



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR
Ciências Sociais e Humanas

**Sintomatologia depressiva, ideação suicida e
envelhecimento ativo:
Um estudo na cidade da Covilhã**

Ana Margarida Andrade Janela

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em
Psicologia Clínica e da Saúde
(2º ciclo de estudos)

Orientador: Prof. Doutor Manuel Joaquim da Silva Loureiro

Covilhã, outubro de 2012

Dedicatória

Dedico este trabalho ao meu Pai. “Estás cá hoje”.

Agradecimentos

Em primeiro lugar, gostaria de agradecer ao Professor Joaquim Loureiro, responsável pela orientação desta dissertação. Um obrigada muito especial por ter confiado em mim, pela disponibilidade, sabedoria, encorajamento, compreensão e boa disposição demonstrados desde sempre. Por ser um exemplo na sua capacidade de se relacionar e empenhar.

Quero agradecer à Professora Marina Afonso pelos seus sábios conselhos, recomendações e contagioso entusiasmo.

Também gostaria de agradecer aos responsáveis do Centro de Saúde da Covilhã, pela cedência de informações que permitiu a recolha de dados, sem os quais seria impossível realizar a Dissertação.

Tenho que agradecer aos muitos idosos participantes neste estudo pela sua disponibilidade, paciência, partilha, ensinamentos e por me mostrarem que há sempre motivos para valorizar a vida.

Agradeço aos meus grandes amigos, que sempre se mostraram interessados no meu percurso e me apoiaram ao longo de todo este processo. Em especial à Claudinha, ao Barroso, ao João, ao Hugo, ao Dani, à Vânia, ao Rafael, ao António, à Andreia e a todos os outros que comigo partilharam esta jornada. Pelo carinho, nos momentos críticos, uma palavra de grande apreço também à Cláudia, à Ana e aos colegas que marcaram o meu percurso académico.

À Soraia pelo enorme apoio, apesar da distância.

À Isa por tudo o que já vivemos juntas.

À minha família, pela sua tolerância, compreensão e carinho quando estava a ler e escrever em vez de atender às suas necessidades.

À minha Mãe por permitir que eu traçasse o meio caminho e me deixar lutar pelos meus propósitos.

À minha adorável irmã, por tudo.

Em especial, a todos aqueles, aqui mencionados, que me demonstram o seu orgulho em mim.

Prefácio

Embora se pense que a depressão faz parte do processo natural do envelhecimento, esta afirmação não passa de um mito. Contudo, e de acordo com a OMS, 25% dos idosos sofrem de algum tipo de perturbação psiquiátrica, em que a depressão é a mais frequente, até aos 75 anos (OMS, 2002). Mais propriamente em Portugal, a depressão atinge, aproximadamente, 20% da população, com tendência a aumentar, representando, por isso, a primeira causa de incapacidade e sendo, também, responsável por 60% dos suicídios, no nosso país, em que se verifica uma predominância, nos idosos (Paúl & Fonseca, 2005). Segundo Fontaine (1999), convém, no entanto, clarificar que a depressão não é um estado específico da pessoa idosa e que ela não aumenta depois dos 60 anos, antes, que o número de idosos com depressão aumentou, porque aumentou o seu número absoluto. Assim, a depressão é considerada como a perturbação afetiva que ocorre com maior frequência no idoso, comparativamente às outras faixas etárias (Snowdon, 2002; Stella, Gobbi, Corazza & Costa, 2002; e Vaz, 2009) sendo fundamental que sejam efetuados estudos, nesta área, para melhorar a qualidade de vida dos idosos com este tipo de distúrbio. Na velhice, a depressão pode ser vista como uma perturbação que diminui de modo “substancial a qualidade de vida dos idosos e pode conduzir à incapacidade, pelo que o diagnóstico e tratamento da depressão são de vital importância para o idoso”. (Vaz, 2009, p. 65). No seu Relatório Mundial de Saúde (WHO, 2002) a OMS refere que a Depressão grave é atualmente a causa de incapacidade mais frequente em todo o mundo. Sendo também a quarta patologia a nível mundial, poderá mesmo vir a evoluir no sentido de ocupar o segundo lugar nos próximos vinte anos. Conclui-se neste relatório, que a depressão, a ansiedade e as perturbações pelo abuso de substâncias, são os diagnósticos mais comuns em contexto de cuidados de saúde primários, ainda que sub diagnosticados. Felizmente, os últimos anos testemunharam o surgimento de pesquisas complexas dirigidas ao problema da depressão no envelhecimento. Dos estudos a que se teve acesso, foi possível concluir que, por norma, os idosos não apresentam um diagnóstico de depressão (e.g. Hell, 2006; Lima, Silva & Ramos, 2009), e seria interessante estudar este acontecimento e até que ponto determinadas variáveis podem influenciar a presença de depressão.

A associação da sintomatologia depressiva com o suicídio é evidente. Uma vida abreviada pela própria mão, na maioria dos casos, compõe uma calamidade grandemente estigmatizada. No envelhecimento, contudo, parece pensar-se que há menos páginas de vida a perder e podem surgir posições de que talvez nada de novo se viesse a revelar no capítulo final, subvalorizando muito a vitimologia por suicídio no envelhecimento. Explorar o significado cultural e social da ideação suicida, na sua relação com a sintomatologia depressiva, providencia, então, uma visão distinta através da qual se observam os precipitantes e resiliência contra estas problemáticas. Ligando estes factos - o envelhecimento da população portuguesa e as projeções da OMS no que respeita à prevalência da Depressão, poderemos concluir que a incidência de pessoas idosas deprimidas nos Cuidados de Saúde Primários

tenderá a aumentar, importando pois desenvolver estratégias de intervenção tanto ao nível do Tratamento, quanto ao nível da Prevenção, para dar resposta a esta situação. Como defendido pela OMS (WHO, 2002), o envelhecimento ativo surge como um objetivo amplo da saúde e das políticas de envelhecimento que priorizam o bem-estar individual como parte da gestão da saúde da população (WHO 2002). Esta variável parece ser protetora de problemas de saúde mental, sendo pertinente analisar a sua relação com a sintomatologia depressiva, no sentido de avaliar o seu papel no tratamento e prevenção desta sintomatologia e, conseqüentemente, das cognições suicida tipicamente depressivas.

Resumo

O objetivo deste estudo foi caracterizar a sintomatologia depressiva nos idosos e, consoante a presença/ausência, analisar diferenças na ideação suicida, diagnóstico em saúde mental e envolvimento em atividades de envelhecimento ativo. Participaram 89 homens e 131 mulheres, com idades compreendidas entre os 65 e os 96 anos, residentes nas freguesias urbanas da cidade da Covilhã.

Os resultados obtidos mostram relações extremamente significativas entre sintomatologia depressiva e ideação suicida, diagnóstico em saúde mental e envelhecimento ativo. Na comparação entre idosos que apresentam sintomas depressivos e idosos que não apresentam estes sintomas, verificaram-se, igualmente, diferenças muito significativas. Quanto à ideação suicida e existência de diagnósticos prévios em saúde mental os valores são mais elevados em idosos com sintomas depressivos; quanto ao envolvimento em atividades de envelhecimento ativo, este é superior em idosos sem sintomas depressivos. A ideação suicida e o diagnóstico prévio em saúde mental revelaram-se variáveis preditoras da sintomatologia depressiva, porém, é a ideação suicida que mais contribui para explicar essa sintomatologia.

Estes resultados confirmam a pertinência das variáveis estudadas na sintomatologia depressiva do idoso e alertam para a necessidade de se estudar mais a fundo e integrar estas informações na prevenção e tratamentos em saúde mental desta faixa etária.

Palavras-chave

Envelhecimento; Sintomatologia depressiva; Saúde mental; Ideação suicida; Envelhecimento ativo

Abstract

The aim of this study was to characterize depressive symptomatology in the elderly and, considering the presence/absence of these symptoms, to explore differences on suicidal ideation, mental health diagnosis and participation in active ageing activities. The participants were 89 men e 131 women, with ages ranging from 65 to 96 years old, living in the urban area of Covilhã.

The results show extremely significant relations between depressive symptoms and suicidal ideation, previous mental health diagnoses and active ageing. When comparing elders with depressive symptomatology and elders without these symptoms, there were, equally, very significant differences. In what concerns suicidal ideation and previous mental health diagnosis the higher levels belong to elders with depressive symptomatology; when we consider the participation in active ageing activities, the highest participation appears in elders without depressive symptoms. Suicidal ideation and previous mental health diagnosis revealed to be good predictable variables for depressive symptomatology. However, suicidal ideation gives larger contribute to the explanation of the depressive symptoms.

These results confirm the pertinence of the studied variables within elderly depressive states and alert us to the relevance and necessity of studying more deeply and integrating these clues in future prevention and treatment programs of mental health for the elders.

Keywords

Ageing; Depressive Symptoms; Mental Health; Suicidal ideation; Active ageing

Índice

Dedicatória	iii
Agradecimentos	v
Prefácio	vii
Resumo	x
Abstract	xii
Lista de Figuras	xvii
Lista de Tabelas	xix
Lista de Acrónimos	xxii
Introdução	1
PARTE TEÓRICA	3
1 - Envelhecimento	4
1.1. - Envelhecimento na sociedade atual	4
1.2. - Envelhecimento demográfico	4
1.3. - Envelhecimento ativo e bem sucedido	6
2 - Sintomatologia depressiva no idoso e fatores associados	9
1.1. - Sintomatologia depressiva	9
1.1.1. - Epidemiologia	10
1.1.2. - Etiologia	10
1.1.3. - Classificação	14
1.1.4. - Avaliação	17
1.1.5. - Diagnóstico e sub-diagnóstico	20
1.2. - Ideação suicida no idoso	23
1.1.1. - Epidemiologia	23
1.1.2. - Associação entre ideação suicida e sintomatologia depressiva no envelhecimento	26
1.3. - Associação entre envelhecimento ativo e sintomatologia depressiva no envelhecimento	27
PARTE EMPÍRICA	32
3. Metodologia do estudo	33
3.1. - Enquadramento e objetivos	33
3.2. - Método	35
3.2.1. - Desenho da investigação	35
3.2.2. - Participantes	35
3.2.3. - Instrumentos	36
3.2.4. - Procedimentos	39
3.2.5. - Análise de dados	41

4. - Resultados	43
4.1. Fase I. - Explorar variáveis em estudo e relações com a sintomatologia depressiva	43
4.2. Fase II. - Caracterizar a sintomatologia depressiva	48
5. - Discussão de resultados	52
Conclusões, pontos fortes, limitações e sugestões	64
Referências Bibliográficas	72
ANEXOS	97

Lista de Figuras

Figura 1. - Procedimento utilizado no estudo	41
--	----

Lista de Tabelas

Tabela 1. Alguns estudos sobre o Envelhecimento Ativo	8
Tabela 2. - Caracterização sociodemográfica da amostra	36
Tabela 3 - Consistências internas dos instrumentos utilizados no estudo	42
Tabela 4. Coeficiente de pearson entre a sintomatologia depressiva e a ideação suicida	44
Tabela 5. Coeficiente de correlação ponto-bisserial entre a sintomatologia depressiva e o diagnóstico em saúde mental	44
Tabela 6. Coeficiente de correlação de spearman entre a sintomatologia depressiva e EA	44
Tabela 7. Teste T para comparação de médias da intensidade da sintomatologia depressiva entre idosos e grandes idosos	45
Tabela 8. Teste T para comparação de médias da intensidade da ideação suicida entre idosos e grandes idosos	45
Tabela 9. Teste T para comparação de médias da intensidade da sintomatologia depressiva entre idosos do sexo feminino e idosos do sexo masculino	45
Tabela 10. Teste T para comparação de médias da intensidade da ideação suicida entre idosos do sexo feminino e idosos do sexo masculino	46
Tabela 11. Comparação de médias da intensidade da sintomatologia depressiva segundo o estado civil	46
Tabela 12. Comparação de médias da intensidade da ideação suicida segundo o estado civil	47
Tabela 13. Comparação de médias da intensidade da sintomatologia depressiva segundo a co-habitação	47
Tabela 14. Comparação de médias da intensidade da ideação suicida segundo a co-habitação	48
Tabela 15. Teste T para comparação de médias da intensidade da ideação suicida entre idosos com sintomatologia depressiva e sem sintomatologia depressiva	49
Tabela 16. Teste do qui-quadrado para avaliar a associação do diagnóstico em saúde mental com a presença de sintomatologia depressiva ou a ausência de sintomatologia depressiva	49
Tabela 17. Teste do qui-quadrado para avaliar a associação dos indicadores de EA com a presença de sintomatologia depressiva ou a ausência de sintomatologia depressiva	50

Tabela 18. Análise de regressão linear simples para a ideação suicida como preditora da sintomatologia depressiva 50

Tabela 19. Análise de regressão linear simples para o diagnóstico (prévio) em saúde mental como preditora da sintomatologia depressiva 51

Tabela 20. Análise de regressão múltipla por blocos para a ideação suicida e o diagnóstico (prévio) em saúde mental como preditoras da sintomatologia depressiva 51

Lista de Acrónimos

APA	American Psychological Association
DSM	Diagnóstico em saúde mental
EA	Envelhecimento ativo
INE	Instituto Nacional de Estatística
IS	Ideação suicida
DSM-IV-TR	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4 th edition - text review
OMS	Organização Mundial de Saúde
UBI	Universidade da Beira Interior
WHO	World Health Organization

Introdução

Desenvolvido num contexto de uma sociedade em constante mudança, este trabalho explora o papel de variáveis cruciais - o envelhecimento, variáveis de saúde mental como a sintomatologia depressiva, a ideação suicida e o diagnóstico em perturbações mentais, e o envelhecimento ativo - para o bom decurso destas mudanças.

Para tal, esta dissertação de mestrado encontra-se dividida em duas partes. A primeira parte apresenta o conceito de depressão, através da sua definição e referindo o que a poderá causar, bem como as suas principais características, avaliação e diagnóstico no envelhecimento, para depois se especificar o fenómeno do sub-diagnóstico e as dificuldades que se verificam a este nível. Posteriormente, focar-se-á a ideação suicida e sua relação com a sintomatologia depressiva, através de estudos realizados, anteriormente. Terminando a revisão teórica com a relação entre indicadores de participação, envolvimento e envelhecimento ativo sobre a sintomatologia depressiva. Na segunda parte, será apresentado o estudo empírico onde se explica o tipo de estudo realizado, os seus objetivos e hipóteses, os participantes, os instrumentos e os procedimentos utilizados. Depois, apresenta-se a análise de dados, os resultados e a sua discussão, bem como serão expostas as conclusões.

PARTE TEÓRICA

1 - Envelhecimento

1.1. - Envelhecimento na sociedade atual

O expressivo ritmo de crescimento da população idosa, e em particular da muito idosa, caracteriza a evolução da dinâmica populacional nos próximos cinquenta anos e representa um grande desafio (WHO, 2002). Atualmente, a propensão para morrer concentra-se tendencialmente numa faixa de idades cada vez mais estreita e mais tardia, colocando muitas questões fundamentais à sociedade portuguesa (Carrilho & Gonçalves, 2004). O crescente relevo estatístico da parcela da população com idades avançadas resultante do processo de envelhecimento demográfico, porque sem precedentes históricos, apresenta-se como uma herança para o século XXI (Rosa, 1993). Neste caso, o incremento da dimensão dos indivíduos com mais de 65 anos vai conduzir à sobrecarga do peso de uma fase do ciclo de vida: a velhice. Pese embora as transformações advindas do envelhecimento demográfico não sejam obrigatoriamente inquietantes, acabam por trazer diversas preocupações no contexto das sociedades atuais em que surgem. No mundo atual, em que predomina uma noção de velhice baseada em critérios de idade, os custos sociais decorrentes do aumento do número (absoluto e relativo) de pessoas com idade avançada, resultante do processo de envelhecimento demográfico, podem ser elevados. O envelhecer saudável transformou-se num dos grandes objetivos das populações que se projetam no tempo e aspiram a uma sobrevivência ótima (Fernandes, 2007). No entanto, uma vasta percentagem de pessoas idosas estão longe desta realidade, quer porque constituem um grupo bastante vulnerável à pobreza, especialmente as que residem em zonas rurais (Gonçalves, 2004), quer porque é nas idades mais avançadas que surgem, em maior número, determinadas incapacidades, motoras ou do foro psicológico (Gonçalves, 2003b). À medida que a esperança média de vida aumenta e a população se torna mais envelhecida, a prevalência de doenças e síndromes associados a esse envelhecimento, como as demências, tende a subir (Chester, Grande, Milberg, McGlinchey, Lipsitz & Rudolph, 2011). Ainda que o envelhecimento normal - conjunto de mudanças características de cada espécie - não esteja etiologicamente associado a doenças, pode implicar suscetibilidade a estas (Simões, 2005).

1.2. - Envelhecimento demográfico

Os resultados provisórios dos Censos 2011, referenciados ao dia 21 de março de 2011 (momento censitário), indicam que a população residente em Portugal cresceu cerca de 2%, fixando-se em 10 561 614 (INE, 2012a). A população idosa, com 65 ou mais anos, residente em Portugal é, de acordo com os resultados provisórios dos Censos 2011, divulgados a 7 de dezembro 2011, de 2,023 milhões de pessoas, representando cerca de 19% da população total. De acordo com a mesma fonte, o número de idosos aumentou cerca de 19% na última década (INE, 2012, b).

Os resultados dos Censos 2011 indicam que 15% da população residente em Portugal se encontra no grupo etário mais jovem (0-14 anos) e cerca de 19% pertence ao grupo dos mais idosos, com 65 ou mais anos de idade. O índice de envelhecimento da população é de 129, o que significa que por cada 100 jovens há hoje 129 idosos. Em 2001, este índice era de 102 (INE, 2012a). Na última década, o número de pessoas idosas a viver sozinhas (400 964) ou a residir exclusivamente com outras pessoas com 65 ou mais anos (804 577) aumentou cerca de 28%, tendo passado de 942 594 em 2001 para 1 205 541 em 2011 (INE, 2012b).

Verificou-se igualmente o agravamento do índice de dependência total que passou, na última década, de 48 para 52. Em 2011, este índice é de 52, o que significa que, por cada 100 pessoas em idade ativa existem 52 dependentes (jovens e idosos). O agravamento do índice de dependência total é resultado do aumento do índice de dependência de idosos¹, que subiu de 24 em 2001 para 29 em 2011 (INE, 2012a).

Quanto a diferenças de género, os homens morrem mais cedo do que as mulheres, ou seja, as mulheres têm maior capacidade de sobrevivência, contribuindo em primeiro lugar para esta diferença, uma vantagem biológica (Fernandes, 2007). Assim, também em Portugal a mortalidade evitável masculina é duas vezes superior à feminina (Santana, 2005). Começa, contudo, a surgir uma redução das diferenças de sobrevivência entre os sexos, um fenómeno que ocorre mais intensamente em alguns países, e que pode ser atribuído a duas ordens de fatores: maior exposição das mulheres a certos riscos a que anteriormente pouco se expunham (beber, fumar) e alteração das atitudes masculinas face aos cuidados preventivos de saúde (Fernandes, 2007). Já o comportamento da mortalidade por estados matrimoniais é variável, contudo, o casamento é favorável a uma maior longevidade (Fernandes, 2007).

Visivelmente, o traçado do envelhecimento demográfico já se «alastrou» por todo o território nacional, ou seja, a estrutura etária em todas as regiões do país evolui nesse sentido, embora a diferentes ritmos (Rosa, 1993; Carrilho & Gonçalves, 2006). Contudo, persiste alguma pluralidade na geografia do fenómeno, permanecendo, em cada momento do tempo, zonas mais envelhecidas do que outras. As assimetrias entre o litoral, com uma população mais jovem, e o interior, com a população mais idosa, mantêm-se (Carrilho & Gonçalves, 2004; Carrilho & Gonçalves, 2006; INE, 2012b). Em termos nacionais, a distribuição da população com 65 ou mais anos apresenta um padrão semelhante ao da população residente. Assim, na região Norte encontra-se 31% do total da população idosa, seguindo-se as regiões Centro e Lisboa, ambas com pesos próximos de 26%. Nas regiões do Alentejo, Algarve, Autónomas da Madeira e dos Açores encontram-se, respetivamente 9,1%, 4,4%, 2% e 1,6% dos idosos residentes no país (INE, 2012, b).

O fenómeno do duplo envelhecimento da população, caracterizado pela diminuição da superioridade da parcela mais jovem de população (com menos de 15 anos)

¹ Índice de dependência de idosos - Relação entre a população idosa e a população em idade ativa, definida habitualmente como o quociente entre: a) o número de pessoas com 65 ou mais anos e b) o número de pessoas com idades compreendidas entre os 15 e os 64 anos (expressa habitualmente por 100 pessoas com 15-64 anos) (Carrilho & Gonçalves, 2004).

comparativamente à mais idosa (com mais de 65 anos) agravou-se na última década. Nos países mais desenvolvidos, o crescimento dos níveis de sobrevivência elevados, traduzidos numa esperança de vida à nascença que se aproxima do limite máximo possível da sobrevivência média de uma geração, ultrapassaram largamente os cenários anteriormente expectados. Porém, longe vai o tempo em que a causa do envelhecimento residia exclusivamente na baixa da mortalidade. Reconhece-se, hoje, o papel preponderante das novas tendências demográficas – combinação dos efeitos derivados de uma fecundidade e de uma mortalidade baixas e aumento da imigração – que se afirmaram ao longo dos últimos anos e que têm vindo a refletir-se como novos desafios à sociedade em que vivemos. A evolução de que usufruímos, nos países alegadamente desenvolvidos, decorreu do desenvolvimento económico e social. A tudo isto há que acrescentar o incremento do acesso aos cuidados de saúde, evolução do conhecimento médico, técnicas de diagnóstico e desenvolvimento da indústria farmacêutica, garantindo profícuas condições de saúde às populações (Fernandes, 2007). Podemos dizer que são já impactos benéficos adquiridos, impensáveis há uns anos. Portugal, à semelhança dos outros países da Europa do Sul, acelerou recentemente o processo do envelhecimento, como resultado da baixa de fecundidade e do aumento da longevidade (Carrilho & Gonçalves, 2004; Carrilho & Gonçalves, 2006). Hoje em dia, o aumento da esperança média de vida decorrente dos aumentos da longevidade máxima e da idade média de morte nas melhores condições sanitárias possíveis (Bongaarts & Feeney, 2002), a desertificação e a transformação do papel da família nas sociedades modernas (INE, 2012, b), o declínio da fecundidade, com efeitos diretos na dimensão dos efetivos mais jovens, e os fluxos migratórios, internos e externos, com consequência direta e imediata na estrutura etária da população, sobretudo em idade ativa, e indireta, pelas transferências de nascimentos que originam têm um papel mais preponderante no processo do envelhecimento (Carrilho & Gonçalves, 2004). No caso da fecundidade, revela-se pouco realista supor, no presente, que os valores da descendência média venham a apresentar-se, no futuro próximo, superiores ao necessário para que se garanta a substituição de gerações.

Neste sentido, e a menos que pelo efeito de uma forte imigração se consiga travar ou inverter a tendência de envelhecimento da estrutura etária, pode esperar-se a continuidade deste processo demográfico (embora o seu ritmo possa ser variável) (Rosa, 1993). A importância e as repercussões destas novas tendências explicam em grande parte os progressos da investigação demográfica e o aumento do interesse pela demografia em Portugal. Estes fatores terão, certamente, contribuído para explicar as mudanças observadas e as diferenças que se verificam entre as regiões do país. Neste itinerário, procurámos identificar alguns determinantes sócio-demográficos a considerar numa reflexão que se pretende mais ampla e mais profícua na antecipação dos impactos do crescimento da longevidade humana.

1.3. - Envelhecimento ativo e bem sucedido

O envelhecimento populacional é um fenómeno com falta de pesquisa e ainda não foram adotadas políticas públicas relativamente a este tema nos países menos desenvolvidos (Bongaarts J. & Zimmer Z., 2002). Perante esta realidade, irrefutável, as recomendações internacionais apontam para encarar o envelhecimento das sociedades como um desafio e uma oportunidade. É necessário conhecer melhor os impactos do crescimento da esperança de vida, tendo em conta o contexto das transformações demográficas, sociais e familiares já vividas pelas gerações mais novas. Juntar idosos com idosos pode não ser a melhor opção na medida em que o relacionamento intergeracional é muito importante (Carrilho & Gonçalves, 2006). Paralelamente, e como medidas para a inclusão social, destaca-se a importância para a integração das pessoas idosas no seio da família e da comunidade, constituindo um intercâmbio de forças e potencialidades favorável a todas as partes (Gonçalves, 2003^a; Plouffe & Kalache, 2010). É preciso potenciar tanto a experiência como as capacidades das pessoas idosas de modo a dar-lhes oportunidades para intervirem na vida em sociedade (Carrilho & Gonçalves, 2006), envolvendo, também, os membros da família na prestação de cuidados, especialmente no suporte emocional e social necessário para melhorar o bem-estar dos mais velhos (Milligan, 2006). Nesta linha de pensamento, a existência de redes de apoio informal é essencial para assegurar a autonomia, autoavaliação positiva, maior saúde mental e satisfação com a vida - fatores essenciais para um envelhecimento ativo (Paúl & Ribeiro, 2011). Adicionalmente, as instituições europeias também abraçaram a estratégia do envelhecimento ativo, noção que consta já das orientações que privilegiam a participação e deixando isolar os mais velhos enquanto grupo distinto (e.g. Third Cohesion Report - European Commission, 2004; EU Employment Directive on Equal Treatment, 2000, cit. in Danson & Hardill, 2006). Assim, o Envelhecimento Ativo depende de uma variedade de influências ou determinantes que envolvem não apenas os indivíduos, mas também as suas famílias e as próprias nações (Direção Geral de Saúde, 2004). As pessoas idosas ativas e saudáveis, para além de se manterem autónomas, constituem um importante recurso para as suas famílias, comunidades e economias (WHO, 2002). Assim, a “chave de um envelhecimento bem sucedido” parece estar em manter um estilo de vida ativo (Botelho, 2005; Matsudo, 2006).

Perspetivas relativas ao envelhecimento ativo (World Health Organization [WHO], 2002) e outros conceitos semelhantes, como o envelhecimento bem sucedido (Rowe & Kahn, 1997), o envelhecimento com saúde (Bartlett & Peel, 2005) e o envelhecimento positivo (Bowling, 1993), foram desenvolvidas no sentido de dar resposta ao rápido envelhecimento populacional e ao incremento da qualidade de vida das pessoas mais velhas. Aqui parece pertinente referir o entendimento de Baltes e Baltes, (cit. In Gonçalves, Martín, Guedes, Cabral-Pinto & Fonseca, 2006) que enfatizam o papel de mecanismos de adaptação interativos, mecanismos estes que procuram a maximização dos ganhos e a minimização das perdas, através de processos de: Seleção (escolha de objetivos tendo em conta os condicionamentos resultantes do envelhecimento); Otimização (procura de maximização das condições necessárias); e Compensação (aquisição de meios para alcançar objetivos). Para estes autores, a adoção destes três mecanismos conduziria a um envelhecimento com sucesso, e consequente atraso

do surgimento de problemas de Depressão, Demência e de Esgotamento de Energias. Enquanto o envelhecimento bem sucedido e a qualidade de vida se focam na existência de um estado, por seu lado, o envelhecimento ativo consiste num processo dinâmico (Bowling, 2010). Este último conceito é mais abrangente que o conceito de envelhecimento saudável, pois para além da saúde são tomadas em conta os aspetos socioeconómicos, psicológicos e ambientais (Ribeiro & Paúl, 2011), reconhecendo que os cuidados com a saúde são importantes, mas existem outros fatores relacionados com o envelhecimento como a manutenção do bem-estar e do funcionamento (Bowling, 2010).

O paradigma de “envelhecimento ativo” foi originariamente avançado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e apresentado na Segunda Assembleia Mundial das Nações Unidas sobre o Envelhecimento, realizada em Madrid em abril de 2002, onde se definiu o envelhecimento ativo como um processo de otimização de oportunidades aos níveis de saúde, participação e segurança, de forma a alcançar qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem (WHO, 2002).

O bem-estar dos mais velhos molda-se através das perceções do sentido de pertença dos indivíduos, cujos determinantes incluem os ambientes físicos e sociais, a capacidade de autocuidado, a satisfação em serviços, o sentido de segurança, as ligações sociais e as oportunidades para atividades de lazer (Andrews & Phillips, 2005; Center for Health Promotion, 2000; Gatrell, 2002). O envelhecimento ativo requer uma pessoa ativa num mundo ativo e complexo em interação com um contexto a vários níveis: família, comunidade e sociedade (Fernández-Ballesteros, 2009). Para isso devem fortalecer-se os compromissos sociais ou até mesmo estabelecer novos vínculos, sendo que envelhecer bem está intimamente ligado com os comportamentos que se têm (Fernández-Ballesteros, 2009). O modelo de envelhecimento ativo enfatiza a responsabilidade individual em de termos da manutenção de um estilo de vida saudável e envolvimento numa preparação ao longo da vida e participação ativa. Assim, têm sido realizados alguns estudos que contribuem para dar resposta a algumas questões relacionadas com a apresentação do conceito de EA, que aparecem resumidos na tabela 1.

Tabela 1. Alguns estudos sobre o Envelhecimento Ativo

Autores	Perspetiva sobre o Envelhecimento Ativo.
Fisher (1995); Guse & Masesar (1999)	A qualidade de vida dos mais velhos não depende apenas da saúde física e psicológica mas também da moral, satisfação com a vida e envolvimento.
Fernández-Ballesteros (1999)	A ênfase recai sobre a capacitação - retoma/manutenção da atividade e alargamento da participação dos mais velhos- e não sobre a incapacidade. EA como conceito preventivo.
WHO (2002)	Processo de otimização de oportunidades aos níveis de saúde, participação e segurança.

	São determinantes do envelhecimento ativo, influenciados pelo continuum cultura-género, seis fatores: pessoais, sociais, comportamentais, económicos, ambiente físico e serviços sociais e de saúde.
Narayan (2002)	Empowerment - autopromoção individual, independência e autoconfiança - das pessoas mais velhas nas áreas biológica, psicológica e social.
Andrews & Phillips (2005)	O termo “ativo” assegura participação contínua em atividades físicas, sociais e espirituais, tendo em consideração a capacidade das pessoas à medida que envelhecem.
Chong, Ng, Woo, & Kwan (2006); Clarke & Warren (2007); Hutchinson, Yarnal, Staffordson, & Kerstetter (2008)	Fatores cruciais que permitem o envelhecimento ativo, segundo evidências empíricas, são as atividades de lazer na promoção da saúde.
Foresight Mental Capital and Wellbeing Project (2008)	O ideal do envelhecimento ativo articula os objetivos do bem-estar mental, físico e social no fim da vida, incluindo a manutenção das capacidades ao longo do ciclo de vida.
Fernández-Ballesteros (2009)	Envelhecimento ativo - funcionamento ótimo a nível físico, cognitivo, emocional motivacional e social, resultante da adaptação que ocorre ao longo da vida.
Ribeiro & Paúl (2011)	Para o envelhecimento ativo, além da saúde, consideram aspetos socioeconómicos, psicológicos e ambientais.

2 - Sintomatologia depressiva no idoso e fatores associados

1.1. - Sintomatologia depressiva

A saúde mental estabeleceu-se como uma importante componente da saúde pública. A depressão é um problema de saúde mental reconhecido que afeta muitos dos mais velhos e que tem um impacto negativo na morbilidade, mortalidade e qualidade de vida (Blazer, 2003; Snowden, 2001). Este capítulo examina a apresentação e frequência de depressão nos idosos,

os contextos em que ocorre, os fatores de prognóstico, o seu diagnóstico e os aspetos a considerar durante a avaliação e tratamento.

1.1.1. - Epidemiologia

Os dados epidemiológicos apontam para que entre 7 a 11% da população idosa sofrem de um transtorno de depressão (Navia & Ramallo, 2000). Na população geriátrica, a prevalência de depressão major varia de 1 a 4% e a de depressão minor varia de 8 a 16% (Beyer, 2007). Na população idosa, a incidência e a prevalência de depressão major duplicam entre os 70 e os 85 anos (Alexopoulos, 2005; Chapman & Perry, 2008). A depressão é menos prevalente entre os idosos do que entre os adultos mais jovens (Blazer & Hybels, 2005; Kessler et al., 2010), mas pode ter consequências relevantes (Fiske, Wetherell & Gatz, 2009). Formas menos severas podem ser frequentemente amparadas através do foco nos pensamentos e sentimentos do indivíduo e nas suas capacidades de coping, possivelmente através de uma abordagem de counselling (Slater, 1995). Já a forma mais severa de depressão - a depressão clínica - pode requerer tratamento através do medicação antidepressiva muito específica e sofisticada conjuntamente com outras formas de terapia com vista ao cessamento da espiral de pensamentos automáticos negativos (Slater, 1995).

A prevalência de sintomas depressivos é mais elevada em pacientes em regime de ambulatório, de internamento - encontrando-se taxas de depressão em doentes hospitalizados que variam de 5 a 44% - e em residentes de longo-prazo em instituições cuidadoras do que na população geral residente na comunidade (Beyer, 2007; Koenig & Blazer, 1992, cit. in Kasl-Godley, Gatz, & Fiske, 1998). Alexopoulos (2005) aponta para uma prevalência de depressão major de 12-14% em indivíduos que residem em lares de terceira idade, sendo que 17-35% apresentam depressão minor ou sintomas clínicos significativos de depressão nesse mesmo contexto.

1.1.2. - Etiologia

Existe uma série de situações stressantes associadas à depressão na população idosa (Navia & Ramallo, 2000), pelo que não é surpreendente que a probabilidade de depressão aumente com o aumento dos acontecimentos de vida negativos que ocorrem em simultâneo (Slater, 1995). A investigação sobre a velhice sugere que entre 40 a 60% dos pacientes deprimidos experimentam, pelo menos, um acontecimento de vida negativo no ano anterior ao aparecimento da sintomatologia depressiva (Navia & Ramallo, 2000). A diminuição das atividades diárias é um denominador comum no envelhecimento que, independentemente dos fatores de risco mais proeminentes do ponto de vista idiossincrático, conduz a uma sensação de incapacidade funcional (Fiske, Wetherell & Gatz, 2009). Algumas características que também parecem contribuir para o risco são a maior frequência de situações e fatores sociais

adversos como a doença física e as perda ou uma doença grave no círculo familiar e/ou de amigos (Navia & Ramallo, 2000).

Uma das situações que na velhice pode converter-se em problemática é o luto através do stress, alterações no suporte social e mudanças no estilo de vida (ex. atividade física, alimentação, higiene...) provocadas pela perda. Além disso, o luto predispõe a doenças diversas (Leturia, Yanguas, Arriola & Uriarte, 2002).

Estes fatores de stress podem atuar como precipitadores do desenvolvimento do episódio de depressão em sujeitos especialmente vulneráveis.

Alguns fatores de risco que parecem estar relacionados com a etiologia da depressão na velhice compreendem interações complexas entre fatores biológicos, fatores psicológicos, fatores existenciais e fatores sociais.

