma menor presença de sintomas depressivos e portanto funcionando como um fator protetor da depressão (Braam, et al., 2004; Papadopoulos et al., 2005; Stek, Vinkers, Gussekloo, Beekman, van der Mast & Westendorp, 2005). Essa diferença relativamente aos estados civis pode estar relacionada com o apoio e segurança que a pessoa experiencia quando mantém um relacionamento íntimo com outra pessoa, isto é, parece que as pessoas que mantêm uma intimidade com um “confidente”

serão, em regra, capazes de suportar melhor as privações a que estão sujeitas, durante o envelhecimento, prevenindo, por conseguinte, o surgimento de um mal-estar psicológico, particularmente, o surgimento de sintomas depressivos (Murphy, 1982).

As diferenças observadas, neste estudo, relativamente ao nível educacional são significativas sugerindo que, os indivíduos analfabetos ou apenas com o ensino primário são os que apresentam pontuações mais elevadas de sintomatologia depressiva, comparativamente com as pessoas idosas que frequentaram mais de 4 anos de escolaridade. Estes resultados são semelhantes aos de estudos prévios (Kim et al., 2002; Papadopoulos, Petridou, Argyropoulou, et al., 2005; Verropoulou, & Tsimbos, 2007) que justificam estas diferenças com o facto de a pessoa idosa com baixo nível de escolaridade estar menos preparada para as mudanças que ocorrem no seu ambiente e por conseguinte apresenta pobres mecanismos de defesa perante determinadas situações, associando-se a um pobre desenvolvimento social.

Por fim, as pessoas idosas que vivem sozinhas têm sido associadas a uma maior probabilidade de sofrerem de depressão no fim da vida (Lin, Pao-Chen & Wang, Hsiu-Hung, 2011; Nahcivan & Demirezen, 2005; Schulman, Gairola, Kuder e MacCulloch, 2002). Estes dados são consistentes com os resultados do presente estudo onde as pessoas de idade que se encontram a viver sozinhas apresentam mais sintomatologia depressiva, contrariamente àqueles que vivem na companhia do cônjuge que, experienciam menos sintomas depressivos. Razões para tais achados podem estar relacionadas, na minha perspetiva, com o facto de o isolamento social, neste caso, viver sozinho, poder levar à menor frequência de contactos com os outros, a um comprometimento no auto-cuidado e a uma maior fragilidade para fazer face a todas as mudanças que ocorrem com o envelhecimento, em particular, no que diz respeito à saúde em geral. Por conseguinte, estes acontecimentos podem originar uma diminuição da qualidade de vida e bem-estar mental da pessoa idosa.

7.2 Solidão na velhice

As investigações anteriores sobre esta temática apresentam a solidão como um grave problema nos idosos (Neto, 2000; Neto & Barros, 2001). As estimativas da prevalência da solidão entre as pessoas idosas na comunidade variam amplamente na literatura, e podem abranger apenas pequenas percentagens ou então, taxas tão elevadas que podem atingir os 50% a 60% em alguns casos (Savikko, Routasalo, Tilvis, Strandberg & Pitkala, 2005; Tiikkainen & Heikkinen, 2005). Os resultados anteriores sobre o número de pessoas idosas que referem sentir-se sozinhas variam muito, em parte porque os número também incluem aqueles que relatam experiências de solidão, por vezes, ou ocasionalmente. A maior parte das pessoas idosas que fizeram parte deste estudo não se sentem sozinhas portanto, um pequeno número de sujeitos apresenta em geral uma presença de solidão de 12,7%. Este estudo suporta as investigações anteriores (Edelbrock, Buys, Creasey & Broe, 2001; Pinquart & Sorensen, 2001; Victor, Scambler, Bond & Bowling, 2000; Walker, 1996) que mostram que as pessoas, em geral não experienciam elevados níveis de isolamento social (e.g., viver sozinho) e solidão. Grenade e Duncan (2008) sugerem a partir de uma revisão da literatura que apenas uma

minoria das pessoas idosas experienciam solidão “severa”, isto é, aqueles que se sentem sozinhos “sempre” ou “muitas vezes”. A nível nacional, o estudo de Paúl e Ribeiro (2009) mostra que as pessoas idosas, em geral, não apresentam níveis elevados de isolamento social e solidão. Os autores constataram que apenas um pequeno número de indivíduos apresentou uma prevalência geral de solidão de 16,3%.

Na nossa cultura, existe o estereótipo que as pessoas idosas são pessoas solitárias, contudo, tal não se confirma quando as pessoas revelam a sua própria experiência de solidão (Neto, 2000; Neto & Barros, 2001). Uma possível razão para o baixo número de indivíduos que reportaram solidão neste estudo, é a relutância das pessoas idosas em admitir diretamente que se sentem sozinhas, a menos que haja solidão óbvia ou grave (Bowling, 1994; Grenade & Duncan, 2008). Além disso, pode ser mais fácil para as pessoas que se encontram sozinhas dizer que se sentem sós no momento ou por vezes, do que admitir que se sentem sozinhos na maior parte do tempo. Pois, a solidão pode acarretar o estigma que afeta o comportamento da pessoa que se sente sozinha, mas também a atitude dos outros (Weeks, 1994). Por outro lado, na minha perspetiva, estes achados também podem estar relacionados com a organização social da cidade, isto é, dado que a cidade da Covilhã é uma cidade relativamente pequena os contactos com a vizinhança são mais frequentes, e além disso, persiste o hábito quase diário, por parte de muitas pessoas idosas, em frequentar os cafés e associações existentes na área de residência. Isto faz com que as pessoas se isolem menos e por conseguinte, experienciem menos solidão, comparativamente com populações idosas de grandes cidades, a nível nacional.

Os resultados deste estudo também revelaram que, entre os indivíduos que se sentem sozinhos, a maioria (51,9%) experiencia solidão com maior frequência durante a noite. Estes resultados apoiam o estudo de Paúl e Ribeiro (2009) onde a solidão era mais frequente à noite (19%). Estes dados podem estar relacionados pelo facto de a população idosa, sair com muito menor frequência durante a noite e portanto, sendo este, o momento do dia, onde os contatos com a rede social são menores, acentuando-se por conseguinte, a solidão nos períodos da noite, principalmente entre as pessoas idosas que vivem sozinhas. No presente estudo, também se verificou que a maioria das pessoas idosas (51,9%) refere que nem se sente mais nem menos sozinha comparando com o ano anterior, o que a meu ver, pode estar relacionado, mais uma vez, com a relutância das pessoas em admitir que se sentem sozinhas muitas vezes e que a solidão é ainda mais frequente no presente do que no passado, sendo mais fácil atribuir uma resposta mais ou menos neutra. No entanto, ressalva-se que uma percentagem próxima (44,4%) de sujeitos revela sentir mais solidão no presente. No estudo de Paúl e Ribeiro (2009) 12% da amostra referiu sentir-se mais só no presente do que no ano passado.

Nesta investigação, os resultados indicam que as pessoas com idade igual ou superior a 75 anos apresentam mais solidão do que o grupo de indivíduos com idades compreendidas entre os 65 e os 74 anos, no entanto, os efeitos da idade sobre a presença de solidão tornaram-se não significativos, tal como ocorreu no estudo de Paúl e Ribeiro (2009) onde foram

encontrados resultados não-significativos para a idade, relativamente à solidão. Todavia, os dados do presente estudo discordam da maior parte das investigações anteriores, que sugerem uma associação em forma de “U” entre a idade e a solidão (Pinquart e Sorensen, 2001), e que a sensação subjetiva de solidão é geralmente mais sentida entre os idosos mais velhos (Marja Jylhä, 2004; Savikko, Routasalo, Tilvis, Strandberg e Pitkala, 2005; Tijhuis, De Jong-Gierveld, Feskens & Kromhout, 1999), nomeadamente, com idade igual ou superior a 75 anos, do que os adultos mais jovens (Andersson, 1998; Paúl, Ayis & Ebrahim, 2006; Neto & Barros, 2001). No entanto, a relação da solidão à idade em adultos mais velhos ainda não está clara (O’Luanaigh & Lawlor, 2008) pois, outras investigações apresentam dados em que a tendência geral é para a solidão diminuir com a idade, obtendo as pessoas idosas níveis mais baixos de solidão comparativamente com os grupos etários mais jovens, nomeadamente em adolescentes (Guttek, Nakamura, Gehart, Handschumacher & Russel, 1980, cit. in Neto, 2000; Neto, 1992). O aumento da solidão com a idade, em alguns estudos, pode estar relacionado não com a idade em si mas, devido ao aumento de incapacidades e diminuição da integração social por parte da pessoa idosa (Jylhä, 2004).

Resultados não significativos também foram encontrados ao avaliar a associação entre a escolaridade e a solidão, apesar de os sujeitos que frequentaram, apenas, até 4 anos de escolaridade terem apresentado maiores percentagens de prevalência de solidão, comparativamente com aqueles com níveis de escolaridade mais elevados. Tendo em consideração a revisão da literatura parece que, a evidência para uma associação entre o nível de educação e a solidão/isolamento é equívoca (Boldy, Chou & Lee, 2004; Savikko, Routasalo, Tilvis, Strandberg & Pitkala, 2005; Victor, Scambler, Bond & Bowling, 2000; Victor, Grenade & Boldy, 2005).

Os dados deste estudo corroboram as associações entre a solidão, o género, a viuvez, as condições de vida (e.g., viver sozinho) e a associação com a sintomatologia depressiva, como descrito em investigações anteriores (Paúl & Ribeiro, 2009; Victor, Scambler, Bowling & Bond, 2005). Pelo exposto, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas relativamente ao género, sugerindo que as mulheres apresentam maiores níveis de solidão que os homens. Resultados semelhantes foram encontrados na revisão da literatura (Paúl, Ayis & Ebrahim, 2006; Pinquart e Sorensen, 2001; Victor, Scambler, Bowling & Bond, 2005). Por outro lado, à semelhança de outras investigações (Paúl, Ayis & Ebrahim, 2006; Paul & Ribeiro, 2009; Pinquart & Sorensen, 2001; Savikko, Routasalo, Tilvis, Strandberg e Pitkala, 2005), os resultados deste estudo evidenciam uma forte relação entre o estado civil e a solidão, verificando-se que os indivíduos viúvos bem como aqueles que se encontram noutras situações (e.g., divorciados/solteiros), manifestam mais sentimentos de solidão que os sujeitos casados ou que se encontram a viver em união de facto. Uma justificação para estes dados, prende-se com o facto de a solidão ser influenciada pela existência/ausência de contactos sociais com outros membros da família, amigos ou vizinhos (Pinquart & Sorensen, 2001; Savikko, Routasalo, Tilvis, Strandberg e Pitkala, 2005). Além disso, segundo Paúl e Ribeiro (2009) no que concerne aos contatos sociais na vida adulta tardia, os relacionamentos com o cônjuge

são primordiais pelo que, que quando ocorre a perda de um relacionamento íntimo (viuvez) as pessoas idosas tornam-se mais vulneráveis à solidão, apesar de todas as outras condições.

Por fim, os resultados deste estudo evidenciam uma forte associação entre a presença de solidão e o facto de um dado indivíduo viver sozinho bem como, uma associação entre a ausência de solidão e viver com o cônjuge, sugerindo que aqueles que vivem sozinhos são mais propensos a sentirem-se sós. Estes dados são confirmados por investigações prévias que também salientam que a solidão poderá estar relacionada com o facto de a pessoa viver sozinha (Routasalo, Savikko, Tilvis, Standberg & Pitkala, 2006; Victor, Scambler, Bowling & Bond, 2005). Portanto, apesar do isolamento social não significar necessariamente solidão, é um fator predisponente que se deve ter em conta.

7.3 Depressão e Solidão na velhice

Especificamente em relação à saúde mental, os resultados do presente estudo indicam uma associação entre a solidão e a depressão, evidenciando que a maior parte dos indivíduos inquiridos com solidão, apresenta, também, sintomatologia depressiva. Estes dados corroboram investigações anteriores que salientam a estreita relação entre a solidão e a depressão na velhice, em todas as culturas (e.g., Adams, Sanders & Auth, 2004; Alpass F, Neville, 2003; Alpass & Neville, 2003; Cacioppo, Hughes, Waite, Hawkley & Thisted, 2006; Heikkinen e Kauppinen, 2004; Paul, Ayis & Ebrahim, 2006; Routasalo, Savikko, Tilvis, Standberg e Pitkala, 2006; Stek, Vinkers, Gussekloo, Beekman, van der Mast & Westendorp, 2005). As razões para esses resultados podem estar relacionadas com as mudanças que ocorrem com o envelhecimento. Com o passar dos anos o ser humano tem maiores probabilidades de sofrer problemas físicos, psicológicos e sociais, condicionados por determinados acontecimentos que surgem durante este período da vida tais como algumas incapacidades psíquicas e físicas, perda do cônjuge, saída dos filhos de casa, entre outros. Tudo isso faz com que a pessoa se afaste das suas redes sociais e conseqüentemente sofra de isolamento e solidão. Por outro lado, na presença de experiências de perda, abandono, de rejeição ou de desamparo podem surgir os sintomas depressivos, com sentimentos de desamparo, tristeza, solidão e abandono. Normalmente estes sentimentos são acompanhados de perturbações somáticas. As situações de solidão e isolamento afetivo, sentimento de abandono e sensação de vazio, constituem assim fatores determinantes para o aparecimento de sintomas depressivos. (Tortosa, 2002).

8 Conclusão

Tendo em consideração a revisão da literatura, Neto (2004) refere que nas grandes cidades da Europa e da América, as pessoas que vivem sozinhas (sem família ou companheiro) são cada vez mais. Analisando os dados do Instituto Nacional de Estatística (INE), a partir dos resultados provisórios definitivos do recenseamento geral da população e habitação, efetuado em 2011, verificamos que a população idosa, com 65 ou mais anos, residente em Portugal é

de 2,023 milhões de pessoas, representando cerca de 19% da população total (considerando o último recenseamento de 2001 o número de idosos cresceu cerca de 19%). Os resultados indicam, igualmente, que cerca de 12% da população residente e de 60% da população idosa vive só (400.964) ou em companhia exclusiva de pessoas também idosas (804.577), refletindo um fenómeno cuja dimensão aumentou 28%, ao longo da última década. Pelo exposto, Neto (2004) salienta a perspetiva de alguns psicólogos que observam este grupo de indivíduos como estando cada vez mais exposto a sofrer de doenças físicas e psíquicas (e.g., depressão), mostrando-se o seu sistema imunológico menos estável, ou seja, menos forte e mais propício a contrair doenças crónicas. Foi com base nessa problemática que este estudo surgiu, o qual teve como objetivos, retratar a população idosa residente na cidade da Covilhã, da depressão e solidão e avaliar a sua relação nesta população.

Globalmente, este estudo evidenciou que a maioria das pessoas com mais de 65 anos residentes na cidade da Covilhã possuem baixos valores de sintomatologia depressiva bem como, poucas experiências de solidão, o que revela um bem-estar psicológico. No entanto, o pequeno número de indivíduos com sintomatologia depressiva e solidão pode dever-se a uma questão geográfica uma vez que, a cidade da Covilhã apresenta uma pequena dimensão populacional comparativamente, com outras cidades nacionais e situa-se no interior de Portugal. Pode, também, estar relacionada com a dinâmica social da cidade onde se verifica, na generalidade, uma proximidade entre as pessoas da comunidade, sendo frequente o convívio em diversos locais públicos (e.g., cafés, associações), favorecendo, por conseguinte, os contactos entre as pessoas de idade, mesmo entre aquelas que vivem sozinhas, e por conseguinte a melhoria da qualidade de vida e bem-estar mental.

Grande parte da literatura refere (e.g., Gottfries, 2001; Paúl, Ayis & Ebrahim, 2006; Paúl e Ribeiro (2009) que as baixas prevalências de depressão e solidão entre as pessoas idosas pode dever-se à qualidade das redes e contatos sociais que o indivíduo mantém na sua vida tardia e também a mecanismos de coping específicos utilizados para fazer face às adversidades características nesta fase final da vida pelo que, poderia estender-se a presente investigação avaliando a frequência, número e qualidade das interações sociais da população idosa da Covilhã e averiguar a sua eventual influência, na presença de depressão e solidão. Por outro lado, seria pertinente explorar possíveis estratégias de coping e de adaptação utilizadas por esta população e que sendo mais eficazes com um estado protetor relativamente ao envelhecimento, poderão ajudar a traçar programas de intervenção que estendam e ajudem a fortalecer essas estratégias de coping para outras populações.

As consequências ou efeitos sobre a saúde mental da solidão, ainda não foram suficientemente investigados (O’Luanaigh & Lowlor, 2008) pelo que os estudos da solidão e a sua relação com as condições de saúde mental é um tópico de pesquisa imperativo nos estudos do envelhecimento (Paúl & Ribeiro, 2009). Por esse motivo, o presente estudo, para além da aviação da depressão e da solidão, também, se centrou na relação entre a solidão e a depressão, mostrando uma associação estatisticamente significativa entre a solidão e a

sintomatologia depressiva e, evidenciando a importância de saber mais sobre como esses fenômenos estão relacionados um com o outro e sobre que tipo de interação social é benéfica para idosos que se sentem sós e depressivos, a fim de desenvolver intervenções sociais eficazes (Tiikkainen & Heikkinen, 2005).

Este estudo, com um design transversal, revela-se, também, imperativo nos estudos do envelhecimento pois, os seus resultados relativos à associação significativa entre a solidão e a depressão alertam para a necessidade de levar a cabo estudos longitudinais para averiguar se a saúde física e mental (e.g. depressão) são uma causa ou uma consequência da solidão. Segundo Luanaigh e Lawlor (2008) diversas investigações têm mostrado uma associação definida entre a solidão e a depressão, mas devido ao seu *design* não são capazes de indicar se a solidão causa a depressão ou se a depressão causa a solidão, ou mesmo se a solidão é apenas parte de uma síndrome depressiva. Isto é, as pessoas com depressão podem limitar os seus contactos sociais, isolando-se gradativamente, ou as pessoas que se sentem sozinhas podem tornar-se mais descuidadas no seu dia-a-dia, isolando-se, e por conseguinte, levando a uma saúde mental mais frágil. Assim, deve-se considerar que, por um lado, se a depressão for tratada com intervenções psicossociais ou farmacologia, a percepção da solidão poderá diminuir e, por outro lado, se se investir em intervenções que reforçam as oportunidades de participação social, e enfatizam a qualidade de vida na terceira idade poderá haver uma redução dos distúrbios afetivos nesta população.

A avaliação da solidão neste estudo é simples pelo que, posteriores estudos poderão examinar as múltiplas dimensões da solidão e os seus efeitos sobre a saúde física e mental das pessoas de idade. Na mesma linha, sugere-se a pertinência em estudar os preditores da solidão, de forma a poder delinear intervenções adequadas que previnam a experiência de solidão e tudo o que esta acarreta para as pessoas de idade. Por outro lado, revela-se pertinente estudar, também, a questão “sente-se mais só que o ano passado” pois, está relacionada com a natureza dinâmica da solidão que deve ser uma consideração adicional ao investigar a solidão, uma vez que a experiência de solidão de uma pessoa pode mudar ao longo do tempo (Victor, Scambler, Bowling & Bond, 2005; Wenger & Burholt, 2004). Além disso, tendo em consideração a revisão da literatura, existem, ainda, poucos estudos que avaliam essa questão.

O estudo da população idosa que se sente sozinha e que experiencia sintomas depressivos pode fornecer informações que auxiliem na elaboração de um programa preventivo que melhora o estado psicológico de adultos mais velhos, e/ou o aprofundamento dos fatores explicativos destes baixos valores na população inquirida pode ajudar a identificar e promover fatores promotores de resiliência). Supõe-se que a prestação de cuidados de saúde e os serviços de apoio social para idosos que se sentem sozinhos será importante para reduzir o risco de sintomas depressivos. Portanto, os sistemas comunitários de saúde devem avaliar regularmente as pessoas idosas a fim de determinar a existência de sintomas depressivos e fatores associados e por conseguinte, manter uma qualidade de vida superior.

Algumas potencialidades deste estudo, já foram referidas anteriormente, estando relacionadas com o apoio ao delineamento de programas de prevenção e intervenção no âmbito da depressão e solidão entre as pessoas de idade. Por outro lado, o presente estudo esclarece a relação entre dois fenómenos importantes no envelhecimento e com grandes consequências na vida pessoal e social do indivíduo, dando o seu contributo para a investigação que se debruça sobre a relação entre a solidão e a depressão, associação essa, que em termos de investigações ao nível nacional tem sido pouco explorada. Pode, portanto, este estudo, ser um ponto de partida para uma investigação mais aprofundada sobre esta temática e com desenvolvimentos posteriores.