Fatores de risco relacionados com a etiologia da depressão geriátrica		
i) fatores biológicos	ii) fatores psicológicos	iii) fatores sociais
<ul style="list-style-type: none"> ✓ predisposição hereditária (Fiske, Wetherell & Gatz, 2009), ✓ doenças físicas, ✓ risco associado a lesões (Navia & Ramallo, 2000); ✓ atividade da serotonina (Navia & Ramallo, 2000); ✓ mudanças endócrinas e neurobiológicas associadas ao envelhecimento (Choi & Kimbell, 2009; Navia & Ramallo, 2000); ✓ predisposição hereditária (Fiske, Wetherell & Gatz, 2009) ✓ severidade da dor (Navia & Ramallo, 2000); ✓ Problemas ao nível do sono (Navia & Ramallo, 2000). 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ luto (Choi & Kimbell, 2009); ✓ aspetos comportamentais (Navia & Ramallo, 2000); ✓ distorções cognitivas (Navia & Ramallo, 2000); ✓ perceção escassa ou nula do controlo sobre a dor e a saúde física; ✓ Problemas ao nível do sono e nas execuções cognitivas (Navia & Ramallo, 2000); ✓ Ser cuidador primário de um familiar doente (Navia & Ramallo, 2000) 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ isolamento social (Choi & Kimbell, 2009) ✓ solidão/ viver sozinho/passar o dia sozinho (Choi & Kimbell, 2009) ✓ perdas de entes queridos (Choi & Kimbell, 2009) ✓ Falta de apoio social, ✓ falta de um confidente íntimo, ✓ falta de apoio familiar e/ou institucional (Navia & Ramallo, 2000); ✓ Défice de recursos económicos (Navia & Ramallo, 2000).

Alguns autores têm sugerido que o perfil de sintomas usualmente visto nos idosos representa um sub-tipo diferente de depressão.

A depressão, na velhice, apresenta algumas características específicas, nomeadamente o facto de existirem diferenças, na sintomatologia desta perturbação (sintomas somáticos e hipocondríacos mais frequentes), e menos antecedentes familiares de depressão e de haver uma pior resposta ao tratamento, que a distinguem da depressão das outras faixas etárias (Garcia, Passos, Campo, Pinheiro, Barroso, Coutinho, Mesquita, Alves & Sholl-Franco, 2006).

A expressão dos sintomas distinta na depressão geriátrica poderá estar relacionada com a exposição a fatores de risco também eles diferentes para esta faixa etária (Hybels, Landerman & Blazer, 2011). As pessoas mais velhas têm mais probabilidade do que as mais novas de mal interpretar os sintomas de depressão como sintomas integrantes de uma doença física (Slater, 1995). Além da confusão com a doença física, a adição alcoólica pode encobrir os quadros depressivos, que costumam aparecer quando da privação ou após-desintoxicação (Leturia, Yanguas, Arriola & Uriarte, 2002).

No passado, esta variante depressiva foi referida como depressão mascarada ou depressão somática (Kasl-Godley, Gatz, & Fiske, 1998). Mais recentemente, favorecem-se os termos: depletion syndrome e nondysforic depression que parecem capturar/captar o fenómeno com mais precisão (Kasl-Godley, Gatz, & Fiske, 1998). Atualmente, em vez do conceito de depressão mascarada utiliza-se a designação “equivalente depressivo”, que diz respeito ao facto de os pacientes apresentarem sintomas de conduta, psicológicos e somáticos, que mascaram a depressão subjacente (Leturia, Yanguas, Arriola & Uriarte, 2002). Nos idosos, o equivalente depressivo manifesta-se mais sob índole somática, refletindo-se mediante transtornos de comportamento e somatizações: alterações no funcionamento digestivo (dispepsias), dores abdominais difusas, prisão de ventre, anorexia (apesar da elevada taxa de patologia cardiovascular), astenia (fraqueza orgânica, porém sem perda real da capacidade muscular) e insónia são sintomas comuns (Leturia, Yanguas, Arriola & Uriarte, 2002). Alguns sintomas somáticos, por exemplo, fadiga, mudanças de apetite e atividade sexual podem ser reflexo de doenças físicas comórbidas ou às mudanças relacionadas com o envelhecimento normal (Kasl-Godley, Gatz, & Fiske, 1998). Contudo, outros sintomas somáticos, nomeadamente, falta de interesse, falta de energia e perturbação no sono podem ser úteis na distinção dos indivíduos mais velhos deprimidos dos não deprimidos (Fiske, Wetherell & Gatz, 2009; Kasl-Godley, Gatz, & Fiske, 1998). Os delírios são mais comuns nos idosos do que nos indivíduos deprimidos mais novos, especialmente naqueles com perturbações depressivas de início tardio (Brodaty et al., 2005; Kasl-Godley, Gatz, & Fiske, 1998). Cerca de 5 a 15% dos idosos sofrem de depressão associada a alteração funcional, uso excessivo dos recursos de saúde e aumento da mortalidade traduzido pelo aumento das taxas de suicídio e de complicações das doenças cardíacas (Snowden, Steinman & Frederick, 2008). As possíveis relações entre a doença física e a depressão são múltiplas e não mutuamente exclusivas, reforçando a importância da avaliação. A doença física pode precipitar ou prolongar as depressões; por outro lado, as depressões podem, também, interferir na condição física agravando, prolongando ou precipitando doenças físicas (Slater, 1995). A depressão pode: i) ser causada por alterações biológicas provocadas pela doença física ou pelo tratamento desta última; ii) por outro lado, a depressão pode também causar doença física, criando vulnerabilidades a nível imunitário ou conduzindo ao menosprezo do autocuidado - tal como o incumprimento das prescrições médicas; iii) a depressão pode surgir como reação ao declínio e doença física enquanto agentes stressores - como a

dor, a atividade reduzida, o défice funcional e a perceção de saúde negativa/reduzida; iv) é, ainda, possível que a depressão e a doença física coexistam independentemente (Kasl-Godley, Gatz, & Fiske, 1998). O diagnóstico de depressão condicionada por uma comorbilidade médica é feito pelo surgimento de humor depressivo ou anedonia, em pacientes que já foram diagnosticados com uma doença que está associada à depressão (Alexopoulos, 2005). A depressão associada a doenças médicas diz respeito a pacientes que desenvolvem humor triste ou diminuição de interesse/prazer em quase todas as atividades e que apresentam uma doença médica, fisiologicamente, relacionada com a depressão.

Com o envelhecimento da população, constata-se um aumento e uma prevalência elevada de doenças crónico-degenerativas que podem comprometer o funcionamento do sistema nervoso central e levar à depressão (Lima & Bueno, 2009; Stella, Gobbi, Corazza & Costa, 2002).

A associação entre doença física e depressão sugere, largamente, uma interdependência entre fatores psicológicos e biológicos, refletindo, neste particular, um processo geral de exaustão que conduz tanto à depressão como à doença física (Kasl-Godley, Gatz, & Fiske, 1998). As alterações corporais geralmente associadas a depressão major no idoso incluem hipercortisolemia, aumento da gordura abdominal, diminuição da densidade mineral óssea e aumento do risco de diabetes mellitus tipo 2 e hipertensão arterial (Alexopoulos, 2005). Esta explicação mostra-se consistente com o risco acrescido de mortalidade observado entre os idosos depressivos (Kasl-Godley, Gatz, & Fiske, 1998).

A depressão está associada com um risco de mortalidade elevado tanto em sujeitos institucionalizados e internados como em residentes na comunidade. Ser do género masculino, ter 75 anos ou mais velho, diagnóstico de depressão major com características melancólicas e psicóticas, problemas de saúde e mobilidade substanciais e prejuízo cognitivo parecem constituir fatores de risco para morte (Kasl-Godley, Gatz, & Fiske, 1998). O luto é um fator de pior prognóstico pelo risco comprovado de aumento da mortalidade de quem está de luto no primeiro ano (Leturia, Yanguas, Arriola & Uriarte, 2002). Os baixos níveis de satisfação com a vida, membros da família disfuncionais, decréscimo nas condições de saúde e uma personalidade pré-mórbida de risco são particularmente preditores de mau prognóstico (Kasl-Godley, Gatz, & Fiske, 1998).

Na maioria das vezes, as pessoas mais velhas que vivenciam episódios depressivos recuperam, apesar de poderem ocorrer recaídas (Slater, 1995). A depressão é uma forma de doença crónica devido ao seu curso recorrente e com frequentes recaídas, sendo por isso natural que seja encarada, atualmente, com um novo ênfase na gestão da cronicidade da mesma (Chen, Conwell, Xu, Chiu, Tu & Ma, 2011). Algumas pessoas têm uma história de episódios depressivos severos que têm continuidade até ao envelhecimento, enquanto para outras a severidade e frequência de tais episódios diminuem com o tempo (Slater, 1995). Porém, nem sempre a sintomatologia depressiva no envelhecimento vem em continuidade de uma história de vida com vários episódios depressivos; em mais de metade dos casos, o primeiro episódio depressivo ocorre já na velhice (Fiske, Wetherell & Gatz, 2009; Slater, 1995). Esta sintomatologia depressiva que tem início já na velhice pode ser mais persistente e difícil de tratar do que aquela que se inicia mais cedo (Slater, 1995).

É habitual ver-se comorbilidade de sintomatologia depressiva e ansiosa, tendo sido demonstrado que a apresentação clínica, o decurso e resultado do tratamento da depressão no envelhecimento são

piores perante a presença de comorbilidade ansiosa (DeLuca, Lenze, Mulsant, Butters, Karp, Dew, Pollock et al., 2005). Também os pacientes deprimidos com crenças de estigma mais vincadas relativamente à saúde mental aderem menos aos tratamentos farmacológicos (Roeloffs, Sherbourne, Unutzer, Fink, Tang & Wells, 2003; Givens, Katz, Bellamy & Holmes, 2007). A sintomatologia depressiva que não preenche critérios suficientes para diagnóstico do quadro clínico, especialmente os sintomas disfóricos, é também preditora de pior prognóstico e de mortalidade (Kasl-Godley, Gatz, & Fiske, 1998).

Contudo, dadas as perdas que podem ser experienciadas na velhice, é surpreendente que a depressão não seja ainda mais comum nesta faixa etária e a taxa de incidência não tão elevada, apesar destes obstáculos de vida, atesta, provavelmente, as estratégias de coping que as pessoas mais velhas foram desenvolvendo graças à sua experiência de vida (Slater, 1995). Compensando a crescente prevalência de certos fatores de risco nos idosos está o aumento da resiliência psicológica relacionada com o envelhecimento (Fiske, Wetherell & Gatz, 2009). Outros fatores protetores englobam os estudos académicos ao nível do ensino superior, estatuto sócio-económico elevado, envolvimento em atividades valorizadas pelos sujeitos e envolvimento espiritual e religioso (Fiske, Wetherell & Gatz, 2009). O despiste de doença física ou deterioro cognitivo específico pode ser, por si só, terapêutico (Slater, 1995).

1.1.3. - Classificação

É importante mencionar que as perturbações de humor se caracterizam por uma alteração na regulação do humor, comportamento e afeto e subdividem-se em: a) perturbações depressivas; b) perturbações bipolares e c) depressão com associação a doença médica ou a abuso de substância (Reus, 2006). Esta informação parece ser relevante para Kaplan, Sadock e Grebb (1997) que referem que é importante não considerar a Perturbação Depressiva uma perturbação do afeto (expressão externa do conteúdo emocional atual), mas sim uma Perturbação de humor (estado emocional interno mais constante de uma pessoa).

Sintomas comuns de uma perturbação depressiva envolvem sentir-se infeliz, choroso, cansado e apático, lentidão psicomotora, preocupação com o futuro, perturbação do sono, perda de interesse por atividades de mestria e prazer e perda de apetite (Slater, 1995). São ainda característicos os pensamentos e memórias negativos em detrimento de quaisquer outros, conduzindo ao exacerbar e à manutenção do estado depressivo (Fiske, Wetherell & Gatz, 2009; Slater, 1995).

A depressão no idoso define-se como a existência de síndrome depressiva, definido no «American Psychiatric Association's Diagnostic and Statistical Manual» (DMS-IV) e na «International Classification of Diseases» (ICD-10) (cf. Anexo A), em indivíduos com mais de 65 anos, que podem ter tido início antes ou depois dos 65 anos (Alexopoulos, 2005). Esta sintomatologia é mais frequente em mulheres (2-3 vezes mais que em homens) e em classes sociais médias ou altas (Leturia, Yanguas, Arriola & Uriarte, 2002).

Os efeitos da idade, das alterações cerebrais e a presença de comorbilidades influenciam o tipo de expressão da depressão e o grau de resposta ao tratamento. De seguida, são apresentados vários subtipos de depressão que podem estar presentes no idoso.

Depressão Major

Para o diagnóstico de depressão major ser feito, segundo DSM-IV-TR e o ICD-10, são necessárias a presença de humor depressivo e perda de interesse/prazer em quase todas as atividades.

Nos idosos existem características específicas para a depressão e, entre outras, destacam-se: i) preocupações somáticas (crônicas; com variações diurnas) - cansaço, alterações da digestão, vertigem, quadros dolorosos; ii) sentimento de vazio, ansiedade, perda de interesse, anedonia; iii) queixas subjetivas de deterioro cognitivo, com alterações na memória, atenção, concentração; iv) enlentecimento psicomotor/agitação psicomotora; v) insônia; vi) anorexia; vii) distímia; viii) sintomas psicóticos, na maioria congruentes com o estado de ânimo - delírios nilistas, hipocondrias, subvalorização (baixa auto estima), ruína (Leturia, Yanguas, Arriola & Uriarte, 2002). Em casos graves, podem surgir ideias de prejuízo e perseguição que não devem confundir-se com delirium secundário, com a doença orgânica ou a efeitos anticolinérgicos de alguns antidepressivos (Leturia, Yanguas, Arriola & Uriarte, 2002).

Sendo que não se produz com tanta frequência a expressão de tristeza, Gallo e colegas relataram a prevalência de depressão não disfórica ou depressão sem manifestações de tristeza observadas em idosos (Gallo et al., 1994, 1997). Traços mais comuns da depressão na terceira idade do que nos mais jovens compreendem o curso mais crônico, a maior importância dos fatores desencadeantes, aumento das formas monopulares, a intensa ansiedade ou agitação psicomotora, o predomínio de somatizações ansiosas (sobre os sintomas emocionais), os frequentes elementos paranoides e ideias de ruína e inutilidade, a maior frequência de sentimentos de culpa, as ameaças de suicídio mais escassas mas maior risco de suicídio consumado, insónias mais intensas e menos toleradas. O deficit no funcionamento intelectual é mais importante, há maior perda de apetite, menos variações diurnas de humor e diminuição do rendimento cognitivo (Leturia, Yanguas, Arriola & Uriarte, 2002).

Depressão Minor

Formas mais suaves de depressão são extremamente prevalentes em contextos clínicos bem como nos cuidados primários. Contudo, permanece por esclarecer a existência de grupos distintos entre os vários síndromes subliminares e em que medida estes se relacionam com défices, se bem que é claro a necessidade de tratamento (Backenstrass, Frank, Joest, Hingmann, Mundt, C. & Kronmüller, 2006). A depressão minor nos idosos encontra-se associada a alteração funcional e, em pacientes muito idosos poderá surgir um período de três anos antes do surgimento de depressão major (Lyness, Heo, Datto, et al., 2006). Ainda assim, comparando a depressão major e minor, os riscos são distribuídos de modo substancialmente diferente. Parece que a depressão major é mais frequentemente um exacerbar do distúrbio de humor crônico, com raízes vincadas em fatores de vulnerabilidade; por seu lado, a depressão minor é mais comumente uma reação ao stress frequentemente experienciado no envelhecimento (Beekman, Deega, van Tilburg, Smit, Hooijer & van Tilburg, 1995).

Distímia

O fundamental no diagnóstico de uma perturbação distímica em contraponto a uma perturbação depressiva major reside na cronicidade do humor depressivo, presente mais de metade dos dias, se estender pelo menos durante 2 anos (APA, 2002). De ressaltar que o diagnóstico de perturbação distímica só pode ser feito se o período inicial de 2 anos de sintomas ditímicos estiver livre de episódios depressivos major (APA, 2002). Os pacientes idosos devem cumprir os mesmos critérios, definidos pelo DSM-IV-TR, para os pacientes mais jovens.

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, paranoides e persecutórios. As alucinações são raras e tendem a ser transitórias. Os pacientes afetados apresentam, geralmente, um quadro de início subagudo, história médica prévia e familiar de depressão e disfunção da memória (Gournellis, Lykouras, Fortos, Oulis, Roumbos & Christodoulou, 2006).

Alguns pacientes com depressão psicótica têm alterações cognitivas importantes que contribuem para o desenvolvimento de alterações do humor, uma condição apelidada de pseudodemência (Alexopoulos, 2005), sendo, depois, categorizada como síndrome demencial (Green, Cupples, Kurz, Auerbach, Go, Sadovnick & Duara, 2003) (Cf. 2.3.3. Associação com a depressão geriátrica).

Depressão vascular

A doença cerebrovascular pode predispor, precipitar e perpetuar algumas síndromes depressivas nos idosos - esta afirmação baseia-se na comorbilidade dos síndromes depressivos com as lesões cerebrovasculares e com os fatores de risco cardiovasculares (Alexopoulos, 2005). A depressão vascular é vista como um sub-tipo de depressão especialmente prevalente, embora não restrita à faixa etária dos idosos. A hipótese da depressão associada com risco vascular surgiu já no início do século XX, designada por “atherosclerotic depression” (Gaupp, 1905, cit in Naarding, Breteler, Schoevers, Jonker, Koudstaal & Beekman, 2006). Esta perturbação caracteriza-se pela apresentação clínica e associação específica com o risco (cérebro) vascular e doenças cerebrovasculares (Naarding, Breteler, Schoevers, Jonker, Koudstaal & Beekman, 2006). A depressão é uma consequência importante e frequente após o enfarte (Dieguez, Staub, Bruggimann & Bogouslavsky, 2004). Cerca de 25% dos pacientes que tiveram um enfarte do miocárdio ou que se submeteram a cateterismo cardíaco apresentam depressão major e cerca de 25% vão ter depressão minor. Metade dos pacientes com doença coronária e depressão major terão tido pelo menos um episódio de depressão e, 50% na altura do cateterismo cardíaco e mantêm-se deprimidos um ano após o procedimento, exacerbando a depressão, o prognóstico das doenças médicas (Alexopoulos, 2005; Robinson, 2003). Os 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, ao contrário de fármacos que inibem a recuperação isquémica, como bloqueadores alfa-adrenérgicos, a ser evitados (Alexopoulos, 2005).

1.1.4. - Avaliação

É importante existir uma definição operativa do que se pretende avaliar (definição e delimitação do construto e do que realmente queremos medir) e das variáveis relacionadas para avaliar efetivamente (Leturia, Yanguas, Arriola & Uriarte, 2002). Para além disto, o uso de medidas para a avaliação resulta no aumento da qualidade da intervenção sobre a depressão nos cuidados de saúde primários (Unutzer, Patrick, Marmon, Simon, & Katon, 2002). De acordo com Watson e Pignone (2003), todas as escalas funcionam de forma similar, sendo que Arean e Ayalon (2005) salientam que as ferramentas de deteção como os instrumentos de autorresposta são apenas um primeiro passo no processo de avaliação da depressão. A Escala de Depressão Geriátrica (GDS) e o Beck Depression Inventories (BDI) foram avaliados na sua utilidade no rastreio de pacientes em cuidados de saúde primários (Watson & Pignone, 2003). Contudo, pelo facto de estes instrumentos terem como base uma interação entre questões estruturadas e o julgamento clínico, serão melhor administrados por técnicos com treino adequado na aplicação destes instrumentos ou com competências no âmbito da saúde mental (Arean & Ayalon, 2005).

Deste modo, a avaliação da depressão em cuidados primários não se esgota na deteção de sintomatologia depressiva assinalada, mas deve ser seguida através de uma avaliação mais meticulosa e completa e um rastreio periódico uma vez iniciado o tratamento (Unutzer, Katon, Callahan, Williams, Hunkeler, Harpole, et al., 2002). Os objetivos do diagnóstico envolvem o contraste de hipóteses explicativas às variáveis pessoais e ambientais que se podem modificar mediante tratamento (Leturia, Yanguas, Arriola & Uriarte, 2002).

Diferentes instrumentos de screening utilizados na depressão geriátrica podem envolver:

- Escala geriátrica da depressão (GDS) (Yesavage et al., 1983)

É uma escala única criada especificamente para a população idosa. A GDS dá informação sobre a forma como o paciente vive as situações problema. Esta escala - GDS - tem 30 itens, realiza-se/aplica-se com facilidade uma vez que o seu formato de resposta é do tipo SIM/NÃO. Nesta escala, a pontuação de corte situa-se nos 14 pontos, fator que denota a presença de depressão. Apresenta validade e fiabilidade adequadas, considerando-se, portanto, ser de grande utilidade na prática clínica (Navia & Ramallo, 2000). Os itens presentes nesta escala não são os critérios de depressão major do DSM-IV-TR mas sim uma lista de questões que os investigadores, com base na sua experiência clínica, acreditaram estar mais relacionados com a depressão geriátrica (Roman & Callen, 2008). Ao contrário de outras escalas de depressão, a GDS não engloba questões relacionadas com queixas somáticas que poderão causar falsos negativos, uma vez que estas queixas podem ser ambíguas.

A GDS com 30 itens permanece inalterada desde 1983 e tornou-se o instrumento mais frequentemente usado por investigadores e clínicos no diagnóstico da depressão. Verificou-se, também, a sua utilidade para avaliar a depressão em pacientes com demência leve ou moderada, recomendando-se que se administre através de algum profissional em vez de ser autoadministrada (Navia & Ramallo, 2000). Existe, ainda, o formato em versão reduzida com apenas 15 questões. A versão reduzida com 15 itens tem uma menor sensibilidade e especificidade que a de 30 itens, não sendo tão eficaz no diagnóstico de depressão minor quanto esta última (Roman & Callen, 2008; Edwards, 2004).

- The Center for Epidemiological Studies Depression scales (CES-D; Radloff, 1977)

Ao ser comparada com o inventário de Beck, a CES-D sugeriu uma maior sensibilidade nas variações da sintomatologia depressiva por apresentar uma maior heterogeneidade de respostas na população em geral (Gonçalves & Fagulha, 2003). Composta por 4 fatores: i) Humor depressivo (desânimo, depressão, solidão, tristeza); ii) Humor positivo (estar bem, esperançado, feliz, alegre); iii) Sintomas somáticos e perda de energia ou atividade (perda de apetite, perda do sono, perda de energia); e iv) Interpessoal (hostil, desagradado) distribuídos em 20 itens com 4 opções de resposta tipo likert (Gonçalves & Fagulha, 2004). A sua estrutura pouco extensa é um benefício às condicionantes de tempo, possibilitando a sua aplicação em entrevistas breves (Radloff, 1977). Foi estudada a sua adequação à população portuguesa com idade igual ou superior a 65 anos, tendo-se revelado uma escala com boas características psicométricas, sendo um ajustado instrumento de rastreio de sintomas depressivos na população idosa (Loureiro, 2010).

- IACLIDE – Inventário de Avaliação Clínica da Depressão (Vaz Serra, 1994)

Esta escala foi desenvolvida a partir de amostras da população portuguesa com a finalidade de rastrear a presença e gravidade de sintomas depressivos (Vaz Serra, 1995). O Inventário de avaliação clínica da depressão compreende 23 questões destinadas a avaliar quatro dimensões do funcionamento depressivo: i) biológica, ii) cognitiva; iii) interpessoal e iv) desempenho na tarefa (Vaz Serra, 1995). O IACLIDE foi avaliado em relação à validade concorrente, onde apresentou bons resultados e foi submetido a análise fatorial da qual saturaram 5 fatores: distinção entre depressão endógena e reativa, relação perturbada do indivíduo consigo próprio, constelação suicida, personalidade apelativa e transtornos do sono (Vaz Serra, 1995). O autor do inventário (1995, p. 187) salienta que “a circunstância de não ser influenciado pelas diferenças de género e de idade torna-o um indicador universal da depressão, aplicável (...) a pessoas de diferentes idades”.

- Inventário de Depressão de Beck (I.D.B., Beck, Ward, Mendelson, Mock & Erbaugh, 1961) na versão portuguesa de Vaz Serra (1972; Vaz Serra & Abreu, 1973)

O I.D.B. é um inventário constituído por 21 itens, construído para medir a gravidade da depressão em adolescentes e adultos (Nezu, Ronan, Meadows & McClure, 2000). Embora o Inventário não tivesse sido originalmente criado para detetar a presença de síndromas depressivas em populações normais, tem sido usado para esse fim desde há muitos anos (Nezu, Ronan, Meadows & McClure, 2000). O INVENTÁRIO de DEPRESSÃO de BECK (BDI) é, sem dúvida, o mais utilizado para avaliar a gravidade da depressão na idade adulta, estando também validado para a população idosa (Navia & Ramallo, 2000). Os itens que compõem o inventário foram escolhidos tendo como base a observação clínica e a descrição feita por doentes psiquiátricos deprimidos, tendo sido agrupados em 21 itens/sintomas medidos numa escala de quatro pontos (0- inexistente; 1- leve; 2- moderado; 3- grave) (Nezu, Ronan, Meadows & McClure, 2000; Vaz Serra & Abreu, 1973). Na versão portuguesa de Vaz Serra e Abreu (1973), foram introduzidas algumas variações em relação à versão original. Assim, alguns dos grupos sintomatológicos (itens) têm mais de quatro alternativas de resposta, isto acontece porque algumas delas são equivalentes, permitindo uma maior variabilidade de escolha (Vaz Serra & Abreu, 1973).

No entanto, considera-se que a GDS pela sua facilidade de aplicação devido ao seu formato SIM/NÃO e por não incluir itens somáticos pode ser de maior utilidade para avaliar a gravidade da depressão nestas idades (Navia & Ramallo, 2000).

Apesar de os critérios diagnósticos do DSM-IV-TR e CID-10 serem bastante claros e fiáveis, na avaliação diagnóstica da pessoa mais velha deprimida é relevante determinar as respostas motoras, cognitivas e fisiológicas que aparecem perturbadas, analisar sob que circunstâncias ocorrem e as consequências que daí derivam (Leturia, Yanguas, Arriola & Uriarte, 2002). Neste sentido, apesar de as escalas psicométricas serem bastante precisas na deteção de depressão no envelhecimento, nos cuidados de saúde primários, uma avaliação mais extensa é frequentemente útil (Areal, & Ayalon, 2005).

Assim, sugere-se atender a inúmeros fatores (sempre em relação ao padrão de normalidade anterior do sujeito), como: i) comportamentos que aumentaram ou diminuíram de frequência ou intensidade desde o início da depressão (sair, comer, desejo sexual, chamadas telefónicas,...); ii) Mudanças no ambiente que possam ter determinado uma diminuição de reforço (viuvez, reforma, mudança de residência dos filhos para longe...); iii) Estímulos discriminativos (situações sociais como o trabalho /reuniões familiares...); iv) Aumento de estímulos aversivos (problemas económicos, doenças...); v) Instauração de programas de reforços muito exigentes (ex. quando alguém é muito auto exigente e tudo deve estar perfeito); vi) Pensamentos de Inutilidade, Auto desprezo, Atribuições de desânimo aprendido, Erros de lógica; vii) Presença de ideias ou tentativas de suicídio; viii) Existência de episódios depressivos prévios (Leturia, Yanguas, Arriola & Uriarte, 2002).

Em relação às variáveis relacionadas com a depressão geriátrica, é conveniente ter em mente a importância de levar a cabo um diagnóstico diferencial relativamente a demência, ansiedade e a outras perturbações ou doenças somáticas (Leturia, Yanguas, Arriola & Uriarte, 2002). Staab, Datto, Weinrieb, Gariti, Rynn e Evans (2001) desenvolveram um modelo de avaliação compreensiva considerado útil no contexto das limitações temporais a que os cuidados primários se veem consternados. Esta abordagem pretende compreender a inclusão de instrumentos de rastreio breve periódico da depressão, avaliando, de forma combinada, ansiedade, abuso de substâncias, psicose, perturbações somatoformes e alimentares, de modo a despistar quaisquer sintomas comórbidos uma vez iniciada a intervenção na sintomatologia depressiva.

1.1.5. - Diagnóstico e sub-diagnóstico

Apesar dos desafios perturbadores e mudanças que caracteristicamente acompanham a idade avançada, a maioria dos adultos mais velhos adapta-se bem e evidencia uma boa saúde mental (Kasl-Godley, Gatz, & Fiske, 1998). Porém, a sintomatologia depressiva que não preenche critérios para depressão major é comum entre os mais velhos (Dozeman et al., 2010; Podewils & Lyketsos, 2002; Siepmann, Grossmann, Muck-Weymann & Kirch, 2003) sendo as consequências da mesma similar à da depressão major (Millan-Calenti et al., 2010; Podewils & Lyketsos, 2002; Siepmann, Grossmann, Muck-Weymann & Kirch, 2003). Contudo, a depressão na população idosa é recorrente e frequentemente sub-diagnosticada e sub-tratada (Hell, 2006; Lima, Silva & Ramos, 2009), principalmente ao nível dos cuidados de saúde primários - uma pequena minoria é diagnosticada com perturbações depressivas, sendo a percentagem que experiencia sintomas de depressão de algum modo superior (Buckley & Lachman, 2007; Kasl-Godley, Gatz, & Fiske, 1998).

Num estudo de Kessler, Birnbaum, Shahly, Bromet, Hwang e McLaughlin (2010), encontraram-se sintomas de depressão clinicamente relevantes em 6,1% dos idosos sem demências, residentes nas comunidades. Esta percentagem é duplamente mais elevada do que o previsto para a prevalência de depressão major no envelhecimento. A depressão e outras perturbações mentais podem estar subestimadas no envelhecimento porque os estigmas associados a esta faixa etária conduzem muitas pessoas idosas a minimizar relatos de tristeza ou anedonia e a atribuir outros dos sintomas de depressão a causas da saúde física (Gallo, Anthony & Muthén, 1994; Knauper & Wittchen, 1994, cit. in Gallo, Bogner, Morales, Post, Lin, & Bruce, 2007). Por outro lado, a frequente apresentação atípica da sintomatologia depressiva na velhice (Navia & Ramallo, 2000) parece dificultar o reconhecimento da mesma.

A prevalência relatada de sintomas depressivos ligeiros em idosos residentes na comunidade, i.e. não institucionalizados, varia entre 15%-20% (Blazer & Williams, 1980; Macdonald, 1997) apesar de a prevalência da depressão major ser “apenas” de 2%-5% (Blazer & Williams, 1980). A grande maioria das pessoas mais velhas, aproximadamente 80%, que sofre de sintomas depressivos não recebe nenhum tratamento (Perez-Stable, Miranda &

Munoz, 1990). Leitner e Leitner (2012) revelam que o “Demographic Summary of Adults Aged 65 and Over in the U.S.” apura, quanto ao bem-estar psicológico, que 12%-30% dos idosos estão sós e 10-25% têm sintomatologia depressiva clinicamente significativa.

A sintomatologia depressiva no envelhecimento, mesmo a que não é suficiente para preencher critérios de depressão major, está associada com consequências adversas na saúde e tem um impacto nos sistemas de saúde (Meeks, Vahia, Lavretsky, Kulkarni & Jeste, 2010). No momento presente, existe um aumento do interesse no recurso aos cuidados de saúde primários para tratamento da depressão, essencialmente porque a maioria dos indivíduos depressivos consulta o clínico de medicina geral e familiar (médico de família) durante o curso do episódio depressivo (Coyne, Fechner-Bates & Schwenk, 1994). Este interesse intensifica-se no envelhecimento: a maioria dos idosos não recorre aos serviços especializados em saúde mental, preferindo recorrer e tratar-se através dos cuidados primários (Dwight-Johnson, Sherbourne, Liao & Wells, 2000; Areán, Hegel & Reynolds, 2001), provavelmente pelo estigma associado aos primeiros e não aos últimos (Roeloffs, Sherbourne, Unutzer, Fink, Tang & Wells, 2003).

Apesar do papel potencialmente elevado dos cuidados de saúde primários na gestão da depressão, são baixos os níveis de deteção e tratamento da depressão em contexto de cuidados primários (Kilbourne, Schulberg, Post, Rollman, Belnap & Pincus, 2004). Um conjunto de barreiras contribuem para o sub-diagnóstico e a gestão menos eficaz da sintomatologia depressiva nos cuidados primários. No que ao paciente se refere, a comorbidade e a relutância em falar na sintomatologia depressiva, da parte do clínico, a falta de conhecimentos e competências e, relativamente ao contexto, o período de tempo curto das consultas e o insuficiente acesso a recursos específicos da saúde mental são impedimentos cruciais à deteção precoce e intervenção sobre os sintomas depressivos (Nutting, Rost, Dickinson, Werner, Dickinson, Smith & Gallovic, 2002; Kassianos, 2006). A consciencialização limitada dos pacientes no se refere à depressão e às suas manifestações frequentes através de sintomas físicos é uma barreira ao diagnóstico eficiente desta perturbação (Kassianos, 2006; Lapid & Rummans, 2003; Nutting, Rost, Dickinson, Werner, Dickinson, Smith & Gallovic, 2002; O’Conner, Rosewarne, & Bruce, 2001). É pouco provável que os idosos pacientes nos cuidados de saúde primários confirmem sintomas afetivos de depressão como tristeza ou distímia, sendo mais provável que afirmem sentir sintomas como fadiga, distúrbio do sono e anedonia (Areán & Miranda, 1997; Norris, Arnau, Bramson, & Meagher, 2003). Mais de 80% dos pacientes com perturbações depressivas e ansiosas diagnosticáveis apresentam-se com queixas somáticas, o que pode dificultar a capacidade do médico de família reconhecer e diagnosticar depressão ou ansiedade (Tylee & Gandhi, 2005).

Por outro lado, a prevalência de psicopatologia pode ver-se inflacionada pela atribuição dos sintomas de doença física, efeitos secundários da medicação ou tratamento à depressão (Gallo, Bogner, Morales, Post, Lin, & Bruce, 2007). Idosos pacientes assíduos dos cuidados de saúde primários atingem pontuações mais baixas nas escalas de depressão do que idosos residentes na comunidade que não consultam ou frequentam menos assiduamente os cuidados

de saúde primários e do que idosos institucionalizados em cuidados especiais (Klapow, Kroenke, Horton, Schmidt, Spitzer & Williams, 2002; Yates, Mitchell, Rush, Trivedi, Wisniewski, Warden, et al., 2004). Mais ainda, pacientes idosos que consultam habitualmente os cuidados de saúde primários tendem a relatar mais prejuízo funcional associado à depressão do que os idosos residentes na comunidade (Yates, Mitchell, Rush, Trivedi, Wisniewski, Warden, et al., 2004).

Para os clínicos de medicina geral e familiar, o conhecimento e as competências parecem influenciar o reconhecimento e gestão apropriada da depressão (Williams, Rost, Dietrich, Ciotti, Zyzanski & Cornell, 1999). Clínicos de medicina geral e familiar que demonstram melhor conhecimento conceptual da doença mental também demonstram mais eficiência no diagnóstico. Alguns clínicos podem ter falta de treino adequado em saúde mental e, nesse sentido, podem sentir-se desconfortáveis no trabalho com idosos depressivos (Glasser & Gravda, 1997). As crenças e atitudes específicas que os clínicos gerais possuem relativamente à depressão também parecem ter um impacto no seu diagnóstico e terapia. Durante a sua investigação, em cuidados de saúde primários na China, Chen, Conwell, Xu, Chiu, Tu e Ma (2011) desvendaram que os médicos da área dos cuidados primários não diagnosticam ou tratam pacientes com depressão. Quando estes clínicos reconhecem casos potenciais de depressão sugerem aos pacientes que estes visitem um especialista em saúde mental. Acrescendo às barreiras dos pacientes e dos técnicos, surgem barreiras do contexto. Os cuidados de saúde primários são um sistema extremamente exigente, pelo que os técnicos observam tipicamente 100 pacientes por semana e geralmente possuem entre 10 a 15 minutos para gerir um conjunto de condições de saúde. Estas características raramente permitem o tempo necessário para avaliar com precisão e tratar a depressão nos pacientes mais velhos (Unutzer, Katon, Callahan, Williams, Hunkeler, Harpole, et al., 2002).

Apesar do melhoramento do diagnóstico, mas, tendo em conta as dificuldades ainda existentes deve-se ter um especial cuidado no ato de realização do diagnóstico. Segundo Stella, Gobbi, Corazza e Costa (2002), este deve abranger uma anamnese detalhada, um exame psiquiátrico minucioso, um exame clínico geral, uma avaliação neurológica, uma identificação de efeitos adversos de medicamentos, exames laboratoriais e neuroimagem. Os cuidados de saúde primários são um domínio promissor para a gestão da depressão no envelhecimento, contudo, a sua eficácia deve ser testada empiricamente (Chen, Conwell, Xu, Chiu, Tu & Ma, 2011) e a pesquisa deve ser levada a cabo no contexto específico de que falamos, com os pacientes e os clínicos específicos. Torna-se, também, crucial que os médicos de família priorizem o reconhecimento da sintomatologia depressiva no idoso e o tratamento da mesma (Klapow, Unroe & Unutzer, 2003).

Parece clara a defesa da intervenção psicológica frente à farmacológica, sendo diversos os motivos dessa defesa. A igualdade dos resultados obtidos em alguns estudos com estes dois tipos de intervenção beneficia a intervenção psicológica que não apresenta os graves inconvenientes associados aos psicofármacos na velhice (incompatibilidade com outros fármacos, efeitos secundários,...). De facto, estes sujeitos tendem a apresentar uma boa

resposta aos tratamentos psicológicos, encontrando-se taxas de recuperação semelhantes às obtidas com adultos mais jovens (Navia & Ramallo, 2000). Também os cuidados em colaboração, que interligam os cuidados primários e a especialidade de saúde mental, se mostraram eficazes no tratamento da depressão nos idosos (Chen, Conwell, Xu, Chiu, Tu & Ma, 2011).

1.2. - Ideação suicida no idoso

1.1.1. - Epidemiologia

O suicídio é a oitava causa de morte (Hoyert, Kochanek & Murphy, 1997), representando um problema de saúde pública importante. Os idosos são substancialmente sobrerrepresentados nas taxas de prevalência, contando com 20% dos suicídios apesar de representarem apenas 13% da população (Roff, 2001). É importante referir que as taxas de suicídio encontradas em idosos são quase o dobro das que se verificam nas restantes faixas etárias (Chapman & Perry, 2008). É comum cair-se na falácia de que as taxas de suicídio são mais elevadas nos mais jovens (Domino, 1991; Roff, 2001). Sentimentos de preocupação com a vida, desejos de morte e cognições relacionadas com o suicídio são pensamentos raros nos idosos com saúde mental (Skoog, Aevansson, Beskow, Larsson, Palsson, Waern, Landahl & Ostling, 1996), mas quando ocorrem, podem estar a sinalizar um primeiro passo face ao suicídio (Waern, Beskow, Runeson & Skoog, 1999). Apesar de as taxas de suicídio nos idosos estarem a decair, estas ainda são mais elevadas do que nos adultos mais jovens e mais fortemente associadas com a depressão (Fiske, Wetherell & Gatz, 2009). Em todo o mundo, os adultos mais velhos são o grupo etário com risco de suicídio mais elevado, excedendo em muito as taxas de suicídio em grupos mais novos (Bongar, 2002; Yip, Chi, Chiu, Wai, Conwell, & Caine, 2003). Nos Estados Unidos da América, os idosos, especialmente os homens, são o grupo com uma taxa de suicídio mais elevada do que qualquer outro grupo etário (Bhar & Brown, 2012; Kasl-Godley, Gatz, & Fiske, 1998). Para além daqueles que morrem, existem muitos outros que fazem tentativas contra as suas próprias vidas, ou que têm pensamentos destrutivos nesse sentido (Yip, Chi, Chiu, Wai, Conwell, & Caine, 2003). A incidência do suicídio aumenta progressivamente com a idade, sendo que no género masculino é consistentemente superior à do género feminino: a diferença entre géneros é de 6 homens para uma mulher aos 65 anos e de mais de 12 homens para uma mulher aos 85 anos (Slater, 1995). Também em relação aos meios utilizados para terminar com a vida existem diferenças entre homens e mulheres: os homens utilizam meios muito mais violentos e as taxas mais elevadas de uso destes meios dizem respeito à faixa dos 75 anos ou mais (Slater, 1995). Enquanto as tentativas de suicídio são menos comuns nos idosos, os suicídios efetivos são muito mais prevalentes nesta faixa etária (Mitchell, Garand, Dean & Taylor, 2005).

No caso dos pacientes mais velhos que podem, com frequência, falar sobre a morte ou sobre morrer (Szanto, 2003), avaliar o risco de suicídio torna-se, ainda mais, um desafio. A avaliação do risco de suicídio nos idosos é desafiante devido à complexidade e variabilidade

de fatores protetores e de risco que podem ser considerados para a ideação suicida. A consideração de tal risco no envelhecimento pode ser ainda mais complexa visto que os idosos podem ser mais relutantes em revelar a sua ideação suicida ao clínico (Conwell, Duberstein, Cox, Herrmann, Forbes & Caine, 1998), ou podem não estar perceptíveis métodos autodestrutivos indiretos (como falhas na adesão à medicação e a outras prescrições terapêuticas) como tentativas de pôr termo à vida (Nelson & Farberow, 1980). Por mais dramático que se afigure, deve ser notificado que as taxas de suicídio entre os idosos são drasticamente sub-relatadas por uma variedade de razões. A causa efetiva de falecimento pode ser muito mais difícil de determinar com os idosos (Roff, 2001). Os mais velhos podem tomar uma overdose de medicação prescrita, falhar na toma de medicação essencial, deixar-se morrer à fome, misturar medicações com fim letal e ter “acidentes” com o álcool que são de facto, atos fatais (Butler & Lewis, 1995; Glass&Reed, 1993; Osgood, 1991; Osgood, 1992). Nos idosos é pouco provável a expressão direta da ideação suicida e o desencadear de tentativas de suicídio e comportamentos autolíticos não letais - este grupo etário é mais eficaz e utiliza métodos mais fatais na execução da ideação autolítica do que os mais novos (Bongar, 2002; Kasl-Godley, Gatz, & Fiske, 1998; Slater, 1995). Explicações adicionais que são fornecidas para o sub-relato do suicídio dos idosos incluem evitar a estigmatização por parte da família, destruição deliberada de provas pela família, benefícios oriundos dos seguros de vida e investigações menos vigorosas por parte das autoridades dada a idade das vítimas (McIntosh, Santos, Hubbard & Overholser, 1994). Algumas investigações já identificaram uma série de pistas que podem servir como aviso para os profissionais de saúde e familiares de que o idoso está a contemplar a possibilidade de suicídio. Osgood (1985, cit. In Roff, 2001) divide essas pistas em quatro categorias: verbal, comportamental, situacional e sindromática. As pistas verbais incluem o suicídio ameaçado, o verbalizar despedidas e expressar sentimentos de desesperança ou falta de valor. As pistas comportamentais incluem tentativas de suicídio anteriores, o desfazer-se das suas posses de valor, comportamentos autodestrutivos aumentados e isolamento. As pistas situacionais envolvem mudanças e perdas que ocorrem durante o processo de envelhecimento. As pistas sindromáticas são os síndromes psicológicos relacionados com o suicídio, incluindo depressão, ansiedade, agitação, culpa, dependência, rigidez, impulsividade e isolamento (Osgood, 1985, cit. In Roff, 2001). Pensa-se, muitas vezes, que aqueles que cometem ou tentam cometer suicídio, em muitos países, virtualmente não procuraram nem frequentaram serviços de saúde mental. No entanto, Conwell (1994) nos Estados Unidos da América e Vassilas e Morgan (1994), no Reino Unido, verificaram que mais de 70% dos idosos que haviam cometido suicídio tinham visitado o clínico de medicina geral e familiar, inclusivamente no mês em que o haviam cometido. No estudo de Waern, Beskow, Runeson e Skoog (1999) verificou-se uma correlação positiva entre os níveis mais elevados de ideação suicida verificados pelos clínicos de medicina geral e familiar e a ideação suicida percebida pelos próprios idosos, indicando que os paciente mais velhos podem estar disponíveis para discutir o tema da suicidalidade quando o tema é abordado. De referir as conclusões de Waern, Beskow, Runeson e Skoog (1999) entre aqueles que tinham efetuado

tentativas de suicídio no ano anterior, sete em cada quinze indivíduos tinham comunicado oralmente os seus sentimentos suicidas ao seu médico de família, meses antes da T.S.. Todos os pacientes do estudo de Waern, Beskow, Runeson e Skoog (1999) que haviam expressado sentimentos de ideação suicida, mesmo quando tinham manifestado apenas sentimentos moderados de preocupação com a vida e desejos de morte, tinham a prescrição de antidepressivos.

Os fatores de risco para o suicídio nos idosos são distintos dos de grupos etários mais jovens e incluem a morte recente de alguém amado, doença física, percepção de saúde empobrecida, dor incontrolável ou medo de doença prolongada, isolamento social e solidão, mudança substancial nos papéis sociais e depressão (comumente depressões não diagnosticadas) (Mitchell, Garand, Dean & Taylor, 2005). São fatores de risco para o suicídio nos idosos as perdas, a solidão, as ofensas à autoestima, à imagem corporal e ao envelhecimento e as perturbações depressivas (Achte, 1988, cit in Bongar, 2002). De salientar, no que toca à necessidade de prevenir o suicídio restringindo os fatores de risco, que o acesso a meios autolíticos poderá ser um fator a travar. No estudo de McIntosh (2003), 60% dos homens e 33% das mulheres que completaram suicídio usaram armas de fogo, enquanto que 3% dos homens e 33% das mulheres completaram o suicídio através de sobredosagem medicamentosa.

Níveis elevados de isolamento social e redes de suporte social pobres encontram-se, também, relacionadas com ideação suicida nos idosos (Alexopoulos, Bruce, Hull, Sirey & Kakuma, 1999).

De acordo com o modelo cognitivo do suicídio (Wenzel, Brown, & Beck, 2009), as crises suicidas são muitas vezes precipitadas por estados de elevada desesperança. A desesperança é um dos mais fortes preditores de suicídio futuro em idosos (Uncapher, Gallagher-Thompson, Osgood & Bongar, 1998; Beck, Brown, Berchick, Stewart & Steer, 2006). Os pacientes idosos com ideação suicida têm percepções de possuir fraca competência para resolução de problemas (Dixon, Heppner, & Anderson, 1991). De modo consistente com esta informação, verificou-se que o sentido subjetivo de incompetência contribui para a depressão, desesperança e ideação suicida dos pacientes idosos (Wenzel et al., 2009). Resumindo, de acordo com o modelo, o suicídio é o culminar da percepção pessoal de incompetência na resolução de problemas e coping.

Por outro lado, em algumas ocasiões, o suicídio pode parecer uma resposta racional perante circunstâncias incontroláveis, como aquelas produzidas por uma forma terminal de cancro, neste caso o suicídio pode ser uma forma de recuperação do controlo pessoal - uma forma de coping dignificante (Slater, 1995). Pode, muitas vezes, ser o caso de os sujeitos com mais necessidade de ajuda serem aqueles que têm mais dificuldade em obtê-la (Slater, 1995). Apesar destas elevadas taxas de suicídio nos idosos, e o facto de muitas das mortes por suicídio serem prematuras e passíveis de evitar, a pesquisa empírica e os meios clínicos para lidar com o suicídio nos mais velhos permanecem muito limitados (Pearson & Brown, 2000). Existe uma necessidade urgente de identificação de intervenções efetivas para redução dos

fatores de risco associados com o suicídio nos idosos (Bhar & Brown, 2012). Apesar de epidemiologicamente ser conveniente falar dos idosos como um grupo homogêneo, uma avaliação correta do risco de suicídio deve englobar sempre a avaliação dos mais velhos a partir de uma perspectiva idiossincrática (Achte, 1988, McIntosh, 1988, Morgan 1989, citados in Bongar, 2002). Atendendo à intervenção sobre um problema constituído há que salientar que o coping atua sobre o que já se passou e está instalado, enquanto a prevenção é melhor (mais eficaz) do que esta “cura” e do que a atuação posterior sobre o problema (Slater, 1995). O coping preventivo envolve olhar para o futuro, questionar se o estado atual é inevitável, antecipar alguns possíveis problemas, planejar a mudança e aceitar que a pessoa tem alguma responsabilidade pelo que lhe acontece (Slater, 1995). A maioria dos idosos que cometem suicídio visita os seus médicos de família no período dos meses antecedentes ao suicídio, sendo que mais de um terço dos idosos que se suicidam terão consultado este clínico no período de uma semana anterior ao suicídio (Alexopoulos, Bruce, Hull, Sirey & Kakuma, 1999). Neste sentido, uma avaliação adequada do risco de suicídio é fundamental, as medidas protetoras podem prevenir e impedir o suicídio (Alexopoulos, Bruce, Hull, Sirey & Kakuma, 1999).

Os motivos para o incremento das taxas de suicídio nos mais velhos permanecem sem explicação (Slater, 1995). O aumento da informação e conhecimento público relativo à demência de tipo Alzheimer podem ser um fatores, mas o mais provável é remeter para a redução dos recursos com que cada idoso pode contar para o ajudar a lidar com as dificuldades - coping - ou efetivamente com a mudança das circunstâncias em que se encontram (Slater, 1995). Ao olhar para o nosso futuro, quantos de nós nos questionamos sobre a necessidade que iremos ter de suporte - formal ou informal - que nos auxilie a lidar com a ansiedade. A depressão, a doença e a dor, o ambiente físico pobre, as atitudes e valores dos outros irão ter implicações na nossa qualidade de vida e no envelhecimento.

1.1.2. - Associação entre ideação suicida e sintomatologia depressiva no envelhecimento

A depressão entre os idosos é muito negligenciada e não tratada no seio da comunidade e está independentemente associada com um risco de morte incrementado (Bruce & Leaf, 1989; Penninx, Geerlings, Deeg, van Eijk, van Tilburg & Beekman, 1999; Schulz, Drayer & Rollman, 2002). Apesar da maioria dos idosos deprimidos não cometer suicídio, muitos idosos que cometem suicídio estão deprimidos (Kasl-Godley, Gatz, & Fiske, 1998). A depressão nos adultos mais velhos associa-se a incremento do risco de suicídio (Turvey, Conwell, Jones, Phillips, Simonsick, Pearson & Wallace, 2002) e mortalidade (Schoevers, Geerlings, Beekman, Penninx, Deeg, Jonker & Van Tilburg, 2000). Os pensamentos suicidas no envelhecimento estão muito correlacionados tanto com a depressão como com a doença física (Conwell, Duberstein & Caine, 2002). A depressão e os sintomas depressivos severos relatados são um dos mais comuns fatores de risco para o suicídio nos idosos (Conwell, Duberstein, & Caine, 2002; Westheide, Quednow, Kuhn, Hoppe, Cooper-Mahkorn, Hawellek, Eichler, Maier &

Wagner, 2008). Uma percentagem tão elevada como a de 75% das pessoas que cometem suicídio sofrem de depressão (Slater, 1995). No estudo de Yip, Chi, Chiu, Wai, Conwell e Caine (2003), mais de 30% dos idosos indicaram, a familiares, o desejo de morrer. Contudo, os membros da família falham na resposta às necessidades e não levaram estes desejos suficientemente a sério para procurar a ajuda de profissionais de saúde. O objetivo fundamental do estudo de Alexopoulos, Bruce, Hull, Sirey e Kakuma (1999) foi determinar que características clínicas poderiam ser utilizadas para avaliar o suicídio em 354 pacientes depressivos idosos com idades compreendidas entre os 61 e os 93 anos; os resultados demonstram que em pacientes idosos a depressão severa, o fraco suporte social e história de tentativas de suicídio graves representam um elevado potencial para cometer suicídio (Alexopoulos, Bruce, Hull, Sirey & Kakuma, 1999). No estudo de 2003, de Yip, Chi, Chiu, Wai, Conwell e Caine, com 917 idosos participantes, cujas idades variavam de 60 a 98 anos, 116 sujeitos pontuaram na GDS acima do ponto de corte para depressão. Destes, 25.9% apresentava ideação suicida. Já no que diz respeito aos sujeitos não deprimidos, apenas 2.5% apresentavam ideação suicida (Yip, Chi, Chiu, Wai, Conwell & Caine, 2003). A medida de ideação suicida utilizada derivou de 6 itens da Geriatric Mental State Examination-Version A (GMS-A) (Copeland & Dewey, 1991, cit. in Yip, Chi, Chiu, Wai, Conwell & Caine, 2003), uma entrevista semiestruturada desenvolvida para idosos. Estudos com autopsias psicológicas descobriram que as perturbações depressivas (Conwell et al., 2002; Conwell, Duberstein, DiGiorgio, Cox, Forbes & Caine, 2001; Waern, Runeson, Allebeck, Beskow, Rubenowitz, Skoog & Wilhelmsson, 2002; Harwood, Hawton, Hope & Jacoby, 2001; Conwell & Duberstein, 2005) e histórias de vida de perturbações de humor (Beautrais, 2002) são os diagnósticos mais comuns em idosos vítimas de suicídio.

Osgood e Thielman (1990, cit in Bongar, 2002) defendem que o reconhecimento precoce da depressão e outras perturbações mentais subjacentes ou comórbidas é essencial para a prevenção do suicídio nos idosos. A fonte lógica para estas intervenções são os médicos, dado que os idosos que cometem suicídio frequentemente visitaram um clínico num intervalo de tempo pequeno antes de, efetivamente, cometerem suicídio (Kasl-Godley, Gatz, & Fiske, 1998). A abordagem mais promissora no trabalho com indivíduos suicidas com perturbações depressivas é seguir a severidade depressiva com tratamento efetivo para a depressão. Assim, a identificação, prevenção e tratamento da depressão são considerados prioritários para a prevenção do suicídio no envelhecimento (Conwell, Duberstein & Caine, 2002; Lebowitz, Pearson, Schneider, Reynolds, Alexopoulos et al., 1997; Pearson & Brown, 2000).

1.3. - Associação entre envelhecimento ativo e sintomatologia depressiva no envelhecimento

Pesquisas interdisciplinares recentemente publicadas focam-se nas tarefas de lazer e estilos de vida ativos (Henderson & Bialeschki, 2005), contudo, o desenvolvimento de corpo de pesquisa sobre o lazer e a sua relação crítica com a saúde mental necessita ser, ainda mais, explorado. Um dos principais temas presentes na literatura da depressão (e.g., Beals & Peplau, 2005; Dowrick, 2004; Harris, 2001; Harris, Brown, & Robinson, 1999) que mais se relaciona com as investigações sobre atividades de lazer na saúde mental descreve a significância do suporte social na redução do risco e recorrência da depressão. O paradigma literário emergente sobre o lazer e a recuperação (e.g., Hood, 2003; Kleiber et al., 2002) também aponta para a necessidade de explorar como o lazer está implicado nesta transformação do self - promovendo a participação, desenvolvimento e empowerment inerentes ao envelhecimento ativo. Contudo, pouca exploração se dirige à significância social das emoções em relação ao lazer dentro das narrativas de recuperação da depressão e em outras experiências. O lazer oferece um meio de compreensão de como a natureza da emoção trabalha e como a emoção desempenha um papel no quotidiano regulado discursivamente. Esta ideia desafia noções essenciais das emoções inerentemente biológicas ou integradas na personalidade que privilegiam uma continuidade em vez de examinar possibilidades de transformação social e individual através da análise do poder das relações.

Lawton (1994) encontrou uma relação positiva entre participação em atividades, bem-estar psicológico positivo e contentamento: níveis mais elevados de envolvimento em atividades associam-se com menor depressão, menor hostilidade, menor ansiedade e menor timidez. Por outro lado, a satisfação com a vida parece sofrer quando há falta de participação em atividades de lazer. Num estudo de Kim (2000) com imigrantes coreanos idosos, baixos níveis de participação em atividades de lazer relacionavam-se com isolamento e baixos níveis de satisfação com a vida. Rodriguez (2001) afirma que o número de idosos viúvos aumentou 64% desde 1950 e que a solidão é um problema grave entre estes seniores devido à luta de viver sem o cônjuge, particularmente em termos de necessidades sociais e emocionais. Resultados de investigações indicam, ainda em relação ao problema da depressão, que os adultos mais velhos podem experienciar emoções mais profundas que os adultos mais novos mesmo quando os mais velhos parecem demonstrar menos os seus sentimentos do que os mais novos (Goldberg, 2002b). Os adultos mais velhos têm, obviamente, mais propensão a experienciar a perda de um ente querido (e.g. esposa, irmão, ou amigo próximo) e, apesar de eles poderem não revelar exteriormente estar em processo de luto, o seu luto é comumente mais profundo do que o de uma pessoa mais jovem (Fullagar, 2008). Talvez a proeminência de solidão e depressão enquanto problemas com os quais os mais velhos se defrontam esteja relacionada com o aumento da proporção de idosos a viverem sozinhos. Riddick e Keller (1992) relatam que 12% a 30% dos idosos não institucionalizados estão sozinhos e 10% a 25% sofrem de depressão clínica diagnosticada. Os problemas da solidão e depressão refletem-se nas taxas de suicídio, particularmente nas elevadas taxas de suicídio dos idosos do género masculino. Como referido, o envolvimento em atividades pode ajudar a aliviar problemas como solidão e depressão (Fullagar, 2008). Por exemplo, cada vez mais estudos identificam os

benefícios psicológicos dos períodos de lazer em relação ao papel deste último enquanto estratégia de coping e o papel das atividades sociais e individuais como forma de aliviar o stress (Caldwell, 2005; Craike & Coleman, 2005). Na literatura, face à exploração das diferenças de género, avaliou-se a significância da participação feminina em atividades de lazer em relação à saúde mental e ao bem-estar emocional (Fullagar & Brown, 2003; Henderson & Ainsworth, 2002; Hood, 2003; Kay, 2000; Ponde & Santana, 2000; Shannon & Shaw, 2005; Wearing, 1990). Investigadores da psicologia positiva (Csikszentmihalyi & Csikszentmihalyi, 1988; Seligman, 1990) identificaram como as emoções positivas permitem melhoras no estado emocional e como os pequenos sucessos e a esperança podem ajudar a pensar acerca da recuperação das perdas associadas com a depressão. Estas experiências podem também levar a investimentos em atividades mais “sérias” que mantêm o bem-estar e previnem a recaída através do suporte da continuidade e renovação do self, promovendo o envelhecimento ativo por meio do envolvimento. Kristeva (1989) argumenta que o envolvimento em atividades de lazer pode ser compreendido para além da função biomédica dos antidepressivos. O envolvimento em atividades pode funcionar como um contradepressivo envolvendo efeitos particulares. As experiências de lazer podem envolver diferentes intensificações das relações emocionais como a alegria, cuidado, prazer, medo, amor, raiva e aborrecimento.

A depressão pode ser compreendida como uma intensificação do distress emocional que intensifica através da performance (Fullagar, 2008). Graças a diferentes formas de envolvimento em atividades o trabalho emocional e as relações emocionais que surgem permitem a transformação, combatendo assim a sintomatologia depressiva. Investigações revelam como as experiências de lazer podem abrir diferentes relações do self onde se aprende, integra e pratica o autocuidado dentro do contexto da vida do dia a dia, promovendo o envelhecimento ativo, conforme definido pela OMS. A emoção desenvolvida envolve a integração de uma identidade que gera esperança de que há vida para além da depressão. Estas definições requerem o desempenho contínuo orientado para o trabalho das emoções enquanto aspetos complexos da vida social, cruciais à compreensão de como as opções de lazer são feitas de forma a alcançar ou inibir o exercício da liberdade. A emoção desempenha um papel que não é só de mero escape ou de atividade trivial. Na investigação de Fullagar (2008), a emoção tem um papel no envolvimento em atividades e figura na prevenção da depressão recorrente através da criação de novos hábitos de autogestão e autocuidado. O envelhecimento ativo permite uma forma segura de praticar o autocuidado emocional e reflexivo, sendo que, por seu lado, as atividades têm qualidades emocionais que promovem a alegria, através do momento, e permitem o esquecimento da tirania da autovigilância e narrativas de punição interna (Abrams, 1997). Assim, o envolvimento em atividades pode ser compreendido como um contradepressivo que abre portas a diferentes experiências do self que excedem a relação médica do tratamento prescrito através de terapias farmacológicas ou de reestruturação cognitiva (Kristeva, 1989).

Um dos desafios mais difíceis do envelhecimento que pode causar a sensação de solidão e depressão aos mais velhos é a perda do cônjuge. Conclusões de investigações (Janke, Nimrod, & Kleiber, 2008) indicam que a continuidade e o aumento da participação em atividades, depois da perda do cônjuge, se associam com níveis mais elevados de bem-estar e saúde mental. Numa linha semelhante, os problemas de solidão e depressão podem ser aliviados através de atividades recreativas. Pennix et al. (2002) revelaram que exercícios aeróbicos diminuíam significativamente os sintomas depressivos em adultos com idades iguais e superiores a 60 anos. Riddick e Keller (1992) referem que vários estudos mostraram que a participação num programa de biblioterapia, enquanto atividade recreacional, pode conduzir a uma redução significativa da depressão. Riddick e Keller (1992) afirmam que a dança/movimento se verificaram eficazes na redução da solidão e que as atividades como programas de música, jogar vídeo-jogos e lidar com animais são eficazes no incremento das interações sociais (e neste sentido ajudam a combater a solidão). Creecy, Wright, and Berg (1982) descobriram que as atividades sociais e comunitárias aliviam os sentimentos de solidão associados à depressão, enquanto que o ver televisão reforça sentimentos de solidão. Atividades recreativas de nível físico, como exercício físico, desportos e dança, são benéficas para os mais velhos (eg. (Lindsey, 2002, Winslow, 2002, McAuley and Rudolph, 1995).

Inúmeras revisões da literatura examinaram estudos observacionais e de intervenção que avaliavam a relação entre a atividade física e a depressão/sintomas depressivos (Brosse, Sheets, Lett & Blumenthal, 2002; Saxena, Ommeren, Tang & Armstrong, 2005; Craft & Perna, 2004). Estas revisões da literatura geralmente desenham uma conclusão semelhante: a de que a atividade física se associa positivamente com a probabilidade reduzida de depressão ou sintomas depressivos. Contudo, sabe-se pouco sobre componentes específicos ou contextos sociais nos quais a atividade física pode não conferir benefícios à saúde mental (especialmente no que toca à “intensidade/tempo”). A maioria dos estudos suporta uma relação inversa entre atividade física e risco de depressão e focam-se na atividade física enquanto exercício de lazer. Muito poucas pesquisas investigaram a associação dos sintomas depressivos com outros domínios de atividade, como a atividade relacionada com o trabalho, com os transportes ou a atividade física doméstica. Apenas alguns estudos (Lampinen, Heikkinen & Ruoppila, 2000; Ruuskanen & Ruoppila, 1995; Mutrie & Hannah, 2007) identificaram atividade física específica de períodos de lazer e de outros domínios, sugerindo todos eles que a atividade física enquanto lazer se associa mais fortemente com baixa probabilidade de depressão do que a atividade física realizada em qualquer outro domínio (doméstica, relacionada com deslocações, no trabalho...). Hipotetizou-se que as associações entre atividade física e sintomas depressivos podem ser devidas ao suporte social e interação que surge com a atividade física levada a cabo num contexto social (Ransford, 1982). Poucas pesquisas, contudo, examinaram esta hipótese. Teychenne, Ball and Salmon’s (2008) revelam que podem não ser os efeitos fisiológicos da atividade física que importam para a redução da probabilidade de sintomas depressivos, já que, se fosse esse o caso, verificar-se-ia uma associação mais elevada entre probabilidade de sintomas depressivos e a quantidade total de

exercício físico. Porém, o único domínio de exercício físico que se verifica inversamente associado com probabilidade de sintomas depressivos é a atividade física enquanto lazer. Inúmeros investigadores hipotetizaram que a atividade física reduz o risco de depressão através de vias fisiológicas - por exemplo, o exercício pode ativar a secreção de endorfinas, o que reduz a dor e produz sensação de euforia (Paluska & Schwenk, 2000). Contudo, a verificação de que a atividade física enquanto lazer é o único domínio associado com a tendência à sintomatologia depressiva sugere algumas explicações possíveis, como: o sentido de agradabilidade, de controlo percebido ou de escolha aquando do desempenho de atividades físicas de lazer - o que pode faltar quando a atividade física ocorre em domínios que não o de lazer (i.e. relacionada com o trabalho, doméstica, ou para deslocações). Os resultados das investigações são, geralmente, consistentes com a teoria de interação social, que defende que melhoras na saúde mental sequenciais ao exercício físico são, no mínimo, em parte relacionadas com o suporte mútuo e as relações sociais que surgem aquando da participação neste tipo de atividades (Ransford, 1982), corroborando a ideia de que a participação e envolvimento (características do envelhecimento ativo) são cruciais.

PARTE EMPÍRICA

3. Metodologia do estudo

Neste capítulo é apresentada a metodologia do estudo “Caracterização de sintomatologia depressiva na população idosa do concelho da Covilhã”. Inicia-se pela apresentação das questões de investigação que permitem a formulação dos objetivos de estudo. Em seguida é apresentado o método, fazendo-se referência ao desenho de investigação, participantes, instrumentos de recolha de dados, procedimentos realizados e análise de dados.

3.1. - Enquadramento e objetivos

Como constatado através do enquadramento conceptual, os mais velhos podem tornar-se clinicamente depressivos tal como os indivíduos mais jovens. A depressão é a perturbação de saúde mental mais comum no envelhecimento (Blazer, 2003; Chen, Conwell, Xu, Chiu, Tu & Ma, 2011). Um corpo de pesquisa elevado identifica diferenças nos sintomas que se apresentam nos idosos, incluindo menor prevalência de disforia, menos sintomas de culpa ou ideação suicida mas mais suicídios efetivos (Kasl-Godley, Gatz, & Fiske, 1998), sintomas somáticos mais proeminentes e específicos e mais alterações cognitivas (Fiske, Wetherell & Gatz, 2009). A depressão nos idosos está associada a limitações físicas, maior dano funcional, aumento da utilização dos cuidados de saúde e custos associados, aumento das taxas de suicídio e de mortalidade por outras causas (Blazer, 2009; Chen, Conwell, Xu, Chiu, Tu & Ma, 2011).

Para além disso, como já analisado, ainda que a depressão, na velhice, seja uma das condições que, ultimamente, tem sido reconhecida, mundialmente, como importante e a mais comum entre as doenças mentais, nem sempre é diagnosticada ou tratada de forma correta, especialmente na população idosa, porque a maior parte das vezes é disfarçada por queixas somáticas ou sintomas físicos, ou seja, pela presença de comorbilidades e o uso de múltiplos fármacos (Irigaray & Schneider, 2007; Lima, Silva & Ramos, 2009; Pahkala, Kesti, Kongas-Saviaro, Laippala & Kivela, 1995), escapando à deteção e ao tratamento nos cuidados de saúde primários (Banazak, 1996). Este facto é preocupante, uma vez que a taxa de não recuperação destes idosos é elevada, dando origem a um aumento do suicídio, nesta faixa etária, comparativamente às outras (Stella et al., 2002). Existe um consenso, contudo, de que a prevenção e o tratamento da mesma poderiam beneficiar, em grande parte, a saúde e bem-estar da população mais envelhecida (Ory & Cox, 1994). O desenvolvimento de uma compreensão clara das causas ajudaria na formulação de meios mais efetivos de prevenção e tratamento. Dado os altos custos pessoais e públicos da depressão nas populações idosas, em maior escala nos países industrializados, a prevenção e o tratamento da depressão no idoso revestem-se, por isso, de extrema importância no âmbito da saúde pública (Steinman et al., 2007).

Todavia, apesar da sua elevada invalidação, existem poucos estudos quando se trata de associar sintomatologia depressiva com diagnósticos prévios em saúde mental e recorrendo a medidas de avaliação da sintomatologia depressiva e ideação suicida. Para além de poucos estudos relativos à problemática da sintomatologia depressiva sub-diagnosticada, muito menos estudos se encontram quando se juntam os construtos de diagnóstico/acompanhamento em saúde mental (DSM), ideação suicida (IS), e indicadores de envelhecimento ativo, envolvimento e participação ativa em atividades (EA). Estes construtos podem contribuir para uma melhor compreensão do fenómeno da sintomatologia depressiva, sendo, por isso relevante o seu estudo numa população envelhecida residente na comunidade.

Perante estes dados, o presente estudo tem como principal objetivo estudar a relação da sintomatologia depressiva com os conceitos de DSM, IS, e EA. Assim, propõe-se estudar e comparar um grupo de idosos com idades iguais ou superiores a 65 anos, de modo a explorar possíveis diferenças na relação entre a presença de sintomatologia depressiva e os construtos em estudo (DSM, IS e EA). Para além de se estudar a relação destes construtos com a sintomatologia depressiva, será também alvo de investigação o comportamento destas variáveis (DSM, IS e EA) em dois grupos - com sintomatologia depressiva e sem sintomatologia depressiva.

Tendo em conta os objetivos gerais supracitados, apresentam-se, então, como objetivos específicos:

Fase I - Explorar relações entre variáveis em estudo (Sintomatologia depressiva, Ideação suicida, Diagnóstico/acompanhamento em saúde mental e Envelhecimento ativo)

1. Avaliar a sintomatologia depressiva e ideação suicida em pessoas idosas residentes na cidade da Covilhã;
2. Explorar relações existentes entre a sintomatologia depressiva e os construtos de DSM, IS e EA;
3. Averiguar se existem diferenças na sintomatologia depressiva e ideação suicida comparativamente entre grupos etários (idosos e grandes idosos);
4. Analisar se existem diferenças na sintomatologia depressiva e ideação suicida comparativamente entre pessoas idosas do género feminino e masculino
5. Aferir se existem diferenças na sintomatologia depressiva e ideação suicida comparativamente entre estado civil;
6. Analisar se existem diferenças na sintomatologia depressiva e ideação suicida comparativamente entre diferentes formas de co-habitação nos idosos.

Fase II - Caracterizar a sintomatologia depressiva: Comparação intergrupos relativamente à ideação suicida, diagnóstico em saúde mental e envelhecimento ativo.

1. Explorar diferenças significativas entre indivíduos com sintomatologia depressiva e sem sintomatologia depressiva, relativamente à IS;
2. Explorar diferenças significativas entre indivíduos com sintomatologia depressiva e sem sintomatologia depressiva, relativamente ao DSM;
3. Explorar diferenças significativas entre indivíduos com sintomatologia depressiva e sem sintomatologia depressiva, relativamente ao EA;
4. Explorar o papel da IS e do DSM enquanto preditores de sintomatologia depressiva.

3.2. - Método

3.2.1. - Desenho da investigação

O presente estudo trata-se de um estudo descritivo transversal, pois foram desenvolvidos procedimentos que permitiram a obtenção de informação acerca da população em estudo e os dados recolhidos num único período temporal (Ribeiro, 1999). Considera-se, ainda, um estudo quantitativo uma vez que a informação obtida foi medida e quantificada para se poderem tirar conclusões.

3.2.2. - Participantes

A amostra do estudo atual (n= 220) é constituída por pessoas com 65 anos ou mais, residentes, no domicílio ou em instituições, nas quatro freguesias urbanas da cidade da Covilhã (São Pedro, São Martinho, Santa Maria e Conceição).