Por outro lado, salienta-se o carácter multidisciplinar desta investigação e a inclusão de uma população específica de uma cidade do interior de Portugal, cuja taxa de envelhecimento é bastante elevada. Como tal, é um estudo pertinente uma vez que, permite que a partir deste desenho transversal se possa desenvolver um estudo longitudinal. Pois, estudos longitudinais, também, são necessários para expandir a compreensão do papel da solidão na etiologia de mais sintomas depressivos graves e para diferenciar ainda mais os correlatos de solidão e depressão em pessoas de idade, incluindo variáveis que não foram estudadas no âmbito desta investigação, nomeadamente, a personalidade, luto, quantidade e qualidade das redes sociais e dados relacionados com a saúde.

Quanto às limitações desta investigação, estas estão, essencialmente, relacionadas com a extensão do protocolo, por se tratar de uma investigação multidisciplinar, que criou grandes exigências e dificultou a recolha dos dados (e.g., desistência e cansaço por parte dos participantes, sensação de repetitividade de alguns itens, desmotivação entre os participantes) e o facto de a recolha dos dados ter sido feita na maior parte dos casos no domicílio dos participantes (devido à dificuldade em reunir todos os participante no mesmo espaço e por dificuldades de deslocação por parte destes), também dificultou a adesão dos participantes.

Em jeito de conclusão, considera-se que os resultados obtidos no âmbito desta investigação podem contribuir significativamente no âmbito da ciência psicológica, em particular, no que concerne às questões sobre a solidão e a sintomatologia depressiva na velhice. Uma vez que se verificou uma relação entre a solidão e a sintomatologia depressiva, surge neste sentido, a necessidade de investigar e intervir mais nesse âmbito. Além disso, este trabalho também alerta para a importância de se explorarem os preditores da solidão e da depressão como forma de prevenção para um envelhecimento bem-sucedido.

9 Referências Bibliográficas

Aberg, A., Sidenvall, B., Hepworth, M., O'Reilly, K., & Lithell, H. (2005). On loss of activity and independence, adaptation improves life satisfaction in old age - a qualitative study of patients' perceptions. *Quality of Life Research*, 14, 1111-1125.

- Adams, K., Sanders, S. & Auth, E. (2004). Loneliness and depression in independent living retirement communities: risk and resilience factors. *Aging Mental Health* 8(6): 475-485.
- Alexopoulos, G.S. (2003). Clinical and Biological Interactions in Affective and Cognitive Geriatric Syndromes. *American Journal of Psychiatry*, 160, 811-814.
- Alexopoulos, G.S. (2005). Depression in the elderly. *Lancet*, 365, 1961-1970.
- Alpass, F. & Neville, S. (2003). Loneliness, health and depression in older males. *Aging Mental Health*, 7, 212-216.
- Ambo, H., Meguro, K., Ishizaki J., Shimada, M., Yamaguchi, S., Sekita, Y. & Yamadori, A. (2001). Depressive symptoms and associated factors in a cognitively normal elderly population: the Tajiri Project. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 16, 780-788.
- American Psychiatric Association (2002). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-IV-TR)*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Anderson, R.L., Buckwalter, K.C., Buchanan, R.J., Maas, M.L., & Imhof, S.L. (2003). Validity and reliability of the Minimum Data Set Depression Rating Scale (MDSDRS) for older adults in nursing homes. *Age and Ageing*, 32, 435-438.
- Andersson L. (1998). Loneliness research and interventions: a review of the literature. *Aging Ment Health*, 2, 264-274.
- Angst, J., Gamma, A., Gastpar, M., Lépine, J., Mendlewicz, J., & Tylee, A. (2002). Gender differences in depression: epidemiological findings from the European Depres I and II studies. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 252 (5), 201- 209.
- Are´an, P., Gum, A., McCulloch, C., Bostrom, A., Gallagher-Thompson, D., Thompson, L. (2005). Treatment of depression in low-income older adults. *Psychol. Aging* 20, 601-609.
- Baldwin, R., & Wild, R. (2004). Management of depression in later life. *Advances in Psychiatric Treatment*, 10, 131-139.
- Barefoot, J., Mortensen, E., Helms, M., Avlund, K., & Schroll, M. (2001). A longitudinal study of gender differences in depressive symptoms from age 50 to 80. *Psychology and Aging*, 16, 342 - 345.
- Bergdahl, E., Gustavsson, J., Kallin, K., Wågert, P., Lundman, B., Bucht, G., et al. (2005). Depression among the oldest old: the Umeå 85+ study. *International Psychogeriatric Association*, 17 (4), 557-575.
- Beurs, E., Beekman, A., Van Balkom, A., Deeg, D., Dyck, R., & Tilburg, W. (1999). Consequences of anxiety in older persons: its effect on disability, well-being and use of health services. *Psychological Medicine*, 29, 583-593.
- Birrer, R. (2004). Depression in Later Life: A Diagnostic and Therapeutic Challenge. *American Family Physician*, 69 (10), 2375-2382.
- Bisschop, M.I., Kriegsman, D.M., Derg, D.J., Beekman, A.T., & van Tilburg, W. (2004). The longitudinal relation between chronic diseases and depression in older persons in community: the Longitudinal Aging Study Amsterdam. *Journal of Clinical Epidemiology*, 57, 187-194.

- Blazer, D., Hybels, C., Fillenbaum, G., Pieper, C. (2005). Predictors of antidepressant use among older adults: Have they changed over time? *American Journal of Psychiatry* 162, 705-710.
- Blazer, D.G. (2002). Self-efficacy and depression in late life: a primary intervention proposal. *Aging and Mental Health*, 6(4): 315-324.
- Blazer, D.G. (2003). Depression in late life: review and commentary. *Journal of Gerontology Medical Sciences*, 58, 249-265.
- Boldy, D., Chou, S. & Lee, A. (2004). Assessing resident satisfaction and its relationship to staff satisfaction in residential aged care. *Australas Journals of Ageing*, 23, 195-197.
- Boldy, D., Iredell, h., Grenade, L. (2005). Ageing well: coping with loneliness and social isolation. *Vie Vieill*, 4 (1&2), 27-30.
- Bondevik, M. & Skogstad, A. (1998). The oldest old, ADL, social network, and loneliness. *Western Journal of Nursing Research* 20 (3), 325-343.
- Bós, A., Bós, A., Sávio, C. & Cassol, M. (2008). Depressão, envelhecimento e canto coral. In Schneider, R. & Schwanke, C. (Org.) *Atualizações em geriatria e gerontologia: da pesquisa básica à prática clínica*. Porto Alegre: Edipucrs.
- Boswell, E., & Stoudemire, A. (1996). Major depression in the primary care setting. *American Journal of Medicine*, 101 (6), 3-9.
- Bowling, A. (1997). *Measuring health: a review of quality of life measurement scales*. Buckingham: Open University Press.
- Bowling, A., & Farquhar, M. (1996). Outcome of anxiety and depression at two and a half years after baseline interview: associations with changes in psychiatric morbidity among three samples of elderly people living at home. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 11, 119-129.
- Braam, A.W., Delespaul, P., Beekman, A.T.F., Deeg, D.J.H., Pérès, K. Dewey, M., Kivelä, S.L., Lawlor, B.A., Magnússon, H., Meller, I., Prince, M.J., Reischies, F.M., Roelands, M., Saz, P. Schoevers, R.A., Skoog, I., Turrina, C. Versporten, A. Copeland, J.R.M. (2004). National context of healthcare, economy and religion, and the association between disability and depressive symptoms in older Europeans: results from the EURODEP concerned action. *European Journal of Ageing*, 1 (1), 26-36.
- Braam, A.W., Prince, M.J., Beekman, A.T.F., Delespaul, P., Dewey, M.E., Geerlings, S.W., Kivelä, S.L., Lawlor, B.A., Magnússon, H., Meller, I., Pérès, K., Reischies, F.M., Roelands, M., Schoevers, R.A., Saz, P., Skoog, I., Turrina, C. Versporten, A., Copeland, J.R.M. (2005). Physical health and depressive symptoms in order Europeans. *British Journal of Psychiatry*, 187, 35-42.
- Brown, M., Lapane, K., & Luisi, A. (2002). The management of depression in older nursing home residents. *Journal of the American Geriatrics Society*, 50 (1), 69-76.
- Bryan, K., Axelrod, L., Maxim, J., Bell, L., & Jordan, L. (2002). Working with older people with communication difficulties: an evaluation of care worker training. *Aging and Mental Health*, 6 (3), 248-254.

- Buckley, M.R. & Lachman, V.D. (2007). Depression in older patients: recognition and treatment. *JAAPA*, 20 (8), 34-41.
- Butters, M., Whyte, E., Nebes, R., Begley, A., Dew, M., et al. (2004). The nature and determinants of neuropsychological functioning in late-life depression. *Archives of General Psychiatry* 61, 587-595.
- Butterworth, P., Gill, S., Rodgers, B., Anstey, K., Villamil, E. & Melzer, D. (2006). Retirement and mental health: analysis of the Australian national survey of mental health and well-being. *Social Science and Medicine*, 62, 1179-1191.
- Cacioppo, J., Hawkley, L., Crawford, E., Ernst, J., Burleson, M., Kowalewski, R., Malarkey, M., Van Cauter, E. & Berntson, G. (2002). Loneliness and health: potential mechanisms. *Psychosoma Medicine*, 64, 207-417.
- Cacioppo, J., Hughes, M., Waite, L., Hawkley, L. & Thisted R. (2006). Loneliness as a specific risk factor for depressive symptoms: cross-sectional and longitudinal analyses. *Psychologic Aging*, 25, 41-67.
- Cattan, M., White, M., Bond, J. & Learmouth, A. (2005). Preventing social isolation and loneliness among older people: a systematic review of health promotion activities. *Aging Society*, 25.
- Chapman DP, Perry GS. (2008). Depression as a major component of public health for older adults. *Preventing Chronic Disease*, 5(1), 1-9.
- Chappell, N. L., Badger, M. (1989). Social isolation and well-being. *Journal of gerontology*, 44, S169-176.
- Charlson, M. & Peterson, J. (2002). Medical comorbidity and late life depression: What is known and what are the unmet needs? *Society of Biological Psychiatry* 52, 226-235.
- Charney, D., Miller, H., Licinio, J., & Salomon, R. (1998). Treatment of depression. In: A. Schatzberg, & C. Nemeroff, *The American Psychiatric Press textbook of psychopharmacology*. Washington, D.C.: American Psychiatric Press, 575-601.
- Cheng, S., Fung, H. & Chan, A. (2008). Living status and psychological well-being: social comparison as a moderator in later life. *AgingMent Health*, 12, 654-661.
- Cheng, S.-T., Fung, H. H., & Chan, A. C. M. (2009). Self-perception and psychological well-being: The benefits of foreseeing a worse future. *Psychology and Aging*, 24, 623-633.
- Chi, I., & Chou, K.L. (2000). Depression predicts cognitive decline in Hong Kong Chinese older adults. *Aging & Mental Health*. 4 (2), 148-157.
- Chou K. & Chi I. (2004). Childlessness and psychological well-being in Chinese older adults. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 19, 449-457.
- Chou, K. L. & Chi, I. (2000). Comparison between elderly Chinese living alone and those living with others. *Journal of Gerontological Social Work*, 33, 51-66.
- Chou, K. L., Ho, A. H. Y. & Chi, I. (2006). Living alone and depression in Chinese older adults. *Aging and Mental Health*, 10, 583-591.
- Chou, K., & Chi, I. (2005). Prevalence and correlates of depression in Chinese oldest-old. *Internacional Journal of Geriatric Psychiatry*, 20 (1), 41-50.

- Christensen, H., Jorm, A., Mackinnon, A., Korten, A., Jacomb, P., et al. (1999). Age differences in depression and anxiety symptoms: a structural equation modelling analysis of data from a general population sample. *Psychological Medicine* 29, 325-339.
- Ciechanowski, P.S., Katon, W.J., Russo, J.E. (2000). Depression and diabetes: impact of depressive symptoms on adherence, function, and costs. *Archives Internal Medicine*, 160(21), 3278-3285.
- Cohen-Mansfield, J., & Parpura-Gill, A. (2007). Loneliness in older persons a theoretical model and empirical findings. *Journal of International Psychogeriatrics*, 19, 279-294.
- Cole, M. & Dendukuri, N. (2003). Risk factors for depression among elderly community subjects: a systematic review and meta-analysis. *American Journal of Psychiatry* 160, 1147-1156.
- Cole, M.G., Bellavance, F., Mansour, A., 1999. Prognosis of depression in elderly community and primary care populations: a systematic review and meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, 156 (8), 1182-1189.
- Conwell, Y. & Brent, D. (1996). Suicide and aging I: patterns of psychiatric diagnosis. In J.L. Pearson, Y. Conwell, (Ed.) (p. 15-30). *Suicide: International Perspectives*. New York: Springer
- Copeland, J., Beekman, A., Braam, A., Dewey, M., Delespaul, P., Fuhrer, R., et al. (2004). Depression among older people in Europe: the EURODEP studies. *World Psychiatry*, 3 (1), 45-49.
- Courtenay, W. (2000). Engendering health: a social constructionist examination of men's health beliefs and behaviours. *Psychology of Men and Masculinity* (1), 4-15.
- D'Ath P, Katona P, Mullan E, Evans S. & Katona C. (1994). Screening, Detection and management of depression in elderly primary care attenders I: The acceptability and performance of the 15 item geriatric depression scale (GDS15) and the development of short versions. *Fam Pract.*, 11(3), 260-266.
- De Jong Gierveld, J., & Havens, B. (2004). Cross-national comparisons of social isolation and loneliness: Introduction and overview. *Canadian Journal on Aging*, 23, 109-113.
- Djernes, J. (2006). Prevalence and predictors of depression in populations of elderly: a review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113 (5), 372-387.
- Draper, B., & Low, L. F. (2005) what is the effectiveness of acute hospital treatment for older people with mental disorders? *International Psychogeriatrics*, 17(4), 539-555.
- Drennan, J., Treacy, M., Butler, M., Byrne, A., Fealy, G., Frazer, K. & Irving, K. (2008). The experience of social and emotional loneliness among older people in Ireland. *Ageing Society*, 28, 1113-1132.
- Dykstra, P., van Tilburg, T., de Jong Gierveld, J. (2005). Changes in older adult loneliness: results from a seven-year longitudinal study. *Research on Aging*, 27, 725-747.
- Ebmeier, K.P., Donaghey, C., & Steele, J.D. (2006). Recent developments and current controversies in depression. *Lancet*, 367, 137-167.

- Edelbrock, D., Buys, L., Creasey, H., Broe, G. (2001). Social support, social networks and social isolation: the Sydney older persons' study. *Australas Journal of Aging*, 20, 173-178.
- Eisses, A. M. H., Kluiters, H., Jongenelis, K., Pot, A. M., Beekman, A. T. F., & Ormel, J. (2004). Risk indicators of depression in residential homes. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 19, 634-640.
- Evans, M. & Mottram, P., (2000). Diagnosis of depression in elderly patients. *Advances in Psychiatric Treatment*, 6 (1), 49-56.
- Fiske, A., Gatz, M. & Pedersen, N. (2003). Depressive symptoms and aging: the effects of illness and non-health- related events. *Journal of Gerontology Society Science*, 58, 320-328.
- Fiske, A., Wetherell, J. & Gatz, M. (2009). Depression in older adults. *Annual review of clinical psychology*, 5, 363-389.
- Francois, I., Moutel, G., Plu, I., Pfitzenmeyer, P., & Hervé, C. (2006). Concerning mistreatment of older people: Clinical and ethical thoughts based on a study of know cases. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 42, 257-263.
- Fry, P. & Debats, D. (2002). Self-efficacy beliefs as predictors of loneliness and psychological distress in older adults. *International Journal of Aging Human Development*, 55, 233-269.
- Gallagher-Thompson, D. & Coon, D. (2007). Evidence-based psychological treatments for distress in family caregivers of older adults. *Psychological Aging* 22, 37-51.
- Gallo, J., Rabins, P., Lyketsos, C., Tien, A. & Anthony, J. (1997). Depression without sadness: functional outcomes of nondysphoric depression in later life. *Journal of American Geriatric Society*, 45, 570-578.
- Gallo, J.J., Rebok, G.W., Tennstedt, S., Wadley, V.G., Horgas, A., & ACTIVE Study Investigators. (2003). Linking depressive symptoms and functional disability in late life. *Aging & Mental Health*, 7(6) 469-480.
- Gatz, M., & Fiske, A. (2003). Aging women and depression. *Professional Psychology: Research and Practice*, 34(1), 3-9.
- Golden, J., Conroy, R., Bruce, I., Denihan, A., Greene, E., Kirby, M. & Lawlor, B. (2009). Loneliness, social support networks, mood and wellbeing in community-dwelling elderly. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 24, 694-700.
- Gottfries, C.G. (2001). Late life depression. *Europe Archives Psychiatry Clinic Neuroscience*, 251(2), 57-61.
- Gournellis R, et al. (2006). Psychotic (delusional) major depression among elderly patients in primary care settings. *Annual International Medicine*, 144-496.
- Gräsbäck, A (1996) The epidemiology of anxiety and depressive syndromes. A prospected longitudinal study of a geographically defined, total population: The Lundby study. Doctoral thesis. University of Lurid, Sweden.
- Grenade, L. & Duncan, B. (2008). Social Isolation and Loneliness among older people: issues and future. *Australian Health Review*, 32 (3), 468-478.

- Harvard Medical School Health. (2003). Harvard mental Health Letter: Depression in old age. Acesso em 01 de Dezembro de 2011, disponível em Site da Harvard Health Publications: www.health.harvard.edu.
- Hawkley, L., & Cacioppo, J. (2003). Loneliness and pathways to disease. *Brain, Behavior, and Immunity*, 17, S98 - S105.
- Heikkinen, R. & Kauppinen, M. (2004). Depressive symptoms in late life: a 10-year follow-up. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 38, 239-250.
- Hepple, J. (2004). Psychotherapies with older people: an overview. *Advances in Psychiatric Treatment*, 10, 371-377.
- Hicks, T. (2000). What is your life like now? Loneliness and elderly individuals residing in nursing homes. *Journal of Gerontological Nursing*, 26, 15-19.
- Hirschfeld, R., Keller, M., Panico, S. et al. (1997). The National Depressive and Manic-Depressive Association Consensus Statement on the Undertreatment of Depression. *JAMA*, 277, 333-340.
- Hollon, S.D., Jarrett, R.B., Nierenberg, A.A., Thase, M.E., Trivedi, M. & Rush, J. (2005). Psychotherapy and medication in the treatment of adult and geriatric depression: which monotherapy or combined treatment? *Journal of Clinic Psychiatry*, 66(4), 455-68.
- Holmén, K., & Furukawa, H. (2002). Loneliness, health and social network among elderly people: A follow-up study. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 35, 261-274.
- Huang, Y. & Carpenter, L. (2011). Aging & mental health identifying elderly depression using the depression rating scale as part of comprehensive standardized care assessment in nursing homes. *Aging & Mental Health*, 15 (8), 1045-1051.
- Hughes, M., Waite, L., Hawkley, L. & Cacciopo, J. (2004). A short scale for measuring loneliness in large surveys: results from two population-based studies. *Res Aging*, 26, 655-672.
- Instituto Nacional de Estatística (2011). A situação demográfica recente em Portugal. Retirado em 10 de Março de 2012 http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_estudos&ESTUDOSest_boui=103155854&ESTUDOSmodo=2
- Jones, E.D., & Beck-Little, R. (2002). The Use of Reminiscence Therapy For the Treatment of Depression in Rural-dwelling Older Adults. *Issues in Mental Health Nursing*, 23 (3), 279-290
- Jones, R., Marcantonio, E., & Rabinowitz, T. (2003). Prevalence and correlates of recognized depression in U.S. nursing homes. *Journal of the American Geriatrics Society*, 51 (10), 1404-1409.
- Judd, L., Schettler, P., Akiskal, H. (2002). The prevalence, clinical relevance, and public health significance of subthreshold depressions. *Psychiatry Clinic North America* 25, 685-698.
- Justo, L., & Calil, H. (2006). Depressão - o mesmo acometimento para homens e mulheres? *Revista Psiquiatria Clínica*, 33 (2), 74-79.