Os participantes têm idades compreendidas entre os 65 e os 96 anos, sendo a média de idades dos sujeitos 74,55 anos (DP= 6,71), a mediana de 74 anos e a moda, não sendo única, combina as idades de 69, 74 e 75 anos. Dos indivíduos inquiridos 131 (59,5%) são do sexo feminino e 89 (40,5%) do sexo masculino.

Relativamente ao estado civil, 131 (59,5%) idosos são casados, 63 (28,%) são viúvos e 14 (6,4%) solteiros, encontrando-se os restantes divorciados (n=6, 2,7%) ou a viver em união de facto (n=4, 1,8%), sendo que 2 (0,9%) sujeitos não responderam a esta questão.

Quanto ao nível de escolaridade, mais de metade da amostra (n=109, 49,5%) tem o ensino primário, 33 (15,0%) tem frequência de ≤ 8 anos de escolaridade, 43 (19,5%) frequentaram ≥ 9 anos de escolaridade sem ensino superior, 18 (8,2%) possuem ensino superior e 15 (6,8%) são analfabetos. Nesta amostra de idosos, 2 (0,9%) não responderam a esta questão.

Em relação à situação face à reforma, a grande maioria dos indivíduos encontram-se reformados (n=215, 97,7%), sendo apenas 3 (1,4%) os que se encontram profissionalmente ativos. Dois (0,9%) sujeitos não responderam a esta pergunta.

Nesta amostra, 9 (4,1%) sujeitos estão institucionalizados em lares de idosos e 210 (95,5%) não se encontram institucionalizados, sendo que apenas um participante (0,5%) não respondeu. A maioria dos idosos vive no domicílio com o cônjuge (n=126, 57,5%), 54 (24,5%) idosos vivem sozinhos, 19 (8,%) vivem com o(s) filho(s) e os restantes 21 (9,5%) indivíduos residem noutras condições (e.g. lares, comunidades...). Os dados podem ser melhor explorados na tabela 2.

Tabela 2. - Caracterização sociodemográfica da amostra

Variáveis	N	%
Género		
Feminino	131	59,5
Masculino	89	40,5
Estado Civil		
Casado	131	59,5
Viúvo	63	28,6
Solteiro	14	6,4
Divorciado	6	2,7
União de facto	4	1,8
Não responderam	2	0,9
Escolaridade		
Ensino Primário	109	49,5
≥ 9 anos de escolaridade s/ ES	43	19,5
≤8 anos de escolaridade	33	15,0
Analfabeto	15	6,8
Ensino Superior	18	8,2
Não responderam	2	0,9
Situação face à reforma		
Reformados	215	97,7
Não Reformados	3	1,4
Não responderam	2	0,9
Com quem vivem		
Cônjuge	126	57,3
Sozinho(s)	54	24,5
Filhos	19	8,6
Outra Situação	21	9,5
Institucionalizados (em lar de idosos)		
Não	210	95,5
Sim	9	4,1
Não responderam	1	0,4

3.2.3. - Instrumentos

Os dados foram recolhidos através de um protocolo de investigação cuja estrutura se baseou no ESAP - The European Survey on Aging Protocol (Fernández-Ballesteros, Zamarrón,

Rudinger, Schroots, Hekkinnen, Drusini et al., 2004). O ESAP foi traduzido e adaptado para sete países europeus (e.g. Alemanha, Áustria, Espanha, Finlândia, Itália, Portugal e Polónia) e é um instrumento de avaliação interdisciplinar que tem sido utilizado no âmbito de um estudo piloto sobre o envelhecimento humano. Fornece informação a vários níveis (cognitivo, emocional, social, físico, entre outros), bem como dos fatores que se relacionam com o processo de envelhecimento. A versão portuguesa é de Paúl, Fonseca, Cruz e Cerejo (1999) e foi cedida para este estudo pela UNIFAI - Unidade de Investigação e Formação em Adultos e Idosos. Desse protocolo, constituído por um conjunto diverso de questionários de autorresposta, apenas foram utilizados para atingir os objetivos deste estudo, os Indicadores de Identificação Geral, a Escala de Depressão (GDS), a componente da constelação suicida do Inventário de Depressão Clínica (IACLIDE), um item construído para despiste de Diagnóstico clínico de sintomatologia depressiva e indicadores de Envelhecimento Ativo (relacionados com a ocupação do tempo e lazer).

Indicadores de identificação geral

No presente estudo foi utilizado um Questionário de Identificação Geral (cf. Anexo B) que engloba um conjunto de questões abertas e fechadas relativamente à caracterização do sujeito (idade, data de nascimento, género, profissão, estado civil, filiação, nível de escolaridade, residência, religião, instituições frequentadas, serviços auferidos e verificar se o sujeito se trara de um cuidador informal). Este questionário foi construído com base no ESAP - versão portuguesa (Paúl et al., 1999) e de acordo com os objetivos dos investigadores que integraram a “Investigação sobre Bem-Estar em pessoas com mais de 65 anos residentes na Cidade da Covilhã”, contexto em que se insere o presente estudo. As variáveis de identificação geral que vão ser alvo de análise são a idade cronológica, o género, o nível de escolaridade, o estado civil, a residência, a religião, a situação face à reforma e a institucionalização.

Escala de Depressão Geriátrica (GDS)

Para avaliar a sintomatologia depressiva utilizou-se a Escala de Depressão Geriátrica (cf. Anexo C). Esta escala é uma escala única criada especificamente para a população idosa, sendo utilizada na versão de Pocinho, Farate, Dias, Lee & Yesavage (2009), uma adaptação efetuada especificamente para a população portuguesa. Esta versão engloba 27 itens de formato de resposta dicotómica, do tipo SIM/NÃO, sendo que na versão utilizada foram excluídos os itens 27, 29, 30, relativamente à versão original (Yesavage et al., 1983). Nesta escala, a pontuação de corte situa-se nos 11 pontos, fator que denota a presença de depressão. De acordo com os autores do artigo original (Pocinho, Farate, Dias, Lee & Yesavage, 2009), a GDS revelou-se um instrumento confiável para screening de depressão, apresentando no estudo de validação da escala valores bons e muito bons aos níveis da consistência interna, validade concorrente, fatorial e consistência interitens. A escala

apresenta, igualmente, boa função de análise discriminante e mostrando uma boa sensibilidade e preditividade enquanto instrumento de avaliação clínica. Trata-se de uma escala de heteroavaliação, que foi maioritariamente aplicada oralmente pelos investigadores no estudo em questão, e que faz um escrutínio do modo como o idoso se tem sentido ultimamente, em especial na semana transata. De salientar que como procedimento para a cotação da versão utilizada da GDS, deve atender-se que os itens 1, 5, 7, 9, 15, 19 e 21 devem ser pontuados negativamente; isto é, a uma resposta “Não” corresponde um ponto. Aos itens 2,3,4,6,8,10,11,12, 13,14,16,17,18,20,22,23,24,25,26,e 28, será atribuído um ponto à resposta positiva “Sim”.

Constelação suicida do IACLIDE

Como referido no ponto 2.1.4., o Inventário de avaliação clínica da depressão compreende 23 questões destinadas a avaliar quatro dimensões do funcionamento depressivo: i) biológica, ii) cognitiva; iii) interpessoal e iv) desempenho na tarefa (Vaz Serra, 1995). No entanto, esta escala também se subdivide em fatores, e não apenas em dimensões teoricamente agrupadas. Deste modo, foi utilizado um dos cinco fatores em que saturaram originalmente os itens do IACLIDE aquando da validação da escala (Vaz Serra, 1994) - o fator “Constelação suicida” (cf. Anexo D). Este fator engloba quatro itens, todos eles da dimensão cognitiva do IACLIDE, cujas descrições remetem para i) ideias de suicídio (item 19), ii) perda da alegria de viver (item 18), iii) sentir-se infeliz (item 7) e iv) perda de esperança no futuro (item 10). Os itens englobam 5 afirmações para o respondente eleger aquela com que mais se identifica tendo em conta o estado em que se sente no período de, pelo menos, 2 semanas transatas ao momento de resposta ao questionário. As pontuações dos itens variam numa escala tipo likert de 1 a 5 pontos. No total dos quatro itens o resultado é dado pelo somatório bruto das pontuações dos 4 itens; não existindo um ponto de corte exclusivo para a constelação suicida do IACLIDE (apenas existe para a escala total) recorreu-se à diferença entre mediana teórica e mediana observada para analisar a presença ou não de ideação suicida (cf. ponto 3.2.5. Análise dos dados).

Diagnóstico em Saúde Mental (DSM)

O diagnóstico em saúde mental constitui uma variável a ser estudada e que foi avaliada através de uma pergunta de resposta dicotómica SIM/NÃO, seguida de duas perguntas complementares (não utilizadas para efeitos estatísticos sendo apenas alvo de uma análise qualitativa) que remetiam para o clínico responsável por esse diagnóstico e para a situação atual face ao diagnóstico - se existia um acompanhamento para a perturbação diagnosticada ou não (cf. Anexo E).

Indicadores de Envelhecimento Ativo

A variável do envelhecimento ativo foi avaliada através de duas perguntas - uma de resposta aberta livre, onde se solicitava aos sujeitos que descrevessem as atividades em que ocupavam o seu tempo (“Em que atividades ocupa o seu tempo, para além das rotinas diárias?”). Uma questão subsequente, complementar da anterior, interrogava “Com que frequência se dedica a essas atividades”, cuja resposta era de formato tipo likert de 1 a 4 em que 1 correspondia a “Nunca” e 4 correspondia a “1 ou mais vezes por semana” (cf. Anexo F).

Com base nos dois itens acima descritos, foi criada uma variável, a variável que descreverá a frequência do envolvimento em atividades de Envelhecimento Ativo (EA). Esta variável envolve três categorias - a primeira categoria criada foi a de “Ausência de envolvimento em atividades de Envelhecimento Ativo”. Com base na primeira questão “Em que atividades ocupa o seu tempo, para além das rotinas diárias?” classificaram-se como “Ausência de envolvimento em atividades de Envelhecimento Ativo” as respostas que descreviam atividades de comportamento passivo como «ver TV» ou «dormir» ou «não tenho qualquer atividade». Cruzaram-se, ainda, as respostas à primeira questão com a questão “Com que frequência se dedica a essas atividades”. Assim, acrescentaram-se à primeira categoria - “Ausência de envolvimento em atividades de Envelhecimento Ativo” - as respostas que, embora na descrição da primeira questão relatassem alguma atividade, na segunda questão (relativa à frequência do envolvimento) assinalavam as atividades como esporádicas, i.e., com uma frequência inferior ou igual a uma única vez por semana. Isto justifica-se porque, com base na revisão bibliográfica, as descrições de atividades passivas e de baixa frequência de envolvimento não compreendem processos de desenvolvimento pessoal, autonomia ou empowerment (Narayan, 2002), essenciais ao EA.

Consideraram-se atividades de Envelhecimento ativo todas as que, com base nos relatos efetuados na questão “Em que atividades ocupa o seu tempo, para além das rotinas diárias?”, se incluíam nos níveis de saúde, participação e segurança (OMS, 2002). Estas foram divididas em duas outras categorias da variável que descreverá a frequência do envolvimento em atividades de Envelhecimento Ativo (EA). A segunda categoria da variável EA - “*Cumprir atividades de EA mais do que uma vez por semana*” - compreende as respostas que, após preencherem critérios de inclusão num dos níveis descritos acima (saúde, participação e segurança), relataram face à pergunta “Com que frequência se dedica a essas atividades” uma frequência de envolvimento nestas atividades superior a uma vez por semana. A terceira categoria da variável EA - “*Cumprir atividades de EA diariamente*” - compreende as respostas que, após preencherem critérios de inclusão num dos níveis descritos acima (saúde, participação e segurança), relataram face à pergunta “Com que frequência se dedica a essas atividades” uma frequência diária de envolvimento nestas atividades.

3.2.4. - Procedimentos

Numa primeira fase, procedeu-se a uma pesquisa bibliográfica acerca do tema, que permitiu efetuar o estado da arte, conceptualizar e fundamentar o estudo, definindo-se a problemática e os construtos a abordar.

Foi, posteriormente, cedido o protocolo de investigação pela UNIFAI - Unidade de Investigação e Formação em Adultos e Idosos, que contemplava os instrumentos de avaliação que iam ser utilizados, sendo selecionados desse protocolo apenas as medidas de avaliação que iam ao encontro dos interesses dos diversos investigadores que integraram a “Investigação sobre o Bem-estar em pessoas com mais de 65 anos residentes na cidade da Covilhã”, realizada pela Faculdade de Ciências da Saúde (FCS) e pelo Departamento de Psicologia e Educação (DPE) da Universidade da Beira Interior (UBI).

Os dados foram colhidos por 12 investigadores que foram previamente treinados e supervisionados por docentes da FCS e DPE, por forma a uniformizar-se a aplicação dos protocolos. Cada investigador realizou um pré-teste para testar o protocolo de avaliação e verificar a necessidade de explicar com mais clareza as diferentes questões, pelo que foram elaboradas explicações adicionais (e.g., no caso dos itens do IACLIDE, explicava-se ao idoso que lhe iriam ler/ser apresentadas 5 alternativas e que ele teria que escolher apenas a que mais se ajustasse a si) a serem verbalizadas aquando a aplicação dos protocolos.

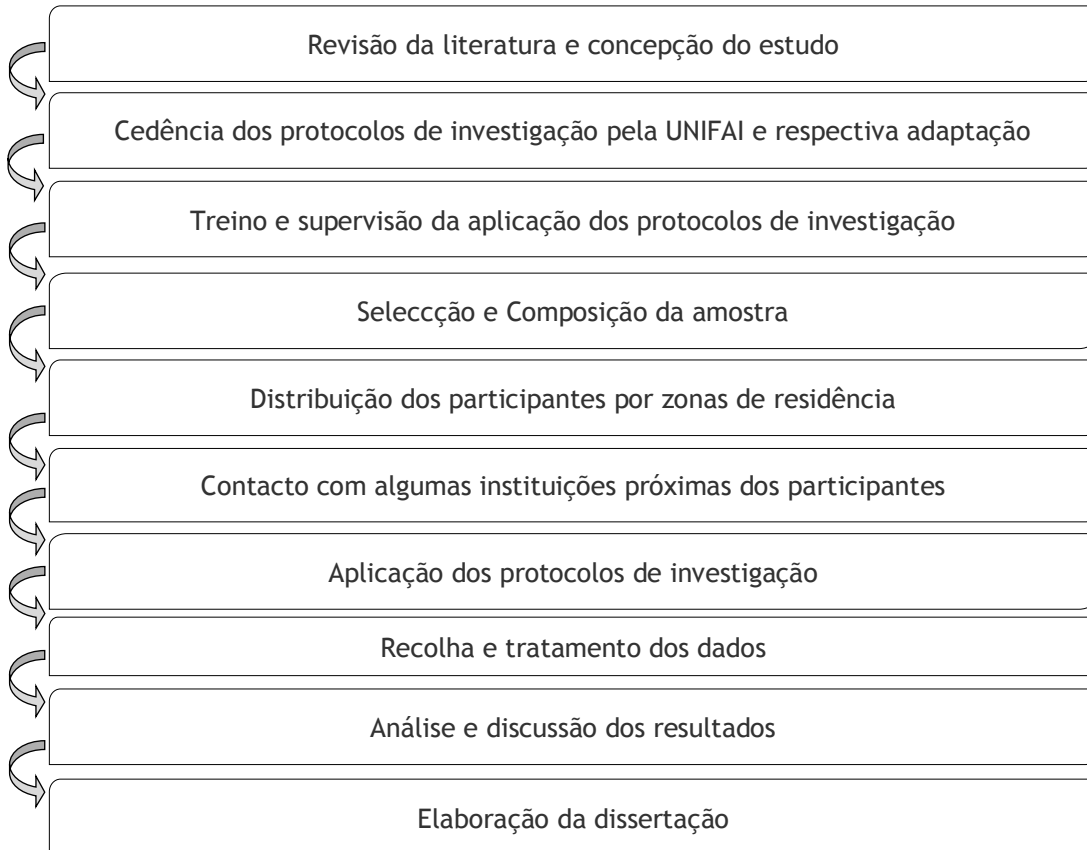
De seguida, pediu-se a colaboração do Centro de Saúde da Covilhã para se aceder ao ficheiro do Serviço Nacional de Saúde que continha um N=4179, valor muito representativo perante o do registo do INE em 2011 (N=12303; cf. Anexo G). No entanto, detetou-se que alguns indivíduos já tinham falecido, outros mudaram de residências ou não viviam nas quatro freguesias urbanas, daí que o número total de indivíduos envelhecidos residentes na cidade passasse a ser N=3868. Foi, então, retirada, aleatoriamente, uma amostra de 220 participantes, estratificada por género (masculino e feminino) e 2 grupos etários (65 - \leq 74 anos e \geq 75 anos), tendo resultado, no final, quatro sub-grupos amostrais [grupo A - homens com 65 anos até 74 anos (n=38); grupo B - homens com \geq 75 anos (n= 35); grupo C - mulheres com 65 até 74 anos (n=63); grupo D - mulheres com \geq 75 anos (n=52)]. 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.

Obtidos os quatro grupos amostrais, foi realizada uma organização dos indivíduos por zonas ou ruas de residência e distribuídos aos investigadores para a recolha de dados. As entrevistas decorreram no domicílio e nas Instituições próximas desta população (e.g., Paróquias, Universidades Sénior, Espaço das Idades, Lares de Idosos), a quem foi pedida e aceite a colaboração (através de contacto telefónico e presencial). A duração foi apenas de uma sessão e de aproximadamente 1 hora e 30 minutos para cada participante. As informações, na maioria dos casos, foram registadas pelos entrevistadores embora se os indivíduos soubessem ler e escrever e tivessem vontade pudessem, eles próprios, preencher os questionários de forma autónoma. Os instrumentos foram preenchidos pela ordem pela qual foram apresentados no protocolo, sendo que entre aplicações se invertia o processo, ora começando pelo início ora pelo fim do protocolo.

Aos participantes foi lida e entregue uma folha de informação do propósito do estudo e de todos os procedimentos que iam ser realizados (cf. Anexo H), bem como do consentimento

informado (em alguns casos, via oral) (cf. Anexo I), onde foi garantido o anonimato e confidencialidade dos dados. O protocolo foi, posteriormente, datado e sinalizado, pelo próprio participante ou pessoa responsável, e dada a autorização para utilização da informação de forma sigilosa, com a finalidade exclusiva de pesquisa científica. A figura 1 apresenta, de forma esquemática, o procedimento utilizado no estudo.

Figura 1. - Procedimento utilizado no estudo



3.2.5. - Análise de dados

O tratamento e análise de dados foram realizados através do software SPSS (Statistical Package for Social Sciences), versão 20 e foram utilizados vários tipos de análise estatística.

Recorreu-se à análise descritiva dos dados para caracterizar a amostra do estudo, nomeadamente ao cálculo de frequências, média, mediana, moda, desvio-padrão, valores mínimo e máximo. No caso da escala GDS, utilizada para avaliar a sintomatologia depressiva, analisou-se a partir do ponto de corte da escala (13 pontos) de acordo com os autores da escala original (Pocinho, Farate, Dias, Lee & Yesavage, 2009). Devido à ausência de pontos de corte na constelação suicida do IACLIDE, os dados foram analisados em função da comparação entre a mediana teórica e a mediana observada, sendo o valor da mediana teórica calculado pela fórmula: $(\text{Máximo teórico} - \text{Mínimo teórico})/2 + \text{Mínimo teórico}$.

Assim, tendo em conta o N da amostra, considerou-se a distribuição dos dados normal, tendo por base o teorema do limite central (Maroco, 2003), que pressupõe que à medida que

a dimensão da amostra aumenta, a dimensão da média amostral tende para a distribuição normal ($N > 100$).

Considerando a normalidade da distribuição, utilizou-se uma metodologia paramétrica. Recorreu-se ao Teste *t* de Student (*t*) 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. Recorreu-se, também, ao teste do Qui-quadrado para verificar a existência de associações ou dependências entre variáveis nominais e entre variáveis nominais e ordinais (Martins, 2011). Foi também calculado o coeficiente de correlação Pearson (*r*) para avaliar a relação linear entre variáveis quantitativas e os coeficientes de correlação rho de Spearman e coeficiente de correlação ponto bisserial para avaliar relações com variáveis ordinais e nominais, respetivamente. Segundo Diamantopoulos e Schlegelmilch (1997, cit. In Poeschl, 2006), considera-se que a correlação é forte se o coeficiente for superior a 0,8; a relação é considerada moderada se o coeficiente se encontrar entre 0,4 e 0,8 e tende a ser vista como fraca se o coeficiente for inferior a 0,4. Por último, recorreu-se à análise de regressão linear de forma a avaliar a influência de uma ou mais variáveis preditoras numa variável independente. Adotou-se o intervalo de confiança de 95% ($p < 0,05$) como estatisticamente significativo.

Calculou-se, ainda, a consistência interna da escala GDS e da constelação suicida do IACLIDE, através do alpha de Cronbach (α), medida de fiabilidade interna do instrumento. O alpha de Cronbach varia numa escala de 0 a 1. Quanto mais elevado for o seu valor, mais elevadas são as correlações entre os itens do instrumento, o que significa que maior é a homogeneidade dos itens e a consistência de que esses itens medem a mesma dimensão ou constructo (Pallant, 2011). No cálculo da consistência interna, são tidos como referência os valores estipulados por De Vellis (1991) que considera que um alpha de valor inferior a 0,50 é inaceitável; entre 0,50 e 0,60 é mau; entre 0,60 e 0,70 é aceitável; entre 0,70 e 0,80 é bom; entre 0,80 e 0,90 é muito bom e quando maior ou igual a 0,90, é excelente.

Na tabela 3, são apresentadas as consistências internas dos instrumentos utilizados, no grupo em estudo. Verifica-se que os valores de consistências internas variam entre bons e muito bons.

Tabela 3 - Consistências internas dos instrumentos utilizados no estudo

	α obtido na amostra	N obtido na amostra	α Estudo original ^a	N Estudo original ^a
GDS	0,85	220	0,90	660
IACLIDE (constelação suicida)	0,80	220	0,89	340

^aEstudo original da GDS de Pocinho, Farate, Dias, Lee & Yesavage (2009); Estudo original da constelação suicida do IACLIDE de Vaz Serra (1994)

4. - Resultados

Neste capítulo são apresentados os resultados em função da organização dos objetivos do estudo.

4.1. Fase I. - Explorar variáveis em estudo e relações com a sintomatologia depressiva

Nesta primeira fase, pretende-se explorar as variáveis: sintomatologia depressiva, ideação suicida, diagnóstico em saúde mental e envelhecimento ativo, salientando a relação das três últimas com a sintomatologia depressiva.

De início, averigua-se a sintomatologia depressiva e ideação suicida em idosos residentes na cidade da Covilhã. De seguida, são avaliadas as relações entre a sintomatologia depressiva e as variáveis IS, DSM e EA. Depois apresentam-se as diferenças na sintomatologia depressiva e ideação suicida face a variáveis sociodemográficas - entre dois grupos etários, género, forma de co-habitação e estado civil.

Avaliar a sintomatologia depressiva e ideação suicida em pessoas idosas residentes na cidade da Covilhã

Os resultados obtidos neste estudo indicam que a mediana observada, para a sintomatologia depressiva, na amostra (6,00) foi inferior ao valor da mediana teoricamente esperada (11). Esta amostra possui baixos níveis de sintomatologia depressiva, sendo que 157 (71,4%) sujeitos não relatam sintomatologia depressiva e 63 (28,6%) sujeitos pontuam acima do ponto de corte, apresentando sintomatologia depressiva.

Analisando a ideação suicida, constata-se que a mediana observada (6,22) é inferior ao valor da mediana teoricamente esperada (12). São 16 (7,3%) os sujeitos que pontuam acima da mediana teórica e 204 (92,7%) abaixo da mesma.

Explorar relações existentes entre a sintomatologia depressiva e os construtos de DSM, IS e EA

A análise realizada, com o coeficiente de correlação de Pearson, entre sintomatologia depressiva e ideação suicida (cf. tabela 4) indica uma correlação positiva e estatisticamente significativa, classificada como moderada segundo Diamantopoulos e Schlegelmilch (1997, cit. In Poeschl, 2006) entre a sintomatologia depressiva e ideação suicida ($r= 0,681$; $p= 0,00$). Assim, existe uma tendência para os idosos com maior sintomatologia depressiva possuírem níveis de ideação suicida mais elevados. Simultaneamente, idosos com menores níveis de sintomatologia depressiva apresentam valores mais baixos como resultado da escala de ideação suicida.

Tabela 4. Coeficiente de Pearson entre a Sintomatologia depressiva e a Ideação suicida (N = 220)

	<i>r</i>	<i>p</i>
R de Pearson entre Sintomatologia depressiva e IS	0,681	0,00***

Nota: ^{ns}*p* ≥ 0,05; **p* < 0,05; ** *p* < 0,01; ****p* < 0,001

Relativamente à relação entre sintomatologia depressiva e DSM, a análise efetuada com o coeficiente de correlação bisserial (cf. tabela 5) mostra que há uma correlação estatisticamente significativa, classificada como positiva e moderada entre a sintomatologia depressiva e diagnóstico em saúde mental (*rpb*= 0,41; *p*= 0,00). Desta forma, verifica-se uma tendência para que os idosos que já obtiveram um DSM, quer através do clínico de medicina geral e familiar quer da parte do psiquiatra (respostas mais frequentes no decurso da aplicação de questionários), terem níveis de sintomatologia depressiva mais elevados. Simultaneamente, em idosos que nunca foram diagnosticados com nenhuma perturbação de saúde mental estão associados a baixos níveis de sintomatologia depressiva. De ressaltar que, face à questão relativa ao DSM, não estava implicada depressão ou uma outra perturbação de saúde mental específica, estando todas as possibilidades de perturbações mentais englobadas.

Tabela 5. Coeficiente de Correlação Ponto-Bisserial entre a Sintomatologia depressiva e o Diagnóstico em saúde mental (N = 220)

	<i>rpb</i>	<i>p</i>
<i>rpb</i> entre Sintomatologia depressiva e DSM	0,409	0,00***

Nota: ^{ns}*p* ≥ 0,05; **p* < 0,05; ** *p* < 0,01; ****p* < 0,001

No que concerne à relação entre sintomatologia depressiva e atividades de EA, conforme visível na tabela 6, a sintomatologia depressiva associa-se moderadamente com os indicadores de EA, sendo esta associação negativa e estatisticamente significativa (*rho*= -0,418; *p*= 0,00). Deste modo, podemos concluir que à medida que o envolvimento dos idosos em atividades de EA é maior, a tendência a obter níveis elevados de sintomatologia depressiva diminui. Por outro lado, os idosos menos envolvidos em atividades de EA apresentaram, mais frequentemente, pontuações superiores da escala de depressão.

Tabela 6. Coeficiente de correlação de Spearman entre a Sintomatologia depressiva e EA (N = 220)

	<i>rho</i>	<i>p</i>
<i>rho</i> de Spearman entre Sintomatologia depressiva e EA	-0,418	0,00***

Nota: ^{ns}*p* ≥ 0,05; **p* < 0,05; ** *p* < 0,01; ****p* < 0,001

Averiguar se existem diferenças na sintomatologia depressiva e ideação suicida comparativamente entre grupos etários (idosos e grandes idosos), género, estado civil e situação de co-habitação

Os resultados indicam que, relativamente à comparação de médias de sintomatologia depressiva, entre os grupos de idosos e grandes idosos (cf. Tabela 7), as diferenças não são estatisticamente significativas, $t(217,59) = -3,22$, $p = 0,75^{ns}$.

Tabela 7. Teste t para comparação de médias da intensidade da sintomatologia depressiva entre idosos e grandes idosos

	N (%)	Sintomatologia depressiva			
		M ±DP	Df	t	p
Grupos etários			217,59	-3,22	0,75 ^{ns}
Idosos (65-74 anos)	120 (54,55%)	8,07 ± 7,02			
Grandes idosos (+ de 74 anos)	100 (45,45%)	8,36 ± 6,11			

Nota: ^{ns} $p \geq 0,05$; * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

O mesmo se passa no que concerne à comparação de médias da ideação suicida para os mesmos grupos etários. Sendo que não há diferenças estatisticamente significativas quanto aos grupos de idosos e grandes idosos para a ideação suicida, $t(218) = -0,68$, $p = 0,49^{ns}$ (cf. Tabela 8).

Tabela 8. Teste t para comparação de médias da intensidade da ideação suicida entre idosos e grandes idosos

	N (%)	Ideação suicida (IACLIDE)			
		M ±DP	Df	t	p
Grupos etários			218	-0,68	0,49 ^{ns}
Idosos (65-74 anos)	120 (54,55%)	6,10 ± 2,67			
Grandes idosos (+ de 74 anos)	100 (45,45%)	6,37 ± 3,18			

Nota: ^{ns} $p \geq 0,05$; * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Relativamente ao género, os resultados indicam que existem diferenças estatisticamente significativas, $t(217,84) = 3,84$, $p = 0,00^{***}$, no que se refere à comparação de médias de sintomatologia depressiva (cf. Tabela 9). Os idosos do género feminino relatam maior sintomatologia depressiva ($M = 9,49$; $DP = 7,23$) do que os idosos do género masculino ($M = 6,31$; $DP = 5,04$).

Tabela 9. Teste t para comparação de médias da intensidade da sintomatologia depressiva entre idosos do sexo feminino e idosos do sexo masculino

	N (%)	Sintomatologia depressiva			
		M \pm DP	Df	t	p
Género			217,84	3,84	0,00***
Feminino	131 (59,55%)	9,49 \pm 7,23			
Masculino	89 (40,45%)	6,31 \pm 5,04			

Nota: ^{ns}p \geq 0,05; *p < 0,05; ** p < 0,01; ***p < 0,001

No que se refere à comparação de médias de ideação suicida, também quanto ao género (cf. Tabela 10), as diferenças são estatisticamente significativas, t (214,05)= 3,48, p=0,001. Os idosos do género feminino relatam maior ideação suicida (M=6,75; DP=3,33) do que os idosos do género masculino (M=5,48; DP=1,95).

Tabela 10. Teste t para comparação de médias da intensidade da ideação suicida entre idosos do sexo feminino e idosos do sexo masculino

	N (%)	Ideação suicida (IACLIDE)			
		M \pm DP	Df	t	p
Género			214,05	3,48	0,001**
Feminino	131 (59,55%)	6,75 \pm 3,33			
Masculino	89 (40,45%)	5,48 \pm 1,95			

Nota: ^{ns}p \geq 0,05; *p < 0,05; ** p < 0,01; ***p < 0,001

No que diz respeito às diferenças observadas entre pessoas idosas com diferentes estados civis, os resultados indicam que, relativamente à comparação de médias de sintomatologia depressiva, as diferenças são estatisticamente significativas, F (4,213)= 6,112, p=0,000*** (cf. Tabela 11). Os idosos divorciados atingem pontuações mais elevadas para sintomatologia depressiva (M=13,17; DP=8,91), seguidos dos idosos que se encontram numa situação de viuvez (M=11,11; DP=7,13). Já os idosos casados, em união de facto ou solteiros apresentam os resultados médios mais baixos no que se refere às pontuações na escala de depressão.

Tabela 11. Comparação de médias da intensidade da sintomatologia depressiva segundo o estado civil

	N (%)	Sintomatologia depressiva			
		M \pm DP	Df (B;W)	F	p
Estado civil			4;213	6,112	0,000***
Casado	131 (%)	6,95 \pm 5,79			
União de facto	4 (%)	5,50 \pm 5,44			
Viúvo	63 (%)	11,11 \pm 7,13			
Solteiro	14 (%)	6,00 \pm 6,60			

Divorciado	6 (%)	13,17 ± 8,81
NR	2 (0,91%)	

Nota: ^{ns}p ≥ 0,05; *p < 0,05; ** p < 0,01; ***p < 0,001

Já face à comparação de médias de ideação suicida no que ao estado civil diz respeito (cf. Tabela 12), as diferenças são estatisticamente significativas, $F(4,213) = 5,033$, $p = 0,001^{***}$. Os idosos divorciados são, novamente, os que atingem pontuações mais elevadas ($M = 7,83$; $DP = 5,67$), seguidos dos idosos que se encontram numa situação de viuvez ($M = 7,44$; $DP = 3,68$) e dos idosos solteiros ($M = 6,07$; $DP = 2,73$). Já os idosos casados ou em união de facto apresentam os resultados médios mais baixos no que se refere às pontuações de ideação suicida.

Tabela 12. Comparação de médias da intensidade da ideação suicida segundo o estado civil

	N (%)	Ideação suicida			
		M ±DP	Df (B;W)	F	p
Estado civil			4;213	5,033	0,001 ^{***}
Casado	131 (%)	5,61 ± 2,13			
União de facto	4 (%)	5,75 ± 1,71			
Viúvo	63 (%)	7,44 ± 3,68			
Solteiro	14 (%)	6,07 ± 2,73			
Divorciado	6 (%)	7,83 ± 5,67			
NR	2 (0,91%)				

Nota: ^{nsp} ≥ 0,05; *p < 0,05; ** p < 0,01; ***p < 0,001

Quanto à comparação de médias de sintomatologia depressiva, relativamente à co-habitação (cf. Tabela 13), as diferenças são estatisticamente significativas, $F(3,216) = 4,82$, $p = 0,003$. Os idosos que residem com os filhos atingem pontuações mais elevadas para sintomatologia depressiva ($M = 11,32$; $DP = 6,06$), seguidos dos idosos que se encontram noutra situação de residência ($M = 9,95$; $DP = 7,95$) e dos que residem sozinhos ($M = 9,65$; $DP = 7,31$). Todavia os idosos que moram na companhia do cônjuge são o grupo que apresenta os resultados médios mais baixos no que se refere às pontuações na escala de depressão.

Tabela 13. Comparação de médias da intensidade da sintomatologia depressiva segundo a co-habitação

	N (%)	Sintomatologia depressiva			
		M ±DP	Df (B;W)	F	p
Com quem vive			3;216	4,82	0,003 ^{**}
Cônjuge	126 (57,27%)	6,83 ± 5,81			
Filhos	19 (8,64%)	11,32 ± 6,06			

Sozinho	54 (24,55%)	9,65± 7,31
Outra situação	21 (9,55%)	9,95± 7,95

Nota: ^{ns}p ≥ 0,05; *p < 0,05; ** p < 0,01; ***p < 0,001

Relativamente à comparação de médias de ideação suicida, quanto à co-habitação (cf. Tabela 14), as diferenças são estatisticamente significativas, $F(3,216) = 4,70$, $p = 0,003$. Os idosos que residem sozinhos atingem pontuações mais elevadas na escala de ideação suicida ($M = 7,19$; $DP = 3,88$), sendo seguidos pelos idosos que residem noutras situações ($M = 7,10$; $DP = 3,43$). Porém os idosos que residem com o cônjuge, à semelhança do que acontece com a sintomatologia depressiva, são também os que obtêm pontuações médias mais baixas na escala de ideação suicida ($M = 5,61$; $DP = 2,18$).

Tabela 14. Comparação de médias da intensidade da ideação suicida segundo a co-habitação

	N (%)	M ±DP	Ideação suicida		
			Df (B;W)	F	p
Com quem vive			3;216	4,70	0,003**
Cônjuge	126 (57,27%)	5,61 ± 2,18			
Filhos	19 (8,64%)	6,53± 2,55			
Sozinho	54 (24,55%)	7,19± 3,88			
Outra situação	21 (9,55%)	7,10± 3,43			

Nota: ^{ns}p ≥ 0,05; *p < 0,05; ** p < 0,01; ***p < 0,001

4.2. Fase II. - Caracterizar a sintomatologia depressiva

Nesta segunda fase, pretende-se caracterizar a sintomatologia depressiva.