- Jylhä, M. (2004). Old age and loneliness: cross-sectional and longitudinal analyses in the Tampere longitudinal study on aging. *Canadian Journal on Aging* 23(2), 157-168.
- Katsumata, Y., Arai, A., Ishida, K., Tomimori, M., Denda, K., & Tamashiro, H. (2005). Gender differences in the contributions of risk factors to depressive symptoms among the elderly persons dwelling in a community, Japan. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 20 (11), 1084-1089.
- Kawamoto, R., Yoshida, O., Oka, Y. & Kodama, A. (2005). Influence of living alone on emotional well-being in community-dwelling elderly persons. *Geriatrics and Gerontology International*, 5, 152-158.
- Kelly, K. & Zisselman, M. (2000). Update on electroconvulsive therapy (ECT) in older adults. *Journal of American Geriatric Society*, 48, 560-566.
- Kennedy, G., Kelman, H., Thomas, C., Wisniewski, W., Metz, H., & Bijur, P. (1989). Hierarchy of characteristics associated with depressive symptoms in an urban elderly sample. *The American Journal of Psychiatry*, 146 (2), 220-225.
- Kim, J., Shin, I., Yoon, J., & Stewart, R. (2002). Prevalence and correlates of late-life depression compared between urban and rural populations in Korea. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 17 (5), 409-415.
- Kohn R., Epstein-Lubow G., (2006). Course and outcomes of depression in the elderly. *Curr Psychiatry Rep.*, 8(1), 34-40.
- Kurlowicz, L. (1999). The Geriatric Depression Scale (GDS). The Hartford Institute for *Geriatric Nursing, Division of Nursing*, (4).
- Leturia, F. J., Yanguas, J. J., Arriola, E., & Uriarte, A. (2002). *La valoración de las personas mayores: evaluar para conocer, conocer para intervenir*. Madrid: Cáritas.
- Lichstein, K., Stone, K., Nau, S., McCrae, C. & Payne, K. (2006). Insomnia in the elderly. *Sleep Medicine Clinique*. 1, 221-229.
- Licht-Strunk, E., Kooij, K., Schaik, D., Marwijk, H., Hout, H., Haan, M., et al. (2005). Prevalence of depression in older patients consulting their general practitioner in The Netherlands. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 20 (11), 1013-1019.
- Lin, Pao-Chen & Wang, Hsiu-Hung (2011). Factors associated with depressive symptoms among older adults living alone: An analysis of sex difference. *Aging & Mental Health*, 15 (8), 1038-1044.
- Liu, C. (2009). The association of depressive symptoms with socioeconomic status, general health conditions, and health behaviors in community-dwelling adults. *Taiwan Journal of Public Health*, 28, 300-311.
- Luanaigh, C. & Lawlor, B. (2008). Loneliness and health of older people. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 23, 1213-21.
- Lubben, J. E. (1988). Assessing social networks among elderly populations. *Family Community Health*, 11, 42-52.

- Lyness, J., Niculescu, A., Tu, X., Reynolds, C. & Caine, E. (2006). Overview of elderly; The Relationship of Medical Comorbidity and Depression in Older. *Primary Care Patients. Psychosomatics*, 47, 435-439.
- Lyness, J.M., Heo M., Datto C.J., et al. (2006). Outcomes of minor and subsyndromal depression among elderly patients in primary care settings. *Annual International Medicine*, 144, 496.
- Mann, A., Crawford, M., Prince, M., & Menezes, P. (1998). The Recognition and Treatment of Depression in Older People in Primary care. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 13 (3), 172-176.
- Maroco, J., & Garcia-Marques, T. (2006). Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas? *Laboratório de Psicologia*, 4, (1) 65-90.
- Maroco, J. (2007). *Análise Estatística Com Utilização do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo
- Martins, R. (2008). A depressão no idoso. *Millenium - Revista do ISPV*, 34. Acedido em 10 de Fevereiro 2012, de <http://www.ipv.pt/millenium/millenium34/>.
- Mast, B.T., Azar, A.R., MacNeill, S.E., & Lichtenberg, P.A. (2004). Depression and activities of daily living predict hospitalization within 6 months of discharge from geriatric rehabilitation. *Rehabilitation Psychology*, 49(3), 219-223.
- Mazure, C., Maciejewski, P., Jacobs, S. & Bruce, M. (2002). Stressful life events interacting with cognitive/personality styles to predict late-onset major depression. *American Journal of Geriatric Psychiatry* 10, 297-304.
- Mechakra-Tahiri, S., Zunzunegui, M., Prévaille, M. & Dubé, M. (2010). Gender, social relationships and depressive disorders in adults aged 65 and over in Quebec. *Chronic Diseases in Canada*, 30, 56-65.
- Mehta KM, Yaffe K, Langa KM, Sands L, Whooley MA, et al. 2003. Additive effects of cognitive function and depressive symptoms on mortality in elderly community-living adults. *Journal of Gerontology A Biological science and Medicine science* 58: M461-M467.
- Mellor, D., Stokes, M., Firth, L., Hayashi, Y. & Cummins, R. (2008). Need for belonging, relationship satisfaction, loneliness, and life satisfaction. *Personality and individual differences*, 45, 213-218.
- Minardi, H. A., & Blanchard, M. (2003). Older people with depression : A pilot study. *Journal of Advanced Nursing*, 46, 23-31.
- Mullins L, Smith R, Colquitt R, Mushel M. An examination of the effects of self-rated and objective indicators of health condition and economic condition on the loneliness of older persons. *Journal of Applied Gerontology*, 1996; 15, 23-37.
- Neri, A., Yassuda, M. & Cachioni, M. (2004). *Velhice bem-sucedida: Aspectos afetivos e cognitivos*. Campinas, SP: Papirus.
- Neto, F. & Barros, J. (2001). *Solidão em diferentes níveis etários. Estudos Interdisciplinares sobre Envelhecimento*. Porto Alegre, V.3, 71-88.
- Neto, F. (1992). Loneliness among Portuguese Adolescents. *Social Behavior and Personality*, v.20, n.1, p.15-22.

- Neto, F. (2000). *Psicologia social* (Vol. II). Lisboa: Universidade Aberta
- Newhouse, P., Krishnan, K., Doraiswamy, P., Richter, E., Batzar, E., & Clary, C. (2000). A double-blind comparison of Sertralina and Fluoxamina in depression erderly outpatients. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 61 (8), 559-568.
- Nierenberg, A., & McColl, R. (1996). Management options for refractory depression. *The American Journal of Medicine*, 101 (6), 45-52.
- Nolen-Hoeksema, S. & Ahrens, C. (2002). Age differences and similarities in the correlates of depressive symptoms. *Psychological Aging* 17, 116-124.
- Nolen-Hoeksema, S., & Ahrens, C. (2002). Age differences and similarities in the correlates of depressive symptoms. *Psychology and Aging*, 17, 116 -124.
- O'Luanaigh C, Lawlor BA. 2008. Loneliness and the health of older people. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 23, 1213-1221.
- OMS. (2002). Relatório Mundial de Saúde 2001 - Saúde mental: nova concepção, nova esperança. (M. d. Saúde, Ed.) Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
- O'Neil M. (2007). Depression in the elderly. *J Contin Educ Nurs*. 38(1):14-5.
- Ormel, J., Rijdsdijk, F.V., Sullivan, M., van Sonderen, E. Kempen, GI (2002). Temporal and reciprocal relationship beteen ADL/IADI. Disability and depressive symptoms in late life. *Journal of Gerontol Psychological Sciences*, 57(4), 338-337.
- Osborn, D., Fletcher, A., Smeeth, L., Stirling, S., Bulpitt, C., Breeze, E., et al. (2003). Factors associated with depression in a representative sample of 14 217 people aged 75 and over in the United Kingdom: Results from the MRC trial of assessment and management of older people in the community. *Internacional Journal of Geriatric Psychiatry*, 18 (7), 623-630.
- Osvath, P., Voros, V., & Fekete, S. (2004). Life events and psychopathology in a group of suicide attempters. *Psychopathology*, 37, 36-40.
- Palacios, R. (2002). The Future of global ageing. *International Journal of Epidemiology*, 31, 786-791.
- Papadopoulos, F., Petridou, S., Argyropoulou, V., Kontaxakis, V., Dessypris, N., Anastasiou, A., Katsiardani, K., Trichopoulos, D. & Lyketsos, C. (2005). Prevalence and correlates of depression in late life: a population based study from a rural Greek town. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 20 (4), 350-357.
- Parslow, R., Christensen, H., Rodgers, B. & Jacomb, P. (2005). Pet ownership and health in older adults: findings from a survey of 2,551 community-based Australians aged 60-64. *Gerontology*, 51, 40-47.
- Paúl, C. & Ribeiro, O. (2009). Predicting loneliness in old age living in the community. *Reviews in clinical gerontology*, 19, 53-60.
- Paúl, C., Ayis, S., & Ebrahim, S. (2006). Psychological distress, loneliness, and disability in old age. *Psychology, Health & Medicine*, 11(2), 221-232.

- Penninx, B.W., Beekman, A.T., Honig, A. Deeg, D.J., Schoevers, R.A., van Eijk, J.T., et al., (2001). Depression and cardiac mortality: results from a community-based longitudinal study. *Archives of General Psychiatry*, 58, 221-227.
- Perlman, D. (2004). European and Canadian studies of loneliness among seniors. *Canadian Journal on Aging*, 23, 181-188.
- Pinquart, M. & Sorensen, S. (2001). Influences on loneliness in older adults: a meta-analysis. *Basic Applied Social Psychology*, 23, 245-66.
- Pocinho, M., Farate, C., Dias, C., Lee, T. & Ysavage, J. (2009). Clinical and Psychometric Validation of the Geriatric Depression Scale (GDS) for Portuguese Elders. *Clinical Gerontologist*, 32(2), 223-236.
- Prince, M., Harwood, R., Blizard, R., Thomas, A., & Mann, A. (1997). Impairment, disability and handicap as risk factors for depression in old age. The Gospel Oak Project V. *Psychological Medicine*, 27 (2), 311-321.
- Ranga, K., Krishnan, R., Delong, M., Kraemer, H., Carney, R., Spiegel, D., Gordon, C., McDonald, W., Dew, M., Alexopoulos, G., Buckwalter, K., Cohen, P., Evans, D., Kaufmann, P., Olin, J., Otey, E., & Wainscott, C. (2002). Comorbidity of depression with other medical diseases in the elderly. *Biological Psychiatry*, 52, 559-588.
- Reynolds, C.F. III, Frank, E., Perel, J.M., Lubner, S.D., Cornes, C., Miller, M.D., et al., (1999a). Nortriptyline and interpersonal psychotherapy as maintenance therapies for recurrent major depression: a randomized trial in patients older than 59 years old. *JAMA*, 281, 39-45.
- Ribeiro, J.P. (1999). *Investigação e avaliação em psicologia e saúde*. Lisboa: Climepsi.
- Ried, L. & Planas, L. (2002). Aging, health, and depressive symptoms: Are women and men different? *Journal of Women's Health*, 11, 813-824.
- Robbins, J., Bertakis, K., Helms, L., Callahan, E., Azari, R., & Leigh, P. (2001). Patient Gender Differences in the Diagnosis of Depression in Primary Care. *Journal of Women's Health & Gender Medicine*, 10 (7), 689-698.
- Rokach, A., Orzeck, A. & Neto F. (2004). Coping with loneliness in old age: a cross cultural comparison. *Current Psychology*, 23, 124-137.
- Rokach, A., Orzeck, T., Cripps, J., Lackovic-Grgin, K. & Penezic, Z. (2001). The effects of culture on the meaning of loneliness. *Social Indicators Research* 53(1), 17-31.
- Routasalo, P. & Pitkala, K. (2003). Loneliness among older people. *Review of Clinical Gerontology*, 13, 303-311.
- Routasalo, P., Savikko, N., Tilvis, R., Standberg, T. & Pitkala, K. (2006). Social contacts and their relationship to loneliness among aged people - a population-based study. *Gerontology of Behaviour Science Section*, 52, 181-187.
- Salokangasa, R., Vaaherab, K., Pacrievc, S., Sohlmand, B., & Lehtinen, V. (2002). Gender differences in depressive symptoms: An artefact caused by measurement instruments? *Journal of Affective Disorders*, 68 (2-3), 215-220.

- Savikko, N., Routasalo, P., Tilvis, R., Strandberg, T., & Pitkala, K. H. (2005). Predictors and subjective causes of loneliness in an aged population. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 41, 223-233.
- Saz, P., & Dewey, M.E. (2001). Depression, depressive symptoms and mortality in persons aged 65 and over living in the community: a systematic review of the literature. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 16, 622-630.
- Schoevers, R., Beekman, A., Deeg, D., Jonker, C., van Tilburg, W. (2003). Comorbidity and risk-patterns of depression, generalised anxiety disorder and mixed anxiety-depression in later life: results from the AMSTEL study. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 18, 994-1001.
- Schoevers, R.A., Beekman, A.T., Deeg, D.J., Geerlings, M.I., Jonker, C., Van Tilburg, W. (2000). Risk factors for depression in later life: results of a prospective community based study (AMSTEL). *Journal of Affect Disord*, 59 (2), 127-137.
- Scogin, F., Shackelford, J., Rohen, N., Stump, J., Floyd, M., McKendree-Smith, N., & Jamison, C. (2001). Residual geriatric depression symptoms: a place for psychotherapy. *Journal of Clinical Geropsychology*, 7(4)271-283.
- Scogin, F., Welsh, D., Hanson, A., Stump, J., & Coates, A. (2005). Evidence-Based Psychoterapies for Depression in Older Adults. *Clinical Psychology - Science and Practice* 12 (3), 222-237
- Seeman, T. (2000). Health promoting effects of friends and family on health outcomes in older adults. *American Journal of Health Promotion*, 14, 362-370.
- Shah, A., & Hoxey, K. (2001). Depression in acutely medically ill elderly inpatients: prevalence, correlates and longitudinal stability. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 10 (3), 147-156.
- Shah, A., Phongsathorn, V., George, C., Bielawska, C., & Katona, C. (1994). Psychiatric symptoms as predictors of mortality in continuing care geriatric inpatients. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 9 (9), 695-702.
- Sherina, M., Zulkefli, N., & Mustaqim, A. (2003). Prevalence of depression with chronic illness among the elderly in a rural community in Malaysia. *Asia Pacific Family Medicine*, 2 (4), 196-199.
- Shim, Y.S., & Yang, D.W. (2006). Depression as a prognostic factor: 6 months follow up in a geriatric institution. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 43, 277-283.
- Steed, L., Boldy, D., Grenade, L., Iredell, H. (2006). The demographics of loneliness among older people in Perth Western Australia. *Australias Journal Ageing*, 26, 81-86.
- Steffens, D., Skoog, I., Norton, M., Hart, A., Tschanz, J., Plassman, B. et al. (2000). Prevalence of depression and its treatment in an elderly population. *Archives of General Psychiatry*, 57, 601 - 607
- Steinman L.E., Frederick, J.T., Prohaska, T., et al. (2007). Recommendations for treating depression in community-based older adults. Late Life Depression Special Interest Project (SIP) Panelists. *American Journal of Preventive Medicine*, 33(3), 175-81.

- Stek, M., Vinkers, D., Gussekloo, J., Beekman, A., van der Mast, R. & Westendorp, R. (2005). Is depression in old age fatal only when people feel lonely? *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, 162, 178-180.
- Stek, M.L., Gussekloo, J., Beekman, A.T., van Tilburg, W., Westendorp, R.G., (2004). Prevalence, correlates and recognition of depression in the oldest old: the Leiden 85-plus study. *Journal of Affective Disorder*, 78 (3), 193-200.
- Stella, F., Gobbi, S., Corazza, D. & Costa, J. (2002). Depressão no Idoso: Diagnóstico, Tratamento e Benefícios da Atividade Física. *Motriz*, 8(3), 91-98.
- Stephoe A, Owen N, Kunz-Ebrecht SR, Brydon L. 2004. Loneliness and neuroendocrine, cardiovascular, and inflammatory stress responses in middle-aged men and women. *Psychoneuroendocrinol* 29, 593-611.
- Stotland, N. & Stotland (1999). Focus on primary care: Depression in women. *Obstetrical Gynecological Survey*, 54, 519-525.
- Strain, L., Philip, D., & Blandford, A. (2006). Depressive symptoms among older adults in urban and rural areas. *Internacional Journal of Geriatric Psychiatry*, 21 (12), 1175- 1180.
- Street, H. (2003). The psychosocial impact of cancer: exploring relationships between conditional goal setting and depression. *Psychology and Oncology*, 12 (6), 580-589.
- Street, H., O'Connor, M., & Robinson, H. (2007). Depression in older adults: exploring the relationship between goal setting and physical health International. *Journal of Geriatric Psychiatry*, 22 (11), 1115-1119.
- Suen, L. & Morris, D. (2006). Depression and gender differences: Focus on Taiwanese American older adults. *Journal of Gerontological Nursing*, 32, 28-36.
- Szádóczy, E., Rihmer, Z., Papp, Z., Vitrai, J., & Füredi, J. (2007). Gender differences in major depressive disorder in a Hungarian community survey. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 6 (1), 31-37.
- Takkinen, S., Gold, C., Pedersen, N., Malmberg, B., Nilsson, S., & Rovine. (2004). Gender differences in depression: a study of older unlike-sex twins. *Aging & Mental Health*, 8 (3), 187-195.
- Taragano, F. & Allegri, R. (1996). Depresión en Geriatria. In Micheli & Pardal, F. (Org.). *Neurología en el anciano*. Madrid: Editorial Médica Panamericana S.A.
- Taylor, W.D. & Doraiswamy, P.M. (2004). A systematic review of antidepressant placebo-controlled trials for geriatric depression: limitations of current data and directions for the future. *Neuropsychopharmacology*. 29 (12), 2285-99.
- Teri, L., McKenzie, G. & LaFazia, D. (2005). Psychosocial treatment of depression in older adults with dementia. *Clinic Psychology of Science Practice* 12, 303-316.
- Thompson, G., & Foth, D. (2005). Cognitive-Training Programs for Older Adults: What they are and can they enhance mental fitness?. *Educational Gerontology*, 31, 603-626.
- Tiikkainen, P. & Heikkinen, R. (2005). Associations between loneliness, depressive symptoms and perceived togetherness in older people. *Aging & Mental Health*, 9 (6), 526-534.

- Tijhuis, M., De Jong-Gierveld, J., Feskens, E., & Kromhout, D. (1999). Changes in and factors related to loneliness in older men. The Zutphen elderly study. *Age and Ageing*, 28, 491-495.
- Tomaka, J., Thompson, S. & Palacios, R. (2006). The relation of social isolation, loneliness and social support to disease outcomes among the elderly. *Journal of Aging Health*, 18, 359-384.
- Tortosa, J. (2002). *Psicología del envejecimiento*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Tugade, M.M., Fredrickson, B.L., & Barrett, L.F. (2004). Psychological resilience and positive emotional granularity: Examining the benefits of positive emotions on coping and health. *Journal of Personality*, 72 (6), 1161-1190.
- Unützer, J. (2002). Diagnosis and treatment of older adults with depression in primary care. *Biological psychiatry*, 52, 285-292.
- Unutzer, J., Patrick, D., Simon, G., Grembowski, D., Walker, E., & Rutter, C. (1997). Depressive symptoms and the cost of health services in HMO patients aged 65 and older. *The Journal of the American Medical Association*, 277 (20), 1618-1623.
- Urbina, Flores, García, Torres (2007). Síntomas depresivos en personas mayores. Prevalencia y factores asociados. *Gac Sanit.*, 21 (1), 47-42.
- Van Baarsen, B. (2002). Theories on coping with loss: the impact of social support and self-esteem on adjustment to emotional and social loneliness following a partner's death in later life. *Journal of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 57, S33-42.
- van't Veer-Tazelaar, P., van Marwijk, H., Jansen, A., Rijmen, F., Kostense, P., van Open, P., van Hout, H., Stalman, W. & Beekman, A. (2008). Depression in old age (75+), the PIKO study. *Journal of affective disorders*, 106, 295-299.
- Vanitallie, T.B. (2005). Subsyndromal depression in the elderly: underdiagnosed and undertreated. *Metabolism*, 54(5 Suppl 1), 39-44.
- Verropoulou, G. & Tsimbos, C. (2007). Socio-demographic and health-related factors affecting depression of the Greek population in later life: an analysis using SHARE data. Springer: *European Journal of Ageing*, 4, 171-181.
- Versluis, C.E., van der Mast, R.C., van Buchem, M.A., Bollen, E.L., Blauw, G.J., Eekhof, J.A., van der Wee, N.J., & de Craen, A.J. (2006). Progression of cerebral white matter lesions is not associated with development of depressive symptoms in elderly subjects at risk of cardiovascular disease. The PROSPER study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 21, 375-381.
- Victor, C., Bowling, A., Bond, J. & Scambler, S. (2003). Loneliness, social isolation and living alone in later life. *ESRC GO Findings*, 17, 1-4.
- Victor, C., Grenade, L., Boldy, D. (2005). Measuring loneliness in later life: a comparison of different measures. *Reviews of Clinical Gerontology*, 15, 63-70.
- Victor, C., Scambler, S., Bond, J. & Bowling, A. (2000). Being alone in later life: loneliness, social isolation and living alone. *Reviews of Clinical Gerontology*, 10, 407-417.