De início, exploram-se diferenças estatisticamente significativas entre idosos com e sem sintomatologia depressiva, com base nas variáveis IS, DSM e EA. A avaliação de diferenças entre idosos com sintomatologia depressiva e sem sintomatologia depressiva é efetuada com base numa variável dicotómica criada, previamente. Esta variável dicotómica divide os idosos em dois grupos - com sintomatologia depressiva e sem sintomatologia depressiva - de acordo com o ponto de corte da escala utilizada na medição da sintomatologia depressiva.

Por fim, são apresentados os resultados da análise de regressão entre a sintomatologia depressiva e a IS e o DSM, já utilizando a variável sintomatologia depressiva intervalar (score total da escala GDS), onde é feita uma exploração da preditividade das variáveis IS e DSM na sintomatologia depressiva.

Explorar diferenças significativas entre indivíduos com sintomatologia depressiva e sem sintomatologia depressiva, relativamente à IS, DSM e EA

Relativamente à comparação de médias de ideação suicida, quanto à presença de sintomatologia depressiva (cf. Tabela 15), as diferenças são estatisticamente significativas, $t(73,16) = -7,61$, $p = 0,00$. Os idosos com sintomatologia depressiva relatam maior ideação suicida ($M = 8,81$; $DP = 3,63$) do que os idosos sem sintomatologia depressiva ($M = 5,18$; $DP = 1,70$).

Tabela 15. Teste t para comparação de médias da intensidade da ideação suicida entre idosos com sintomatologia depressiva e sem sintomatologia depressiva

	N (%)	Ideação suicida (IACLIDE)			
		M ± DP	Df	t	p
Presença de depressão			73,16	-7,61	0,00***
C/ Sint. depressiva	63 (%)	8,81 ± 3,63			
S/ Sint. depressiva	157 (%)	5,18 ± 1,70			

Nota: ^{ns} $p \geq 0,05$; * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

No que diz respeito ao DSM, a partir do teste efetuado foi possível verificar que há uma associação significativa entre o DSM e a presença/ausência de sintomatologia depressiva, $\chi^2(1) = 29,39$, $p = 0,00$ (cf. Tabela 16). Enquanto no grupo que já teve um DSM, a maioria (55,9%) dos idosos apresenta sintomatologia depressiva, no grupo que nunca foi diagnosticado em saúde mental, a maioria (81,4%) não apresenta esta sintomatologia.

Tabela 16. Teste do Qui-quadrado para avaliar a associação do Diagnóstico em Saúde mental com a presença de sintomatologia depressiva ou a ausência de sintomatologia depressiva

Grupos	S/ sint. depressiva	C/ sint. depressiva	Total	X ²	p
	N (%)	N (%)	N (%)		
C/ DSM	26 (44,1%)	33 (55,9%)	59 (100,0%)	29,39	0,00***
S/ DSM	131 (81,4%)	30 (18,6%)	161 (100,0%)		

Nota: ^{ns} $p \geq 0,05$; * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Em relação às atividades de EA, a partir do teste efetuado, foi possível verificar que há uma associação significativa entre o EA e a presença/ausência de sintomatologia depressiva, $\chi^2(3) = 35,63$, $p = 0,00$ (cf. Tabela 17). Enquanto no grupo que não desenvolve qualquer atividade que possa ser considerada de EA, a tendência é existir sintomatologia depressiva (51,3% dos idosos apresenta esta sintomatologia), nos grupos em que se cumprem atividades consideradas de saúde, participação e segurança, i.e., de EA, mais do que uma vez por semana e diariamente, a maioria dos idosos não apresenta sintomatologia depressiva. A ausência de sintomatologia depressiva nos grupos que cumprem atividades de envelhecimento ativo torna-se especialmente expressiva no grupo que desempenha diariamente atividades de

envelhecimento ativo, onde apenas 11% dos idosos apresentam níveis de sintomatologia depressiva superiores ao ponto de corte da GDS.

Tabela 17. Teste do Qui-quadrado para avaliar a associação dos indicadores de EA com a presença de sintomatologia depressiva ou a ausência de sintomatologia depressiva

Grupos	S/ sint. depressiva	C/ sint. depressiva	Total	X ²	p
	N (%)	N (%)	N (%)		
				29,39	0,00***
S/ Activ. EA	38 (48,7%)	40 (51,3%)	78 (100,0%)		
Activ. EA mais de 1vez/sem.	24 (68,6%)	11 (31,4%)	35 (100,0%)		
Activ. EA diariamente	89 (89,0%)	11 (11,0%)	100 (100,0%)		
NR	6 (85,7%)	1 (14,3%)	7 (100,0%)		

Nota: ^{ns}p ≥ 0,05; *p < 0,05; ** p < 0,01; ***p < 0,001

Explorar o papel da IS e do DSM enquanto preditores de sintomatologia depressiva

Perante a possível preditividade da presença de ideação suicida sobre a sintomatologia depressiva, como se verifica na tabela 18, os resultados da regressão revelaram que as etapas do modelo foram significativas (Modelo 1: R²=0,614; F=188,088; p=0,000).

Na análise dos coeficientes, verificou-se que a ideação suicida se revelou uma variável preditiva na explicação da sintomatologia depressiva ($\beta = 0,681$, p=0,000); a mesma a variável contribuiu para a explicação da sintomatologia depressiva em 46,1% (R²=0,461). O coeficiente de correlação R revela uma relação de intensidade moderada entre a sintomatologia depressiva e a ideação suicida (R=0,681).

Tabela 18. Análise de regressão linear simples para a ideação suicida como preditora da sintomatologia depressiva

Preditor	R	R ²	EPR(%)	B	β	F _{change}	t	p
Modelo 1	0,681	0,461	59,17%			188,088		0,000***
Ideação suicida				1,545	0,681		13,715	0,000***

Nota: ^{ns}p ≥ 0,05; *p < 0,05; ** p < 0,01; ***p < 0,001

Também no que se refere à preditividade do DSM sobre a sintomatologia depressiva, visualiza-se na tabela 19 que os resultados da regressão revelaram que as etapas do modelo foram significativas (Modelo 1: R²=0,164; F=43,814; p=0,000). Na análise dos coeficientes, verificou-se que o diagnóstico em saúde mental se revelou uma variável preditiva na explicação da sintomatologia depressiva ($\beta = 0,409$; p=0,00). Neste sentido, a variável contribuiu, em média, 16,4% (R²=0,164), para a explicação da sintomatologia depressiva. O

coeficiente de correlação R revela uma relação de intensidade moderada entre a sintomatologia depressiva e a ideação suicida ($R=0,409$).

Tabela 19. Análise de regressão linear simples para o Diagnóstico (prévio) em saúde mental como preditora da sintomatologia depressiva

Preditor	R	R ²	EPR(%)	B	β	F _{change}	t	p
Modelo 1	0,409	0,164	73,62%			43,814		0,000***
DSM				6,090	0,409		6,619	0,000***

Nota: ^{ns}p \geq 0,05; *p < 0,05; ** p < 0,01; ***p < 0,001

Finalmente, aquando da aplicação das duas variáveis (IS e DSM) enquanto possíveis preditoras da sintomatologia depressiva, seguindo os procedimentos anteriores, e como se verifica na tabela 20, os resultados da regressão revelaram que todas as etapas do modelo foram significativas (Modelo 1: $R^2=0,461$; $F=188,088$; $p=0,000$; Modelo 2: $R^2=0,529$; $F=123,918$; $p=0,000$). Na análise dos coeficientes, verificou-se no modelo 1, que a ideação suicida se revelou uma variável preditiva na explicação da ansiedade social ($\beta =0,681$, $p=0,000$). Também, no segundo modelo, mesmo após a introdução do DSM, com poder de significância ($\beta =0,271$, $p=0,000$), a ideação suicida mantém maior poder explicativo. Neste segundo modelo, a variável ideação suicida contribuiu mais para a explicação da sintomatologia depressiva ($\beta =0,620$, $p=0,000$), acrescentando 53,3% ($R^2_{change} =0,533$; $F_{change} =123,918$; $p=0,000$) à explicação da sintomatologia depressiva.

Tabela 20. Análise de regressão múltipla por blocos para a ideação suicida e o Diagnóstico (prévio) em saúde mental como preditoras da sintomatologia depressiva

Preditor	R	R ²	EPR(%)	B	β	F _{change}	t	p
Modelo 1	0,681	0,461	59,17%			188,088		0,000***
Ideação suicida				1,545	0,681		13,715	0,000***
Modelo 2	0,730	0,529	55,34%			123,918		0,000***
Ideação suicida				1,408	0,620		13,040	0,000***
DSM				4,039	0,271		5,704	0,000***

Nota: ^{ns}p \geq 0,05; *p < 0,05; ** p < 0,01; ***p < 0,001

5. - Discussão de resultados

Dado que os resultados da presente dissertação foram apresentados por duas fases de estudo, optámos por realizar a discussão, separadamente, para cada um deles.

Fase 1. A sintomatologia depressiva e ideação suicida em pessoas idosas residentes na cidade da Covilhã

Com este estudo, pretendemos estudar os fenómenos de sintomatologia depressiva, ideação suicida diagnóstico em saúde mental e envelhecimento ativo em uma amostra de idosos da cidade da Covilhã (área urbana). Para isso, colocaram-se relações entre o nível e sintomatologia depressiva (escala total) e as variáveis IS, DSM e EA. Fez-se ainda a comparação dos níveis de sintomatologia depressiva consoante variáveis sociodemográficas.

De acordo com o **objetivo 1**, era importante avaliar a sintomatologia depressiva e ideação suicida em pessoas idosas residentes na cidade da Covilhã. Esperavam-se pontuações relativamente baixas, tendo em conta a revisão da literatura que afirma uma relutância dos mais velhos em manifestar queixas e uma prevalência de melhor saúde mental em idosos residentes na comunidade e não institucionalizados. Esta primeira inferência foi corroborada, uma vez que poucos idosos obtiveram pontuações elevadas quer na escala de sintomatologia depressiva quer na escala de ideação suicida - apenas 28,6% dos sujeitos obtiveram pontuação acima do ponto de corte para sintomatologia depressiva, diminuindo, essa percentagem, para apenas 7,3% no caso da ideação suicida.

Avançando para uma análise dos dados obtidos, globalmente os resultados indicaram que os participantes apresentam baixos níveis de sintomatologia depressiva e ideação suicida. Estes dados sugerem que a população envelhecida do estudo manifesta poucas percepções de sintomatologia depressiva e cognições suicidas, corroborando os estudos apontados na revisão da literatura que indicam que, muitas vezes, se torna difícil detetar sintomatologia depressiva nos idosos visto que estes estão menos despertos a relatá-la. Esta dificuldade é ainda mais acentuada dado que os instrumentos utilizados para medir estas variáveis, neste estudo, foram de autorrelato. Um estudo de Graham, Kovandz, Gask, Burroughs, Clarke, Sanderson e Dowrick (2012) pretendeu explorar, através de uma análise de dados qualitativos, as razões pelas quais as pessoas mais velhas com depressão podem não apresentar sintomatologia depressiva nos cuidados de saúde primários. Ficou reconhecido que as pessoas mais velhas se sentem relutantes em reconhecer e nomear a “depressão” enquanto conjunto de sintomas, de forma a não sentirem como legítimo recorrer ao clínico geral devido a queixas depressivas. Por outro lado, Hankin e Abramson (2001) referem que estado depressivo e perturbação depressiva não são a mesma coisa. Enquanto a perturbação é definida categoricamente, composta por diferentes sintomas depressivos, como, por exemplo,

a perda de sono, mudanças de apetite, problemas de concentração, entre outros, e está presente por, pelo menos duas semanas, o estado depressivo não passa de um sentimento de tristeza ou infelicidade não significativo, perante outros sintomas. Regra geral, todas as pessoas já experienciaram um estado depressivo e nem todas sofrem de perturbação depressiva. Porém, estes autores veem estes dois conceitos como a continuação um do outro e não como coisas completamente distintas, porque o estado depressivo acarreta riscos que podem levar à perturbação (Hankin & Abramson, 2001). Assim, também no caso desta amostra, os idosos poderão não pontuar para perturbação depressiva, mas experienciar estados depressivos que, eventualmente, poderão conduzir à mesma.

Estes resultados podem, ainda, estar relacionados com características específicas da amostra, nomeadamente com a institucionalização dos idosos que parece ser muito reduzida (4,1%). O facto da maioria dos participantes residirem no seu domicílio pode contribuir para o aumento do bem-estar percebido pelos próprios e levar os sujeitos a sentir-se menos deprimidos. Sabe-se que a vida em comunidade e as especificidades das localidades afetam o bem-estar das pessoas. O conceito de “cenários terapêuticos” foi inicialmente desenvolvido por Gesler (1992) e o seu uso foi aumentando através de outros teóricos. Originalmente, os cenários terapêuticos referiam-se a lugares que atingiam a reputação de permitir melhoras a nível “físico, mental e espiritual” (Kearns & Gesler, 1998, p. 8). O conceito enfatiza o poder do lugar e especificamente, de como o lugar interage com a combinação de fatores físicos, sociais e individuais de forma a moldar as finalidades das crenças de saúde e experiência de bem-estar. A formação dos cenários terapêuticos é um processo dinâmico moldado tanto por estruturas sociais como pelas subjetividades humanas (Gesler, 1992, 2003; Kearns & Gesler, 1998).

Justificam-se, ainda, os níveis baixos de sintomatologia depressiva e I.S., com a possibilidade de os instrumentos utilizados na avaliação destas variáveis, por si só, enquanto instrumentos de autorresposta, estarem condicionados pela desejabilidade social. Devemos, portanto, debruçar-nos sobre a possibilidade de os resultados estarem enviesados no sentido decrescente - apresentado-nos idosos menos deprimidos e com menos ideação suicida dado que participantes se veem, ao momento da resposta, constrangidos a não defraudar expectativas e não colocar em causa o seu self.

Porém, há que salientar que muitos dos estudos sobre suicídio, referidos na literatura, são efetuados com medidas menos cognitivas e mais comportamentais, ou seja, estudam mais diretamente as tentativas de suicídios anteriores e os comportamentos suicidas, muitas vezes através de autópsias psicológicas, e não tão amiúde, o ponto de vista cognitivo do suicídio como é o caso do instrumento utilizado no nosso trabalho. A baixa ideação suicida verificada neste trabalho corrobora alguns estudos, em que a ideação suicida é medida por questões colocadas aos participantes relativamente a pensamentos sobre morte e suicídio na semana anterior à aplicação - método semelhante ao utilizado neste trabalho. No estudo de Yen, Yang, Yang, Lung, Shih, Hahn e Lo (2005), onde se utilizou o método referido, apenas 16,7% dos sujeitos relataram ideação suicida.

Objetivou-se também que a sintomatologia depressiva estaria relacionada com as variáveis I.S., D.S.M. e E.A. (**objetivo 2**). O proposto neste objetivo foi, igualmente, comprovado, dado que a sintomatologia depressiva se mostrou associada, de forma moderada, positivamente com a I.S. e o D.S.M. e negativamente com o E.A..

Por um lado, parece-nos fazer sentido que a proporção de respondentes que relatam pensamentos suicidas aumente significativamente com a severidade da depressão. Diversos autores apontam que a suicidalidade nos idosos é um indicador do incremento da severidade da sintomatologia depressiva (Gensichen, Teising, König, Gerlach & Petersen, 2010; Yen, Yang, Yang, Lung, Shih, Hahn & Lo, 2005), sendo que aumenta também o risco de mortalidade (Harris and Barraclough, 1997). Também Skoog, Aevansson, Beskow, Larsson, Palsson, Waern, Landahl e Ostling (1996) relatam que os sentimentos de preocupação com a vida e desejos de morte se relacionam fortemente com a depressão. Por contraste, um quarto dos idosos com sintomas fracos, moderados a moderadamente severos relataram ideação suicida no estudo de Sirey, Bruce, Carpenter, Booker, Reid, Newell e Alexopoulos (2008). O que é facto, é que em inúmeros estudos, existe relação positiva, assim como a encontrada, entre sintomatologia depressiva e ideação suicida. Awata, Seki, Koizumi, Sato, Hozawa, Omori, Kuriyama, Arai, Nagatomi, Matsuoka e Tsuji (2005) referem que, mesmo depois de controlar fatores possivelmente associados a estas variáveis, os sintomas depressivos se verificaram fortemente associados aos pensamentos sobre suicídio nos idosos, o que vai de encontro à ideia de Roff (2001) de que talvez a forma mais correta de prevenir o suicídio nos idosos seja uma avaliação contínua e precisa da depressão.

Por outro lado, surge a correlação, igualmente positiva, da sintomatologia depressiva com a existência de um D.S.M.. Em relação a este construto, não temos conhecimento de estudos que relacionem a existência de sintomatologia depressiva com diagnóstico em saúde mental em populações de idosos. O que é defendido na revisão bibliográfica, remete para a depressão nas pessoas mais velhas ser comum, sub-reconhecida e, usualmente, sub-tratada (e.g. Hell, 2009; Lima, Silva & Ramos, 2009). Os idosos parecem não se considerar candidatos para receber ajuda face ao seu distress. Em parte, isto explica-se pela perceção que têm do papel do clínico de medicina geral e familiar mas também pode dever-se a experiências prévias negativas perante a procura de ajuda (Graham, Kovandz, Gask, Burroughs, Clarke, Sanderson & Dowrick, 2012). Neste sentido, poderia prever-se que existira pouca correlação entre a existência de diagnósticos em saúde mental e a sintomatologia depressiva. De facto, na população avaliada no nosso trabalho houve relação entre um diagnóstico efetuado em saúde mental, talvez pela proximidade que os idosos participantes têm de familiares (uma percentagem elevada reside com cônjuge ou filhos) que os possam incentivar a procurar, com alguma assiduidade, os profissionais de saúde. Lembre-se que os participantes do estudo foram escolhidos aleatoriamente de um ficheiro do Centro de Saúde pelo que são, concretamente, utentes desta insituição, e é aqui que poderá residir o cerne desta associação positiva e moderada entre o D.S.M. prévio e a sintomatologia depressiva. Ora, os estudos

apontam para um fraco reconhecimento e diagnóstico de sintomatologia depressiva no envelhecimento, mas também para dificuldades a nível do combate e tratamento desta sintomatologia. Adicionalmente, os tratamentos oferecidos, que parecem ser predominantemente biomédicos, podem não ser aceitáveis e adequados às pessoas mais velhas. As intervenções oferecidas aos mais velhos deveriam encorajar à participação e integração social, tal como relacionar-se com amigos e envolver-se em atividades criativas, físicas e sociais (Graham, Kovandz, Gask, Burroughs, Clarke, Sanderson & Dowrick, 2012). Porém, apesar de a associação entre sintomatologia depressiva e existência de D.S.M. não reflete um bom paradigma por si. Lança-nos a necessidade de associar a presença de acompanhamento terapêutico com a existência de D.S.M. e com a sintomatologia depressiva, no sentido de procurar averiguar se, efetivamente, esta amostra é privilegiada em termos de acompanhamento clínico ou se foram os enviesamentos que levaram a este resultado, até certo ponto, abonatório.

Finalizando os resultados do objetivo 2., refletimos sobre a correlação negativa e moderada encontrada entre sintomatologia depressiva e atividades de EA. Em linha com estudos anteriores, com indicadores de envolvimento em atividades (Adams, Sanders, & Auth, 2004; Morrow-Howell, Hinterlong, Rozario, & Tang, 2003; Utz, Carr, Nesse, & Wortman, 2002; Eakman, Carlson & Clark, 2010), no estudo realizado a participação significativa em atividades associa-se negativamente com a sintomatologia depressiva. Inúmeros estudos mostraram que a depressão, potencialmente, causa alguns défices, sendo que, de facto, diminui a capacidade de envolvimento em atividades (Kivela & Pakkala, 2001; Lecrubier, 2000; Lin VonKorff Russo et al., 2000; Oslin, Streim, Katz et al., 2000; Simon, Revicki, Heilingenstein et al., 2000), refletindo-se maiores níveis de depressão em menor capacidade e envolvimento em atividades de E.A.. Uma explicação para isto pode ser a perda de energia e motivação para o trabalho porque não existe um sentimento de satisfação (Karpansalo, Kauhanen, Lakka, Manninen, Kaplan & Salonen, 2005). Adicionalmente, os mecanismos de coping reduzidos podem resultar numa situação na qual as exigências das atividades sejam demasiado exaustivas. Estas informações são potencialmente importantes, especialmente para os especialistas em serviços de saúde ocupacional, porque a depressão é conhecida por ser comumente sub-reconhecida e mal diagnosticada nos cuidados de saúde primários (Lecrubier, 2000).

Por fim, em relação às diferenças na sintomatologia depressiva e ideação suicida consoante as variáveis sócio-demográficas, foram elaborados quatro objetivos. Objetivou-se averiguar diferenças na sintomatologia depressiva e I.S. entre dois grupos etários - idosos (65 a 74 anos) e grandes idosos (acima de 75 anos) (**objetivo 3.**). Estas diferenças não foram corroboradas. Os objetivos subsequentes pretendiam, igualmente, aferir diferenças na sintomatologia depressiva e I.S. quanto ao género (**objetivo 4.**), estado civil (**objetivo 5.**) e diferentes formas de co-habitação (**objetivo 6.**). Ao nível destas três últimas variáveis foram encontradas diferenças estatisticamente significativas tanto para a sintomatologia depressiva como para a ideação suicida.

Iniciando com os resultados referentes aos diferentes grupos etários, face à literatura, os resultados encontrados mostram-se contraditórios. Se autores como Flint, Hays, Krishnan, Meador e Blazer (1998) referem que a idade mais avançada se revelou protetora contra a ideação suicida explícita, entre idosos de diferentes idades, outros auguram que, no seio de muitas nações, as taxas de suicídio aumentam com a idade (Pearson, Conwell, Lindsay, Takahashi & Caine, 1997).

No que concerne ao **objetivo 4.**, relativo ao género, tanto para sintomatologia depressiva como para ideação suicida, verificámos existirem diferenças estatisticamente significativas, obtendo o género feminino níveis mais elevados em ambas as escalas. Relativamente à depressão, os resultados por nós obtidos vão ao encontro da literatura, em que se refere que as mulheres se subjugaram a uma visão que, historicamente, inferioriza a feminilidade como essencialmente frágil, fraca, dependente e emotiva (Fullagar, 2008). As mulheres têm mais trabalho emocional do que os seus parceiros do género masculino e, em relação à construção emocional com esta base, as diferenças relatadas aumentam o distress psicológico e a depressão (Strazdins & Broom). Licht-Strunk, Kooij, Schaik, Marwijk, Hout, Haan & Beekman (2005), encontraram prevalências diferentes para a depressão major, no seu estudo junto de utentes da consulta de medicina familiar, em pessoas com idades iguais ou superiores a 55 anos, levado a cabo na Holanda. Neste estudo, a depressão major atinge os 13,7%, sendo mais prevalente entre as mulheres e em residentes das zonas urbanas. Inaba, Thoits, Ueno, Gove, Evenson e Sloan (2005) relatam que, como esperado, as mulheres tanto americanas como japonesas se apresentaram mais deprimidas do que os homens, seus parceiros. Este último estudo leva-nos a crer que os resultados por nós obtidos relativamente às diferenças de sintomatologia depressiva entre géneros serão transversais culturalmente, não se restringindo a culturas ocidentais, como a nossa. No caso da ideação suicida, o resultado obtido no presente estudo vem, de algum modo, contrapor alguns autores que apresentam as taxas de suicidalidade superiores nos homens. Estudos relatam que os homens com idades iguais ou superiores a 75 anos têm as maiores taxas de suicídios em quase todos os países industrializados (Pearson & Conwell, 1995), sendo que a taxa de suicídio nas duas décadas passadas contava com quatro homens em cada cinco suicídios em adultos com idades iguais ou superiores a 65 anos (Szanto, 2003). De acordo com o Centers for Disease Control & Prevention (1999), o grupo mais vulnerável ao suicídio são os homens de raça caucasiana e de idades superiores a 65 anos, envolvendo cerca de 82% dos suicídios. Segundo o estudo de Roff (2001), os idosos do género masculino e com idades iguais ou superiores a 85 anos representam o grupo em maior risco de suicídio. O género é o preditor demográfico que mais influencia o suicídio, com os homens a excederem as taxas das mulheres em todas as idades; mesmo no envelhecimento, período em que o número de mulheres ultrapassa, em muito, o número de homens na população, o que não se comprovou neste estudo. Porém há que ressaltar que a medida utilizada para avaliação é de ideação suicida, sendo de autorrelato e remetendo para cognições. Ora, estas últimas características da avaliação suicida podem ser fatores explicativos dos resultados, sendo que uma medida de autorrelato sofre, inúmeras vezes,

influências da desajustabilidade social e, por outro lado, as cognições relativas ao suicídio poderão não ser diretamente proporcionais aos suicídios concretizados e às tentativas levadas a cabo. Assim e de acordo com a revisão bibliográfica, verificámos que o público masculino poderá ser aquele com maior taxa de suicídio devido aos métodos escolhidos e facilidade de acesso aos mesmos. Em parte, podemos mencionar ao facto de os homens terem maior probabilidade de fazer uso de métodos mais letais, como as armas de fogo (McIntosh, 2003). Daí ser importante referir o facto de neste estudo avaliarmos cognições suicidas e não suicídios completados, podendo esta ser a característica chave que deslinda um valor mais elevado para mulheres do que para homens. Ora, os nossos resultados, mais uma vez, e conforme referido acima, têm que ser interpretados à luz do instrumento e definição da variável utilizada. O presente estudo envolve a ideação suicida e não o suicídio e, pode ser aí que reside a disparidade com a literatura. De facto, em estudo com medidas de ideação suicida, alguns autores apontam que as mulheres têm maior risco de desenvolver ideação suicida do que os homens (Awata et al, 2005). Resultados obtidos por Yen, Yang, Yang, Lung, Shih, Hahn e Lo (2005), através de análises univariadas, mostram que a ideação suicida é significativamente superior em mulheres.

Em relação ao **objetivo 5.**, as variações de sintomatologia depressiva e ideação suicida perante o estado civil, os resultados apontam diferenças significativas, onde a viuvez e o divórcio são os estados civis onde as pontuações se mostram mais elevadas tanto para a sintomatologia depressiva como para a I.S.. Os resultados obtidos parecem ir, muito concretamente, ao encontro do que nos diz a literatura, onde se manifesta que o estados civis em que os idosos estão sem cônjuge por perda (morte - viuvez; rutura da relação - divórcio) parecem ser os mais críticos ao surgimento de sintomatologia depressiva e ideação suicida. A viuvez dos idosos remete para a experiência de desafios mais prolongados e profundos, que podem conduzir a níveis de sintomatologia depressiva mais grave (Vanderhorst & McLaren, 2005). Como foi verificado na revisão bibliográfica prévia, o luto e a adaptação à vida sem o cônjuge é, por si só, fator de risco de depressão. Algumas pesquisas apontam para o facto de as mulheres viúvas terem riscos superiores de desenvolver depressão do que os homens viúvos (Dorfman & Lubben, 1995; Forsell, 2000; Hagerty et al., 1996). Por outro lado, no estudo de Jang, Kawachi, Chang, Boo, Shin, Lee e Cho (2009), mesmo depois de controladas variáveis como o estatuto socioeconómico, o estado da habitação, os défices físicos e um grande número de doenças crónicas forem encontradas diferenças na sintomatologia depressiva entre idosos do género masculino divorciados ou viúvos (maior sintomatologia depressiva) e idosos do género masculino casados. Porém, não se verificaram diferenças entre idosas do género feminino divorciadas ou viúvas e idosas casadas. Este padrão, segundo os autores, pode refletir a influência distinta do contexto oriental, onde decorreu o estudo, nas relações entre homens e mulheres, como é o caso dos papéis tradicionais de género e das normas patriarcais para as gerações mais velhas (Jang, Kawachi, Chang, Boo, Shin, Lee & Cho, 2009). O que é um facto, é que devemos ficar alerta para escrutinar se as diferenças na sintomatologia depressiva consoante os estados civis poderão

ser mais expressivas com a distinção por género. No entanto, refere-nos Inaba, Thoits, Ueno, Gove, Evenson e Sloan (2005) que os participantes, não casados, do seu estudo estariam mais deprimidos do que os casados nos diversos países abarcados no estudo (E.U.A. e Japão) e que este padrão se mantém mesmo quando a comparação é feita tendo em consideração o género dos participantes (Inaba, Thoits, Ueno, Gove, Evenson & Sloan, 2005). Os resultados mais baixos em sintomatologia depressiva para as pessoas casadas são consistentes com estudos anteriores (Peters & Liefbroer, 1997; Vanderhorst & McLaren, 2005). Dizem-nos Strohschein, McDonough, Monette e Shao (2005) que, relativamente aos participantes continuamente casados, aqueles que se mantêm solteiros e divorciados reportam significativamente níveis mais elevados de distress. Estes mesmos autores (2005) referem que os efeitos das transições de estado civil são claramente fatores que predispoem ao distress psicológico, referindo que comparados com os participantes que não passam por transições no estado civil, aqueles que entram num primeiro casamento ou casam de novo relatam significativamente menores níveis de distress, enquanto que os que se tornam divorciados ou viúvos relatam significativamente níveis de distress psicológicos mais acentuados (Strohschein, McDonough, Monette & Shao, 2005). Mais do que distress psicológico, quando nos referimos ao caso concreto da variável avaliada neste estudo - ideação suicida - verificamos que na literatura o risco encontrado é, tal como no presente trabalho, superior nos estados civis de divórcio e viuvez, conforme avançámos antes. Ron (2004) verificou a existência de relação entre sintomatologia depressiva e ideação suicida - as pontuações médias verificadas eram superiores no estado civil de viuvez. Yang, Yang, Lung, Shih, Hahn e Lo (2005) corroboram a existência de maior ideação suicida na viuvez, assim como Awata, Seki, Koizumi, Sato, Hozawa, Omori, Kuriyama, Arai, Nagatomi, Matsuoka e Tsuji (2005) que não encontraram diferenças estatisticamente significativas relativamente à ideação suicida para nenhum outro estado civil. Ross, Bernstein, Trent, Henderson e Paganini-Hill (1990) determinaram que, para além da sintomatologia depressiva, os mais fortes preditores de ideação suicida englobavam os estados civis de divórcio e viuvez. No estudo de Kposowa (2000), o maior risco de suicídio concentrava-se nos participantes divorciados - a probabilidade dos participantes divorciados cometerem suicídio duplicava relativamente aos participantes casados. Estes últimos autores salientam, como verificámos no caso da sintomatologia depressiva, que as diferenças entre estados civis, quando estratificadas por género, diferem - apresentando os homens divorciados um risco duplamente superior de ideação suicida aos homens casados. Acrescentamos a posição de Duberstein, Conwell e Cox (1998), na sua referência ao luto pelo cônjuge enquanto experiência que aumenta as visitas ao clínico de medicina geral e familiar, sendo que a população idosa com viuvez recente representa um grupo populacional para o qual devem ser prontamente implementadas intervenções. Os profissionais de saúde devem monitorizar o risco de suicídio nestes pacientes, especialmente naqueles com histórias psiquiátricas, de consumos de substâncias ou de perdas e separações (Duberstein, Conwell & Cox, 1998).

Terminando a análise dos resultados da fase 1., discutimos o produto do **objetivo 6.**, onde se pretendia analisar as diferenças na sintomatologia depressiva e na ideação suicida relativamente à co-habitação. Verificou-se que, para ambas as variáveis - sintomatologia depressiva e ideação suicida - os idosos que residem com o cônjuge são os que obtêm pontuações mais baixas, apresentando menos sintomas depressivos e menor ideação suicida. Já as pontuações mais elevadas verificam-se, para a sintomatologia depressiva, nos idosos que residem com os filhos; verificaram-se pontuações elevadas em ambas as variáveis - sintomatologia depressiva e ideação suicida - nos idosos que estão noutras situações de residência (tendo em conta as respostas verbalizadas pelos sujeitos, na sua maioria essas pessoas estavam institucionalizadas) ou que residem sozinhos. De facto, os resultados obtidos não defraudam o que nos é apresentado na literatura. Yang e George (2005) referem que uma variável que claramente modela a sintomatologia depressiva é a co-habitação. No que toca ao resultado que poderá ser mais curioso - o facto de os idosos que residem com os filhos apresentarem maior sintomatologia depressiva - há que referir que pode ser explicado à luz da individualidade e indepêndencia, sendo sabido que o grau de autonomia e controlo pessoal interfere na saúde psicológica e bem-estar. Uma sensação de controlo pessoal e autonomia defraudados, como pode ser o caso dos idosos que não têm domínio sobre a sua residência e as suas escolhas por estarem estabelecidos com os filhos e sob a alçada dos mesmos, contribuirá para o resultado verificado. Mais ainda, perante uma análise da estrutura das relações, inúmeros estudos demonstraram que os amigos podem ser mais importantes fontes de interação social para os idosos do que os membros da família (Mendes de Leon, 2005.; Osborn et al., 2003; Routasalo, Savikko, Tilvis, Strandberg, & Pitkälä, 2006). Um estudo que avaliava a função do suporte social nas relações sugere que os amigos têm um impacto mais positivo no alívio da depressão do que os membros da família (Mullins & Dugan, 1990). Examinando estes resultados à luz da teoria da seletividade sócio-emocional, o estudo sugere que os adultos mais velhos, mesmo quando deprimidos, investem nas relações familiares e de amizade (Wilby, 2011), contribuindo estas últimas, em muito, para minorar os sintomas depressivos. Já no que toca aos idosos que residem sozinhos, a literatura engloba-os, efetivamente, como um grupo mais vulnerável a depressividade e ideação suicida. O isolamento social e um inadequado suporte social foram identificados como variáveis relacionadas com a depressão (Dorfman et al., 1995; VanDerHorst & McLaren, 2005) assim como com a ideação suicida, nos idosos (VanDerHorst & McLaren, 2005). Awata et al (2005), observam que, mesmo após controlar os sintomas depressivos, a falta de suporte social (como é o caso, segundo relato dos próprios, de muitos dos idosos participantes no nosso trabalho que residem sozinhos) se associa a pensamentos suicidas. Ainda referindo as “outras situações de residência”, como referimos, observámos, sob o ponto de vista qualitativo e ecológico, que os participantes que sinalizaram esta opção se encontram, maioritariamente, institucionalizados. Ora, a literatura aponta para níveis significativamente superiores de depressão entre os idosos residentes em instituições comparativamente a idosos residentes na comunidade (Ron, 2004).

Fase 2. Caracterizar a sintomatologia depressiva: Comparação intergrupos relativamente à ideação suicida, diagnóstico em saúde mental e envelhecimento ativo

Com este estudo, pretendemos explorar as diferenças entre estes dois grupos na nossa amostra - idosos com sintomatologia depressiva e sem - relativamente à I.S., D.S.M. e E.A.. Para isso, criou-se uma variável dicotómica que divide a amostra de idosos da cidade da Covilhã (área urbana) em dois grupos - com base no ponto de corte da escala utilizada para medir o score da variável sintomatologia depressiva. Fez-se ainda uso da técnica de regressão linear no sentido de verificar até que ponto a I.S. e o D.S.M. contribuem para a explicação da sintomatologia depressiva, sendo preditores desta última.

Assim, em relação à análise das diferenças relativamente à ideação suicida entre idosos com sintomatologia depressiva e sem sintomatologia depressiva (**objetivo 1.**), verificou-se que idosos com sintomatologia depressiva relatam maior ideação suicida. Estes resultados tanto são expectáveis como corroboram a literatura. Na depressão, uma grande parte dos enviesamentos cognitivos no processamento da informação e ativação emocional ocorrem num nível não consciente ou não são manifestados subjetivamente enquanto sintomas depressivos (Bhagwagar and Cowen, 2008). Os resultados apresentados representam evidências mais profundas de um perfil de vulnerabilidade específica ao suicídio quando existe sintomatologia depressiva. No estudo de Wærn, Runeson, Allebeck, Beskow, Rubenowitz, Skoog e Wilhelmsson (2002), a maioria das vítimas de suicídio, sofriam de uma perturbação depressiva no momento da sua morte, o que é consistente com relatos de outros estudos (Carney, Rich, Burke & Fowler, 1994; Henriksson, Marttunen, Isometsä, Heikkinen, Aro, Kuoppasalmi & Lönnqvist, 1995; Conwell, Duberstein, Cox, Herrmann, Forbes & Caine, 1996). Também, Duberstein, Conwell e Caine (1994) identificaram a depressão como fator de risco para o suicídio. Dos suicídios dos idosos que foram estudados, através de um método de autópsia psicológica, é comum existir, no momento da morte por suicídio, perturbação psiquiátrica, particularmente depressão (Pearson, Conwell, Lindsay, Takahashi & Caine, 1997). Num estudo realizado através de autópsias psicológicas, a perturbação depressiva recorrente foi um fator de risco muito forte para o suicídio - um elevado risco associa-se à perturbação depressiva minor, perturbação distímica, perturbação psicótica e episódio único de depressão major (Wærn, Runeson, Allebeck, Beskow, Rubenowitz, Skoog & Wilhelmsson, 2002). A ideação suicida é reconhecidamente superior em pessoas que experienciam, apenas, sintomas depressivos (Yen, Yang, Yang, Lung, Shih, Hahn & Lo, 2005), sendo que no estudo de Awata et al (2005), em 143 sujeitos com sintomas depressivos, 22 (15.4%) relataram ideação suicida num período de 2 semanas. Salientamos com base nestes três últimos estudos que a sintomatologia depressiva nos idosos não se restringe à depressão major. Como foi já relatado, pelas especificidades deste grupo populacional, assim como pelo prejuízo das situações em que não se cumprem critérios de diagnóstico para perturbação depressiva major mas está presente humor depressivo, existe prejuízo para a ideação suicida quando só estão

presentes sintomas depressivos. Conwell e Brent (1995) confirmam que a maioria das pessoas idosas que cometem suicídio sofrem de depressão, sendo a severidade da depressão um preditor de ideação suicida nos pacientes com depressão major em cuidados de saúde primários (Gensichen, Teising, König, Gerlach & Petersen, 2010).

Confirmando a relação com entre ideação suicida e sintomas depressivos, mas acrescentando outras variáveis de saúde mental, no estudo de Conwell, Duberstein, Cox, Herrmann, Forbes e Caine (1996), realizado através do método da autópsia psicológica, 71,4% dos idosos falecidos por suicídio sofriam de perturbações de humor ao momento do falecimento e 35,7% tinham consumos abusivos de substâncias. O que se sugere, efetivamente, é que os idosos que cometem suicídio representam um grupo heterogéneo no que concerne a perturbações mentais, implicando uma necessidade de diferenciar estratégias preventivas. De referir, que é pouco provável encontrar ideação suicida em idosos sem sintomas de depressão, o que pode acontecer é a dificuldade em verificar esses sintomas. Sirey, Bruce, Carpenter, Booker, Reid, Newell e Alexopoulos (2008) mostram que apenas uma pequena fração dos idosos sem sintomas de depressão relataram ideação suicida. A ideação suicida é comum em pacientes que sofrem de depressão, mas muitas vezes permanece sem ser tratada, e os clínicos de medicina geral e familiar desempenham um papel importante na gestão da depressão e suicidalidade (Gensichen, Teising, König, Gerlach & Petersen, 2010). Detetar a perturbação depressiva com as especificidades do idoso nos cuidados de saúde primários é uma abordagem importante para a prevenção do suicídio no envelhecimento (Wærn, Runeson, Allebeck, Beskow, Rubenowitz, Skoog & Wilhelmsson, 2002). Intervenções cujos objetivos englobam as necessidades dos idosos necessitam de ser mais exploradas e desenvolvidas. Metade dos casos de suicídio no estudo de Wærn, Runeson, Allebeck, Beskow, Rubenowitz, Skoog e Wilhelmsson (2002) teriam recebido tratamento para a perturbação depressiva durante o último ano das suas vidas. Esta informação, juntamente com a de outros estudos (Steffens, Skoog, Norton, Hart, Tschanz, Plassman, Wyse, Welsh-Bohmer & Breitner, 2000; Blazer, Hybels, Simonsick & Hanlon, 2000), sugere que os médicos se tornaram mais capazes de reconhecer e tratar a perturbação depressiva nos idosos. Contudo, nem todos os pacientes responderão da mesma forma ao tratamento, e mesmo aqueles que respondem podem reter alguns sentimentos de desesperança.

Relativamente às diferenças entre idosos com sintomatologia depressiva e sem sintomatologia, relativas ao D.S.M. prévio (**objetivo 2.**), verificou-se que é no grupo que nunca foi diagnosticado em saúde mental que a maioria (81,4%) não apresenta sintomatologia depressiva. De facto, partindo do princípio que o não diagnóstico representa a inexistência de problemas de saúde mental, o não diagnóstico ou o sub-diagnóstico contribuirão para a ausência de sintomas depressivos. Porém, nos nossos resultados, no grupo que apresenta sintomatologia depressiva, 55,9% já teve um DSM. Apesar de este não ser um resultado muito expressivo, contraria, de certa forma, o expectável. Este resultado parece defraudar as expectativas visto que revisão bibliográfica apontava para um elevado número de idosos a experienciar sintomatologia depressiva sem qualquer alerta ou diagnóstico de saúde mental.

No entanto, está em linha com a bibliografia que aponta a depressão como uma perturbação crónica - onde se verificam, muitas vezes, remissões parciais e reincidências no envelhecimento devido a acontecimentos stressores precipitantes - o que nos sugere a necessidade de alerta para sinais prodrómicos, no caso de pacientes já acompanhados. Alinha, ainda, com o facto de as perturbações depressivas serem, não raras vezes, comórbidas a outras situações e saúde mental, podendo a sintomatologia depressiva surgir como secundária a problemas de saúde mental prévios.

Porém, apesar de verificarmos neste estudo um número substancial de idosos que apresentam sintomatologia depressiva com diagnósticos prévios em saúde mental (55,9%), este resultado poderá dever-se ao número reduzido de idosos diagnosticados em saúde mental. O que é um facto é que um elevado número de idosos (161 num total de 220 idosos, o que equivale a 73,18%) nunca teve um D.S.M.. Isto, apesar de como referido anteriormente, a nossa amostra ser constituída por uma seleção aleatória da base de dados cedida pelo Centro de Saúde da Covilhã. Ora, tomando em consideração os dados recolhidos, quando analisados a fundo, estamos, infelizmente, em sintonia com a revisão da literatura. Efetivamente, os idosos do presente estudo, apesar de inscritos no Centros de Saúde e com direito a um clínico de medicina familiar, raramente estão sinalizados para cuidados de saúde mental. Refletindo sobre esta informação, parece-nos que ou os clínicos não clarificam as questões de saúde mental com os participantes do nosso estudo (já que a avaliação do D.S.M., assim como as restantes, foi de autorrelato dos participantes) ou os idosos se sentem renitentes em recorrer aos prestadores de cuidados com queixas que iniciem problemas de saúde mental. Assim, corroboramos Bruce, Van Citters e Bartels (2005), que defendem que os idosos tendem a estar escondidos dos prestadores de cuidados de primeira linha, e isso dever-se-á ao encontrar de barreiras de acesso aos mesmos como o estigma, o transporte e obstáculos financeiros. Como consequência, os seus sintomas depressivos muitas vezes não aparecem diagnosticados nem tratados. Por estas razões, são necessárias estratégias alternativas que integrem rastreios nos serviços rotineiramente frequentados por idosos, de modo a assegurar o acesso à qualidade de saúde mental e de cuidados para aqueles que necessitam. Por outro lado, os profissionais de saúde devem ser incentivados a avaliar os idosos procurando sinais de falta de autocuidado, não cumprimento dos tratamentos e prescrições clínicas, queixas persistentes de problemas físicos como dores ou fadiga e utilizações elevadas dos serviços de saúde na ausência de sintomas físicos detetáveis, em contraste aos sintomas tradicionais enumerados para perturbação depressiva major no DSM-IV (Roff, 2001).

No que diz respeito ao estudo das diferenças entre idosos com sintomas depressivos e sem referente à presença de envolvimento em atividade de E.A. (**objetivo 3**), verificamos que no grupo que não desenvolve qualquer atividade que possa ser considerada de EA, a tendência é existir sintomatologia depressiva (51,3%). Este resultado aponta, também, para um menor envolvimento em atividades de E.A. por parte dos idosos deprimidos. De facto, Arai, Ishida, Tomimori, Katsumata, Grove e Tamashiro (2007) verificaram que uma menor interação com os vizinhos, com a sociedade e com os amigos se associava fortemente com

humor depressivo nos homens. Adicionalmente, apesar de alguns idosos se manterem fisicamente ativos através de atividades de jardinagem e agricultura, isso não significava que estavam de boa saúde mental quando não tinham laços próximos com amigos e familiares (Arai, Ishida, Tomimori, Katsumata, Grove & Tamashiro, 2007). No caso das mulheres, parece ser importante o envolvimento em diversos tipos de atividades relacionadas com a sociedade, o lazer e os filhos e netos, de forma a sentirem-se menos deprimidas (Arai, Ishida, Tomimori, Katsumata, Grove & Tamashiro, 2007).

A distinção de diferenças de género nos padrões de atividades e a associação de atividades, que envolvem não só a ocupação do tempo mas têm uma vertente social de participação e empowerment (como índice a OMS para o envelhecimento ativo) poderão ajudar a guiar o desenvolvimento de programas de intervenção sobre o humor depressivo e preventores do mesmo. Nos resultados por nós obtidos, os grupos que cumprem atividades de EA, mais do que uma vez por semana e diariamente, maioritariamente, não apresentam sintomatologia depressiva. Este resultado era previsível, conforme indicado pela revisão bibliográfica efetuada. Yone e Scogin (2008) mostraram, através do encorajamento aos idosos para se manterem mais ativos, que o envolvimento comportamental em atividades pode ajudar a reduzir os sintomas depressivos.

A ativação comportamental mostra-se, deste modo, promissora no tratamento da depressão geriátrica (Yon & Scogin, 2008). Um fator que influencia o envolvimento dos mais velhos em atividades de lazer é o envolvimento passado, enquanto jovem, em atividades do mesmo tipo. Searle e Iso-Ahola (1988) averiguaram que as pessoas que foram ativas durante o período do início da idade adulta e da meia idade tinham mais probabilidade de se manter ativas no envelhecimento. Contudo, apesar do desejo aparente dos mais velhos manterem a estabilidade nas suas vidas, os especialistas nas atividades recreativas devem apresentar e encorajar a participação em novas atividades. A variedade é importante para pessoas de todas as idades; muita estabilidade pode levar ao aborrecimento, falta de motivação, e, eventualmente, à depressão.

O estado de saúde é um condicionante do tipo de atividades em que se participa e os objetivos das mesmas. Outras variáveis como o clima, disponibilidade de transportes e possibilidade de deslocação, serviços de comunicação, proximidade da família e amigos, avanços tecnológicos e a qualidade, quantidade e tipo de estruturas disponíveis para atividades recreativas, influenciam a participação dos idosos nessas mesmas atividades. Fisher, Pickering & Li (2002) afirmam que as barreiras à participação dos mais velhos em atividades incluem a falta de suporte social, a indisponibilidade de recursos financeiros, baixos níveis de autoeficácia percebida e medos e preocupações relacionados com a saúde e o contexto.

Os acessos e barreiras relatados pelas pessoas mais velhas, cuidadores e serviços ilustram como os determinantes do envelhecimento ativo desempenham um papel relevante em muitos contextos urbanos (Pelaez, Palloni, Albala et al., 2004). A paisagem da cidade, os edifícios e os sistemas de transporte contribuem para a mobilidade confiante, o medo do

isolamento, a inatividade e a exclusão social. Há atualmente uma ampla gama de oportunidades para os mais velhos se integrarem e para a participação social dos mesmos, promovendo fortes ligações sociais e empowerment pessoal. O empowerment e o valor pessoal são reforçados por uma cultura que reconhece, respeita e inclui pessoas idosas (Plouffe & Kalache, 2010), promovendo um bem-estar global a nível comunitário. Como defendem Baltes e Baltes (citados por Gonçalves et al, 2006), parece-nos que a capacidade dos idosos, em Portugal, no que respeita ao objetivo de obter um Envelhecimento Ativo é um fator capaz de atrasar o surgimento de problemas de depressão e/ou outras questões de saúde.

Relativamente à exploração da IS e do DSM enquanto preditores de sintomatologia depressiva (**objetivo 4.**), verificou-se que ideação suicida assim como o D.S.M. contribuem para a explicação da sintomatologia depressiva. Porém, entre as duas, a variável ideação suicida contribuiu mais para a explicação da sintomatologia depressiva. Os resultados são favoráveis às expectativas geradas na constituição deste objetivo. Existem evidências de que um perfil sintomático de depressão é relativamente instável ao longo de diferentes episódios, contudo, a ideação suicida mostra ser uma variável que se mantém relacionada com a depressão ao longo dos episódios (Williams, Crane, Barnhofer, Van der Does & Segal, 2006). A ideação suicida é o sintoma mais estável de depressão de acordo com Antypa, Van der Does e Penninx (2010). Esta estabilidade relativa pode ser trazida pelo aumento da reatividade cognitiva aquando da presença de humor distímico - a ideação suicida e o comportamento suicida estão associados a padrões distintos de reatividade cognitiva (Antypa, Van der Does & Penninx, 2010). Ao mesmo tempo, a ideação suicida é mais comum na depressão, mesmo quando comparado com outras perturbações (Bolton, Belik, Enns, Cox & Sareen, 2008; Kessler, Berglund, Borges, Nock & Wang, 2005; Oquendo, Galfalvy, Russo, Ellis, Grunebaum, Burke & Mann, 2004; Sokero, Melartin, Rytala, Leskela, Lestela-Mielonen & Isometsa, 2003). Os resultados suportam o modelo de suicidalidade de ativação diferenciada. Este modelo assume que durante um episódio depressivo se forma uma associação entre o humor depressivo e as cognições de desesperança e suicídio, de forma a que no futuro, uma flutuação moderada de humor atue como primordial na ativação dessas cognições, aumentando o risco de recaída (Lau, Segal & Williams, 2004; Williams, Van der Does, Barnhofer, Crane & Segal, 2008). Pacientes deprimidos recuperados, com elevada reatividade cognitiva, tinham mais probabilidade de recair em depressão depois de uma variação de humor (Segal, Kennedy, Gemar, Hood, Pedersen & Buis, 2006).

Conclusões, pontos fortes, limitações e sugestões

Os estudos realizados e apresentados ao longo desta dissertação tiveram como principal objetivo contribuir para uma melhor compreensão da ideação suicida, diagnóstico prévio em

saúde mental e envelhecimento ativo na sintomatologia depressiva no envelhecimento. Assim, com o objetivo de alargar o conhecimento sobre a sintomatologia depressiva em idosos foram realizadas duas fases de estudo, cujas principais conclusões apresentamos de seguida.

Fase 1. A sintomatologia depressiva e ideação suicida em pessoas idosas residentes na cidade da Covilhã

1. Verificaram-se níveis baixos de sintomatologia depressiva (28,6%) e de ideação suicida (7,3%) em idosos da cidade da Covilhã.
2. Quanto mais elevados os níveis de sintomatologia depressiva verificados maiores eram, também, os níveis de ideação suicida e maior a prevalência de diagnósticos prévios em saúde mental; por outro lado, à medida que se verifica um maior envolvimento em atividades de envelhecimento ativo observa-se um decréscimo, concomitante, nos níveis de sintomatologia depressiva.
3. Não existem diferenças estatisticamente significativas nos níveis de sintomatologia depressiva e ideação suicida entre idosos e grandes idosos.
4. As idosas apresentam níveis mais elevados de sintomatologia depressiva e ideação suicida do que os idosos .
5. Os idosos viúvos e divorciados são os que apresentam níveis mais elevados de sintomatologia depressiva e ideação suicida. Os casados ou em união de facto são os que apresentam níveis mais baixos
6. Os idosos que vivem com os filhos são os que apresentam maior sintomatologia depressiva, seguidos dos que vivem sozinhos ou noutras situações. Estes dois últimos casos são os que apresentam mais elevada ideação suicida.

Fase 2. Caracterizar a sintomatologia depressiva: Comparação intergrupos relativamente à ideação suicida, diagnóstico em saúde mental e envelhecimento ativo

1. Idosos com sintomatologia depressiva apresentam significativamente maiores níveis de ideação suicida do que idosos sem sintomatologia depressiva
2. Idosos com sintomatologia depressiva apresentam mais diagnósticos prévios em saúde mental do que idosos sem sintomatologia depressiva. Embora as diferenças entre os grupos não sejam muito elevadas, são estatisticamente significativas.
3. A maioria dos idosos estão envolvidos em atividades de envelhecimento ativo, mais de uma vez por semana ou diariamente, não apresenta sintomatologia depressiva.
4. A ideação suicida e o diagnóstico em saúde mental são variáveis preditoras de sintomatologia depressiva, porém, a ideação suicida contribui mais para a explicação da sintomatologia depressiva (53,3%) do que o diagnóstico em saúde mental.

Relativamente aos **pontos fortes** desta dissertação, em primeiro lugar, o facto desta investigação ter sido realizada com população envelhecida, revela-se o ponto forte mais importante, uma vez que é junto desta população que melhor compreenderemos o fenómeno

da sintomatologia depressiva e respetiva associação aos construtos estudados. Para além disto, constitui-se também como um ponto forte, a fase 2. de objetivos de estudo da presente dissertação. Primeiramente, a comparação, com base numa medida amplamente estudada e validada para a população que avaliámos, de um grupo de sujeitos com pontuações reveladoras de presença de depressão com um grupo de idosos com ausência de patologia. Este facto torna-se relevante na medida em que a sintomatologia depressiva no envelhecimento pode ser melhor estudada e compreendida, comparando os diferentes grupos, através do confronto dos resultados obtidos nos mesmos e das suas divergências, conhecendo, então, as principais características dos mesmos grupos e, mais especificamente, da sintomatologia depressiva na sua relação com as variáveis estudadas (IS, DSM e EA). Por outro lado, a exploração de fatores preditores da sintomatologia depressiva no envelhecimento dá-nos pistas concretas e complementares das propostas da literatura para investimentos futuros na prevenção, avaliação e tratamento desta sintomatologia neste grupo populacional específico. Por fim, aponta-se ainda como uma mais-valia desta investigação o facto de não terem sido apenas preenchidos questionários de autorresposta, constituindo a aplicação dos protocolos de investigação a possibilidade de analisar mais qualitativamente e ter um ponto de vista mais ecológico sobre os dados. Os dados adquiridos tornam-se mais fidedignos e é fornecido ao investigador um conjunto vasto de informações às quais não teríamos acesso somente pelo preenchimento de questionários de autorresposta. Em acréscimo, o contato direto do investigador com o sujeito, torna mais perceptíveis as principais áreas de dificuldade identificadas pelo sujeito. Uma mais valia do uso de protocolos de investigação foi permitir o contato direto do investigador com o sujeito e tornar mais perceptíveis as principais áreas de dificuldade identificadas pelo inquirido.

Não obstante a relevância das conclusões apresentadas que contribuem para uma melhor compreensão da sintomatologia depressiva e ideação suicida nos idosos, e os pontos fortes patenteados, torna-se importante referir algumas **limitações** a ter em conta em futuras investigações. Apresentam-se, essencialmente, três grandes limitações. A primeira refere-se ao ficheiro de origem da amostra. Apesar da seleção aleatória dos participantes, a amostra poderá não representar a globalidade dos cidadãos idosos residentes na área urbana mas apenas dos inscritos no Centro de Saúde, o que dificulta uma confiança clara nos resultados e nas conclusões. Com uma amostra global da cidade da Covilhã (com base no ficheiro de recenseamento), como foi referido ao longo da discussão, alguns resultados poderiam ter sido diferentes, ou mais expressivos, constituindo uma maior contribuição para o estudo da sintomatologia depressiva e ideação suicida nos idosos e da sua relação com o DSM e o EA. Em segundo lugar, importa referir o facto de a presente amostra ter sido recolhida apenas na zona centro do país o que limita a ampliação dos resultados. Por outro lado, o facto de ser um estudo transversal exige alguma atenção no estabelecimento de conclusões inferenciais a partir dos resultados obtidos. Por fim, refira-se ainda a circunstância de as medidas de DSM

e EA terem sido elaboradas especificamente para este estudo, não existindo indicadores concretos de fiabilidade das mesmas.

O presente estudo acrescenta alguns **contributos** aos estudos que já existiam dentro desta temática na literatura. Primeiramente, o facto de ter sido realizado com uma amostra aleatória de idosos portugueses, representa um fator fulcral nesta investigação, e no contexto das investigações nesta área, em Portugal. Por outro lado, o facto de se ter comparado sujeitos com sintomatologia depressiva com sujeitos sem esta sintomatologia, fazendo o cruzamento com a existência de um diagnóstico prévio em saúde mental e com a existência de ideação suicida representa, também, um avanço na investigação na área até à data.

Por último, e na consequência das limitações apontadas, torna-se relevante propôr algumas **sugestões para futuras investigações** nesta área de estudo. Em primeiro lugar, a utilização de uma amostra populacional de origem censitária, mais alargada em termos geográficos, seria uma mais-valia para futuras investigações, contribuindo de uma forma bastante significativa para a compreensão da sintomatologia depressiva no envelhecimento em relação aos referidos construtos. Para além disto, como possuíamos um número muito baixo de sujeitos com ideação suicida, ou DSM, entre outras, a distinção entre idosos com sintomatologia depressiva e idosos sem sintomatologia depressiva em relação aos construtos em estudo poderá ter visto os resultados, de algum modo, enviesados. Seria, então, interessante a realização de investigações tendo em conta o supracitado. Na mesma linha, seria também interessante a comparação de idosos com tentativas de suicídio com idosos, com ideação suicida e idosos com sintomatologia depressiva - analisando possíveis disparidades entre a concretização comportamental e as cognições. Em acréscimo, releva-se ainda como uma sugestão para futuros estudos, a realização de uma investigação em relação aos construtos em estudo, comparando sujeitos com consumos de substâncias com sujeitos sem consumos de substâncias, em amostra de idosos, uma vez que existem já alguns estudos que analisam a relação da ideação suicida com estes consumos. Por fim, seria interessante uma replicação do nosso estudo, para obtermos uma maior confiança nos resultados encontrados.

Apontamos, ainda, **sugestões para futuras aplicações** das conclusões obtidas neste estudo. Uma mudança demográfica estrutural - o referido envelhecimento demográfico - implica reorganizações funcionais em diversas áreas da sociedade, com a consequente redefinição de políticas e de estratégias de intervenção. Ao mesmo tempo, mais de metade da população, vive atualmente em cidades e o número e proporção de residentes urbanos vai continuar a aumentar (United Nations Population Fund., 2009; WHO, 2005). Assim sendo é essencial que os ambientes urbanos com características que não favorecem tanto o envelhecimento ativo, definam estratégias e metas no sentido de promover o envolvimento intergeracional e a participação dos idosos. Impõe-se, pois, uma reflexão sobre as diversas vertentes dos problemas resultantes das conquistas da civilização, como é o caso da maior

longevidade humana, que se quer produtiva e feliz. As pesquisas gerontológicas recentes contribuíram para um conhecimento crescente das características dos mais velhos e dos desafios que estes, as suas famílias e as sociedades como um todo, têm de enfrentar. Aprendemos, ainda, que o envelhecimento populacional pode sinalizar uma oportunidade para o aumento da atenção na promoção da saúde e em intervenções de prevenção de doenças comuns nos adultos mais velhos. A extensão até à qual estas intervenções irão ser promulgadas, provadas como bem sucedidas, e ultimamente, amplamente disseminadas, depende, em parte, dos pontos de vista sobre a maleabilidade da população idosa e o potencial das atividades de promoção de saúde para melhorar as vidas e funcionamento dos mais velhos.

Gonçalves e col. (2006) defendem que, ao nível da prevenção, é importante combater o estereótipo do idoso, valorizando o desenvolvimento de programas intergeracionais entre idosos, crianças ou jovens, em contextos institucionais ou comunitários. No sentido de promoção do envelhecimento produtivo, estes autores preconizam o trabalho direto com as pessoas idosas, apoiando a formação contínua, a participação no mercado de trabalho e o desenvolvimento de trabalho voluntário. A OMS (WHO, 1996) produziu o documento “Psychiatry of the Elderly - A consensus statement”, no qual propõe a criação de equipas multidisciplinares nos Cuidados de Saúde primários, orientadas para as especificidades de Psiquiatria geriátrica. O esforço de adequação passa pela maior eficácia ao nível do diagnóstico da depressão, de uma maior eficácia na escolha da intervenção e de referenciação. Estas medidas pressupõe um maior investimento na formação dos técnicos e na promoção de trabalho em equipas multidisciplinares, já que uma das dificuldades referidas na revisão bibliográfica englobava a sensação de falta de capacidade, meios e competência por parte dos serviços de prevenção primária (e.g. Chen, Conwell, Xu, Chiu, Tu & Ma, 2011; Unutzer, Katon, Callahan, Williams, Hunkeler, Harpole, et al., 2002).

Ao nível da Prevenção da Depressão, parece pertinente conceber estratégias com base na comunidade, orientadas para o estreitamento de redes sociais de suporte e melhoria objetiva da qualidade de vida. Os Cuidados de Saúde Primários podem posicionar-se na primeira linha em termos de diagnóstico e de tratamento, o que não invalida que possam assumir protagonismo no que se refere à prevenção, dada a sua vocação de proximidade junto da população. O reconhecimento dos fatores de risco precisos para a ideação e o comportamento suicida têm implicações clínicas e sociais importantes. Quando se suspeita de depressão num paciente idoso, os sentimentos de ideação suicida devem ser avaliados e rastreados, mesmo durante o tratamento de follow-up (Waern, Beskow, Runeson & Skoog, 2002). Defendemos, portanto, que não apenas a ideação suicida mas também os sentimentos mais moderados devem ser acompanhados pelos profissionais de saúde para com os pacientes idosos. Os técnicos podem prestar uma atenção particular aos sentimentos de ideação suicida e fornecer tratamento com antidepressivos mas negligenciar a discussão do tema do desejo de morte em follow-up, assumindo que os pensamentos e sentimentos suicidas se dissipam assim que os sintomas de depressão começam a regredir. Contudo, os sintomas residuais

podem ser um fator de risco para o suicídio em pacientes que receberam tratamento para perturbações do humor. A não ser que a desesperança e a reatividade suicida sejam testadas e se verifique a sua redução quando o humor do paciente é desafiado, a suscetibilidade ao suicídio está presente e é provável que se expresse numa variação de humor futura (Antypa, Van der Does & Penninx, 2010).

Sugerimos, então, a necessidade de efetuar avaliações e rastrear, repetida e regularmente, os sentimentos suicidas nos pacientes idosos, mesmo quando a sintomatologia depressiva não está expressa ou regrediu. Quando os pacientes relatam humor triste e perda de interesse em atividades anteriormente agradáveis e prazerosas, mostram-se deprimidos, ou têm um aumento no consumo de substâncias, questioná-los sobre sentimentos de tristeza e relativamente a pensarem na morte ou em morrer, pode ser útil para a avaliação. Perguntas mais diretas sobre ideação suicida e suicídio devem seguir-se, sendo que os pacientes devem ser questionados relativamente aos familiares, averiguando se estes familiares os notam diferentes (Szanto, 2003). A deteção e tratamento precoce da depressão, alcoolismo e ideação suicida são os componentes chave da prevenção do suicídio (Roff, 2001).

Graças à evidência bem estabelecida de que os idosos subutilizam os serviços de saúde mental, particularmente no que toca a programas de prevenção de suicídio e de intervenção em crise, cabe-nos a nós, enquanto profissionais de saúde, aumentar esforços. Valores sociais, tais como a produtividade, a divisão do trabalho, a individuação e a presença ou ausência de colocar um valor elevado nos mais velhos, influenciam potencialmente, as taxas de suicídio desta faixa etária (Tice & Perkins, 1996). De facto, as intervenções direcionadas à redução da suicidalidade devem ser analisadas à luz do contexto cultural no qual o comportamento ocorre (Segal, 2008). A deteção e referenciação para a consulta de Psiquiatria e uma correta articulação entre os cuidados de primeira e de segunda linha são desejáveis, numa vertente de intervenção comunitária. Ainda no que respeita à prevenção da depressão, a OMS (2002) refere que existem indícios fracos de que as estratégias sejam eficazes, salvo nalguns estudos isolados. As indicações de eficácia destes estudos, quando ela se verifica, vão no sentido da formação de redes de apoio, para grupos e famílias vulneráveis. *Enhancing social support resources in older adults could reduce depression and suicidal ideation* (Vanderhorst & McLaren, 2005). Wells, Miranda, Bruce, Alegria e Wallerstein (2004) desenvolveram um Modelo de Parceria e Comunidade. Este modelo tem como base a colaboração entre comunidades e investigadores, englobando técnicas de investigação participante nas comunidades e programas com vista a melhorar a qualidade de vida. O objetivo é identificar problemas com significância a nível de saúde pública e combatê-los através de estratégias que dão resposta aos constrangimentos, necessidades e circunstâncias de vida da comunidade em questão. De facto, desenvolvem abordagens alternativas que são sustentáveis para essa comunidade.

A partir dos resultados do nosso estudo e respetiva análise, apontamos a viabilidade de integrar screenings de saúde mental em serviços rotineiramente providenciados aos idosos, como é o caso dos serviços comunitários que estes frequentem regularmente (ex. Academia

Sénior, Espaço das Idades, Centro de Saúde...). A parceria que sugerimos, como uma possibilidade a desenvolver com base no nosso trabalho teórico, remete para um protocolo de rastreio de sintomatologia prevalente e comum em saúde mental, englobando as variáveis em estudo - sintomatologia depressiva e ideação suicida - de forma a rastrear. Esta parceria permitiria que a população (idosa), através da introdução de rastreios regulares integre informações novas quanto ao papel dos serviços de saúde e serviços sociais na promoção do seu bem-estar e combata os estigmas face à saúde mental. A realidade do envelhecimento passa também pelo reconhecimento de que as pessoas mais velhas estão interessadas não só na sua saúde mas também numa boa qualidade de vida. Assim sendo, as instituições e serviços deveriam tornar mais claras e apelativos os programas de promoção de saúde e lazer de forma a que os idosos se sintam atraídos a participar nessas atividades e conseqüentemente a alterar o seu estilo de vida.

Por outro lado, importante será também, alertar as consciências institucionais regionais e nacionais, bem como o pensamento coletivo das populações para o papel e a integração do cidadão idoso. No ano em que se promove, a nível europeu, o Envelhecimento Ativo faz sentido alertar e despertar consciências para a importância da integração e valorização dos mais velhos enquanto cidadãos ativos e não passivos, contributores e não desperdiçadores de recursos para as sociedades. As conclusões deste estudo levam a crer, indo ao encontro de algumas referências da literatura, que a participação ativa e envolvimento contribui como fator contraproducente, e como tal, preventivo e contraditório, aos sentimentos de depressão e ideação suicida. Através do lazer, são estimuladas as atividades culturais, intelectuais, físicas, manuais e artísticas do idoso, impedindo que este fique em isolamento social - fator de risco da depressão (e.g. Choi & Kimbell, 2009). O reforço do compromisso social conduz a um ajuste psicológico ótimo, sendo que as pessoas mais ativas são aquelas que apresentam maior bem-estar e melhor Qualidade de Vida. A promoção do envelhecimento ativo implica, por um lado, a otimização das condições por meio de intervenções biomédicas, físicas, psicológicas e socioambientais, e por outro lado a prevenção das doenças e da incapacidade, assim como a maximização do bem-estar e da Qualidade de Vida na velhice. Construir a autoestima dos idosos, os sentimentos de autoeficácia, e valorizar a sua experiência é benéfico ao incremento da sua qualidade de vida (Cheng, Rosenberg, Wang, Yang & Li, 2011). O envelhecimento ativo não é só um meio de compreensão de como os adultos mais velhos desenvolvem os seus sentimentos de autoestima e valor pessoal e o seu envolvimento com o ambiente social. O modelo de envelhecimento ativo tem um efeito cumulativo que pode providenciar benefícios mútuos aos indivíduos e à sociedade. As atividades não remuneradas - como o trabalho voluntário, a assistência aos pares ou a outras pessoas, a manutenção e cuidados com a casa, que são cruciais ao bem-estar pessoal e à sensação de valor pessoal (Danson & Hardill, 2006) e, inclusivamente, empowerment, também beneficiam mais direta ou mais indiretamente as economias locais.

Em jeito de **conclusão**, esperamos que os estudos realizados tenham contribuído para uma melhor compreensão do fenómeno de sintomatologia depressiva e a relação dos construtos de

IS, DSM e EA com este fenómeno. Para além disso, esperamos que este estudo alerte para a necessidade da introdução destes construtos em futuros programas de intervenção. Por fim, há que ressaltar que o envelhecer é um fenómeno inevitável e que a moldura que desenvolvemos para nos enquadrar hoje vai tornar-se na estrutura das nossas vidas no futuro. O contributo único do trabalho social para o cuidado dos idosos recai sobre a capacidade para aplicar uma abordagem sistemática que dê resposta às necessidades individuais dos idosos em termos de acesso a avaliações mais holísticas e a serviços.

Referências Bibliográficas

- Abrams, R. (1997). *The playful self: Why women need play in their lives*. London: Fourth Estate.
- Adams, K.B., Sanders, S. & Auth, E.A. (2004). Loneliness and depression in independent living retirement communities: Risk and resilience factors. *Aging & Mental Health*, 8 (6): 475-485.
- Afonso, R. & Bueno, B. (2010). Reminiscencia con distintos tipos de recuerdos autobiográficos: efectos sobre la reducción de la sintomatología depresiva en la vejez. *Psicothema*, 22, 2, 213-220.
- Alexopoulos, G. (2005). Depression in the elderly. *Lancet*, 365 (9475): 1961-1970.
- Alexopoulos, G., Bruce, M. L., Hull, J., Sirey, J., & Kakuma, T. (1999). Clinical determinants of suicidal ideation and behavior in geriatric depression. *Archives of General Psychiatry*, 56 (11), 1048-1053.
- Alexopoulos, G., Meyers, B., Young R., Kalayam, B., Kakuma, T., Gabrielle, M., Sirey, J. & Hull, J.. (2000). Executive dysfunction and long-term outcomes of geriatric depression. *Archives of General Psychiatry*, 57, 285-290.
- American Psychiatric Association- APA. (2002). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM - IV TR)*. (4ª ed.). Lisboa: Climepsi.
- Andrews, G. J., & Phillips, D. R. (2005). *Ageing and place: Perspectives, policy, practice*. New York, US: Routledge.
- Antypa, N., Van der Does, A.J. W. & Penninx, B.W.J.H. (2010) Cognitive reactivity: Investigation of a potentially treatable marker of suicide risk in depression. *Journal of Affective Disorders*, 122, 46-52.
- Arai, A., Ishida, K., Tomimori, M., Katsumata, Y., Grove, J. S. & Tamashiro, H. (2007): Association between lifestyle activity and depressed mood among home-dwelling older people: A community-based study in Japan. *Aging & Mental Health*, 11 (5), 547-555
- Areán, P. A., & Ayalon, L. (2005). Assessment and treatment of depressed older adults in primary care. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 12 (3), 321-335.