- Victor, C., Scambler, S., Bowling, A., Bond, J., (2005). The prevalence of, and risk factors for, loneliness in later life: a survey of older people in Great Britain. *Ageing and Society*, 25, 357-375.
- Victor, C., Scambler, S., Shah, S., Cook, D., Harris, T., Rink, E., De Wilde, S. (2002). Has loneliness amongst older people increased? An investigation into variations between cohorts. *Ageing Society*, 22, 585-97.
- Wada, T., Ishine, M., Sakagami, T., Okumiya, K., Fujisawa, M., Murakami, S., Otsuka, K., Yano, S., Kita, t. & Matsubayashi, K. (2004). Depression in Japanese community-dwelling elderly - prevalence and association with ADL and QOL. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 39, 15-23.
- Waern, M., Rubenowitz, E. & Wilhelmson, K. (2003). Predictors of suicide in the old elderly. *Gerontology*, 49, 328-334.
- Walker, A. (1996). Actitudes europeas ante el envejecimiento y las personas mayores. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 73, 17-43.
- Walter-Ginzburg, A., Shmotkin, D., Blumstein, T. & Shorek, A. (2005) A gender-based multidimensional longitudinal analysis of resilience and mortality in the old-old in Israel: the cross- sectional and longitudinal study CALAS. *Society Science Medicine*, 60, 1705-1715
- Weeks, D. (1994). A review of loneliness concepts, with particular reference to old age. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 9, 345-355.
- Weissman, M.M., Klerman, G.L. (1977). Sex differences and the epidemiology of depression. *Archives of General Psychiatry*, 34, 99-111.
- Wenger, G. & Davies, R., (1996). Shahtahmasebi S, Scott A. Social isolation and loneliness in old age: review and model. *Ageing Soc*, 16, 333-343.
- Wenger, G., Burholt, V. (2004). Changes in levels of social isolation and loneliness among older people in a rural area: a twenty year longitudinal study. *Canadian Journal of Aging*, 23, 115-127.
- Wilhelm, K., Roy, K., Mitchell, P., Brownhill, S., & Parker, G. (2002). Gender differences in depression risk and coping factors in a clinical sample. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106 (1), 45-53.
- Williams, L.J., Jacka, F., Pasco, J., Dodd, S., & Berk, M. (2006). Depression and pain: an overview. *Acta Neuropsychiatrica*, 18 (2), 79-87.
- Zarit, S., Femia, E., Gatz, M., & Johansson, B. (1999). Prevalence, incidence and correlates of depression in the oldest old : the OCTO study. *Aging & Mental Health*, 3 (2), 119-128.
- Zimmerman, G. I. (2000). *Velhice: Aspectos Biopsicossociais*. Porto Alegre: Artmed.
- Zunzunegui, M., Béland, F., Llácer, A., & León, V. (1998). Gender differences in depressive symptoms among Spanish elderly. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33 (5), 195-205.

(Anexo I)

Revisão da Literatura

Capítulo 1 - Depressão

1.1 Perturbações Depressivas

A depressão é vista atualmente como um importante problema de saúde que pode surgir em qualquer faixa etária e, pode ocorrer isoladamente ou em associação com outras doenças, levando a sentimentos de tristeza e isolamento social (Martins, 2008; Zimmerman, 2000). A depressão pode tornar-se numa doença mental grave e incapacitante, levando o indivíduo depressivo a manifestar mudanças cognitivas e comportamentais, como a apatia, desmotivação, perda de apetite, desinteresse pela vida, somatização, dores físicas, irritabilidades, dificuldades de concentração, problemas de sono, isolamento social e maior sensibilidade aos acontecimentos negativos da vida (Zimmerman, 2000). Na terceira idade, a depressão adota formas atípicas, sendo frequentemente de difícil diagnóstico e, por conseguinte, de difícil tratamento. Este facto corrobora os elevados índices de morbilidade e mortalidade nas idades mais avançadas (Martins, 2008).

1.2 Perturbações depressivas na velhice

O interesse pela depressão na velhice aumentou significativamente devido ao envelhecimento das populações e à crescente importância do aumento demográfico de pessoas idosas (Djernes, 2006).

Muitos estudos têm documentado a relação entre a idade e os sintomas de depressão (Ried & Planas, 2002; Suen & Morris, 2006) A depressão é uma doença incapacitante que tem um impacto pessoal (no próprio, na família, e amigos) e na vida social (trabalho e entretenimento) (Stotland & Stotland, 1999). Os sintomas depressivos que não se encontram no limiar do diagnóstico psiquiátrico podem até resultar numa diminuição da qualidade de vida e um aumento na morbilidade (Wada, Ishine, Sakagami, Okumiya, Fujisawa, Murakami, Otsuka, Yano, Kita & Matsubayashi, 2004).

Dos sintomas emocionais mais frequentes, os depressivos são os que mais atingem a população e, segundo estudos com populações clínicas, a depressão e a demência são os transtornos psiquiátricos de maior incidência na terceira idade (Neri, Yassuda & Cachioni, 2004; OMS, 2002). A depressão nas pessoas idosas (indivíduos com idade igual ou superior a 65 anos) é um problema de saúde pública, não só pela sua prevalência, mas também pela sua importância como causa de morbilidade clínica (início de incapacidade física, cognitiva e social), de mortalidade, suicídio e aumento da utilização de cuidados de saúde e, principalmente em idosos hospitalizados, caso não seja tratada (OMS, 2002; Chapman & Perry, 2008; Kohn, Amber, Gum e King-Kallimanis, 2009; Kurlowicz, 1999; Lyness, Niculescu, Tu, Reynolds & Caine, 2006; Stella, Gobbi, Corazza & Costa, 2002). Diversos estudos têm vindo a referir que, no âmbito institucional, é evidente a elevada incidência de patologias, do

foro físico e mental, nomeadamente o aumento da sintomatologia depressiva com a idade (Baldwin & Wild, 2004; Schoevers, Beekman, Deeg, Geerlings, Jonker, Van Tilburg, 2000), muito embora, a associação ainda não seja clara, uma vez que, devido à idade os idosos tendem a sofrer mais de doenças e acontecimentos de vida adversos, como o luto (Verropoulou & Tsimbos, 2007). Quando de início tardio, frequentemente associa-se a doenças clínicas gerais e a anormalidades estruturais e funcionais do cérebro (Stella, Gobbi, Corazza & Costa, 2002). De acordo com a Organização Mundial de Saúde, a depressão constitui uma das principais causas de incapacidade, prevendo-se que até ao ano 2020 atinja o segundo lugar do ranking de maior prevalência na população geral, logo a seguir às doenças cardiovasculares (McKendree-Smith, Floyd & Scogin, 2003).

1.3 Incidência da Depressão na velhice

A prevalência da depressão na terceira idade tem sido amplamente investigada pois, permite conhecer a probabilidade ou risco de um indivíduo sofrer de depressão, compreender o quanto a doença é comum numa população e é útil na elaboração e planificação de políticas e programas de saúde, organizando os recursos existentes (OMS, 2002).

Apesar da depressão geriátrica ser uma das condições mais prevalentes na terceira idade, vários estudos internacionais têm sido realizados para determinar a sua prevalência atual e os seus determinantes (e.g., características sociodemográficas). No entanto, esses estudos diferem significativamente e são difíceis de comparar, apresentando resultados que variam entre 6,4% e 34,0%, de acordo com a metodologia e classificação usada e também com a população em estudo (Copeland, Beekman, Braam, Dewey, Delespaul, Fuhrer, et al., 2004; D'Ath, Katona, Mullan, Evans & Katona, 1994; Ambo, Meguro, Ishizaki, Shimada, Yamaguchi, Sekita & Yamadori, 2001). Por exemplo, Gräsbäck (1996) indica que de um modo geral, a depressão tem uma prevalência geral de 5-8% sendo que, a incidência cumulativa da depressão em pessoas com idade até 70 anos é de 26,9% para homens e 45,2% para as mulheres. Gottfries (2001) também salienta a grande variação nas estimativas da prevalência da depressão na terceira idade (de 1,6% a 26,9%). A prevalência de transtornos depressivos (com sintomas clinicamente significativos e que necessitam de intervenção) entre pessoas com 65 ou mais anos é de aproximadamente 15%. Destes destaca-se o estudo EURODEP, de 2004, que analisou dados de quinze países europeus, no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários (CSP), e determinou uma prevalência média de 12,3% (Copeland, Beekman, Braam, Dewey, Delespaul, fuhrer, et al., 2004). Num outro estudo a prevalência foi de 31,1%, sendo que se fosse considerada apenas a amostra de idosos com mais de 80 anos a prevalência de sintomas depressivos seria de 35% (van't Veer-Tazelaar, van Marwijk, Jansen, Rijmen, Kostense, van Open, van Hout, Stalman, & Beekman, 2008). Steffens, Skoog, Norton e colaboradores (2000) ao estudarem uma amostra da comunidade, com mais de 65 anos, verificaram uma incidência estimada de depressão *major* de 4,4% em mulheres e de 2,7% em homens. Resultados semelhantes foram encontrados no estudo de Kohn, Amber, Gum e King-Kallimanis (2009) cuja prevalência de depressão *major* nos idosos se situa entre 6,1% para as

mulheres e 3,1% para homens. Urbina, Flores, García, Torres e Torrubias (2007) apontaram, no seu estudo, para uma prevalência de sintomas depressivos de 19,7% e a de diagnóstico de depressão clínica foi de 5%. Licht-Strunk e colaboradores (2005) investigaram a incidência da depressão em indivíduos com mais de 55 anos de idade e os resultados do estudo indicaram uma incidência de 13,7% de depressão *major* e de 10,2% de depressão *minor*. Os dados obtidos sugeriram ainda que os pacientes com sintomatologia depressiva tendiam a ser os mais idosos, as mulheres e os indivíduos que viviam em contexto urbano.

Uma das questões não consensuais entre autores no âmbito da incidência da depressão na velhice é saber se este tipo de sintomatologia é ou não mais frequente na velhice do que noutras fases do ciclo vital. Alguns investigadores afirmam que os altos níveis de sintomatologia depressiva aumenta com a idade e é comum entre os idosos nas sociedades ocidentais (Gottfries, 2001). Esta hipótese é reforçada por estudos que avaliaram a sintomatologia depressiva na comunidade, tendo-se constatado altas taxas em sujeitos com idade superior a 50 anos, sendo que as taxas mais elevadas são observadas nos sujeitos muito velhos, com mais de 80 anos (Kohn, Amber, Gum & King-Kallimanis, 2009). No entanto, nem todos os estudos têm encontrado um aumento da sintomatologia depressiva com a idade. Um estudo sueco acompanhou uma amostra de 392 indivíduos com idades compreendidas entre os 70-85 anos e verificou-se que a taxa de incidência segundo os critérios do DSM-IV para depressão major, foi de 12/1000 em homens e 30/1000 em mulheres. Outro estudo sueco seguiu 865 indivíduos entre os 78 e 102 anos, ao longo de três anos. A incidência de depressão foi de 1,4% por pessoa, por ano; sendo 0,8% por pessoa por ano para homens e 1,5% por pessoa por ano para as mulheres (Kohn, Amber, Gum, & King-Kallimanis 2009). Segundo Blazer (2003) os sintomas depressivos diminuem em frequência com a idade embora, segundo o autor, a doença física e o luto possam ser causas da depressão. A evidência indica que a depressão torna-se menos comum e menos grave com a idade, contudo deve-se ter em consideração que os sintomas depressivos com baixa gravidade, que também podem ser consequenciais e tratáveis, não devem ser menosprezados (Judd, Schettler & Akiskal, 2002). Além disso, menor prevalência de sintomatologia depressiva no idoso pode refletir mecanismos de coping e de adaptação mais eficazes, diferenças na avaliação da depressão, ou o facto de o envelhecimento funcionar como um estado protetor (Gottfries, 2001).

Embora a prevalência da depressão na terceira idade difira pela definição e metodologia utilizada nas avaliações, é relatado que a prevalência da depressão geriátrica entre os residentes de lares de idosos é maior (as taxas de prevalência da depressão são de três a cinco vezes maiores) do que entre os idosos que vivem em comunidade (Brown, Lapane, & Luisi, 2002; Huang & Carpenter, 2011). Cerca de 10-15% de idosos a viver em comunidade são afetados e a proporção aumenta para mais de 20% em idosos que se encontram institucionalizados (Anderson, Buckwalter, Buchanan, Maas & Imhof, 2003; Kurlowicz, 1999; Soldato, Liperoti, Landi, Carpenter, Bernabei & Onder, 2008). Segundo Kaplan e colaboradores (2003), a prevalência desta patologia, na população em geral, é de cerca de

15%, reduzindo para 14% em idosos que estabelecem laços sociais favoráveis, aumentando, novamente, a incidência da depressão para 30%, nos indivíduos que residem em instituições.

2 Fatores relacionados com a depressão em idosos

A depressão na terceira idade é um fenómeno bastante complexo e que não pode ser atribuído apenas a uma causa mas antes a um conjunto dinâmico e interativo de fatores (Bowling & Farquhar, 1996). Alguns investigadores têm sugerido que, em comparação com outros grupos etários, os idosos são mais vulneráveis à depressão por estarem mais propensos à exposição dos fatores de risco que a desencadeiam. No entanto, outros sugerem que eles podem ter estratégias de coping mais eficazes devido à experiência de vida que possuem, as quais podem contrariar situações adversas que possam conduzir à depressão (Gottfries, 2001).

Para avançar no desenvolvimento do tratamento ou prevenção, é importante identificar o início e as condições específicas em que surge um quadro depressivo (Stella, Gobbi, Corazza & Costa, 2002) e explorar os fatores de risco para os sintomas depressivos na vida adulta. O conhecimento dos fatores de risco também pode ajudar a identificar grupos de alto risco para o diagnóstico de depressão nos idosos (Evans, & Mottram, 2000; Licht-Strunk, Kooij, Schaik, Marwijk, Hout, Haan, et al., 2005). Existem diversos estudos que têm identificado um conjunto de fatores de risco para a depressão geriátrica, sendo os mais referidos a existência de doenças crónicas, doença ou deficiência, baixa capacidade funcional, declínio cognitivo, auto-avaliação da saúde como pobre, a solidão, viuvez, o luto recente, falta de apoio social, acontecimentos negativos recentes, género, idade, estado civil, escolaridade e dificuldades económicas (Bowling & Farquhar, 1996; Cole, Bellavance, Mansour, 1999; Fiske, Wetherell & Gatz, 2009; Heikkinen & Kauppinen, 2004; Osborn, Fletcher, Smeeth, Stirling, Bulpitt, Breeze, et al., 2003; Ried & Planas, 2002; Taragano & Allegri, 1996).

Idade

Diferentes estudos têm encontrado uma associação significativa entre os sintomas depressivos e o aumento da idade (Bergdahl et al., 2005; Kim, Shin, Yoon, & Stewart, 2002; van't Veer-Tazelaar, van Marwijk, Jansen, et al., 2008; Zarit, Femia, Gatz, & Johansson, 1999). Outros autores referem que uma associação entre a idade e a depressão tem-se mostrado inconsistente. Um estudo europeu concluiu que houve apenas uma modesta associação entre a idade e os sintomas depressivos após a idade de 65 anos (Prince et al., 1999, cit. in Osborn et al., 2003). Estudos anteriores descobriram que o efeito da idade sobre a depressão desaparece após outras variáveis sociodemográficas e de saúde terem sido controladas (Jones, Marcantonio, & Rabinowitz, 2003).

Género

O género tem sido referido por diferentes autores como um fator de risco para a depressão em todas as faixas etárias, incluindo as pessoas idosas (Osborn, 2003; van't Veer-

Tazelaar, van Marwijk, Jansen, et al., 2008; Versluis, van der Mast, van Buchem, Bollen, Eekhof, van der Wee & Craen, 2006). Tem-se verificado que as mulheres são mais propensas a sofrer desta perturbação do que os homens (Lin, Pao-Chen & Wang, Hsiu-Hung, 2011; Osborn, 2003; Taragano & Allegri, 1996; Stek, Gussekloo, Beekman, van Tilburg, Westendorp, 2004; Verropoulou & Tsimbos, 2007). Por exemplo, Liu (2009) verificou que 5,5% dos homens e 10,2% das mulheres com idade igual ou superior a 65 anos tinham sintomas depressivos. Noutro estudo, verificou-se que as mulheres separadas, divorciadas ou viúvas são diagnosticadas mais frequentemente como deprimidas do que os seus homólogos solteiros (Robbins, Bertakis, Helms, Callahan, Azari, & Leigh, 2001). De acordo com Mechakra-Tahiri, Zunzunegui, préville e Dubé (2010) na população com 65 ou mais anos, a prevalência da depressão (usando os critérios de diagnóstico DSM-IV) foi de 17,8% para as mulheres e 7,6% para os homens em Quebec. Um estudo de Ried e Planas (2002) com 2567 sujeitos com idade igual ou superior a 65 anos nos Estados Unidos reportou uma diferença de 5,8% nos sintomas depressivos entre mulheres (27,5%) e homens (21,7%). Todavia, vários estudos têm indicado a existência de padrões diferenciados de risco entre homens e mulheres (Gatz & Fiske, 2003). Partindo desse pressuposto, tem sido referido que essa diferença pode estar principalmente relacionada com o facto de as mulheres tenderem a relatar com maior frequência sintomas relacionados com o humor, enquanto os homens relatam com mais frequência sintomas relacionados com a motivação (Weissman & Kerman, 1977; Wilhelm, Roy, Mitchell, Brownhill, & Parker, 2002).

A preponderância nas mulheres, apesar de menos saliente, também parece ocorrer noutras formas de manifestações depressivas, como a distímia e depressão *major* (Angst, Gamma, Gastpar, Lépine, Mendlewicz, & Tylee, 2002). No entanto, esta constatação parece não estar ainda confirmada, uma vez que, existem diversas controvérsias entre diferentes estudos para a depressão *major*. Especificamente encontram-se na literatura informações que tais diferenças existem apenas entre a puberdade e a quinta década de vida (Noble, 2005, cit. in Justo & Calil, 2006) e outras que, contrariamente sustentam que a proporção de duas mulheres para um homem se mantém ao longo de toda a vida, com uma ligeira diminuição na velhice (Angst, Gamma, Gastpar, et al., 2002; Takkinen, Gold, Pedersen, Malmberg, Nilsson, e Rovine, 2004) e a Harvard Medical School Health (2003) refere que na terceira idade, o rácio chega a ser perto de 50-50.

Muitas teorias têm sido propostas, no entanto, ainda nenhuma conseguiu explicar completamente essa diferença de género (Katsumata, Arai, Ishida, Tomimori, Denda, & Tamashiro, 2005; Nolen-Hoeksema, 2001; Salokangasa, Vaahterab, Pacrievc, Sohlmand, & Lehtinen, 2002). As razões para essas taxas de diagnóstico mais elevadas são multifatoriais e sujeitas a discussão (Robbins, Bertakis, Helms, Callahan, Azari, & Leigh, 2001). Fatores biológicos, psicossociais e metodológicos podem contribuir para esse fenómeno (Szádóczy, Rihmer, Papp, Vitrai, & Füredi, 2007). Tendo em consideração essas afirmações, a depressão pode estar sub-diagnosticada de forma mais abrangente entre os homens (Courtenay, 2000).

Estado Civil

Estudos sobre a depressão geriátrica têm sugerido que o estado civil está relacionado com o estado depressivo (Osborn et al., 2003). O aparente efeito protetor desse estatuto é inconsistente com alguns estudos sobre a depressão (Jones, Marcantonio, & Rabinowitz, 2003; Katz, Parmelee, Kleban, & Lawton, 1991; Robbins, Bertakis, Helms, Callahan, Azari, & Leigh, 2001), onde os sintomas da depressão se associaram significativamente com os solteiros, separados, divorciados e viúvos, e com um mau funcionamento familiar, enquanto o ser casado, foi associado a uma menor prevalência de depressão e portanto funcionando como um fator protetor da depressão (Braam, et al., 2004; Papadopoulos, Petridou, Argyropoulou, et al., 2005).

Escolaridade

A baixa escolaridade tem sido correlacionada com a depressão entre a população idosa em diferentes investigações. É referido que o baixo nível de escolaridade implica que o idoso se encontre menos preparado para as mudanças que ocorrem no seu ambiente e tenha pobres mecanismos de defesa perante determinadas situações, ao que se associa a um pobre desenvolvimento social (Kim et al., 2002; Papadopoulos, Petridou, Argyropoulou, et al., 2005; Verropoulou, & Tsimbos, 2007).

Variáveis Psicossociais

Os riscos sociais como acontecimentos de vida e o apoio social ou instrumental inadequado podem figurar um papel muito importante na velhice, quando os indivíduos são confrontados com maiores perdas no contexto de poucos recursos (Leturia, Yanguas, Arriola & Uriarte, 2002; Fiske, Wetherell & Gatz, 2009).

O número de acontecimentos de vida adversos, que uma pessoa experiencia ao longo do ciclo de vida, tem sido associado com a depressão geriátrica e como um fator de risco significativo para o desenvolvimento e manutenção de sintomas depressivos (Leturia, Yanguas, Arriola & Uriarte, 2002; Nolen-Hoeksema & Ahrens, 2002; Osvath, Voros & Fekete, 2004; Taragano & Allegri, 1996). Os acontecimentos de vida adversos na terceira idade incluem alguns fatores como dificuldades financeiras, luto, doença física ou uma incapacidade em si próprio ou num familiar, mudança na situação de vida e os conflitos interpessoais (Butterworth, Gill, Rodgers, Anstey, Villamil, Melzer, 2006; Leturia, Yanguas, Arriola & Uriarte, 2002). A reforma não é associada com a depressão na maioria dos adultos mais velhos, embora os homens que se reformam cedo possam ter um risco elevado, por razões que ainda precisam ser exploradas (Butterworth, Gill, Rodgers, et al., 2006). Alguns estudos sugerem que o maior impacto ocorre dentro de seis meses após a ocorrência de um acontecimento de vida adverso, o que sugere que a maioria dos indivíduos é bastante resistente. No entanto, mesmo os acontecimentos passados contribuem para o risco (Fiske, Wetherell & Gatz, 2009). A relação recíproca entre os acontecimentos de vida adversos e os sintomas depressivos em adultos mais velhos também tem sido demonstrada (Fiske, Gatz,

Pedersen, 2003), consistente com a noção de que os indivíduos que estão deprimidos comportam-se de formas que aumentam a probabilidade de futuros acontecimentos *stressantes* (Fiske, Wetherell & Gatz, 2009).

O suporte social (tanto percebido como real) é outro fator psicossocial que pode contribuir para a disfunção cognitiva na depressão geriátrica. Baixos níveis de percepção de suporte social estão associados com a gravidade da depressão (Steffens et al., 2005). Défices no apoio social, aspetos negativos da rede social, e mesmo quantidades excessivas de apoio têm sido estudados como fatores de risco para a depressão na idade avançada, mas discernir se são causa ou efeitos da depressão pode ser problemático. Em particular, relacionamentos problemáticos, incluindo conflitos conjugais e a depressão no cônjuge, pode ser um fator para explicar a depressão no fim da vida (Nolen-Hoeksema & Ahrens, 2002). Assim, parece que a qualidade e não a quantidade, de apoio social é importante no desenvolvimento da depressão, e os efeitos dessas variáveis sociais podem variar de acordo com fatores associados tanto às pessoas e ao contexto (Fiske, Wetherell & Gatz, 2009).

Experienciar solidão pode indicar uma rede social insatisfatória (Beekman et al., 1995; Forsell & Winblad, 1999, cit. in Bergdahl et al., 2005) e também tem sido um dos fatores de risco para a depressão mais citados (Blazer, 2003; Prince, Harwood, Blizard, Thomas, & Mann, 1997; Tiikkainen & Heikkinen, 2005). Embora os adultos mais velhos sejam menos solitários do que os mais jovens ou de meia-idade, a solidão é associada com a depressão nessa faixa etária (Nolen-Hoeksema & Ahrens, 2002).

Saúde

Fatores de risco biológicos não genéticos para a depressão são particularmente importantes na velhice, em grande parte devido a alterações relacionadas com a idade que as tornam mais comuns em adultos mais velhos. Estes riscos biológicos incluem fatores endócrinos, inflamatórios ou imunológicos, cardiovasculares e os fatores neuroanatómicos que contribuem para o aumento da ansiedade, depressão, confusão e agitação, para além de poderem interagir com a eficácia do tratamento (Kennedy et al., 1989; Fiske, Wetherell & Gatz, 2009; Jones & Beck-Little, 2002; Ranga, Krishnan, Delong, Kraemer, Carney, Spiegel, Gordon, McDonald, Dew, Alexopoulos, Buckwalter, Cohen, Evans, Kaufmann, Olin, Otey & Waincott, 2002; Osborn et al., 2003). É importante ressaltar que fatores de risco biológicos podem interagir com fatores psicossociais, bem como a própria depressão. A depressão em pacientes medicamente doentes muitas vezes leva a maiores níveis de morbidade e incapacidade (Charlson & Peterson, 2002)

A depressão geriátrica pode ocorrer no contexto de uma doença médica, no entanto qualquer condição grave ou crónica pode produzir uma reação depressiva (Blazer, 2002; Bruce, 2002; Fiske, Wetherell & Gatz, 2009; Street, O'Connor, & Robinson, 2007), sobretudo aquelas que imprimem sofrimento prolongado, levando à dependência física e à perda de autonomia, e que induzem à hospitalização ou institucionalização (Stella, Gobbi, Corazza & Costa, 2002). Certos estudos têm também observado a alta taxa de co-morbilidade entre

perturbação depressiva e doença física (Chou & Chi, 2005; Zunzunegui, Béland, Llácer, & León, 1998). Esta relação é recíproca, uma vez que, as incapacidades ou doenças físicas podem reforçar os sintomas depressivos ao longo do tempo e vice-versa (Blazer, 2003; Braam, et al., 2004; Ormel, Rijdsdijk, Sullivan, van Sonderen, Kempen, 2002; Stella, Gobbi, Corazza & Costa, 2002). A depressão nos idosos constitui uma agravante para as doenças clínicas gerais pois, faz com que tratar a doença seja mais difícil, podendo complicar a recuperação e a reabilitação, possibilitando, de modo, o aumento da mortalidade (Alexopoulos & Kelly, 2009; Blazer, 2003; Fiske, Wetherell & Gatz, 2009; Stella, Gobbi, Corazza & Costa, 2002). Contrariamente a todas as conclusões tidas pelos autores supracitados, outras investigações têm mostrado que sofrer de má saúde física, não significa necessariamente tornar-se deprimido (Street, 2003).

3 Sintomatologia depressiva na velhice

3.1 A especificidade da depressão na velhice

A depressão em adultos mais velhos tem sido caracterizada como uma síndrome que envolve inúmeros aspectos clínicos, etiopatogénicos e de tratamento (Stella, Gobbi, Corazza & Costa, 2002) e portanto, pode apresentar alguns aspectos que diferem da depressão em adultos jovens, nomeadamente no que diz respeito aos sinais e sintomas e ainda relativamente aos tipos de depressão observada (Fiske, Wetherell & Gatz, 2009; Gottfries, 2001; Leturia, Yanguas, Arriola, & Uriarte, 2002). Para Zimmerman (2000) a diferença entre a depressão nas diversas faixas etárias está assente no facto de que o idoso pode não dispor do mesmo apoio e motivação para sair do quadro depressivo, pois a sintomatologia depressiva na velhice está quase sempre ligada a perdas, doenças, carências e questões sociais. Fiske, Wetherell & Gatz, (2009) referem que a distinção enfatiza diferenças na etiologia e prognóstico, bem como diferenças na experiência vivida de ter uma doença mental.

Além dos sintomas comuns, talvez sejam mais prevalentes na depressão geriátrica do que na depressão que surge em adultos jovens ou de meia-idade os sintomas hipocondríacos, sentimentos de inutilidade, sentimento de abandono, retraimento social/solidão, humor disfórico, tendência autodepreciativa, maior letargia, maiores implicações na autonomia, ideação paranóide e pensamento recorrente de suicídio (Stella, Gobbi, Corazza & Costa, 2002; Zimmerman, 2000) baixa autoestima, mais queixas somáticas, fadiga, retardo psicomotor, anedonia e perda de interesse, desesperança no futuro, irritabilidade, preocupações (Christensen, Jorm, Mackinnon, Korten, Jacomb, et al. 1999; Gatz, & Fiske, 2003; Nolen-Hoeksema, & Ahrens, 2002; Zimmerman, 2000), fraca concentração, queixas de memória, diminuição da velocidade de processamento cognitivo, bem como a disfunção executiva (Butters, Whyte, Nebes, Begley, Dew, et al. 2004; Stella, Gobbi, Corazza & Costa, 2002). A dor é uma das queixas mais comuns nos pacientes com depressão geriátrica, surgindo

tipicamente de forma exagerada e envolvendo múltiplos sistemas (gastrointestinal, neurológico, músculo-esquelético) (Buckley & Lachman, 2007). Uma variante que reflete as diferenças de idade relativamente à apresentação da depressão nos idosos, tem sido chamada de “depressão sem tristeza” ou “síndrome do esgotamento” (Gallo, Rabins, Lyketsos, Tien & Anthony, 1997).

Neste âmbito, deve salientar-se que os estudos sobre a depressão geriátrica, não relatam proporções de casos que são de início precoce e casos de início tardio, e a idade considerada “tardia” varia consideravelmente. No entanto, há um consenso de que idosos com depressão de início tardio têm apresentações e fatores de risco bastante distintos daqueles com depressão de início precoce, isto é, aqueles com depressão de início precoce são mais prováveis do que aqueles com depressão de início tardio de ter um histórico familiar de depressão, possivelmente indicando que a ocorrência da doença foi geneticamente influenciada. Aqueles com depressão de início precoce também podem ter uma maior prevalência de perturbações da personalidade ou níveis elevados de traços de personalidade, como o neuroticismo (Fiske, Wetherell & Gatz, 2009).

3.2 Tipos de depressão na velhice

Vários transtornos depressivos são descritos no Manual de Diagnóstico e Estatístico de transtornos mentais (DSM-IV-TR), incluindo transtorno depressivo *major*, transtorno distímico, transtorno bipolar e transtorno do humor devido a uma condição médica geral (APA, 2002; Fiske, Wetherell & Gatz, 2009).

Como referido anteriormente, os efeitos da idade, das alterações cerebrais e a presença de co-morbidades influenciam o tipo de expressão da depressão e o grau de resposta ao tratamento. Portanto, de seguida são apresentados vários subtipos de depressão que podem estar presentes na pessoa idosa.

Perturbação Depressiva Major

Segundo os autores Lyness, Heo & Datto (2006) cerca de 25% dos idosos com alteração funcional, desenvolvem *depressão major* num período de dois anos, podendo também desenvolver desenvolver ideação suicida. Alexopoulos (2005) salienta, ainda, que em pacientes muito idosos poderá surgir dempressão minor num período de três anos antes do surgimento de depressão major

Para o diagnóstico de depressão *major* ser feito, segundo o DSM-IV e o ICD-10, é necessária a presença de humor depressivo e perda de interesse/prazer em quase todas as atividades. A depressão *major* no idoso encontra-se geralmente associada a alterações cognitivas (desorientação, perdas de memória e distratibilidade) e corporais (APA, 2002). Estas últimas incluem, hipercortisolemia, aumento da gordura abdominal, diminuição da densidade mineral óssea, aumento do risco de diabetes mellitus tipo 2 e hipertensão arterial.

Idosos sem demência e com depressão *major*, frequentemente evidenciam dificuldade de concentração, de processamento mental e da execução de funções. Estes défices apresentam

alguma melhoria após a remissão da depressão mas geralmente, não melhoram totalmente (Alexopoulos, 2005).

Cinco dos seguintes sintomas devem estar presentes diariamente, ou na maior parte do dia ou, por pelo menos, em duas semanas: presença de humor depressivo ou perda de interesse/prazer em quase todas as atividades; mudança de apetite/peso inferior a 5% da massa corporal; insônia ou hipersônia; agitação ou retardamento psicomotor; fadiga ou perda de energia; sentimentos de inutilidade e culpa; dificuldade de concentração e pensamentos recorrentes de morte ou ideação suicida (Alexopoulos, 2005).

Segundo o DSM-IV-TR (APA, 2002), a perturbação depressiva major, é descrita como um período de pelo menos duas semanas durante o qual existe humor depressivo ou perda de interesse em quase todas as atividades. Deve ainda estar presente pelo menos um sintoma adicional de uma lista que inclui: alterações no apetite, peso ou sono, e atividade psicomotora, diminuição da energia, sentimentos de desvalorização pessoal ou culpa, dificuldades em pensar, concentrar-se ou tomar decisões e pensamentos recorrentes a propósito da morte ou ideação, planos e tentativas suicidas (Alexopoulos, 2005).

Depressão Minor

Em pacientes muito idosos poderá surgir depressão minor num período de três anos antes do surgimento de depressão major. Para o diagnóstico da depressão minor devem estar presentes pelo menos dois a quatro sintomas, mas menos que cinco dos sintomas de depressão major, por pelo menos duas semanas. Esta síndrome conduz ao sofrimento ou dano funcional e não deve corresponder ao efeito direto do uso de uma substância, condição médica ou luto. Este diagnóstico só poderá ser feito em pacientes sem história familiar de depressão major, distímia ou distúrbios psicóticos e bipolares (Alexopoulos, 2005).

Distímia

Os pacientes idosos devem cumprir os mesmos critérios, definidos pelo DSM-IV, para os pacientes mais jovens. A distímia é uma síndrome depressiva de severidade leve e moderada que se define como tendo duração mínima por um período de dois anos (APA, 2002). Que não seja acompanhado por mais de dois sintomas presentes na depressão major. Um episódio de depressão major não poderá estar presente durante os primeiros dois anos da perturbação, para ser considerada distímia (Alexopoulos, 2005).

Depressão psicótica

Trata-se de um dos tipos mais graves de depressão e que ocorre mais frequentemente em idosos. A depressão psicótica apresenta frequentes recaídas, podendo estar presentes delírios somáticos, paranóides e persecutórios. As alucinações são raras e tendem a ser transitórias. Os pacientes afetados apresentam, geralmente, um quadro de início subagudo, história médica e familiar prévia de depressão e disfunção da memória (Gournellis, et al., 2006).

Alguns pacientes com depressão psicótica têm alterações cognitivas importantes que contribuem para o desenvolvimento de alterações do humor, uma condição a que se deu o nome de pseudodemência. Este termo foi substituído por síndrome demencial da depressão uma vez que os défices cognitivos eram reais. Estes pacientes apresentam um risco mais elevado de conversão irreversível para uma síndrome demencial, como no caso da doença de Alzheimer (Alexopoulos, 2005).

Depressão vascular

A sintomatologia depressiva típica apresentada pelos idosos corrobora a hipótese da existência de um tipo de depressão diferente das outras faixas etárias. Pela frequência da comorbidade com sintomas somáticos ou hipocondríacos frequentes, com menores antecedentes familiares de depressão e pior resposta aos tratamentos. Ao nível biológico, no decorrer do processo de envelhecimento, pronuncia-se uma crescente probabilidade de aparecimento de fenómenos degenerativos ou doenças físicas, capazes de produzir sintomas característicos da depressão, podendo ser confundidos com diferentes tipos de depressão, tais como depressão reativa, depressão secundária, depressão endógena e depressão demencial (Alexopoulos, 2005).

Na última década verificou-se que a doença cerebrovascular pode predispor, precipitar e perpetuar algumas síndromes depressivas nas pessoas idosas. Esta afirmação baseia-se na comorbidade dos síndromes depressivos com as lesões cerebrovasculares e com os fatores de risco cardiovasculares (Kelly & Alexopoulos, 2009; Street, O'Connor, & Robinson, 2007). Idosos com depressão vascular apresentam maior défice cognitivo, que idosos depressivos sem estigmas vasculares. Nestes pacientes, a fluência verbal e a nomeação de objetos são as funções cognitivas mais atingidas. Fármacos utilizados na prevenção da doença cerebrovascular podem reduzir o risco de depressão vascular. Assim sendo, o uso de antidepressivos que promovam a recuperação isquémica (dopamina ou noradrenalina) podem ser favoráveis na depressão vascular (Alexopoulos, 2005). Saliente-se, no entanto que, o diagnóstico da depressão vascular não deve ser confundido com a doença cerebrovascular (Kelly & Alexopoulos, 2009).

3.3 Diagnóstico de depressão na velhice

A depressão no idoso define-se como a existência de síndrome depressivo, segundo a American Psychiatric Association's Diagnostic and Statistical Manual (DSM-IV), e na International Classification of Diseases (ICD-10), em indivíduos com mais d 65 anos de idade.

A avaliação tida no contexto da saúde mental foca-se particularmente nos estados subjetivos do funcionamento, a partir de auto-relatos ou de questionários estandardizados de observação comportamental, o que conduz a um risco considerável de viés na obtenção de resultados (Thompson & Foth, 2005). A avaliação da depressão em pessoas idosas deve ter em consideração as especificidades que a diferenciam de outros grupos, podendo assim conduzir ao subdiagnóstico (Blazer, 2002; Francois, Moutel, Plu, Pfitzenmeyer, & Hervé, 2006). Diante

do questionamento direto sobre o estado de ânimo, o idoso deprimido pode responder com preocupações sobre a sua saúde, o relacionamento com familiares, o isolamento domiciliário ou dificuldades económicas, não apresentando queixas diretas sobre o humor deprimido ou tristeza (Blazer, 2002; Francois, Moutel, Plu, et al., 2006; Gatz, & Fiske, 2003; Nolen-Hoeksema, & Ahrens, 2002). Pelo exposto, na avaliação do idoso é fundamental ter-se em consideração as queixas de memória do indivíduo, o seu estado de saúde, o nível de funcionamento cognitivo e as mudanças recentes no comportamento (Leturia, Yanguas, Arriola & Uriarte, 2002). Note-se ainda que, no trabalho terapêutico desenvolvido com os idosos, a complexidade subjacente à avaliação em psicoterapia é acrescida por problemas de iliteracia e por idiossincrasias verificadas nas características do funcionamento, como o declínio do processamento sensorial, nomeadamente auditivo (Bryan, Axelrod, Maxim, Bell, & Jordan, 2002) ou a presença de co-morbilidade física ou funcional (Ebmeier, Donaghey, & Steele, 2006).

O diagnóstico de depressão geriátrica deve considerar vários aspetos, tais como, a presença de doenças médicas concomitantes e efeitos laterais da medicação, a possibilidade de existirem dificuldades de comunicação, assim como a presença de maior número de queixas somáticas e nihilismo terapêutico (Buckley & Lachman, 2007; Vanltallie, 2005). Neste sentido, o diagnóstico da depressão deve passar por várias etapas: anamnese detalhada com o paciente e com familiares ou cuidadores (e.g., história do consumo de droga ilícitas, álcool, suplementos vitamínicos ou uso de produtos naturais), exame psiquiátrico minucioso, exame clínico geral, avaliação neurológica, identificação de efeitos adversos de medicamentos, exames laboratoriais e de neuroimagem, permitindo excluir causas fisiológicas e farmacológicas dos sintomas depressivos (Stella, Gobbi, Corazza & Costa, 2002). Não poderá ser esquecida também a história social do paciente uma vez que poderá ser vital para o diagnóstico (Buckley & Lachman, 2007), pois a existência de perdas pessoais (e.g., cônjuge, amigos, animais de estimação) podem precipitar um episódio depressivo (Zimmerman, 2000). Estes são procedimentos essenciais para o diagnóstico da depressão, intervenção psicofarmacológica e prognóstico, especialmente em função da maior prevalência de co-morbidades e do maior risco de morte (Stella, Gobbi, Corazza & Costa, 2002). No entanto, devido à complexidade e dificuldade de aplicação das diferentes classificações existentes da depressão, tornou-se necessário utilizar outro tipo de instrumentos, como as escalas psicométricas, para rastrear doentes deprimidos (Leturia, Yanguas, Arriola, & Uriarte, 2002).

A utilização de instrumentos de *screening* aumenta a confiança ao fazer o diagnóstico de depressão. Dado que os sintomas depressivos que ocorrem nos idosos são consideravelmente diferentes daqueles verificados em classes mais jovens, utiliza-se a escala de depressão geriátrica (GDS) que é o melhor instrumento traduzido e validado internacionalmente para o uso nesta população (Leturia, Yanguas, Arriola, & Uriarte, 2002; Vanltallie, 2005). Opta-se por utiliza-la por ser a única escala de avaliação do humor desenhada para a faixa etária em estudo (D'Ath, Katona, Mullan, Evans & Katona, 1994). Outras escalas utilizadas são a Escala de Depressão de Hamilton (HAM-D), a Escala de Depressão de Zung, o Inventário de Depressão

de Beck e a Escala de Cornell para a Depressão na Demência (CSDD). Salienta-se, ainda, que estes instrumentos não são de diagnóstico, apenas sugerem a presença ou ausência de indicadores de sintomatologia depressiva (Leturia, Yanguas, Arriola, & Uriarte, 2002; VanItallie, 2005).

Os sintomas depressivos são normalmente sub-detetados e sub-tratados nas pessoas idosas (Lin & Wang, 2011) e, a experiência clínica sugere que os médicos que observam atentamente os sintomas da depressão, em vez de se focarem apenas nas alterações de humor relatadas pelos pacientes, têm maiores taxas de sucesso no reconhecimento da doença e na implementação do tratamento adequado (Gottfries, 2001).

3.4 Diagnóstico diferencial

A síndrome depressiva no idoso é uma complexa manifestação onde se entrelaçam uma prováveis sintomas de outras doenças simultâneas e sintomas próprios da velhice. A semiologia depressiva que apresenta uma longa duração pode dever-se a diversas causas: somáticas (interações medicamentosas, doenças sistêmicas, endócrinas, neurológicas), reativas (viuvez, saudade, partida dos filhos, doenças invalidantes, reformas indesejadas, acusações inadequadas, etc.), ou a uma doença depressiva primária tardia (Taragano & Allegri, 1996). Consequentemente, a manifestação da depressão nos idosos pode apresentar uma semiologia relacionada com a personalidade ou concomitante com queixas físicas associadas a doenças clínicas gerais, sobretudo aquelas que desencadeiam um sofrimento prolongado, causando dependência física, e perda de autonomia, podendo levar o idoso a ser hospitalizado ou institucionalizado (Alexopoulos & Kelly, 2009; Stella, Gobbi, Corazza & Costa, 2002). Deste modo, nos pacientes idosos o diagnóstico de depressão pode ser difícil de estabelecer, devido ao amplo espectro semiológico que apresenta e em especial a que muitos sintomas são inespecíficos (Taragano & Allegri, 1996).