- Areán, P. A., Hegel, M. & Reynolds, C. (2001). Treating depression in older medical patients with psychotherapy. *Journal of Clinical Geropsychology*, 7 (2), 93-104.
- Areán, P. A., & Miranda, J. (1997). The utility of the Center of Epidemiological Studies-Depression Scale in older primary care patients. *Aging & Mental Health*, 1 (1), 47-56.
- Austin, M., Mitchell, P. & Goodwin, G. (2001). Cognitive deficits in depression: possible implications for functional neuropathology. *British Journal of Psychiatry*, 178, 200-206.
- Awata, S., Seki, T., Koizumi, Y., Sato, S., Hozawa, A., Omori, K., Kuriyama, S., Arai, H., Nagatomi, R., Matsuoka, H., & Tsuji, I. (2005). Factors associated with suicidal ideation in an elderly urban Japanese population: A community-based, cross-sectional study. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 59, 327-336.
- Backenstrass, M., Frank, A., Joest, C., Hingmann, S., Mundt, C. & Kronmüller, K. T. (2006). A comparative study of nonspecific depressive symptoms and minor depression regarding functional impairment and associated characteristics in primary care. *Comprehensive Psychiatry*, 41 (1), 35-41.
- Banazak, D.A. (1996). Late life depression in primary care: how well are we doing? *Journal of General Internal Medicine*, 11, 163-167.
- Bartlett, H. P., & Peel, N. (2005). Healthy ageing in the community. In G. J. Andrews, & D. R. Phillips (Eds.), *Ageing and place* (pp. 98-109). New York, US: Routledge.
- Beals, K., & Peplau, L. (2005). Identity support, identity devaluation, and well-being among lesbians. *Psychology of Women Quarterly*, 29 (2), 140.
- Beautrais, A. L. (2002). A case control study of suicide and attempted suicide in older adults. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 32, 1-9.
- Beck, A. T., Brown, G., Berchick, R. J., Stewart, B. L. & Steer, R. A. (2006). Relationship Between Hopelessness and Ultimate Suicide: A Replication With Psychiatric Outpatients. *FOCUS*, 2 (4), 291-296.
- Beekman, A., Deega, D., Braam, A., Smit, J. & Van Tilburg, W. (1997). Consequences of major and minor depression in later life: a study of disability, well-being and service utilization. *Psychological Medicine*, 27, 1397-1409.
- Beekman, A., Deega, D., Van Tilburg, T., Smit, J., Hooijer, C. & Van Tilburg, W. (1995). Major and minor depression in later life: a study of prevalence and risk factors. *Journal of Affective Disorders*, 36 (2), 65-75.

- Beyer, J. L. (2007). Managing depression in geriatric populations. *Annals of Clinic Psychiatry*, 19 (4), 221-38.
- Bhagwagar, Z., Cowen, P.J., 2008. 'It's not over when it's over': persistent neurobiological abnormalities in recovered depressed patients. *Psychological Medicine*, 383, 307-313.
- Bhar, S. S. & Brown, G. K. (2012). Treatment of Depression and Suicide in Older Adults. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19, 116-125.
- Blazer, D. G. (2003). Depression in late life: Review and commentary. *Journal of Gerontology: Medical Sciences*, 58 (3), 249-265.
- Blazer, D. G. & Hybels, C.F. (2005). Origins of depression in later life. *Psychological Medicine*, 35, 1241-1252.
- Blazer, D.G., Hybels, C.F., Simonsick, E.M. & Hanlon, J.T. (2000). Marked differences in antidepressant use by race in an elderly community sample: 1986-1996. *American Journal of Psychiatry*, 157, 1089-1094
- Blazer, D. G. (2009). Depression in Late Life: Review and Commentary. *FOCUS*, 7, 118-136.
- Blazer D. & Williams CD. Epidemiology of dysphoric and depression in an elderly population. *American Journal of Psychiatry*, 137, 439-44.
- Bolton, J.M., Belik, S.L., Enns, M.W., Cox, B.J., Sareen, J., 2008. Exploring the correlates of suicide attempts among individuals with major depressive disorder: findings from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Journal of Clinical Psychiatry*, 1-11.
- Bongar, B. (2002). *The suicidal patient - Clinical and legal standards for care* (2nd ed.). Washington D.C.: American Psychological Association.
- Bongaarts, J. & Feeney, G. (2002). How Long Do We Live?. *Population and Development Review*, 28, 1, 13-29.
- Bongaarts J. & Zimmer Z. (2002). Living arrangements of older adults in the developing world: An analysis of demographic and health survey household surveys. *The Journals of Gerontology - Series B*, 57 (3), 145-157.
- Botelho, A. (2005). "A funcionalidade dos idosos". In Paúl, C. & Fonseca, A. (coord.). *Envelhcer em Portugal* (pp.111-135). Lisboa: Climpesi Editores.
- Bowling, A. (1993). The concept of successful and positive ageing. *Family Practice*, 10, (4), 449-453.

- Bowling, A. (2010). Successful ageing. In M. T. Abou-Saleh, C. L. E. Katona & Anand Kumar (eds.). *Principles and Practice of Geriatric Psychiatry* (pp.70-74). Danvers, MA: John Wiley and Sons
- Brodsky, H., Cullen, B., Thompson, C., Mitchell, P., Parker, G., Wilhelm, K., Austin, M. P. & Malhi, G. (2005). Age and gender in the phenomenology of depression. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 13, 589-596.
- Brosse, A.L., Sheets, E.S., Lett, H.S. & Blumenthal, J.A. (2002). Exercise and the treatment of clinical depression in adults. *Sports Medicine*, 32:741-760.
- Bruce, M. & Leaf, P. (1989). Psychiatric disorders and 15-month mortality in a community sample of older adults. *American Journal of Public Health*, 79, 727-30.
- Butler, R. & Lewis, M. (1995). Late-life depression: Where & how to intervene. *Geriatrics*, 50 (8), 44-55.
- Bruce ML, Van Citters AD, Bartels SJ. 2005. Evidence-based mental health services for home and community. *Psychiatric Clinics of North America*, 28 (x-xi), 1039-1060.
- Buckley, M. & Lachman, V. (2007). Depression in older patients: recognition and treatment. *Journal of the American Academy of Physician Assistant*, 20 (8), 34-41.
- Caldwell, L. (2005). Leisure and health: Why is leisure therapeutic? *British Journal of Guidance and Counselling*, 33 (1), 7-26.
- Carney, S., Rich, C., Burke, P. & Fowler, R.C. (1994). Suicide over 60: the San Diego Study. *Journal of American Geriatric Society*, 42, 174-180.
- Carrilho, M., & Gonçalves, C. (2004). Dinâmicas Territoriais do Envelhecimento: Análise Exploratória dos Resultados dos Censos 91 e 2001. *Revista de Estudos Demográficos*, 36, 175-192.
- Carrilho, M., & Gonçalves, C. (2006). Envelhecimento crescente mas especialmente desigual. *Revista de Estudos Demográficos*, 40, 21-39.
- Centers for Disease Control & Prevention. (1999). CDC Surveillance Summaries. *MMWR*, 48 (No. SS-8). Washington DC.
- Centre for Health Promotion. (2000). *A city for all ages: Fact or fiction?* Toronto, Canada: University of Toronto.

- Chapman, D. & Perry, G. (2008). Depression as a major component of public health for older adults. *Preventing Chronic Disease*, 5 (1). Disponível em http://www.cdc.gov/pcd/issues/2008/jan/07_0150.htm. Acedido em 09-02-2012.
- Chen, S., Conwell, Y., Xu, B., Chiu, H., Tu, X. & Ma, Y. (2011). Depression care management for late-life depression in China primary care: Protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 12, 121-135.
- Cheng, Y., Rosenberg, M. W., Wang, W. , Yang, L. & Li, H. (2011). Aging, health and place in residential care facilities in Beijing, China. *Social Science & Medicine*, 72,365-372.
- Chester, J. G., Grande, L. J., Milberg, W. P., McGlinchey, R. E., Lipsitz, L. A. & Rudolph, J. L. (2011). Cognitive Screening in Community-Dwelling Elders: Performance on the Clock-in-the-Box. *The American Journal of Medicine*, 124, 662-669
- Choi, N. G., & Kimbell, K. (2009). Depression care need among low-income older adults: Views from aging service providers and family caregivers. *Clinical Gerontologist*, 32 (1), 60-76.
- Chong, A. M., Ng, S., Woo, J., & Kwan, A. Y. (2006). Positive ageing: the views of middle-aged and older adults in Hong Kong. *Ageing & Society*, 26, 243-265.
- Csikszentmihalyi, M., & Csikszentmihalyi, I. (1988). *Optimal experience*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Clarke, A., & Warren, L. (2007). Hopes, fears and expectations about the future: what do older people's stories tell us about active ageing? *Ageing & Society*, 27, 465-488.
- Craft LL, Perna FM. (2004). The benefits of exercise for the clinically depressed. *The Primary Care Companion to the Journal of Clinical Psychiatry*, 6, 104-113.
- Craike, M., & Coleman, D. (2005). Buffering effects of leisure self-determination on the mental health of older adults. *Leisure/Loisir*, 29 (2), 301-328.
- Conwell, Y. & Brent, D. (1995). Suicide and aging I: patterns of psychiatric diagnosis. *International Psychogeriatrics*, 7, 2, pp. 149-164.
- Conwell, Y., Duberstein, P. & Caine, E.D. (2002). Risk factors for suicide in later life. *Biological Psychiatry*, 52, 193-204.
- Conwell, Y., Duberstein, P. R., Cox, C., Herrmann, J. H., Forbes, N. T. & Caine, E. D. (1996). Relationships of age and axis I diagnoses in victims of completed suicide: a psychological autopsy study. *American Journal of Psychiatry*, 153 (8):1001-1008.

- Conwell, Y., Duberstein, P. R., Cox, C., Herrmann, J. H., Forbes, N. T., & Caine, E. D. (1998). Age differences in behaviors leading to completed suicide. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 6, 122-126.
- Conwell, Y. & Duberstein, P. (2005). Suicide in older adults: determinants of risk and opportunities for prevention In K. Hawton (ed.). *Prevention and treatment of suicidal behavior: from science to practice*. Oxford: University Press, Oxford, UK.
- Coyne, J., Fechner-Bates, S. & Schwenk, T. (1994). Prevalence, nature, and comorbidity of depressive disorders in primary care. *General Hospital Psychiatry*, 16, 267-276.
- Danson, M. & Hardill, I. (2006). Introduction: Demography, Ageing and Activity. *Population, Space and Place*, 12, 317-321.
- DeLuca, A.K., Lenze, E.J., Mulsant, B.H., Butters, M.A., Karp, J.F., Dew, M.A., Pollock, B. G., Shear, M. K., Houck, P. R. & Reynolds, C. F. (2005). Comorbid anxiety disorder in late life depression: association with memory decline over four years. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 20, 848-854.
- Dieguez, S., Staub, F., Bruggimann, L. & Bogousslavsky, J. (2004). Is poststroke depression a vascular depression?. *Journal of the Neurological Sciences*, 226, 53- 58.
- Direção Geral de Saúde (2004). *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*. Lisboa: Ministérios da Saúde.
- Dixon, W. A., Heppner, P. P., & Anderson, W. P. (1991). Problem solving appraisal, stress, hopelessness, and suicide ideation in a college population. *Journal of Counseling Psychology*, 38, 51-56.
- Domino, G. (1991). Attitudes of high school students towards suicide. In A. Leenaars & S. Wenckstern (Eds.), *Suicide prevention in schools*. New York: Hemisphere Publishing Corporation.
- Dowrick, C. (2004). *Beyond depression: A new approach to understanding and management*. Oxford: Oxford University Press.
- Dozeman, E., van Marwijk, H. W.J., van Schaik, D. J. F., Stek, M. L., van der Horst, H. E. Beekman, A. T. F. & van Hout, H. P. (2010). High incidence of clinically relevant depressive symptoms in vulnerable persons of 75 years or older living in the community. *Aging & Mental Health*, 14, 7, 828-833.

- Duberstein PR, Conwell Y, Caine ED (1994), Age differences in the personality characteristics of suicide completers: preliminary findings from a psychological autopsy study. *Psychiatry*, 57 (3), 213-224.
- Duberstein, P. R., Conwell, Y. & Cox, C. (1998). Suicide in Widowed Persons: A Psychological Autopsy Comparison of Recently and Remotely Bereaved Older Subjects. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 6 (4), 328-334.
- Dwight-Johnson, M., Sherbourne, C., Liao, D. & Wells, K. (2000). Treatment preferences among depressed primary care patients. *Journal of General Internal Medicine*, 15, 527-534.
- Eakman, A. M., Carlson, M. E. & Clark, F. A. (2010). The meaningful activity participation assessment: a measure of engagement in personally valued activities. *International Journal of Aging Human Development*, 70 (4), 299-317.
- Edwards, M. (2004). Assessing for depression and mood disturbance in later life. *British Journal of Community Nursing*, 9 (11), 492-494.
- Fernandes, A. A. (2007). Determinantes da mortalidade e da longevidade: Portugal numa perspetiva europeia (UE15, 1991-2001). *Análise Social*, XLII, (183), 419-443.
- Fernández-Ballesteros, R.; Fresneda, R. M.; Martínez, J. I. & Zamarrón. M. D. (1999). "La Felicidad". In *idem* (org.), *Qué es la psicología de la vejez* (pp.189-205). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Fernández-Ballesteros, R. Zamarrón, M., Rudinger, G., Schroots, J., Hekkinnen, E., Drusini, A. et al. (2004). Assessing Competence: The European Survey on Aging Protocol (ESAP). *Behavioral Science Section*, 50, 330-347.
- Fernández-Ballesteros, R. (2009). *Envejecimiento ativo. Contribuciones de la Psicología*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Fisher, B. J. (1995). Successful aging, life satisfaction, and generativity in later life. *International Journal of Aging & Human Development*, 41 (3), 239e250.
- Fisher, K. J., Pickering, M. A., & Li, F. (2002). Healthy aging through active leisure: Design and methods of SHAPE - a randomized controlled trial of a neighborhood-based walking project. *World Leisure*, 44 (1), 19-28.
- Fiske, A., Wetherell, J. L., & Gatz, M. (2009). Depression in Older Adults. *Annual Review of Clinical Psychology*, 5, 363-389.

- Flint, E. P., Hays, J. C., Krishnan, K. R. R., Meador, K. G. & Blazer, D. G. (1998): Suicidal behaviors in depressed men with a family history of suicide: Effects of psychosocial factors and age. *Aging & Mental Health*, 2 (4), 286-299.
- Fontaine, R. (1999). *Manuel de Psychologie du Vieillissement*. Paris: Dunod.
- Foresight Mental Capital and Wellbeing Project (2008). Final Project report - Executive summary. The Government Office for Science, London.
- Frances, W. (2011): Depression and Social Networks in Community Dwelling Elders: A Descriptive Study. *Journal of Gerontological Social Work*, 54 (3), 246-259
- Fullagar, S. (2008) Leisure Practices as Counter-depressants: Emotion-work and Emotion-play within Women's Recovery from Depression. *Leisure Sciences: An Interdisciplinary Journal*, 30, (1), 35-52.
- Fullagar, S., & Brown, P. (2003). Everyday temporalities: Leisure, ethics and young women's emotional well-being. *Annals of Leisure Research*, 6 (3), 193-208.
- Gallo, J. J., Bogner, H. R., Morales, K. H.; Post, E. P., Lin, J. Y. & Bruce, M. L. (2007). The Effect of a Primary Care Practice-Based Depression Intervention on Mortality in Older Adults - A Randomized Trial. *Annals of Internal Medicine*, 146 (10), 689-698.
- Garcia, A., Passos, A., Campo, A. T., Pinheiro, E., Barroso, F., Coutinho, G., Mesquita, L. F., Alves, M., & Sholl-Franco, A. (2006). A depressão e o processo de envelhecimento. *Ciências & Cognição*, 7, 111-121.
- Gatrell, A. C. (2002). *Geographies of health: An introduction*. Oxford, UK: Blackwell.
- Geerlings, M. I., den Heijer, T., Koudstaal, P. J., Hofman, A. & Breteler, M. M. (2008). History of depression, depressive symptoms, and medial temporal lobe atrophy and the risk of Alzheimer disease. *Neurology*, 70, 1258-1264.
- Gensichen, J., Teising, A., König, J., Gerlach., F. M. & Petersen, J. J. (2010). Predictors of suicidal ideation in depressive primary care patients. *Journal of Affective Disorders*, 125, 124-127.
- Gesler, W. M. (1992). Therapeutic landscapes: medical issues in light of the new cultural geography. *Social Science & Medicine*, 34 (7), 735-746.
- Gesler, W. M. (2003). *Healing places*. Lanham, US: Rowman & Littlefield.
- Glass, J. & Reed, S. (1993). To live or die: A look at elderly suicide. *Educational Gerontology*, 19 (8), 767-778.

- Glasser, M., & Gravdal, J. A. (1997). Assessment and treatment of geriatric depression in primary care settings. *Archives of Family Medicine*, 6 (5), 433-438.
- Givens, J., Katz, I., Bellamy, S. & Holmes, W. (2007). Stigma and the acceptability of depression treatments among african americans and whites. *Journal of General Internal Medicine*, 22, 1292-1297.
- Godin, O., Dufouil, C., Ritchie, K., Dartigues, J. F., Tzourio, C., Peres K, Artero, S. & Alperovitch, A. (2007). Depressive symptoms, major depressive episode and cognition in the elderly: the threecity study. *Neuroepidemiology*, 28, 101-108.
- Gonçalves, B. & Fagulha, T. (2003). Escala de depressão do centro de estudos epidemiológicos (CES-D). In Gonçalves, M., Simões, M., Almeida, L. & Machado, C. (Coords.), *Avaliação Psicológica. Instrumentos Validados para a População Portuguesa (Vol. 1, pp. 33-43)*. Coimbra: Quarteto.
- Gonçalves, B. & Fagulha, T. (2004). The portuguese version of the center of epidemiologic studies depression scale (CES-D). *European Journal of Psychological Assessment*, 20, 4, 339-3348.
- Gonçalves, C. (2003a). As pessoas idosas nas famílias institucionais segundo os Censos. *Revista de Estudos Demográficos*, 34, 41-60,
- Gonçalves, C. (2003b). Enquadramento familiar das pessoas com deficiência: uma análise exploratória dos resultados dos Censos 2001. *Revista de Estudos Demográficos*, 33, 69-94.
- Gonçalves, C. (2004) Pobreza e exclusão social nas famílias com idosos em Portugal. *Revista de Estudos Demográficos*, 35, 143-169.
- Gonçalves, D., Martín, I., Guedes, J., Cabral-Pinto, F., Fonseca, A.M. (2006). Promoção da qualidade de vida dos idosos portugueses através da continuidade de tarefas produtivas. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 7 (1), 137-143.
- Gournellis, R., Lykouras, L., Fortos, A., Oulis, P., Roumbos, V. & Christodoulou, G. N. (2006). Psychotic (delusional) major depression in late life: a clinical study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 16, 1085-1091.
- Graham, C. C., Kovandz, M., Gask, L., Burroughs, H., Clarke, P., Sanderson, H. & Dowrick, C. (2012). Why may older people with depression not present to primary care? Messages from secondary analysis of qualitative data. *Health and Social Care in the Community*, 20 (1), 52-60.

- Green, R. C., Cupples, A., Kurz, A., Auerbach, S., Go, R., Sadovnick, D., Duara, R., Kukull, W. A., Chui, H., Edeki, T., Griffith, P.A., Friedland, R. P., Bachman, D. & Farrer, L. (2003). Depression as a risk factor for Alzheimer disease. *Archives of Neurology*, 60 (5), 753-759.
- Grundy E, Sloggett A. (2003). Health inequalities in the older population: the role of personal capital, social resources and socioeconomic circumstances. *Social Science & Medicine*, 56, 935-47.
- Guse, L. W., & Masesar, M. A. (1999). Quality of life and successful aging in longterm care: perceptions of residents. *Issues in Mental Health Nursing*, 20 (6), 527-539.
- Hankin, B., & Abramson, L. (2001). Development of Gender Differences in Depression: An Elaborated Cognitive Vulnerability-Transactional Stress Theory. *Psychological Bulletin*, 127 (6), 773-796.
- Harris, E.C. & Barraclough, B. (1997). Suicide as an outcome for mental disorders—a meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 170, 205-228.
- Harris, T. (2001). Recent developments in understanding the psychosocial aspects of depression. *British Medical Bulletin*, 57, 17-32.
- Harris, T., Brown, G., & Robinson, R. (1999). Befriending as an intervention for chronic depression among women in an inner city. 2: Role of fresh-start experiences and baseline psychosocial factors in remission from depression. *British Journal of Psychiatry*, 174, 225-232.
- Harrison, P.J. (2002). The neuropathology of primary mood disorder. *Brain*, 125, 1428-1449.
- Harwood, D., Hawton, K., Hope, T., & Jacoby, R. (2001). Psychiatric disorder and personality factors associated with suicide in older people: a descriptive and case-control study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 16, 155-65.
- Hell, D. (2009). *Depressão - que sentido faz? uma abordagem integrativa*. Lisboa: Sete Caminhos.
- Henderson, K., & Ainsworth, B. (2002). Enjoyment: A link to physical activity, leisure and health. *Journal of Park and Recreation Administration*, 20 (4), 130-146.
- Henderson, K., & Bialeschki, D. (2005). Leisure and active lifestyles: Research reflections. *Leisure Sciences*, 27, 355-365.

- Henriksson, M.M., Marttunen, M.J., Isometsä, E.T., Heikkinen, M.E., Aro, H.M., Kuoppasalmi, K.I. & Lönnqvist, J.K. (1995). Mental disorders in elderly suicide. *International Psychogeriatrics*, 7, 275-286.
- Hood, C. (2003). Women in recovery from alcoholism: The place of leisure. *Leisure Sciences*, 25 (1), 51 - 79.
- Hoyert, D., Kochanek, K. & Murphy, S. (1997). Deaths: Final Data for 1997. *National Vital Statistics Reports, Centers for Disease Control*, 47 (19).
- Hutchinson, S. L., Yarnal, C. M., Staffordson, J., & Kerstetter, D. L. (2008). Beyond fun and friendship: the red hat society as a coping resource for older women. *Ageing & Society*, 28, 979-999.
- Inaba, A., Thoits, P. A., Ueno, K., Gove, W. R., Evenson, R. J. & Sloan, M. (2005). Depression in the United States and Japan: Gender, marital status and SES patterns. *Social Science & Medicine*, 61, 2280-2292.
- INE - Instituto Nacional de Estatística (2012a). Censos 2011 - Resultados Provisórios. Destaque - Informação à comunicação social, 7 de Dez. 2011. Disponível em http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=129675729&DESTAQUESmodo=2. Acedido em 20 de fevereiro de 2012.
- INE - Instituto Nacional de Estatística (2012b). Censos 2011 - Resultados Pré-definitivos. Destaque - Informação à comunicação social, 3 de Fev. 2012. Disponível em http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=134582847&DESTAQUESmodo=2. Acedido em 20 de fevereiro de 2012.
- Irigaray, T., & Schneider, R. (2007). Prevalência de depressão em idosas participantes da Universidade para a Terceira Idade. *Revista de Psiquiatria*, 29 (1), 19-27.
- Jaeger, J., Berns, S., Uzelac, S. & Davis-Conway, S. (2006). Neurocognitive deficits and disability in major depressive disorder. *Psychiatry Research*, 145, 39-48
- Jang, S. N., Kawachi, I., Chang, J., Boo, K., Shin, H. G., Lee, H. & Cho, S. (2009). Marital status, gender, and depression: Analysis of the baseline survey of the Korean Longitudinal Study of Ageing (KLoSA). *Social Science & Medicine*, 69, 1608-1615.
- Jost, K., Bryck, R. L., Vogel, E. K. & Mayr, U. (2011). Are old adults just like low working memory young adults? Filtering efficiency and age differences in visual working memory. *Cerebral Cortex*, 21, 1147-1154.

- Kay, T. (2000). Leisure, gender and family: The influence of social policy. *Leisure Studies*, 19 (4), 247 - 265.
- Kane, M. J., Hambrick, D. Z. & Conway, A. R. (2005). Working memory capacity and fluid intelligence are strongly related constructs: comment on Ackerman, Beier, and Boyle. *Psychological Bulletin*, 131 (1), 66-71.
- Kaplan, H. I., Sadock, B. J., & Grebb, J. A. (1997). *Compêndio de Psiquiatria: Ciência do Comportamento e Psiquiatria Clínica (7ª ed.)*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Karpansalo, M., Kauhanen, J., Lakka, T. A., Manninen, P., Kaplan, G. A. & Salonen, J. T. (2005). Depression and early retirement: prospective population based study in middle aged men. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 59, 70-74.
- Kassianos, G. (2006). Barriers to treating depression in primary care. *The International Journal of Clinical Practice*, 60, 381-382.
- Kasl-Godley, J. E., Gatz, M. & Fiske, A. (1998). Depression and depressive symptoms in old age. In I. H. Nordhus, G. R. VandenBos, S. Berg & P. Fromholt (eds.). *Clinical geropsychology*. Washington: American Psychological Association.
- Kay, T. (2000). Leisure, gender and family: The influence of social policy. *Leisure Studies*, 19 (4), 247 - 265.
- Kearns, R. A., & Gesler, W. M. (1998). *Putting health into place: Landscape, identity, and well-being*. Syracuse, US: Syracuse University.
- Kessler, R.C., Berglund, P., Borges, G., Nock, M., Wang, P.S., 2005. Trends in suicide ideation, plans, gestures, and attempts in the United States, 1990-1992 to 2001-2003. *JAMA*, 29320, 2487-2495.
- Kessler, R.C., Birnbaum, H., Bromet, E., Hwang, I., Sampson, N. & Shahly, V. (2010). Age differences in major depression: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *Psychological Medicine*, 40, 225-237.
- Kessler, R.C., Birnbaum, H., Shahly, V., Bromet, E., Hwang, I., McLaughlin KA, et al. (2010). Age differences in the prevalence and comorbidity of DSM-IV major depressive episodes: results from the WHO World Mental Health Survey Initiative. *Depress and Anxiety*, 27, 351-364.
- Kilbourne, A. M., Schulberg, H. C., Post, E. P., Rollman, B. L., Belnap, B. H & Pincus, H. (2004). Translating evidence-based depression management services to community-based primary care practices. *The Milbank Quarterly*, 82, 631-659.

- Kivela, S & Pakkala K. (2001). Depressive disorder as a predictor of physical disability in old age. *Journal of American Geriatric Society*, 49, 290-296.
- Klap, R., Unroe, K. T. & Unutzer, J. (2003). Caring for mental illness in the USA: a focus on older adults. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 11, 517-524.
- Klapow, J., Kroenke, K., Horton, T., Schmidt, S., Spitzer, M. & Williams, J. B. (2002). Psychological disorders and distress in older primary care patients: A comparison of older and younger samples. *Psychosomatic Medicine*, 64 (4), 635-643.
- Kleiber, D., Hutchinson, S., & Williams, R. (2002). Leisure as a resource in transcending negative life events: Self-protection, self-restoration and personal transformation. *Leisure Sciences*, 24 (2), 219 - 235.
- Kohler, S., van Boxtel, M. P., van Os, J., Thomas, A. J., O'Brien, J. T., Jolles, J., Verhey, F., & Allardyce, J. (2010). Depressive symptoms and cognitive decline in community-dwelling older adults. *Journal of American Geriatrics Society*, 58, 873-879.
- Kposowa, A. J. (2000). Marital status and suicide in the National Longitudinal Mortality Study. *Journal of Epidemiology Community Health*, 54, 254-261.
- Kristeva, J. (1989). *Black Sun: Depression and melancholia* (L. Roudiez, Trans.). New York: Columbia University Press.
- Lampinen P, Heikkinen R. & Ruoppila I. (2000). Changes in intensity of physical exercise as predictors of depressive symptoms among older adults: An eight-year follow-up. *Preventive Medicine*, 30, 371-380.
- Lapid, M. I., & Rummans, T. A. (2003). Evaluation and management of geriatric depression in primary care. *Mayo Clinic Proceedings*, 78 (11), 1423-1429.
- Lau, M.A., Segal, Z.V., Williams, J.M., 2004. Teasdale's differential activation hypothesis: implications for mechanisms of depressive relapse and suicidal behaviour. *Behaviour Research and Therapy*, 42 (9), 1001-1017.
- Lebowitz, B. D., Pearson, J. L., Schneider, L. S., Reynolds, C. F., Alexopoulos, G.S., Bruce, M. L., Conwell, Y., Katz, I. R., Meyers, B. S., Morrison, M. F., Mossey, J., Niederehe, G. & Parmelee, P. (1997). Diagnosis and treatment of depression in late life: consensus statement update. *Journal of the American Medical Association*, 278 (14), 1186-1190.
- Leclercq Y. (2000). Depressive illness and disability. *Depressive illness and disability*, 10, 439-43.

- 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.
- Licht-Strubk, E., Kooij, K., Schaik, D., Marwijk, H., Hout, H., Haan, M., Beekman, T. (2005). Prevalence of depression in older patients consulting their general practitioner in The Netherlands. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 20: 1013-1019.
- Lima, L., & Bueno, C. (2009). Envelhecimento e Género: a Vulnerabilidade de Idosas no Brasil. *Revista Saúde e Pesquisa*, 2 (2), 273-280.
- Lima, M., Silva, R., & Ramos, L. (2009). Fatores associados à sintomatologia depressiva numa coorte urbana de idosos. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 58 (1), 1-7.
- Lin E, VonKorff M, Russo J, et al. (2000). Can depression treatment in primary care reduce disability: a stepped care approach. *Archives of Family Medicine*, 9, 1052-8.
- Lyness, J. M., Heo, M., Datto, C.J., Thomas, M., Have, T., Katz, I., Drayer, R., Reynolds III, C., Alexopoulos, M. & Bruce, M. (2006). Outcomes of minor and subsyndromal depression among elderly patients in primary care settings. *Annals of Internal Medicine*, 144 (7), 496-504.
- Lockwood, K. A., Alexopoulos, G. S. & van Gorp, W. G. (2002). Executive dysfunction in geriatric depression. *American Journal of Psychiatry*, 159, 1119-1126.
- Loureiro, M. (2009). Validação da escala do center for epidemiologic studies of depression - CES-D numa população clínica de idosos. (Dissertação de mestrado em Geriatria, Universidade de Coimbra: Faculdade de Medicina, 2009). Retirado de https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/13518/1/Tese_mestrado_Marli%20Loureiro.pdf
- Macdonald AJD. (1997). Mental health in old age. *BMJ Journals*, 315, 413-17.
- Matlin, M. W. (2009). *Cognitive Psychology*. Danvers, MA: John Wiley & Sons.
- Matsudo, S. M. (2006). “Atividade física na promoção da saúde e qualidade de vida no envelhecimento”. *Revista Brasileira de Educação Física e Esporte*, 20, 135-137.
- Maroco, J. (2003). *Análise Estatística: com utilização do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.
- McIntosh, J., Santos, J., Hubbard, R. & Overholser, J. (1994). *Elder suicide: Research theory & treatment*. Washington, DC: American Psychological Association.

- McIntosh, J. L. (2003). *U.S.A. Suicide: 2001 Official Final Data*. Retirado de: www.suicidology.org/associations/1045/files/2001datapg.pdf. Accessed Oct. 28. Acedido em 30 de setembro de 2012.
- Meeks, T. W., Vahia, I. V., Lavretsky, H., Kulkarni, G. & Jeste, D. V. (2010). A tune in “a minor” can “b major”: a review of epidemiology, illness course, and public health implications of subthreshold depression in older adults. *Journal of Affective Disorders*, 129, 126-142.
- Mendes de Leon, C. F. (2005). Why do friendships matter for survival? *Journal of Epidemiology and Community Health*, 59, 538-539.
- Millán-Calenti, J.C., Maseda, A., Rochette, S., Vázquez, G. A., Sánchez, A. & Lorenzo, T. (2011). Mental and psychological conditions, medical comorbidity and functional limitation: differential associations in older adults with cognitive impairment, depressive symptoms and coexistence of both. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 26, 1071-1079.
- Milligan, C. (2006). Caring for older people in the 21st century: ‘notes from a small island’. *Health & Place*, 12, 320-331.
- Mitchell, A., Garand, L., Dean, D. & Taylor, M. (2005). Suicide Assessment in Hospital Emergency Departments: Implications for Patient Satisfaction and Compliance. *Topics in Emergency Medicine*, 27 (4), 302-312.
- Morrow-Howell, N., Hinterlong, J., Rozario, P.A. & Tang, F. (2003). Effects of volunteering on the well-being of older adults. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 58B (3), 137-145.
- Mullins, L. C., & Dugan, E. (1990). The influence of depression, and family and friendship relations, on residents’ loneliness in congregate housing. *Gerontologist*, 30, 377-384.
- Mutrie N Hannah, M.K. (2007). The importance of both setting and intensity of physical activity in relation to non-clinical anxiety and depression. *International Journal of Health Promotion and Education*, 45, 24-32.
- Naarding, P. Tiemeier, H., Breteler, M. M. B., Schoevers, R. A., Jonker, C., Koudstaal, P. J. & Beekman, A. T. F. (2006). Clinically defined vascular depression in the general population. *Psychological Medicine*, 37 (3), 383-392.
- Narayan, D. (2002). *Empoderamiento y reducción de la pobreza*. México: Banco Mundial/ALFAOMEGA Grupo Editor.

- Nelson, F., & Farberow, N. (1980). Indirect self-destructive behavior in the elderly nursing home patient. *Journal of Gerontology*, 35, 949-957.
- Neu, P., Bajbouj, M., Schilling, A., Godemann, F., Berman, R. M. & Schlattmann, P. (2005). Cognitive function over the treatment course of depression in middle-aged patients: correlation with brain MRI signal hyperintensities. *Journal of Psychiatry Research*, 39, 129-135.
- Nezu, A. M., Ronan, G. F., Meadows, E. A., & McClure, K. S. (2000). Practitioners guide to empirically based measures of depression. New York: Kluwer Academic Plenum
- Norris, M. P., Arnau, R. C., Bramson, R. & Meagher, M. W. (2003). The efficacy of somatic symptoms in assessing depression in older primary care patients. *Clinical Gerontologist*, 27 (1-2), 43-57.
- Nutting, P. A., Rost, K., Dickinson, M., Werner, J. J., Dickinson, P., Smith, J. L. & Gallovic, B. (2002). Barriers to initiating depression treatment in primary care practice. *Journal of General Internal Medicine*, 17, 103-111.
- O'Conner, D. W., Rosewarne, R., & Bruce, A. (2001). Depression in primary care. 1: Elderly patients' disclosure of depressive symptoms to their doctors. *International Psychogeriatrics*, 13 (3), 359-365.
- Oquendo, M.A., Galfalvy, H., Russo, S., Ellis, S.P., Grunebaum, M.F., Burke, A. & Mann, J. (2004). Prospective study of clinical predictors of suicidal acts after a major depressive episode in patients with major depressive disorder or bipolar disorder. *American Journal of Psychiatry*, 161, 1433-1441.
- Organização Mundial da Saúde (1993). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: diagnostic criteria for research*. Genebra, Organização Mundial da Saúde.
- Ory, M.G. & Cox, D.M. (1994). Forging ahead: linking health and behavior to improve quality of life in older people. *Social Indicators Research*, 33, 89-120.
- Osborn, D. P. J., Fletcher, A. E., Smeeth, L., Stirling, S., Bulpitt, C. J., Breeze, E., Ng, E.S., Nunes, M., Jones, D, & Tulloch, A. (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. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 18, 623-630.
- Osgood, N. (1985). *Suicide in the elderly: A practitioner's guide to diagnosis & mental health intervention*. Rockville: Aspen Systems Corporation.