Apesar de a depressão assumir uma elevada prevalência entre as doenças clínicas gerais, esta não tem sido adequadamente diagnosticada e tratada (Stella, Gobbi, Corazza & Costa, 2002; Taragano & Allegri, 1996). Os sintomas indicadores de depressão são, frequentemente, confundidos, com a presença de sintomatologia depressiva ou com alterações do estado de ânimo (Leturia, Yanguas, Arriola, & Uriarte, 2002) e muitos profissionais, e inclusive os próprios pacientes, consideram que a depressão é uma consequência normal de alguma doença física, problema social ou económico, ou como uma consequência que habitualmente padece o idoso, sendo pouco valorizados (Stella, Gobbi, Corazza & Costa, 2002; Taragano & Allegri, 1996). Portanto, no diagnóstico de depressão geriátrica é importante ter em conta vários aspetos como a presença concomitante de doenças clínicas, os efeitos laterais da medicação, as dificuldades de comunicação, assim como a presença de um maior número de queixas somáticas e niilismo terapêutico (Buckley & Lachman, 2007; VanItallie, 2005). Para Leturia, Yanguas, Arriola e Uriarte (2002) é também fulcral ter-se em consideração o diagnóstico diferencial entre a depressão e a demência, uma vez que pode-se estar perante

diagnósticos incorretos da depressão como demência. Os autores salientam ainda que possíveis perturbações nas funções cognitivas na pessoa idosa podem dificultar o estabelecimento de um diagnóstico adequado.

A diversidade e a baixa especificidade dos sintomas no paciente depressivo idoso obrigam a uma gestão cautelosa dos critérios clínicos para o diagnóstico, pois os quadros depressivos poucas vezes concordam com os critérios clínicos propostos, já que estes foram delineados desde o seu início tomando como referência o paciente depressivo adulto (Taragano & Allegri, 1996). Pelo que, muitas vezes, é difícil enquadrar o diagnóstico de depressão em idosos com os critérios definidos pelos sistemas de classificação internacional. Assim, há uma necessidade de um diagnóstico especial para os idosos que é evidente a partir do uso de termos como depressão significativa, depressão sub-sindrômica, melancolia da velhice, depressão na velhice com hipocondria, depressão orgânica e síndrome de depressão-ansiedade (Gottfries, 2001).

Sintetizando, as barreiras ao adequado diagnóstico e tratamento de sintomas depressivos incluem, (1) a atribuição dos sintomas ao “normal” envelhecimento ou à doença física, mascarando os efeitos de problemas de saúde coexistentes, (b) prescrição de medicamentos, a automedicação e uso de álcool, (c) a pobreza e o baixo nível socioeconómico (que restringem o acesso aos cuidados de saúde), (d) o luto, isolamento social e a falta de apoio familiar, (e) diagnóstico incorreto da depressão como demência, a hipocondria, somatização, limitações de tempo e o estigma associados à doença mental (Boswell & Stoudemire, 1996; Hirschfeld, Keller, Panico, et al., 1997).

3.5 Implicações da depressão na velhice

O possível impacto do envelhecimento sobre o bem-estar e padrões de vida da população idosa é um aviso para a tomada de decisão social (Palacios, 2002). Por causa das suas consequências devastadoras a depressão geriátrica é um importante problema de saúde pública.

O impacto da sintomatologia depressiva na pessoa idosa é progressivamente maior e pode afetar comportamentos importantes com a saúde tais como a adesão e eficácia dos tratamentos médicos (Ciechanowski, Katon, Russo, 2000; Saz & Dewey, 2001; Williams, Jacka, Paco, Dodd & Berk, 2006), o aumento dos custos com os cuidados de saúde (Unützer, 2002; Unutzer, Patrick, Simon, Grembowski, Walker, & Rutter, 1997), o aumento da procura de cuidados de saúde (Beekman, Penninx, Deeg, De Beurs, Geerlings, & Van Tilburg, 2002; Beurs, Beekman, Van Balkom, Deeg, Dyck, & Tilburg, 1999; Strain, Philip, & Blandford, 2006; Newhouse, Krishnan, Doraiswamy, Richter, Batzar, & Clary, 2000; Unützer, 2002), os estudos de laboratório, e o prolongamento do período de internamento hospitalar devido à incapacidade de realização dos cuidados básicos de higiene e alimentação, acelerando determinados quadros de doenças crónicas (Newhouse, Krishnan, Doraiswamy, et al., 2000; Ranga, Krishnan, DeLong, et al., 2002; Shah, Phongsathorn, George, Bielawska, & Katona, 1994). A presença de sintomatologia depressiva é também um preditor significativo de

readmissão hospitalar, até 6 meses após a saída do internamento (Mast, Azar, MacNeill, & Lichetenberg, 2004). Da mesma forma, a presença de sintomas depressivos, como a perda de interesse, interfere com a recuperação das pessoas idosas (Tugade, Fredrickson, & Barrett, 2004), nomeadamente no que diz respeito à recuperação de estados de doença aguda ou crónica (Papadopoulos, Petridou, Argyropoulou, et al., 2005).

Por outro lado, tem-se verificado, igualmente a existência de uma relação entre a sintomatologia depressiva e o comprometimento das funções cognitivas em idosos, com ou sem demência, tendo um impacto consequente em fatores como a manutenção da independência e a qualidade de vida (Chi & Chou, 2000; Zimmer, 2000; Stella, Gobbi, Corazza & Costa, 2002). Portanto, a depressão geriátrica pode ser vista como um fator de risco para o surgimento de múltiplas complicações na saúde física, independência funcional, e mortalidade (Chi & Chou, 2000; Mehta, Yaffe, Langa, Sands, Whooley, et al., 2003). Diversos estudos indicam que as pessoas com maior nível de sintomatologia depressiva apresentam maior probabilidade de declínio no funcionamento cognitivo, quando comparados com indivíduos com menores níveis de sintomatologia (Chi & Chou, 2000). O surgimento da sintomatologia depressiva condiciona o funcionamento cognitivo da pessoa idosa, que começa a manifestar dificuldades nos processos progressivamente mais complexos, interferindo depois com a sua capacidade de tomada de decisão, autonomia e funcionamento diário (Bisschop, Kriegsman, Derg, Beekman & Tilburg, 2004; Gallo, Rebok, Tennstedt, Wadley, Horgas & Active Study Investigators, 2003).

Em jeito de conclusão, o surgimento e manutenção da sintomatologia depressiva, mesmo em níveis subclínicos, condicionam de modo considerável o quotidiano das pessoas idosas, sendo responsável pelo comprometimento da autonomia (fator essencial para a manutenção da satisfação com a vida em idosos) (Aberg, Sidenvall, Hepworth, O'Reilly & Lithell, 2005; Jones & Beck-Little, 2002), por um grande sofrimento individual, diminuição do funcionamento físico, cognitivo e social, e perdas na saúde relacionada com a qualidade de vida (Aberg, Sidenvall, Hepworth, O'Reilly & Lithell, 2005; Blazer, 2003; Shim & Yang, 2006; Unützer et al., 2000; Williams, Jacka, Pasço, Dodd, & Berk, 2006; Zimmer, 2000), está associada a um maior risco de morbilidade, aumento do risco de suicídio, isolamento social, maior autonegligência, e diminuição de qualidade de vida e da auto-estima, que por sua vez são associados com o aumento da mortalidade por doenças médicas (Alexopoulos, 2005; Blazer, 2003; Bós, Bós, Sávio & Cassol, 2008; Conwell, Duberstein, Cox, Hermann, Forbes, Caine, 1996; Gottfries, 2001; Penninx, Beekman, Honig, Deeg, Schoevers, van Eijk, et al., 2001; Stella, Gobbi, Corazza & Costa, 2002; Zimmerman, 2000). Pelo exposto, torna-se indispensável a recolha de informações estatísticas para melhorar a nossa compreensão das inter-relações causais entre variáveis demográficas, socioeconómicas e fatores relacionados com a saúde que, afetam a qualidade de vida dos idosos (Verropoulou & Tsimbos, 2007).

Capítulo 2 - Estratégias de intervenção psicológica na depressão na velhice

O tratamento da depressão no idoso tem como finalidade reduzir o sofrimento psíquico, diminuir o risco de suicídio, melhorar o estado geral do paciente e garantir uma melhor qualidade de vida (Stella, Gobbi, Corazza & Costa, 2002).

Quando os sintomas da depressão colocam em risco a condição clínica do paciente e quando o sofrimento psíquico é significativo, faz-se necessária a intervenção farmacológica (Stella, Gobbi, Corazza & Costa, 2002) através de medicação antidepressiva (Hollon, Jarrett, Nierenberg, Thase, Trivedi & Rush, 2005; Taylor & Doraiswamy, 2004; Unützer, 2002). Todavia, o uso de medicação nesta faixa etária acarreta muitas vezes, efeitos secundários, e os mais comuns incluem desidratação, perda de peso, obstipação, visão turva e boca seca, arritmias cardíacas, quedas e sobredose (Baldwin, & Wild, 2004). Embora os fatores biológicos possam ser importantes no desenvolvimento de transtornos depressivos em idosos, isto não exclui um tratamento psicoterapêutico (Gottfries, 2001). A psicoterapia também é utilizada na prática clínica, contudo não é alvo de tantos estudos quanto a farmacoterapia (Hollon, Jarrett, Nierenberg, et al., 2005). O tratamento da depressão no idoso pode ser feito com base na psicoterapia e ou farmacoterapias pois, alguns medicamentos são inicialmente mais eficazes do que a psicoterapia contudo, certos tipos de psicoterapia são mais abrangentes e têm efeitos mais duradouros do que a farmacoterapia (Gottfries, 2001; Hollon, Jarrett, Nierenberg, et al., 2005). A depressão é tratável em 65%-75% dos pacientes idosos, no entanto, apenas 10% a 40% dos pacientes idosos deprimidos são medicados para depressão. Uma gestão eficaz exige uma abordagem biopsicossocial, combinando psicoterapia e farmacoterapia (Are´an, Gum, McCulloch, Bostrom, Gallagher-Thompson & Thompson, 2005; Charney, Miller, Licinio, & Salomon, 1988; Newhouse, Krishnan, Doraiswamy, Richter, Bazar, & Clary, 2000; Teri, McKenzie & LaFazia, 2005).

Em resumo, a evidência mostra claramente que há múltiplas alternativas terapêuticas, incluindo abordagens somáticas e psicoterapêuticas, cada uma com eficácia demonstrável no tratamento da depressão na idade avançada (Judd, Schettler & Akiskal, 2002). A terapia combinada tem as vantagens específicas de cada terapia isolada e também pode aumentar a aceitabilidade do tratamento relativo a cada modalidade, isto é a medicação pode tornar o paciente mais reativo à psicoterapia e esta pode fazer com que os doentes tolerem melhor a medicação, bem como os seus possíveis efeitos secundários (Kohn, Epstein-Lubow, 2006; Hollon, Jarrett, Nierenberg, et al., 2005). A terapia somática é mais importante nos pacientes com depressão mais grave e acredita-se que a depressão com mais sintomas vegetativos, responda menos à psicoterapia do que à medicação, contudo o suporte empírico é limitado. Pacientes com depressão crónica têm menor probabilidade de remissão de depressão do que aqueles sem depressão crónica (Hollon, Jarrett, Nierenberg, et al., 2005).

Uma vez que a depressão na terceira idade, mesmo em níveis subsindrômicos, está associada ao aumento da incapacidade física (Judd, Schettler & Akiskal, 2002), o tratamento da depressão pode constituir uma oportunidade para melhorar a função física (Fiske, Wetherell & Gatz, 2009). Infelizmente, uma grande percentagem de idosos com depressão não recebe tratamento de qualquer tipo, embora pesquisas recentes mostrem uma tendência positiva (Blazer, Hybels, Fillenbaum & Pieper, 2005). A falta de tratamento entre os adultos mais velhos pode refletir, em parte, a dificuldade de detetar a depressão nos idosos devido à idade, associada a diferenças na apresentação dos sinais e sintomas (Fiske, Wetherell & Gatz, 2009).

2.1 Psicoterapia

Diversos estudos têm indicado a psicoterapia como uma estratégia bastante útil na intervenção com pessoas idosas com sintomatologia depressiva e a resposta terapêutica depende do tipo de psicoterapia em questão (Draper, & Low, 2005; Scogin, Shackelford, Rohen, Stump, Floyd, McKendree-Smith, & Jamison, 2001). A seleção do tratamento psicoterapêutico mais adequado ao paciente implica um conhecimento aprofundado, por parte do técnico, das modalidades de psicoterapia que se encontram disponíveis, da sua eficácia e das características da pessoa idosa (Hepple, 2004). Relativamente ao conteúdo das intervenções direcionadas para as pessoas idosas, o racional subjacente às estratégias selecionadas deve ser detalhadamente explicado e as estratégias psicoeducativas devem englobar todos os hábitos do indivíduo (Gatz, & Fiske, 2003). A intervenção psicoterapêutica pode ajudar a identificar os fatores desencadeadores do processo depressivo, contribuindo para a orientação dos familiares, dos cuidadores e do próprio paciente (Stella, Gobbi, Corazza & Costa, 2002).

A maioria dos tratamentos psicológicos para a depressão geriátrica tem uma componente de ativação comportamental, que aborda diretamente o problema da limitação da atividade, focando-se no significado da atividade. Outros tratamentos têm como alvo as cognições que podem intensificar e manter um episódio depressivo. Diversos estudos têm encontrado eficácia comprovada para algumas intervenções psicoterapêuticas baseadas em evidências como a terapia interpessoal, a terapia comportamental, terapia cognitivo-comportamental, biblioterapia cognitiva, terapia de resolução de problemas, terapia psicodinâmica breve, e terapia de reminiscência (revisão de vida) (Fiske, Wetherell & Gatz, 2009; Nierenberg & McColl, 1996; Scogin, Welsh, Hanson, Stump, & Coates, 2005; Steinman, Frederick, Prohaska, et al., 2007). Estes tratamentos foram todos, em certa medida, adaptados para idosos, sendo que a terapia de revisão de vida foi desenvolvida especificamente para utilização com adultos mais velhos (Fiske, Wetherell & Gatz, 2009). Stella, Gobbi, Corazza & Costa (2002) indicam que a intervenção psicoterapêutica, particularmente indicada para idosos, é a modalidade denominada de psicoterapia breve que além de minimizar o sofrimento psíquico do paciente, ajuda o idoso deprimido a reorganizar o seu projeto de vida. É uma terapia prospetiva, centrando-se no presente e no futuro, com duração, em geral, de seis meses.

O potencial benefício da psicoterapia não é diminuído pelo aumento da idade. Os mais velhos têm muitas vezes um melhor cumprimento do tratamento, menores taxas de abandono e respostas mais positivas à psicoterapia comparativamente aos pacientes mais jovens (Nierenberg & McColl, 1996). Com a terapia pretende-se alcançar uma diminuição dos sintomas depressivos, uma redução do risco de recaída e cronicidade, uma melhor qualidade de vida, um reforço da capacidade funcional, possíveis melhorias do estado de saúde física, uma diminuição da mortalidade, aumento da longevidade e redução dos custos em saúde (Charney, Miller, Licinio, & Salomon, 1988; Taragano & Allegri, 1996). A melhoria deverá ser evidente logo duas semanas após o início da terapia, no entanto o efeito terapêutico completo pode exigir vários meses de tratamento (a recuperação de um episódio depressivo severo demora normalmente entre seis a doze meses), pelo que alguns estudos mostram que os pacientes mais idosos com depressão beneficiam mais com um tratamento agressivo e persistente e a terapia para pacientes mais idosos deve ser continuada por períodos mais longos do que a normalmente usada em pacientes mais jovens (Birrer, 2004). A maioria dos pacientes (54% a 84%) recupera, 12% a 24% têm recaídas e de 4% a 28% permanecem doentes ou incapacitados. Nos pacientes com depressão psicótica, as taxas de recuperação são reduzidas a metade e as taxas de recaída e de incapacidade são duas vezes maiores. O acompanhamento e a avaliação dos efeitos secundários são importantes quando se prescrevem antidepressivos porque até 40% dos pacientes param de tomar a medicação no espaço de duas semanas e até 70% em quatro semanas (Reynolds et al., 1999).

O foco no cuidador também parece ser um componente importante no tratamento comportamental, envolvendo a melhoria das competências do cuidador na comunicação com o paciente e adaptação à doença. Além disso, os cuidadores são instrumentais em aumentar o envolvimento do paciente em atividade prazerosas (Gallagher-Thompson & Coon, 2007). Atividades do tipo terapia ocupacional, participação em atividades artísticas e de lazer também têm seu papel no tratamento do idoso deprimido (Stella, Gobbi, Corazza & Costa, 2002).

Capítulo 3 - Solidão

3.1 Solidão na velhice

O crescente aumento, a nível global, do número de pessoas idosas tem levado a que questões relacionadas com a qualidade de vida e o bem-estar tornem-se mais salientes. A solidão e o isolamento social são dois conceitos cruciais nesse âmbito, e também relativamente às relações sociais na vida humana, tornando-se particularmente relevantes na velhice (Paúl & Ribeiro, 2009) pois, os adultos mais velhos estão muitas vezes em risco de solidão por causa das interrupções com as suas redes sociais ao longo do tempo (Alpass & Neville, 2003). Isto é, a reforma reduz as relações sociais relacionadas com o trabalho e a

deficiência ou a doença podem impedir a pessoas idosa de interagir nas atividades habituais com os outros, ou pode levar a uma dependência. Além disso, familiares, amigos e cônjuges podem adoecer ou morrer (Alpass & Neville, 2003).

Apesar de a solidão despoletar consequências para a saúde em igual ou superior número às de muitas das principais perturbações psiquiátricas, na perspectiva de Luanaigh e Lawlor (2008) tem sido dada pouca importância ao construto da solidão na literatura psiquiátrica, com a maioria das publicações focadas na psicologia social e em revistas de gerontologia social. Alguns estudos têm direcionado a sua atenção para a solidão entre pessoas idosas e a maioria deles são descritivos e transversais, sendo que, o interesse foca-se, por exemplo, na frequência da solidão em diferentes estados civil, condições de vida, género, e aumento da idade (Jylhä, 2004; Tijhuis, De Jong-Gierveld, Feskens & Kromhout, 1999). Existem também estudos sobre os preditores e causas da solidão, como a rede social limitada (Bondevik & Skogstad, 1998; Savikko, Routasalo, Tilvis, Strandberg, & Pitkala, 2005), pobre saúde e baixo funcionamento (Andersson, 1998; Perlman & Russel, 2004), baixo nível de educação e fracos rendimentos económicos (Savikko, Routasalo, Tilvis, Strandberg, & Pitkala, 2005).

3.2 Solidão e Isolamento Social

O sentimento de solidão está associado à avaliação de um indivíduo relativamente ao seu nível geral de interação social, e descreve um deficit entre a qualidade real e desejada e a quantidade de envolvimento social. Três conceitos relacionados, mas não são idênticos devem ser distinguidos: “estar só” (tempo gasto sozinho), “viver sozinho” (simplesmente uma descrição das condições familiares) e “isolamento social” (que se refere ao nível de integração com os indivíduos e grupos no ambiente social) (Victor, Scambler, Bowling & Bond, 2005).

Existem muitas definições diferentes de solidão noutros estudos anteriores. E é impossível encontrar uma definição universal de solidão, pois trata-se de uma experiência subjetiva e varia entre culturas e indivíduos (Perlman, 2004; Rokach, Orzeck, Cripps, Lackovic-Grgin & Penezic, 2001). No entanto, a solidão tem sido caracterizada por um conjunto complexo de sentimentos desagradáveis que surgem perante a falta de satisfação nas relações humanas (inexistência de contato social e a falta de pessoas dispostas a partilhar experiências sociais e emocionais), como um estado emocional em que uma pessoa experiencia um forte sentimento de vazio e isolamento (Victor, Scambler, Shah, Cook, Harris, Rink, De Wilde, 2002), onde um individuo pode interagir com os outros, mas não o faz e uma divergência entre a real e a desejada interação com os outros (Blazer, 2002; Gierveld, 1998; Perlman, 2004). Pelo exposto, a solidão está relacionada com a percepção que a pessoa tem acerca das suas relações sociais ou acerca do nível de envolvimento social como sendo deficiente de alguma forma, em termos de quantidade e/ou qualidade (Victor, Scambler,

Bowling & Bond, 2005) pois, existem vários processos cognitivos que medeiam entre as características da rede social e a experiência de solidão (Paúl & Ribeiro, 2009).

Alguns estudos têm mostrado que em vez de se considerar apenas o número de contatos sociais que o idoso tem na sua rede social, deve-se prestar atenção, também, à forma como este avalia o seu relacionamento com os outros. Pois, na componente subjetiva da solidão um indivíduo pode ter uma pequena rede social (o indivíduo é observado como socialmente isolado) e não experienciar solidão, e por outro lado, um indivíduo pode ter uma grande rede social (o indivíduo não é visto como socialmente isolado) e ainda assim sentir-se sozinho (Routasalo, Savikko, Tilvis, Standberg & Pitkala, 2006; Walker & Beauchene, 1991). Portanto, a solidão é uma experiência subjetiva que geralmente é negativa e indesejável (Bowling, 1997; De Jong Gierveld, 1998; Hughes, Waite, Hawkey, Cacciopo, 2004) e que é diferente da condição objetiva da solidão, indicando que os aspectos quantitativos e qualitativos das relações sociais são bastante discrepantes (de Jong Gievelde & Havens, 2004; Hughes, Waite, Hawkey, Cacciopo, 2004) e que não pode ser predita simplesmente por indicadores objetivos (Perlman, 2004). Na prática estes dois conceitos são muitas vezes mal definidos e algumas vezes usados em combinação ou de forma intercambiável. Além disso, a falta de definições universalmente concordantes e a variedade de medidas usadas têm limitado a comparação dos resultados de diferentes estudos (Grenade & Duncan, 2008).

De acordo com Weiss (1973, cit. in Neto, 2000) a solidão é composta por duas dimensões, o isolamento emocional (solidão subjetiva) e o isolamento social (solidão objetiva), sendo ambos vistos como experiências negativas. O isolamento emocional refere-se à situação onde uma pessoa não tem uma rede social ou encontra-se insatisfeito com a atual rede social. É causada por uma falta de integração social onde se sente que realmente não tem ninguém ou grupo de amigos. Para Luanaigh e Lawlor (2008) a distinção entre a solidão emocional e social pode ser relevante para os estudos sobre o envelhecimento, uma vez que devido à morte de parentes e amigos, a probabilidade de encontrar uma outra pessoa de apego íntimo diminui com a idade e portanto, a incidência e prevalência da solidão emocional pode aumentar. Além disso, esta forma de divisão dos tipos ou formas de solidão poderá ajudar a entender fatores que estão na gênese da solidão, bem como a forma da prevenção e intervenção

Uma vez que se considera fulcral atender às duas dimensões de solidão (solidão social e solidão emocional), existe o consenso comum de que os indicadores subjetivos e objetivos devem ser medidos separadamente (de Jong Gievelde & Havens, 2004; Perlman, 2004). Por exemplo, no estudo de Routasalo, Savikko, Tilvis, Standberg e Pitkala (2006) constatou-se que 39,4% da amostra sofria de solidão, mas não foi associada com a frequência de contatos com filhos e amigos, mas sim com a satisfação com estes contatos. Assim, os autores concluíram que a solidão emocional é um conceito diferente de isolamento social, como proposto por Wenger, Davies, Shahtahmasebi e Scott (1996).

Os conceitos de solidão, isolamento social e viver sozinho têm sido utilizados muitas vezes como sinónimos, embora sejam conceitos distintos mas interrelacionados (Grenade & Duncan, 2008; Victor, Scambler, Bond & Bowling, 2000). Portanto, viver sozinho é o conceito

mais simples que pode ser medido pelo tamanho da família (Victor, Scambler, Bond & Bowling, 2000). A solidão é ainda um sentimento subjetivo e a sua quantidade só pode ser descrita pela sua experiência individual (Tilvis, Pitkälä, Jolkkonen & Strandberg, 2000). Uma pessoa pode sofrer de solidão e estar rodeada por muitas pessoas (Victor, Scambler, Bond & Bowling, 2000). O isolamento social tende a ser visto como um estado objetivo de solidão onde um determinado indivíduo experiencia o mínimo contato com os outros e/ou um frequente baixo nível de envolvimento na vida em comunidade (Cattan, White, Bond & Learmouth, 2005; Wenger, Davies, Shahtahmasebi & Scott, 1996). É geralmente medido em termos da rede social da pessoa idosa, isto é, através do número e frequência de contactos (Chappell & Badger, 1989). Outros indicadores relacionados, tais como as condições de vida (e.g., se vive sozinho ou com o cônjuge), a disponibilidade de um confidente, e o envolvimento na comunidade, são por vezes incluídos (Lubben, 1988).

3.3 Prevalência da solidão na população idosa

A prevalência da solidão difere significativamente nas várias investigações que têm sido levadas a cabo, devido às diferentes conceções de solidão e métodos de avaliação, mas em geral os resultados sugerem a importância de estudar os determinantes tanto do isolamento social real (relacionado com o conceito de solidão social) como do isolamento social percebido (relacionado com o conceito de solidão emocional) na velhice e em amostras comunitárias culturalmente distintas (Rokach, Orzeck & Neto, 2004).

As estimativas da prevalência da solidão entre as pessoas idosas na comunidade variam amplamente na literatura, com taxas tão elevadas que podem atingir os 50% a 60% em alguns casos (Savikko, Routasalo, Tilvis, Strandberg & Pitkala, 2005; Tiikkainen & Heikkinen, 2005). Contudo, muitos estudos baseados na comunidade indicam que apenas uma minoria das pessoas idosas experiencia solidão “severa” - aqueles que indicam sentir-se sozinhos “sempre” ou “na maioria das vezes”, ou a partir da avaliação através de sistemas específicos de classificação em escalas de solidão (Grenade & Duncan, 2008). Apesar destas pequenas proporções, as evidências sugerem que uma proporção muito maior de pessoas mais velhas - talvez até um terço ou mais - pode ter algum grau de solidão mais tarde nas suas vidas (Boldy, Iredell & Grenade, 2005; Savikko, Routasalo, Tilvis, Strandberg & Pitkala, 2005; Victor, Scambler, Bowling & Bond, 2005).

Parece que as estimativas da prevalência podem variar de acordo com os métodos e/ou medidas utilizadas. Por exemplo, a investigação de Victor, Grenade e Boldy (2005) encontrou que cerca de 7% das pessoas idosas incluídas no estudo sentiam “solidão severa” e que esses níveis foram semelhantes aos de 50 anos atrás. Num estudo na Austrália Ocidental verificou-se que a solidão severa era cerca de 7%-9%, dependendo do instrumento de medida usado (Boldy, Iredell & Grenade, 2005; Steed, Boldy, Grenade & Iredell, 2006). Victor, Grenade e Boldy (2005) também descobriram que, as entrevistas com 45 participantes da investigação revelaram uma proporção muito maior de solidão (26/45 ou 58% dos inquiridos) comparados com os resultados da investigação quantitativa. Da mesma forma, os níveis mais altos de

solidão foram identificados quando medidas agregadas ou escalas são utilizadas em comparação com medidas de auto-avaliação mais “diretas” (e.g., perguntando às pessoas que indiquem a taxa de frequência da sua solidão numa escala de “sempre” a “nunca”) (Victor, Grenade & Boldy, 2005; Wenger, & Burholt, 2004). No estudo de Victor, Grenade & Boldy (2005) as taxas de solidão “severa” foram comparáveis para os dois tipos de medida utilizados, a escala de solidão também revelou níveis mais altos de solidão “moderada” (assumido como globalmente equivalente a sentir-se sozinho às vezes, na escala de auto-avaliação). Isto sugere que algumas pessoas mais velhas podem ser mais relutantes em admitir diretamente que se sentem sós, a menos que haja solidão óbvia ou grave (Grenade & Duncan, 2008).

No estudo de Walker e Maltby (1997, cit in Paúl & Ribeiro, 2009) a percentagem de pessoas idosas que frequentemente se sentem sozinhas em países europeus, variavam de 5% na Dinamarca, 32% em Portugal e 36% na Grécia. Numa meta-análise dos resultados da investigação sobre as influências da solidão nos idosos, Pinquart e Sorensen (2001) concluíram que 5-15% dos adultos mais velhos relatam solidão frequente, onde a qualidade e não a quantidade da rede social está correlacionada mais fortemente com a solidão. Resultados semelhantes foram obtidos no estudo de Walker (1996) verificando-se que entre 10 a 14% dos idosos confessa sentir solidão, enquanto uma percentagem um pouco mais elevada, cerca de uma terça parte dos idosos, declaram sentir solidão de forma ocasional. Por outro lado, no estudo desenvolvido por Savikko, Routasalo, Tilvis, Strandberg e Pitkala (2005) em 2002, na Finlândia, 39% da amostra de 3915 indivíduos idosos, com idade igual ou superior a 75 anos, reportou sentimentos de solidão, sendo que 5% sofria de solidão frequentemente ou sempre. No entanto, o estudo de Paúl e Ribeiro (2009) mostra que as pessoas idosas, em geral, não apresentam níveis elevados de isolamento social e solidão. Os autores constataram que apenas um pequeno número de indivíduos apresentou uma fraca rede social (7%) e uma prevalência geral de solidão de 16,3%. Na perspetiva destes autores, este resultado sugere, por um lado, a independência de ambos os conceitos de isolamento emocional e social, e por outro lado, a natureza subjetiva e objetiva da solidão na velhice.

A natureza dinâmica da solidão é uma consideração adicional ao investigar a prevalência da solidão pois, a experiência de solidão de uma pessoa pode mudar ao longo do tempo (Victor, Scambler, Bowling & Bond, 2005; Wenger & Burholt, 2004). As experiências de solidão das pessoas podem divergir de acordo com a época do ano e/ou dia, com períodos de férias, como o Natal, e à noite/noites sendo essas vezes os momentos em que muitas pessoas de idade podem sentir-se muito sozinhas (Steed, Boldy, Grenade & Iredell, 2006; Victor, Scambler, Bowling & Bond, 2005). Embora a prevalência estimada também possa mudar, a evidência disponível indica que, para a solidão a maioria das pessoas não estão “severamente” isolados socialmente (Boldy, Iredell & Grenade, 2005; Victor, Scambler, Bond & Bowling, 2000; Victor, Bowling, Bond & Scambler, 2003; Wenger & Burholt, 2004). A revisão de estudos de Victor, Scambler, Bond e Bowling (2000) com populações a viver em comunidade no Reino Unido revelou uma prevalência de cerca de 10% (intervalo de 2% a 20%).

Taxas semelhantes foram identificadas na Austrália (Edelbrock, Buys, Creasey & Broe, 2001). A evidência também sugere que os níveis de isolamento “grave” são relativamente estáveis ao longo do tempo (Victor, Bowling, Bond & Scambler, 2003; Wenger & Burholt, 2004).

3.4 Fatores relacionados com a solidão na velhice

Fatores de risco para a solidão

A partir de uma perspectiva de intervenção, é importante identificar fatores que possam aumentar a probabilidade de a pessoa tornar-se isolada e/ou sozinha, bem como aqueles que parecem reduzir este risco (Grenade & Duncan, 2008). Apesar da interrelação destes dois conceitos (isolamento e solidão), identificar os fatores específicos de risco e protetores para cada pode ser difícil (Grenade & Duncan, 2008). Contudo, a evidência sugere que muitos dos fatores estão associados com ambos (Wenger & Burholt, 2004).

Devido ao facto de a maioria das investigações serem baseadas na comunidade, a maioria dos fatores de risco identificados na literatura estão relacionados com as pessoas idosas a viver em comunidade (Grenade & Duncan, 2008). Alguns desses fatores são sociodemográficos e estão relacionados em particular com aspetos da rede social das pessoas, por exemplo, a viuvez, nunca ter sido casado e não ter nenhum filho (Victor, Scambler, Bond & Bowling, 2000; Wenger & Burholt, 2004). Embora viver sozinho seja tendencialmente identificado como um fator de risco tanto para o isolamento como para a solidão (Wenger & Burholt, 2004) a sua relação com a solidão ainda não é muito clara (Victor, Scambler, Bond & Bowling, 2000). Alpass e Neville (2003) referem que as características demográficas, condições de vida, suporte social e características de personalidade são fatores que têm sido sugeridos por contribuírem para a solidão. Apesar de ser menos pesquisado, os dados disponíveis sugerem que a personalidade, relacionada com fatores como a auto-eficácia e a auto-estima também podem desempenhar um papel, particularmente no que diz respeito à solidão (Fry & Debats, 2002; Van Baarsen, 2002).

Outro grupo de fatores de risco está relacionado com a saúde tanto física (e.g., pobre auto-avaliação da saúde física, doença crónica (De Jong Gierveld, 1998; Victor, Scambler, Bowling & Bond, 2005) e saúde mental (e.g., depressão, morbidade mental elevada (Victor, Scambler, Bowling & Bond, 2005). Embora a deterioração da saúde física (ou percepção da saúde como pobre) seja um dos fatores mais identificados, a direção da causa ainda não é bem compreendida (Hall & Havens, 1999; Victor, Scambler, Bowling & Bond, 2005). Da mesma forma, a evidência também não é clara em relação à natureza e direção da associação entre o isolamento e/ou a solidão e a saúde mental e/ou doença (e.g., depressão) (De Jong Gierveld, 1998).

Vários estudos também verificaram que a solidão e/ou o isolamento também estavam associados com as incapacidades sensoriais (e.g., perda da audição) e incapacidades físicas (Victor, Scambler, Bowling & Bond, 2005; Wenger, Davies, Shahtahmasebi & Scott, 1996). Os acontecimentos de vida, como a perda e o luto são ainda fatores muitas vezes identificados

(Victor, Scambler, Bowling & Bond, 2005). Estudos longitudinais sobre a solidão sugerem que a perda de recursos sociais e pessoais, por exemplo, o aumento de incapacidades e a diminuição da integração social (Jylhä, 2004) e a perda de um parceiro (Dykstra, van Tilburg & de Jong Gierveld, 2005) levam ao aumento dos níveis de solidão. Alguns estudos encontraram níveis mais elevados de solidão entre as pessoas que vivem em lares, comparativamente com as pessoas que vivem na comunidade (Pinquart & Sorenson, 2001; Savikko, Routasalo, Tilvis, Strandberg e Pitkala, 2005; Wenger, Davies, Shahtahmasebi & Scott, 1996; Wenger & Burholt, 2004) embora Pinquart e Sorenson (2001) tenham sugerido que isto possa dever-se a fatores como o reduzido suporte social e pobre saúde do que à institucionalização por si só.

A evidência observou outros fatores sociodemográficos, como a idade e o gênero, que tendem a variar. No que diz respeito à solidão Steed, Boldy, Grenade e Iredell (2006) sugerem que essa variabilidade pode estar relacionada com o tipo de investigação (e.g., investigação transversal ou longitudinal) ou com a medida usada (e.g., questão direta ou escala onde a palavra “solidão” não é usada), e confundida com outras variáveis. Da mesma forma, a evidência para uma associação entre o nível de educação, localização geográfica (e.g., rural ou urbano) ou rendimentos económicos (rendimentos fracos) e solidão/isolamento é equivocada (Boldy, Chou & Lee, 2004; Savikko, Routasalo, Tilvis, Strandberg & Pitkala, 2005; Victor, Scambler, Bond & Bowling, 2000; Victor, Grenade & Boldy, 2005).

Por outro lado, autores resumem cinco conjuntos de fatores que se têm mostrado consistentemente associados com a solidão: atributos socio-demográficos (viver sozinho, ser do sexo feminino, não ter filhos vivos, condições de vida, ter 75 ou mais anos); circunstâncias materiais (pobreza, baixo nível educacional); recursos de saúde (deficiência, saúde auto-avaliada, saúde mental, função cognitiva, ansiedade e depressão), recursos sociais (tamanho da rede social, isolamento, tempo sozinho e presença de um confidente), e acontecimentos de vida (perda recente). Muitas dessas variáveis estão interrelacionadas (Pinquart & Sorensen, 2001; Savikko, Routasalo, Tilvis, Strandberg & Pitkala, 2005; Victor, Scambler, Bowling & Bond, 2005).

Idade

Investigações anteriores sugerem uma associação em forma de “U” entre a idade e a solidão Pinquart e Sorensen (2001), sugerindo que a sensação subjetiva de solidão é geralmente mais sentida entre os idosos mais velhos (Savikko, Routasalo, Tilvis, Strandberg e Pitkala, 2005; Tijhuis, De Jong-Gierveld, Feskens & Kromhout, 1999), nomeadamente, com idade igual ou superior a 75 anos, do que os adultos mais jovens (Andersson, 1998; Neto & Barros, 2001). Num estudo recente no Reino Unido, os sentimentos de solidão foram relatados por 7% das pessoas de idade, variando de 3% na faixa etária de 65-69 anos, para 13% na faixa etária de 80 anos (Paúl, Ayis & Ebrahim, 2006). Alguns investigadores anteriores sugeriram que o sentimento de solidão é mais comum entre pessoas com idades entre os 75 ou mais anos do que entre os adultos mais jovens, mas que a prevalência dos níveis de solidão centrou-se

após os 90 anos de idade (Andersson, 1998). A análise transversal do estudo de Marja Jylhä (2004) mostrou que a porcentagem de sujeitos que se sentem sozinhos aumentou no grupo de pessoas idosas mais velhas e a análise longitudinal do estudo mostrou que a solidão aumenta com o aumento da idade. Portanto nessa investigação a solidão parece aumentar com a idade, não devido à idade em si, mas devido ao aumento de incapacidades e diminuição da integração social (Jylhä, 2004). Todavia, outras investigações levadas a cabo noutros contextos culturais não têm encontrado resultados semelhantes. Por exemplo, Gutek, Nakamura, Gehart, Handschumacher e Russel (1980, cit. in Neto, 2000), apresentam dados em que a tendência geral é para a solidão diminuir com a idade, obtendo as pessoas idosas níveis mais baixos de solidão. Outros estudos levados a cabo na América do Norte apontam no mesmo sentido, isto é, relatando maiores percentagens de solidão em grupos etários mais jovens, nomeadamente em adolescentes (Neto, 1992). Também o estudo de Paúl e Ribeiro (2009) mostra que as pessoas idosas, em geral, não apresentam níveis elevados de isolamento social e solidão. Os autores constataram que apenas um pequeno número de indivíduos apresentou uma fraca rede social (7%) e uma prevalência geral de solidão de 16,3%.

Género

Relativamente ao género, os estudos têm apontado que as mulheres idosas são as que apresentam sentimentos mais frequentes de solidão (Paúl, Ayis & Ebrahim, 2006; Pinguart & Sorensen, 2001; Victor, Scambler, Bowling & Bond, 2005).

Estado civil

Parece haver uma forte relação entre o estado civil e a solidão já que ela modera a influência de contatos sociais com outros membros da família, amigos, vizinhos, favorecendo adultos casados (Pinguart & Sorensen, 2001; Savikko, Routasalo, Tilvis, Strandberg e Pitkala, 2005). Assim, as investigações têm sugerido que o ser divorciado/separado (Paúl, Ayis & Ebrahim, 2006) e o ser viúvo (Paul & Ribeiro, 2009; Savikko, Routasalo, Tilvis, Strandberg e Pitkala, 2005), em particular as mulheres viúvas (Paúl, Ayis & Ebrahim, 2006), são fatores considerados potencializadores da solidão. Segundo Paúl e Ribeiro (2009) dentro dos contatos sociais na vida adulta tardia, os relacionamentos com o cônjuge são considerados de importância crucial pelo que, quando a perda de um relacionamento íntimo ocorre (viuvez) os idosos tornam-se mais vulneráveis à solidão, apesar de todas as outras condições.

Viver sozinho

Alguns estudos também têm sugerido que a solidão poderá estar relacionada com o facto de a pessoa viver sozinha (Victor, Scambler, Bowling & Bond, 2005). Por exemplo, Routasalo, Savikko, Tilvis, Standberg e Pitkala (2006) constataram que 39,4% da amostra sofria de solidão e um dos preditores relevantes da solidão foi morar sozinho. No seu estudo Alpass e Neville (2003) também verificaram que os homens a viver sozinhos foram aqueles que relataram mais solidão. No entanto, no estudo de Paul e Ribeiro (2009) a relação encontrada entre a solidão

e preditores habituais de isolamento social (condições de vida, ou seja, viver sozinho e rede social) não foi significativa. Por outro lado, alguns autores também têm evidências de que os idosos institucionalizados apresentam maior solidão (Pinquart e Sorensen, 2001; Stek, Vinkers, Gussekloo, Beekman, van der Mast & Westendorp, 2005). Analisando os dados do Instituto Nacional de Estatística (INE), a partir dos resultados provisórios definitivos do recenseamento geral da população e habitação, efetuado em 2011, verificamos que a população idosa, com 65 ou mais anos, residente em Portugal é de 2,023 milhões de pessoas, representando cerca de 19% da população total (considerando o último recenseamento de 2001 o número de idosos cresceu cerca de 19%). Os resultados indicam, igualmente, que cerca de 12% da população residente e de 60% da população idosa (indivíduos com 65 ou mais anos de idade) vive só (400.964) ou em companhia exclusiva de pessoas também idosas (804.577), refletindo um fenómeno cuja dimensão aumentou 28%, ao longo da última década. Portanto, apesar do isolamento social (viver sozinho) não significar necessariamente solidão, é um fator predisponente que se deve ter em conta (Hicks, 2000).

Fatores protetores

Os estudos sobre os fatores que parecem funcionar como protetores para as pessoas idosas não se sentirem sós ou isoladas, são limitados, embora se possa assumir, talvez, que eles incluem o “inverso” dos fatores descritos anteriormente (Grenade & Duncan, 2008). Tendo em consideração a solidão, parece que a presença de um confidente é significativa (Steed, Boldy, Grenade & Iredell, 2006; Victor, Scambler, Bowling & Bond, 2005). Numa perspetiva de rede social, o estudo de Steed, Boldy, Grenade e Iredell (2006) identificou que os amigos são particularmente importantes, assim como, os familiares, vizinhos e crianças. Segundo Victor, Scambler, Bowling e Bond (2005) a educação e a idade, mas particularmente este último, também desempenham um papel protetor; contudo geralmente estes resultados não têm sido suportados noutras investigações (Steed, Boldy, Grenade & Iredell, 2006; Wenger, Davies, Shahtahmasebi & Scott, 1996). Por fim, ter um animal (e.g., cão, gato) tem sido sugerido como protetor da solidão entre as pessoas idosas, contudo a evidencia empírica também é limitada (Parslow, Christensen, Rodgers & Jacomb, 2005).

3.5 Solidão, Isolamento social e saúde física e mental

Com o rápido aumento da população idosa nos países desenvolvidos, o número de pessoas idosas a viver sozinhas também tem aumentado e, portanto, há um aumento notável na necessidade de se avaliar a sua saúde (Kawamoto, Yoshida, Oka e Kodama, 2005). Todavia, as consequências ou efeitos sobre a saúde física e mental da solidão, ainda não foram suficientemente investigadas (O’Luanaigh & Lawlor, 2008) pelo que os estudos da solidão e a sua relação com as condições de saúde física e mental é um tópico de pesquisa imperativo nos estudos do envelhecimento (Paúl & Ribeiro, 2009).

Poucos estudos epidemiológicos têm distinguido devidamente o isolamento social objetivo e subjetivo, mas entre aqueles que têm, algumas evidências suportam um efeito adverso significativo sobre a saúde (Cacioppo, Hughes, Waite, Hawkley & Thisted, 2006). A solidão pode exercer um papel etiológico nos problemas de saúde física e mental experienciados pelas pessoas idosas pois, os sentimentos de solidão entre as pessoas idosas pode ser atribuível ao aumento das deficiências e diminuição dos contactos sociais (Hicks, 2000). Assim, devido à natureza transversal de grande parte dos estudos, é possível constatar uma associação entre a solidão, o isolamento social (Paúl & Ribeiro, 2009) e também a saúde física (por exemplo, hipertensão arterial, má qualidade do sono, doença cardíaca e stress) (Andersson, 1998; Cacioppo, Hawkley, Crawford, Ernst, Burleson, Kowalewski, Malarkey, Van Cauter & Berntson, 2002; Hawkley & Cacioppo, 2003; Luanaigh e Lawlor, 2008; Paul, Ayis & Ebrahim, 2006; Savikko, Routasalo, Tilvis, Strandberg e Pitkala, 2005; Steptoe, Owen, Kunz-Ebrecht & Brydon, 2004; Tomaka, Thompson & Palacios, 2006) e mental (por exemplo, depressão) (Cheng, Fung & Chan, 2008; Eisses, Kluiters, Jongenelis, Pot, Beekman & Ormel, 2004; Luanaigh e Lawlor, 2008; Mellor, Stokes, Firth, Hayashi & Cummins, 2008; Nolen-Hoeksema & Ahrens, 2002). Além disso, o isolamento social prevê a morbidade e mortalidade por cancro, doenças cardiovasculares, e uma série de outras causas (Hawkley & Cacioppo, 2003). Numa revisão de estudos relevantes sobre a solidão, com o objetivo de mostrar o impacto médico e efeitos biológicos da solidão, Luanaigh e Lawlor (2008) concluíram que a solidão tem sido associada prejudicialmente com a saúde física, depressão e pior cognição.

Para Paúl e Ribeiro (2009) pode existir uma relação bilateral entre a solidão e a pobre saúde física e mental. Isto é, segundo os autores, é possível que, por um lado, o facto de a pessoa idosa se sentir sozinha a torne mais vulnerável à doença ou a uma pobre saúde física e mental pois, existe a tendência de se tornar mais descuidada com o seu estilo de vida e autocuidado, e por outro lado, existe também a possibilidade de uma pessoa idosa cujo estado de saúde é pobre se torne mais sozinha, restringindo os seus contactos sociais e atividades. Pelo exposto, os autores consideram não haver certezas se a saúde física e mental são uma causa ou uma consequência da solidão devido à natureza transversal da maioria dos estudos.

Os efeitos da solidão sobre a saúde têm sido menos estudados que os efeitos sobre as redes sociais, no entanto, a solidão tem sido associada a uma variedade de resultados negativos para a saúde (O'Luanaigh & Lawlor, 2008), incluindo um aumento do risco por todas as causas de mortalidade (Seeman, 2000), e de suicídio (Waern, Rubenowitz & Wilhelmson, 2003). As pessoas que se sentem sós têm um risco aumentado de depressão (Cacioppo, Hughes, Waite, Hawkley & Thisted, 2006) e um estudo reportou que o excesso de mortalidade no idoso deprimido estava confinado aos que se sentiam sós (Stek, Vinkers, Gussekloo, Beekman, van der Mast & Westendorp, 2005).

Capítulo 4 - Solidão e Sintomatologia Depressiva na população idosa

Embora as pessoas mais velhas não sofram de sintomas de solidão e depressão mais do que a população adulta em geral, o crescimento contínuo da população de idosos e a expectativa de vida crescente obriga a lançar novos desafios particularmente no caso dos mais velhos (Tiikkainen & Heikkinen, 2005).

Grande parte da literatura tem indicado que a integração social é muito influente, e pode de facto determinar o estado de saúde mental na terceira idade. Pelo que, uma melhor compreensão da relação entre uma forma de integração social, ou seja, viver sozinho, e um resultado específico de saúde mental, nomeadamente a depressão, entre os idosos, é de particular importância, considerando a alta prevalência de ambas as condições na maioria dos países desenvolvidos (Chou & Chi, 2000; Chou, Ho & Chi, 2006). Além disso, para fins de desenvolvimento de intervenções sociais eficazes é importante saber mais sobre como esses fenómenos estão relacionados um com o outro e sobre que tipo de interação social é benéfica para idosos solitários e depressivos (Tiikkainen & Heikkinen, 2005).

Especificamente em relação à saúde mental, a solidão tem sido identificada como um problema primário que afeta os idosos, e diversos estudos têm verificado uma estreita relação entre a solidão e a depressão na velhice em todas as culturas, referindo ainda que idosos que vivem sozinhos têm mais probabilidade de ficarem deprimidos e ter uma pobre saúde mental e qualidade de vida (e.g., Cacioppo, Hughes, Waite, et al., 2006; Cheng, Fung & Chan, 2008; Cohen-Mansfield & Parpura-Gill, 2007; Golden, Conroy, Bruce, et al., 2009; Heikkinen & Kauppinen, 2004; Luanaigh e Lawlor, 2008; Mellor, Stokes, Firth, Hayashi & Cummins, 2008; Minardi & Blanchard, 2003; Nolen-Hoeksema & Ahrens, 2002; Paul, Ayis & Ebrahim, 2006; Routasalo, Savikko, Tilvis, et al., 2006; Savikko, Routasalo, Tilvis, et al., 2005). Dada a importância das relações interpessoais satisfatórias para o bem-estar, conclui-se que a solidão é um fator de risco único e consistente para sintomatologia depressiva (Cacioppo, Hughes, Waite, Hawkey & Thisted, 2006) e esse facto tem sido evidenciado na maioria dos estudos transversais (Chou & Chi, 2004; Nolen-Hoeksema & Ahrens, 2002) e estudos longitudinais (Heikkinen e Kauppinen, 2004) com adultos mais velhos. Na perspectiva de Tiikkainen e Heikkinen (2005) as evidências sobre as associações do envelhecimento com a solidão e sintomas depressivos são contraditórias, em parte devido à escassez de pesquisas longitudinais.

Apesar da sobreposição entre a solidão e a depressão, estas são consideradas entidades distintas (Luanaigh & Lawlor, 2008). Do ponto de vista clínico, sabe-se que os idosos que se sentem sozinhos, muitas vezes, apresentam sintomas depressivos, mas os indivíduos deprimidos, nem sempre sofrem de solidão (Luanaigh & Lawlor, 2008). Stek, Vlnkers, Gussekloo, et al. (2005) mostraram que apesar da solidão por si só não afetar as taxas de

mortalidade, esta aumenta significativamente as taxas de mortalidade nos idosos, quando ela co-existe com a depressão.

Prince, Harwood, Blizard, Thomas & Mann (1997) exploraram a relação entre os déficits de apoio social, a solidão e acontecimentos de vida como fatores de risco para a depressão em idosos e descobriram que a solidão frequente foi uma das associações transversais mais fortes com a depressão. Estudos transversais mais recentes verificaram novamente uma associação significativa entre a solidão e a depressão (Adams, Sanders & Auth, 2004; Alpass F, Neville, 2003). Num estudo prospetivo baseado numa população com 85 anos de idade, Stek, Vinkers, Gussekloo, Beekman, van der Mast & Westendorp (2005) verificaram que a depressão encontrava-se presente em 23% da população estudada e encontrava-se associada com o estado civil, a institucionalização e a solidão percebida. Os autores verificaram ainda que o aumento do risco de mortalidade atribuível à depressão na presença da solidão percebida foi duas vezes maior do que o normal, sem risco de mortalidade significativo para a depressão na ausência de solidão. Portanto, nesta linha de resultados, na velhice, a depressão está associada com a mortalidade apenas quando os sentimentos de solidão estão presentes.

Trabalhos anteriores têm revelado que os níveis de sintomas depressivos e a solidão podem variar ao longo do ciclo de vida (Cacioppo, Hughes, Waite, Hawkley & Thisted, 2006). Nolen-Hoeksema e Ahrens (2002) mostraram no seu estudo, uma diminuição do nível de depressão e solidão, em pessoas com 65-75 anos em comparação com indivíduos mais jovens. Apesar destas variações durante todo o ciclo de vida, a associação entre a solidão e os sintomas depressivos parece estar estável (isto é, moderadamente positiva e equivalente) em todas as faixas etárias (Nolen-Hoeksema e Ahrens, 2002). Tiikkainen & Heikkinen (2005) levaram a cabo um estudo que explorou as associações da solidão com sintomas depressivos durante cinco anos, numa amostra de 207 idosos com cerca de 80 anos e cinco anos depois (1995) a amostra era constituída por 133 indivíduos com cerca de 85 anos. O estudo permitiu verificar que nas mulheres, mas não nos homens, os sintomas depressivos prediziam mais experiências de solidão. Os resultados do estudo permitiram concluir ainda que as pessoas solitárias têm significativamente mais sintomas depressivos. Os autores referem que a integração social pode ajudar a explicar a solidão mas não os sintomas depressivos.

Segundo Luanaigh e Lawlor (2008) diversas investigações têm mostrado uma associação definida entre a solidão e a depressão, mas devido ao seu *design* não são capazes de indicar se a solidão causa a depressão ou se a depressão causa a solidão, ou mesmo se a solidão é apenas parte de uma síndrome depressiva. Para os autores os estudos longitudinais são mais úteis em determinar se a solidão se é um fator de risco real para a depressão.

Heikkinen e Kauppinen (2004) num estudo longitudinal de 10 anos com idosos Finlandeses descobriram que a solidão originou sintomas depressivos. Essa descoberta foi ampliada, num estudo mais recente, usando abordagens transversais e longitudinais numa amostra de pessoas idosas, por perspetivar a solidão como um fator de risco específico para a depressão, (Cacioppo, Hughes, Waite, Hawkley & Thisted, 2006). Na abordagem transversal desse estudo, Cacioppo, Hughes, Waite, Hawkley e Thisted (2006) verificaram que os níveis mais elevados

de solidão foram associados com maiores níveis de sintomas depressivos, independentemente dos efeitos do stress percebido, idade, género, etnia, escolaridade, estado civil e apoio social. Na componente longitudinal do estudo, realizado durante 3 anos, a solidão foi novamente associada a sintomas depressivos, independentemente das variáveis demográficas, estado civil, apoio social, hostilidade e stress percebido. A análise mostrou ainda influências recíprocas ao longo do tempo entre a solidão e a sintomatologia depressiva, sugerindo que a solidão e a sintomatologia depressiva podem atuar de forma sinérgica para diminuir o bem-estar nos idosos. Num outro estudo longitudinal de 10 anos com homens holandeses, mostrou que o número de indivíduos que relataram experiências de solidão aumentou no grupo etário mais idoso (Tijhuis, De Jong-Gierveld, Feskens & Kromhout, 1999) mas estudos entre pessoas suecas com mais de 75 anos, por exemplo, têm apresentado resultados opostos (Holmén & Furukawa, 2002).

Em jeito de síntese, embora a investigação tenha sugerido que a depressão é muitas vezes uma resposta ao declínio da saúde e incapacidade funcional nas pessoas idosas, os achados sugerem que o isolamento social também pode influenciar a experiência de depressão. Relacionadas com a idade as perdas, nomeadamente a perda da identidade profissional, mobilidade física e a inevitável perda de familiares e amigos pode afetar a capacidade de uma pessoa para manter relacionamentos e independência, que por sua vez pode levar a uma maior incidência de sintomas depressivos (Alpass & Neville, 2003).

(Anexo II)

FOLHA DE INFORMAÇÃO AO PARTICIPANTE

Título do estudo: Estudo sobre o Bem-estar em pessoas com mais de 65 anos residentes na cidade da Covilhã.

Introdução

Os investigadores responsáveis pelo estudo, da Universidade da Beira Interior, vêm convidá-la(o) a participar num estudo sobre a forma como se vive após os 65 anos de idade na cidade da Covilhã.

Antes de decidir se quer ou não participar neste estudo, é importante que compreenda porque está a ser efetuada esta investigação e o que vai envolver. Por favor, leia cuidadosamente a informação que se segue. Não hesite em entrar em contacto em caso de dúvidas, ou se necessitar de mais informação.

Qual é o objetivo do estudo?

O objetivo deste estudo é investigar/analisar as características das pessoas que vivem na cidade da Covilhã e que têm mais de 65 anos, no sentido de perceber o que é que contribui para o seu Bem-estar e qualidade de vida. A sua participação neste estudo terá uma duração máxima de 1 sessão.

Porque fui escolhida(o) para participar neste estudo?

Este estudo irá envolver uma amostra representativa de pessoas com mais de 65 anos que vivam na cidade da Covilhã.

Será que tenho que participar?

A sua participação neste estudo é voluntária. Pode decidir participar ou não neste estudo. Se decidir participar pode desistir a qualquer altura, sem ter que dar qualquer justificação. A sua participação no estudo é anónima e não será remunerada.

O que me irá acontecer se participar?

Se concordar em participar neste estudo ser-lhe-á pedido que responda a alguns questionários.

A minha participação no estudo será mantida confidencial?

Os dados recolhidos neste estudo, que não a(o) identificam individualmente, serão guardados e processados em computador.

O que irá acontecer aos resultados do estudo?

Os resultados deste estudo serão alvo de Dissertações de Mestrado, que estarão disponíveis no Departamento de Ciências Médicas e no Departamento de Psicologia e Educação da Universidade da Beira interior. Não será identificada(o) em nenhuma publicação ou relatório.

Quem se encontra disponível para prestar mais informação?

Se tiver alguma dúvida ou pergunta adicional relativa a este estudo, é favor contactar:

Nome (contacto do investigador que efetua a recolha de dados) e Número de telefone:

Agradecemos o tempo que despendeu a ler esta informação e a ponderar a sua participação neste estudo. Se desejar participar, deve assinar e datar o Consentimento Informado. Ser-lhe-á entregue uma cópia desta Informação e do seu Consentimento Informado assinado, que deverá guardar.

(Anexo III)

CONSENTIMENTO INFORMADO

Título do estudo: Estudo sobre o bem-estar e qualidade de vida em pessoas com mais de 65 anos residentes na cidade da Covilhã.

Ao assinar este documento confirmo o seguinte:

Li e compreendi a Informação ao participante no estudo acima referido e foi-me dada a oportunidade de pensar sobre o mesmo e de colocar questões.

Todas as minhas questões foram respondidas satisfatoriamente.

Compreendo que a minha participação é voluntária e que posso desistir a qualquer momento sem dar qualquer justificação, sem que os meus direitos legais sejam afetados.

Consinto participar neste estudo e a divulgação dos dados como descrito na Folha de Informação ao participante.

Recebi uma cópia, da informação ao participante, e do consentimento informado deste estudo, que devo guardar.

Nome da(o) participante:

**Assinatura da(o) participante:
Data (datada pela(o) participante):**

**Se a(o) participante for dependente/se estiver impedido de assinar:
Nome do tutor legal/cuidador/técnico responsável:**

**Assinatura do tutor legal:
Data (datada pelo tutor legal):**

Nome do investigador:

Assinatura do investigador:

Data (datada pelo investigador):

(Anexo IV)

IDENTIFICAÇÃO GERAL

Referência: _____

1. **Idade** ____ 2. **Data Nascimento** ___ / ___ / _____

3. **Género** 1. Feminino 2. Masculino

4. **Estado Civil** 1. Casado(a) 2. União de facto 3. Viúvo(a) 4. Solteiro (a) 5. Divorciado(a)

5. **Filhos** Sim ____ ♀ ____ ♂ 6. **Netos** Sim 7. **Bisnetos** Sim
Não Não Não

8. **Última Profissão** _____ 9. **Reformado(a)** Sim Não

10. **Escolaridade** 1. Analfabeto 2. Ensino Primário 3. ≤ 8 anos escolaridade
4. ≥ 9 anos escolaridade s/ Ensino Superior 5. Ensino Superior

11. **Residência permanente** 1. Covilhã – Freguesia _____

Observações: _____

12. **Com quem vive** 1. Cônjuge 3. Sozinho(a)
2. Filho(s) 4. Outra situação

13. **Residente em Lar de Idosos** Não Sim
Especifique _____

14. **Apoio Domiciliário (SAD)** Não Sim
Especifique _____

15. **Instituições que frequenta regularmente** 1. Centro de Dia 2. Centro de Convívio 3. Universidade Sénior

4. Outra(s) Especifique _____

16. **Tem alguém à sua responsabilidade ou que dependa de si?**

1. Não

2. Sim Se sim, quem? _____ Que tipo de cuidados presta? _____

Outros dados/Observações

Data (s) **de** **recolha** **de**
dados: _____

Investigador(a) responsável: _____

(Anexo V)

ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA

(Pocinho, Farate, Dias, Lee & Yesavage, 2009)

	Si m	N ão
1 - Está satisfeito com a sua vida atual		
2 - Abandonou muitas das suas atividades e interesses		
3 - Sente que a sua vida está vazia		
4 - Anda muitas vezes aborrecido		
5 - Encara o futuro com esperança		
Tem pensamentos que o incomodam e não consegue afastar		
7 - Sente-se animado e com boa disposição a maior parte do tempo		
Anda com medo que lhe vá acontecer alguma coisa má		
9 - Sente-se feliz a maior parte do tempo		
- Sente-se muitas vezes desamparado ou desprotegido		
11 - Fica muitas vezes inquieto e nervoso		
12 - Prefere ficar em casa, em vez de sair e fazer outras coisas		
13 - Anda muitas vezes preocupado com o futuro		
14 - Acha que tem mais problemas de memória do que as outras pessoas		
15 - Atualmente, sente-se muito contente por estar vivo		
16 - Sente-se muitas vezes desanimado e abatido		
17 - Sente que, nas condições atuais, é um pouco inútil		
18 - Preocupa-se muito com o passado		
19 - Sente-se cheio de interesse pela vida		
20 - Custa-lhe muito meter-se em novas atividades		
21 - Sente-se cheio de energia		
22 - Sente que para a sua situação não há qualquer esperança		
23 - Julga que a maior parte das pessoas passa bem melhor do que o seu		
24 - Aflige-se muitas vezes por coisas sem grande importância		
25 - Dá-lhe muitas vezes vontade de chorar		
26 - Sente dificuldade em se concentrar		
27 - Evita estar em locais onde estejam muitas pessoas (reuniões sociais)		

(Anexo VI)

ESCALA DE SOLIDÃO

(Paúl, Fonseca, Ribeiro & Teles, 2006)

1. Costuma sentir-se só?

1	2	3	4
Sempre	Muitas Vezes	Algumas vezes	Nunca

2. Quando se sente só?

- a) Nunca
- b) Manhã
- c) Tarde
- d) Noite
- e) Fim-de-semana
- f) Férias
- g) Sempre
- h) Outras Ocasões

3. Comparando com o ano passado, sente-se:

- a) Mais só do que há um ano
- b) Menos só do que há um ano
- c) Nem mais nem menos só que há um ano