- Osgood, N. (1991). Prevention of suicide in the elderly. *Journal of Geriatric Psychiatry*, 24 (2), 293-306.
- Osgood, N. (1992). *Suicide in later life: Recognizing the warning signs*. New York: Lexington Books.
- Oslin, D., Streim, J., Katz, I., Edell, W.S. & TenHave, T. (2000). Change in disability follows inpatient treatment for late life depression. *Journal of American Geriatric Society*, 48, 452-453.
- Pahkala, K., Kesti, E., Kongas-Saviaro, P., Laippala, P., & Kivela, S.L. (1995). Prevalence of depression in a aged population in Finland. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 30, 99-106.
- Pallant, J. (2011). *A step by step guide to data analysis using SPSS (4th ed.)*. Crows Nest, Australia: Allen & Unwin.
- Paluska, SA, Schwenk TL. (2000). Physical activity and mental health. *Sports Medicine*, 29, 167-180.
- Paúl, C. & Ribeiro, O. (2011). *Manual de Envelhecimento Ativo*. Lisboa: Lidel.
- Pearson, J. L. & Brown, G. K. (2000). Suicide prevention in late life: Directions for science and practice. *Clinical Psychology Review: Special Issue: Assessment and treatment of older adults*, 20, 6, 685-705.
- Pearson, J.L. & Conwell, Y. (1995). Suicide in late life: challenges and opportunities for research. *International Psychogeriatrics*, 7, 131-135.
- Pearson, J. L., Conwell, Y., Lindsay, J., Takahashi, Y. & Caine, E. D. (1997). Elderly suicide: a multinational view. *Aging & Mental Health*, 1 (2), 107- 111.
- Pelaez, M., Palloni, A., Albala, C., Alfonso, J. C., Ham-Chande, R., Hennis, A., Lebrao, M. L., Lesn-Diaz, E., Pantelides, E. & Pantelides, E. (2004). SABE—Survey on Health, Well-being, and Aging in Latin America and the Caribbean, 2000 [Computer file]. Washington, DC: Pan American Health Organization/World Health Organization.
- Penninx, B. W., Geerlings, S. W., Deega, D. J., van Eijk, J. T., van Tilburg, W. & Beekman, A. T. (1999). Minor and major depression and the risk of death in older persons. *Archives of General Psychiatry*, 56, 889-95.
- Perez-Stable EJ, Miranda J, Munoz RF, et al. Depression in medical outpatients. Underrecognition and misdiagnosis. *Archives of Intern Medicine*, 150, 1083-1088.

- Peters, A., & Liefbroer, A. C. (1997). Beyond marital status: Partner history and well-being in old age. *Journal of Marriage and the Family*, 59, 687-699.
- Pini, S., Miniati, M. & Tundo, A. (2008). Nosografia e clinica della depressione. In G. B. Cassano, P. Pancheri & R. Rossi (eds.). *Lo spettro dell'umore - Psicopatologia e clinica* (pp. 205-225). Milano: Elsevier.
- Plouffe, L. & Kalache, A. (2010). Towards Global Age-Friendly Cities: Determining Urban Features that Promote Active Aging. *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 87 (5), 733-739.
- Pocinho, M. T.S., Farate, C., Dias, C. A., Lee, T. T. & Yesavage, J. A. (2009). Clinical and Psychometric Validation of the Geriatric Depression Scale (GDS) for Portuguese Elders. *Clinical Gerontologist*, 32 (2), 223-236.
- Podewils, L. J. & Lyketsos, C. G. (2002). Tricyclic antidepressants and cognitive decline. *Psychosomatics*, 43, 31-35.
- Poeschl, G. (2006). *Análise de dados na investigação em psicologia: teoria e prática*. Coimbra: Almedina.
- Ponde, M., & Santana, V. (2000). Participation in leisure activities: is it a protective factor for women's mental health? *Journal of Leisure Research*, 32 (4), 457-472.
- Porter, R. J., Gallagher, P., Thompson, J. M. & Young, A. (2003). Neurocognitive impairment in drug-free patients with major depressive disorder. *British Journal of Psychiatry*, 182, 214-220.
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D Scale: A self-Report Depression Scale for Research in The General Population. *Applied Psychological Measurement*, 1 (3), 385-401.
- Ransford CP. (1982). A role for amines in the antidepressant effect of exercise: a review. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 14 (1), 1-10.
- Reischies, F. M. & Neu, P. (2000). Comorbidity of mild cognitive disorder and depression: neuropsychological analysis. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 250, 186-193.
- Reppermund, S., Brodaty, H., Crawford, J.D., Kochan, N.A., Slavin, M.J., Trollor, J.N., Draper, B., & Sachdev, P.S. (2011). The relationship of current depressive symptoms and past depression with cognitive impairment and instrumental activities of daily living in an elderly population: The Sydney Memory and Ageing Study. *Journal of Psychiatric Research*, 45, 1600-1607.

- Reppermund, S., Ising, M., Lucae, S. & Zihl, J. (2009). Cognitive impairment in unipolar depression is persistent and non-specific: further evidence for the final common pathway disorder hypothesis. *Psychological Medicine*, 39, 603-614.
- Reus, V. I. (2006). Mental disorders. In S. L. Hauser (ed.). *Harrison's neurology in clinical medicine*. Pennsylvania: McGraw-Hill.
- Ribeiro, O., & Paúl, C. (2011). Envelhecimento Ativo. In O. Ribeiro (coord.), *Manual de Envelhecimento Ativo*. Lisboa: Lidel.
- Robinson, R. G. (2003). Poststroke depression: prevalence, diagnosis, treatment, and disease progression. *Biological Psychiatry*, 54, 376.
- Roff, S. (2001). Suicide and the Elderly. *Journal of Gerontological Social Work*, 35 (2), 21-36.
- Roeloffs, C., Sherbourne, C., Unutzer, J., Fink, A., Tang, L. & Wells K. (2003). Stigma and depression among primary care patients. *General Hospital Psychiatry*, 25, 311-315.
- Roman, M. W. & Callen, B. L. (2008). Screening instruments for older adult depressive disorders: updating the evidence-based toolbox. *Issues of Mental Health Nursing*, 29 (9), 924-41.
- Ron, P. (2004). Depression, Hopelessness, and Suicidal Ideation Among the Elderly. *Journal of Gerontological Social Work*, 43 (2-3), 97-116.
- Rosa, M. J. V. (1993). O desafio social do envelhecimento demográfico. *Análise Social*, xxviii (122), 679-689.
- Rosholm, J. U. (2011). The widening gap. A reflection on The European Year for Active Ageing. *European Geriatric Medicine*, 2 (129).
- Ross, R.K., Bernstein, L., Trent, L., Henderson, B.E. & Paganini-Hill, A. (1990). A prospective study of risk factors for traumatic death in the retirement community. *Preventive Medicine*, 19, 323-334.
- Routasalo, P. E., Savikko, N., Tilvis, R. S., Strandberg, T. E., & Pitkälä, K. H. (2006). Social contacts and their relationship to loneliness among aged people—A population-based study. *Gerontology*, 52, 181-187.
- Rowe, J.W., & Kahn, R. L. (1997). Successful aging. *The Gerontologist*, 37 (4), 433-440.
- Ruuskanen JM, Ruoppila I. (1995). Physical activity and psychological well-being among people aged 65 to 84 years. *Age and Ageing*, 24, 292-296.

- Saczynski, J. S., Beiser, A., Seshadri, S., Auerbach, S., Wolf, P. A. & Au, R. (2010). Depressive symptoms and risk of dementia: the Framingham Heart Study. *Neurology*, 75, 35-41.
- Santana, P. (2005). *Geografias da Saúde e do Desenvolvimento - Evolução e Tendências em Portugal*. Coimbra: Almedina.
- Saxena S, Ommeren MV, Tang KC & Armstrong TP. (2005). Mental health benefits of physical activity. *Journal of Mental Health*, 14, 445-451.
- Schoevers, R.A., Geerlings, M.I., Beekman, A.T.F., Penninx, B., Deeg, D.J.H., Jonker, C. & Van Tilburg, W. (2000). Association of depression and gender with mortality in old age: results from the Amsterdam Study of the Elderly (AMSTEL). *The British Journal of Psychiatry*, 177, 336-342.
- Schulz, R., Drayer, R. A. & Rollman, B. L. (2002). Depression as a risk factor for non-suicide mortality in the elderly. *Biological Psychiatry*, 52, 205-225.
- Scuteri, A., Spazzafumo, L., Cipriani, L., Gianni, W., Corsonello, A., Cravello L, Repetto, L. Bustacchini, S., Lattanzio, F. & Sebastiani, M. (2011). Depression, hypertension, and comorbidity: disentangling their specific effect on disability and cognitive impairment in older subjects. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 52, 253-257.
- Segal, Z.V., Kennedy, S., Gemar, M., Hood, K., Pedersen, R., Buis, T., 2006. Cognitive reactivity to sad mood provocation and the prediction of depressive relapse. *Archives of General Psychiatry*, 637, 749-755.
- Segal, D. L. (2008): Introduction to the Special Section on "Suicide in Later Life". *Clinical Gerontologist*, 31 (4), 1-3.
- Seligman, M. (1990). Why is there so much depression today? The waxing of the individual and the waning of the commons. In I. Ingram (Ed.), *Contemporary psychological approaches to depression* (pp. 1-9). New York: Plenum Press.
- Shannon, C., & Shaw, S. (2005). "If the dishes don't get done today, they'll get done tomorrow": A breast cancer experience as a catalyst for changes to women's leisure. *Journal of Leisure Research*, 37 (2), 195-216.
- Siepmann, M., Grossmann, J., Muck-Weymann, M. & Kirch, W. (2003). Effects of sertraline on autonomic and cognitive functions in healthy volunteers. *Psychopharmacology*, 168, 293-298.
- Simões, A. (2005). Envelhecer bem? - Um modelo. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 39, 1, 217-227

- Simon, G., Revicki, D., Heilingenstein, J., et al. (2000). Recovery from depression work productivity, and health care costs among primary care patients. *General Hospital Psychiatry*, 22, 153-62.
- Sirey, J. A., Bruce, M. L., Carpenter, M., Booker, D., Reid, M. C., Newell, K. A. & Alexopoulos, G. S. (2008). Depressive symptoms and suicidal ideation among older adults receiving home delivered meals. *International Journal Of Geriatric Psychiatry*, 23, 1306-1311.
- Skoog, I., Aevansson, O., Beskow, J., Larsson, L., Palsson, S., Waern, M., Landahl, S. & Ostling, S. (1996). Suicidal feelings in a population sample of nondemented 85-year-olds. *The American Journal of Psychiatry*, 153 (8), 1015-1020.
- Slater, R. (1995). *The psychology of growing old - looking forward*. Buckingham: Open University.
- Snowden, M., Steinman L. & Frederick, J. (2008). Treating depression in older adults: challenges to implementing the recommendations of an expert panel. *Preventing Chronic Diseases*, 5 (1), 1-7.
- Snowdon, J. (2001). Is depression more prevalent in old age? Australian and New Zealand *Journal of Psychiatry*, 35 (6), 782-787.
- Sokero, T.P., Melartin, T.K., Rytala, H.J., Leskela, U.S., Lestela-Mielonen, P.S., Isometsa, E.T., 2003. Suicidal ideation and attempts among psychiatric patients with major depressive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 649, 1094-1100.
- Staab, J. P., Datto, C. J., Weinrieb, R.M., Gariti, P., Rynn, M. & Evans, D. L. (2001). Detection and diagnosis of psychiatric disorders in primary medical care settings. *Medical Clinics of North America*, 85 (3), 579-96.
- Steffens, D. C. & Potter, G. G. (2008). Geriatric depression and cognitive impairment. *Psychological Medicine*, 38, 163-175.
- Steffens, D., Skoog, I., Norton, M., Hart, A., Tschanz, J., Plassman, B., Wyse, B.W., Welsh-Bohmer, K.A. & Breitner, J.C.S. (2000). Prevalence of depression and its treatment in an elderly population. *Archives of General Psychiatry*, 57, 601-607
- Steinman, L., Frederick, J., Prohaska, T., Satariano, W., Dornberg-Lee, S., Fisher, R., Graub, P., Leith, K., Presby, K., Sharkey, J., Snyder, S., Turner, D., Wilson, N., Yagoda, L., Unutzer, J. & Snowden, M. (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), 175-181.

- Stella, F., Gobbi, S., Corazza, D., & Costa, J. (2002). Depressão no Idoso: Diagnóstico, Tratamento e Benefícios da Atividade Física. *Motriz, Rio Claro*, 8 (3), 91-98.
- Strohschein, L., McDonough, P., Monette, G. & Shao, Q. (2005). Marital transitions and mental health: Are there gender differences in the short-term effects of marital status change? *Social Science & Medicine*, 61, 2293-2303.
- Szanto, K., Prigerson, H.G., Houck, P. et al. (1997), Suicidal ideation in elderly bereaved: the role of complicated grief. *Suicide Life Threat Behav*, 27 (2), 194-207.
- Szanto K, Reynolds CF 3rd, Conwell Y et al. (1998). High levels of hopelessness persist in geriatric patients with remitted depression and a history of suicide attempt. *Journal of the American Geriatric Society*, 46 (11), 1401-1406.
- Teychenne, M., Ball, K. & Salmon, J. (2008). Associations between physical activity and depressive symptoms in women. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 5 (27).
- Tice, C. & Perkins, K. (1996). Suicide & older adults. In C. Tice & K. Perkins (Eds.), *Mental health issues & aging: Building on the strengths of older persons (pp.75-106)*. Pacific Grove: Brooks/Cole Publishing Company.
- Turvey, C.L., Conwell, Y., Jones, M.P., Phillips, C., Simonsick, E., Pearson, J.L. & Wallace, R. (2002). Risk factors for late-life suicide: a prospective, community-based study. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 10 (4), 398-406.
- Tylee, A. & Gandhi P. (2005). The importance of somatic symptoms in depression in primary care. *Primary Care Companion Journal of Clinical Psychiatry*, 7, 167-176.
- Uncapher, H., Gallagher-Thompson, D., Osgood, N. J. & Bongar, B. (1998). Hopelessness and Suicidal Ideation in Older Adults. *The Gerontologist*, 38 (1), 62-70.
- United Nations Population Fund. Urbanization: a majority in cities. Disponível em <http://www.unfpa.org/pds/urbanization.htm>. Acedido em 24 de janeiro de 2012.
- Unutzer, J., Katon, W., Callahan, C. M., Williams, J. W. Jr., Hunkeler, E., Harpole, L., Hoffing, M., Della Penna, R., Noël, P., Lin, E., Areán, P., Hegel, M., Tang, L., Belin, T., Oishi, S. & Langston, C. (2002). Collaborative care management of late-life depression in the primary care setting: A randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 288 (22), 2836-2845.

- Unutzer, J., Patrick, D. L., Marmon, T., Simon, G. E. & Katon, W. J. (2002). Depressive symptoms and mortality in a prospective study of 2558 older adults. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 10 (5), 521-530.
- Utz, R.L., Carr, D., Nesse, R. & Wortman, C.B. (2002). The effect of widowhood on older adults' social participation: An evaluation of activity theory, disengagement, and continuity theories. *The Gerontologist*, 42 (4), 522-533.
- Vanderhorst, R. K., & McLaren, S. (2005). Social relationships as predictors of depression and suicidal ideation in older adults. *Aging & Mental Health*, 9, 517-525.
- Vassilas, C.A. & Morgan, H.G. (1994). Elderly suicides' contact with their general practitioner before death (Letter to the editor). *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 9, 1008-1009.
- Vaz Serra, A. (1994). *IACLIDE – Inventário de Avaliação Clínica da Depressão*. Coimbra: Edição Psiquiatria Clínica
- Vaz Serra, A. (1995). IACLIDE – Inventário de Avaliação Clínica da Depressão. In L. S. Almeida, M. R. Simões & M. M. Gonçalves (Eds.), *Provas Psicológicas em Portugal (pp.181-191)*. Braga: APPORT.
- Vaz Serra, A., & Pio Abreu, J. L. (1973). Aferição dos quadros clínicos depressivos. I - Ensaio de aplicação do “Inventário Depressivo de Beck” a uma amostra portuguesa de doentes deprimidos. *Coimbra Médica*, XX, 623-644.
- Vinkers, D. J., Gussekloo, J., Stek, M. L., Westendorp, R. G. & van der Mast, R. C. (2004). Temporal relation between depression and cognitive impairment in old age: prospective population based study. *British Medical Journal*, 329-881.
- Watson, L. C., & Pignone, M. P. (2003). Screening accuracy for late-life depression in primary care: A systematic review. *Family Practice*, 52 (12), 956-964.
- Waern, M., Beskow, J., Runeson, B. & Skoog, I. (1999). Suicidal feelings in the last year of life in elderly people who commit suicide. *The Lancet*, 354, 9182, 917-918.
- Waern, M., Runeson, B., Allebeck, P., Beskow, J., Rubenowitz, E., Skoog, I. & Wilhelmsson, K.(2002). Mental disorder in elderly suicides - A case-control study. *American Journal of Psychiatry*, 159, 450-455.
- Wearing, B. (1990). Leisure and the crisis of motherhood: A study of leisure and health amongst mothers of first babies in Sydney, Australia. In S. Quah (Ed.), *The family as an asset:*

- International perspectives on marriage, parenthood and social policy* (pp. 122-155). Singapore: Times Academic Press.
- Wells, K., Miranda, J., Bruce, M.L., Alegria, M. & Wallerstein, N. (2004). Bridging community intervention and mental health services research. *American Journal of Psychiatry*, 161, 955-963.
- Wenzel, A., Brown, G. K., & Beck, A. T. (2009). *Cognitive therapy for suicidal patients: Scientific and clinical applications*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Westheide, J., Quednow, B. B., Kuhn, K., Hoppe, C., Cooper-Mahkorn, D., Hawellek, B., Eichler, P., Maier, W. & Wagner M. (2008). Executive performance of depressed suicide attempters: the role of suicidal ideation. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 258, 414-421.
- Williams, J.M., Crane, C., Barnhofer, T., Van der Does, A.J., Segal, Z.V. (2006). Recurrence of suicidal ideation across depressive episodes. *Journal of Affective Disorders*, 912 (3), 189-194.
- Williams, J.M., Van der Does, A.J.W., Barnhofer, T., Crane, C. & Segal, Z.S. (2008). Cognitive reactivity, suicidal ideation and future fluency: preliminary investigation of a differential activation theory of hopelessness/suicidality. *Cognitive Therapy Research*, 321, 83-104.
- Williams, S.J., Higgs, P. & Katz, S. (2011). Neuroculture, active ageing and the 'older brain': problems, promises and prospects. *Sociology of Health & Illness*, 34 (1), pp. 64-78.
- WHO (1996). *Psychiatry of the Elderly - A consensus statement*. Geneva (Versão eletrónica). Disponível em http://www.who.int/mental_health/media/en/17.pdf. Acedido em: 20 de setembro de 2012.
- WHO (2002). *Active Ageing - A policy framework*. A contribution of WHO to the Second United Nations World Assembly on Aging - Madrid, Espanha. Disponível em http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/who_nmh_nph_02.8.pdf. Acedido em 18 de agosto de 2012.
- WHO (2005). *A billion voices: listening and responding to the health needs of slum dwellers and informal settlers in new urban settings*. Kobe: WHO Kobe Centre; 2005.
- WHO (2006) *International Statistical Classification of Diseases and related Health Problems 10th revision*. Disponível em <http://apps.who.int/classifications/apps/icd/icd10online/>. Acedido em 18 de janeiro de 2012.

- WHO (2007). *Women, ageing and health: A framework for action* (Focus on Gender). Geneva: Copyright World Health Organization.
- Williams, J. W., Rost, K., Dietrich, A. J., Ciotti, M. C., Zyzanski, S. J. & Cornell, J. (1999). Primary care physicians' approach to depressive disorders. Effects of physician specialty and practice structure. *Archives of Family Medicine*, 8, 58-67.
- Yang, Y. & George, L.K. (2005). Functional disability, disability transitions, and depressive symptoms in late life. *Journal of Aging and Health*, 17, 263-292.
- Yates, W. R., Mitchell, J., Rush, A. J., Trivedi, M. H., Wisniewski, S. R., Warden, D., Hauger, R., Fava, M., Gaynes, B., Husain, M. & Bryan, C. (2004). Clinical features of depressed outpatients with and without cooccurring general medical conditions in STAR*D. *General Hospital Psychiatry*, 26 (6), 421-429.
- Yesavage, J. A., Brink, T. L., Rose, T. L., Lum, O., Huang, V., Adey, M. & Leirer, V. O. (1983) Development and validation of geriatric depression scale. *Journal of Psychiatric Research*, 17 (1), 37-49.
- Yen, Y. C., Yang, M. J., Yang, M. S., Lung, F. W., Shih, C. H., Hahn, C. Y. & Lo, H. Y. (2005). Suicidal ideation and associated factors among community-dwelling elders in Taiwan. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 59, 365-371.
- Yip, P. S. F., Chi, I., Chiu, H., Wai, K. C., Conwell, Y. & Caine, E. (2003). A prevalence study of suicide ideation among older adults in Hong Kong SAR. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 18, 1056-1062.
- Yon, A. & Scogin, F. (2008): Behavioral Activation as a Treatment for Geriatric Depression. *Clinical Gerontologist*, 32 (1), 91-103.
- Zacks, R. T. & Hasher, L. (2006). Aging and long-term memory: Deficits are not inevitable. In E. Bialystok & F. I. M. Craik (eds.). *Lifespan cognition: Mechanisms of change* (pp. 162-177). New York: Oxford University Press.

ANEXOS

ANEXO A

Critérios de classificação de síndrome depressivo e episódio depressivo definidos no «American Psychiatric Association´s Diagnostic and Statistical Manual» (DMS-IV) e na «International Classification of Diseases» (ICD-10)

DSM-IV-TR (APA, 2002)	ICD -10 (World Health Organization, 2006)
<p>Segundo a DSM-IV, que é o sistema diagnóstico mais amplamente utilizado, o diagnóstico de depressão major caracteriza-se por um ou mais episódios depressivos, de pelo menos 2 semanas, com 5 dos 9 sintomas apresentadas no quadro 1. Estes sintomas podem incluir sintomas psicológicos e somáticos, que estejam presentes, durante o mesmo período e, sendo um deles obrigatoriamente humor deprimido ou anedonia.</p>	<p>Na ICD-10, as perturbações depressivas correspondem ao F32, sendo as perturbações depressivas recorrentes (ocorrência repetida de episódios depressivos) o F33.</p>
<p align="center">Critérios DSM-IV-TR para Episódio Depressivo Major</p> <p>A. Cinco ou mais dos seguintes sintomas estiveram presentes durante o mesmo período de 2 semanas e representam uma alteração a partir do funcionamento anterior. Os sintomas 1 ou 2 estão obrigatoriamente presentes.</p> <p>(1) Humor deprimido na maior parte do dia, quase todos os dias, indicado por relato subjetivo (por ex., sente-se triste ou vazio) ou observação de outras pessoas (por ex., chora muito). (2) Diminuição clara do interesse ou prazer por todas ou quase todas as atividades na maior parte do dia, quase todos os dias (indicado por relato subjetivo ou observação feita por outros) (3) Perda ou ganho significativo de peso sem estar em dieta (por ex., mais de 5% do peso corporal num mês), ou diminuição ou aumento do apetite quase todos os dias. (4) Insónia ou hipersónia quase todos os dias. (5) Agitação ou inibição psicomotora quase todos os dias (observáveis por outros, não meramente sensações subjetivas de inquietação ou de estar mais lento) (6) Fadiga ou perda de energia tipicamente diária. (7) Sentimento de desvalorização ou culpa excessiva ou inadequada (que pode ser delirante), quase todos os dias (não meramente autorrecriminação ou culpa por estar doente); (8) Diminuição da capacidade de se concentrar e pensar, ou indecisão, quase todos os dias (por relato subjetivo ou observação feita por outros) (9) Pensamentos recorrentes acerca da morte (não apenas medo de morrer), ideação suicida recorrente sem um plano específico ou tentativa de suicídio B. Os sintomas não preenchem os critérios de episódio misto. C. Os sintomas causam mal-estar clinicamente significativo ou deficiência no funcionamento social, profissional, familiar ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo. D. Os sintomas não são explicados pelo efeito fisiológico direto de uma substância (por ex., droga de abuso ou medicamento) ou de uma patologia médica geral (por ex., hipotireoidismo). E. Os sintomas não são melhor explicados por Luto, ou seja, após a perda de um ente querido, os sintomas persistem por mais de 2 meses ou são caracterizados por acentuado prejuízo funcional, preocupação mórbida com falta de valia, ideação suicida, sintomas psicóticos ou retardo psicomotor.</p>	<p align="center">Critérios ICD-10 para Episódio Depressivo</p> <p>Um episódio de perturbação depressiva caracteriza-se por humor depressivo que varia pouco de dia para dia ou de acordo com as circunstâncias e pode acompanhar-se de sintomas somáticos (perda de interesse ou prazer; despertar matinal precoce, várias horas antes da hora habitual de despertar; lentidão psicomotora importante; agitação; perda de apetite, com perda de peso e perda da libido).</p> <p>No entanto, esta classificação permite estabelecer 3 graus de gravidade, de acordo com o número e a intensidade dos sintomas:</p> <p>leve (2-3 sintomas, capacidade de desempenhar a maioria das atividades da vida diária),</p> <p>moderado (4 ou mais sintomas, com muita dificuldade em continuar a desempenhar as atividades da vida diária) e</p> <p>grave (vários sintomas marcantes e angustiantes, perda de autoestima e ideias de desvalorização e culpa, ideias e atos suicidas são comuns, com vários sintomas somáticos).</p>

ANEXO B

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 _____♀ _____♂ 6. Netos Sim Não 7. Bisnetos Sim Não
 8. 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 C

ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA
(Pocinho, Farate, Dias, Lee & Yesavage, 2009)

	Sim	Não
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		
6 - Tem pensamentos que o incomodam e não consegue afastar		
7 - Sente-se animado e com boa disposição a maior parte do tempo		
8 - Anda com medo que lhe vá acontecer alguma coisa má		
9 - Sente-se feliz a maior parte do tempo		
10 - 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 senhor		
24 - Aflige-se muitas vezes por coisas sem grande importância		
25 - Dá-lhe muitas vezes vontade de chorar		
26 - Sente dificuldade em se concentrar		
28 - Evita estar em locais onde estejam muitas pessoas (reuniões sociais)		

ANEXO D

IACLIDE - INVENTÁRIO DE AVALIAÇÃO CLÍNICA DA DEPRESSÃO

(Vaz-Serra, 1994)

INSTRUÇÕES: Cada um dos sintomas que a seguir é apresentado não se refere à sua maneira de ser habitual mas sim ao **estado em que se sente pelo menos desde há duas semanas para cá**. Não há respostas certas ou erradas. Há apenas a sua resposta. Responda de forma rápida, honesta e espontânea. Se lhe parecer que duas respostas já foram experimentadas por si, assinale com uma cruz (x) no quadro respetivo aquela que se aproxime mais do seu estado atual. **Só coloque a cruz num quadrado** .

A satisfação que sinto com a vida é a mesma de sempre
 Atualmente sinto-me mais aborrecido do que o costume com a vida que tenho
 Sinto, com frequência, que a minha vida não me dá o prazer de antigamente
 Sinto, com muitíssima frequência, que a minha vida não me traz qualquer satisfação
 Perdi por completo a alegria de viver

No momento presente acho que a vida vale a pena ser vivida e não sinto qualquer desejo de fazer mal a mim mesmo
 Atualmente sinto que a vida não vale a pena ser vivida
 No momento presente não me importaria de morrer
 Tenho com muita frequência desejos de que a morte venha
 Ultimamente tenho feito planos para pôr termo à vida

Não me sinto mais infeliz do que o costume
 Tenho períodos em que me sinto mais infeliz do que habitualmente
 Ando-me a sentir bastante mais infeliz do que o costume, embora tenha ocasiões em que me sinta tão feliz como dantes
 Só em raros momentos é que me consigo sentir feliz
 Atualmente não tenho um único momento em que me sinta feliz

A minha confiança em relação ao futuro é a mesma de sempre
 Ao contrário de antigamente sinto-me por vezes inseguro em relação ao futuro
 No momento atual sinto, bastantes vezes, falta de confiança no futuro
 Sinto agora, muitíssimas vezes, falta de confiança no futuro
 Presentemente perdi por completo a esperança que tinha no futuro

ANEXO E

AUTOAVALIAÇÃO DA SAÚDE

(Paúl, Fonseca, Cruz, Cerejo & Valença, 1999, Adaptado)

(...)

DIAGNÓSTICO EM SAÚDE MENTAL

3. Alguma vez lhe fizeram um diagnóstico em saúde mental (ex. depressão, ansiedade...)?

a) Não

a) Sim

Se sim:

(I) quem foi o clínico (Ex. médico de família, psiquiatra,...)? _____

(II) Há quanto tempo? _____

(III) Está a ser, atualmente, acompanhado em saúde mental (por psiquiatra/psicólogo)? Sim Não

ANEXO F

OCUPAÇÃO DO TEMPO

(...)

2. Ocupação do tempo (Indicadores de Envelhecimento ativo)

2.1. Em que atividades ocupa o seu tempo? (para além das rotinas diárias)

2.2. Com que frequência se dedica a essas atividades?

1	2	3	4	5
Menos de uma vez por mês	Mensalmente	Uma vez por semana	Mais do que uma vez por semana	Diariamente

ANEXO G

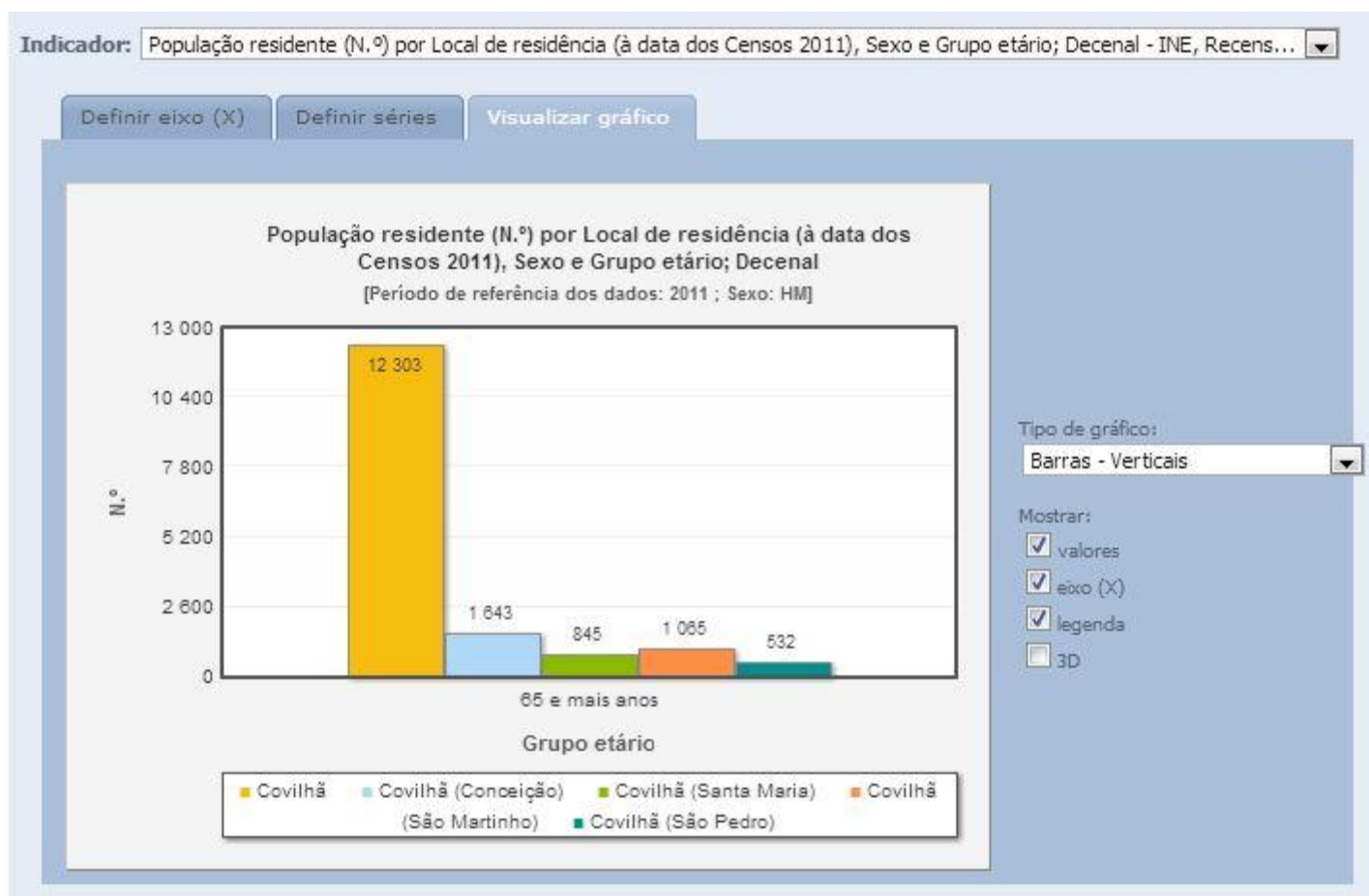
Período de referência dos dados	Local de residência (à data dos Censos 2011)	População residente (N.º) por Local de residência (à data dos Censos 2011), Sexo e Grupo etário; Decenal (1)					
		Sexo					
		HM		H		M	
		Grupo etário					
		Total	65 e mais anos	Total	65 e mais anos	Total	65 e mais anos
N.º	N.º	N.º	N.º	N.º	N.º		
2011	Portugal	10 561 614	2 022 504	5 047 387	849 188	5 514 227	1 173 316
	Continente	10 047 083	1 949 557	4 799 593	821 459	5 247 490	1 128 098
	Centro	2 327 580	524 452	1 111 400	221 757	1 216 180	302 695
	Covilhã	51 797	12 303	24 720	5 044	27 077	7 259
	Covilhã (Conceição)	7 175	1 643	3 379	680	3 796	963
	Covilhã (Santa Maria)	3 220	845	1 449	294	1 771	551
	Covilhã (São Martinho)	4 165	1 065	1 962	435	2 203	630
	Covilhã (São Pedro)	2 225	532	1 056	222	1 169	310

População residente (N.º) por Local de residência (à data dos Censos 2011), Sexo e Grupo etário; Decenal - INE, Recenseamento da População e Habitação.

Nota(s):

(1) Dados Provisórios

Última atualização destes dados: 07 de dezembro de 2011



ANEXO H

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(lo) 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 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 2/3 sessões.

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 Dissertações de Mestrado, que estarão disponíveis no Departamento de Ciências Médicas e 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-

Número de telefone:

Agradecemos o tempo que despendeu a ler esta Informação a(o) Utente, 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 a(o) participante e do seu Consentimento Informado assinado, que deverá guardar.

ANEXO I

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 a(o) 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 a(o) participante.

Recebi uma cópia, da informação a(o) participante, e do consentimento informado deste estudo, que devo guardar.

Nome da(o) participante:

Assinatura da(o) participante:

Data: (datada pela(o) utente):

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:
